



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta – kombinované studium

Ateliér arteterapie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Možnosti arteterapie na oddělení ochranného léčení psychiatrické nemocnice

Vypracoval: Mgr. Rastislav Pacák

Vedoucí práce: PhDr. Yvona Mazeháová, Ph.D.

České Budějovice 2019



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Bachelor Combined Studies

Atelier of The Art Therapy

BACHELOR THESIS

Possibilities of Art Therapy at the Department of Protective Therapy of Psychiatric Hospital

Author: Mgr. Rastislav Pacák

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Yvona Mazehóová, Ph.D.

České Budějovice 2019



Obr. č. 1:

„PODZIM PŘIJÍŽDÍ NA BAREVNÉM KONI“
(autor bakalářské práce, 59, akvarel, září 2017)

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum, 1. 4. 2019 v Českých Budějovicích



Obr. č. 2:

„NÁSLEDUJTE MNE.“

(autor bakalářské práce, 59, akvarel, březen 2017)

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, paní PhDr. Yvoně Mazehoové Ph.D., za vstřícný přístup, profesionální vedení při psaní práce a za cenné odborné rady a poznámky, bez nichž by tato práce nevznikla.

Práce obsahuje: 168 742 znaků, 27 894 slov, 73 stran textu, 8 příloh, 91 obrázků.

ABSTRAKT

Název práce, „Možnosti arteterapie na oddělení ochranného léčení psychiatrické nemocnice“ vyjadřuje její obsah, autor v něm sleduje možnosti arteterapeutického působení a práce s pacienty na specializovaném oddělení pro výkon ochranného léčení v ústavní formě. Práce se řadí do kategorie praktických, individuálně pojatých, bez výzkumu nebo praktického šetření, je založena na reálných zkušenostech autora a čerpá z jeho přímé praxe. Osobní přístup autora v podobě myšlenek, úvah, hodnocení i pocitů je znát v celém kontextu práce. Ve speciální teoretické části práce autor definuje klíčové pojmy. Ve speciální praktické části autor seznamuje čtenáře s pacienty i oddělením ochranného léčení v psychiatrické nemocnici. Praktická část práce je postavena na přímých psychoterapeutických i arteterapeutických zkušenostech autora z běžné praxe. V této části jsou uvedeny formy, možnosti a význam arteterapie v celkovém léčebně terapeutickém procesu, přínosu jak pro skupiny pacientů, tak pro jednotlivce z hlediska diagnózy, fáze onemocnění a perspektivy resocializačního procesu. Zkušenosti a poznámky k praxi, tvorbě pacientů, včetně doporučení a také diskusní část práce jsou založeny na prezentaci autorových znalostí získaných studiem, praktických osobních zkušenostech, vlastních názorů i pocitů. K dokreslení celkového obsahu popisované problematiky obsahuje práce ukázky tvorby pacientů a také je doplněna kazuistikami. To vše pokud možno s akcentem na možnosti využívání rožnovského arteterapeutického přístupu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Ochranné léčení v ústavní formě, psychoterapie, arteterapie, léčebně terapeutický proces, rožnovský arteterapeutický přístup.

ABSTRACT

The title of the thesis "The Possibilities of Art Therapy in the Department of Protective Treatment of the Psychiatric Hospital" expresses its content, the author follows the possibilities of art therapeutic action and work with patients in the specialized department for the exercise of protective treatment in constitutional form. The work belongs to the category of practical, individually conceived, without research or practical investigation, is based on the real experience of the author and draws on his direct practice. The author's personal approach in the form of thoughts, reflections, assessments and feelings is known throughout the context of the work. In a special theoretical part, the author defines the key concepts. In a special practical part, the author introduces to the reader the patients as well as the department of protective treatment in the psychiatric hospital. The practical part of the thesis is based on the direct psychotherapeutic and art therapeutic experiences of the author from common practice. In this part are presented the forms, possibilities and significance of art therapy in the overall therapeutic process, benefit for all groups of patients and individuals in terms of diagnosis, phase of disease and perspectives of the resocialization process. Experiences and notes to practice, creation of patient, including recommendations and also the discussion part of the thesis, are based on the presentation of the author's knowledge acquired through study, practical personal experience, own opinions and feelings. To illustrate the overall content described, the work includes examples of patient creation as well as case studies. All this, as far as possible, with the emphasis on the possibility of using the Rožnov art therapeutic approach.

KEYWORDS

Protective treatment in constitutional form, psychotherapy, art therapy, a therapeutic process, Rožnov art therapeutic approach.

OBSAH

1. ÚVOD	9
2. TÉMA PRÁCE, JEJÍ CÍL	10
3. TEORETICKÁ ČÁST – VÝCHODISKA	11
3.1 Psychoterapie	11
3.1.1 Expresivní terapie	12
3.1.2 Arteterapie	13
4. SPECIÁLNÍ TEORETICKÁ ČÁST	16
4.1 Ochranné léčení a jeho cíle	16
4.1.1 Ochranné léčení ve formě ústavní na uzavřeném lůžkovém oddělení	17
4.1.2 Uložení ochranného léčení	18
4.1.3 Výkon ochranného léčení	19
5. PRAKTICKÁ ČÁST – METODOLOGIE	22
6. SPECIÁLNÍ PRAKTICKÁ ČÁST	25
6.1. Místo, opodstatnění a přínos arteterapie v celkovém léčebně terapeutickém procesu na Oddělení ochranného léčení	25
6.1.1 Oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici, obvyklá typologie pacientů	26
6.1.2 Pacienti s poruchou osobnosti	26
6.1.3 Pacienti s duševní poruchou	27
6.1.4 Pacienti s duální diagnózou	28
6.2 Arteterapeut a arteterapie na Oddělení ochranného léčení	29
6.2.2 Osobnost arteterapeuta	30
6.2.3 Specifika terapeutických vztahů	31
6.2.4 Nejběžněji používané arteterapeutické techniky	32
6.2.5 Rožnovský arteterapeutický přístup	34
6.3 Možnosti arteterapie na Oddělení ochranného léčení	36
6.3.1 Úkoly arteterapie ve vztahu k léčebně terapeutickému procesu .	37
6.3.1.1 Podpůrně diagnostický úkol.....	37
6.3.1.2 Léčebně terapeutický	39

6.3.2	Cíle arteterapeutického snažení ve vztahu k pacientovi	41
6.3.2.1	Edukační a reedukační	42
6.3.2.2	Resocializační	42
7.	ZKUŠENOSTI A POZNÁMKY K PRAXI, TVORBĚ PACIENTŮ, VČETNĚ DOPORUČENÍ	44
8.	KAZUISTIKY	53
8.1	Pacienti s duševní poruchou	53
8.2	Pacient s poruchou chování	57
8.3	Pacienti s duální diagnózou	61
8.4	Pacient s poruchou osobnosti	65
9.	DISKUSE	68
10.	ZÁVĚR	79
11.	LITERATURA	81

PŘÍLOHY

Příloha č. I: Trestní zákoník - Ochranná opatření a ochranné léčení.

Příloha č. II: Zákon o specifických zdravotních službách - Ochranné léčení.

Příloha č. III: Domácí řád Oddělení ochranného léčení Psychiatrické nemocnice.

Obrazová příloha č. IV: Část 6.1.2 Pacienti s poruchou osobnosti.

Obrazová příloha č. V: Část 6.1.3 Pacienti s duševní poruchou.

Obrazová příloha č. VI: Část 6.1.4 Pacienti s duální diagnózou.

Obrazová příloha č. VII: Část 6.2.4 Nejběžněji používané arteterapeutické
techniky

Obrazová příloha č. VIII: Část 7. Zkušenosti a poznámky k praxi, tvorbě
pacientů, včetně doporučení

1. ÚVOD

Takřka po celou dobu své málem čtyřicetileté profesní kariéry se zabývám poruchami chování v celé škále jejich typů a projevů a také skoro v celém věkovém spektru, počínaje mladším školním věkem a pozdním stářím konče.

V rámci svého působení v nejrůznějších zařízeních, počínaje diagnostickými ústavami pro děti a mládež, v zařízeních náhradní rodinné péče a pro výkon ústavní výchovy, základním a středním školství, v psychiatrických zařízeních a konče nemocnicí následné péče a domovy důchodců jsem zjistil, ověřil si, že některý z typů expresivních terapií může mít významnější terapeutický efekt než pouhé mluvené slovo. Nebo že může mluvenému slovu cestu k terapeutickému efektu otevírat či doplňovat jej a někdy dokonce zcela nahrazovat.

Původním vzděláním jsem speciální a léčebný pedagog, s doplněným psychoterapeutickým a adiktologickým rozšířením tohoto základu. Expresivní terapie, v kontextu této práce arteterapie, je v případě mé nynější profese adiktologa-terapeuta na oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici prakticky každodenní součástí mého odborného snažení o dosahování byť sebenepatrnějšího terapeutického efektu. Proto je má práce charakterem spíše praktická, s krátkou a jednoduchou částí teoretickou. Účelem teoretické části je spíše jen poukázat na skutečnost, že se v terminologii orientuji a zároveň tím čtenáři zprostředkovávám význam pojmů, tak jak je chápu já sám a v jakých souvislostech s nimi nakládám v části praktické. Za stěžejní tedy považuji praktickou část své bakalářské práce. Rozsahem přesahuje část teoretickou. Ale to vychází z mé potřeby přiblížit čtenáři svou každodenní praxi. Kontemplát mých zkušeností, postřehů, úvah a pocitů by měl čtenáři umožnit poznání, že na tak těžkém psychiatrickém oddělení má arteterapie své vlastní, v podstatě velmi důležité místo a že je plným právem součástí celkového léčebně terapeutického procesu. Praktickou část doplňuji ukázkami z tvorby pacientů, které krátce komentuji a k některým příkládám vybrané zjednodušené kazuistiky popisující také vztah pacienta k arteterapii, čím mu je prospěšná, v jaké míře a jak efektivně zasahuje do pacientova žití. Volba tématu práce, její cíl a struktura realizace tedy přirozeně a samovolně vyplynuly z mého profesního zaměření a působení.

2. TÉMA PRÁCE, JEJÍ CÍL

Téma práce je totožné s názvem práce a v něm také sděluji cíl práce. Název práce, „Možnosti arteterapie na oddělení ochranného léčení psychiatrické nemocnice“, byl výsledkem volby tématu, abychom poukázali na široké možnosti, vlivy, dopady, vlastní promítnutí arteterapeutické práce s pacienty do celkových výsledků léčebně terapeutického procesu. Cílem práce je potvrzení nebo vyvrácení stanoveného pracovního předpokladu, tj. hypotézy, že arteterapie je schopna účinně zasahovat a pomáhat a že její zařazení do komplexu psychoterapeutických aktivit je oprávněné. Téma práce je mi blízké. Vzhledem k terapeutickému nastavení oddělení, na němž působím, se s většinou pacientů při předepsaných programech setkávám buď denně, nebo několikrát v týdnu. Mám tedy dostatek příležitostí sledovat vývoj onemocnění jednotlivců od přijetí na oddělení v akutní fázi nemoci, přes léčebný proces vedoucí ke stabilizaci až k remisi onemocnění a propuštění do běžného života. Typ onemocnění a jeho průběh se obvykle v tvorbě pacientů odráží vcelku zřetelně. S problematikou ochranného léčení, typologií pacientů i možnostmi, úspěchy a neúspěchy terapeutického působení jsem tedy seznámen v takové míře, kterou považuji za opravňující k napsání práce na dané téma. V částech „*Zkušenosti a poznámky k praxi*“ a „*Diskuse*“ si dovoluji k tomuto tématu uvést širší spektrum pozorování, postřehů, námětů, úvah kladných i záporných myšlenek někdy snad silněji emočně podbarvených. Není mi známo, že by byla někdy zpracována práce s obdobným tématem, blížit se jí některými svými sděleními mohou snad jen interní dokumenty, referáty dokumentované a interpretované artefakty arteterapeutem Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. S tím rozdílem, že v této léčebně se jedná o klientelu úzce vyhraněnou, a ve které se pacienti se soudně nařízeným ochranným léčením vyskytují poměrně zřídka.

Shrnuto: tato práce je tedy souborem vlastních zkušeností a znalostí doplněných myšlenkami a pocity, které mají původ v dlouhodobé přímé praxi. A jejím nejširším cílem je seznámení čtenáře jak s arteterapeutickým působením na oddělení ochranného léčení, tak s jeho výsledky, úspěchy i neúspěchy.

3. TEORETICKÁ ČÁST – VÝCHODISKA

Vycházejí ze základní myšlenky, že arteterapeutické snažení směrem k pacientům oddělení ochranného léčení je jednou z možností terapeutické intervence, že se jedná o činnost spadající pod zastřešující pojem psychoterapie, že se jedná o formu terapie se silným emočním podtextem, potom považují za nutné definovat pojmy, o které se má práce v rovině teoretické opírá. Jedná se o *pojmy psychoterapie, exprese a expresivní terapie a arteterapie*.

3.1 Psychoterapie

„Psychoterapie je uzdravování či zlepšování zdraví psychologickými prostředky.“¹ „Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem.“² Souhrnná definice nestora české psychoterapie Kratochvíla³ hovoří o „Záměrném a plánovitém léčebném působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny, kdy v průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta a toto léčebné působení provádí kvalifikovaná osoba.“

Definicí pojmu psychoterapie je tedy povícero, se všemi nelze než souhlasit. Pro potřeby své práce, ohledně mého vnímání pojmu psychoterapie si z nich extrahuji následující: *Psychoterapie představuje odbornou a kvalifikovanou činnost, probíhající v časově vymezeném procesu, používající k dosažení cíle psychologické prostředky a jejím základním nosným faktorem je vztah.*

Proces série setkání a vztahu terapeuta s pacientem v souvislosti s definováním psychoterapie vyjadřuje skálovsky vtipná definice, že *„Psychoterapie je přátelské utkání, při kterém má bodovat terapeut, ale vyhrát pacient.“⁴*, s optimistickým doplněním, že je štěstím, když se povede, aby terapeut potkal „svého“ pacienta a pacient „svého“ terapeuta.⁵

¹ Kalina, (2013), s. 25.

² Vymětal, (2010), s. 9.

³ Kratochvíl, S. (2002), s. 13.

⁴ Skála, (1989, in Vymětal, 1992, s. 12).

⁵ Šimek, (1989, in Vymětal, 1992, s. 12)

Psychologickými prostředky jsou míněna slova: rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj.

Formáty psychoterapie jsou obvykle čtyři, *individuální, skupinová, párová a rodinná*.⁶

Typů psychoterapie je mnoho, určitě tolik, kolik existuje psychoterapeutických směrů. V této práci vycházím z dynamické psychoterapie, ale v konečném důsledku směřuji k popisu jejího eklektického a integrativního pojetí a využívání v praxi.

3.1.1 Expresivní terapie

„*Expres je formou komunikace, ale odlišnou od lidské řeči.*“⁷ Podle slovníku cizích slov⁸ představuje pojem *expres* *vyjádření, vyslovení nebo výraz* a *expresivní* znamená *výrazný nebo citově působivý*. Volně podle Croceho⁹ možno říci, že *expres* představuje způsob emočně zabarveného vyjádření prožitku v podobě tvaru, zvuku, pohybu nebo slova. „*Expres je tvůrčím zhodnocením tématu.*“¹⁰ Tvůrčí zhodnocení tématu se odehraje prostřednictvím výtvarné, hudební, pohybové nebo literární techniky a výsledkem je „umělecké“ dílo. *Expres* je typem lidské aktivity, v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti a poznatky.¹¹ Lhotová a Perout¹² v *souvislosti s pojmem expresivní terapie* *chápe expresi jako souhrnné označení psychoterapií, jejichž základ spočívá v umění, arteterapie – muziko – drama – biblio nebo taneční terapie*. Podle Špinarové Dusbábkové¹³ představuje expresivní terapie formu psychoterapie, která využívá pro vyjádření se (*expresi*), kontakt nebo intervenci i jiné formy než verbální. Někdy se mluví o neverbální terapii nebo také kreativní terapii. Jejím prostředkem sdělování jsou metafory, které subjekt předkládá pozorovateli prostřednictvím výtvarného, pohybového, hudebního nebo literárního díla. V kontextu mé práce je předkládajícím subjektem pacient a pozorovatelem terapeut.

⁶ Kalina, (2013), s. 30-32.

⁷ Ruyer, (1994 in Perout, 2005, s. 14).

⁸ <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/expres>

⁹ Croce, (1966 in Lhotová, Perout, 2018, s. 23).

¹⁰ Lhotová, Perout, (2018), s. 23.

¹¹ Wikiskripta, heslo *expres*.

¹² Lhotová, Perout, (2018), s. 22.

¹³ Špinarová Dusbábková, OS pro rozvoj expresivních terapií.

Obr. č. 3:

„ČARODĚJNICE“

(společná práce pacientů obou oddělení, obalové kartony, akvarelové barvy, březen-duben 2018). Jedná se o společného čaroděje (mužské oddělení), který v náruči drží malé čarodějnice, výrobky jednotlivců, do jejichž nitra ukryli napsané přání, čeho by se chtěli zbavit, „co by mělo vylétnout komínem“. Při příležitosti „pálení čarodějnic“ byl celý artefakt zpopelněn na začátku společného posezení při ohni s opékáním buřtů. **Expresivní symbolika díla se odvíjela a gradovala postupně, ve fázích nápad - tvorba - sdělení - zničení - oslava.**



3.1.2 Arteterapie

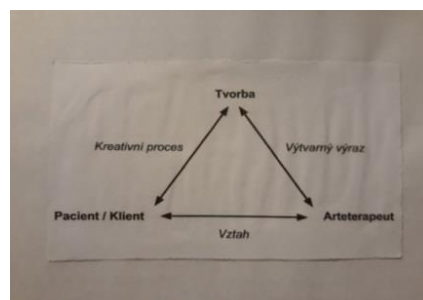
Petzold a Orthová (1990) charakterizují arteterapii „...jako plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, kdy cílem je léčení či zmírnění choroby a integrace anebo obohacení osobnosti.“¹⁴ Z této rámcové charakteristiky vyvozují, že zastřešujícím pojmem je psychoterapie a jedná se o psychoterapii uměním. Vzhledem k intervenci prostřednictvím expresivního vyjadřování ji řadím se do skupiny expresivních terapií. Podle Lhotové a Perouta¹⁵ „je arteterapie oborem, ve kterém je potřeba v rámci terapeutického procesu brát v úvahu jak pacienta a terapeuta také výtvarné dílo - arteterapeutický artefakt.“ Zmínění autoři tuto skutečnost zobrazují v podobě arteterapeutické triády **tvorba - pacient - terapeut**.

Obr. č. 4:

„Arteterapeutická triáda podle Lhotové a Perouta“¹⁶

Z mého pohledu mohou děje odehrávající se v prostoru arteterapeutické triády být nositeli velmi silných expresí, tedy vyjádření provázených intenzivním emočním prožíváním.

Triáda představuje vztah pacient - terapeut obohacený o třetí rozměr, artefakt. Klasický psychoterapeutický vztah založený na vzájemné výměně slov, která nemusí být vždy pozorně vnímána, je najednou rozšířen o objekt, který zůstává ve své podobě. Slova mohou být zapomenuta, překroucena, popřena, ale artefakt tady zůstává. A může mít větší výpovědní hodnotu než pouhá slova. Je možno se k němu vracet. Pokud by vztah představoval Vesmír a pacientův problém Zeměkouli, potom je artefakt možno vidět jako pevný bod, jehož pomocí může terapeut pohnout pacientovou Zeměkouli.



¹⁴ Petzold, Orthová, (1990, in Baštecká, 2009, s. 40).

¹⁵ Lhotová, Perout, (2018), s. 21.

¹⁶ Lhotová, Perout, (2018), s. 21 a 22, „výtvarné artefakty vytvořené za účelem terapie jsou jedním z úkolů vyplývajících z arteterapeutického procesu, jako dílo vlastní rukou pacienta zastupují a reprezentují“.

Výtvarná tvorba může být hlavním prostředkem terapeutického působení, anebo práce s výtvarnou tvorbou může rozšiřovat a doplňovat jiné terapeutické postupy (např. podporovat a zesilovat účinek verbální psychoterapie). „*Arteterapie v užším smyslu slova zahrnuje léčbu anebo růstovou podporu osobnosti pouze prostřednictvím výtvarného umění. V širším smyslu arteterapie využívá nejen umění výtvarného, ale také hudby (muzikoterapie), tance (taneční terapie), divadla (dramaterapie) a literatury (biblioterapie).*“¹⁷

Definice České arteterapeutické asociace praví, že „*Arteterapie a artpsychoterapie jsou terapeutické obory využívající výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví, sebezvoje a růstu. Napomáhají překonat a integrovat psychické a zdravotní obtíže prostřednictvím výtvarného kreativního procesu v terapeutickém vztahu klient-výtvar-arterapeut. Arteterapie patří ke kreativním neverbálním terapiím a jako mezirezortní obor je využívána ve zdravotním a psychosociálním kontextu.*“¹⁸

Arteterapie je obvykle využitelná v jakékoli fázi psychoterapeutického procesu a mohou ji využívat prakticky všechny psychoterapeutické směry a systémy. V psychoterapeutickém procesu se pracuje s procesem tvorby, formou i obsahem vyjádření (za jakých podmínek, s kým, v jakém časovém úseku - jak a čím – oč se jedná, co je zobrazeno). „*Arteterapie využívá ke svému léčebnému působení výtvarných aktivit jako kreslení, malování, modelování.*“¹⁹ Arteterapie může mít velmi široký záběr, pacientovi může pomoci otevřít cestu k sebevyjádření, aktivizaci, sebezpoznání, osobnostnímu růstu, podpoře vývoje, změně stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhledu, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarzi, zpracování konfliktů, k podpoře a rozvoji tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnějšímu zacházení s emocemi a ke kultivaci obranných mechanismů.

Účinnými faktory jsou:

- a) u směrů interpretačních, s psychoanalytickými východisky, *artpsychoterapie (therapy for art)* - výtvarný posun jako metafora posunu v léčbě obtíží, kde se s artefaktem a prožitkem z tvorby psychoterapeuticky dále pracuje a při interpretaci artefaktu se reflektuje jak jeho expresivní tak i receptivní složka,

¹⁷ Baštecká, (2009), s. 40.

¹⁸ <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

¹⁹ Kulka, (1991), s.84.

- b) u směrů neinterpretčních, s humanistickými východisky, *procesová terapie uměním (art for therapy)* - prožitek z tvorby, který je nositelem léčebného potenciálu, s artefaktem se dále nepracuje, reflektují se pouze prožitky, které přinesl proces tvorby;
- c) u směrů integrativních a eklektických, které si z jednotlivých terapeutických směrů berou dle daného okamžiku, situace nebo vývoje to potřebné - je důležitým jak prožitek z tvorby, tak i exprese jako nositelka metaforického posunu.

Arteterapeutické snažení by mělo být co nejautentičtější, mělo by respektovat pacientovu situaci, schopnosti, mělo by vycházet z jeho potřeb a pomáhat mu získávat nové dovednosti a návyky, které mu pomohou při zvládnání jak nemoci, tak i běžných životních situací.

Obr. č. 5:

„HOĎ SI“

(skupinová práce pacientů s poruchou osobnosti závislých na psychotropních látkách, terapeutické oddělení, polystyren, textil, novinový papír, obalový karton dřevo, akrylové barvy, podzim-zima 2016). **Výsledek svobodného výtvarného projevu pacientů, obcházející racionální korekci i ochranné i obranné mechanismy vůči „bílým plášťům“, tedy personálu i prostředí oddělení.** Zde se nejedná o „šoupání nohama“ (bezduché plnění požadavků léčebného řádu) ani o přetvářku ve způsobu sdělování „Ano, paní doktorko, tento bílý čtvereček je červené kolečko.“ Artefakt působí autenticky, symbolicky hodně vypovídá o osobnostech, které jej vytvořily. **Vypovídá o postojích nerespektujících autoritu, frajerském a provokativním vystupování, chování (cigareta v koutku úst, na hlavě podivný „tralaláček“), sklonu k unikání z reality prostřednictvím psychotropních látek (červená špička nosu), ležérním přístupem k rizikům (ruce uvolněně držící terč), ale také strachu z toho, že někdo objeví jejich vlastní nejistotu, snad i snížené sebevědomí a frustraci z opakovaných selhání (černé brýle).**



4. SPECIÁLNÍ TEORETICKÁ ČÁST

Východisky pro mou práci jsou pojmy psychoterapie, exprese a expresivní terapie a arteterapie. Pro naplnění obsahu práce vyjádřeného v jejím názvu ale musím také objasnit *pojmy ochranné léčení, jeho ukládání a výkon*. Věnuji jim tuto speciální teoretickou část práce - speciální proto, že se zabývá právními a zdravotnickými pojmy v terapeutické praxi méně frekventovanými. Jejich popsání již otvírá prostor pro praktickou část, v níž se provázanost a souvislost všech teoretických východisek propojuje s vlastními praktickými zkušenostmi.

Obr. č. 6:

„V KLECI“

(práce pacienta s poruchou osobnosti závislého na psychotropních látkách, 28, terapeutické oddělení, ocelový drát, textil, novinový papír, akrylové barvy, květen 2017).

Vznik artefaktu byl velmi rychlý, impulzivní, v podstatě jen propojil dvě věci, které našel v místnosti arteterapeutických aktivit.

Jedná se o vyjádření pocitu ztráty svobody, **pacient nařízené ochranné léčení chápal jako trest. Pobyť na uzavřeném režimovém oddělení, hospitalizace nařízená soudem a pouze soudem ukončitelná, bez možnosti kdykoli odejít (např. na „reverz“) pro něj představovala trvale zátěžovou situaci s jediným cílem, co nejrychleji léčení vykonat a dostat se ven. S nařízeným léčením se nikdy neztotožnil, absolvoval je formálně, veškeré požadavky splnil, režimu vyhověl, s personálem i ostatními pacienty vycházel, na skupinových i individuálních protinávkykových aktivitách sděloval, co se od něj očekávalo, ale nešlo o projev autentický se skutečným přesahem do řešení vlastní problematiky s psychotropní látkou.** Arteterapeutické a ergoterapeutické aktivity pro něj představovaly chvíle, ve kterých relaxoval od trvalé zátěže sebekontroly a sebevládní.



4.1 Ochranné léčení a jeho cíle

Ochranné léčení představuje trestní sankci spadající do kategorie ochranných opatření²⁰. „Ochranná opatření lze ukládat za splnění zákonných podmínek samostatně i vedle trestu. Jejich uložení provádí soud místně příslušný místu spáchání trestného činu“²¹. O ukončení ochranných opatření, tedy i o ukončení soudem nařízeného

²⁰ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 98, odst. 1 (in Trestní předpisy, s. 37). Ochrannými opatřeními jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci, zabránění části majetku a ochranná výchova.

²¹ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 97, odst. 1 - 4 (in Trestní předpisy, s. 37).

ochranného léčení, obvykle v případě, že bylo dosaženo jeho účelu, opět rozhoduje pouze soud.

Ochranné léčení krom toho, že je trestní sankcí s represivním cílem, obsahuje také složku preventivně léčebnou, jejímž cílem je potřeba pachatele, pacienta:

- a) izolovat (nebezpečného sobě nebo svému okolí) od nekontrolovaného pobytu ve společnosti,
- b) léčit (obvykle duševní poruchu, která pachatele, pacienta, dovedla ke spáchání trestného činu),
- c) edukačně a výchovně na něj působit (edukovat ho, nebo redukovat jeho potíže prostřednictvím a s cílem vytvoření náhledu na svou nemoc, poruchu, problém, a pomoci mu vrátit se do běžného života, resocializovat jej).

O způsobu vykonání ochranného léčení rozhoduje místně příslušný soudní senát podle povahy nemoci a léčebných možností na základě doporučení znaleckého posudku soudního znalce z oboru psychiatrie. „*Způsob výkonu ochranného léčení, v ambulantní nebo ústavní formě, nařizuje předseda soudního senátu zdravotnickému zařízení, v němž má být ochranné léčení vykonáno.*“²² Ochranné léčení má trvat tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel, v ústavní formě nejdéle dva roky²³, v případě neukončení léčení může soud přistoupit k prodloužení o další dva roky.

4.1.1 Ochranné léčení ve formě ústavní na uzavřeném lůžkovém oddělení

Místně příslušný okresní nebo obvodní soud ukládá nejen formu léčení, ale také místo vykonání léčení, tedy poskytovatele služby. V případě ústavního ochranného léčení se jedná o zdravotnické zařízení, psychiatrickou nemocnici nebo léčebnu. Obvykle se jedná o zařízení spádově příslušné podle místa trvalého bydliště pacienta a obvykle se jedná o zařízení disponující uzavřeným lůžkovým oddělením.

Výkon ochranného léčení ve formě ústavní na uzavřeném lůžkovém oddělení probíhá v rámci režimového nastavení celého průběhu hospitalizace. Režimové oddělení se většinou skládá z částí přijímací a terapeutické, pacienti hospitalizovaní

²² Trestní řád, zákon č. 141/1961 Sb. § 351 odst. 1 - 2 (in Trestní předpisy, s. 236).

²³ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 99, odst. 6 (in Trestní předpisy, s. 37).

v přijímací části nepřicházejí do osobního kontaktu s pacienty z terapeutické části a striktně se dbá také na zamezení vzájemné komunikace. Délka pobytu na přijímacím oddělení je různá, rozhodujícím faktorem je stav nemoci a plnění požadavků příjmového oddělení ze strany pacienta.

Příjmovou částí oddělení procházejí všichni pacienti, potkávají se zde pacienti s nařízeným ochranným léčením jak psychiatrickým, tak i sexuologickým, protialkoholním, protitoxikomanickým nebo kombinovaným. Potkávají se zde prvoléčení pacienti, opakovaně hospitalizovaní, propuštění z výkonu trestu, pacienti v akutní fázi onemocnění nebo ve stadiu jeho remise. Pacienti s nařízeným léčením, nebezpeční sobě nebo svému okolí, nezvladatelně agresivní nebo s jinými výraznými projevy poruch chování se přijímají až po zklidnění nebo odeznění nejakutnější fáze onemocnění. Prostředí přijímací části oddělení se režimem blíží přibližně pomezí prostředí vězeňského a nemocničního.

Terapeutická část oddělení se od části přijímací liší svým prostředím (menší pokoje, větší čistota, možnost mít u sebe kosmetiku, potraviny apod.), způsobem zacházení s pacienty (nižší úroveň průběžné kontroly, na terapeutické aktivity nebo ke zdravotním vyšetřením nejsou doprovázeni ošetřovatelem apod.) režimem oddělení (terapeutické aktivity také mimo oddělení, vycházky a propustky, možnost mít u sebe cigarety, peníze, jídelní náčiní apod.).

4.1.2 Uložení ochranného léčení

„Jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, který si nepřivodil vlivem návykové látky, přihlédne soud k této okolnosti při stanovení druhu trestu a jeho výměry. Má-li soud za to, že by vzhledem ke zdravotnímu stavu pachatele bylo možno nebo potřeba uložit ochranné léčení, uloží je.“²⁴

Soud uloží ochranné léčení v případě, jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.²⁵ Soud může uložit ochranné léčení i tehdy, jestliže pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním, ale v případě, že vzhledem k osobě pachatele je zřejmé, že účelu ochranného léčení nelze

²⁴ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 40, odst. 1 - 2 (in Trestní předpisy, s. 22).

²⁵ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 99, odst. 1 (in Trestní předpisy, s. 37).

dosáhnout, potom soud ochranné léčení neuloží.²⁶ Ochranné léčení může soud uložit vedle trestu, anebo při upuštění od potrestání.

Poskytovatelem výkonu ochranného léčení se stává soudem určené zdravotnické zařízení. Pod jurisdikcí Ministerstva zdravotnictví se jedná o psychiatrickou ambulanci, nemocnici nebo léčebnu, pod jurisdikcí Ministerstva spravedlnosti jde o zdravotnické zařízení Vězeňské služby.²⁷

4.1.3 Výkon ochranného léčení

„Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu o uložení ochranného léčení jako ochranné léčení ústavní vykonávané formou lůžkové péče nebo jako ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče.“²⁸ Výkon ochranného léčení ve zdravotnických zařízeních upravují Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví č. 29/1972 a č. 39/1974 a Metodický list hlavního odborníka pro psychiatrii č. 1/1985.²⁹

Při výkonu ochranného léčení na uzavřeném lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice nebo léčebny dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení.

Pacient je při výkonu ochranného léčení povinen³⁰:

- a) podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, včetně zdravotních úkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu,
- b) podrobit se na základě odůvodněného požadavku osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by mohl ohrozit sebe nebo okolí, nebo mohl narušovat individuální léčebný plán (PC, mobilní telefon, alkohol, léky či psychotropní látky, přípravky k tetování, prostředky pro aplikaci psychotropních látek apod.),
- c) umožnit pracovníkům zdravotnického zařízení kontrolu svých osobních věcí,

²⁶ Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. § 99, odst. 2, písm. a - b (in Trestní předpisy, s. 37).

²⁷ Zákon o specifických zdravotních službách, č. 373/2011 Sb. § 83, odst. 2, s. 4832.

²⁸ Zákon o specifických zdravotních službách, č. 373/2011 Sb. § 83, odst. 1, s. 4832

²⁹ Pavlovský a kol. (2012), s. 19.

³⁰ Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. § 88, odst. 1, písm. a - d, s. 4834

- d) oznámit v případě krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení adresu, na které se bude zdržovat.

Poskytovatel zajišťující ochranné léčení ústavní může výjimečně zakázat konkrétní návštěvu u pacienta, použití telefonu pacientem, nebo předávání korespondence pacientovi, nepovolit pacientovi krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovaly individuální léčebný postup. Z tohoto důvodu může rovněž kontrolovat balíky pacienta. Průběh výkonu ochranného léčení je zaznamenáván do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Pacientovi nelze zakázat návštěvy jeho právního zástupce nebo zástupce organizace poskytující poradenství pacientům, používání telefonu a písemný styk při komunikaci s těmito zástupci.

Výkon ochranného léčení ve formě ústavní na uzavřeném lůžkovém oddělení obvykle probíhá ve 4 etapách:

- a) *Přípravná a seznamovací* - pacient se seznamuje s prostředím, spolupacienty, personálem, právy a povinnostmi, předpokládaným průběhem léčení, požadavky léčebného řádu, je zahájena komplexní diagnostika, stanovuje se orientační léčebný plán, pacient je adekvátně medikován a zařazen do aktivit,
- b) *motivační* - léčebný plán i terapeutický proces se soustřeďují na vytváření pacientovy motivace ke změně zaběhlých projevů chování, na postupné vytváření náhledu na problematiku vlastního onemocnění, pacient se účastní individuálních a skupinových terapeutických aktivit na oddělení, účinnost léčebného plánu je vyhodnocena, v případě potřeby dochází k jeho úpravám,
- c) *léčebně - edukačně - resocializační* - pacient prochází sebezobnovovacími procesy, terapeutické postupy se zaměřují na navození a přijetí změn v hodnotovém systému, které by co nejvíce vedly ke zdravému životnímu stylu, pacient dochází na terapeutické aktivity mimo oddělení, má možnost chodit zprvu na vycházky v doprovodu, později samostatně, součástí léčebného procesu se stávají propustky mimo areál zdravotnického zařízení, v případě, že nemoc směřuje k remisi, nastává plánování budoucnosti způsobem, který by co nejvíce reflektoval pacientovu společenskou akceptovatelnost a schopnost být v běžném životě úspěšným,

- d) *výstupní* - připravuje se ukončení hospitalizace, ukončení ochranného léčení, nebo změna z ústavní formy na ambulantní, pacient musí mít připraveno příští bydlení, pracovní uplatnění (pokud není příjemcem plného invalidního důchodu), z dlouhodobé hospitalizace by měl být připraven na přechod do běžného prostředí tak, aby je zvládl bez nadměrného stresu nebo znevýhodňujících a traumatizujících prožitků.

Délka setrvání v jednotlivých fázích je různá, závisí na individuálním chování pacienta, stavu a průběhu onemocnění, plnění požadavků plynoucích z režimu a léčebného řádu oddělení ochranného léčení. Pokud pacient selhává, podle závažnosti selhání buď sestupuje do předchozí fáze anebo se navrácí na úplný začátek léčení.

Délka výkonu ochranného léčení je rovněž různá, v průměru se obvykle při bezproblémovém průběhu jedná u pacientů s nařízeným léčením protialkoholním nebo protitoxikomanickým o šest měsíců, u pacientů s nařízeným léčením psychiatrickým o minimálně 12 měsíců, u pacientů s nařízeným léčením sexuologickým o dva až čtyři roky.

5. PRAKTICKÁ ČÁST - METODOLOGIE

Cílem praktické části mé práce je čtenáři co nejvíce přiblížit tu část terapeutické praxe na zajímavě obtížném oddělení ochranného léčení, která podporuje celkový léčebný proces širokým spektrem výtvarných aktivit. „*Všechno, co se děje, předpokládá něco, po čem to podle nějakého pravidla následuje.*“³¹ A tak si kladu základní otázku, zda sumarizace mých postřehů a zkušeností včetně předložení výběru několika výsledků výtvarného počínání pacientů bude schopna prezentovat oprávněnost zařazení arteterapie do léčebného režimu oddělení a do individuálních léčebných plánů pacientů. Pro zodpovězení této otázky jsem si zformuloval smělou pracovní hypotézu, že „*Expresivní terapie a arteterapie je i na uzavřeném režimovém oddělení psychiatrické nemocnice schopna pomoci pacientovi zprostředkovat náhled na onemocnění, uvolnění, abreakci, pomoci v návratu k reálnému nahlížení na okolí, svět, sebe sama a v konečném důsledku i k návratu do běžného života.*“

Jakým způsobem, postupem jsem se propracoval k zodpovězení výše položené otázky a potvrzení nebo vyvrácení mé smělé pracovní hypotézy:

a) *Výběr tématu:*

Výběr byl pro mne jednoduchou záležitostí. Léta jsem strávil terapeutickou praxí (pokoušeje se o arteterapii) na oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici. Teoretické znalosti získávané systematickým studiem arteterapie se mi propojovaly se zkušenostmi. A dospěl jsem k závěru, že proč chodit pro vodu ke vzdálené studánce (vymýšlet nějaké téma), když sedím u pramene. Stanovení náplně práce a formulace cíle mi již vylýnuly automaticky.

b) *Co a jak jsem zkoumal:*

Oddělení ochranného léčení v současné podobě funguje 18 let a arteterapeutické postupy v nejrůznějších podobách jsou na oddělení využívány minimálně 15 let. Já zkoumal současnost arteterapeutického dění, přesněji poslední 4 roky, a poslední 2 roky dění z hlediska implementace získaných teoretických poznatků do přímé praxe.

³¹ Kant, (1781, in Nakonečný, 1997, s. 93).

c) *Shromáždění a studium literárních pramenů:*

Heuristická práce byla automatickým procesem, sáhl jsem po osvědčených autorech odborných publikací a také některých novinkách, které se v příhodnou chvíli objevily na trhu. Dokonce jsem využíval internetové zdroje, čemuž se obvykle vyhýbám.

d) *Výzkumný vzorek:*

tvořili pacienti hospitalizovaní na oddělení ochranného léčení v období září 2016 až srpen 2018 v počtu 50 osob, soubor *respondentů* krom pacientů tvořil také personál oddělení a to včetně terapeutického týmu.

e) *Studijní podklady:*

Podklady pro praktickou část práce představovala zdravotnická dokumentace, artefakty pacientů a jejich fotodokumentace, záznamy pozorování a rozhovorů s personálem.

f) *Metody zjišťování faktů:*

V rámci výběru metod nebylo v podstatě co řešit, pro potřeby sběru materiálu stačilo přímé osobní pozorování, volné rozhovory (jak s pacienty, tak s personálem) a dotazování.

a) *Zpracování zjištěných faktů:*

Zpracování poznatků jsem realizoval prostřednictvím deskripce (popisu) a explanace (vysvětlování), prostřednictvím konstruktů (výtvarné a obsahové analýzy artefaktů podle interpretačních principů „rožnovské psychodynamicky orientované školy“).

g) *K dokreslení zjištěných faktů* jsem zařadil šest kazuistik.

h) *Vyhodnocení a interpretace zjištěného* včetně vlastních závěrů a diskuse o zjištěném se staly přirozeným vyvrcholením praktické části.

Podmínky při realizaci praktické části jsem měl výborné. Pacienti spolupracovali bez obtíží a personál mne podporoval. V podstatě celý sběr dat a zjištění jsem realizoval v běhu vlastního pracovního procesu.

Obr. č. 7:

„NOVOROČNÍ OHŇOSTROJ“

(skupinová práce pacientů s duální diagnózou z příjmového i terapeutického oddělení, obalové kartony, barevné papíry, disperzní lepidlo, tavná pistole, akrylové barvy, prosinec 2016). Tato „koláž“, nebo spíše „3D-diorama“ vznikala po dobu jednoho měsíce, na její výrobě se střídaly tři skupiny pacientů v počtu 6-8 členů. První skupina obdržela zadání „...blíží se Nový rok, vyšlete při této příležitosti vzkaz světu...“ a na pracovním stole ležel čistý papír formátu A0, barevné papíry a lepidlo. Na konci hodiny na bílém papíře leželo množství barevných hvězdiček a jeden 3D „panelák“. **V každé skupině se objevili neformální vedoucí, kteří organizovali práci, v jedné skupině byli dokonce tři, kteří úkolovali ostatní. Já sloužil pouze jako zásobovatel a plnil požadavky typu „...byl by tady..., našlo by se..., nemáte...“, nebo schvalovatel „...a může tam být toto? ...a šlo by udělat tohle?...“.** Překvapujícím bylo, že tři skupiny na sebe bez obtíží navazovaly, i když při příchodu na činnost nevěděly, jak práce pokročila. Dění vždy



6. SPECIÁLNÍ PRAKTICKÁ ČÁST

Speciální praktická část mé práce je založena na pracovním předpokladu, hypotéze, že arteterapie je schopna účinně zasahovat a pomáhat při realizaci bio-psycho-socio léčebného procesu a že její zařazení do systému psychoterapeutických aktivit na oddělení je oprávněné. V následujících kapitolách postupně předkládám důvody pro oprávněnost tohoto předpokladu s tím, že čtenáři předkládám také výsledky výtvarného počínání pacientů ilustrativně podtrhující tyto důvody.

6.1. Místo, opodstatnění a přínos arteterapie v celkovém léčebně terapeutickém procesu na oddělení ochranného léčení

Arteterapie představuje součást komplexního terapeutického programu oddělení. Arteterapie není alternativou psychoterapeutických skupin. Doplnuje terapeutické přístupy a podporuje nebo zesiluje účinek verbální terapie. Kromě léčebných účinků se prokázala její účinnost také v oblasti primární, sekundární i terciární prevence. V některých momentech nebo situacích také představuje způsob komunikace pacienta s dalšími členy terapeutického týmu, lékařem, psychologem, sociální pracovníci. Arteterapie není vyšetřením, jejím cílem není produkovat diagnostické závěry, i když pacientova produkce a jeho chování v době arteterapeutické aktivity může mít podpůrný diagnostický potenciál.

K arteterapii je v podstatě indikován každý pacient. Skutečnou individuální kontraindikaci jsem nezaznamenal, kromě kratších období výpadků účasti psychotických pacientů v důsledku recidivy onemocnění nebo krátkodobé dekompenzace.

Proces změn, který pomocí arteterapie probíhá v rovině klientovy tvorby, se přenáší i do jiných oblastí života. Realita nebo pouze zbožné přání? Na druhou stranu, měl jsem opakovaně možnost vidět, že průběh pacientovy nemoci se promítl do způsobu/výsledku jeho tvorby. Arteterapie může ovlivnit pacientovo sebevyjádření, aktivizaci, sebepoznání, osobnostní růst, změnu stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarzi, zpracování konfliktů, tvořivost v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivaci obranných mechanismů.

Arteterapie podporuje rozvíjení nejrůznějších schopností, rozvíjení existujících nebo vytváření nových dovedností a také vytváření, obnovování nebo upevňování pozitivních návyků.

6.1.1 Oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici, obvyklá typologie pacientů

Na oddělení ochranného léčení se potkávají jedinci, jejichž osobnost, *a její složky, endogenní prožívání (racionální i emoční) a exogenní chování*, jsou stíženy různou mírou psychické anomálie, psychické normality, psychopatologií. V podstatě se jedná o tři základní skupiny pacientů, jejichž obtíže je všechny determinují pro zařazení do zastřešující kategorie - duševní poruchy.

Duševní poruchy³²:

- a) Nemoci, *psychózy*, (zejména schizofrenie), *schizotypální poruchy, poruchy s trvalými bludy a schizoafektivní poruchy* (zejména bipolární),
- b) funkční poruchy, *poruchy osobnosti* (zejména disociální, schizoidní, histrionská), *neurózy*,
- c) vývojové poruchy, *mentální retardace* (lehká, střední, těžká).

Z hlediska léčebně terapeutických přístupů se všichni pacienti potkávají pouze na ranní komunitě nebo při výjimečných programech (besedy, velikonoční vzpomínání, vánoční zpívání apod.). Podle typu duševní poruchy jsou zařazováni do oddělených terapeutických skupin s odlišnými terapeutickými plány.

Věkové spektrum je různorodé, od adolescentů přes mladé dospělé, dospělé a seniory ke gerontům.

6.1.2 Pacienti s poruchou osobnosti (Obrazová příloha č. IV)

Poruchy osobnosti představují „...rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek

³² Nakonečný, (1998), s. 270.

konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě. Trvalé změny osobnosti jsou hluboce zakořeněné s trvalými vzorci chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu...³³ V případě pacientů s poruchou osobnosti se v podstatě jedná o pachatele trestné činnosti, jedince škodlivě užívající psychotropní látky, lidově řečeno alkoholici a feťáci (toxikomani), kterým soud nařídil kromě podmíněného nebo nepodmíněného trestu také ochranné léčení. Trestnou činnost páchali většinou pod vlivem psychotropní látky nebo kvůli ní (získání prostředků pro její opatření). Tento typ pacientů kdysi na oddělení představoval většinu, posléze plus-mínus polovinu v komunitě, nyní je jejich počet na ústupu, uvolňují místo pacientům s duální diagnózou.

6.1.3 Pacienti s duševní poruchou (Obrazová příloha č. V)

Jedná se o pacienty s těžkou duševní chorobou, „...psychózou, jak akutní, tak přechodnou, u nichž je zpravidla ztracen kontakt s realitou, vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány a chybí vědomí nemoci...“³⁴ Do této skupiny duševních poruch patří zejména schizofrenie, paranoidní, katatonická, hebefrenická, smíšená - „...soubor schizofrenních poruch, které jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení, vnímání a afektivity, vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, osobnost je postižena v podstatě svého fungování, rozvíjejí se bludné interpretace, sluchové halucinace, události každodenního života nabývají zlověstný význam, poruchy vůle se jeví jako lenivost nebo negativismus...“³⁵, bipolární afektivní porucha - „...střídání fází deprese a manie, jen vzácně s halucinacemi a bludy...“³⁶ a schizofektivní porucha - „...vyznačující se jak afektivními, tak schizofrenními příznaky...“³⁷.

³³ MKN-10, (1992).

³⁴ Hartl, Hartlová, (2000), s. 488.

³⁵ Hartl, Hartlová, (2000), s. 534.

³⁶ Hartl, Hartlová, (2000), s. 490.

³⁷ Hartl, Hartlová, (2000), s. 534.

Tito pacienti jsou pachateli závažné trestné činnosti, ale jejich trestní stíhání bylo z důvodu nepřičetnosti v důsledku duševní poruchy zastaveno, a protože jejich pobyt na svobodě je nebezpečný, soud upustil od potrestání, ale nařídil výkon ochranného léčení. Pacienti, které soud uznal pro duševní poruchu zmenšeně přičetnými a jejich pobyt na svobodě nebezpečným, v jejich případě soud uložil trest se sníženou sazbou (podmíněný nebo nepodmíněný). V případě trestu nepodmíněného po jeho vykonání nastoupil pacient výkon ochranného léčení. Mezi těmito pacienty se nalézají i ti, kterým bylo nejdříve uloženo ochranné léčení ambulantní, ale protože neplnilo účel, bylo jim přeměněno na formu ústavní.

6.1.4 Pacienti s duální diagnózou (Obrazová příloha č. VI)

„Pojem duální diagnóza je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy.“³⁸ Na oddělení ochranného léčení v této kategorii převažovali pacienti závislí na psychotropních látkách v kombinaci se schizofrenií (nejčastěji paranoidní) nebo bipolární afektivní poruchou. U těchto pacientů je obvykle možno si položit otázku, co bylo dříve, vejce nebo slepice, *preexistující psychóza a nekomfortní prožívání řešené pomocí psychotropní látky vedoucí k závislosti a psychóze, nebo škodlivé užívání psychotropní látky a její neurotoxicita vyvolaly jak závislost, tak i psychózu.* Tito pacienti jsou ve všech ohledech z hlediska léčebně terapeutického procesu obtížnější a náročnější, protože mají duální diagnózy:³⁹

- a) Snižují schopnost pacienta se do léčení zapojit, vytrvat v něm a mít z něj prospěch,
- b) představují zdroj motivačních krizí, interpersonálních konfliktů a rizikových situací,
- c) přinášejí komplikace a rizika spolupacientům,
- d) zvyšují zátěž a nároky na personál.

Pacientů s duální diagnózou neustále přibývá.

³⁸ Kalina, (2015), s. 211.

³⁹ Kalina, (2015), s. 217.

6.2 Arteterapeut a arteterapie na oddělení ochranného léčení

Arteterapeut na oddělení ochranného léčení je součástí odborného terapeutického týmu (lékaři, psychologové, sociální pracovníci, psychiatrické sestry a ošetřovatelé). Arteterapeut má přístup ke zdravotní dokumentaci pacientů a v rámci své odbornosti se podílí na přípravě, realizaci a vyhodnocování léčebných plánů. Ze svých terapeutických aktivit pořizuje odpovídající záznamy do dokumentace pacientů. Toto oddělení představuje direktivní prostředí, ve kterém arteterapeut používá k dosahování terapeutických cílů nedirektivní metodu, arteterapii. Arteterapie je hraniční disciplínou a k jejímu výkonu jsou potřebné vědomosti jak z psychoterapie a dalších klinických oborů, tak z oblasti věd a umění.

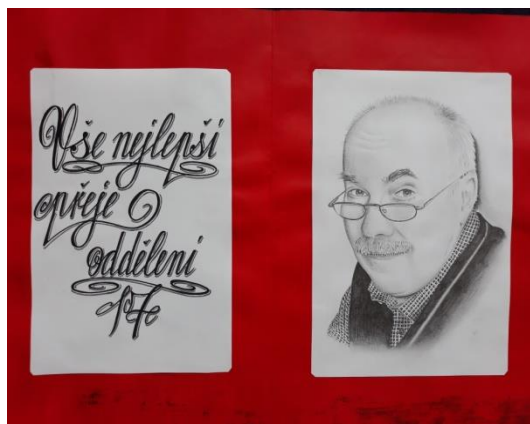
Nutno říci, že arteterapie i arteterapeut na oddělení požívali veškerou vážnost, odborným týmem i personálem jsme byli respektováni a o práci pacientů byl zájem. Výzdoba oddělení byla tvořena vesměs produkty pacientů a samotní pacienti využívali možnosti arteterapeutického programu k výrobě dáreků pro své známé i příbuzné. Také personál využíval dovednosti pacientů při nejrůznějších příležitostech.

Obr. č. 17:

„BLAHOPŘÁNÍ“

(práce pacienta s poruchou osobnosti závislého na psychotropních látkách, 34, terapeutické oddělení, kresba tužkou, listopad 2017).

Účinnost arteterapeutického procesu měl zajímavý vývoj, od anxiolytického výtvarna přešel k výtvarnu výtvarnému. Po příchodu na oddělení přímo z výkonu trestu (o ochranné léčení si na radu advokáta řekl dobrovolně, domníval se, že soud bude jeho trestnou činnost posuzovat mírněji) požádal o kreslící potřeby a prakticky celé noci kreslil. **Po objevení kreslířských dovedností jak spolupacienty, tak personálem, realizoval v průběhu léčení na zakázku množství kreseb. Krom šikovného grafika byl také zdatným tatérem (kreslil obvykle podle předlohy, ale náměty pro tetování si navrhoval sám).** V poslední fázi léčení vyzdobil tetováním nejen těla spolupacientů, ale také jejich kamarádů a dokonce i rodinných příslušníků, zejména sester, potažmo i matek.



Arteterapie na oddělení ochranného léčení v době, z níž čerpám náměty pro tuto práci, představovala specifickou disciplínu, která sama sebe nebrala takřka vážně, která sice byla režimovým programem, jenže jeho hlavním účelem bylo poskytnout pacientům chvíle, kdy se odpoutají od bytí v realitě svých nemocí, starostí, obav.

Programem, který je vytahoval z hibernace v lůžku, který jim poskytoval co nejvíce příjemných chvil a kde nemuseli za každou cenu vyhovět „kde bílé kolečko nemuselo být v jejich představách jednání s personálem červeným čtverečkem.“ Arteterapeutický prostor se co nejvíce oprošťoval od autority bílých plášťů a tiché pokory, sebezapření nebo zloby a kde komunikace probíhala v co největším přiblížení se k běžnému životu. Arteterapeutického programu se bez výjimky účastnili všichni pacienti, s individuálním přístupem, nemocní, v atace duševní nemoci nebo momentální dekompenzace nuceni nebyli, ale tendence vyhýbat se arteterapii nebyly velké. Každý pacient obvykle absolvoval dvě hodiny arteterapie týdně, někdy i více, zřídka méně, záleželo na tom, co bylo zrovna náplní v ergoterapeutickém programu (dílenském rukodělném počinání). Osvícenost vedoucí lékařky ponechat tyto programy pod dikcí arteterapeuta byla jednoznačným přínosem přinášejícím volnost a pohodu jak terapeutovi, tak pacientům.

6.2.2 Osobnost arteterapeuta

Pokud zmiňuji pojem arteterapeut, míním tím odborně kvalifikovanou osobu mužského nebo ženského pohlaví. Toto vymezení považuji za důležité, aby nedošlo k genderovému problému. „*Ve skutečnosti*“, jak praví Drapela⁴⁰, „*každý kompetentní terapeut musí slučovat povahové rysy tradičně připisované oběma pohlavím: ze ženské povahy emotivní zaměření, pochopení pro druhé, citlivost a takt, z mužské povahy převážně racionální orientaci, rozhodnost a objektivitu.*“ Již před zažádáním o práci arteterapeuta na oddělení ochranného léčení by měl kandidát zvážit, zda disponuje náznaky terapeutické osobnosti: *inteligencí, životní energií, optimismem, otevřeností, flexibilitou a ochotou vytrvale se učit.* K tomu se přidávají eticko-psychologické vlastnosti, zároveň osobnostní předpoklady: *extrovertnost, přirozená autorita, předchozí zkušenost s jedinci s poruchami chování, zralejší věk, schopnost empatie ale i direktivního jednání, schopnost být vzorem pacientům, autentický, jednající přímo ale respektující etický kodex, schopnost budovat účinný terapeutický vztah bez manipulací.* Terapeut by měl znát sám sebe a přijímat svou osobnost jak s jejími přednostmi, tak i nedostatky. Absolvování sebezkušenostního (psychoterapeutického) výcviku by mělo být samozřejmostí. Měl by být ve své terapeutické práci *orientován psychodynamicky*

⁴⁰ Drapela, (1997), s. 164.

nebo integrativně eklekticky. Měl by disponovat jistým objemem vědomostí, dovedností a zkušeností z psychologie, psychiatrie, pedagogiky, teorie umění, estetiky a měl by umět alespoň trochu vládnout nejrůznějšími výtvarnými technikami.

6.2.3 Specifika terapeutických vztahů

„Terapie by se neměla řídit teorií, ale vztahy.“⁴¹ „Vztah je nositelem změny.“⁴² „Kvalita terapeutického vztahu se podílí na pozitivním léčebném výsledku podstatněji měrou než použité techniky.“⁴³ Výkon ochranného léčení je bohužel ve většině případů pacienti - zejména těch s nařízeným léčením protialkoholním nebo protitoxikomanickým - vnímán jako pokračování trestu (viz obr. č. 5 a 6). Vztah se tvoří obtížně. Tendence pacientů k udržování obran a k co nejmenší autenticitě vyžadují ze strany terapeuta značné úsilí. Navázání kontaktu, započetí a udržení dialogu směřujícího k začátku pozitivního a tvůrčího vztahu představují docela složité umění. Zejména když do procesu vzniku a udržování terapeuticky nosného vztahu vstupují proměnné v podobě duševních nemocí, osobnostních psychopatologií, poruch chování apod. Terapeut, který se v takto obtížném prostředí nedovede k pacientovi přiblížit a zároveň si vytvořit přirozenou autoritu, je v podstatě odsouzen k formálním vztahům, ve kterých se terapie nerozvíjí, ale naopak skomírá. Každý vztah na tomto oddělení je v začátku pacientova léčení asymetrický, až v případě zralosti pacienta, náhledu na problematiku vlastního onemocnění a vlastní potřeby adekvátního léčení je možno připustit změnu vztahu na symetrický.

Terapeutický vztah a terapeutický dialog jsou dle mých zkušeností ovlivňovány:

- d) *Terapeutovou opravdovostí* (autentičností, kongruencí), s respektem k pacientově individualitě a mikrokosmu, ve kterém se odehrává pacientovo interpersonální chování, zvýšenou otevřeností vůči jeho vnitřnímu zážitkovému světu, ale se schopností udržet si odstup (*„tady a teď a nic si neodnášet, a pokud něco ano, tak pouze dobrý pocit z dobře odvedené práce“*),

⁴¹ Yalom, (2003), s. 15.

⁴² Deitch, (1995, in Kalina, 2013, s. 57).

⁴³ Levy, (2009, in Kalina, 2013, s. 57).

- e) *schopností vstoupit do konfrontace, ale umět rozpoznat, kdy je možno ji připustit, kdy a za jakých podmínek je možno do ní vstoupit a pokud již k ní dojde, její výsledný efekt by měl být konstruktivní,*
- f) *schopností empaticky pacientovi rozumět, porozumět jeho emocím a motivům, ale nelitovat ho a nenechat se emočně ovlivnit (většina pacientů má schopnosti a rozvinuté dovednosti manipulovat se svým okolím),*
- g) *dovedností být otevřen ke změně vlastní i pacientovy, průběžně reflektovat vlastní hodnotový systém, umět být pokorným vůči vlastním omezením, dovedností nezaujímat autoritativně omezující postoje, ale naopak, zaujímat postoje spíše netradiční, s odstupem, nadhledem, tolerantně respektující s neustávající snahou o soustředěné reflektování klientových problémů, úspěchů a radostí (mám pocit, že rigidních a autoritativně omezujících postojů u členů personálu přibývá s délkou práce na psychiatrii),*
- h) *vědomím, že pochvala má kouzelnou moc, že existuje více než padesát způsobů jak pochválit, že je důležité vyjadřovat se pochvalně i k sebemenším úspěchům pacienta - zejména v začátku léčení nebo při překonávání obtížných období - ale s vědomím, že se to ani s pochvalou nemá přehánět,*
- i) *dovedností otevřeně reflektovat i hodnotit jak vlastní, tak i společnou terapeutickou práci.*

6.2.4 Nejběžněji používané arteterapeutické techniky

Materiály, techniky a postupy, které jsem používal při svém arteterapeutickém snažení, jsou velmi širokého záběru, jejich spektrum zahrnuje prakticky vše, z čeho se dá vytvořit artefakt, čím, prostřednictvím čeho, se může pacient výtvarně vyjádřit (počínaje obyčejnou tužkou a třeba korkovou zátkou konče).

Obr. č. 18:

„VŠEHOCHUŤ“

(skupinová práce všech pacientů z terapeutického oddělení, obalové kartony, barevné papíry, korkové zátky, modurit, špejle, sololit, lepidla, provázky, knoflíky, akrylové barvy, červen 2018). Artefakt vznikl po velkém úklidu v arteterapeutické místnosti, kdy byly shromážděny pozůstatky z jiných činností s tím, „...že se jedná o polotovary nebo produkty, které by se ještě nějak daly použít...“. V komunitní místnosti oddělení vznikla tato instalace, na níž si pacienti, aniž by k tomu byli motivováni, hledali své výrobky, „...to je moje, ale to je dávno, co jsem to dělal...“. **Efekt z úklidu a využití zbytků byl dvojnásobný, pro terapeutický tým, že si pacienti pamatují, co dělali, tudíž je činnost zaujala, pro pacienty, jak jsou někteří z nich na oddělení dlouho.**



Za základní techniky našeho výtvarného činění, akční události s cílem jakékoli osobní nebo skupinové výpovědi, považuji (vyjadřovací prostředky uvádím v závorkách):

- 1) *Kresbu* (tužkou, pastelkou, fixem, křídou, voskovým pastelem, uhlem),
- 2) *malbu* (barvami akvarelovými, temperovými, akrylovými, tuší),
- 3) *koláž* (papírovou, textilní, ze samolepicích tapet, kombinovanou, někdy s doplňky z dřevěných dých),
- 4) *kombinace kresby, malby, koláže* (dokreslováním, domalováváním, dolepováním),
- 5) *modelování, včetně odlévání* (obvykle ze sádry, „rybářského“ těsta, marcipánu, keramických hmot tuhoucích na vzduchu nebo v horké vodě),
- 6) *jiná grafika* (sprayování nebo válečkování přes vyřezávané šablony).

Jako podklad obvykle posloužil obyčejný kancelářský papír, běžná rýsovací čtvrtka (A4 nebo A3, speciální akvarelový papír k dispozici nebyl), novinový nebo hedvábný papír, zcela výjimečně běžné školní barevné papíry a velmi často také kartony z použitých krabic (několikvrstvá lepenka). Absolutně nezbytným médiem byla lepidla (zejména disperzní, klovatina a silikonová, mimořádně i lepící tyčinky a pasty, ale ty se příliš neosvědčily). Běžně používanými doplňujícími materiály byly bavlněné příze, provázky, zbytky kůže, drátky, molitan atd.

Příklady z praxe na oddělení (Obrazová příloha č. VII):

- 1) *Kresba* (Obr. č. 19) - výrazovým prostředkem je lineární stopa na dvourozměrném médiu⁴⁴.
- 2) *Uhlová rezerva* (Obr. č. 20) - výrazovým prostředkem je vygumovávaní z plochy kompletně pokryté přírodním uhlím.⁴⁵
- 3) *Tematický akvarel* (Obr. č. 21) - výrazovým prostředkem je nanášení akvarelové barvy na navlhčený podklad nebo nezavadlou barvu, kdy se barvy rozpíjejí a vytvářejí efekt využitelný pro zobrazení různých témat.⁴⁶
- 4) *Akční akvarel* (Obr. č. 22) - výrazovým prostředkem je smývací technika, na mokrý podklad jsou nanášeny spontánně volené syté barvy s očekáváním, že splynutí vody a barvy spojené s gestem ruky vytvoří barevný celek bez vědomých kontur.⁴⁷
- 5) *Koláž* (Obr. č. 23) – je realita vizuální víceznačnosti.⁴⁸ Výrazovým prostředkem je sestřih a spojení různých částí do nového celku.⁴⁹

6.2.5 Rožnovský arteterapeutický přístup

Rožnovský arteterapeutický přístup patří do skupiny psychodynamicky orientované psychoterapie. *Je založen na řízeném výtvarném procesu s předpokladem, že změnu ve způsobu zobrazování je možno chápat jako metaforu osobnostní proměny.* Získávání náhledu na proměnu se děje v procesu analýzy výtvarného projevu. Jedná se o projektivní techniku se základem v zážitkové interpretaci artefaktu, jehož autor je systematicky veden k co nejreálnějšímu zobrazení existující reality. Stěžejně používanými výtvarnými technikami jsou akvarel (popřípadě akční akvarel) a koláž. Co nejreálněji zobrazená pacientem vnímaná realita (figury a předměty zasazené do prostředí, vše v odpovídajícím barevném schématu a v odpovídající perspektivě) představuje výtvarnou metaforu situací, které je možno analyzovat a interpretovat, protože artefakt se stává nositelem vizualizovaných vnitřních rozporů autora. A to i v případě zdravého jedince, jehož objektivita vědomí, sociálně akceptovatelná

⁴⁴ Wikipedia, heslo kresba.

⁴⁵ Lhotová, Perout, (2018), s. 170.

⁴⁶ Lhotová, Perout, (2018), s. 171.

⁴⁷ Lhotová, Perout, (2018), s. 163.

⁴⁸ Gombrich, (2006, in Lhotová, Perout, 2018, s. 165).

⁴⁹ Lhotová, Perout, (2018), s. 165.

komunikace s okolím a odpovídající autentičnost chování nenaznačují existenci potlačených nebo vytěsněných zkušeností.

Průběh výtvarného procesu na oddělení ovlivňuje/řídí arteterapeut nenásilnými vstupy do pacientova výtvarného konání. Předmětem vstupů může být objasnění nebo ujasnění tématu, opakované vysvětlování a dopomoc s technikou práce, metodické instrukce, nápověda nebo i zásah do artefaktu vedoucí k co nejreálnější kompozici a barevné vyváženosti.

Analýza vzniku artefaktu spočívá ve sledování jeho vrstvení. První, materiálová vrstva představuje, čím a na co se maluje (výběr štětce, typ a kvalita barev, druh podkladu apod.), druhou vrstvou je skladba předmětů, kompozičních prvků (z čeho se artefakt skládá, co tam je, nebo by mělo být, ale není) a třetí je vrstva stylistická (co je na obrázku výrazné, kde to je, jak to působí a zda se jedná o zpracování dynamické nebo statické). Při *interpretaci* se pracuje s asociovanými symboly, tvary, scénériemi a barvami, sleduje se doplňkovost barev, umístění, míra pokryté plochy a rozložení na ploše, to vše s využíváním metafory a symbolizace.⁵⁰

Obr. č. 24 a 25:

„GOLEM“ a „OSTROV“

(dvě práce pacienta s duševní poruchou, paranoidní schizofrenie, 34, akvarel, „GOLEM“ vznikl na příjmovém oddělení v lednu 2017 a „OSTROV“ na terapeutickém v červnu 2017).



„GOLEM“ vznikl v době opětovného propuknutí nemoci, „OSTROV“ po zaléčení a částečném ústupu obtíží. Na obou obrazech pacient použil prakticky totožné barvy. V případě „GOLEMA“ jsou sytější, výraznější, dominuje žlutá, červená, černá. Dynamika děje je značná, vynořující se postava může symbolizovat nemoc ovlivňující

prostřednictvím chaosu sytě barevných skvrn pacientovo prožívání. „OSTROV“ se vyznačuje čitelnou kompozicí, hloubkou a světelnou perspektivou, fialovou nahradila modrá, obrázek působí takřka vyrovnaně. Rušivý moment představuje rudožluté slunce s výraznými stopami po štětci, ustupující, ale pořád přítomná nemoc. Ptáci představují terapeutův vstup.

⁵⁰ Lhotová, Perout, (2018), s. 163.

6.3 Možnosti arteterapie na oddělení ochranného léčení

V principu je k arteterapeutickým aktivitám indikován každý pacient. Tvořit může každý. V případě režimového oddělení i musí. Každý artefakt představuje komunikační prostředek, může být nositelem sdělení adresované terapeutům, ostatním členům terapeutické skupiny, ale i samotnému autorovi. Možnosti arteterapeutického působení jsou velmi široké. Arteterapeutické aktivity na oddělení nebyly primárně zaměřeny na výsledek, ale spíše na prožitek z tvoření a prožitek ze vzájemného sdílení společně prožívané chvíle, vzájemného respektu a bezpečné komunikace. Samozřejmě dobrý pocit z povedeného výsledku a pocit radosti z uznání ostatních také nebyl k zahození. Arteterapii se na oddělení ochranného léčení dostávalo značného prostoru, její výsledky byly personálem kladně hodnoceny a terapeutický přínos se v celkovém léčebně terapeutickém procesu neztratil. Na režimovém oddělení se arteterapie „...uplatňuje jak v podněcování, tak v relaxačním působení odstraňujícím napětí při uvolňování odreagováním.“⁵¹



Obr. č. 26 a 27:

„MINIGALERIE NA CHODBĚ“

(individuální práce pacientů s různými diagnózami z obou oddělení, graffiti - papírová šablona, barevné spraye, bílá omítka, **velmi oblíbená činnost**, rozdělená obvykle do čtyř fází, návrh, výroba šablony, nástřik na bílou čtvrtku obvykle formátu A3 a posléze na zeď, ve čtvrté fázi se obvykle jednou za rok při velkém úklidu posbírali všechny šablony a před likvidací se použily k zvěčnění na zdech v blízkosti arteterapeuticko-díleňské místnosti.)

V možnostech arteterapie byla podpora celkového psychoterapeutického efektu u jedince. V případě skupiny, nebo komunity to byla podpora schopnosti jednotlivců

⁵¹ Lhotová, Perout, (2018), s. 34.

respektovat všechny členy, obušovat hrany vztahově destruktivního chování a učit se kooperaci s okolím. V možnostech arteterapie bylo pomáhat pacientovi při získávání náhledu na problematiku vlastního onemocnění, zacházení s ním, pomáhat při změnách hodnotového systému a příklonu ke zdravému životnímu stylu, pomáhat při změnách myšlení, postojů a chování.

6.3.1 Úkoly arteterapie ve vztahu k léčebně terapeutickému procesu

Zejména dopřát pacientům možnost:

- a) *porozumět* maladaptivním schémátům chování a získat nad nimi kontrolu prostřednictvím uvolnění potlačených obsahů, odhalením nevědomých přání a podporou budování ega,
- b) *zprostředkování* postupného odkrývání nevědomých vlivů a motivů,
- c) *zažít* prostřednictvím výtvarného vyjádření imaginativní sebepoznání, včetně získání představy o možnostech transferu důsledků sebepoznání do zvládnutí běžných životních situací,
- d) *prožít* sebeaktualizaci a sebereflexi, včetně odhalení souvislostí vlastního prožívání a chování jak ve vztahu k sobě, tak i k okolí,
- e) *zažít* korektivní zkušenost ústící do:
 - Schopnosti střízlivého racionálního posuzování životních situací,
 - schopnosti vhodného výběru alternativních strategií jednání,
 - dovednosti a návyku realizovat vybrané alternativy.

6.3.1.1 Podpůrně diagnostický úkol

Podpůrně diagnostický úkol arteterapie znamenal jen a pouze podpůrně diagnostický. V žádném případě nebylo úkolem arteterapeutických aktivit vyšetřování nebo vyslovování závěrů, „nedejbůh“ stanovování diagnóz. Obsahem tohoto úkolu mohlo být například sledování vývoje onemocnění z hlediska dlouhodobého obrazu, signalizace návratu psychotických epizod, relapsu nebo recidivy v užívání psychotropní látky nebo prožívání obtížné životní nebo vztahové situace.

Pro zvládnutí podpůrně diagnostického úkolu byly potřebné některé dovednosti:

- a) Znalost základních symbolů, významů barev a vývoje lidské kresby,
- b) opatrnost a vyvarování se zbrklých a nálepkujících závěrů,
- c) trvalé uvědomování si, s jakými pacienty je terapeut ve vztahu,
- d) komunikovat s pacienty i personálem prostřednictvím jasných zpráv s cílem, že alfou a omegou je pacientův prospěch,
- e) a že se v rámci arteterapeutických aktivit „...neotvírají šuplíky, které v průběhu aktivity nejdou také zavřít“.

Obr. č. 28 a 29:

„STROM“ a „MÁ CESTA“

(dvě práce pacienta s poruchou osobnosti závislého na psychotropních látkách, primárně alkohol, ale také THC a pervitin 26, opakovaně na příjmovém oddělení, akvarel).

„STROM“ vyvolává dojem, že odchází směrem doprava, že není ukotven, zakořeněn, kořeny jsou sice mohutné, ale neposkytují stromu to, co by měly, stabilitu. **Pacientův vztah k matce byl nevyrovnaný, frustrovaný potřebou zázemí, z domova utekl, žil ve squatu. Kmen, sice mohutný, poukazuje na trauma v dětství i dospívání, přechod do koruny se prudce zužuje, takže asi problematický přechod do puberty, větve jsou rozevláté a neuspořádané jako hadi na hlavě medúzy, koruna není ohraničená stejně, jako byl bezhraničný pacientův život. Je otevřená a takřka se nevejde do formátu. Pacient byl snadno ovlivnitelný, nikdy nebyl spokojený, chtěl víc, než k čemu byl disponován.**



Oba obrázky jsou vyvedeny takřka v totožných barvách - žlutá, modrá, zelená, hnědá. Bílé a žluté tečkování, „...ach, jak rád bych vypadl, již se to tady nedá vydržet...“. Větší plochy žluté na obrázcích jsou uhlopříčně protichůdné, levý dolní roh proti pravému hornímu rohu, hysterické „...již to nedávám, proti očekávání konečně vypadnu...“.

Obrázek „MÁ CESTA“ vznikl takřka na konci dvouleté hospitalizace, po četných alkoholových recidivách, k ukončení hospitalizace došlo z důvodu bezúčelnosti pokračování léčeni. Pacient rád tvořil, maloval, pracoval rukama. Domníval se, že již má svůj život pod kontrolou, byl přesvědčen, že mu ze strany psychotropních látek nehrozí žádné nebezpečí. Při interpretaci obsahu hovořil optimisticky o své budoucnosti a své řeči věřil. **Ušpiněné barvy, absence tváře a výrazu, žádné šlapky a řetěz, které kolo pohánějí, nehýří optimismem o sebekontrolu a potřebném vlivu na běh vlastního života. Kola působí dojmem, že se otáčejí dozadu. Řídítka ční dopředu, jsou ostrá jako nůž, kterým čtyři měsíce po propuštění v hádce zabil člověka. Zužující se cesta a konstrukce kola nevyvolávají dojem, že to má jezdec pod kontrolou. Pacient byl propuštěn s nedobrou prognózou vývoje. Přes intenzivní a rozsáhlou edukaci, veškerá doporučení a předchozí psychoterapeutickou péči ještě v den propuštění recidivoval.**



Podpůrná arteterapeutická diagnostika využívala toho, že:

- Výtvarný projev pacientů byl obvykle autentický,
- výtvarný projev byl schopen obejít racionální korekci obvyklou pro verbální projevy pacientů (včetně obranných mechanismů),
- ztvárněná výtvarná symbolika artefaktu měla prameny ve vědomé, předvědomé i nevědomé složce prožívání,
- se vzorce prožívání a jednání projevovaly v podobě symptomů a symbolů,
- výtvarný symbol byl objektivní výpovědí v rámci celkového kontextu artefaktu a s odpovídající symptomatikou.

6.3.1.2 Léčebně terapeutický

Hospitalizace na oddělení ochranného léčení je dlouhodobou záležitostí, jedná se o měsíce (minimálně pět až šest u pacientů s nařízeným léčením protialkoholním nebo protitoxikomanickým) nebo roky (minimálně rok u pacientů s nařízeným léčením psychiatrickým a minimálně dva roky u pacientů s nařízeným léčením sexuologickým).

Všichni pacienti oddělení by se ale v léčebně terapeutickém procesu měli učit⁵²:

1. *Projevovat, vnímat a pojmenovávat své emoce způsobem, který je neohrožuje,*
2. *schopnosti předvídat sociální důsledky svého jednání,*
3. *schopnosti rozlišovat mezi světy (příběhy), ve kterých se pohybuje,*
4. *najít nová poselství ve výsledku tvoření,*
5. *hledat v sobě nové, dosud neznámé způsoby sebevyjádření,*
6. *hledat v sobě a ve své tvorbě možnosti a zdroje pro řešení svých problémů a obtíží.*“

A to vše proto, aby přestali být sobě nebo svému okolí nebezpeční, aby lékaři mohli soudu vydat doporučení pro ukončení nebo alespoň k přeměně ústavní formy ochranného léčení na ambulantní. Proto, aby jejich hospitalizace na oddělení ochranného léčení mohla být ukončena. Což je koneckonců sen každého pacienta, ale ne všem se to povede.

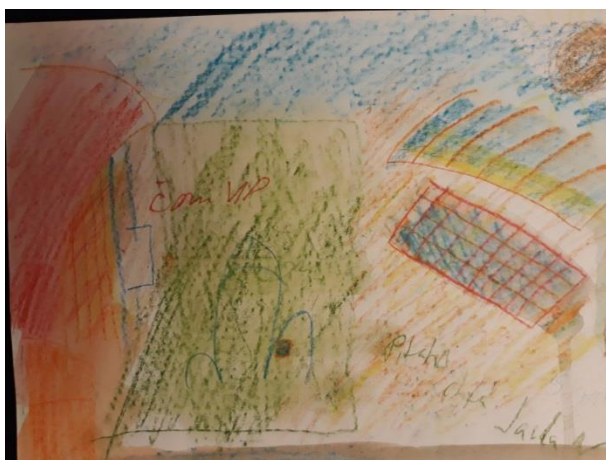
⁵² Lhotová, Perout, (2018), s. 36.

Léčebně terapeutický úkol se dobře zvládal využíváním dějů probíhajících v arteterapeutické triádě a lateralizovaných přenosech, které se prostřednictvím artefaktů vztahovaly buď k jednotlivým členům terapeutického týmu, nebo i k celému týmu.

Obr. č. 30, 31 a 32:

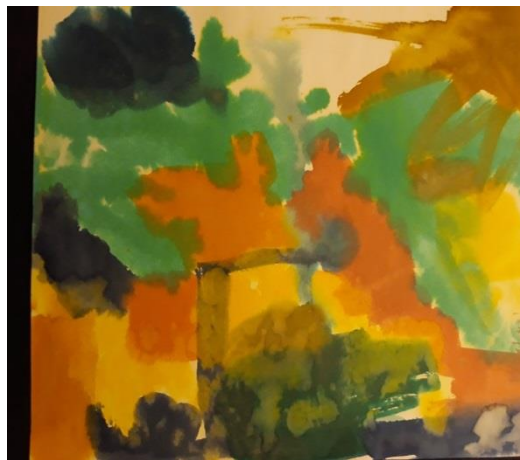
„FOTBALOVÝ STADION“, „MAPA KARLÍNA“ a „LETNÍ POHODA“

(tři práce pacienta s duševní poruchou, paranoidní schizofrenie, 34) , „FOTBALOVÝ STADION“ vznikl po návratu na příjmové oddělení v říjnu 2017, „MAPA KARLÍNA“ v listopadu 2017“ a „LETNÍ



POHODA“ na terapeutickém oddělení v červnu 2018). Časové rozmezí vzniku Obr. č. 24 „GOLEM“ a Obr. č. 32 „LETNÍ POHODA“ je 17 měsíců, kdy se stav nemoci v nepravidelných vlnách zlepšoval nebo zhoršoval. **Z hlediska výše uváděných bodů 1. až 6. dle Lhotové, Perouta, se tento pacient opakovaně učil „novým věcem, nebo mu nemoc bránila používat to, co uměl, tím, že mu měnila vnímání reality z objektivního na ryze subjektivní.** Prvním signálem při nástupu nemoci byl rozpad grafického projevu, písemného i výtvarného

do „nečitelnosti“. Z písmen se stávaly miniaturní natěsnané blechy a ze smysluplného obrázku soubor skvrn, které ale pacient sám vnímal naprosto smysluplně. Příčinou bylo zrychlené prožívání a změna vnímání času. Před hospitalizací si některé nepříjemné pocity pacient „normalizoval“ prostřednictvím THC. Jakkmile nemoc začala ustupovat, vracel se k čitelnému písmu a



identifikovatelnému výtvarnému sdělení. Jednalo se o sečtělého pacienta s širokým obecným přehledem, který ani v psychóze většinou neztrácel slušné vystupování. „FOTBALOVÝ STADION“ a „LETNÍ POHODA“ jsou kresby akvarelovými pastelkami, v případě druhého obrázku odmítl použít vodu s tím, že na obrázku již je. „MAPA KARLÍNA“ je pokus o akční akvarel.

6.3.2 Cíle arteterapeutického snažení ve vztahu k pacientovi

Výtvarná činnost by měla umožnit pacientovi získání nových dovedností. *Prostřednictvím nových dovedností praktických k dovednostem kognitivním a emočním.* Od zaběhlých a destruktivních stereotypů prožívání a chování k novým, neprobádaným, ale prospěšným dovednostem a návykům. Měla by mu pomoci zbavovat se úzkosti z vlastní „nedostačivosti“ a strachu ze selhání. Prostřednictvím tvoření se nejednomu pacientovi povedlo „překročit svůj stín“. Povedlo se mu překonat vlastní obrany, osvobodit se a nakonec zjistit, že ostatní jeho tvorbu přijímají bez výhrad, nebo dokonce s obdivem, což pro něj samotného bylo překvapující („...*jak je to možné, když on sám to vidí úplně jinak...*“). Takže nakonec možná došlo i na sebereflexi, že on sám sebe nemusí vidět tak beznadějně, že se může vyplatit nenaslouchat tolik sám sobě, ale naslouchat druhým a že dovednost vést dialog s okolním světem ho může dovést k vlastnímu vnitřnímu dialogu, který ale dozná změny od subjektivní vyhraněnosti nebo uzavřenosti k objektivní otevřenosti.

Pomoc nebo návod k získání náhledu na nemoc, obtíž, problém nebo výhledy do budoucna prostřednictvím artefaktu, „...to je také to, oč v arteterapii běží...“. *Provázení* při zkoumání minulých chyb, postojů, návykového nebo závislostního chování, *podpora* co nejobektivnějšího vnímání, uvědomování si a hodnocení prožívané reality, *kotvení* v normálním sociálním okolí a běžných vztazích prostřednictvím bezpečné komunikace, v tom všem se projevovala síla projektivních postupů.

Uvolňování emočního napětí, mírnění úzkosti, prožívání příjemných chvil při výtvarném tvoření ve společnosti druhých, nezávazná komunikace, humorné situace nebo svobodné mlčení na straně jedné a odvaha, zodpovědnost na straně druhé při diskuzích nad artefakty, to byly atributy, kam arteterapeutické snažení směřovalo především.

Obr. č. 33:

„ŽIJ SVŮJ SEN“

(práce pacienta s duální diagnózou, paranoidní schizofrenie a škodlivé užívání psychotropních látek, alkohol/THC/pervitin, 24, z terapeutického oddělení, akrylové barvy na zdi terapeutické místnosti, hudby). Práci věnoval mnoho hodin, poskládal různé náměty, vše rozměřil, předkreslil. Na graffiti pracoval sám po skončení běžných terapeutických aktivit, společníkem mu byla



reprodukována hudba z rádia. Jeho snem bylo najít si svou partnerku, ulovit rybičku, „maloval“ si klidný a spokojený život. Jenže ulovil žraloka - tak, jak si to sám na oddělení ochranného léčení namaloval na zed' - který mu pomohl ke značnému zadlužení se a jak alkoholové, tak pervitinové recidivě a opakované hospitalizaci.

6.3.2.1 Edukační a reedukační

Arteterapie se účinně podílela na výchovně vzdělávacím procesu, který je obvyklou součástí většiny léčebně terapeutických procesů, v případě mnoha pacientů „...se tedy jednalo o proces osvojování nových poznatků a jejich propojování s již známými informacemi.“⁵³ Základnu tohoto procesu tvořily schopnosti, jejichž prostřednictvím se již vytvořené dovednosti rozšiřovaly nebo se vytvářely dovednosti nové. Nejednalo se jen o dovednosti manuální, ale také kognitivní. Ve zřídkačném případě přítomnosti deficitu bránícímu uplatňovat směrem k pacientovi běžné pedagogické metody, dostávala se ke slovu reedukace, „...tedy využití metod speciální pedagogiky při úpravě narušených funkcí, v případě pacientů z oddělení ochranného léčení, schopností rozumových...“⁵⁴

Stěžejním cílem edukačních snah bylo pacientovi v míře co největší umožnit sebezpoznání a přijímání své osobnosti s jejími přednostmi a nedostatky, s tím, že mu byly zprostředkovány informace, které k tomu potřeboval a na této cestě byl po celou dobu provázen. Ideálním výsledkem edukačního, případně resocializačního snažení mělo být vytvoření návyků, které by umožnily start procesu resocializačního.

6.3.2.2 Resocializační

Pokusy o resocializaci představovaly proces, v němž se pacienti prostřednictvím výchovy, nápodoby nebo identifikací se společensky akceptovatelnými projevy, učili chování novému. „Resocializaci tedy bylo možno chápat ze strany pacientů jako přijímání nových norem a hodnot. Znovuvedení respektive znovuzakotvení pacienta do společnosti bylo žádoucím efektem resocializačního snažení“.⁵⁵

⁵³ SUPERIA.cz, Co je to?

⁵⁴ Slovník cizích slov, info.cz

⁵⁵ Wikipedia, heslo resocializace.

Obr. č. 34:

„ADVENTNÍ KALENDÁŘE“

(každoroční společná práce všech pacientů oddělení).

Korpusy zůstávaly, měnily celkový vzhled, měnily se centrální motivy v „podkrovním okně“, vnitřky „okének“ a zejména motivy na „dvířkách okének“ - v každém „okénku“ bylo umístěno Kindervajíčko a v deseti i krabička cigaret, což sice nebylo počínání příliš zdraví podporující, ale jednalo se o velmi oblíbené prosincové zpestření a nestalo se, že by byly kalendáře vykradeny.

Cílem byla společná radost, sounáležitost, připomenutí si důležitých svátků a pokud možno i vyvolání příjemné vzpomínky na dětství.



Arteterapie ve spolupráci s jinými terapeutickými aktivitami pomáhala pacientům s formulováním realistických plánů k řešení vlastních problémů v rámci dostupných možností. Pomáhala pacientům obnovovat schopnosti, dovednosti a návyky potřebné k překonávání překážek na cestě za vlastním úspěchem. Na základě pacientových produktivních rozhodnutí mu pomáhala zprostředkovat reálný pohled na jeho vlastní možnosti znovu se zapojit do společnosti a být úspěšným jak ve vztahu „já-já“, tak i „já-svět“.

Obr. č. 35:

„KAŽDÁ MINCE MÁ DVĚ STRANY“

(práce pacienta s disociační poruchou osobnosti a škodlivým užíváním psychotropních látek alkohol/pervitin, 40, kombinace technik, vystřižený žlutý drak a dokresleno pastelkami).

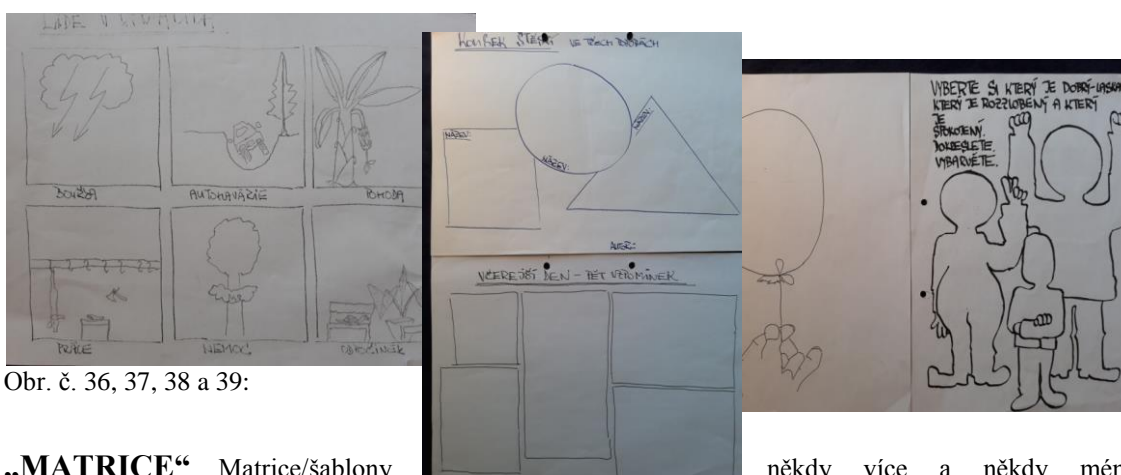
Zadané téma, české rčení, pranostika, pořekadlo, přísloví, zde „Každá mince má dvě strany.“ **Pacient bez výtvarného vzdělání si bez zaváhání ke žluté vybral doplňkovou fialovou. Snil svůj sen o vlastní rodině, ale vždy si vybral partnerku, se kterou neměl šanci toho dosáhnout. Jeho matka pro něj chtěla to nejlepší, ale zároveň na něj kladla požadavek absolutní poslušnosti. Protože se mu zdála málo výrazná, zarámoval ji modrou. Draky s prsteny udělal co nejvíce symetrické. Výsledek komentoval „Líbí se mi, že je to dokonale přesné.“ Na můj dotaz z jakého důvodu nenakreslil symetricky i rozhozené mince reagoval: „To jsem celý já, nic neudělám pořádně!“ V podstatě ve svém artefaktu vyjádřil svůj dosavadní život. Díky zneurotizované nepozornosti a těkavosti nikdy žádný sen, za kterým se vydal, nedotáhl do konce.**



7. ZKUŠENOSTI A POZNÁMKY K PRAXI, TVORBĚ PACIENTŮ, VČETNĚ DOPORUČENÍ (Obrazová příloha č. VIII)

Arteterapeutické působení dostávalo na oddělení ochranného léčení velký prostor. Jak prostorově stavebně, tak i prostorově terapeuticky. Jednalo se tedy o terapeutický program realizovatelný ve vlastních prostorách a vlastními prostředky. Arteterapie měla v suterénu oddělení k dispozici dvě místnosti à 30 m², jedna zařízená čistě pracovně (se stoly, židlemi, odkládacími plochami a uzamykatelnými úložnými prostory), druhá zařízená více společensky, s kobercem a křesly. Obě byly vybaveny audiotechnikou. Arteterapeutické programy zajišťoval terapeut pracující na oddělení na plný úvazek, což bylo výhodou, protože oddělení nebylo závislé na docházce terapeutů z centrálních terapeutických dílen. Celé oddělení se dělilo na dvě personálně a terapeuticky samostatné a stavebně oddělené části, na oddělení příjmové a oddělení terapeutické. Pacienti z příjmového oddělení neměli možnost účastnit se aktivit mimo pavilon oddělení. Na jakékoli terapeutické aktivity mimo lůžkovou část, z bezpečnostních důvodů, mohli pacienti docházet pouze v doprovodu ošetřovatelů.

Vzhledem k dobrým vztahům mezi ošetřovateli a terapeutem se většina ošetřovatelů zapojovala do výtvarných aktivit, což bylo v konečném důsledku přínosné pro všechny tři strany. Ošetřovatelé se nenudili, hranice mezi nimi a pacienty se stíraly, vzájemná kooperace a komunikace se přenášela i do běžného života na oddělení. Pro terapeuta bylo přínosné, že mohl věnovat více času potřebnějším pacientům.



Obr. č. 36, 37, 38 a 39:

„**MATRICE**“ Matrice/šablony, někdy více a někdy méně předkreslené, např. „LIDÉ V SITUACÍCH“, „SILUETY“, „TŘI SUDIČKY MÉHO ŽIVOTA“ apod., byly oblíbené zejména u psychotických pacientů, krátce po příjmu na oddělení jim tyto předlohy zjednodušovaly výtvarné začátky. A také zpřístupňovaly nebo zjednodušovaly vyprávění o obsahu díla.

Pacienti z terapeutického oddělení docházeli samostatně na další terapeutické aktivity mimo oddělení. Do arteterapeutického ateliéru a jiných terapeutických dílen, počínaje keramickou, šperkařskou konče. Základním bezpečnostním pravidlem při odchodu z programu byla kontrola, zda si pacient neodnáší předměty, kterými by mohl ohrozit sebe, své okolí nebo je použít k útěku (kdysi se stalo, že si pacienti odnesli plátek pilky na železo, přeřízli mříže a čtyři utekli). Počet nožů, šroubováků, kobercových řezáků apod. se proto neustále kontroloval. Pravdou je, že já osobně na toto pravidlo příliš nedbal a asi dvakrát se stalo, že ošetřovatelé při kontrole oddělení něco z vybavení u pacientů našli. Vzhledem ke zmíněným dobrým vztahům z toho nečinili žádnou aféru a já si potom věci zase chvíli pečlivě hlídal.

Arteterapie se na oddělení začala formovat cca před patnácti lety, od začátků dostávala velký prostor, způsob její realizace se měnil podle osobností terapeutů. Arteterapie se tak na oddělení zabydlovala někdy více, někdy méně, nynější systém a místo v celkové struktuře terapeutických programů se tvořily cca deset let.

Arteterapie na oddělení ochranného léčení byla specifickou disciplínou s velkými možnostmi a širokým záběrem a přitom s nízkými finančními nároky na materiálně technické zajištění. Možnosti byly velké, jak po stránce terapeutické, tak i po stránce tvůrčí, výtvarně produktivní.

Pozornost věnovala všem pacientům, na výtvarné aktivity docházeli všichni pacienti v osmičlenných skupinách. Prostory umožňovaly účast i většího počtu pacientů, ale zkušenosti ukázaly, že osm je tak akorát, co dokáže terapeut zvládnout. I tak, při složitějších činnostech bylo docela náročné zaúkolovat, zaměstnat, kontrolovat nebo poskytovat pomoc osmi jedincům. Časová dotace činila dvě hodiny týdně, někdy i více, záleželo na tom, jaké téma bylo zpracovááno, s čím se pracovalo a jak složitý byl tvůrčí postup. Při vytváření komunitních nebo skupinových produktů se obvykle pokračovalo tak dlouho, dokud alespoň základní komponenty nebyly vyřezány, vystříhány, slepeny. Na běžné výtvarné aktivity stačilo šedesát minut.

Zkušenost:

Prakticky všichni pacienti disponovali dostatečnými mentálními schopnostmi, na kterých bylo možno stavět, byť někteří se neúspěšně pokoušeli z nejrůznějších důvodů zaujmout roli „vesnického prostáčka“ nebo „blba“, od kterého není možno cokoli očekávat. Obvyklým důvodem pro zaujímání tohoto postoje byly lenost a pohodlnost

nebo odpor vůči hospitalizaci. Ve vztahu k výtvarným činnostem, zejména ke kreslení a malování, bylo prvním, naprosto typickým a obvyklým výrokem pacienta, který se poprvé účastnil arteterapeutického programu: „*Já neumím kreslit, malovat, naposled jsem to dělal na základní škole.*“, anebo „*Já myslel, že se tady budu léčit a ne hrát na mateřskou školu.*“ Přitom výtvarné nadání pacienta není ani důležité ani potřebné. Je dobré, pokud nějakými schopnostmi disponují a nějakými dovednostmi vládnu, ale není to prioritní. Jako uzdravující může fungovat sám proces arteterapie, či další práce s artefaktem.

Zkušenost:

Prvním terapeutickým arteterapeutickým krokem, v první terapeutické fázi, bylo překonávání odporu, ostychu, obav z výsledku, studu... apod. Obvykle v podobě několika kroků:

- 1) Mámení „*...zkuste to vydržet hodinu, když tak jen posedíte, budete se dívat*“,
- 2) lákání „*...něco zkuste, o výsledek nejde, k ničemu se tím nezavazujete...*“,
- 3) namlouvání k tvorbě „*...no vida, nejste žádné nemehlo, jde vám to, řekl bych, že se trošku podceňujete...že jste již někdy něco kreslil...jaká byla vaše učitelka na výtvarce...jo, klidně to můžete zahodit...*“
- 4) chválení „*...úžasné, a to jste tvrdil, že nic neumíte...*“,
- 5) donucení „*...tak dost, jste tady po čtvrté, tvrdíte, že nic neumíte, ostatní rušíte svými poznámkami, buď začnete něco dělat, nebo vás vyhodím...zbytek si vypovídáte s lékařkou na vizitě...*“.

K poslednímu, pátému kroku došlo snad pouze jednou, dvakrát. Pacienti ve velmi zhoršeném zdravotním stavu byli z programu uvolňováni automaticky. V případě, že se pacient necítil dobře, bylo v pravomoci terapeuta z programu jej uvolnit.

Zkušenost:

Na oddělení ochranného léčení pacientův vztah k arteterapeutickému snažení, ochotu ke spolupráci a pro pacienta bezpečné prostředí vytvářela terapeutova osobnost, jeho komunikační dovednosti, autenticita, otevřenost a přirozená autorita. Většinou záleželo na terapeutovi, jakou atmosféru, náladu dovede vytvořit. Byť někdy se mohl snažit do roztrhání těla a stejně se to nepovedlo. Základními prediktory byly pocit bezpečí, autenticita aktérů dění, vzájemný respekt a jistá míra intimnosti.

Zkušenost a doporučení:

V průběhu vlastní praxe jsem převzal a pro sebe si zakódoval níže uvedené postuláty:

- 1) základem veškerého mezilidského dění je komunikace (ani já, ani pacient jsme neměli křišťálovou kouli a nebyli jsme si schopni vzájemně vidět do hlavy, vidět nebo číst myšlenky, sdílet pocity),
- 2) dobře vedená komunikace otvírala cestu ke vzájemnému pozitivnímu a kvalitnímu vztahu,
- 3) kvalitní vztah se někdy vytvářel obtížně, ale snadno se zničil,
- 4) v terapeutické komunikaci byli pacienti důležitější než já sám,
- 5) v komunikaci směřující ke vzniku vztahu nečiň druhým to, co nechceš, aby bylo činěno Tobě,

a

na základě chyb, kterých jsem se dopouštěl a kterých si klient ani nemusel být vědom, jsem si uzákonil tato pravidla:

- 1) projevuj dostatek empatie, vciť se do stavu pacienta (nesnaž se ho nikdy jen povrchně uchlácholit, odbýt, bagatelizovat jeho obtíže apod.),
- 2) respektuj pacientovu osobnost a nesnaž se mít navrch za každou cenu,
- 3) zaujímej autentický, opravdový postoj a vyjadřuj myšlenky a emoce ve skutečné podobě, vyvaruj se manipulace, jak to jen jde,
- 4) buď konkrétní, věcný a dej komunikačnímu partnerovi příležitost, aby Tě stačil sledovat, spolupracuj s ním a poskytni mu příležitost, aby Ti rozuměl v co nejvyšší možné míře,
- 5) zaujmi, získej pacientovu pozornost, vytvoř prostor k přenosu komuniké (obsahu sdělení) a k dosažení jeho účinku,
- 6) vyvaruj se suchopárného autoritářského nebo monotónního projevu,
- 7) vyjadřuj se formou jasných a srozumitelných sdělení,
- 8) nepřehlížej myšlenky a pocity pacienta, často jsou zakódované, pokud Ti nejsou jasné, ptej se,
- 9) buď pro pacienta čitelný, neboj se dávat najevo své vlastní pocity, neverbální komunikační prostředky používej, ale tak, aby to neomezovalo nebo nerušilo terapeutický proces.

Zkušenost:

Pozitivní vztah je dle mého názoru v terapeutickém procesu druhým stěžejním základním kamenem úspěšného terapeutického snažení. Tím prvním, nejdůležitějším, je *dobře zvládnutá komunikace*, kterou jsem vždy vnímal jako proces ovlivňující *zásadním způsobem* vznik a rozvoj terapeutického vztahu a zároveň jeho *kvalitu, zejména ve vztahu nesymetrickém* (pozitivní - neutrální - zápornou).

Podle mne se vlastně jedná o řetězec, vyjádřitelný rovnicí:

$$\begin{array}{cccc} \text{odesílatel sdělení} & + & \text{příjemce sdělení} & + & \text{obsah sdělení} & = & \text{účinek sdělení} \\ \text{kommunikátor} & & \text{kommunikant} & & \text{kommuniké} & & \text{účinek} \\ \text{(terapeut)} & & \text{(pacient)} & & \text{(např. interpretace} & & \text{(posun v terapii)} \\ & & & & \text{artefaktu)} & & \end{array}$$

Doporučení:

Ani personál, ani pacienti neměli rádi, když se terapeut choval „*terapeuticky*“. Viděli za tím autoritu bílých plášťů. Pro výraznou většinu pacientů představovalo ochranné léčení v případě, že byli ve výkonu trestu odnětí svobody, pouze jeho pokračování. Pokud ve výkonu trestu nebyli, vnímali ochranné léčení jako samostatný trest, který by raději vyměnili za pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody. Protože v případě věznění je termín výstupu/propuštění z trestu znám, kdežto v případě výkonu ochranného léčení tomu tak není. „*Terapeuticky*“ se chovající terapeut vzbuzoval podezření a odpor. Snahy obou skupin (z výkonu trestu, místo výkonu trestu) shodit terapeuta z jeho piedestalu mohli nabýt závažného kontraproduktivního rozměru, (zažil jsem případ terapeutky šikanované personálem a tím pádem bez autority u pacientů, neboť tito nejenže byli velmi všímaví k okolnímu dění, ale také si je dokázali brát za vzor). Pravdou je, ale nevnímám to jako zásadní etické pochybení, že s klienty v soukromé praxi jsem jednal a komunikoval odlišným způsobem než s pacienty z oddělení ochranného léčení psychiatrické nemocnice. I zde jsem se držel etických psychiatrických pravidel a vlastního komunikačního kodexu, ale ze zkušeností jsem poznal, že některé typy pacientů vnímali přísně eticky vedenou komunikaci jako slabost, a že někdy projevovali tendence rozšířit si hranice na můj úkor, nebo úkor ostatních členů personálu nebo spolupacientů. Někdy jednoduše nerozuměli, někdy nechtěli rozumět, někdy vysloveně provokovali. Občas nastaly situace, kdy jsem účelově sáhl a užíval jejich způsob vyjadřování, mluvy, žargonu. Občas, naštěstí velmi zřídka, jsem byl donucen cíleně zvýšit hlas a pacienta doslova „uřvat“. Podle principu

bojuj nebo uteč, a byly chvíle, kdy jsem si nemohl dovolit utíkat. Týmem to obecně schvalováno nebylo, držel se zásady „komunikace bílých plášťů“, ale bral to tak, že se jednalo o mé občasné specifikum, můj styl práce, a že to pomáhalo i jim. V případě, že mne pacient „dostával“, že jsem ztrácel kontrolu nad vlastními emocemi, buď jsem konfrontační pole opustil, odešel, nebo se obrátil k terapeutické rétorice „bílých plášťů“.

Zkušenost:

S vědomostmi získanými studiem jsem opatrně experimentoval ve své terapeutické praxi, implementoval jsem je a s radostí si uvědomoval, že teoretický základ má význam a že ve škole jsem kalhoty nedral zbytečně. Znalost základních symbolů, významů barev a vývoje lidské kresby, opatrnost a vyvarování se zbrklých a nálepkujících závěrů, umět vnímat artefakt jako celek, zda výsledné dílo odpovídá či neodpovídá věku pacienta, aniž bych hodnotil jeho zručnost či umělecké schopnosti, jaký byl jeho celkový projev před, při a po výtvarném procesu, to vše se setsakramentsky hodilo a našlo v mém snažení své uplatnění.

Zjistil jsem, že:

- Snahy a pokusy o I-II-III plán se mýjely účinkem, pokud jsme se o to pokoušeli, tak cíleně v několika fázích po opakované instruktáži a metodických vstupech do procesu tvorby,
- výsledkem snah o akční akvarel byla obvykle lavírovaná kresba,
- z organizačního hlediska pokusy o akční akvarely nebyly úspěšné, vzdálená voda, pobíhání, všude mokro, pacienti z příjmového oddělení mohli opustit místnost pouze pod dohledem doprovázejícího ošetřovatele,
- z hlediska trpělivosti pacientů a jejich zručnosti se obvykle jednalo o problém, mokrý papír často potrhali, opakovaně projevovali výrazné tendence vidět hotové dílo „...na první dobrou...“, kdy se dali jen obtížně přesvědčit k pokračování - „...přeci si nepokazím to, co tam vidím...“, pan Dr. Perout by se mnou příliš spokojen nebyl, když jsem netrval na opakovaném nanášení barev,
- krom toho barva byla všude a uklízečka řádila.
- Pacienti se s akvarelovými barvami nebo temperou snažili zacházet jako s tužkou, pastelkou, fixou. Pečlivě si hlídali obrysy, neustále se pokoušeli o drobnou kresbu s mnoha detaily, když se barva rozpila, vsákla do jiné, považovali to za své selhání a zkažené dílo,

- i na nejmenší detaily si pacienti brali největší štětce (přítom samozřejmě kvalita štětců byla nízká),
- součástí programů musela být také edukační složka (sem tam něco z historie, něco o barvách, základní, doplňkové, studené a teplé, míchání, typy a používání štětců, druhy papíru...), čím více toho věděli, tím snadněji se mi zadávaly úkoly a pacienti ochotněji respektovali pokyny. V případě tematických akvarelů se pacienti časem a opakováním propracovali k výsledkům, se kterými byli i oni spokojeni.
- Pacienti měli rádi akvarelové pastelky, s nimi se učili „míchat“ barvy, odlišovat sytost, barevné tóny, tvořit pozadí, hloubku a ke klasickým vodovkám se jim přecházelo snadněji.
- Při práci na uhlových rezervách se všichni obvykle zprasili, což vyvolávalo nelibost a nutnost jít do sprchy, byť byli předem upozorněni, aby si brali co nejjednodušší a nejvíce opotřebované oblečení.
- S tvorbou koláže vznikaly obtíže, časoprostorová a obsahová, zejména u pacientů s nemocí duševní i duální diagnózou. Buď se do materiálů, ze kterých měli tvořit koláž, začeti, nebo v nich zdlouhavě listovali a váhavě vybírali, „...co, že by tak tam asi mělo být...“. Pravdou je, že jsme se o skutečnou koláž pokoušeli málokdy, při minimálním výsledku (většina koláží nebyla nikdy dokončena) vznikl velký nárok na úklidové práce.
- Na druhou stranu „atypické koláže“ vytvářené v několika fázích, byly oblíbené. Materiály byly netradiční, látky, dýhy, kůže, různé typy papírů, první fází byl „grafický návrh“, obvykle kresba tužkou, následoval složitý výběr materiálů, „příprava polotovarů“, skládání a lepení v několika fázích. Zajímavé bylo, že se většinou těšili na pokračování, „...zda to dobře zaschlo...“, že si plánovali postup, co dál apod. A běžně již měli připraveno, komu hotové dílo věnují. Když byl v průběhu takového procesu někdo propuštěn z oddělení, nehotový artefakt byl odložen na dobu příští, nebo jej dokončil nově hospitalizovaný pacient.
- Volba témat nebyla nijak plánovaná. Řídila se podle aktuálních událostí (Vánoce, Velikonoce), ročních období, sportovních aktivit, nálady na oddělení nebo významných událostí v životě některého z pacientů. Někdy se stávalo, že jsme scházeli po schodech na program a pacienti se ptali, co budeme dělat, já

odpovídal, že nevím, a skutečně nevěděl, rozhodoval jsem se až v momentě, kdy usedali k pracovním stolům. Většinou jsem se ale připravoval a činnosti plánoval.

- Hudba tvořila běžnou součást programu a pacienti si mohli vybírat rozhlasové stanice.
- Komunikace byla široká, neformální, každý dostal prostor, probírala se nejrůznější témata. Ke konfrontacím docházelo občas, k výraznému nebo zásadnímu konfliktu nedošlo nikdy. Stížnost na ředitelství kvůli nevhodnému chování terapeuta se objevila pouze jednou. Nutno říci, že byla oprávněná.

Zkušenost:

Terapeut by měl ovládat práci s hlasem, pacienti umí velmi dobře číst v neverbálních sděleních. A vždy se vyplatilo být čitelným a nebát se projevit vlastní emoce a být autentickým.

Zkušenost:

Málokterý z pacientů (zejména s diagnózou porucha osobnosti, režim protinávky, uložen výkon léčení protialkoholního nebo protitoxikomanického) nebyl ochoten přiznat, že mu arteterapeutický program něco dával, že mu k něčemu byl. Tito pacienti, když se blížili k ukončení nebo přeměně formy výkonu ochranného léčení, zkrátka když se blížili k ukončení hospitalizace, stále více odmítali arteterapii a jejich obrany vůči jakýmkoli dalším terapeutickým zásahům sílily v důsledku pocitu, že vše již mají pod kontrolou, že venku bude již vše jinak, že začínají nový život, že mají vše vyřešeno apod.) a arteterapii považovali za zbytečný program a vyhýbali se mu, jak jen mohli. Pokud se ve skupině nakumulovalo více pacientů, kteří každým dnem očekávali termín soudu, bylo výhodnějším zabývat se místo kreslení a malování přípravou nejrůznějších polotovarů (krabiček, rámečků, forem pro odlévání apod.). Rukodělná činnost snáze odváděla pozornost a čas jim lépe utíkal.

Zkušenost:

Tvorba a způsob výtvarného vyjádření (barvy, obsah, kompozice) se u pacientů s poruchou osobnosti příliš nelišily (nebo vůbec ne) od zaléčených pacientů s duševní poruchou. Pacienti s poruchou osobnosti byli na rozdíl od svých psychotických kolegů v počátcích léčení nápaditější, méně sevření, nepotřebovali opakovat pokyny nebo ujišťovat, že pochopili zadané téma. Toto se v průběhu léčení měnilo, sevřenějšími se

stávali „psychopati“ a psychotici a pacienti s duální diagnózou se naopak otvírali, stávali se uvolněnějšími a programy si dokázali užívat a vychutnávat. Jejich radost většinou narůstala.

Doporučení:

Hlavní cílem arteterapeutických aktivit na oddělení ochranného léčení by měla být relaxace, edukace a resocializace. Všechny ostatní cíle je možno považovat sice za důležité, ale z hlediska komplexního léčebně terapeutického programu za doplňkové. Skutečně spokojené a příjemné chvíle byly na oddělení ochranného léčení dosti vzácným artiklem. A při arteterapeutických programech se opakování „šťastných“ chviliek dalo vcelku pravidelně opakovat.

Za hlavní zkušenost a zároveň zprávu považuji to, že pokud se pacienti dokázali v programech uvolnit, stávali se autentickými, „byli sami za sebe“ a tím se symboly a metafory obsažené v jejich výtvarné produkci stávaly nosnými a vypovídajícími.

Závěrečná zkušenost a doporučení:

Býti terapeutem se nedá naučit. Terapeutem je možno se jen stát. Pokud jedinec nemá dispozici k tomu, aby se stal terapeutem, nemá cenu se o to snažit.

8. KAZUISTIKY

Pro potřeby své práce chápu kazuistiku jako příklad výzkumné metody, která se zabývá popisem konkrétní aplikace a případu řešeného, tedy artefaktem pacienta a jeho *případnou* interpretací, v souvislosti s přítomnou nemocí nebo poruchou. Vzhledem ke skutečnosti, že jsem pacienty znal dlouhodobě a jejich příběhy podrobně, bylo by obtížným vyvarovat se asociací, či spíše *používání znalostí případů k interpretačním fabulacím*.

8.1 Pacienti s duševní poruchou



Obr. č. 51:

Adam Muž, 40, dg. paranoidní schizofrenie, hospitalizován od roku 2013, v psychotické motivaci napadl a zranil matku s následujícím suicidálním pokusem. Vzdělání středoškolské, maturita. Svobodný, bezdětný. Somaticky zdravý, kontakty s rodinou udržoval, ale v důsledku zhoršujícího se psychického

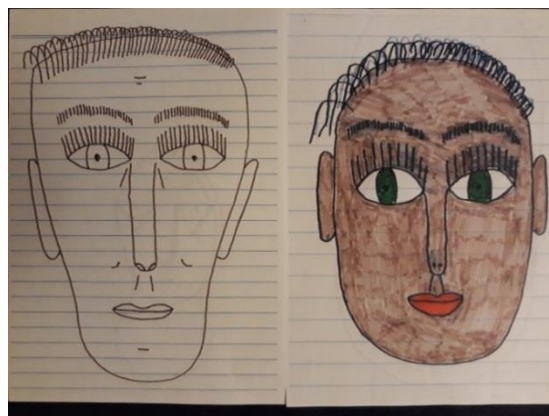
„TVŮRCI“ (polovina roku 2014)

Bytosti, se kterými komunikuje a „které vědí úplně všechno“. Od začátku pobytu na oddělení kreslil a několik tlustých sešitů pokreslil detailně vypracovanými kresbami provedenými pouze propisovací tužkou. Dalším oblíbeným námětem byli roboti, ty již kreslil ve 3D podobě, jak říkal perspektivě. **Komunikace s „tvůrci“ se za celou dobu hospitalizace nevzdal, v tomto směru se jeho stav nezměnil, k výraznému posunu došlo ve způsobu výtvarného vyjadřování.**

Obr. č. 52 a 53:

„AUTOPORTRÉTY“

Mezi oběma kresbami je rozdíl tří let. Tolik trvalo, než se odvážil použít barvy. Způsob zobrazení je velmi podobný, vlasy, řasy, obočí, nos, rty. Tvar obličejů na druhém obrázku je plnější. Stav nemoci byl nadále kolísavý, střídání nálad pokračovalo, začal se „uzavírat“ na oddělení a každá nutnost opustit oddělení byla provázena zvyšující se úzkostí, přecházející do dekompenzace provázené somatickými obtížemi.



stavu, střídání manických a depresivních období, výrazné úzkosti a strachu opustit oddělení došlo k přerušení návštěv v rodině až na dobu jednoho roku. V roce 2018 opět zvládl vánoční pobyt v rodině, ale vrátil se částečně dekompenzován. Vytrvale komunikoval s „tvůrci“, roboty, kteří vše věděli, viděli do budoucnosti, a kteří řídili jeho život. Jejich vzájemnou komunikaci udržoval v přísné tajnosti, ale na druhou stranu paranoidně podezíral své okolí, že mu „vidí do hlavy“ a způsobuje úzkosti.

Když polevoval strach z lidí a cítil se dobře, maloval robotické obrázky a plánoval, jak si založí počítačovou firmu a vyvine program nebo hru, které mu přinesou respekt druhých a finanční úspěšnost. Velkým a utajovaným snem byl vztah se ženou. V závěru našich kontaktů o tom již byl ochoten i mluvit. Do většiny typů aktivit oddělení se zapojoval rád, ale záleželo na tom, kdo aktivitu vedl, pokud někdo koho respektoval a měl rád, tak byl komunikativní, milý, vstřícný a plně spolupracující. Výkyvy nálad a měnící se průběh nemoci jsou obrazem, který se příslušně promítal i do jeho tvorby. Před léty se psychotické onemocnění manifestovalo v detailně propracovaných, schematických jednobarevných kresbách propisovačkou. Po opakovaných nápovědách začal používat barevné fixy. Těsně před ukončením vzájemných kontaktů si pořídil několik učebnic, jak kreslit v perspektivě, jak používat barvy a kresba pastelkami. Původní prostorová sevřenost a soustředěnost na detail povolily, zejména díky práci s akvarelovými barvami, do výsledného díla již promlouvala dynamika a akce, ale potíže s hloubkou a perspektivou přetrvávaly. Přechod k experimentování s „volnou“ rukou a barevnou skvrnou ho zpočátku znervózňoval, ale pak se rád učil novým věcem. V posledním období si pořídil knihy o základech kresby a malby a začal kreslit barevně a dokonce i různé motivy. Sledován a

veden po dobu 3,5 roku.



Obr. č. 54, 55 a 56 :

„AKT“, „TVŮRCE ŽENA“ a „POSLEDNÍ AUTOPORTRÉT“

Všechny tři obrázky jsou z prvního pololetí 2018, tedy takřka po čtyřech letech hospitalizace. „AKT“ představuje obrovské osmělení se ve vztahu k ženám a zároveň zveřejnění vlastních erotických fantazií. Spouštěcím mechanismem se asi stala přítomnost arteterapeutky, kterou si oblíbil, a které velmi důvěřoval. Její

nenadálý odchod z oddělení nesl těžce. „POSLEDNÍ AUTOPORTRÉT“ je zpodobněním sebe sama, jak s obrovskými sluchátky chodí sem a tam po chodbě oddělení, počítá kroky a poslouchá oblíbenou stanici. Proti jiným postavám, které kdy vytvořil, tak tato je v pohybu a dojem pohybu i vyvolává. Za zmínku stojí také to, že u oblečení si dovolil použít různé barvy jak u kalhot, tak i svetru.



Obr. č 57:

„SLUNÍČKO“

Jaro 2018. Základem obrázku bylo středově umístěné sluníčko, graffiti. Za několik týdnů jsme se k nedokončeným obrázkům vrátili s tím, že na výběr byla možnost obrázků dokončit vodovkami, voskovkami nebo křídou. Zvolil si křídový pastel a obrázek přejmenoval na „Krajina“. **Která v sobě ukrývá ležící ženu, byť původním autorovým záměrem byly hory. Program vedla terapeutka a autor se o možnosti existence ležící postavy byl ochoten bavit až v terapeutčině nepřítomnosti.**



Obr. č. 58, 59 a 60:

„JARNÍ STROM“, „PODZIMNÍ STROM“ a „STROM V BOUŘCE“

„JARNÍ STROM“ spadá do období, kdy se „osvobodil“ od malých štětečků, přesně ohraničených tvarů a úzkostném lpění na detailech. Nedošlo k tomu ze dne na den, několik měsíců „překonával sám sebe“ a vznikem tohoto obrázku byl velmi překvapen. **Po tomto zlomovém bodu samozřejmě tendence k detailům a drobnokresbám nevymizely, ale mezi terapeutem a pacientem vzniklo spojení pobízející „odvázat se“, jehož heslem bylo „Nebojte se sám sebe!“.** „JARNÍ STROM“ a „PODZIMNÍ STROM“ působí staticky a jsou umístěny takřka centrálně, kdežto „STROM V BOUŘCE“ je usazen vlevo, obloha, kmen i koruna jsou barevně modelovány a z celého obrázku již vyzařuje dynamika děje. Za zajímavost stojí autorova poznámka k „PODZIMNÍMU STROMU“, „*Vidím tam svou hlavu.*“

Bořivoj

Muž, věk 37 let, dg. paranoidní schizofrenie. Osobnostně introvertovaný, schizoidní, emočně nestabilní, narcistní. Vzdělání vysokoškolské, bakalář. Somaticky zdravý, ale výrazné tendence k hypochondrii. Svobodný, bezdětný. Opakovaná hospitalizace po 4 letech, tentokrát bez zločinu vraždy. První hospitalizace před 8 lety, hned po suicidálním pokusu oběšením. Inteligentní, úzkostný, paranoidní, trápí se trvalými úvahami o vlastní méněcennosti v důsledku projekce vlastního názoru druhým (...je to

vrah...). Svůj delikt nepřijal, vnímá jej jako pouhý důsledek utrpení, které mu způsobovala matka a otčím. V době hospitalizací bez projevů auto- nebo heteroagrese.



Obr. č. 61 a 62:

„PŘÍJEMNÁ VZPOMÍNKA“ a „MŮJ SEN“

Oba obrázky jsou z období před ukončením první a druhé hospitalizace, dělí je něco málo přes šest let. „PŘÍJEMNÁ VZPOMÍNKA“ je z roku 2012, „MŮJ SEN“ z roku 2018. Ve své nemoci se výrazněji neposunul, trochu dospěl, vyzrál, získal zkušenosti, náhled, který ale „přijal“ pouze po stránce racionální, po emoční ne, byť sebe a svět kolem sebe sice viděl realističtěji, ale nebyl jej ochoten takový přijmout. Nechtěl žít obyčejným životem, toužil po dobrodružství, nevšedních prožitcích, „...šed' života jej ubíjela...“ Přes značný časový úsek oddělující oba artefakty jsou použité barvy prakticky totožné.

Mezi hospitalizacemi se pod vlivem psychotické motivace připravil o velkou finanční částku, následně se vytrvale bál reakce otce, až se to dozví. Nebyl schopen zapomenout na vztah s dívkou v době vysokoškolského studia, veškeré další známosti s ní porovnával, žádná mu nebyla dost dobrá, přijetí reality by mu pomohlo, ale doposud toho nebyl schopen. V současné době na svobodě, pracoval na nejrůznější částečné úvazky, spokojen však nebyl. Vzhledem k tomu, že se spokojoval pouze s antipsychotickou medikací a nutnost pokračující psychoterapie opomíjel, prognóza dalšího vývoje se nejevila příliš optimistickou. Sledován a veden po dobu 1,5 roku.

Obr. č. 63:

„S ČERTY NEJSOU ŽERTY“

Ke zrodu artefaktu došlo v roce 2010, krátce po nástupu k výkonu ochranného léčení. Čert s bičem by mohl být pravděpodobně on sám, dvě malé postavy vpravo na konci stolu otčím a matka. Hrana stolu by mohla představovat konec jejich života. Autorovu neuspokojenou potřebu bezpečné rodiny by mohla symbolizovat židle, stůl, ubrus, hodně hnědé barvy a nevýrazné odstíny. Individuální interpretaci autor odmítl.



Obr. č 64 a 65:

„TŘI OSOBY, KTERÉ MNE OVLIVNILY“

Tentýž námět, první hned po začátku hospitalizace v roce 2010, druhý před ukončením v roce 2012. Rozdíl ve figurách je obrovský, byť ty na druhém obrázku se vznášejí ve vzduchu. **Největší postavou vpravo je primář oddělení, sice fyzicky vzrůstem z těch tří nejmenší, ale v konečném důsledku s největší rozhodující pravomocí o přeměně ochranného léčení z formy ústavní na ambulantní a o ukončení hospitalizace.**



V případě tohoto pacienta ve vztahu k jeho prožívání je plně odpovídajícím označení rigidní. Náměty jeho tvorby se prakticky za dobu mnoha let nezměnily, jsou to vesměs vzpomínky, sny, přání a touhy související s nevšedními prožitky, zejména cestováním, pobytem v přírodě, pobytem v cizích krajích. O běžné, objektivně jej obklopující realitě prakticky ani zmínka. Absence posunu ve výtvarném vyjadřování v jeho případě koresponduje s absencí posunu ve vztahu k nemoci.

8.2 Pacient s poruchou chování



Obr. č. 66 a 67:

„DOBŘÝ, LASKAVÝ, ROZZLOBENÝ“

a

„TŘI SUDIČKY MÉHO ŽIVOTA“

(září 2017, dopracované matrice/šablony, akvarel, tužka). Pacientův první kontakt s výtvarnou činností brzy po příchodu na oddělení. **Rovněž první pacient, se kterým jsem zkoušel individuální arte přístupy od samého počátku a v intencích studia/osvojených vědomostí.** Obrovské oči představují typický prvek v jeho tvorbě.

Cyřil Muž, věk 17, dle znaleckých posudků se jednalo o disharmonický vývoj osobnosti směřující k poruše osobnosti (narcistické, disociální), velmi pravděpodobně ve spojení se sexuální deviací (somasochismus). Vzdělání základní. Svobodný, bezdětný. Do psychiatrické nemocnice předán z výchovného ústavu, kde ho nezvládali.

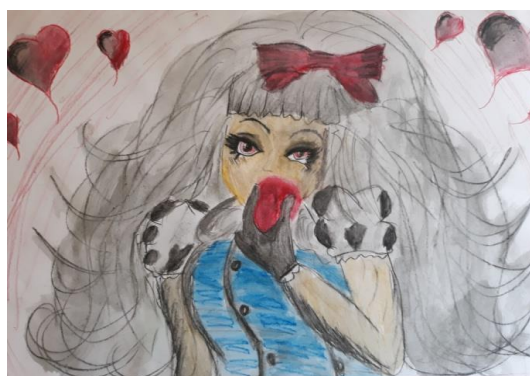
Deliktem byl zločin dokonané vraždy a pokusu o vraždu. Do kolektivu se integroval a s nadšením vyhledával společnost spolupacientů, vrahů. Sám sebe považoval za výjimečného, konsekvence svého činu si neuvědomoval. Hospitalizace a ztráta pozice „privilegované osobnosti“ u něj vyvolaly intrapsychickou tenzi a sérii automutilačních projevů, které se později ukázaly pouze jako způsob manipulace s okolím za účelem získávání pozornosti. Jeho tendence obcházet pravidla oddělení byly zpočátku výrazné, později jejich četnost omezil, ale s tím, že se je pokoušel provádět co nejskrytěji („učil se“).

Obr. č. 68:

„SNĚHURKA“

(listopad 2017, akvarelová pastelka)

Zobrazena ve chvíli, kdy kousla do otráveného jablka. Všechny jeho kresby se vyznačovaly obrovským, zvýrazněným očima a vyumělkovanou dívčí krásou. Výtvarně se vyjadřoval rád, ale „něžné“ stylizace, ve kterých se vyžíval, a se kterými byl spokojen, mu šly pouze prostřednictvím kresby (viz „ŠÍPKOVÁ RŮŽENKA“, akvarel, ze kterého ale reálně vystupuje agrese). **Průnik „SNĚHURKY“ a „ŠÍPKOVÉ RŮŽENKY“ byl promítnutím jeho samotného, navenek uhlazený chlapec, vevnitř děs.**



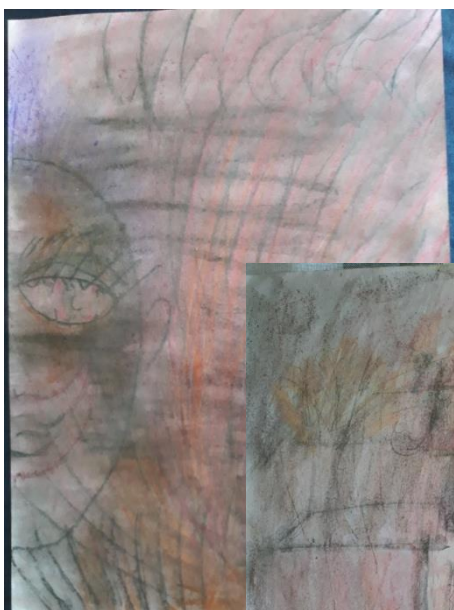
Obr. č. 69:

„ŠÍPKOVÁ RŮŽENKA“

(říjen 2017, první kontakt s akvarelovými barvami, projevil nevěli nad „neznámým“ materiálem). Růženka je zachycena ve chvíli kdy sáhla po růži. **Obě dívky zobrazil ve chvíli „smrtícího kontaktu“, obě mají modré šaty, obě zhynou prostřednictvím rudě zbarvené věci. V obou modrých je příměs šedé nebo černé, tedy snad směřování k úzkosti, nejistotě a otázce „...co po mně ty dívky chtějí...?“**

Na oddělení začal kouřit a užívat psychotropní látky. Prakticky denně psal zápisky o svém stavu, kde otevřeně popisoval své nálady (někdy plačtivé, byl sebelítostivý, jindy agresivní, nálady byly provázeny sny o násilí a patologických sexuálních praktikách) a konverzaci s imaginární kamarádkou, která k němu promlouvala. Nejednalo se o projevy psychotického onemocnění, nýbrž o náhradní objekt a v popředí se projevovala anetičnost, absence svědomí, egocentrické zaměření na vlastní prožitky, snivost, potřeba být jedinečný a potřeba ubližovat. Fascinace násilím, krví a brutálními sexuálními praktikami se odrazila na výtvarné produkci. Výtvarně veden a sledován od počátku hospitalizace. Po dobu jednoho roku jsem měl možnost sledovat vývoj od

reprodukováných kreseb tužkou po vlastní barevné vyjadřování, včetně koláží, od vlastních sadomasochistických témat po ztvárnění běžných témat: „Rodina“, „Adam a Eva“, „Má budoucnost“. Rád kreslil ženské postavy, které se snažil ztvárnit co nejvíce „in natura“. Při volných tématech se držel spíše abstrakce a používal temné a ušpiněné barvy. Osobnostně procházel složitým vývojem od obrazu „*hrdiny vraha ovládajícího své okolí prostřednictvím vlastní výjimečnosti*“, přes „*nepřizpůsobivého drsňáka, kterému na ničem nezáleží*“ až k obrazu „*dívky ocitnuvší se v mužském těle*“. Dalo by se říci, že hledal sám sebe, jenže za veškerým konáním byl skryt účel. Ve výchovném ústavu si vytvořil představu, že prostřednictvím pobytu v psychiatrické nemocnici se vcelku rychle dostane opět na svobodu. Až na oddělení ochranného léčení zjistil, kam se vlastně dostal, a že to nebude dle jeho představ. Svou bezmoc a odpor k oddělení nevědomě promítl do svých výtvarných sdělení.



Obr. č. 70:

„OHEŇ A ŽHÁŘ“

(polovina srpna 2018, křída)

Opět to velké oko, tentokrát prázdné, žádná něžná dívka, ústa v úsměvu. **Autorův komentář** zněl „*je mi jedno, co si myslíte, mně to udělalo dobře*“. **Naplnění jednoho z účelů arteterapie, abreakce?**



Obr. č. 71:

„HOŘÍCÍ ODDĚLENÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ“

(konec srpna 2018, křída)

Pokračování tématu o bezmoci.



Obr. č. 72:

„DOBŘÍ ZÁŽITEK“

(listopad 2018, akvarel) jediný obrázek s kladným obsahem, v srdíčku: A = sestra, kterou měl velmi rád, ale která svůj život ukončila skokem pod vlak, D = autor), **možná otázka: měla ztráta sestry, jediné blízké osoby v rodině, vliv na vývoj dalších vztahů k ženám?**

Obr. č. 73:

„VÝBĚR Z KTC – IX/2017 až V/2018“

Výtvarně zaměřená práce se odehrávala buď v individuálních setkáních, nebo klasických skupinových. Součástí individuálních setkání bylo vyjádření nálady prostřednictvím KTC. Pacient o významu a účelu KTC informován nebyl.



8.3 Pacienti s duální diagnózou

Dimitri Muž, věk 43, dg. chronifikovaná paranoidní schizofrenie s defektem osobnosti, závislost na psychotropních látkách (THC, pervitin, alkohol), s častými a výraznými cravingy. Vzdělání středoškolské, maturita. Vdovec, 2 děti. Psychiatricky léčen od 27. roku života. V ochranném léčení ústavním podruhé, původní nařízení OLÚ (psychiatrické) - vražda manželky z psychotické motivace. Vzhledem k odpovídajícímu rodinnému zázemí a úspěšnému průběhu léčby propuštěn z první hospitalizace, opakovaná hospitalizace v důsledku nedodržování abstinence a předpokladu zvyšování společenské nebezpečnosti. Invalidní důchodce, somaticky zdrav kromě pozitivní infekce HCV, svéprávný, navštěvovala ho matka, občas syn (19 let), s dcerou z druhého manželství soudní zákaz styku. Udržoval dlouholetý poměr s přítelkyní (závislá na pervitinu). V popředí oploštělá afektivita, střídání období postpsychotických depresí s úvahami o ukončení života a období s přehnanou aktivitou a otevřeností ke spáchanému deliktu, kdy spřádal nerealizovatelné plány (žít v teepee jako indián, odcestovat do Egypta, žít na poušti. Střídání těchto období přinášelo zvyšující se neklid, craving, s vyvrcholením v ebrietě doprovázené intoxikací buď THC, pervitinem nebo obojím. Do všech typů aktivit oddělení se zapojoval rád, komunikativní, většinou laskavý, tolerantní, vstřícný a spolupracující, ale celková prognóza vývoje nedobrá.

Zhoršování průběhu nemoci a postupující deteriorace osobnosti se projevil také ve výtvarných projevech, převládla monotematicnost, při zadání jakéhokoli tématu si vždy našel prostor zobrazit egyptská božstva, atomové výbuchy, symboliku psychotropních látek nebo smrti. Ve velmi výjimečných případech překvapil něžnou kresbou květiny nebo rodinné idyly. Veden a sledován po dobu 4 let.

Obr. č. 74 a 75:

„NA CO MYSLÍM“ a „EGYPTSKÁ SKLIZEŇ“
(únor 2018, kresba fixem a prosinec 2016, kolorovaná kresba tuší). „NA CO MYSLÍM“ je jednoduchým a vypovídajícím způsobem vyjádření trvalého cravingu, listy koky, hašiš, opiáty, THC, prostě jakákoli psychotropní látka, která mu umožní únik z tíživé reality nepropustitelného pacienta. „EGYPTSKÁ SKLIZEŇ“ představuje jeho samotného, jak čeká, až dozrají datle, v podstatě zde vyjádřil svou touhu vrátit se do Egypta. **Dozrálé a sklizené datle jsou vyplněním snu o návratu.**



Tři trvalá témata, psychotropní látky, Egypt a agrese. Psychotropní látky mu poskytovaly úlevu od reality, zejména vědomí, že již nebude schopen dosáhnout přeměnu ochranného léčení ústavního na ambulantní, a že je v takovém vleku psychotropních látek, ze kterého není úniku. Egypt představoval vzpomínky na dětství, které bylo příjemné, bezpečné a šťastné. V Egyptě žil s oběma rodiči. **Ztvárňování výbuchů, zejména atomových se objevovalo ve chvílích narůstajícího napětí, nejprve se objevilo ve výtvarné produkci, poté v nepřiléhavé veselosti a smíchu, dále „hajlováním“ a nakonec prohlášeními, že musí někoho zabít. Poté se obvykle na vycházce opil a zfetoval, čímž se na nějakou dobu napětí a úzkosti zbavil. Potom se vše opakovalo. Celkem asi patnáctkrát.**

Obr. č. 76:

„PYRAMIDA“

(únor 2017, pokus o akční akvarel, který nevyšel)
Pyramida, vrchol se ztrácel v mlze, blížilo se zatmění slunce, výrazně hnědá země, období, kdy mu opět chybělo rodinné zázemí, unaven hospitalizací.



Obr. č. 77:

„STROM V BOUŘI“

(jaro 2017, akvarel)

Mnoho interpretačních otázek. Co, nebo koho symbolizuje strom - co nebo koho letadlo - co je ta bouře, co se za ní skrývá - apod. **Obrázek působí dynamicky a je v něm obsažená touha po aktu sebezničení nebo osvobození se.**

Obr. č. 78:

„TOUHA PO LOTOSOVÝCH SEMÍNKÁCH“

(květen 2017, rozžehlovaný voskový pastel)

Postavička v podřepu představuje autora, s jeho typickým účesem, „čirem“, **předimenzované ruce by mohly symbolizovat touhu po úniku z reality prostřednictvím psychotropní látky. Ústředním motivem je lotos, královská květina symbolizující královský prožitek úniku („...aspoň na chvíli, i to by stálo za to...“).**



Egon Muž, věk 23 let, více nebezpečný sám sobě než společensky, původní delikt spíše úsměvný - poškozování cizí věci (posprejoval reklamní plochy). Vzdělání základní. Svobodný, bezdětný. Hospitalizován na základě podávání četných trestných oznámení

v důsledku bludné motivace, přivezen přímo z Generální inspekce bezpečnostních sborů, dg. paranoidní schizofrenie, abúzus THC a škodlivé užívání více návykových látek. Dysharmonický vývoj od dětství, traumatizovaný časnou smrtí rodičů (matka závislá na alkoholu a lécích, spáchala sebevraždu). Zpočátku vychováván tetou, pro nevladatelné chování nařízena ústavní výchova, prošel různými zařízeními,

Obr. č. 79:

„CHAMELEON“
(pokus o akční akvarel)



Obr. č. 80 a 81:

„KRESBY“

(voskový pastel a tužka, listopad 2016).

Bezbranný malý kluk bez životních zkušeností a návyků, nadhodnocující vlastní schopnosti a dovednosti, nesnášející sám sebe, ale kopající do okolního světa, kráčeující od debaklu k debaklu. Obrázkem výše, „CHAMELEON“, v nadsázce charakterizoval autor sám sebe, jak se mění podle situací a nasazuje si příslušné masky. **Autorův komentář** „...to jsem já...“. Obě kresby pocházejí z prvních dnů hospitalizace, vyjadřují bezmoc,

odpor, vzdor, zlost vůči systému. Černá, červená a modrá, zarámované „H“ odrážejí jeho chování a projevy, které vyvrcholily pobyttem na neklidovém oddělení.

bez valného výchovného nebo socializačního efektu. Experimenty s THC od 13. roku života. Prožívání a chování charakterizovalo zrychlené psychomotorické tempo, nepřiléhavost, inkoherence, paranoidně-persekuční bludná porucha (expřítelkyni opakovaně znásilňovali mafiáni v čele se známým rapperem, matka byla pavouk, který se šířil z vesmíru a pohlcoval lidstvo), megalomanií. Bez náhledu na vlastní problematiku jak schizofrenního, tak návykového onemocnění. Neschopen vydržet sám se sebou, v každodenní realitě, prožívání pod vlivem návykové látky pro něj představovalo únik, kterého se nehodlal vzdát. Pracovní návyky nevytvořeny, neschopen dlouhodoběji přijmout jakýkoli režim a řád, volní vlastnosti na nízké úrovni, veškerým pracovním i terapeutickým aktivitám se vyhýbal, pasivní trávení volného času („zevlování“) a vytrvalé fantazírování o úspěšné a pohodové a zejména bezpracné budoucnosti mu zabíralo většinu času. Prognóza vývoje výrazně nepříznivá, pravděpodobně se bude pohybovat v kruhu mezi chvilkovým pobyttem na svobodě,

psychiatrickou hospitalizací a vězením. Pravděpodobnost opakování suicidálních pokusů rovněž značná. Výtvarná produkce se většinou nesla ve znamení tmavých barev, depresivních námětů, agresivních a ostrých tvarů. Sledován a veden po dobu 2 let.



Obr. č. 82:

„VENKU“

(koláž z různých materiálů, barevný papír, dřevěná dýha, samolepící fólie, jaro 2017)

Nadvakrát zarámovaný obrázek. Neustále tvrdil, že je připraven k pobytu mimo chráněné prostředí, opak byl pravdou. Zavřené okno by mohlo být symbolem této nepřipravenosti. A druhý rámeček by mohl být symbolem uzavřenosti a vnitřní nejistoty. K dispozici měl pouze šest barev, práce se samolepící fólií vyžadovala velkou trpělivost zejména při všech provedených detailech. Přitom to celé zvládl za hodinu. **V arteterapeutickém programu vždy pracoval velmi dobře, činnost ho většinou bavila, neměl problém s představou ztvárnění námětu, šel za svým cílem.** Což bylo v úplném rozporu s jeho běžnými projevy, kdy se poflakoval od ničeho k ničemu a stěžoval si na nudu. **Úvaha diagnostická, disponován pro životní úspěšnost byl, jen v dětství nepotkal nikoho, kdo by mu k ní ukázal cestu.**

Obr. č. 83:

„RODINNÁ KOLÁŽ“

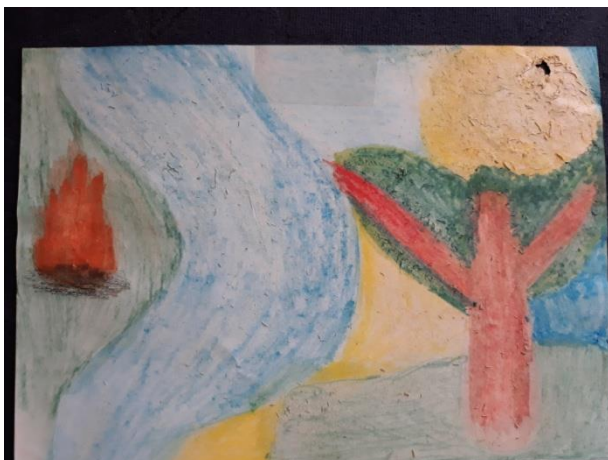
Jedná se o formát A3, situovaný po délce. Koláž je složena jak z vystříhaných, tak i vytrhaných částí,

mezi kterými jsou bílá místa. Levý dolní a pravý horní roh jsou obsazeny kompaktněji, v protilehlých rozích jsou solitérní objekty. Jednotlivé objekty jsou umisťovány ve čtyřech pásech, dva vodorovně na okrajích, dva svislé na okrajích. Levý svislý pás se skládá z věcí hezkých (rodina, dívka vztahující ruce k srdci, pláž s palmami a krajina se zapadajícím sluncem). Samá romantika. V pravém svislém pásu jsou věci rizikové. Alkohol, silueta pokrouceného bezlistého stromu s nápisem „volný čas“. Horní pás přechází od spokojené rodiny přes kytici a slepého anděla ke tváři muže ďábelsky nalíčeného a vztaženou rukou zvoucího, kynoucího ... komu, k čemu? Ve spodním pásu od večerní krajiny přes horské štíty se stopami ledu k mrtvému stromu. V centru koláže pozornost zaujme fragment matky s dítětem, doplněný květem růže, dalším fragmentem. Po pravé a levé straně matky s dítětem se nalézají dvě láhve, vlevo Mattoni, vpravo becherovka. Žena, matka se něžně usmívá, dítě spí v bezpečí.



Významná sdělení koláže: Od pěkného k hnusnému, od romantického k drastickému, od bezpečného k ohrožujícímu, smrtícímu? A co ten muž otočený zády, ale s rukama rozpaženými ve vítězném gestu? Témata příběhů v koláži zobrazených: rodinné štěstí - mateřská láska - bezpečné dětství - hledání, vzhlížení k lásce - prázdnota volného času - ďábel alkohol.

8.4 Pacient s poruchou osobnosti



Obr. č. 84:

„OHEŇ“

(jaro 2018, akvarelová pastelka)

Touha zakládat oheň v něm rostla se sílícím slunečním jasem. **Zde se slunci věnoval tolik, až v něm vydřel díru. Nalevo oheň, napravo slunce. Oheň až tak důležitý není, byť je zde mohutný, důležité je slunce, které spouští touhu po ohni.** Zajímavé bylo, že když se na oddělení pořádala akce spojená s ohněm (např. Pálení čarodějnic) odmítl se zúčastnit.

Felix Muž, věk 30 let, dg. impulzivní porucha - patologické zakládání ohně (pyromanie), druhá hospitalizace z důvodu zakládání požárů, osobnost nezralá s rysy schizoidity, emočně labilní, zvýšeně senzitivní, anamnesticky nelze vyloučit škodlivé užívání alkoholu. Vzdělání středoškolské, maturita. Svobodný, bezdětný. Nevěří si, poruchy myšlení typické pro schizofrenní onemocnění nejsou přítomny, psychomotorické tempo zpomalené, sociálně stažený, přítomná schizoidita a paranoidní nastražení, proto nelze vyloučit přítomnost reziduální schizofrenie. Hypoaktivní, neprůbojný se sníženou emotivitou, málomluvný, bál se svého hlasu, s personálem pouze nejnужnější komunikace, sociální výkonnost snižená, včetně péče o sebe. Většinu času trávil v lůžku, prohlíží si časopisy. Pro nebezpečí zakládání požárů dlouhodobě trvale v režimu bez volných samostatných vycházek, oddělení opouštěl pouze na minimální dobu v doprovodu rodičů. Byl samotářský, ale měl rozvinuté verbální výrazové prostředky a bohatý vnitřní svět, psal básně, ve



Obr. č. 85:

„NA ZAČÁTKU LÉČENÍ A DNES“

(červen 2018, kresba pastelkou)

Jasně vyjádření se, že nepozoruje žádný rozdíl, změnu. Smutná skutečnost, ale zejména jemu

terapeutický tým věnoval nadstandardní pozornost se zajištěním služeb logopeda, průvodce, peer asistenta, case managera. Vše ztroskotalo na jeho pasivitě, nedostatku vůle a neproniknutelné uzavřenosti. Když v režimu postoupil až k výhodě samostatných vycházek, využil je k založení několika požárů v těsné blízkosti nemocnice (při této činnosti byl rychlý, plánoval, nevzbudil žádné podezření, že by opouštěl areál nemocnice).



Obr. č. 86:

„SILÁK“

(říjen 2017, kombinovaná technika, figury vystřižené z kalendáře, domalováno anilínovými barvami)

Modrá, zelená, hnědá a žlutá představují obvyklý výběr barev na většině obrázků. Za zmínku stojí strom, všechny jeho stromy mají rovné, hladké kmeny a viditelné větve (do stromu je vidět, ať již se jedná o strom listnatý nebo jehličnatý). **Výběr motivu vyplynul z přání být silný. Že se jedná o ženu, mu uniklo, anebo mu to bylo jedno?**

kterých se tento svět odrážel. Šlo se o svět příjemný, vtipný, snadno pochopitelný, básně byly dobře zrymované a jejich obsah zahrnoval veškeré oblasti běžného života. Sám při hovoru na toto téma (Pojem hovor byl v jeho případě značně přehnaný. Někdy než z něho „vypadlo“ slovo, uplynula „celá věčnost“.) sděloval, „...že má takový svůj svět...“. Touha zakládat ohně v něm narůstala se zvyrazňujícím se slunečním jarním počasím. Oheň v něm nevyvolával konkrétní představy, objekty zapaloval z důvodu, že rád pozoroval rozruch, který způsobil (sirény, majáky, červená auta, pobíhající lidé). Na jeho obrázcích se lidé objevovali pouze výjimečně, a pokud ano, neměli tváře. Oblíbeným objektem byl had v nejrůznějších podobách (buď jako objekt nebo v podobě symbolu - vlnící se cesta, uspořádání zámeckého parku apod.). Had může znamenat touhu ovládnout cosi zakázaného, může mít spojitost s okultismem, jeho oblíbeným časopisem je Enigma. Může být symbolem nebezpečí, ale i poznání. Může vyjadřovat touhu po odstranění obtíží, touhu po léčbě. Sledován a veden po dobu 4 let.

Obr. č. 87:

„ŠNEK“

(základem je pokus o zjednodušený akční akvarel - na mokřý papír kapané textilní barvy, potom domalováno akvarelovými barvami).

Zelená/modrá uhlopříčně oddělená (dobré, že stoupá zleva doprava), v modrém poli zelené skvrny, spirála na ulitě hlemýždě se stáčí zleva doprava, uzavírá se do sebe stejně jako pacient, tělo šneka nejvýraznější, připomíná hada, tj. symbolem, kterým se pacient ve většině obrázků projevuje a asi se s ním ztotožňuje, „...*hadi nemluví, stejně jako já...*“ ulita je na těle spíše posazena - má ten šnek domov? Ulita je pestrobarevná, žluté a červené skvrny mohou



symbolizovat oheň, který má tak rád, ale to může být vzhledem k jeho anamnéze příliš jednoduchá interpretační zkratka. **Hadi sice nemluví, ale jsou moudří, ale i nebezpeční...**



Obr. č. 88:

„FELIXŮV VNITŘNÍ SVĚT“

(leden až srpen 2018, pastelky, křídly, akvarelové barvy, kombinované techniky). Svět uzavřený, s nikým nesdílený. Bohatý na emoce, kreativitu, nápaditost. Svět, o kterém se okolí vlastně ani nedozví. Svět, o kterém jeho majitel hovoří prostřednictvím svých obrázků a básní. **Felix psal deník s jednoduchými, v podstatě nicneříkajícími zápisy (co jedl, na co se díval, jaký byl program dne, nic víc). Někdy jsem mu předepsal pět slov a za úkol dostal napsat krátké povídání, nebo nakreslit příběh. A hned se ten fádni stereotyp změnil, proměnil, rozkvétl. Někdy jsem mu jen nakreslil náznak čehosi a dal pokyn pokračovat, pak jsem zase dokreslil něco já a tak jsme si „psali i několik dnů.**

9. DISKUSE

Sám pro sebe si říkám, že psychoterapie je to, co člověk činí pro své, zejména psychické, blaho. Z hlediska tohoto pohledu bych tedy psychohygienu mohl považovat za psychoterapii, kterou poskytují sám sobě. Ale ono tomu tak asi být nemůže, neboť psychoterapie je obecně chápána jako léčba, a to léčba psychologickými prostředky. A sám sebe léčit nemohu, (rozhodně se to nedoporučuje) důvodům léčby, nemoci, mohu předcházet, v rámci preventivních opatření. Takže pokud se jedná o self péči o vlastní psychické blaho, bude se jednat o psychohygienu.

Autor obrázku „ANDĚL“ o svou psychohygienu dbal, z hlediska defektivity, která jej postihla, nadstandardně, což mu také pomohlo po mnohaleté hospitalizaci k přeměně ústavní formy ochranného léčení na ambulantní. Nemoc nepostupovala příliš rychle, fáze remise byly dostatečně dlouhé, rozpad osobnostních struktur nebyl příliš markantní. Co se nejvíce měnilo, byla snižující se otevřenost k novým podnětům a zvyšující se rigidnost.

Obr. č. 89:

„ANDĚL“

(práce pacienta s duševní poruchou, paranoidní schizofrenie, 44, podklad sololit, tempera, prosinec 2016). Dlouholetý pacient, s nařízeným ústavním ochranným léčením, který podle stavu nemoci střídal oddělení, buď následnou péči, nebo kmenové oddělení. Tento artefakt vznikl v době zhoršení psychického stavu a pacient pobýval na oddělení ochranného léčení. Rád maloval, pravidelně docházel do nemocničního Arteateliéru, měl několik výstav. **Výsledkem vyzdvihování jeho tvorby bylo, že si do ničeho nenechal mluvit.** Postupy se musely dodržovat - podklad „našepsovat“, dlouhý výběr námětu, rozvržení kompozice, předkreslení atd. Jakmile začal malovat, šlo vše ráz-naráz. Na čistotě barev nezáleželo, někdy se mu slévaly, **potřeboval na podklad dostat rychle to, co viděl vnitřním zrakem.** Nejasnosti a nepřehlednost výsledku řešil konturováním černou. Zde se dle autora jedná o vitráž kostelního okna. Anděl s rozprostřenými křídly, v ruce drží biskupskou berlu, před sebou kříž. **Někteří spolupacienti anděla nevnímali, spíše čerta.** Zajímavá je tvář umístěním očí nad kořenem nosu a obočím. Kde je brada a kde začíná krk, není jasno, ústa jsou výrazná. **Vnitřní zrak nekorespondoval v tuto chvíli s objektivní realitou. Červeno-zelený jazyk plive na diváka poselství o pacientově celkové nepohodě.**



Na oddělení ochranného léčení byla u pacientů normou zvýšená defektivita, tedy porucha celistvosti somatické, psychické a sociální. Poruchy sociálních vztahů, postojů k okolí, k sobě samotnému, náhledu na svůj zdravotní stav, resocializaci a nutné

adaptaci k dodržování sociálních a zákonných norem, poruchy zapojení do pracovního procesu, odpor k práci, to vše pacienty provázelo a vyčleňovalo z běžné společnosti. Vyčleňování vedoucí až k úplné institucionalizaci svými počiny podporovalo samotné vedení psychiatrické nemocnice. Pacienti nesměli pracovat. Mohli vykonávat pouze určité činnosti v rámci ergoterapie. Kdysi pacienti pracovali na údržbě obrovského nemocničního parku, potom se koupily stroje, nebo najaly zahradnické firmy. Kdysi byly na oddělení k dispozici pračky a žehličky, pacienti si prali, žehlili, přišívali knoflíky a v dílně byl k dispozici šicí stroj pro drobné úpravy, nebo opravy oblečení. Pacienti se v rámci oddělení učili vařit, mohli si připravovat pohoštění při slavnostních příležitostech. Vytvářeli si, trénovali a rozvíjeli sebeobslužné schopnosti, dovednosti a návyky. To vše jim bylo v rámci celého oddělení odebráno, pacienti z příjmového oddělení se o sebe většinou nestarali, krom několika programů trávili čas v lůžku pospáváním. Pacienti z terapeutického oddělení na tom byli poněkud lépe, byli motivováni možností pravidelných vycházek a propustek a tak si péči o oblečení, nákupy apod. obvykle zajišťovali prostřednictvím rodinných příslušníků. Ale i tak bylo nejběžnější náplní jejich činnosti posedávání u televize, pospávání, nebo zevlování v kuárně se sluchátky na uších. Letitá zkušenost, že je práce a systematické vedení k práci nejlepším terapeutickým prostředkem připravujícím pro běžný a v rámci možností jednotlivců úspěšný život, byla vedením nemocnice zcela neprofesionálně zavržena.

Institucionalizační jednání psychiatrické nemocnice přispívalo k prohlubování chorobných změn v prožívání a chování u pacientů z oddělení ochranného léčení. Deformování sociálních dovedností, snižování mentálních schopností, deteriorace osobnosti zejména v oblasti hierarchie hodnot, vyšších cílů a celkové výkonnosti, to vše přispívalo ke zvyšující se závislosti pacientů na ústavní péči, trvalá nuda je hnala do hledání prožitků prostřednictvím psychotropních látek.

Deinstitucionalizace by měla být hlavním preventivním procesem zabraňujícím vzniku institucionalizovaného chování. V případě pacientů s nařízeným ochranným léčením by se tak mohlo stát prostřednictvím nově vytvořeného oddělení následné péče pro pacienty s nařízeným výkonem ochranného léčení v ústavní formě, které by mohlo představovat mezistupeň mezi ústavní léčebně terapeutickou péčí a komunitními sociálními službami nebo samostatným životem.

Pacienti na oddělení ochranného léčení setrvali dlouhodobě, někteří roky, jiní na přechodnou dobu odcházeli na jiná oddělení, nebo domů, ale časem se v důsledku selhání, dekompenzace nebo progresu nemoci vraceli zpět. S čím se arteterapeut (ale i celý terapeutický tým) potýkal:

- Pacienti s nařízeným ochranným léčením byli z důvodu absence smysluplné následné péče systematicky institucionalizováni, a to dlouhodobě, v důsledku čehož ztráceli:
 - schopnosti a dovednosti psychosociální, sebeobslužné, socializační, komunikační, pracovní, sexuální, volnočasové a relaxační,
 - návyky nutné pro udržení alespoň minimální kvality života běžného mimo uzavřené režimové oddělení,
- institucionalizovaní pacienti se stávali pouhými konzumenty státní péče a hospitalizace na oddělení již přestávala být z komplexního pohledu léčbou a stávala se pouhou hibernací a čekáním na příležitost prožít jakýkoli příjemný, snadno dosažitelný a intenzivní prožitek, obvykle prostřednictvím psychotropní látky,
- absence smysluplných a cílených dlouhodobých programů, resocializačních a deinstitucionalizačních, mělo za následek deterioraci osobností těchto jedinců, jejich přeměnu v chronifikované pacienty a v pouhé čekatele na zázrak propuštění nebo smrt, bez vlastní vůle a ochoty cokoli se sebou udělat,
- absence programů, jejichž počátek by měl být v organizované a přesně cílené následné péči, podporovala progresi duševní poruchy, zejména u pacientů s duální diagnózou a těch bylo na oddělení stále více,
- institucionalizovaní pacienti byli z ústavní péče de facto nepropustitelní, neboť jim dlouhodobý pobyt v psychiatrické nemocnici odebral pro život tolik potřebné schopnosti, dovednosti a návyky,
- počet takto handicapovaných pacientů narůstal, jejich život nabyl podobu neustálého a nekonečně se opakujícího koloběhu, který se stále více a více zrychloval, jejich překlady mezi jednotlivými pavilony nabývaly podobu obchodu s lidmi (protože je nikdo nechce, překladům předchází vyjednávání, „...vy nám vezmete AD a my vám XY...“, tento koloběh byl samozřejmě demotivující také pro personál příslušných oddělení.

Naštěstí se objevovaly případy, kdy pacient odešel nejen z oddělení, ale i z psychiatrické nemocnice a většinou díky péči nestátních neziskových organizací také v životě nějakým způsobem prosperoval. Každá taková „bílá vrána“ přinášela osvěžení a nové naděje.

Arteterapie dostávala na oddělení velký prostor. V rámci tohoto prostoru přispívala, jak to jen bylo možné, k rozvoji jemné i hrubé motoriky, podporovala grafomotoriku, senzomotoriku, pohybovou koordinaci, percepce, mentální schopnosti i chování, verbální, ale zejména neverbální komunikace. Podílela se na rozvoji kompetencí k učení, k řešení problémů, kompetencí sociálních a personálních, komunikačních i pracovních. V roli terapeuta, pojmenovat sám sebe arteterapeutem si prozatím netroufám, jsem se v intencích dynamické a personální psychoterapie pokoušel, aby pacienti pochopili vlastní podíl na opakujících se problémech, porozuměli důsledkům svého prožívání a chování, získali náhled na onemocnění nebo poruchu, a to vše, včetně opravených postojů, dokázali přenést do nového chování s cílem úspěšné sociální adaptace. Práce s artefaktem jim měla, teoreticky vzato, umožnit prožití emočně korektivní zkušenosti. Vše výše uvedené se dařilo, léčebně terapeutický efekt se dostával, ale (!) jen po dobu hospitalizace pacienta na oddělení nebo celkově v nemocnici. Po propuštění z hospitalizace běžně zapomínali na vše, co se naučili, nabyli přesvědčení, že jsou zdraví, vysadili předepsané léky, začali stagnovat a posléze se vrátili k opakování předchozích chyb a zejména k psychotropním látkám. Z kolotoče opakujících se neúspěchů dokázali vystoupit pouze pacienti, kteří pokračovali v psychoterapeutickém doléčování, prostě ti, kteří se o sebe dále starali, kteří si zjednali a platili psychoterapeuta. Pravidelné návštěvy u psychiatra byly v naprosté většině případů pouze o předepisování medikace a dotazu „Jak se Vám daří...fajn...přijďte zase za měsíc, dva, tři.“

Výtvarné počínání na oddělení ochranného léčení bylo náročné. A to hlavně z důvodu malé obměny pacientů. Mít v péči něco málo přes třicet pacientů, ze kterých jsem dvě třetiny znal roky, kteří na chvíli odešli na jiný pavilon, aby se za nějakou dobu vrátili dekompenzovaní nebo zdevastovaní, to byl docela „nářez“. I při seberozsáhlejším archivu nápadů témata docházela. Docházel entuziazmus. Trpělivost. Empatie. Potom jsem vítal přítomnost stážistek. Většinou to byly stážistky. Byly zpestřením zejména pro pacienty. A stážistky byly překvapeny, že byly programy jejich, že je mohly vést od

„A“ až do „ZET“. Stážísté prostě byli, jsou a budou potřeba. A mé ještěně narcistní ego bývá čas od času příjemně pošimráno vzpomínkou: „...jé, u vás jsem byla na stáži, chodila jsem ráda, těšila jsem se, i když to vaše »*Tak je to celé na vás!*«, mi nejdříve vyrazilo dech ...“

Není potřeba si malovat, že arteterapie, kterou jsem provozoval na oddělení ochranného léčení, byla skutečnou arteterapií. Řekl bych, že se jednalo o *výchovu prostřednictvím pokusů o umění, tedy o terapeuticky zaměřenou výtvarnou výchovu.*

Co se vlastně na arte-skupině dalo:

- Jednalo se vždy o skupinovou formu (s jedinou výjimkou - pacienta Cyrila, kterému jsem věnoval i individuální péči), jak „art for therapy“, tak i „therapy for art“, přičemž byla výrazně upřednostňována složka relaxační a prožitková prostřednictvím procesu tvorby. Časová dotace na jedno skupinové setkání činila 60 min., dokončování artefaktů nebylo z bezpečnostních a praktických důvodů možné. Atmosféra při samotné tvorbě byla uvolněná, doplněná poslechem reprodukováné hudby.
- Do běžného procesu tvorby jsem příliš nevstupoval, sem tam nějakým podnětem, nebo dopomocí. Hodně jsem chválil. Ale hodně jsem pacienty vedl k „volné ruce“, ke svobodě, k novým technikám, které jim to umožňovaly. Zkoušeli jsme akční akvarely, pro psychiatrické pacienty to nebylo „*to pravé ořechové*“. Jejich potřeba bezpečí prostřednictvím vidění bezpečného, tedy jasně identifikovatelného objektu, popřípadě děje byla příliš silná. Takovou hranicí, kam byli ochotni zajít, se stala lavírovaná kresba nebo rozhození barevných skvrn na vlhký papír, které potom domalovali akvarelovými barvami. V případě „nahodilých skvrn“ se dostali až k ochotě, posléze zvyku, papír otáčet a hledat, ze kterého úhlu pohledu se jim něco vynořuje (kde fantazie byla schopna uspět).
- Psychiatrickí pacienti a pacienti s duální diagnózou neměli trpělivost vrstvit barvy a tím dosahovat sytějších odstínů (pravdou je, že jsme k dispozici měli pouze ty nejlevnější školní vodovky). Proto upřednostňovali anilínové barvy, nebo experimenty s různými typy barev, které porůznu míchali, tónovací barvy do nátěrových hmot, nebo akrylové barvy. Rádi si vyhráli s perokresbou kolorovanou tuší. Velmi důležité bylo rozpoznat, jaká převládá nálada, někdy

bylo výhodnější a bezpečnější uchýlit se k volnému námětu a volnému výběru výrazového prostředku, než jít do konfrontace a vynucovat si práci s novou technikou. V době úplňku nemělo význam zkoušet cokoli nového, nebo se je snažit přimět k dokončování započatých věcí. Umět nechat věci jen tak „plynout“, to považuji za velmi velkou dovednost.

- Při složitějších činnostech, a těch byla většina, vést devět dospělých pacientů, vyhovět jejich žádostem, otázkám nebo jim poskytnout podporu a dopomoc, nebyla to žádná „procházka růžovým sadem“, ale dle mého názoru, pravděpodobně v těchto situacích docházelo k vzájemnému prolínání a propojování „...rovin komunikační, interaktivní, emočně prožitkové, kognitivní a roviny chování...“⁵⁶. A výsledkem byl opravdový a funkční terapeutický vztah.
- Ke skutečným interpretacím artefaktů nedocházelo, se symboly a symbolikou jsem se pokoušel pracovat až v posledních měsících svého působení na tomto oddělení. Pacienti měli rádi obsazování dějů ve svých artefaktech. Kdo je kdo..., popis, co se tam děje..., zda výsledek skutečně odráží jeho představu, postavy, zvířata, předměty, jejich vzájemné vztahy, vztahy k okolí, možné probíhající děje, celkový kontext artefaktu, kontext jednotlivostí a epizod. Postupně se naučili hovořit i o perspektivě, lineární i vzdušné, o barvách. Jak na ně působí, z jakého důvodu upřednostňují některé barvy, jaká je jejich čistota. O pocitech z artefaktu jsme se bavili zřídka, spíše o tom, s čím přišli na program a s čím odcházejí. Za základ dění jsem považoval, aby se pacienti cítili bezpečně a jak to jen šlo sebejistě, aby k ostatním cítili sounáležitost, aby si dokázali vzájemně sdělovat ocenění a uznání a aby znali a rozuměli tomu, co se děje. A jak měli rádi pochvalu. Vždy se našlo za co pochválit, třeba i když to s tvorbou nesouviselo, třeba že má někdo konečně zapnutý poklopec. Racionální zhodnocení, vyzdvižení, pochvala, co autor udělal dobře, nebo doporučení - čeho se vyvarovat, to se postupně stalo součástí reflexí a sebereflexí. Takto napsané to vypadá úplně ideálně, ale dosti často to byla dřina, k něčemu je přivést a něco z nich dostat.
- S psychiatrickými pacienty bylo velmi obtížné hovořit v metaforách. Dle mého názoru se jedná o způsob komunikace mimo jejich potřebu jasných zpráv. Pokyn

⁵⁶ Lhotová, Perout (2018), str. 39.

„namalujte rozkvetlý strom“, splnili bez obtíží, zadání „dřevo se listím odívá“, to již vznikl problém se širší diskusí na téma, co to jako má být. Výsledkem byl dialog mezi třemi pacienty:

A: „Co to je, dřevo se listím odívá?“

B: „Strom vole.“

A: „Jaký strom? A kdy?“

B: „Na jaře vole.“

C: „Aha, a můžou tam být i květy?“

- Hlubokomyslná úvaha terapeuta: „Jaro může být i nový začátek. Říká vám to něco?“

A: „Jasně, že půjdu na sněženky.“

B: „Sněženky jsou zákonem chráněné, nesmí se trhat.“

C: „Sám seš chráněnej!“

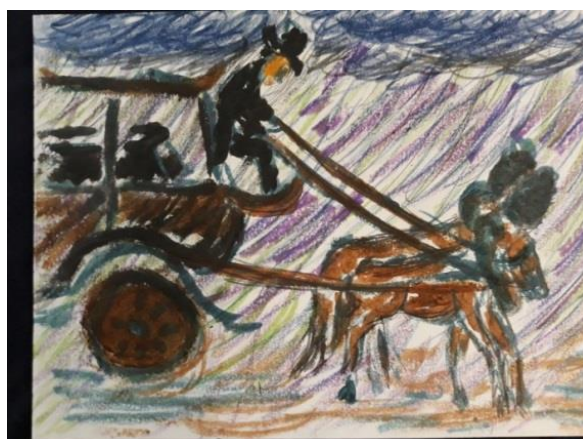
- Možná to nebylo správné, ale pacienti, zejména psychotici, měli velmi rádi „Nákup v galerii.“ Koho či obrázek zaujal, čím, z jakého důvodu by jej koupil, pro sebe nebo pro někoho, kam by si jej pověsil atd., atd. Tyto rozpravy se občas měnily v licitaci, když více zájemců mělo zálsusk na jeden umělecký počín.

Diagnostický aspekt směrem k týmu využíván nebyl, pouze v případě výrazného prvku vypovídajícího o možném ohrožení, změně nálady, dekompenzaci nebo akcelerace nemoci.

Obr. č. 90:

„MÁ BUDOUCNOST“

(práce pacienta s poruchou osobnosti závislého na alkoholu, 40, zklamaného životem a uvažujícím o dalším suicidálním pokusu, kresba voskovým pastelem, červenec 2016, krátce před propuštěním). Vzdělaný a sečtělý pacient opovrhující spolupacienty, nesnášející personál a věčně něco namítající vůči léčebnému režimu a řádu. V tomto typu kreseb měl velkou zálibu. **Z hlediska symboliky by se dalo říci, že vše je jasné, suicidální pokus byl úspěšný a vezou ho v rakvi.** Kdo ale řídí ten vůz? A směřují skutečně na hřbitov nebo pouze do temné nebo jen neznámé budoucnosti, která bude stejně těžká jako ta mračna? **Nakonec vše dopadlo tak, že opustil Prahu, odstěhoval se do Krkonoš, našel si pěkné bydlení, sezónně pracoval (invalidní důchodce), abstinoval a věnoval se turistice. Dvakrát ročně o sobě podával zprávu, poslední v červenci 2018.**



Co se děje, zda období remise končí, bylo většinou u psychotických pacientů zřejmé při rychlé změně běžného výtvarného vyjadřování, způsobu práce nebo z celkového chování. V případě *Adama* tomu ale tak nebylo, změna výtvarného výrazu a postupů nešla ruku v ruce s nástupem psychotické ataky, ke změně došlo s příchodem nové terapeutky, stážistky. Je možné, že se jednalo o shodu okolností, ale s novou terapeutkou se okamžitě vrátil ke „klasice schizofreniků“, děj soustředil do malého výřezu z celkové plochy papíru, vše bylo drobné, titěrné, s nejpodrobnějšími detaily. „Volná ruka“ a odvaha byly pryč.

Co se s pacientem děje, co zamlčuje, zda disimuluje, zda prožívá obtížné období nebo naopak „létá“ v mánii, bylo zřejmé tehdy, až když se vyskládala časově navazující řada artefaktů. U pacientů s poruchou osobnosti s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým, nebo protialkoholním časově navazující řada artefaktů byla schopna vypovědět o míře jeho autentičnosti ve vztahu k léčení, formální přístup k léčení se projevil v laxním přístupu k výtvarnému výrazu. Věci byly odbyté, „...hlavně abych to měl za sebou...“, do produkce se „...nepromítla autorova duše...“.

S čím by dle mého názoru dění na arte-skupině mělo pomáhat v rámci komplexního léčebně-terapeutického procesu:

- S rozvojem zdravého sebevědomí,
- s uvědoměním si hodnoty vlastní i hodnoty druhých,
- se zprostředkováním prožitku úspěchu jako hlavního motivačního faktoru,
- s reálným hodnocením vlastních možností, schopností, dovedností a návyků,
- se získáváním a rozvíjením nových schopností, dovedností a návyků,
- s vytvářením odpovědnosti za vlastní prožívání a chování,
- s vytvářením odpovědnosti za vlastní pracovní výkony,
- s rozvíjením přiměřené sebekontroly a sebeovládání, zejména v zátěžových situacích,
- s vedením k návykům nutným pro úspěšné zapojení se do společnosti,
- s vytvářením náhledu na vlastní zdravotní a sociální situaci,
- s vedením ke schopnosti empatie,

- s rozvíjením získaných schopností a vedení k vzájemné spolupráci, úctě a toleranci a bezkonfliktnímu soužití s okolím,
- s vedením ke schopnosti radovat se z úspěchů jiných lidí,
- s vytvářením a rozvíjením respektu k autoritám,
- s vedením k dodržování zásad slušného chování, obecně uznávaných pravidel a běžných společenských norem a řádů,
- s přípravou k odolávání zátěži běžného života,
- s vedením k pozitivnímu a optimistickému pohledu na svět,
- s vytvářením dovedností naslouchat a porozumět.

A s čím dle mé zkušenosti skutečně pomáhalo:

- S vytvářením náhledu na problematiku vlastního onemocnění, obtíží a neadaptivní (sebepoškozující) strategie chování,
- se zvyšováním frustrační tolerance,
- s odbouráváním nefunkčních obranných mechanismů,
- s podporou adaptivních mechanismů a nacházení adaptivnějších strategií (méně poškozujících sebe i druhé) chování,
- s podporou farmakoterapie, popřípadě dalších psychoterapeutických aktivit.

Cílem mé práce bylo čtenáři co nejvíce přiblížit možnosti arteterapeutické praxe, nebo spíše terapeuticky orientované výtvarné výchovy jako integrální součásti zajímavě obtížné práce oddělení ochranného léčení. Tedy výchovy, která se snažila podporovat celkový léčebný proces širokým spektrem výtvarných aktivit. „*Všechno co se děje, předpokládá něco, po čem to podle nějakého pravidla následuje.*“⁵⁷ Základní otázkou, kterou jsem si položil, bylo, zda sumarizace mých postřehů a zkušeností, včetně předložení výběru výsledků výtvarného počínání pacientů, bude schopno prezentovat oprávněnost zařazení arteterapie do léčebného režimu oddělení a do individuálních léčebných plánů pacientů. Pro zodpovězení této otázky jsem si zformuloval smělou pracovní hypotézu, že „*Expresivní terapie, arteterapie, je i na uzavřeném režimovém oddělení psychiatrické nemocnice schopna pomoci pacientovi zprostředkovat náhled na*

⁵⁷ Kant, (1781, In Nakonečný, 1997, s. 93).

onemocnění, uvolnění, abreakci, pomoci v návratu k reálnému nahlížení na okolí, svět, sebe sama a v konečném důsledku i návratu do běžného života.“

Odpovědí na základní otázku je, že jsem svou prací dostatečně prezentoval oprávněnost zařazení arteterapeutických aktivit do léčebného režimu oddělení ochranného léčení.

Svou smělou pracovní hypotézu považuji za potvrzenou pouze částečně. Mám za to, že aby byla má hypotéza potvrzena nebo vyvrácena validně, bylo by potřeba s pacienty pracovat dlouhodobě individuálně, systematicky a plánovitě prostřednictvím strukturované časové osy obsahující:

- Témata dětství,
- témata školských roků a dospívání,
- témata všeobecně se dotýkající „Já“,
- témata zaměstnání a pracovních příležitostí,
- témata rodiny, partnerství, manželství, rodičovství,
- témata nemocí,
- témata snová, týkající se přání a tužeb,
- témata reálných budoucích možností.

„Arteterapie“ pacientům poskytovala příležitosti k uvolnění, úlevě od úzkostí, abreakci i náhledu na problematiku jejich vlastního onemocnění. Ale nejednalo se o proces prováděný plánovitě a strukturovaně, takže vlastně ne terapeutický.

Závěrem zhodnoceno, arteterapie na oddělení ochranného léčení má své terapeutické možnosti a příležitosti. Její zařazení do komplexního léčebně terapeutického procesu má smysl! A mohla by být realizována jiným způsobem, než jsem to dělal já. Ale zde, sám pro sebe, pro vědomí, že jsem jako terapeut neselhával, nalézám oporu v pracích Lhotové a Peroutovi⁵⁸, že *„V případě psychotických poruch a závažnějších poruch osobnosti, kdy pacient nenahlíží na své onemocnění a kdy přes všechny pokroky na poli medicíny nelze přesně a jednoznačně vysvětlit příčiny, takže předpokládáme mnohočetné etiopatogenetické vlivy, je terapie účinná nejvíce ve své procesuální*

⁵⁸ Lhotová, Perout, (2018), s. 231.

podobě bez nároku hledat ve výtvarném výrazu symbolické významy. Bezpečnější než zpracovávání konkrétních témat je volná tvorba.“

Obrázek č. 91:

„MY Z OCHRANEK“

(skupinová práce většiny pacientů z příjmového i terapeutického oddělení, obalové kartony, dřevěné latě, papíry, sololit, sádra, drát, akrylové barvy, říjen 2016). Velikost cca 150 x 150 cm, autoportréty, vyřezávanými šablonami pacienti překvapivě vystihli podstatu vlastního obvyklého výrazu, doplněno sádrovými plastikami a malbou na sololitu. **Při práci na pokračování dobrá nálada, spolupráce, jednotlivci aktivní. Výsledný artefakt ale obecně hodnocen jako smutný až depresivní.** Ale takové to oddělení v podstatě je. I když jsou prostory vzdušné a světlé, jako by v nich zůstávaly smutek, bolest a utrpení. Na zahradách se daří psímu vínu, tují, smutečným vrbám a lípám. Z květin pouze pelargoniím a maceškám.



Vést pacienty k ochotě vzdát se psychotropních látek byl úkol nesmírně obtížný s minimální úspěšností. Protivníkem v tomto utkání byla slast, vyvolaná prožitkem předpokládaně příjemným, dostupným, snadno opakovatelným, se známým účinkem, přinášejícím „úlevu“ od objektivní reality, starostí, nutnosti vydržet sám se sebou apod. Že se z „laskavého přítele“ časem vyklube „krutý otrokář“ nebo vrah, to v danou chvíli nikomu z nich nepřipadalo důležité.

10. ZÁVĚR

Expresivní terapie, v kontextu této práce arteterapie, byla v případě autorovi, profesí adiktologa-terapeuta na oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici, každodenní součástí jeho snažení dosáhnout sebenepatrnějšího terapeutického efektu. Cílem první části práce, teoretické, bylo prokázání, že se autor v problematice orientuje. Cílem druhé části bylo čtenáři zprostředkovat pohled na reálnou arteterapeutickou praxi. A prokázat, že arteterapie má své opodstatnění a smysl i v tak obtížné práci jednoho z oddělení v psychiatrické nemocnici. Potvrdit, že je plným právem součástí celkového léčebně terapeutického procesu. Základní otázkou, kterou si autor položil, bylo, zda výběr výtvarných prací pacientů a k nim jeho komentáře, budou schopny prezentovat oprávněnost bytí arteterapie jako součást celkového léčebně terapeutického procesu. A na tuto otázku autor navázal pracovní hypotézou, že arteterapie je i na uzavřeném režimovém oddělení schopna pacientovi přispět k uzdravě a nabídnout pomoc směřující k návratu do běžného života. Na svou otázku i hypotézu tedy mohl autor práce odpovědět kladně. Za důležité je možno považovat také zjištění, jak velký prostor arteterapie na oddělení ochranného léčení dostávala a nakolik svobodně si mohl terapeut ve své roli počínat. Při zpětném pohledu autor zjistil, jak široký byl záběr používaných technik, jak zajímavé a jaké množství nejrůznějších artefaktů pacienti vytvořili. Což by se nestalo, kdyby sami pacienti neměli o tento typ aktivit zájem. Není možno s určitostí říci, nakolik je tato práce nějakým způsobem přínosná pro běžnou praxi, je snad pouze potvrzením obecně známého rčení, že když se pacient cítí dobře, je ochoten nebýt v odporu, naslouchat a možná i něco z doporučovaného přenést do vlastního života. Arteterapie k tomu dle autorových zjištění v určité míře zcela jistě přispívala.

Shrnuto, práce je souborem autorových zkušeností, doplněných myšlenkami a pocity, které mají původ v dlouhodobé přímé praxi. Vědomosti čerpal autor ze studia a snažil se je co nejúčinněji převádět do praxe. Stěžejní cíl práce, seznámit čtenáře jak se specifickým prostředím oddělení ochranného léčení v psychiatrické nemocnici, tak i s možnostmi arteterapeutického působení zde, s jeho výsledky, úspěchy i neúspěchy byl splněn.

CONCLUSION

Expressive therapy, in the context of this work art therapy, was, in the case of the profession of the author, the addictologist - therapist at the Department of Protective Therapy in a Psychiatric Hospital, an everyday part of his effort to achieve a more subtle therapeutic effect. The aim of the first part of the thesis, theoretical, was to prove that the author is oriented in the field. The aim of the second part was to provide the reader with a view of real art therapy practice. And to prove that art therapy has its foundation and meaning in such a difficult department in a psychiatric hospital. That it is rightfully part of the overall therapeutic process. The basic question asked by the author was whether the selection of patients' artworks and their comments would be able to present the justification of being art therapy as part of the overall therapeutic process. And this question was followed by the author's working hypothesis that art therapy is also able to help the patient to return to everyday life in a closed regime department. So the author of the thesis could answer his question and hypothesis in a positive way. Also important is the discovery of how much art therapy has been given to the Department of Protective Therapy and how freely the therapist has been able to act in his role. In retrospect, the author found out how wide the range of techniques was used, how interesting and how many different artifacts the patients had created. This would not happen if patients themselves were not interested in this type of activity. It is not possible to say with certainty whether this work is somehow beneficial to everyday practice, perhaps only by acknowledging the well-known fact that when a patient feels good, he is willing not to be in resistance, to listen and perhaps to transfer some of the recommended to his own life. According to the author's findings, art therapy certainly contributed to this. In summary, the work is a collection of author's experiences, complemented by thoughts and feelings that originate in long-term direct practice. Knowledge was drawn by the author from his studies, as well as from his professional literature, and he tried to make it as effective as possible. The main goal of the work, to acquaint the reader with the specific environment of the Department of Protective Treatment in a Psychiatric Hospital, as well as with the possibilities of art therapy in this department, with its results, successes and failures, was fulfilled.

11. LITERATURA

ABZ, slovník cizích slov.

Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/exprese>

Baštecká, B. a kol. (2009): *Psychologická encyklopedie - Aplikovaná psychologie*. Praha. Portál.

ISBN 978-80-7367-470-0

Česká arteterapeutická asociace, arteterapie.

Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

Drapela, V.J. (1997): *Přehled teorií osobnosti*. Praha. Portál.

ISBN 978-80-262-0040-6

Edice ÚZ. (2018): *Trestní předpisy*. Ostrava. Sagit.

ISBN 978-807488-292-0

Fisher, S., Škoda, J. (2010): *Sociální patologie*. Praha. Grada.

ISBN 978-80-247-2781-3

Hartl, P., Hartlová, H. (2000): *Psychologický slovník*. Praha. Portál.

ISBN 978-80-262-0873-0

Jihočeská univerzita České Budějovice. *Pokyny k psaní bakalářské práce*. Dostupné z:

<http://www.pf.jcu.cz/structure/departments/kpe/vypracovani-zaverecnych-praci.html/>

Kalina, K. (2015): *Klinická adiktologie*. Praha. Grada.

ISBN 978-80-247-4331-8

Kalina, K. (2013): *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha. Grada.

ISBN 978-80-247-4361-5

Kratochvíl, S. (2002): *Základy psychoterapie*. Praha. Portál.

ISBN 978-80-262-1227-0

Kulka, J. (1991): *Psychologie umění*. Praha. Státní pedagogické nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2329-7

Lhotová, M., Perout, E. (2018): *Arteterapie v souvislostech*. Praha. Portál.

ISBN 978-80-262-1272-0

Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální recenze*.

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Nakonečný, M. (1997): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha. Academia.

ISBN 80-200-0625-7

Pavlovský, P. a kol. (2012): *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha. Grada.

ISBN 978-80-247-4332-5

Perout, E. (2005): *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha. Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých.

ISBN 80-903247-9-7

- Sbírka zákonů ČR. *Trestní zákoník*. Zákon č. 40/2009 ze dne 08. ledna 2009, částka 11, rozeslaná dne 09.02.2009, § 97-100, s. 376-378
- Sbírka zákonů ČR. *Zákon o specifických zdravotních službách*, č. 373/2011 ze dne 06. listopadu 2011, rozeslaná dne 08.12.2011, § 83-89, s. 4832-4835
- Slovník cizích slov*, info.cz. Dostupné z: <https://www.info.cz/redukace>
- SUPERIA.cz. Dostupné z: <http://cojeto.superia.cz/skolstvi/edukace.php>
- Šicková-Fabrici, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.
ISBN 978-80-262-1043-6
- Špinarová Dusbábková, J. (2012): *OS pro rozvoj expresivních terapií*. Praha.
Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/>
- Vymětal, J. (2010): *Úvod do psychoterapie*. Praha. Grada.
ISBN 978-80-247-2667-0
- Wikiskripta. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Expresivn%C3%AD_techiky
- Wikipedia. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Kresba>
- Wikipedia. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Resocializace>
- Yalom, I. D., (2003): *Chvála psychoterapie*. Praha. Portál.
ISBN 80-7178-761-2
- Ženatá, K. (2005). *Obrazy z nevědomí*. Praha: Portál.
ISBN 80-7367-033-X

PŘÍLOHY

Příloha č. I:

Trestní zákoník - Ochranná opatření a ochranné léčení.

Zákon č. 40/2009 Sb., § 97–100

§ 97

Ukládání ochranných opatření

- (1) Ochranná opatření lze ukládat za splnění zákonných podmínek samostatně i vedle trestu.
- (2) Vedle trestu obdobné povahy může být ochranné opatření uloženo jen, jestliže by jeho samostatné uložení nebylo dostatečné z hlediska působení na osobu, které je ukládáno, a ochrany společnosti.
- (3) Jsou-li splněny podmínky pro uložení více ochranných opatření, lze je uložit vedle sebe, jestliže trestní zákon nestanoví něco jiného. Lze-li však dosáhnout potřebného působení na osobu, které je ukládáno, a náležité ochrany společnosti jen jedním z nich, uloží se jen takové ochranné opatření.
- (4) Je-li uloženo více ochranných opatření vedle sebe, které nelze vykonávat současně, stanoví soud pořadí jejich výkonu.

§ 98

Druhy ochranných opatření

- (1) Ochrannými opatřeními jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci a ochranná výchova.
- (2) Ukládání ochranné výchovy upravuje zákon o soudnictví ve věcech mládeže.
- (3) Ochranné léčení nelze uložit vedle zabezpečovací detence.

§ 99

Ochranné léčení

- (1) Soud uloží ochranné léčení v případě uvedeném v § 40 odst. 2 a § 47 odst. 1, nebo jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.
- (2) Soud může uložit ochranné léčení i tehdy, jestliže
 - a) pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, nebo
 - b) pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním; ochranné léčení však neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout.
- (3) Ochranné léčení může soud uložit i vedle trestu anebo při upuštění od potrestání.
- (4) Podle povahy nemoci a léčebných možností soud uloží ochranné léčení ústavní nebo ambulantní. Byl-li vedle ústavního ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. Jestliže ochranné léčení nelze vykonat po nástupu výkonu trestu ve věznici, vykoná se ústavní ochranné léčení ve zdravotnickém zařízení před nástupem výkonu trestu odnětí svobody, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu léčení, jinak se vykoná ve zdravotnickém zařízení po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Ambulantní ochranné léčení se vykoná zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici; jestliže výkon

ambulantního ochranného léčení ve věznici nelze uskutečnit, vykoná se až po výkonu trestu odnětí svobody. Nepostačí-li délka výkonu trestu odnětí svobody ve věznici ke splnění účelu ochranného léčení, soud může rozhodnout o jeho pokračování v zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní nebo ambulantní péči.

(5) Ústavní léčení může soud změnit dodatečně na léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 na zabezpečovací detenci. Bez podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 může soud změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci, jestliže uložené a vykonávané ochranné léčení neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu ochranného léčení nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k ochrannému léčení.

(6) Ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení, a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení. Trvání ochranného léčení uloženého podle odstavce 2 písm. b) může být ukončeno, jakmile se během jeho výkonu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout; je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z ochranného léčení uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu pěti let; na výkon dohledu se užije obdobně ustanovení § 49 až 51. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud.

(7) Od výkonu ochranného léčení soud upustí, pominou-li před jeho započítáním okolnosti, pro něž bylo uloženo.

§ 100

Zabezpečovací detence

(1) Soud uloží zabezpečovací detenci v případě uvedeném v § 47 odst. 2, nebo jestliže pachatel činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zločinu, není pro nepřičetnost trestně odpovědný, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti.

(2) Soud může uložit zabezpečovací detenci vzhledem k osobě pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a jeho poměrům i tehdy, jestliže

a) pachatel spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, nebo

b) pachatel, který se oddává zneužívání návykové látky, znovu spáchal zločin, ač již byl pro zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta, a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložení ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení.

(3) Zabezpečovací detenci může soud uložit samostatně, při upuštění od potrestání, anebo i vedle trestu. Byla-li zabezpečovací detence uložena vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, vykoná se po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Byl-li uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v době výkonu zabezpečovací detence, její výkon se na dobu výkonu takového trestu odnětí svobody přerušuje. Po skončení výkonu trestu se pokračuje ve výkonu zabezpečovací detence.

(4) Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy.

(5) Zabezpečovací detence potrvá, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Soud nejméně jednou za dvanáct měsíců a u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumá, zda důvody pro její další pokračování ještě trvají.

(6) Zabezpečovací detenci může soud změnit dodatečně na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou současně splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení.

(7) Od výkonu zabezpečovací detence soud upustí, pominou-li před jejím započítáním okolnosti, pro něž byla uložena

Příloha č. II:

Zákon o specifických zdravotních službách - Ochranné léčení.

Zákon č. 373/2011 Sb., HLAVA VI, § 83 - 89

HLAVA VI

OCHRANNÉ LÉČENÍ

§ 83

(1) Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu o uložení ochranného léčení (dále jen „rozhodnutí soudu“) jako ochranné léčení ústavní vykonávané formou lůžkové péče nebo jako ochranné léčení ambulantní vykonávané formou specializované ambulantní péče.

(2) Ochranné léčení uložené soudem lze též vykonávat během výkonu trestu odnětí svobody ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou stacionární péče a ochranné léčení ambulantní vykonávané formou specializované ambulantní péče. Podmínky výkonu ochranného léčení nesmí ovlivnit podmínky výkonu trestu odnětí svobody.

(3) Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.

§ 84

(1) Poskytovatelé jsou povinni, pokud dále není stanoveno jinak, zajistit ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody, pokud jsou oprávněni poskytovat zdravotní služby v oboru, do jehož náplně tyto činnosti patří.

(2) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové nebo ambulantní péče je vedle práv stanovených zákonem o zdravotních službách oprávněn odmítnout přijetí pacienta k výkonu ochranného léčení, jestliže by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení.

(3) Ochranné léčení vedle výkonu trestu odnětí svobody vykonává poskytovatel ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, jsou-li pro poskytování zdravotních služeb splněny podmínky stanovené zákonem o zdravotních službách. Zdravotnické zařízení Vězeňské služby je součástí věznice.

§ 85

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může

a) výjimečně zakázat

- 1.** konkrétní návštěvu u pacienta,
- 2.** použití telefonu pacientem, nebo
- 3.** předávání korespondence pacientovi,

jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovaly individuální léčebný postup; z tohoto důvodu může rovněž kontrolovat balíky pacienta; důvody, které k zákazu nebo ke kontrole balíků vedly, zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; pacientovi nelze zakázat návštěvy jeho právního zástupce nebo zástupce organizace poskytující poradenství pacientům a používání telefonu a písemný styk při komunikaci s těmito zástupci,

b) nepovolit pacientovi krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení,

e) požadovat doprovod orgány Policie České republiky, jde-li o pacienta, jehož účast u soudu poskytovatel zajišťuje a který by mohl být nebezpečný sobě nebo okolí, popřípadě hrozí-li nebezpečí jeho útěku.

(2) Omezení korespondence nebo kontrola korespondence mezi pacientem a soudem ustanoveným opatrovníkem, mezi pacientem a právním zástupcem nebo zástupcem organizace poskytující poradenství pacientům, mezi pacientem a orgány veřejné moci, Veřejným ochráncem práv nebo diplomatickou misí nebo konzulárním úřadem cizího státu, anebo mezi pacientem a mezinárodní organizací, která podle mezinárodní úmluvy, jíž je Česká republika vázána, je příslušná k projednávání podnětů týkajících se ochrany lidských práv, je nepřipustná. Tato korespondence se adresátu odesílá a pacientovi doručuje neprodleně.

(3) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody je povinen zajistit, aby byl pacient při přijetí do ochranného léčení prokazatelně seznámen se svými právy a povinnostmi souvisejícími s poskytováním zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení při výkonu ochranného léčení, s předpokládanou dobou léčení a možností změny formy zdravotní péče podle § 83 odst. 1, v níž je ochranné léčení vykonáváno, dále s individuálním léčebným postupem, s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové péče (dále jen „vnitřní řád“), pokud podání těchto informací nevyklučuje jeho zdravotní stav. Záznam o seznámení pacienta s jeho právy a povinnostmi je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek, který byl přítomen podání informace. Povinnost podávat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu a navržených zdravotních službách podle zákona o zdravotních službách není postupem podle věty první dotčena. Do zdravotnické dokumentace se rovněž zaznamená případný nesouhlas pacienta s navrženým individuálním léčebným postupem.

(4) Ustanovení odstavců 1 až 3 se vztahuje též na ochranné léčení poskytované vedle výkonu trestu odnětí svobody, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

§ 86

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může pacientovi na základě jeho žádosti povolit krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, a to po posouzení zdravotního stavu pacienta; za tím účelem mu vystaví propustku.

(2) Propustku lze vystavit, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a lze-li důvodně předpokládat, že v průběhu krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nedojde k jeho změně, která by vedla k poruše chování, v jejíž souvislosti bylo ochranné léčení nařízeno. Povolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nesmí být v rozporu s účelem ochranného léčení a nesmí narušit individuální léčebný postup.

(3) Žádost pacienta podle odstavce 1 obsahuje důvody pro krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, dobu, na kterou se povolení žádá, a adresu místa, na němž se bude pacient zdržovat. Propustka obsahuje jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta, datum jeho narození, dobu, na niž je vystavena, a adresu místa, na němž se pacient bude zdržovat. Písemná žádost nebo záznam o jejím ústním podání a kopie propustky je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Jestliže poskytovatel odmítne propustku vystavit, je součástí zdravotnické dokumentace záznam o odmítnutí, v němž se uvedou důvody odmítnutí.

(4) Pokud poskytovatel odmítne vystavit propustku, může pacient podat novou žádost nejdříve za 7 dní ode dne odmítnutí původní žádosti.

§ 87

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody může v případě, porušuje-li pacient závažným způsobem individuální léčebný postup ochranného léčení, podat soudu, který ochranné léčení nařídil, návrh na změnu způsobu jeho výkonu. Pokud je ochranné léčení poskytováno vedle výkonu trestu odnětí svobody, podává soudu návrh na změnu způsobu výkonu ochranného léčení ředitel organizační jednotky Vězeňské služby.

(2) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody je povinen oznámit soudu, který ochranné léčení nařídil, že

a) nemůže zajistit přijetí pacienta do ochranného léčení z důvodu uvedeného v § 84 odst. 2; součástí tohoto oznámení je odůvodnění odmítnutí přijetí pacienta a sdělení předpokládaného termínu jeho možného přijetí,

b) pacient, kterému bylo nařízeno ochranné léčení vykonávané formou

1. lůžkové nebo ambulantní péče, v termínu stanoveném soudem nenastoupil k výkonu ochranného léčení,

2. lůžkové péče, se v rozporu s podmínkami nařízeného ochranného léčení ze zdravotnického zařízení vzdálil,

3. ambulantní péče, se nedostavuje k lékařským prohlídkám ve stanoveném termínu,

c) pacient byl na základě náhlé změny zdravotního stavu, která nesouvisí s ochranným léčením vykonávaným formou lůžkové péče, přeložen na jiné pracoviště poskytovatele vykonávajícího ochranné léčení nebo do zdravotnického zařízení jiného poskytovatele; byl-li pacientovi ustanoven soudem opatrovník, poskytovatel mu tuto skutečnost rovněž oznámí.

(3) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody je rovněž povinen oznámit skutečnosti podle odstavce 2 písm. b) Policii České republiky.

(4) Poskytovatel učiní oznámení podle odstavce 2 a 3 do 24 hodin od okamžiku, kdy skutečnost uvedená v odstavci 2 nastala.

§ 87a

Poskytovatel zajišťující ochranné léčení ústavní nezletilého pacienta formou lůžkové péče oznamuje příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí skutečnosti uvedené v § 87 odst. 2 a nadcházející propuštění nezletilého pacienta z ochranného léčení ústavního. Poskytovatel tomuto orgánu umožňuje sledování dodržování práv nezletilého pacienta při výkonu ochranného léčení ústavního podle § 85 a 86.

§ 88

(1) Pacient je vedle povinností stanovených zákonem o zdravotních službách při výkonu ochranného léčení povinen

a) podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, včetně všech zdravotních výkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu; tím není dotčeno právo pacienta vybrat si z možných alternativ léčby nebo jeho právo na souhlas podle zákona o zdravotních službách pro jednotlivé zdravotní výkony, které bezprostředně nesouvisí s naplněním účelu ochranného léčení,

b) podrobit se na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by narušoval individuální léčebný postup; prohlídku vykonává osoba stejného pohlaví,

c) umožnit zaměstnancům určeným poskytovatelem kontrolu svých osobních věcí,

d) oznámit v případě krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení adresu, na které se bude zdržovat, a toto místo pobytu dodržet; pokud odmítne sdělit tuto skutečnost, poskytovatel propustku nevystaví.

(2) O postupu podle odstavce 1 písm. b) nebo c) a o případných následných opatřeních učiní poskytovatel záznam do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

§ 89

(1) Náklady související s výkonem ochranného léčení u osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, hradí stát z kapitoly státního rozpočtu ministerstva.

(2) Vyúčtování podle odstavce 1 zašle poskytovatel ministerstvu nejpozději do patnáctého dne následujícího kalendářního měsíce po kalendářním čtvrtletí, v němž byly zdravotní služby poskytnuty.

(3) Stát je oprávněn vymáhat od pacienta náklady uhrazené podle odstavce 1 nebo jejich část, a to prostřednictvím ministerstva.

Příloha č. III:

Domácí řád Oddělení ochranného léčení Psychiatrické nemocnice.

Platný od 01.01.2015

1)

Doba návštěv je denně od 14 do 17 hod, v sobotu a neděli od 13 do 17 hodin. Návštěvu povoluje lékař (zpravidla po pohovoru s navštěvující osobou). Návštěvy nezletilých osob zpravidla možné nejsou (je třeba vyčkat na povolení vycházek). Návštěvy orgánů státní moci a právních zástupců a osob, které na to mají nárok ze zákona, jsou možné kdykoliv. Návštěva je pacientům umožněna pouze v návštěvní místnosti. Každá návštěva se musí identifikovat dokladem totožnosti. Záznam o tom, že pacient měl návštěvu, se uvádí do dekurzu. Pacient je povinen podrobit kontrole vše, co si z návštěvy odnáší na oddělení.

2)

Specifika přijetí do ochranného léčení (OL) ústavního vyplývají zejm. z trestního zákoníku, trestního řádu a zákona o specifických zdravotních službách. Pacient s ochranným léčením ústavním nařízeným soudem musí být do nemocnice přijat.

3)

Na pavilonu probíhá ochranné léčení ústavní psychiatrické a ochranné léčení ústavní uložené v souvislosti s užíváním návykových látek. Kapacita pavilonu je 35 lůžek s možností 2 přistýlek. Léčba je dlouhodobá. Během léčby pacienti procházejí různými stupni léčby (tzv. V0 až V3). O zařazování do jednotlivých stupňů rozhoduje lékař po poradě celého týmu. Jako vodítko mu slouží zdravotní stav pacienta, plnění povinností vyplývajících z řádu oddělení, bodové hodnocení a délka pobytu na pavilonu. Vzhledem k velkému diagnostickému spektru pacientů může mít toto zařazování individuální charakter. Podle zdravotního stavu, splněných úkolů v rámci léčby, spolupráce a zařazení do pracovní terapie dochází i k překladu mezi patry či jinými odděleními v nemocnici (OL může probíhat i na jiných odděleních Psychiatrické nemocnice). Důraz je kladen na režim terapeutické komunity, nácvik sebereflexe, spolupráci v léčbě; k motivaci slouží bodovací systém. Při přijetí do ochranného léčení (OL) ústavního je pacient seznámen s individuálním léčebným postupem a s předpokládanou dobou trvání OL, s diagnózou nemoci a jejími projevy, s možnostmi léčby, ordinovanými léky a jejich nežádoucími účinky a s prognózou vývoje. S tím bude pacient seznámen ošetřujícím lékařem po příjmovém vyšetření a pak průběžně na vizitách a při pohovorech s lékařem, písemně každé 2 měsíce (tzv. epikríza). Předpokládaná doba ústavního OL je zpravidla nejméně několik měsíců v závislosti na zdravotním stavu, na plnění uložených úkolů (zvládnutí zadaných témat), na spolupráci při dodržování terapeutického programu a režimu oddělení, náhledu na poruchu apod.

4)

Po dosažení cíle ochranného léčení (OL) zašleme Obvodnímu soudu návrh na propuštění pacienta z ústavního OL. Tento návrh má právo zaslat i pacient. Nebude-li OL vykonáno tak, aby do 2 let od jeho započetí bylo rozhodnuto o propuštění, jsme povinni podat dle § 353 odst. 1 tr. řádu nejméně 2 měsíce před uplynutím lhůty 2 let návrh na prodloužení OL.

5)

Pacient je povinen při výkonu OL dle § 88 zákona o specifických zdravotních službách: -podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, včetně všech zdravotních výkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu; tím není dotčeno právo pacienta vybrat si z možných alternativ léčby nebo právo na souhlas podle zákona o zdravotních službách pro jednotlivé zdravotní výkony, které bezprostředně nesouvisí s naplněním účelu ochranného léčení, -podrobit se osobní prohlídce na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře k zajištění dodržování řádu a vyloučení věcí, které by narušovaly léčení, -umožnit určeným zaměstnancům nemocnice kontrolu osobních věcí, -oznámít a dodržet místo propustky, o kterou může požádat. Trestní zákoník uvádí: „Kdo svým jednáním maří výkon nebo ztěžuje účel OL, zejména útekem z ústavu, pomocí při útěku, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.“ Sankcionován může být nejen útek z ústavu, ale i držení jakýchkoli zbraní a požívání alkoholu, návykových a omamných látek a jiných léčivých přípravků, než

kteřé jsou ordinovány lékařem. Dodržování abstinence je kontrolováno dechovým analyzátořem nebo odběřem moči. - Zdravotnický personál může zakázat konkrétní návštěvu, použití telefonu nebo předávání korespondence. Může kontrolovat balíky pro důvodné podezření, že by byl narušen léčebný postup (nepřípustné je však omezení styku s orgány veřejné moci). -OL ústavní může soud změnit na zabezpečovací detenci, jestliže OL neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejm. v případě, že pacient utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům nebo jiným osobám ve výkonu OL nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k OL (§ 99 odst. 5 tr. zákoníku).

6)

Úklid: Generální úklid celého oddělení se provádí každou středu. Účastní se ho všichni zdravotně způsobilí pacienti. Každodenní úklid kontroluje vždy člen spolusprávy s ošetřovatelem. Výměna ložního prádla a ústavního oblečení se provádí 1x týdně. Organizace provozu v přizemí: Vaření kávy 7.30, 10.30, 12.00, 15.00, po 15 hod. se zalévá pouze čaj, ev. polévka 16.30, 18.00, 20.00., horká voda na sesterně. Koupelna je otevřena: 7.00 – 7.30 hod. ve všední dny; 8.00-8.30 So, Ne, svátky; 30 min. po tělocvičně; na požádání 16.30 – 17.00; 20.00 – 21.00. Otevřená koupelna je kontrolována personálem. Organizace provozu v 1. patře: Koupelna je uzamčena v době 8-8.30, 16.30-17, 20-21h; mimo tuto dobu se otevírá na požádání. Káva a čaj, se zalévají v místnosti sester každý den v časy 7.20 , 10.15 , 12.15, 15.00, 17.00. Ve 20.15 je možné zalít čaj. Není dovoleno vařit jinde na oddělení. Na oddělení je nutno se přezouvat, pacienti si mohou uložit své boty do skřínky na oddělení či si je nechávat ve skřínce v suterénu, boty si však nazouvají a zouvají vždy v suterénu a zpět na oddělení chodí v domácím přezutí.

7)

Nejsou povoleny potraviny a nápoje s obsahem alkoholu, s obsahem alkoholové tresti či imitující alkoholické nápoje - nealkoholické pivo apod. Nejsou povoleny pokrmy s mákem. Nejsou povoleny tzv. energetické nápoje s vysokým obsahem kofeínu.

8)

Na terapeutickém oddělení je kouření povoleno na kuřárně, v době osobního volna. Zde mohou mít pacienti cigarety, sirky i zapalovače u sebe. V přizemí: Kouření povoleno pouze na kuřárně a na zahradě. Všechny cigarety musí být uloženy na sesterně a jsou v časech kouření vydávány ošetřujícím personálem. Balit cigarety povoleno pouze na zahradě, k uložení následně u sester. Kouření povoleno pouze ve vyhrazených časech (po snídani, po komunitě, po obědě, na zahradě, po večeři a před večerkou, v sobotu a neděli ve 22 h). Kouření elektronických cigaret je omezeno stejně jako kouření klasických cigaret.

9)

Denní program vychází z programu dne, který je ve vytištěné podobě dostupný kdykoliv na oddělení. Jeho přesné znění je připomínáno každý den na ranní komunitě, kde se také jmenovitě rozdělí k jednotlivým aktivitám. Každý den začíná rozcvíčkou a končí večerkou ve 22 hodin. Sledování televize je omezené od 15 hodin do konce večerního, terapeutickým týmem předem schváleného, programu.

10)

Pacientům s vycházkami jsou k dispozici centrální aktivity Psychiatrické nemocnice. Všem pacientům pavilonu je k dispozici posilovna, dílny k pracovní terapii, k arteterapii, k muzikoterapii... a další výše uvedené terapeutické aktivity.

11)

Ve skupině V0 jsou vycházky v zahradě pavilonu. Vycházky v areálu nemocnice nejsou povoleny. Vycházky jsou umožněny pouze pacientům z patra po dosažení V2 a s ohledem na aktuálně dosažený stupeň léčby pacienta denně od 14 do 17 hodin. (VID na 2 hod.). Pacient je povinen se každou hodinu hlásit osobně u vchodu do pavilonu ošetřovateli. U pacientů s režimem vycházek s příbuznými je nutno hlásit se ošetřovateli v doprovodu příbuzných. Během vycházky se pacienti mohou pohybovat pouze v areálu léčebny. Při odchodu z oddělení na vycházku, propustku, vyšetření apod. je nutné odevzdávat klíče od skříněk v suterénu. Vycházky jsou umožněny v době volna, tedy pouze pokud v té době neprobíhá terapeutická aktivita v rámci programu oddělení. Ve skupině V1 vycházky po areálu jen v doprovodu personálu nebo příbuzných uvedených lékařem v době od 14 do 17 hodin, s povinností se každou hodinu hlásit (v doprovodu příbuzných příbuzní pac. doprovodí k nahlášení se až před budovu pavilonu). Ve skupině VID z diagnostických důvodů jsou povoleny samostatné vycházky v areálu až na 2 hodiny v období

od 14 do 16 hodin s hodinovým hlášením či výjimečně existenční propustky. Po dohodě s lékařem je výjimečně možno prodloužit vycházky na 3 hodiny od 14 do 17 hodin.

12)

Propustky se udělují řádné (viz. stupně léčby) anebo existenční (pro zařízení naléhavých osobních záležitostí). O propustku žádá pacient na vizitě ústně, popř. kdykoli písemně. Všechny propustky schvaluje ošetřující lékař po zvážení důvodů požadované propustky. Při pozdním návratu z propustky nebo vycházky se přiděluje 1 černý bod za každých načatých 30 minut. Po 1 neomluvené hodině je sestup do nižší skupiny. Při zpoždění z propustky delším než 2 hodiny se nepřítomnost pacienta s nařízeným ochranným léčením oznamuje orgánům činným v tr. řízení, pokud v této době neomluví svou nepřítomnost telefonicky (což nemá vliv na příslušné záporné body). Ve skupině V2 samostatné vycházky po areálu v době od 14 do 17 hodin s hodinovým hlášením; dále odpolední propustky mimo povinný program maximálně 2x do týdne; víkendové propustky 1x za měsíc přes 2 noci, v ostatní víkendy od 8 do 20 hodin a od 12 do 20 hodin. Ve skupině V3 (pacienti, u kterých byl na primářské poradě schválen návrh na přeměnu/ukončení ochranného léčení): samostatné vycházky po areálu v době od 14 do 17 hodin s hodinovým hlášením, povolena účast na kulturním programu Psychiatrické nemocnice; odpolední propustky mimo povinný program maximálně 3x do týdne; možno na delší propustku každý týden, od 8 do 20 hodin, přes noc max. 2x měsíčně, nejčastěji jednou za 14 dní.

13)

Ze zákona vyplývá možnost zakázat přechovávání a používání mobilních telefonů v ochranném léčení ústavním. V přízemí se telefonuje pouze z automatu, pod dohledem ošetřovatele, se souhlasem lékaře. Pacienti z patra v režimu V1 smí telefonovat pouze pod dohledem ošetřovatele (V2, V3 bez dohledu); večer maximálně do 20:30 hodin. Je zakázáno stýkat se u telefonu s pacientem z jiného patra. Pacienti v patře mohou mít mobilní telefon uložen v trezoru u ošetřovatelů a vyzdvihnout si ho na dobu vycházky. Mobilní telefon se zapíná a vypíná před pavilonem. Notebook povoluje lékař. Mohou jej používat pacienti v 1. patře. Notebook je uložen na lékárně a lze jej používat od 15 do 22 hodin, o víkendu od 9 do 22 hodin. Poté jej pacient sám odevzdá opět na lékárně. Na oddělení je zakázáno používat zařízení s připojením na internet.

Obrazová příloha č. IV k části:

6.1.2 Pacienti s poruchou osobnosti.

Obr. č. 8:

„CO BYCH BYL, JAKÝ BYCH BYL, RÁD“

(práce pacienta s disociaální poruchou osobnosti s narcistickými rysy závislého na psychotropních látkách, křížová závislost stimulantia/alkohol 29, terapeutické oddělení, akvarel, červen 2017). Chtěl by být



netopýr, k obsahu tvrdil, že to udělal pouze proto aby splnil zadání. **Na arteterapii chodil rád, jeho hlavním cílem bylo provokovat terapeuta a spolu pacienty. Veškerá jeho tvorba byla naplněná agresivitou - zuby, ostré předměty, hodně červené, neonacistická symbolika, posměšné vzkazy terapeutickému týmu - zde agrese vyjádřená ústředním prvkem, hlavou netopýra. Na arteterapii se mohl projevat svobodně, což v jiných programech a ve vztahu k personálu nemohl, musel vystupovat podřídově. Žlutá a oranžová v levé části versus modrozelená v pravé „...energii mám, kousnul bych vás, ale teď nemůžu...“.** Trestným činem bylo napadení mačetou,

na oddělení rád ubližoval, pouze slabším, obvykle psychotickým pacientům, na sebe rovně nebo silnější si netroufal po zkušenosti, kdy se jeho verbální agrese setkala s okamžitou brachiální reakcí.

Obr. č. 9:

„RODINNÁ KOLÁŽ“

(práce pacienta s poruchou osobnosti, závislého na alkoholu, 37, terapeutické patro, vznik artefaktu těsně před přeměnou ochranného léčení na ambulantní formu). **Byl příslušníkem Hradní stráže, v koláži oslovuje sám sebe, pozornost upoutává sklenice s pivem, takže náhled na alkoholovou problematiku zvnitřněn asi nebyl. Měl čtyři děti, proklamoval své plány podílet se na jejich výchově, v koláži je dopsáno „děti“, ale „nekvalitu“ otcovského vztahu spíše vyjadřují torza figurek otce a syna Simpsonových. Skutečné zájmy**

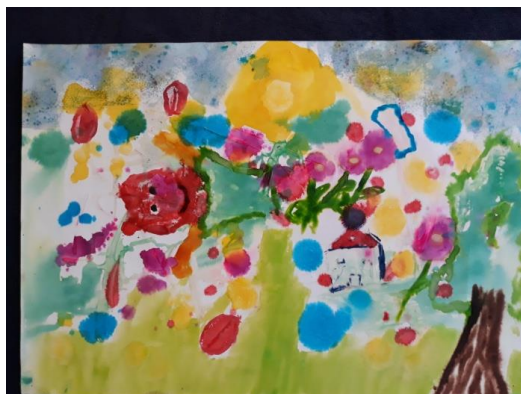


spíše vyjadřuje levá strana, luxusní auto, dům,

Obr. č. 10:

„3D“

(práce pacienta se smíšenou poruchou osobnosti, komplikovanou užíváním psychotropních látek/stimulantů a alkoholu, plus sexuální deviací, sadismem, 22, terapeutické oddělení, srpen 2017, akční akvarel). Jeho největším přáním bylo mít normální a uspokojující vztah s dívkou, ale protože se cítil nejistým a nasmělým, nikdy si žádnou nedovolil oslovit. Psychotropní látky mu pomáhaly odbourávat zábrany a „dodávaly odvahu“. **Obrázek působil svými barvami vesele a hravě (až na tu špinavou modrou snad symbolizující skličující vnitřní samotu a prázdnotu). Rodiče mu nabídli možnost návratu domů, ale podle velikosti domečku a černých skvrn u něj, bych si spíše dovolil odhadovat, že se mu k nim příliš nechtělo.**



Obrazová příloha č. V k části:

6.1.2 Pacienti s duševní poruchou

Obr. č. 11:

„RODINNÁ KOLÁŽ“

(Práce pacienta s vysokoškolským vzděláním, dg. paranoidní schizofrenie, krátce před ukončením hospitalizace, 42). Centrem koláže je velké oko, pacientův komentář zněl, „...všechno zde již bylo...“.



Obr. č. 12:

„ČÍM BYCH CHTĚL BÝT“

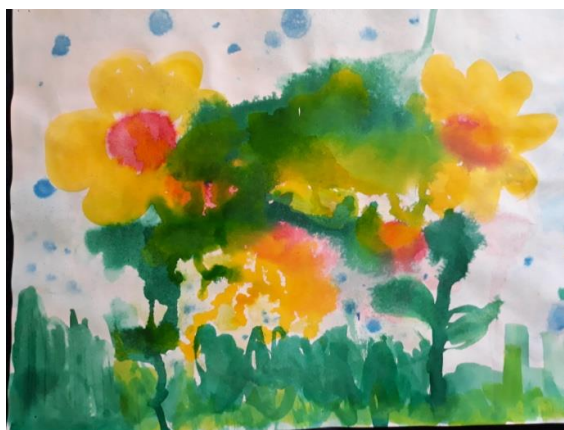
(Práce pacienta, paranoidního schizofrenika s rozpadlou osobností a třemi zájmy, cigarety, káva a THC, popřípadě exhibování na veřejnosti, 40, červen 2017, akvarel). Chtěl by být DJ. Dobrat se s ním k jakémukoli dokončenému obrázku byl sisyfovský úkol. Byť mu bylo 40, tak postavičky odpovídají spíše schematickému období prolínajícím se s počátky kresebného realismu.

Obr. č. 13:

„LOUKA“

(Práce pacienta z příjmového oddělení, opakovaně hospitalizovaného na oddělení ochranného léčení, chronifikovaného, 50, pokus o akční akvarel).

Na začátku bylo pár skvrn, červené, modré, zelené a žluté (základní barvy), přes dobrý začátek to potom „dotlačil“ na rozkvetlou louku, kterou tam okamžitě „uviděl“ mezi rozhozenými skvrnami. Nebyl ochoten pokračovat v nanášení dalších barev. Obrázek vznikl v době silné psychózy, ve stavu „stabilizovaném“, v remisi pacient nikdy nic obdobného nevyprodukoval. **Psychóza jej zbavila obran a zábran?**



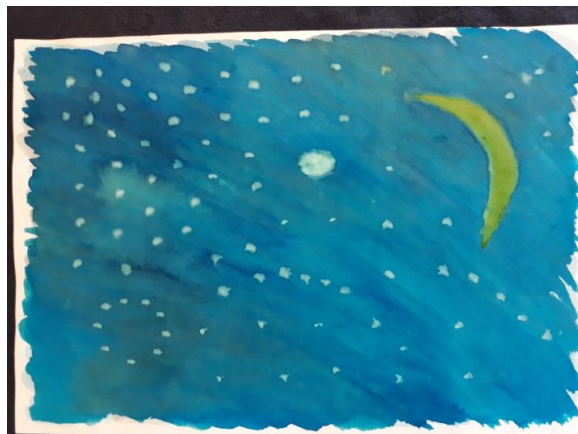
Obrazová příloha č. VI k části:

6.1.4 Pacienti s duální diagnózou

Obr. č. 14:

„CHTĚL BYCH BÝT VELKOU HVĚZDOU“

(Práce pacienta s duální diagnózou, paranoidní schizofrenie a křížovou závislostí na THC/alkoholu/pervitinu, 32, terapeutické oddělení, prosinec 2016, tematický akvarel). V podstatě Dr. Jeckyll a pan Hyde. Pod vlivem psychotropní látky se měnil z laskavého piknika na nevypočitatelného agresora. Uvědomoval si „vlastní nicotnost“ a neschopnost docílit jakékoli změny. Obvyklou náplní jeho života bylo posedávání s partou bezdomovců před supermarketem a sázející se kdo „na jeden záťah“ ukradne víc půllitrovek vodky. **Stát se velkou hvězdou pro něj znamenalo zbavit se party, najít si práci a žít úplně obyčejným životem.** Takže asi téma identity. A nesnadnost neschopnost situaci řešit nevědomě vyjádřil bílým rámem.



Obr. č. 15:

„RODINNÁ KOLÁŽ“

Práce pacienta z terapeutického patra, 44, krátce před propuštěním, dg. nebyla jednoznačně uzavřena zda šlo o schizoafektivní poruchu nebo „pouze“ o neurotika poznamenaného škodlivým užíváním psychotropních látek. pervitinu/alkoholu). Snil sen o šťastné rodině, od narození až do 7 roku života žili v domácnosti s duševně nemocnou babičkou. Když se odstěhovali, začalo být jeho dětství šťastným. Věřil na osud, taroty, předpovídání budoucnosti, on sám v sobě viděl dvě osobnosti, které na sebe vzájemně svádějí vinu (malý obrázek dole uprostřed, dva muži) Černá kočka = jeho věčná smůla, obličej nahoře, ústa svázaná krejčovským metrem, nesměl promluvit, byl z toho jen problém, obrázky v kroužku, tři nálady, které ať dělal co dělal, vždy to skončilo rozzlobením se, které vyřešil opitím se nebo aplikací pervitinu (možná proto, že si zakazoval mluvit, být čitelným, autentickým?) **Spodní část koláže, pracovní rovina, je propracovaná, horní část, to po čem touží, není, formát A3, takto obstříhal.** Zajímavá je středová část, „plavec vzhlížející k ženské postavě tyčící se nad ním a stojící na pevném břehu“?



Obr. č. 16:

„PIZA“

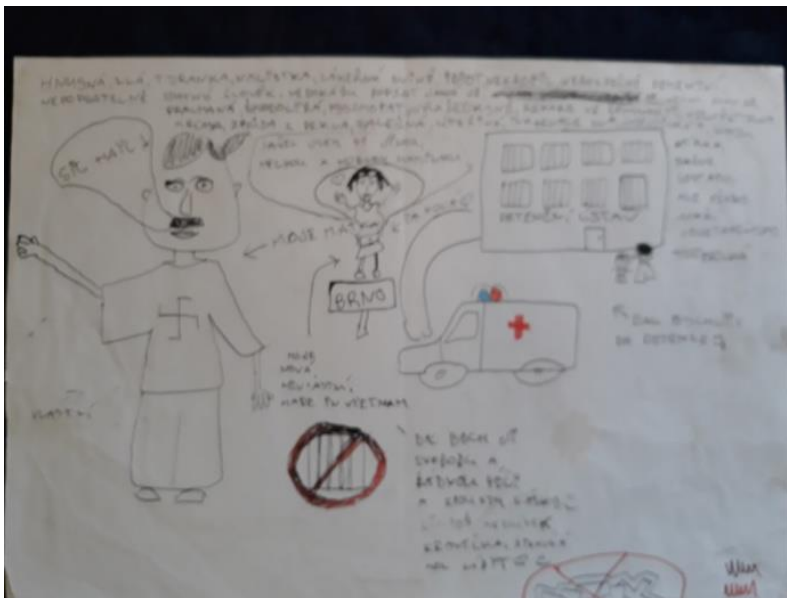
(Práce pacienta v psychóze, příjmové oddělení, pokus o akční akvarel). Do detailu popsal, která barva je jaká potravina. Příklad rozdílů „vnitřního vidění“ psychotika v atace nemoci a vnímání reality „normálním“ okolím.

Obrazová příloha č. VII k části:

6.2.4 Nejběžněji používané arteterapeutické techniky

Obr. č. 19:

„ŽENY A JÁ“



směrem nahoru kráčí dvě malé postavičky, on a matka, která jej vede do Detenčního ústavu, aby se jej konečně zbavila. Přestože neustále verbalizoval nenávist k matce, závislost na ní u něj byla patrná.

Obr. č. 20:

„ŽENY A JÁ“

(práce téhož pacienta jako Obr. č. 10), terapeutické oddělení, uhlová rezerva, duben 2017). Žena sedí na houpačce nebo na něj mává z láhve alkoholu?



Obr. č. 21:

„ŽENY A JÁ“

(práce pacienta s poruchou osobnosti a kombinovanou závislostí na psychotropních látkách, terapeutické oddělení, 35, z toho mnoho let ve výkonu trestu za nejrůznější delikty, tematický akvarel). Milovník žen kyprých tvarů a netradičních



sexuálních praktik, ke kterým ženy buď přemlouval, nebo nutil. V levém dolním rohu je on s „robertkem“ v ruce vzhlížející k „objektu svého zájmu“. **Fialová skvrna v levém horním rohu, levitující tělo ženy v podobě srdce, hnědá andělská křídla, ke komu a k čemu se autor vlastně obrací? A je ten „robertek“ skutečně „robertkem“?**



Obr. č. 22:

„ŽENY A JÁ“ akční akvarel

(práce pacienta z příjmového oddělení po opakovaném útěku a alkoholové recidivě, porucha osobnosti v kombinaci se závislostí na THC a škodlivým užíváním alkoholu, navíc ADHD, 20, tematický akvarel, pokus o akční akvarel). **Cítil se velmi osamělý, bezmocný (černá dívčí postava vpravo, natahuje ruce k srdci, které trhá shrbená ramena, odvrácená hlava, srdce rozerval blesk).** Neustále hovořil o zradě dívky, která ho nejen opustila, ale také zatahla do TČ, opak byl

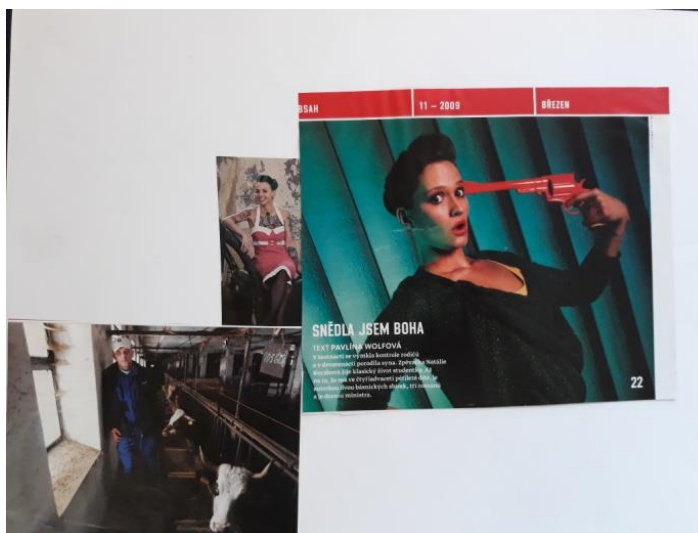
pravdou, on do ní zatáhl jí, ukradla rodičům velkou částku peněz, protože ho milovala. Pacientovi obrany vytvářely úplně jinou subjektivní realitu, modré trny, které jej bodají, černomodrý obzor vyjadřující totální beznaděj, v levém dolním rohu on sám, „ztracená duše.“

Obr. č. 23:

„ŽENY A JÁ“ koláž

(Autorem je Dimitri, viz. kazuistika str. 61). Koláž má formát A3, je sestavena velmi jednoduše, třemi vystřiženými obrázky od pravého dolního rohu uhlopříčně směrem k hornímu levému rohu. Autor koláže,

je vlevo dole, řezník, potetovaná kráska – malý obrázek, jeho přítelkyně, toxikomanka, se kterou má letitý vztah, velký obrázek – jeho matka, „která se z toho vztahu střílí“. Pozornost skutečně poutá matka s pistolí u hlavy. **Na ploše se nejdříve objevil obrázek přítelkyně, potom on sám, nakonec největší obrázek matky, která nepatrně překrývá autorův obrázek, ale přítelkynin v mnohem větší míře. Bylo by možno vést diskusi na téma souvislostí matčina gesta (namířená pistole), výrazu obličeje (vyděšený?) a přítomného textu (SNĚDLA JSEM BOHA).** Na



koláži se objevily tři osoby pro Dimitriho důležité, a byť ostatní prostor koláže zůstal prázdný, téma v rámci svých kognitivních a psychických možností naplnil beze zbytku. (Za zmínku snad ještě stojí dobytče, které vede na porážku, vypadá jako by z obrázku chtělo vystoupit). V jeho životě se vyskytovalo mnoho dalších žen, bývalá manželka, přítelkyně, lékařky, psychologičky, zdravotní sestry. Důležitými pro pro něj byly pouze tyto dvě a matka asi nejdůležitější. Jeho život v nemoci byl prázdný stejně jako ta koláž.

Obrazová příloha č. VIII k části:

7. Zkušenosti a poznámky k praxi, tvorbě pacientů, včetně doporučení

Obr. č. 40:

„ROZKVELLÁ LOUKA“

(Práce pacienta z terapeutického oddělení, 36, zaléčený, krátce před propuštěním, duální dg., paranoidní schizofrenie/závislost na stimulantech, tematický akvarel) Jeho obvyklou větou bylo „Pane doktore, vždyť víte, že nic neumím.“, výsledek byl ale obvykle velmi dobrý.



Obr. č. 41:

„ŽENY A JÁ“

(Práce pacienta s poruchou osobnosti a nařízeným protialkoholním léčením, 33, lavírovaná kresba). Již ve výkonu trestu si vysnil budoucnost, abstinovat, mít přítelkyni, dítě, zbavit se dluhů. Podle dostupných informací jako jeden z mála svůj sen naplnil. Námětem obrázku není sex, ale láska, souznění, sdílení, něha. **Jen ta žena se dívá někam jinam.**

Obr. č. 42:

„AUTOPORTRÉT“

(Práce pacienta z příjmového oddělení, s duální dg. paranoidní schizofrenie/škodlivé užívání THC a stimulantů, 35). Velmi šikovný, kreativní, ale totálně institucionalizovaný, pobyt na příjmovém oddělení prakticky vždy prospal, když postoupil na oddělení terapeutické, využil první příležitost k pořízení psychotropní látky a zfetování se.

Obr. č. 43:

„VELIKONOČNÍ ZAJÍC“

Pohyblivá figurka, ten samý pacient po postupu na terapeutické oddělení. Odabstinoval, těšil se na první propustku. **Rozdíl v náladě obou obrázků je vypovídající, „Brzy si zase dám.“**



„KOCOUR“

Obr. č. 46:

„JARO“



Obr. č. 48:

„OROBINEC“

(Třikrát práce pacientů s duální dg. paranoidní schizofrenie/ škodlivé užívání psychotropních látek, terapeutické oddělení, třikrát graffiti, formát A3). Mezi pacienty oblíbená činnost odehrávající se ve třech krocích, mezi kterými mohla být i několika týdenní přestávka. 1) výroba šablony, jedna terapeutická jednotka 60 min. nestačila, 2) nástřik na rýsovací papír, pravidelně několik zkušebních pokusů, několik realizací, nakonec autorova volba toho „nejlepšího“, 3)

dokreslení, k výběru obvykle vodovky, pastelky, voskovky nebo křída. „KOCOUR“ i „JARO“ jsou svým obsahem nápadité a vtipné, „OROBINEC“ zaujme svou čistotou provedení, autor již nechtěl nic dokreslovat, „Zkazil bych to!“. Souhlasil jsem s ním.



Obr. č. 45:

„CO PEKLO UCHVÁTÍ...“

Pacient je také autorem Obr. č. 41, jeho peklem byla fatální prognóza somatického onemocnění, závažnost deliktu a tíha doživotní abstinence. **Kopce symbolizují velikost všeho, čím musí v budoucnosti projít, les naštěstí není hustý a vrata pekla jsou zavřená.** Jedná se o kombinovanou techniku, vystřižený motiv z kalendáře dokreslený pastelkou.



Obr. č. 47:

„STROM“

Nedokončená koláž, papír, dřevěná dýha, textil, příklad jaké materiály byly používány. Ptáci sedící na větvích se z formátu „netlačí“, jedná se o chybu autora při fotografování artefaktu.

Obr. č. 49:

„AUTOPORTRÉT“

(Autorem tematického akvarelu byl paranoidní schizofrenik z terapeutického oddělení, bez zjevných projevů nemoci, 38). Běžně disimuloval a běžně odmítal hovořit o svých obtížích. **Asi by chtěl, jen možná nenalezl toho kdo by pro něj byl dostatečně důvěryhodným.**



Obr. č. 50:

„OHŇOSTROJ“

Práce pacienta s poruchou osobnosti závislého na alkoholu). **Zajímavý protiklad představuje perspektivně propracovaný dav naznačující hloubku prostoru proti jednoduchým a dětsky zobrazeným výbuchům světlic.**

