



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Arteterapie

Bakalářská práce

„Vůně květů, vůně dalek“
Výtvarná kazuistika klientky s diagnózou
duševního onemocnění

Vypracovala: Tereza Smetanová
Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout

České Budějovice 2015

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

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

Datum

Podpis studenta

Anotace

Bakalářská práce se zabývá nemocí s názvem schizofrenie. V teoretické části je zaměřena na základní terminologii nemoci. Lehce se dotkne Dopaminové teorie a Weinbergerovy hypotézy. Jedna kapitola je dále věnována znakování ve výtvarné tvorbě psychotických pacientů a osobám s touto problematikou spjatých. Není zde opomenuta ani zmínka o art brut a patientském umění.

V praktické části se práce věnuje kazuistice konkrétní klientky, která trpí diagnosou paranoidní schizofrenie. Práce v této části vychází z přímého, každodenního kontaktu a práce s pacientkou. Nebudou opomenuty arteterapeutické přístupy a možnosti práce se schizofrenní klientelou. Na základě klientčiny produkce se bude práce snažit analyzovat průběh a vývoj její výtvarné tvorby. Práce se pokusí dokázat, jak je důležité pro schizofrenní pacientku mít možnost výtvarného projevu a dobrého terapeutického vztahu s terapeutem.

Klíčová slova: schizofrenie, analýza, arteterapie, terapeutický vztah

Annotation

This bachelor paper talks about disease called schizophrenia. The theoretical part is focused on basic terminology, it's also touching slightly the dopamin theory and Wienbergers hypothesis. One chapter is dedicated to lexical semiotics in the graphical production of psychotic patients and other people connected with this problematics. There is also mentioned the art brut and patient art.

The practical part is dedicated to a casuistry of a client, which is diagnosed with paranoid schizophrenia. The paper is using information from daily contact and work with the patient. There are mentioned arteterapeutical accesses and possibilities of work with schizophrenic clientele. The paper is going to try to analyse the process and developement of graphical output of the client based on her production. The secondary goal is to prove, that for the schizophrenic patient is really important to have the possibility of graphical utterance and good therapeutic relation with the therapist.

Keywords: schizophrenia, analysis, arteteraphy, therapeutic relationship

Poděkování

Děkuji PaedDr. Evženu Peroutovi za trpělivé vedení bakalářské práce, podnětné připomínky a odborné rady. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod	8
I. Teoretická část	9
1. Schizofrenie	9
1.1. Definice – vývoj klasifikace	9
1.2. Výskyt a příčiny vzniku	10
1.2.1. Výskyt	10
1.2.2. Epidemiologie	10
1.2.3. Příčina vzniku - etiologie	11
1.2.3.1. Dopaminová teorie	12
1.2.3.2. Weinbergerova hypotéza	12
1.2.3.3. Dědičnost	12
1.2.3.4. Pohled na schizofrenii z pohledu neurobiologie	13
1.2.3.5. Okolní vlivy na schizofrenii	14
1.3. Příznaky – Klinický obraz nemoci	15
1.4. Druhy - formy schizofrenie	20
1.4.1. Paranoidní schizofrenie	21
1.4.2. Hebefrenní schizofrenie	21
1.4.3. Katatonní schizofrenie	22
1.4.4. Simplexní schizofrenie	23
1.5. Léčba	23
1.6. Alternativní přístup ke schizofrenii	26
1.7. Znakosloví ve výtvarné tvorbě psychotických pacientů	26
1.8. Art brut a patientské umění	33
II. Praktická část	37
2. Anamnéza klientky	37
2.1. Rodinná anamnéza	37
2.3. Podchycení diagnózy	38
2.4. Umístění do Domova Libnič	39
2.5. Stav klientky v Domově Libnič	41
3. Arteterapie v Domově Libnič	41
4. Arteterapeutická práce s klientkou	42
5. Výtvarný projev klientky	44
6. Klientčiny artefakty z let dřívějších	44

7. Časově nezařazená produkce	48
8. Analýza artefaktů za mého působení v Domově	52
Závěr	69
Seznam odborné literatury.....	72

Úvod

Již sám název této publikace napovídá, že se bude jednat o bakalářskou práci, jejímž meritem je práce s klientkou trpící psychotickou nemocí. Příležitostí pro zpracování toho tématu bylo mé zaměstnání. Jako zaměstnanec Domova Libnič jsem přišla každý den do styku s psychotickou klientelou, a tak se přímo nabízelo vybrat si klienta, na kterého se chci ve své práci zaměřit. Z několika důvodů jsem zvolila pacientku s diagnózou paranoidní schizofrenie. Hlavním důvodem, proč jsem si ji vybrala, byla její výtvarná produkce, která je velice nevšední a poutavá. Během práce s klientkou jsem si kladla mnoho otázek, na které se pokusím najít v této práci odpověď. Nesporně první a pro mne nejdůležitější byla otázka, zda mezi mnou a klientkou probíhá zdravý a správný terapeutický vztah. Dále mě zajímal průběh a vývoj její tvorby, zda tedy dochází k jejím změnám v průběhu let. Do jaké míry se v klientčině tvorbě projevuje psychosomatika? Zda je klientka schopná do artefaktu integrovat vlivy zvenčí, či se jedná pouze o vnitřní svět, který prostřednictvím malby dostává na papír?

I. Teoretická část

1. Schizofrenie

1.1. Definice – vývoj klasifikace

Dovolte mi prosím, co možná nejstručněji a nejprehledněji charakterizovat schizofrenii. Nebude se jednat zrovna o jednoduchý úkol, jelikož tato choroba je navzdory velkému pokroku stále záhadným postižením nejkomplexnějšího orgánu. Tedy lidského mozku (Češková 2012). Schizofrenie pochází z řeckého slova *schizophrenia* – rozštěp a *phrem* – mysl. Do konce 19. století byla tato nemoc nazývána díky Emilu Kraepelinovi jako *dementia praecox*, což znamená v překladu předčasná demence (Vágnerová 2008). Kraepelin si ovšem tento název převzal od francouzského psychiatra Benedicta Augustina Morela. *Démence précoce* nazýval Morel všechny stavy závažného psychického onemocnění, které vedly různě rychle k zchudnutí a oslabení duševního života, dalo se tedy hovořit o tzv. předčasném zhroupenutí (Libiger 1990). Za název nemoci schizofrenie vdčíme švýcarskému psychiatrovi Eugenu Bleulerovi (1857 – 1939). Popsal jí v roce 1911 jako nemoc, u níž dochází k „rozštěpu“ různých psychických funkcí. Domníval se, že se jedná o skupinu, která zahrnuje mnoho nemocí. „*Symptomy schizofrenie jsou tak rozmanité, že na její různé varianty dnes pohlížíme spíše jako na syndromy, tedy skupiny příznaků, než na jednoznačné diagnostické jednotky.*“¹

Neměli bychom ovšem být naivní a myslet si, že schizofrenie se objevovala až v devatenáctém století, jelikož bychom se velice zmýlili. Již 3400 let starý fragment z Ajurvedy na sobě nesl známky bizarních projevů lidí, kteří se svlékali do naha, ztráceli paměť, dělali nezvyklé pohyby. Domnívali se, že se jedná o stav, kdy byli tito lidé posedlí ďáblem (Vágnerová 2008).

Lze si též představit osobnost jako pomeranč, který je možný rozdělit do několika dílků, které by držely pouze dole, a nahoře by byly oddělené. Jako by byl každý dílek samostatná jednotka. V tomto případě se jedná o mysl, vnímání, paměť, emotivita, vůle atd. jsou sice stále pohromadě a přece zvlášť. Jejich integrace je velice volná, tak, že jejich součinnost je narušená tedy i jejich funkce (Kučerová 2010). „*Schizofrenie je proces, nikoliv*

¹ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F. (2013). *Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. Století*. Str. 9.

*stacionární záležitost.*² Mění se její projevy a příznaky. Nedá se předvídat její další ataka. Může nám připomínat ptáčka na parapetu, víme, že může přiletět a sednout si na něj, ale nejsme schopni říci, kdy a jak se bude chovat.

1.2. Výskyt a příčiny vzniku

1.2.1. Výskyt

Nezáleží na tom, zda je člověk z malé vesničky nedaleko Plzně, či New Yorské rušné ulice. Je jedno, zda hovoří německým nebo japonským jazykem. Pyšní-li se čokoládovou kůží, která slunce jen nepatrně vpouští do pokožky, ale i bělostná kůže patřící zrzavému Švédovi. I právě pod tou může být ukryta nemoc s názvem schizofrenie. Jedná se totiž o chorobu postihující celé jedno procento populace. A velice smutné na tom všem je, že se může vyskytovat již v mladém věku, tedy od patnácti do třiceti pěti let (Vágnerová 2008). Projevuje se přibližně stejně u mužů i u žen. Nicméně u žen je onemocnění benignější. Bývají méně hospitalizované a lépe zvládají sociální koexistenci. Za což asi vděčí vlivu estrogenů (Češková 2012).

1.2.2. Epidemiologie

Chceme-li zjistit příčinné souvislosti vzniku jakéhokoliv onemocnění, musíme o jeho výskytu vědět co nejvíce. Abychom zjistili, co ke vzniku hypotézy vedlo, je zapotřebí znát, kdo, kdy a kde onemocní. Tyto nepostradatelné informace nám zajistí epidemiologie. Důležitým předpokladem pro rozumné odpovědi předchází smysluplné diagnostické koncepce. Diagnóza ovšem není hlavním bodem epidemiologie. Je zapotřebí vymezit populaci, na kterou se dané charakteristiky vztahují. Důležitou otázkou je také věkové období, ve kterém se nemoc objevuje, zda postihuje spíše mužskou či ženskou populaci a dále pak jaké postihuje sociální vrstvy, kulturní společnosti a regiony.

² KUČEROVÁ H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Str. 77.

Absolutní a poměrné údaje jsou výsledkem epidemiologických studií. Zahrnují počet nově vzniklých onemocnění (incidenci) a počet nemocných v populaci (prevalence). Jak již jsme zmínili výše, schizofrenie postihuje přibližně 1% populace, bez ohledu na rasovou příslušnost, zeměpisnou lokalizaci, pohlaví, či sociokulturní vliv. Incidence 2-4 případy na 10 000 ročně, které je u obou pohlaví stejné.

Zajímavostí také je, že schizofrenici, kteří žijí osamoceně, tedy bez rodin, jsou třikrát více hospitalizováni než schizofrenici žijící v páru. Lze tímto vysledovat i fakt, že ženy jsou hospitalizované v pozdějším věku, kdy byla díky sňatku nemoc posunuta.

V Irsku, Chorvatsku a malé lokalitě na severu Švédska byl vyšší výskyt nemocných schizofrenií. Naopak nízká prevalence byla zjištěna na Papuy a Nové Guiney, ostrově Tonga, či v oblasti obývané sektou Hutteritů v USA. Proč tomu tak v určitých regionech je, není doposud úplně známo.

Incidence schizofrenie se mění také v čase. Pokles byl zaznamenán v průběhu 2. světové války v severských zemích. Vyšší výskyt je také prokázán v nižších společensko-ekonomických vrstvách. Schizofrenní pacienti mají oproti zdravé populaci ještě dvě nevýhody. Vyšší mortalitu a nižší plodnost (Češková 2012, Libiger 1990, Vágnerová 2008).

1.2.3. Příčina vzniku - etiologie

Kolem schizofrenie se nachází mnoho otazníků. Dostaneme-li se k tématu příčiny vzniku, můžeme si do seznamu napsat otazník další. Vzhledem k tomu, že se jedná o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují, nejsme z toho schopni jednoznačně určit příčinu vzniku tohoto onemocnění (Vágnerová 2008). Pokud bychom se chtěli přece jen přiblížit ke konkrétním slovům, museli bychom to vnímat jen jako rizikové faktory, nikoliv jako primární příčiny. Jedná se například o hladovění v období gravidity, komplikace při porodu, starší otcové, dlouhodobé užívání marihuany, ale mimo jiné i život ve městě a narození dítěte v zimě nebo na jaře (Češková 2012). Za normálních okolností nás ani nenapadne se nad takovými věcmi nějak zvlášť pozastavovat, ale pokud se tato nemoc objeví v naší blízkosti, jistě bychom byli schopni zjistit alespoň jednu z příčin.

1.2.3.1. Dopaminová teorie

Dopaminová teorie vychází především z předpokladu, že mozek schizofrenního pacienta vytváří více neurotransmiteru dopaminu. Dopamin je látka sloužící k přenosu informací mezi nervovými buňkami. Tato skutečnost může vést ke vzniku myšlenkového chaosu při zpracovávání, třídění a ukládání prožitků a vjemů klienta. Jelikož je dopaminová hypotéza zatížena příliš mnoho nejasnostmi, je brána jako nedostatečná. I přes to však vedla k plodnému výzkumu (Hartl, Hartlová 2010; Libiger 1991).

1.2.3.2. Weinbergerova hypotéza

Jedná se o takzvané mlčící léze, které vznikají v raných stádiích vývoje mozku. Pravděpodobně v době porodu, či v prenatálním období. Doposud není jasná příčina, ale s velkou pravděpodobností mohou hrát roli infekce, vrozené anomálie, nebo nějaká traumata. Mlčící léze se neprojevují až do momentu, kdy dozrávají mozkové funkce. V momentě, kdy člověk potřebuje veškerou pomoc mozku na zvládnutí adaptačních situací, se mlčící léze projeví jako obtěžující. V tento moment pak přichází onemocnění schizofrenií. (Zvolský a kol. 1997).

1.2.3.3. Dědičnost

Všichni dobře víme, že dědičnost hraje v našich životech neodmyslitelnou roli. Vzhledem k tomu nám musí být celkem s jistotou jasné, že právě u schizofrenie je hlavní příčinou genetika. „*Děti rodičů s diagnózou schizofrenie mají 10x vyšší riziko, že onemocní schizofrenií*“.³ Problematické ovšem je určení toho, o jaký typ dědičnosti se jedná. Není tedy vyloučené, že na vzniku této choroby se může rovnou podílet více genů najednou. Doposud bylo identifikováno několik genů, jejichž narušení může způsobovat vznik schizofrenie, ale do jaké míry zatím není známo. (Vágnerová 2008)

³ ČEŠKOVÁ E. (2012). *Schizofrenie a její léčba*. Str. 12.

1.2.3.4. Pohled na schizofrenii z pohledu neurobiologie

Pokusím se co možná nejstručněji uvést několik poznatků k této problematice, která mě zaujala především tím, že je nazývána „bílými místy v medicíně“. Za každým textem v publikaci je zpravidla uvedeno upozornění, že tento text náleží potvrzuje, ale v některých poukazují autoři na to, že tomu tak není. Tedy každý lékař/vědec zjišťuje svými výzkumy něco jiného než ten druhý. „*Výzkum schizofrenie je zároveň i cestou za poznáním nejhlubších principů fungování mozku. Kdyby tyto odpovědi byly jednoduché, byl by jednoduchý i náš mozek*“.⁴

Mluví se o třech metaanalýzách, které se zabývají progresí změn v CNS u schizofrenie. Zpravidla mají jedinci, u kterých se vyskytuje schizofrenie, větší úbytek šedé hmoty. Změny bývají patrné při kontrolách v oblasti pravé insuly, předního cingula a amygdaly. Nález bývá prohlouben po první epizodě. S jistotou můžeme tvrdit, že na tuto nemoc nemáme léky, ale máme DMD (disease modifying drugs). Jedná se o jakousi prevenci relapsu, která je zásadní pro dlouhodobou léčbu schizofrenie. DMD v podobě antipsychotik aplikujeme, abychom zamezili strukturálním a funkčním změnám v CNS. Prvních pět let sledování pacienta je rozhodující. Měli bychom mít však na paměti, že nestačí pacientovi nasadit jen správné medikamenty, ale do procesu léčby se musí zapojit i rodinní příslušníci.

Další změny jsou patrné v bílé hmotě. Narušení integrity bílé hmoty se nachází v hloubi frontálního a temporálního laloku. V této oblasti jsou dráhy propojující části mozku, u kterých byla zjištěna redukce šedé hmoty.

Je důležité ještě zmínit, že mozek je svým uspořádáním asymetrický. Fyziologická asymetrie je u nemocných schizofrenií výrazně potlačena. Planum temporale je místo, kde se nalézá největší morfologická asymetrie, a to ve prospěch levé hemisféry. Není jasné proč, nicméně nález bývá velice rozsáhlý.

Prostřednictvím magnetické rezonanční spektroskopie se měří in vivo koncentrace některých látek. Kupříkladu N-acetyl aspartát, který je vnímán jako neuronální marker.

⁴ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ L., ŠPANIEL F. (2013). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie 21. století*. Str. 37.

Pokud dojde k jeho snížení, sníží se i hustota neuronů v dané oblasti. U schizofrenie byl nález tohoto charakteru v metaanalýze potvrzen, a to v oblasti prefrontální kůry a hipokampu. (Bankovská Motlová, Španiel 2013)

1.2.3.5. Okolní vlivy na schizofrenii

Velký vliv na vznik schizofrenie má vnější prostředí. Mezi jeho vlivy můžeme zařadit podvýživu či hypoxie v prenatálním období, které negativně ovlivňují vývoj mozku. Dále psychosociální vlivy v postnatálním období, kterým bývá především rodina. To jsou spíše vyvolávající podněty, které jedinec s negativními dispozicemi nedovede řádně zvládnout. „Jednou z teorií vzniku schizofrenie je koncept *vulnerability*, který předpokládá zvýšenou citlivost k různým podnětům, především sociálního charakteru.“⁵ Jedná se o poruchu zpracování informací. Dochází ke špatnému dekódování, ale také k zhoršení vnímání podnětů, z čehož plyne zahlcení informacemi. Tuto funkcionalitu má na starost talamus. Jedná se o talamický gating, který má zamezit zahlcení mozku velkým množstvím informací. Jedinci s touto dispozicí jsou většinou nadměrně zranitelní, převážně díky snížené frustrační toleranci, díky které nejsou schopni zvládat běžné situace. Situací, vyvolávající chorobnou reakci, může být odmítnutí partnerem, nenaplnění očekávání, odloučení od známého prostředí (rodiny), neúspěch, smrt blízkého člověka, či společenský převrat, nová role, například nástup do zaměstnání. Může to být jakýkoliv nový podnět odlišný od stávajícího stereotypu. Na tyto podněty nastává reakce, která je jednoznačně nepřiměřená na tyto podněty, z čehož je zřejmá významná role dispozice nemocného. Zpravidla se jedná o zrychlení případně rozšíření již dříve existujících souvislostí, tj. hraničních variant psychických projevů. Dá se tedy říci, že meritum problému není v zátěži, ale v metodice jejího zpracování. Nejčastější vliv schizofrenie je nejčastěji podmíněn v období přechodu k dospělosti tím, že se člověk odpoutává od své původní rodiny a očekává se od něj osamostatnění. Přecitlivělý, nepříznivě disponovaný a zranitelný jedinec s tím může mít problém. Požadavky k dosažení samostatnosti, které jsou na jedince kladeny, mohou být vnímány jako ohrožující, a z tohoto důvodu mohou jednoduše iniciovat chorobné reakce. (Vágnerová 2008)

⁵ VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Str. 336.

1.3. Příznaky – Klinický obraz nemoci

Téměř každý psychický symptom, který si uvědomíme, mimo deliria a amence, může signalizovat schizofrenii. Delirium a amence jsou známkou organického postižení mozku. I když nám dvě zásadní položky vypadly, neznamena to, že se určení diagnózy nějak zvlášť zjednoduší. Pro schizofrenii je totiž specifické, že nejde o jednotlivé výčty příznaků, ale o provázanost mezi nimi. J. H. Jackson rozdělil příznaky na pozitivní a negativní. (Kučerová 2013)

Příznaky pozitivní

Nejčastějším důvodem hospitalizace jsou právě pozitivní příznaky. Bývají považovány za typický projev akutního onemocnění. Projevují se nápadnou změnou v psychických funkcích a přetrvávají alespoň jeden měsíc. Jedná se spíše o ty příznaky, které bývají oproti normě čtenější. Jsou projevem zvýšené aktivity různých částí mozku. Jde především o bludy, halucinace, inkoherentní myšlení, pocity zásahů zvenčí, pseudofilozofování, katatonní projevy, dezorganizace řeči, narušenou kontrolu chování a jiné.

Příznaky negativní

Příznaky negativní souvisí s jinou oblastí než pozitivní příznaky. Jedná se spíše o ochuzení psychické v emotivní a volní složce. V prvním případě oproti normě přebývaly, ve druhém případě chyběly. Abychom byli konkrétní, jde o zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, výraznou apatii, ochuzení řeči, abulii, oslabenou vůli, celkové snížení aktivity a další. (Češková 2012; Kučerová 2013; Vágnerová 2008)

Primární a sekundární symptomy schizofrenie

Základní - primární příznaky schizofrenie jsou poruchy afektivity, autismus, porucha asociačních činností a ambivalence, tedy protichůdné tendence.

Sekundární příznaky jsou takové projevy, které se nevyskytují pouze v souvislosti se schizofrenií, ale mohou doprovázet i ostatní psychózy. Řadí se sem daleko nápadnější příznaky než v primárních symptomech. Umožňují tedy snadnější diagnostiku. Jedná se o halucinace, hebefrenní a katatonní projevy chování a bludy (Zvolský a kol. 1997).

Poruchy vnímání

U většiny klientů se vyskytují poruchy vnímání. Nejprve se objevují iluze, které se mění v halucinace. **Halucinace** je jakýmsi mylným smyslovým vjemem, o kterém si osoba tímto postižená myslí, že je reálný i přesto, že není přítomen vnější podnět nebo činnost smyslového orgánu. Pacient je při vědomí a je si jistý opravdovostí vnímaného pocitu či jevu. Zpravidla mívají halucinace velmi afektivní náboj. Je možné je chápat i jako poruchu aktivace v oblasti kůry mozkové, respektive koordinace stimulačních a inhibičních funkcí. Občas dochází i k poruše regulace přijímání aktuálních podnětů nebo nadměrnému dráždění paměťových center.

Nejčastějšími halucinacemi jsou sluchové - klient slyší hlasy. V případě, že vidí různé bytosti, jedná se o halucinace zrakové. Cítí-li dotyky, jde o tělové halucinace. Pro paranoidní schizofrenii jsou typické sluchové halucinace. Klient slyší hlasy, které mu sdělují něco tajného, komentují jeho chování a přikazují, co má dělat. Stává se, že tyto hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Intrapsychické halucinace jsou určitou skupinou, která se specifikuje tím, že nemocný má pocit, že myšlenky a pocity nejsou jeho, ale byly mu někým implantovány. Cenestezie je obdobou, ale jedná se o problém vnímat své tělo. Bludné interpretace jdou ruku v ruce s halucinací. Klient není schopen pochopit, že jde o pouhopouhý výplod jeho psychiky, protože by to odporovalo jeho interpretaci světa. „*Halucinace lze chápat jako poruchu integrace psychických funkcí, která vede k dezorientaci ve světě i v sobě samém tj. ve vlastním těle i vědomí.*“⁶ Znemožňuje adekvátně vnímat a zpracovávat informace. (Vágnerová 2008; Hartl, Hartlová 2010)

Poruchy myšlení

O **poruchu dynamiky** myšlení se jedná v případech, dochází-li k myšlenkovým zárazům, uvažování je zpomalené, ulpívá se na jedné myšlence, nebo naopak tehdy, jde-li o myšlenkový trysk, který se ve verbalizovaném sdělení projeví jako nesrozumitelná změť slov.

⁶ VÁGNEROVÁ M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Str. 337.

U **poruchy formálního myšlení** nemocný nedokáže uvažovat konvergentně, souvisle. Schizofrenik není schopen plynule přemýšlet, ztrácí logické souvislosti i vztah ke kontextu. Jde o jakýsi myšlenkový chaos, neboli roztržité myšlení. Jedním z hlavních projevů poruch formálního myšlení je narušená schopnost abstrahovat a odlišovat podstatné od nepodstatného. Asociace bývají nesprávné, náhodné a postrádají veškerou logiku.

Porucha obsahu myšlení s sebou nese pro okolí nesmyslné uvažování, které vychází z klientovy logiky odrážející jeho svět bludů a halucinací. **Blud** je chorobné, mylné přesvědčení, které na rozdíl od omylu nelze vyvrátit, mívá zpravidla silný náboj, různý obsah i zaměření, odráží se v něm narušený vztah jak k okolí, tak k sobě samému. Paranoidní blud se vyznačuje představou pacienta, že je pronásledován, kontrolován, ovlivňován a je přesvědčen o tom, že mu nějaké síly zasahují do mozku a ovlivňují jeho činnost. Myslí-li si klient, že má nadpřirozené schopnosti nebo je pověřen zvláštním posláním, jedná se o blud megalomanický. Opakem bývá blud mikromanický, kdy je osoba přesvědčená o vlastní méněcennosti. Ve světě bludů není schizofrenní člověk sám, je středem pozornosti, ač často v negativním slova smyslu, v reálném světě se však cítí velice osamocen. „*Minulá traumata a různé negativní zkušenosti nelze chápat jako příčiny vzniku schizofrenie, ale mohou být v rámci chorobného procesu zpracovány a mohou se objevit v obsahu bludů a halucinací.*“⁷ Blud je možné chápat jako obrannou reakci, která klientovi umožňuje řešit jeho aktuální problém. Z toho důvodu není dobré schizofrenikovi jeho bludy a halucinace vylouvat, mohlo by to v něm vyvolat agresivní či úzkostnou reakci. (Vágnerová 2008; Hartl, Hartlová 2010)

Narušená orientace v realitě

Narušená orientace v realitě neboli distorze skutečnosti je jeden ze zásadních příznaků schizofrenie. Vyznačuje se tím, že klient není schopen zpracovat běžné informace, natož je zhodnotit a zapamatovat si je. Není schopen vnímat podněty z okolí a ani ze svého organismu, natož aby chápal jejich souvislosti a vztahy. Přiřítá věcem jiný význam, než ve skutečnosti mají. Může se stát, že zvuk zvonku vnímá jako znamení, v případě deště si může

⁷ VÁGNEROVÁ M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Str. 339.

představovat, že už nikdy nepřestane pršet a nastane potopa. Schizofrenik vylučuje jakoukoliv náhodu, uvažuje magicky a hledá souvislosti tam, kde nejsou. (Vágnerová 2008)

Autistické projevy

Klienti trpící schizofrenií se odtrhují od vnějšího světa, jelikož se v něm nejsou schopni adekvátně orientovat. Svět je pro ně plný nesrozumitelných podnětů, které jsou nepříjemné, a proto se pomocí obranných mechanismů stahují do svého světa, do světa fantazie. Myšlenkový a informační chaos ve vědomí vyžaduje tolik energie, že nejsou schopni věnovat se ještě dalším činnostem. Je pro ně bezpečnější stáhnout se do sebe.

Poruchy verbálního projevu

Poruchy verbálního projevu jsou spjaty s poruchami myšlení. Projevují se nesouvislou, nesmyslnou nebo ochuzenou řečovou produkcí. Nemocný se projevuje prostřednictvím verbigerace. To s sebou nese neustálé opakování slova nebo skupinu slov, aniž by bral tento člověk ohled na smysl a situaci. Může vytvářet i neologismy. Řeč bývá i agramatická a vzniká v ní takzvaný slovní salát.

Porucha emotivity

Citové prožívání u lidí trpících schizofrenií je velice proměnlivé. Zpravidla ale bývá v akutní fázi velice euforické a s postupující nemocí se klient otupuje a oplošťuje. Citové projevy bývají často neadekvátní a nepředvídatelné. Mohou být opačné, než bychom očekávali. Pacienti reagují smíchem na věci, které jsou standardní nebo s sebou nenesou žádný emoční potenciál.

Projevy nápadné emoční lability jsou též důležitým ukazatelem. Reakce na některé podněty bývají přecitlivělé, často se objevuje deprese, která postihuje přibližně čtvrtinu postižených touto nemocí.

Rozporuplnost, protichůdnost a neslučitelnost má společného jmenovatele - **afektivní ambivalenci**. Jedná se o rozporuplný postoj k lidem. Má rád a nenávidí, touží a obává se, je závislý nebo nepřátelský. Takový člověk se může zachovat ambivalentně i ke své matce. Dokáže jí ponižovat, kritizovat, někdy dochází i fyzickému násilí i přesto, že je na ní závislý.

Tyto celkem standardní reakce postupně střídá **citová otupělost**, apatie a útlum.
(Vágnerová 2008)

Poruchy jednání

Mluvení k sobě, neklid, neadekvátní smích, nebo naopak omezení kontaktu a aktivity, to vše je důvodem, proč se domnívat, že se jedná o duševní poruchu neboli schizofrenii. Nemocný se projevuje bez cenzury. Zaujímá svůj osobitý postoj a podle toho jedná. Obvykle bývá inkoherentní a bizarní. Může odmítat jídlo, nebo se naopak přejídat. Projevuje se i sklonem k sebepoškozování. Hovoří se též o změně aktivační úrovně. Tito klienti jsou utlumení, zpomalení v reakcích nebo celkově nečinní. Nápadní mohou také být celkovým stuporem nebo mutismem. Jen ojediněle dochází k nadměrné aktivitě.

Porucha osobnosti

Porucha uvědomování si sama sebe je dalším znakem narušené orientace. Vyznačuje se změnou vztahu k sobě samému a netradičním sebehodnocením. Dochází k takzvanému patologickému narcismu, ve kterém se klient odtrhuje od okolního světa a soustředí se pouze sám na sebe. Nemocný se v rámci svého pomýleného světa může domnívat, že je středobodem vesmíru. Objevuje se i **pocit depersonalizace**, kdy se mu jeho vlastní myšlenky zdají cizí. Ztrácí schopnost své myšlenky a pocity ovládat. „*Všechno, co dělá a prožívá, se mu nejeví jenom jako projev vlastního já, ale jako výsledek působení cizí síly, která s ním manipuluje a ovládá ho.*“⁸ Mějme však na paměti, že klient trpící schizofrenií si přes

⁸ VÁGNEROVÁ M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Str. 342.

neschopnost přiměřeného náhledu na svou chorobu uvědomuje změny, ke kterým v nemoci dochází.

Pokud je člověk zdravý a netrápí ho žádná duševní porucha, uvědomuje si sám sebe jako bytost, která je součástí vnějšího světa, od kterého je oddělena prostřednictvím hranic. Nemocný člověk ovšem tuto hranici nemá a dochází tím pádem k **poruše integrity osobnosti**. Není mu jasný předěl mezi ním samotným a okolním světem. Vnímá své tělo jako cizí. Tato skutečnost ho natolik děsí, že raději unikne do světa fantazie.

1.4. Druhy - formy schizofrenie

Příznaků schizofrenie jsme schopni vyjmenovat mnoho, přesto nenajdeme výraz nebo postoj, který by se mohl použít jako typický schizofrenní. Velice důležité je, abychom ke každému člověku, kterého tato nemoc postihla, přistupovali individuálně. Každý takový jedinec má svou vlastní schizofrenii. Veliká zodpovědnost tady padá na odborníky stanovující, o který druh schizofrenie se jedná. Velice důležitým bodem je s diagnózou nespěchat, jelikož nesprávná klasifikace by mohla klienta nevratně společensky poškodit. Obvykle začínáme tím, na co si nemocný stěžuje, popisuje nám své stavy a pocity. Zaměřujeme se především na myšlení, předně na to, zda je pacient schopen své myšlenkové pochody ovládat. Ptáme se na vidiny, hlasy, na to, zda jsou s námi v místnosti, či někde opodál. Mohou-li mu ublížit, bojí-li se jich. To jsou takzvané záchytné otázky, od kterých se odvíjejí další. A nesmíme opomenout dotazy na sebevražedné myšlenky, pití alkoholu, užívání drog, hraní na hracích automatech. Z těchto úlomků postupně sestavíme mozaiku, ve které můžeme najít souvislosti. „*Pokud mezi nimi objevíme známky patologické pro schizofrenii, jsme na cestě k diagnóze schizofrenního obrazu, který však nemusí být vždy schizofrenní. Může se jednat o obraz schizoformní, tedy schizofrenii podobný, způsobený jinými etiologickými faktory.*“⁹ Nejprve tedy určíme diagnózu akutní a přechodné psychotické poruchy podle Mezinárodní klasifikace nemocí. (Dörner, Plog 1999; Kučerová 2013)

Existují dvě velké klasifikace duševních poruch. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DSM IV). Jsou

⁹ KUČEROVÁ H. (2012). *Psychiatrické minimum*. Str. 90.

vypracované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA). Které jsou založeny na přesně popsanych kritériích. Definice schizofrenie je v těchto diagnostických systémech podobná. Jeden z hlavních rozdílů je trvání příznaků. (Češková 2012)

Máme čtyři základní typy schizofrenie. Ale v praxi je možné se setkat s kombinovanými variantami a s takzvanou nediferencovanou schizofrenií. Jelikož se reálně tyto typy překrývají, nebo jedna forma přechází do jiné, jedná se o rozdělení pouze teoretické.

1.4.1. Paranoidní schizofrenie

Jde relativně snadno diagnostikovat a jedná se o nejběžnější typ schizofrenie. „*Pro paranoidní schizofrenii je charakteristický nesystematický (tj. izolovaný) blud s paranoidním obsahem a halucinace.*“¹⁰ Takovýto klient se projevuje vzhledem ke svému okolí velice vztahovačně, je patologicky podezíravý. Na základě svého bludu se cítí ohrožen, pronásledován a domnívá se, že mu hrozí zničení. Ne vždy se blud vztahuje pouze na nadpřirozené bytosti, může se obracet na rodinné příslušníky, sousedy či spolupracovníky. Těm, aniž by si to uvědomovali, hrozí riziko napadení. Klient se v rámci své privátní logiky brání proti ohrožení. U nemocného se objevují sluchové halucinace, které mu napovídají, prikazují a hrozí. Ojediněle se objevuje i patologická žárlivost. Pokud pomineme pocity ohrožení a podezíravost, zpravidla se jedná o klienty, kteří jsou emočně otupělí snad možná i nenápadní. Zajímavostí je, že se paranoidní schizofrenie může objevit až kolem 40 let. (Vágnerová 2008; Češková 2012)

1.4.2. Hebefrenní schizofrenie

Obvykle hebefrenní schizofrenie vzniká mezi 15. a 25. rokem, tedy v období adolescence a rané dospělosti. Prognóza bývá velice špatná, jelikož zasáhne rozvoj osobnosti

¹⁰ VÁGNEROVÁ M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Str. 345.

právě v době, kdy se utváří nová identita jedince. Díky tomu se hebefrenní schizofrenie projevuje jako prodloužená puberta s netypickým způsobem uvažování, které neodpovídá věku jedince.

Porucha myšlení je nejčastějším znakem. Objevuje se sklon k pseudofilozofickému myšlení, které ovšem není založené na potřebných informacích. Myšlení bývá inkoherentní. Klient ve verbálním projevu užívá neologismy. Halucinace oproti paranoidní schizofrenii bývají spíše zrakové než sluchové. Tito lidé mohou ztrácet svou sexuální identitu a neví, zda jsou ženou nebo mužem.

Střídání nálad, kolísání citových prožitků, vzrušení střídající se s depresí a strachem, to vše má společného jmenovatele - **poruchu emočního prožívání**. Typická je pro hebefrenní schizofrenii moria, která se projevuje potlačením zábran, euforií a vtipkováním, které je v daném okamžiku nevhodné. Postupem času se klient stává apatický, což nevěští optimistickou prognózu.

Sociální chování se projevuje obzvláště hrubostí a vulgaritou. Klient reaguje jako suverén, ví všechno nejlépe a ostatní názory absolutně přechází. Někteří mají tendence se izolovat od ostatních, projevují se autisticky. Nepřiměřeně situaci grimasují a gestikulují. Mohou se začít potulovat, ztrácet, bezdůvodně utíkají z domova nebo zařízení, ve kterém jsou umístěni. Nedbají o svůj zevnějšek a občas se nápadně oblékají - v zimě nosí spodní prádlo a v létě zimní kabát. (Vágnerová 2008; Hartl, Hartlová 2010)

1.4.3. Katatonní schizofrenie

Jedná se o poměrně vzácný druh schizofrenie. Katatonní schizofrenie se nejvíce dotýká poruchy motoriky. Zpravidla je rozdělena do dvou variant.

První varianta se nazývá **produktivní forma**. Ta se vyznačuje bezcílnou motorickou aktivitou, grimasováním a manýrováním. Jde o jakési paradoxní jednání. Dochází k celkové aktivizaci, kdy člověk postižený tímto druhem schizofrenie opakuje stejná slova a věty nebo nějaké pohyby pořád dokola. Mnohdy divoce mlátí kolem sebe.

Druhou variantou je **stuporózní forma** neboli neproduktivní forma. Projevuje se naprostým útlumem motorických funkcí. Klient ztrácí vůli k nějaké činnosti. Znamená to, že se nehýbá a vydrží neuvěřitelně dlouho v jedné a té samé poloze. S nikým nemluví a projevuje tak odpor vůči jakékoliv aktivizaci. Je velice negativistický a odpovídá opačně, než je v daný moment žádoucí. Pokud bychom pacienta posadili do určité polohy, pravděpodobně v ní zůstane. Tento příznak má svůj termín, který se nazývá *flexibilitas cerea*, neboli vysoká ohebnost. Občas se objevují hlasy, které zakazují jíst a mluvit. Takto nemocní bývají velice nevyzpytatelní, jelikož není možné předem určit, k čemu je jejich halucinace vyzvou. (Češková 2012; Vágnerová 2008; Dörner, Plog 1999)

1.4.4. Simplexní schizofrenie

„Vyznačuje se dlouhodobým stavem „už nemohu“ nebo „už nechci“.¹¹ K tomu se přidružuje i neschopnost a neochota o sebe dbát. Takový klient se izoluje od okolního světa. Zahálí a jeho myšlenky jsou jalové a plytké. Pacient se postupně stahuje sám do sebe, redukuje volní složky a jeho emotivita je oploštěná. Symplexní schizofrenie se obejde bez přítomnosti halucinací, bludů a psychotických epizod. (Hartl, Hartlová 2010; Češková 2012; Dörner, Plog 1999)

1.5. Léčba

„Být schizofrenní není samo o sobě ještě důvod k tomu být poslán do nemocnice. Za příznivých okolností je zcela možné léčit schizofrenní pacienty ambulantně, přičemž existuje řada ochranných zařízení, např. denní stacionáře, které lze v průběhu léčby využít.“¹²

Hlavním cílem dnešní doby už není pouhé odstranění příznaků schizofrenie, ale úplné uzdravení. Ne vždy k tomu však dochází. Léčba schizofrenie je běh na dlouhou trať, cesta bývá zdoluhavá a obtížná. Dochází na ní k výkyvům, během nichž se střídá akutní ataka a remise.

¹¹ DÖRNER K., PLOG U. (1999). *Bláznit je lidské učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Str. 91.

¹² LIBIGER J. (1991). *Schizofrenie*. Str. 105.

Léčba psychofarmakologická

V roce 1952 byl ve Vojenské nemocnici ve Val de Grace v Paříži podán prvnímu psychiatrickému klientovi chlorpromazin. Tím byla odstartovaná revoluce v psychiatrii, která umožnila psychózu ovlivnit farmakologicky. „Účinek chlorpromazinu byl u pacientů se schizofrenií, viděno očima současníků, jednoduše zázračný. V 70% došlo k ústupu příznaků. Žádný div, že už pouhých 8 měsíců po zavedení do klinické praxe byl chlorpromazin nasazen u téměř dvou milionů nemocných. A tak se v roce 1953 poprvé objevuje něco, co psychiatrická historie do té doby neznala – první remise schizofrenního onemocnění a první pacienti, kteří opouštěli psychiatrická zařízení a vraceli se do života mimo zdi útulků pro duševně nemocné.“¹³

Pokud má pacient pozitivní příznaky, tedy halucinace, bludy, inkoherentní myšlení atd. používají se zpravidla antipsychotické léky. Pokud dojde k hospitalizaci, je možné použít i injekční či infuzní podávání. Pokud se jedná o ambulantní léčbu, je třeba být opatrný s dávkováním, jelikož klient není schopen zhodnotit, zda je dávka dostačující, nebo přehnaná. Museli bychom klienta mít u sebe dvacet čtyři hodin, abychom mohli zasáhnout. „Platí zásada **postupného navyšování dávky** do dosažení žádoucího efektu a **postupného snižování dávky** na tzv. **udržovací dávku** po odeznění příznaků.“¹⁴ Jestliže má mít léčba nějaký efekt, klient musí spolupracovat, čímž se myslí užívat léky, které má předepsané. Jedná-li se o akutní fázi, je nutné nemocného hospitalizovat a rozhodně nelze předpokládat to, že bude rád a ochotně spolupracovat. (Hartl, Hartlová 2010; Vágnerová 2008; Kučerová 2013; Bankovská Motlová, Španiel 2013; Libiger 1991)

Psychoterapie

Jako ostatně mnoho názvů i psychoterapie vychází z řečtiny. Jedná se o složeninu dvou slov *psýché* a *therapon*, výraz *psýché* ovšem neznamenal pouze duši ve významu původní životní síly, ale i motýla. Therapon je synonymem slova sloužit, průvodce,

¹³ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ L., ŠPANIEL F. (2013). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie 21. století*. Str. 54.

¹⁴ KUČEROVÁ H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Str. 91.

opatrovník. Jedná se tedy o léčení duševních poruch a hraničních stavů psychologickými prostředky. Mezi ně patří slovo, gesto, mlčení, mimika atd.

„Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni, či jim tato destabilizace hrozí.“¹⁵ Chce-li být člověk dobrým psychoterapeutem, měl by mít výbornou intuici a schopnost improvizovat. Abychom mohli uchopit i duchovní smysl, je nezbytnou výbavou i naše srdce. Dostáváme se tedy mimo vědeckou oblast, ale je to velice důležitý bod, který nelze opomenout.

Prostřednictvím psychologických prostředků působíme jak na duševní, tak na tělesné procesy. Ty jsou tak těsně spojené a vzájemně se ovlivňující, že tvoří psychosomatický celek. Není tedy divu, že psychoterapie má nejbližší právě k psychosomatické medicíně, ale také ke klinické psychologii, psychiatrii a filosofii. (Vymětal 2010; Hartl, Hartlová 2010)

U schizofrenních pacientů tkví největší úspěch psychoterapie ve formování terapeutického vztahu a vytvoření významných opěrných bodů v pacientově sociálním poli. *„V průběhu rozvíjení terapeutického vztahu má pacient získat novou pozitivní, zejména emoční korektivní zkušenost, má být postupně zbavován nejistoty a úzkosti, jež jsou společným jmenovatelem nejrozmanitějších psychických chorob a zároveň průvodním znakem rostoucího napětí, dlouhodobého neuspokojení, vnitřních ambivalencí nesvobody, indikátorem ztráty významných zdrojů motivace k životu.“¹⁶* Jde-li nám o to, aby psychoterapeutický postup plnil svou funkci, musíme klientovi dát prostor, aby se přesvědčil o reálnosti spolehlivého lidského vztahu, v němž se nemusí obávat nejistoty a neřešitelných protichůdných tendencí, v němž přestane být cizincem nepochopeným mezi lidmi. Dojde-li k navázání ve vztahu klient – terapeut, je zapotřebí ho opakovaně upevňovat a obnovovat, posilovat pacientovu jistotu a důvěru ve vztahu k terapeutovi.

Přímá analýza prováděná prostřednictvím psychoanalytického výkladu či bez něho je u schizofrenního onemocnění minimálně riskantní. Je tedy přinejmenším vhodné se tomuto způsobu práce s klientem vyhnout, a to především v akutních stádiích schizofrenního procesu. (Sřišťová 1965)

¹⁵ VYMĚTAL J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Str. 9.

¹⁶ SYŘIŠŤOVÁ E. (1965). *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. Str. 65.

1.6. Alternativní přístup ke schizofrenii

Antipsychiatrie

V šedesátých letech dvacátého století vzniklo mezinárodní hnutí antipsychiatrie. Založeno bylo skotským psychiatrem R. D. Laingem, americkým psychoanalytikem T. Szaszem, jihoafrickým psychiatrem D. Cooprem a italským psychiatrem F. Basagliem.

Psychotické poruchy nepovažovali za duševní onemocnění, nýbrž za fyziologické reakce na sociální prostředí. Antipsychiatrické hnutí bojovalo proti nálepkování duševně nemocných. Psychiatrii chápalo jako násilí pod záštitou medicíny či vědy, jako sociálně administrativní nástroj, který měl rozdělit lidi normální a blázny. „*Schizofrenie je podle nich chápána jako psychologické zhroucení – reakce na nesnesitelnou situaci.*“¹⁷

Domnívali se, že psychiatrie je až příliš orientovaná na biologickou léčbu. Ve třicátých letech byla vynalezena elektrokonvulzivní léčba, v padesátých letech bylo uvedeno první antipsychotikum a záhy poté se objevila další psychofarmaka, z nichž některá se užívají dodnes. Mezi psychiatry zavládl optimismus, že psychofarmaka vyléčí většinu psychiatrických nemocí. (Hartl, Hartlová 2010; Přikryl 2010)

1.7. Znakosloví ve výtvarné tvorbě psychotických pacientů

Již v minulosti byl zájem o umění duševně nemocných (dříve nazývané „umění bláznů“). Tyto materiály byly však určeny výhradně pro psychiatry. Někteří z nich se o výtvarnou produkci pacientů zajímali, a proto by bylo vhodné některé z nich zmínit i v této práci.

Obrovským mezníkem v psychiatrii bylo jméno Philippe Pinel (1745-1826). Díky němu nastala radikální změna v nazírání na psychiatrickou péči o duševně choré. Odmítal násilí a separování pacientů od zdravé populace. Měl své nové průkopnické terapeutické postupy. Například považoval za důležitý pohyb na čerstvém vzduchu, léčbu prací, dotknul se i psychodramatu. V dnešní době už nám všechny tyto věci přijdou naprosto samozřejmé, ale

¹⁷ LIBIGER J. (1991). *Schizofrenie*. Str. 65.

musíme si uvědomit, že žil v době, kdy psychicky nemocní byli zavíráni ve sklepích, poutáni v okovech, separováni od ostatních lidí (Pinel in Vencovský 1983). Veškerý jeho přístup a filosofii vystihuje výrok z jeho spisu: „*S nemocnými je třeba jednat nesmlouvavě, ale vždy vlídně a je třeba získat si jejich důvěru. Každodenní zkušenost nás poučuje o tom, jak velkého úspěchu lze dosáhnout slovy a jak si tak získat důvěru nemocných. Hrubé jednání a příliš tvrdá omezování pouze způsobí, že nemocný zhořkne, a tím se stane mnohdy nepřístupný naší léčbě.*“¹⁸

Cesare Lombroso, rodným jménem Ezechia Marco Lombroso (1835-1909). Ten ve svém spise uvádí celkový počet 57 pacientů, kteří byli výtvarně aktivní. Mezi ně ovšem zahrnul i některé profesionální umělce.

O první studii kreseb duševně nemocných se zasloužil P. M. Simon. Pochází z let 1876 a 1888 a staví do popředí především diagnostické hledisko. Právě z těchto studií vychází Mohr, ale celou tuto problematiku rozšiřuje.

Další významnou vědeckou osobností je Hans Prinzhorn (1886-1933). V roce 1919 nastoupil na psychiatrickou kliniku v Heidelbergu. Vzhledem ke kombinaci studia dějin umění a psychiatrie se stal ideálním kandidátem pro přijetí na tuto kliniku. Od roku 1890 zde byla soustředěna sbírka děl psychiatrických pacientů. V té době zastával funkci ředitele této instituce profesor Emil Kreaplin. Bylo zapotřebí, aby v práci na rozšiřování sbírky bylo pokračováno i nadále. Rozhodnutí pozdějšího ředitele, doktora Karla Wilmannse, se projevilo jako velmi prozíravé a správné. Prinzhornovi se podařilo během následujících tří let stávající sbírku rozšířit o celkem pět tisíc děl, pět set tvůrců z různých psychiatrických léčeben v Evropě.

Walter Morgenthaler (1882-1965) se pokusil o prolínání kreslení, psaní a využití fylogenetického aspektu. (Prinzhorn 2009)

Pro nás je v tuto chvíli podstatné vytrdit znaky, které se objevují v jiných výtvarných dílech a oddělit je od jedinečnosti schizofrenní tvorby. Je důležité, abychom se smířili s faktem, že unikáme od sféry prokazatelného. Jádro věci totiž nenajdeme v kvalitě tvorby, ale pouze v oblasti bezprostředně viděného. Nelze s jistotou tvrdit, že právě „toto“ výtvarné

¹⁸ VENCOVSKÝ E. (1983). *Čtení o psychiatrii*. Str. 98.

dílo pochází od duševně nemocného člověka. Ale budeme rádi, když podstatu tohoto fenoménu vystihneme, alespoň pro stejně smýšlející populaci. (Prinzhorn 2009)

„Znak ze zásady považujeme v rámci nějakého druhu za odlišujícím se způsobem osobitý, pokud se u jiných druhů vyskytuje nezvykle málo.“¹⁹

Chceme-li i přes veškeré nejistoty a pochybnosti oddělit výtvarnou tvorbu umělce a člověka nemocného schizofrenií, stojíme před velmi obtížným úkolem. Dá se však říci, že u artefaktů psychotických osob nějaká odchylka je. V první řadě jsou typické svou extrémností. Co do barevnosti tvorby jsou buď monochromatické, nebo nápadně intenzivně barevné. Občas jsou plny jednotvárných detailů, jindy zase o detaily ochuzené. Plocha bývá buďto plně zaplněná, což většinou působí nutkavým dojmem, v opačném případě je skoro prázdná a vypracována je jen malá plocha. Klient do artefaktu vnáší bohaté scénérie či jednoduchost a chudost. Obsahově se jedná o citově nabitě scény, v opačném případě scény zcela neangažované, které vyvolávají pocity nehybnosti a zastavení v čase.

Carl Gustav Jung v knize „Duše moderního člověka“ zformuloval rozdíl mezi schizofrenní tvorbou a tvorbou neurotických pacientů. Kladl důraz na obsahovou stránku příznaků v obraze. Podle něj neurotičtí pacienti produkují obrazy syntetického charakteru, mají jednotné citové ladění. Pokud jsou abstraktní a postrádají citový moment, bývají symetrické, mají jasný smysl. Oproti tomu schizofrenici dávají najevo svou citovou cizotu. V jejich tvorbě absentuje harmonický cit a nalezneme v ní spíše citové rozpory, dokonce bezcitnost. Převažuje charakter rezervovanosti projevující se v lomených liniích. Vůči pozorovateli, dívajícímu se na artefakt, působí groteskně, bezohledně, děsivě, paradoxně a citově rušivým dojmem. I přes jejich viditelnou rozdílnost mají tyto dvě skupiny něco společného, a tím je symbolický obsah naznačující smysl. Neurotický typ ovšem hledá smysl v jeho pochopení a schizofrenik se stává obětí tohoto smyslu. Dochází u něho k pohlcení, přemožení. Neurotik se snaží tyto věci ovládnout. Schizofrenik se v nich jakoby rozpouští. „U prvního se dá vytušit, co by rád vyjádřil, u druhého, co nemůže vyjádřit. U obou se objevuje

¹⁹ PRINZHORN H. (2009). *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. Str. 364.

*tajemný obsah. Co se děje v nevědomí je vyjádřeno ve formách a postavách denního světa, poukazuje však na skrytý smysl, a má proto symbolický charakter.*²⁰

Výtvarný projev schizofreniků je vždy zvláštní, buďto je velice originální, nebo přehnaně jednoduchý, ale velice často je plný strachu. Nastávají stádia nemoci, kdy se do tvorby prolínají dekorativní malby nebo kresba s ornamenty. U některých pacientů je to ojedinělé, u jiných zase převažující. (Lhotová)

Nyní je na místě zmínit Helmuta Rennerta narozeného 14. února 1920 v Dessau. Po základní a střední škole vystudoval medicínu v Lipsku. Od roku 1946 – 1951 působil jako asistent, později jako lékař ve fakultní nemocnici v Jeně. V roce 1952 se stal profesorem a o rok později ředitelem ve zmíněné nemocnici. V roce 1958 se stal profesorem na universitě v Halle, kde vyučoval psychiatrii a neurologii. Na universitě působil až do roku 1984, tedy do důchodu. Byl členem německé akademie věd Leopoldina. Zemřel 23. srpna 1994 po vážné operaci.

Helmut Rennert byl po boku Karla Leonharda nejvýznamnějším představitelem východoněmecké psychiatrie. Jeho stěžejním zájmem byl vztah mezi psychiatrickými poruchami a uměním. Vyjmenoval 14 kritérií, která jsou specifická pro tvorbu schizofrenních pacientů. Kromě toho byl spoluautorem knihy „Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie“, učebnice neurologie a psychiatrie.

14 kritérií vymezující schizofrenní tvorbu:

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

²⁰ JUNG C.G. *Duše moderního člověka*. In LHOTOVÁ M. *Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu*.

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

Z výše uvedených se budeme podrobněji věnovat ornamentu. „*Ornament je výzdoba, ať plošná nebo plastická, tvořená symetrickým a rytmickým opakováním určitých prvků, v užším smyslu jím může být jednotlivý motiv či systém sestavený do nekonečné řady nebo rozložený v ploše*“²¹. Jedná se tedy o jakési opakování v rytmické řadě. Časový rytmus, který je spojen s minulostí, přítomností a budoucností. Otázka časovosti je ovšem v případě pacientů onemocněných schizofrenií velice komplikovaná. Schizofrenie neprobíhá kontinuálně, ale v atakách a remisích. Člověk sice není zdravý, ale je bez příznaků. Nastává-li čas halucinací a bludů, je potom nezachytitelný a neurčitelný. Lze-li v tento moment vzít malířské náčiní do ruky – nese znaky roztříštěnosti, čas ztrácí horizont.

Rytmické opakování, opakování podobného v podobných intervalech, je dalším termínem, který je obsažen v definici ornamentu. Prostřednictvím rytmického opakování, stejného jako má dítě školního věku, si schizofrenní pacient uspořádává svět. „*Je to řád, ve kterém se můžeme cítit svobodně, žijeme s ním stále, a přesto je něčím slavnostním.*“²² Rytmus je bezprostředně spjatý s naší tělesností, vede nás přímo do oblastí, které pokládáme za velice duchovní, jako je hudba, poezie a výtvarno. Je to intimní záležitost, která je spojením člověka s přírodou.

„*Ornament provází vždycky období nejistoty schizoidního člověka či schizoidní doby. Obliba v křivkách, spirálách, v hadovitých výhoncích a šlahounech, v závitech pružin, které jsou současně ohebné a pevné, také může signalizovat perspektivní tenzi (např. blížící se války). Křivky tvoří jakousi síť úzkosti kolem své oběti, která cítí krizi.*“²³ Když vzniká

²¹ CHODURA R., KLIMEŠOVÁ V., KŘÍŠŤAN A. *Slovník pojmů sakrálního výtvarného umění*. In LHOTOVÁ M. *Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu*.

²² LHOTOVÁ M. *Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu*.

²³ tamtéž

ornament, zpravidla nedochází k bujnému výbuchu fantazie, jak bychom všichni očekávali. Jedná se spíše o kontinuální expresi, která staví jeden prvek vedle druhého. (Lhotová)

Výtvarná tvorba pacientů se schizofrenií je obvykle jedinou možnou cestou sebevyjádření a řeč symbolů je často jediný jazyk, kterým jsou schopni navázat komunikaci se svým okolím. Jejich díla se tak stávají dopisem, který hledá svého adresáta. (Ledvinová)

Arteterapeutické přístupy u schizofreniků

Arteterapie - terapie uměním se stala běžnou v psychoterapeutické praxi. Semkla se s psychoterapií psychóz, předně se schizofrenií, a to velmi těsně. Jeden z důvodů, proč se tak stalo, je, že lidé nemocní schizofrenií podle statistik spontánně tvoří nejvíce ze všech psychicky nemocných. Komunikace se schizofrenikem je mnohdy tak nepřístupná, že výtvarná tvorba je jedinou přístupovou cestou, kdy se psychoterapeut dostane do složitého autistického světa nemocného. Arteterapie se tak stává důležitým dorozumívacím prostředkem, když slova nestačí obsáhnout a vyjádřit prožitky související s denními sny, bludným vnímáním reality a halucinacemi. Zároveň umožňuje zachytit jemné změny v duševním stavu klienta. Výtvarná produkce nám ohlásí chorobné změny, začínající psychotický proces, recidivu. Dokáže to dříve než klinická či psychologická metoda.

Výtvarné artefakty schizofreniků mají většinou vysoce expresivní náboj a nutkavý ráz, který nelze racionálně a vědomě přeložit, ale je možno jim přiznat autosanační, itegrativní hodnotu. Zejména zpočátku umožňuje nemocnému ztvárnit jinak nesdělitelné prožitky ohrožení, bezvýchodnosti, úžasu, úzkosti nebo i agrese. Hlavním úkolem arteterapie je usnadnit schizofrenikovi možnost hloubkové osobní komunikace, setkání, dialog, na který již mnohdy rezignoval. Důležité je dát nemocným možnost, aby se svým dílem projevíli - začali existovat. Když jejich díla přijmeme, stáváme se tak spolutvůrci, hledači a spoluinterprety jejich tvoření a života.

Jak jsme již zmínili, schizofrenici tvoří nejpočetnější skupinu ze všech duševně nemocných. A proto nebylo možné doposud stanovit hranici mezi tvorbou nadaných schizofreniků a tvorbou výtvarných a jiných umělců. Gogh, Hölderlin, Nerval, Laskerová – Schüllerová, Calen a jiní - tvořili evidentně v době psychózy.

Když se klient ocitne ve fázi psychotického zlomu, dojde k vykojení z naučených konvenčních pravidel a norem, hledá nový opěrný bod. Tvar, jehož by se zachytil, tvoří nové formy a způsoby pochopení světa a sama sebe. V tomto momentě nejvíce tvoří. Právě nyní nacházíme řadu styčných bodů a genezí umělecké tvorby. Umělci jsou v úžasu, hledají zde inspiraci. U klienta se jedná o změněný stav vědomí, zvýšené senzitivity, napětí a potřeby nekonvenčního vyjádření nově objevené reality. V počátečních stádiích psychózy dochází k erupcím kreativity, což může mít autosanační, ale i tvořivý potenciál. „V psychóze i v umění se dostávají ke slovu běžně nesdělitelné prožitky, dochází v různém stupni k prolínání subjektu a objektu, k rozpuštění hranic mezi obojím, mezi fantazií a realitou, k expresi, vyúsťující někdy až iluzivnímu nebo halucinotvornímu vnímání reality.“²⁴ Spontánnost tvorby schizofrenika je bezbřehá, je i tam, kde nemocný používá hry tvarů a barev, kdy se objevuje v jeho tvorbě manýrismus, nebo dadaismus dokonce i zdánlivé racionalizace. To co klient vytvoří, není nikdy vypočítané na vnější efekt, jedná se jen o vnější prožitek. Většina výtvarné, ale i literární tvorby je velice symbolická a expresivní. Nejvíce se blíží k uměleckému symbolismu, expresionismu, introvertnímu surrealismu a abstrakcionismu, je naprostým protipólem naturalismu. Schizofrenní tvorba postrádá imitaci.

Nedbání běžných proporcí a perspektivy, ztráta kompozice, chaotický prostor, kombinace heterogenních materiálů, technicko-konstruktivní, geometricko-lineární vyjádření reality, kombinování obrazu člověka nebo částí jeho těla s neživými objekty, spojování zdánlivě disparátního a neslučitelného, symbolická a výrazně expresivní tvorba. Všechny tyto projevy můžeme najít jak u umělců, tak u nadaných schizofreniků. Je tedy více než nevhodné označovat je za patologické. U nemocných se jedná o specifický lidský projev.

Objevil se i názor, že všichni psychotici jsou potencionální umělci. Ale je důležité, aby došlo k rozvinutí umělecké potenciality nebo nadání nemocného, pokud u něho nadání je. Dále se musí najít někdo, terapeut, skupina lidí, která pacientovi artefakty přijímá jako zdroj komunikace.

Terapie je především o toleranci ke sdělení druhého člověka. Jde o jeho vyjádření obrazu světa i sama sebe. Cílem terapie není vyprodukovat umělecké dílo. Cílem je bezpodmínečné přijetí člověka s jeho zvláštnostmi i vybočení z obvyklého vnímání světa.

²⁴ SYŘIŠTOVÁ E. a kol. (1989). *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením*. Str. 111.

V opačném případě ho odsuzujeme ke ztrátě identity a k neexistenci. Tvorbu psychotika je zapotřebí přijímat jako důležitý předpoklad pro psychoterapii.

Obsahový rozbor schizofrenních artefaktů je specifický osobní symbolikou, která souvisí s prožitkovým světem nemocného. Je možné ho spatřovat jak ve výběru motivů, tak při volbě barev, občas i v rytmu linií atd. Nacházíme v nich jak individuální historii, tak projekci obsahu bludů a halucinací. Významnými formálními znaky bývají přeplněné plochy až po okraj ornamentálními stereotypy, barokně vyzdobené formy, perseverace motivů, figur, symbolů v celé sérii, kombinace člověka s neživými objekty, vpravení prvků písma, obrazový nebo slovní salát.

Primárním cílem arteterapie se schizofreniky, ať už pouhými účastníky či spontánně tvořícími, je umožnit jim nalezení společné řeči a rezonance s druhými lidmi. Jedná se tak o nenásilnou formu přípravy na sociální kontakt v terapeutické skupině, ale i pro pozdější návrat do sociálního procesu. Nejvhodnější je zařazení volně tvořících klientů do malé skupiny, po individuální psychoterapeutické přípravě. Rozhodně je nevhodné u skupiny schizofreniků praktikovat analýzu skrytých symbolických významů artefaktů. Takto nemocný člověk maluje a vidí objekty vždy zevnitř, neobkresluje a neimituje. V tomto případě by byla přímá analýza velmi riskantní.

V arteterapii existuje mnoho podružných technik, které se používají při terapii se schizofrenní klientelou. Jednou z nich je technika volného čmárání po papíře, při níž se občas objeví expresivně významný tvar nebo motiv. Volná malba, kresba, autoportrét, tematická kresba, malba snů a fantazií, přání a vzpomínek, portréty, toto vše může být i přes klientovu výtvarnou nepoučenost velmi citlivým zachycením vnitřního stavu, který je jinak klinicky nezachycen. (Syřišťová 1989)

1.8. Art brut a patientské umění

Art brut chceme-li surové umění, umění v původním (surovém) stavu. Jde o díla, která vznikají v rukách lidí, kteří jsou mediálně inspirováni nebo jsou psychicky nemocní, ale může jít i o ty, kteří spadají mezi okrajovou společnost. Důležitým bodem pro vysvětlení tohoto spojení je, že díla nevznikají ve školách, tito lidé nejsou výtvarně poučeni. Umění a

kultura je jim natolik vzdálená, že je ani ve snu nenapadne něco napodobovat, jako se to děje mezi intelektuály. Veškeré jejich náměty, symboly, rytmus, rukopis, materiálové zpracování vychází z jejich nitra. Rozhodně nepodléhají vlivu klasického či módního umění. „Jsme zde svědky čistého, původního uměleckého aktu, jenž je v každé fázi ryzím výtvozem svého autora a výsledkem pouze jeho vlastních pohnutek. Jde o umění, v němž se manifestuje schopnost invence, nikoliv o to, jež jeví, coby umění kulturní, pouze schopnosti chameleonů či opic.“²⁵

Jean Dubuffet se již od dvacátých let zajímal o výtvarnou tvorbu dětí, lidí se spiritualistickým médiem, psychicky nemocných a autorů, kteří spontánně tvořili bez jakéhokoliv plánu. On sám byl teoretizujícím malířem, sochařem a grafikem. Jelikož byl vášnivý sběratel tohoto umění, v roce 1945 ho označil jako první pojmem Art brut. Ač byl Dubuffet proti kastování, nechtěl lidi rozdělovat podle toho, zda mají, či nemají psychickou poruchu, ale díky názvu Art brut už je izoloval od ostatních. (Zemánková 2009, Nádvorníková 2008, Švankmajerovi 2004)

„Ten kdo se pustí – tak jako my – do prohlížení děl lidí mimo normy, bude přiveden k tomu, že umění ověřené, tedy to, které vidíme v muzeích, galeriích a salonech (říkejme mu kulturní umění) začne chápat jinak, než je zvykem. Zmíněná produkce už se mu nebude jevit coby výsledek obecně umělecké činnosti, ale činnosti zvláštního klanu intelektuálů z povolání. Která země nemá svou malou sekci kulturního umění, svou brigádu intelektuálů z povolání? Ta přece nesmí chybět. Od jedné metropole k druhé se po sobě všichni výtečně opičí, provozující umění, všude neúnavně kopírované, jež je stejně umělé jako esperanto; můžeme je vůbec nazvat uměním? Má tato činnost s uměním vůbec něco společného?“

Jsou dokonce i tací (například autor těchto řádků), kteří umění intelektuálů považují za falešnou minci umění; minci bohatě zdobenou, která však nezní.“²⁶

Je třeba také zmínit zájem umělců, kteří byli odborníky, byli výtvarně poučeni, ale přesto je patientské umění určitým způsobem oslovovalo. Důvody jejich zájmu byly zcela určitě jiné než u psychiatrů, kterým šlo spíše o terapeutické hledisko a docenění výtvarné kvality. Díky knize *Výtvarná tvorba duševně nemocných*, která bude ještě níže zmíněna, se

²⁵ Jean Dubuffet In Alena Nádvorníková. (2008). *Art brut v českých zemích*. Str. 17.

²⁶ Jean Dubuffet In Alena Nádvorníková. (2008). *Art brut v českých zemích*. Str. 17.

dostala tato díla do podvědomí široké skupiny lidí, umělce nevyjímaje. Právě pro ně se stala takzvaně biblí. Šlo například o Paula Kleea, Alfreda Kuběina, Pabla Picassa, tedy uměleckou avantgardu a surrealisty.

Pacientské umění bylo pro umělce inspirativní právě proto, že bylo umělecky zajímavé, přestože pacienti nebyli výtvarně poučení. Středem zájmu bylo pro svou odlišnost, nepoučenost, nezkaženost kulturou a původnost. Pacienti mají ve své tvorbě přirozenou profesionalitu, která se pro okolí stává až nepochopitelná, nemluvě o spontánnosti, autenticitě a svobodě, která z děl těchto lidí přímo srší. Není se tedy čemu divit, že i poučení malíři, básníci a umělci z obdobných sfér byli inspirováni a hledali prvky a nápady pro vlastní tvorbu právě v Art brut a pacientském umění.

Ani v českém prostředí nenechalo Art brut umělce a lidi s touto branží spojené chladné. Ať už došlo k inspirativnímu zážitku, přímému vyjádření či reflexi těchto lidí. Jednalo se o Josefa Čapka, Bohumila Kubištu, Františka Kupku, Karla Teigeho, který spolu s Vítězslavem Nezvallem obrátil pozornost ještě k jedné stránce věci Art brut, a to k maloměstskému folkloru.

Stojí li na začátku tvorby duševní choroba, zážitek transcendentního charakteru nebo osudový zlom, vždy se jedná o silný emoční zážitek. Musí dojít k jakési rekonstrukci života člověka, kterého se problém týká. Utvoří se nový funkční systém, který drží daného člověka pohromadě. Často bývá cesta k nové identitě zprostředkována kreativitou. Tvorba uměleckého díla se tak stává nástrojem k ovládnutí jejich těla.

Art brut absolutně ignoruje aktuální i minulé umělecké směry. Váže se vždy a jen na svého tvůrce. Nedochozí u něj k žádnému vývoji. Je možné jen dohledat moment, kdy o něj začal v naší historii být zájem. Ten se objevil začátkem 20. Století u francouzských psychiatrů Augusta Mariama a Marcela Réje. Ti přestali v tvorbě svých pacientů vidět pouhý diagnostický materiál a byli schopni ocenit kreativitu a tvořivost. Marcel Reja napsal publikaci věnující se tvorbě duševně chorých „*L'art chezeles Fous*“.

V neposlední řadě je třeba zmínit Hanse Prinzhorna, který v roce 1922 vydal knihu *Výtvarná tvorba duševně nemocných (Bildneri der Geistaskranken)*. Byl historikem umění a během první světové války si své vzdělání obohatil o medicínu a psychiatrii. Kniha *Výtvarná*

tvorba duševně nemocných má takřka význam zakladatelský. Inspiraci v ní našel i výše zmíněný Jean Dubuffet, který na základě této knihy zformuloval svůj koncept Art Brut. (Zemánková 2009)

Pacientské umění - hlavním zájmem je především umění psychotických pacientů, kteří malují naprosto odlišným způsobem. Tato tvorba je velmi determinovaná patologickým procesem. Toho si nepochybně všiml i psychiatr Leo Navratil, a tak v roce 1981 otevřel centrum pro umění a psychoterapii (Zentrum für Kunst und Psychotherapie) v dolnorakouské psychiatrické léčebně ve vesničce Gugging. Přišel s novými terapeutickými přístupy a překročil klasické arteterapeutické hranice. Na základě vlastních zkušeností napsal dvě knihy: *„Die Künstler aus Gugging“* a *„Schizophrenie und Kunst“*. Jeho nástupce pak dal klinice název *„Haus der Künstler“*, tedy Dům umělců.

II. Praktická část

2. Anamnéza klientky

2.1. Rodinná anamnéza

Klientka se narodila v roce 1943 v Praze. O rok později zemřela na tuberkulózu její matka, bylo jí 31 let. Otec, který byl vyučen uměleckým truhlářem, zemřel v 61 letech na pankreatitidu (zánět slinivky). V té době bylo klientce 14 let. Sourozence neměla. Jedna z matčiny sester spáchala sebevraždu utopením.

Krom opakujičích se angín neprodělala v dětství žádná vážnější onemocnění. V 17 letech ji postihl zápal plic. V roce 1990 jí byla zjištěna zvýšená činnost štítné žlázy (thyreotoxikosa). Z tohoto důvodu a také pro nenádorové onemocnění jater – hepatopatii – byla opakovaně hospitalizována. V témže roce bylo zjištěno vitiligo (ztráta pigmentu kůže). Depigmentaci má klientka na různých částech těla včetně obličeje.

Po otcově smrti se o ni starala teta – otcova sestra. Ta se dle dokumentace chovala velice podivínsky. Ke klientčině nemoci byla velice nekritická. Od léčení ji odrazovala. Docházelo k situacím, kdy se dokonce s klientkou doma zamykaly a nikomu neotevíraly. I přesto, že byla klientka dlouho bez jakéhokoliv příjmu, podporovala ji teta v odmítání invalidního důchodu, na který měla klientka nepochybně nárok. V dokumentaci od psychiatra a sociálních pracovníků bylo uvedeno, že jejich společná domácnost byla značně zanedbaná.

Klientka absolvovala dvouletou ekonomickou školu. Do roku 1970 pracovala jako úřednice v Koh-i-nooru. Jelikož přestala chodit do práce a zaujímala paranoidní postoje ke kolegům, byla propuštěna. Na pokusy vrátit ji zpět do pracovního poměru reagovala negativně. Jsou známy i pokusy ze strany zaměstnavatele navštívit ji, ona ovšem neotevírala.

Kolem roku 1980 se objevuje v klientčiných spisech záznam, že krátkodobě pracovala ve školce. Není ale přesně uvedeno, v jaké pozici. Ale i tam bylo její chování hodnoceno jako nevyhovující. Trávila na pracovišti nevhodnou dobu „přesčas“ a neadekvátně se snažila. Vykonávala práci za druhé. A opět následovala paranoidita.

Dlouhodobě se pokoušela odmítat invalidní důchod, negovala duševní onemocnění. Nakonec došlo ke zbavení způsobilosti k právním úkonům a k přiznání invalidního důchodu. Poté docházelo k opakovaným nedobrovolným hospitalizacím, k nimž byla někdy násilně odvážena policií. V době pobytu v domácím prostředí byla známá jako podivínka. V době, kdy docházelo ke zvýšeným projevům duševní poruchy, často pokřikovala z okna na kolemjdoucí, společně s tetou se procházela zcela nevhodně oblečená v okolí řeky Malše.

2.2. Odkrytí diagnózy

Psychiatrická anamnéza

První příznaky onemocnění se objevily v roce 1970, kdy bylo klientce 27 let. Začátek nemoci měl poměrně rychlý nástup. Začaly se projevovat sluchové halucinace, paranoidní bludy a nakonec i delirijní stav. Na jeho základě byla 26. 3. 1970 přijata k první hospitalizaci na psychiatrické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, kde jí byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Klientčiny psychotické příznaky bývaly velice různorodé, například byla přesvědčena, že je šlechtična, často uváděla i rody, do kterých patří. Tvrdila, že je potomkem neznámého rodu Arbíhů, podruhé řadila svůj původ k jihoamerickým Aztékům.

2.3. Podchycení diagnózy

Již při první hospitalizaci v Nemocnici v Českých Budějovicích byla pacientce doporučena dlouhodobá léčba neuroleptiky, dispensarisace a byl celkově předpokládán spíše nepříznivý průběh onemocnění. Od té doby byla v trvalé ambulantní psychiatrické péči. Celkem šestnáctkrát hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení českobudějovické nemocnice. Opakovaně byla umístěna v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Musela být dlouhodobě léčena depotními neuroleptiky, protože při perorální léčbě nikdy nespolupracovala. Její nekritičnost k nemoci stále přetrvává.

2.4. Umístění do Domova Libníč

Klientkou Domova Libníč se stala v roce 1990. Téhož roku jí byla přidělena opatrovnice. Nejednalo se o osobu příbuzensky spjatou. 1. 7. 1993 byl klientce pobyt v Domově ukončen. I v této době byla stále majitelkou bytu v Českých Budějovicích. Z blíže neurčeného dopisu byl zjištěn fakt, že opatrovnice chtěla na základě této skutečnosti prokázat, že pacientka po propuštění nebude schopna samostatného života. Klientka neunesla změnu životního stylu při přechodu z ústavního pobytu do civilního života a byla opět hospitalizovaná na psychiatrii v Českých Budějovicích. Otázkou zůstává, zda opatrovnice jednala vždy v zájmu opatrované. Během jednoho měsíce se pacientka vrátila do Domova Libníč.

V roce 2012 požádala opatrovnice o zproštění funkce opatrovníka. Jako důvod uvedla zhoršení zdravotního stavu. Z dostupných materiálů není jasné, zda se jedná o zhoršený zdravotní stav její či klientčin.

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie

Jedná se o příspěvkovou organizaci Jihočeského kraje. Poskytuje služby lidem se zdravotním znevýhodněním, zejména lidem s psychickým onemocněním a lidem s mentálním postižením.

Posláním této organizace je podpora a rozvoj uživatele sociálních služeb při zachování fyzické a psychické soběstačnosti s cílem umožnit mu co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. K uživateli je přistupováno individuálně, důstojně a současně jsou služby poskytovány tak, aby zachovávaly vazby s rodinou a dalšími blízkými osobami. Zmiňovaná podpora a rozvoj všech poskytovaných služeb směřují především k lidem z Jihočeského kraje.

Historie Domova Libníč - jednalo se původně o lázně založené v roce 1691 Ferdinandem Schwarzenbergem. Vyvěral zde léčivý pramen s vysokým obsahem sirovodíku a sirných solí. Léčila se zde kožní onemocnění, dále zažívací obtíže, revma nebo dna. V letech 1714 – 1770 nechal kníže Adam Schwarzenberg vystavět barokní lázeňskou budovu - jižní a

západní křídlo. V letech 1761 – 1770 bylo přistavěno křídlo východní. Z původní kaple byl zbudován roku 1778 kostel. Po roce 1920 se léčivé látky z vody vytratily, což bylo pravděpodobně zapříčiněno předchozí důlní činností.

Domov Libníč byl nejprve klasickým **domovem důchodců**, ale v 80. letech 20. století byl vytipován na umístění potřebných s psychiatrickou diagnózou. Vedlo to nejen ke změně skladby klientů, ale i ke snížení věkové hranice a k rozdílnému způsobu péče. Proto v 90. letech započala organizační a stavební přestavba zařízení, aby se vytvořilo vyhovující zázemí pro klientelu s psychiatrickou zátěží, která v našem Domově dominuje. Byla vybudována část pro nové zdravotní oddělení a zázemí pro pracovní terapii, rehabilitaci, tělocvična a klubovna. Tím se zvýšil komfort bydlení a rozšířila se i nabídka terapeutických činností. Postupně došlo k dalším stavebním úpravám. Následným přebudování půd a sklepů získali obyvatelé další potřebné zázemí. Zařízení se postupně z domova důchodců postupně přeměnilo na moderní ústav pro klienty trpící schizofrenií, psychózami a mentálním postižením. Byl zařízen nový samostatný úsek terapií a organizace péče a pobytu klientů se odvíjí od jejich potřeb a na základě doporučení ošetřujícího lékaře a psychiatra.

Od 1.1. 2007 je dle nového zákona o sociálních službách ústav Domovem se zvláštním režimem a byl sloučen se zařízením pečujícím o mentálně postižené děti, mládež a dospělé. Přesný název organizace tedy je Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie. Organizace poskytuje sociální služby psychotikům, mentálně postiženým občanům a starým občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalou změnu zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani terénními sociálními službami. Služba je poskytována formou celoročního pobytu v Domově se zvláštním režimem a Sociálně terapeutickými dílnami a formou Týdenního stacionáře, Denního stacionáře a celoročního Chráněného bydlení v Centru sociálních služeb Empatie.

Organizace spravuje tři pracoviště:

- Domov Libníč – pracoviště je zařízeno jako Domov se zvláštním režimem pro lidi s chronickým duševním onemocněním
- Centrum sociálních služeb Empatie – pracoviště je zařízeno pro poskytování služeb lidem s mentálním postižením

- Pracoviště Mrhal – je zařízení jako pobytové, rekondiční a aktivizační středisko

Domov Libníč

Zařízení Domova Libníč má kapacitu 110 lůžek. Věkový průměr uživatele je 60 let. O tyto uživatele se stará 84 zaměstnanců – zdravotní personál, terapeuti, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, administrativní a technický personál. V zařízení působí lékař a psychiatr. Ostatní odborní lékaři jsou dle individuální potřeby ze zdravotnických zařízení v Českých Budějovicích.

Uživatelům je zajištěno ubytování převážně na dvoulůžkovém pokoji se sociálním zařízením. Lůžka jsou členěna do čtyř oddělení, každé má svou jídelnu s kuchyňkou, ošetrovnou, zázemí pro sledování televize, videa a zázemí pro terapeutickou činnost. Klientům je rovněž zajištěn denní úklid, péče o prádlo a celodenní stravování. Na jednotlivých odděleních zajišťuje tým zdravotních pracovníků pomoc klientům při osobní hygieně a pomoc při zvládání péče o vlastní osobu dle individuálních schopností. Součástí je i zdravotní, ošetrovatelská a rehabilitační péče. Terapeutická činnost je zaměřena na sociálně terapeutické a aktivizační činnosti.

2.5. Stav klientky v Domově Libníč

Dle veškeré dokumentace se klientka aklimatizovala v Domově bez jakýchkoliv problémů. Její chování nenese známky velkých výkyvů. Je klidná, tichá, příliš se neprojevuje, je nekonfliktní. Viditelně se uzavřela sama do sebe.

Zhruba před třemi lety se začala pomočovat, ale není úplně jasné, zda se jedná o inkontinenci, či záležitost psychosomatickou. Občas si stěžuje na bolesti hlavy.

3. Arteterapie v Domově Libníč

V Domově Libníč je možno navštěvovat velké množství terapií. Klienti si sami mohou zvolit, zda chtějí navštěvovat keramickou dílnu, truhlářskou dílnu, ateliér ručních technik,

pedig, ateliér suchých vazeb, literární kroužek, cvičnou kavárnu, zahradní terapii či ateliér arteterapie. Většina zmíněných terapií probíhá každý den a to ve dvou časových etapách. Dopoledne terapie začínají v 8.30 a trvají do 11.00 a odpoledne začínají v 13.00 a končí v 15.00.

Důležitým bodem v terapii je pro klienty káva. Zhruba v polovině času terapie uživatelům uvaří terapeut kávu nebo čaj. Jedná se o jakousi odměnu za práci. Všichni, kteří někdy přišli do styku s psychotickými klienty, a to především se schizofrenními, vědí, že jsou tak trochu vypočítaví. Řada z nich by terapie vůbec nenavštěvovala a čas by trávil pasivním ležením v posteli. Pití kávy se tedy pro některé z nich stává impulsem k aktivní činnosti při návštěvě dílny, kroužku či jiné skupiny.

Ateliér arteterapie bývá hojně obsazen. Důvodů, proč tomu tak je, je více a ne všechny jsou úplně lichotivé. Jedním důvodem je to, že má klient volnost v tom, co bude malovat a kterou techniku zvolí. Velká část klientely žije ve stereotypu, ze kterého nerada vystupuje, a tento ateliér jim umožňuje v něm setrvávat. Pokud dojde ze strany terapeuta k nějaké inovaci, výtvarné aktivitě, která nebyla doposavad standardní, rozhodně klienty nenutí, ale nechává rozhodnutí, zda se zapojí na nich samotných. Dalším důvodem, proč je tento ateliér atraktivní, je velký a prosklený prostor, kde se nachází. Kapacita je přibližně patnáct lidí. Klienti ateliér vnímají jako místo, kde si povyprávějí své zážitky, radosti, ale i strasti. Na druhou stranu je zde díky prostoru i několik malířských stojanů, kde uzavřený klient nalezne klid pro svou tvorbu. Nachází se pro ně zde místo, kde jim nikdo neříká, kolik toho mají vytvořit, zda je něco špatně, či dobře, zkrátka se realizují ve svém vlastním světě.

4. Arteterapeutická práce s klientkou

V září v roce 2013 jsem nastoupila do Domova Libnič na pozici terapeuta. V době mých profesních začátků se klientka, kterou bych ráda nazývala v rámci zachování anonymity Ivankou, stala součástí mého pracovního života.

K našemu prvnímu vzájemnému setkání došlo během studia arteterapie, kdy jsem do Domova nastoupila jako praktikantka. Vzpomínám si, že již tenkrát mě klientka zaujala nejen svou produkcí, ale i výrazem a způsobem pohybu ve skupině. Byla velice tichá a

vnímala každý rozruch a pohyb kolem její osoby. V ten okamžik malovala betlém, na který si velmi dobře vzpomínám.

Při nástupu mi má předchůdkyně předávala některé zkušenosti s klienty a nechyběla v nich zmínka o Ivance. Věta o ní zněla: „*Občas sem zajde*“ – myšleno do ateliéru arteterapie. Nejsem si jistá, zda mě tato informace zarazila okamžitě, ale podvědomě jsem cítila, že něco není v pořádku.

Záhy jsem zjistila, že vybudovat si zdravý terapeutický vztah k Ivance nebude jednoduchý úkol. Vycítila jsem téměř okamžitě, že potřebuje citlivé zacházení, pocit bezpečí, klidnou atmosféru a jistotu toho, že když si přijde malovat, tak jí to bude umožněno. Ivanka se neřadí mezi schizofrenickou klientelu, která terapeuta za každou cenu „sedře“ z kůže, ba naopak, patří mezi ty, kteří poděkují, jsou vděční a občas se snaží vyjádřit svůj dík například sladkostí. Musí však cítit, že váš vztah k ní je bezprostředně upřímný a že se na vás přes svůj schizofrenní pohled na svět může spolehnout.

Začátek nebyl jednoduchý. Malovat do ateliéru chodila, ale bylo evidentní, že mě do svého světa nenechává ani nahlédnout. Příliš nekomunikovala, vždy se jen pousmála a malovala dál. Postupně jsem začala přicházet na to, že aplikace arteterapie, včetně rožnovské, bude problémem. Čeho se chytit? Jak dál? Co tady vlastně dělám? Všechny tyto otázky mě ráno probouzely a večer uspávaly. Snad první útěchou mi byla rada pana doktora Evžena Perouta, který mi poradil, že Ivanku rozhodně nemám nutit do témat, která jsou užívána v ateliéru arteterapie – tedy rožnovských. Domnívám se, že v dřívějších dobách bylo možné Ivanku nepatrně nasměrovat k jiným než jejím stereotypním tématům. Ale v době, kdy jsem s klientkou začala pracovat já, už to byl obrovský problém. Především bylo cítit, že jí témata navozují úzkost a z velké části je nebyla schopna dokončit. Tak jsem Ivance vždy poskytla základní informaci - jaké je roční období, měsíc, svátek, a když měla chuť, tak své artefakty nějakým způsobem obměnila.

Klientčin proces malování

Ivanka na mě většinou čekala před ateliérem. Nikdy se neopozdila, chodila včas. Byla připravena na místě, na kterém byla zvyklá malovat a čekala, až dostane vodu, papír a

vodové barvy. Pokud dostala jiné medium, například plátno a olejové barvy, neměla s tím sebemenší problém. Většinou se na chvíli zamyslela a až po nějaké době začala malovat. Praktické činnosti – výměnu vody – sama nedělala, ale pomoc vždy dokázala ocenit. Její pracovní proces byl slyšitelný. Jelikož nepoužívala mnoho vody – štětec šustil. A dokázala z kulatého či jiného štětce udělat malou špičku a kovovou hrankou tvořila do papíru specifickou strukturu. Osobitý štětec si nevědomky vytvořila během týdne. Dále si pořukávala štětcem o paletu, to bylo zapříčiněno třesem rukou, kterým klientka trpí. Během jednoho dne vytvořila přibližně dva až tři artefakty. Velikost čtvrtky či plátna celkem nehrál výraznější roli. Pokud se nachýlil čas oběda či odpolední svačiny, klientka požádala o uvolnění a domluvila si další schůzku.

5. Výtvarný projev klientky

Ivanka pravděpodobně díky svému otci měla k umění velice blízko. Dokonce se dle některé dokumentace chtěla hlásit na keramickou školu. Z roku 1981 se dochovala i zmínka o tom, že ve volném čase tvořila artefakty, tedy malovala. Údajně v těchto obrázcích převládala černá a ostře žlutá barva. Nechala se slyšet, že ji učil známý výtvarník. Těžko však říci, zda se jedná o nějaký blud či fakt.

V posledních letech se v její práci střídají témata zátiší s krajinou. Zátiší bývá složeno z vázy, květiny a občas se pod vázou nahledá i dečka. Krajina se skládá z lesů, hor, potoků a většinou se někde objeví například kostel či jiná sakrální architektura.

Jak již jsem zmínila, v dřívějších dobách bylo možné Ivanku navést i k jiným tématům. Dalo se tedy v její produkci nalézt i nějaké mytologické téma, pohádkový příběh, ale neobvyklým jevem nebyla ani abstrakce.

6. Klientčiny artefakty z let dřívějších

Domnívám se, že významnou roli v této bakalářské práci hrají právě změny klientčiny produkce. Vše se částečně komplikuje velkým časovým rozptylem tvorby, kterou bylo díky

změnám personálu v Domově Libnič obtížné dohledat. V Domově je sice možno najít tisíc Ivančiných obrázků, ale její úplně raná tvorba nebyla nalezena. Ani tvorba pocházející z domova, ani ta, kterou započala při počátcích pobytu v Domově. Přesto považuji za nezbytné některé důležité artefakty z let dřívějších v práci prezentovat.



Obrázek 1 – V lese, 1997

Těžko určit, zda Ivanka u obrázku 1. používala tuš, či tvořila pouze jednou barvou. Dokonce v nás může artefakt evokovat pocit, že je tvořen fixem. Bílá barva se velice prosazuje. Prostor je celkem dobře kompozičně řešen. Nejedná se o přeplněný a chaotický prostor, který je pro schizofrenické pacienty typický, nýbrž velice kresebně pojatý plenér. Lze zde najít i třetí plán, který u většiny klientčiny produkce absentuje. Dosáhla tohoto důležitého momentu pro každý artefakt díky horám, které uzavírají horizont. Jedná se tu o hru světla a stínu, nicméně nejsme schopni určit bod zdroje světla. Převážná část objektu v nás s trochou fantazie může vzbudit dojem ostrosti neboli pichlavosti. Suché a polámané stromy nám naznačují destruktivní potenciál. Nevědomě nám zde Ivanka prezentuje identifikační vazbu k neživé přírodě.



Obrázek 2 – Houby v lese, 1999

Při pohledu na tento obrázek vidíme, že pravá polovina je více přeplněná. Obrázek tudíž přepadává na pravou stranu. Objekty tvoří dvojice. Evidentní je disproporce mezi houbami, stromy a ostatním prostředím. Klientka zde uplatňuje hieratickou perspektivu, která se projevuje především tím, že se objekty nezobrazují podle skutečné velikosti či umístění, ale dle významu/důležitosti, kterou jim klientka přikládá. Barevná paleta je velice minimalistická. Jako klad vnímám množství použité vody. Nepatrně se díky tomu ztrácí potřeba kresby a artefakt se tím pádem více rozvolňuje.



Obrázek 3 – Tři vlasy děda Vševeda, 2003

Důkaz o tom, že dvanáct let zpět nebyl problém klientku přimět k vytvoření tematického artefaktu. Naprostá absence reálného prostoru ovšem vypovídá o faktu, že klientka si s tímto tématem nevěděla rady. Na místo objektů tvořících prostor klade barevné výplně, a to vše ještě navíc podtrhuje čáráním, které působí nutkavě. Ku prospěchu by jistě byly stíny, ale ty zde též postrádáme. Opět dochází k větší zaplněnosti pravé poloviny obrázku. Postavy se dívají jedním směrem, ale jsou ve strnulé pozici, jakoby zamrzlé. Barvy jsou nezralé, symptomatické a průsvitá z nich veliké množství bílé.

Pokusím se v několika větách kapitoly **Klientčiny artefakty z let dřívějších** shrnout. Hlavním rysem těchto a mnoha dalších artefaktů z dob, kdy klientka byla v Domově léta a ne desetiletí, spatřuji především v kresebnosti. Plocha zdaleka není tak zaplněná, jak tomu bude v další etapě jejího výtvarného období. Nedochozí k velké stereotypii ohledně témat, která Ivanka volí. Ještě se zde neprosazuje typický způsob výtvarného ztvárnění. Znaky, které jsou níže typické, jsou skoro zanedbatelné. Paleta barev v tomto období je velice úzká. Červenou

supluje růžová, kterou vzhledem k diagnóze klientce vyčítat nemůžeme. Barvy nejsou komplementární. Bílá hraje prim, po černé není ani památka.

7. Časově nezařazená produkce

V této kapitole chci pracovat s Ivančinou produkcí, kterou nelze, podle mého názoru, opomenout. Jedná se o artefakty, které nejsou identické pro nějaké úzké období, ale občas se objeví. Jsou specifické svou výraznou barevností a způsobem provedení. Dalším důležitým indikátorem této produkce je to, že se nejedná o čtvrtku, na kterou klientka maluje. Jde buď o plátno nebo o skicový papír. V níže prezentovaných jde pouze o skicový papír, který už je sám o sobě odlišný barevností. Tvorba časově spadá pravděpodobně do rozhraní od roku 2000 do současnosti.



Obrázek 4

Nebyl by problém tento artefakt rozdělit na několik částí a pořád by šlo o jednotlivé obrázky, které by působily dokončeně a zaplněně. Tříští se na mnoho malých kousků. Velmi podobných obrázků v různých barevných obměnách lze v ateliéru Domova Libnič dohledat desítky. A domnívám se, že tento se dá ještě zařadit do těch, kde je možné ještě dýchat. Ty

ostatní už ale vzdušný prostor postrádají. Co do barevnosti převládá modrá a zelená, které mohou symbolizovat úzkostný potenciál nebo nějakou tenzi, kterou klientka pociťovala, když tento artefakt malovala. Tato studená barevnost nám naznačuje osamocení ve vlastním světě. Klasické schizofrenní ticho, které je pro osoby touto nemocí postižené tak typické.



Obrázek 5

Dekoratивních obrázků podobného charakteru nalezneme v Ivančině produkci celou řadu. Pro schizofreniky je tento způsob tvorby typický. Artefakt postrádá jakoukoliv prostorovou realitu. Ústředním tématem je váza s květinou, která levituje v barevném prostoru. Váza má tvar měchýře, níže se k této problematice vrátíme. Je umístěna přímo doprostřed, zlatý řez zde tedy není možné hledat. V druhém plánu se rýsuje kousek lesa, jenž do tématu evidentně nezapadá. Barevně obrázek „křičí“, pokud je možné sáhnout do rožnovského slovníku. Bylo by reálné hovořit o komplementárnosti barev, ale na jeden obrázek je jí poněkud mnoho. Díky tomu artefakt vnímáme jako jeden veliký chaos. Některé květiny se roztácejí, mají tendence rozletět se do stran. Většina listů květin má s trochou nadsázky tvar čepele nože. Opět se zde v jiné formě ale objevuje destruktivní prvek.



Obrázek 6

„Pásovitosť“ – postavy a objekty jsou zařazeny v pásech. Skupinka osob je přímo na hraně papíru. Tím je znemožněno ukotvit je tmavším stínem. Postavy jsou disproporční, upřeně hledí na pozorovatele. Jsou také velice řízené a kontrolované, o čemž svědčí jejich tmavé ohraničení. V tomto artefaktu shledávám další znak schizofrenní tvorby a to geometrizaci, která klientce není úplně vzdálená. Nalezneme zde jakousi manýristickou barevnost nesoucí známku symptomu. Největší díl na tomto faktu má příměs bílé, kterou Ivanka v tomto obrázku zjevně velice prosazuje.



Obrázek 7

V tomto artefaktu se bílá dere do popředí ještě ve větší míře než v předešlém. V určitých momentech dochází ke značnému zašpinění barev. Ústředním tématem je žena držící klobouk, sedí v křesle, který spolu s ní zarůstá do země. Důvodem, proč jsem si tento obrázek vybrala, je domněnka, že žena sedící v křesle je Ivančina teta, která měla nesporně vliv na její vývoj nemoci. Další zajímavostí tohoto obrázku je noc, ve které se „příběh“ odehrává. U klientky se s tématikou noci v její tvorbě příliš často nesetkáváme.

Kapitola **Časově nezařazená produkce** je interpretačně velice zajímavá. Nechci se však v této práci pouštět do hlubokých interpretací. Domnívám se, že Ivančina symbolická rovina je díky její nemoci značně posunutá. Ráda bych ještě vyvedla z omylu čitatele, kteří se domnívají, že klientka v této produkci nemá rámečky. Artefakty nesou známku toho, že je v průběhu let někdo zastříhl. Plocha je zaplněná po okraj, v našem případě po rámeček. A tento dojem ještě více umocňuje způsob Ivančiny malby, která není tvořena akvarelovým, tedy vodovým způsobem, ale jde spíš o práci temperového způsobu. Jednotlivé barevné

lazury nanáší na sebe. Tím se jeví produkce hutná a evokuje dojem temper a ne vodových barev.

8. Analýza artefaktů za mého působení v Domově

Dostáváme se k nejdůležitějšímu bodu této práce. Jde o dobu, kdy jsem s Ivankou byla v každodenním kontaktu. Samozřejmě jsem nebyla osobně přítomna práci na každém jejím artefaktu, který zde budu prezentovat. Jde o období, kdy jsem věděla téměř o každém jejím kroku, mám tím spíše na mysli tahu štětcem, což se o předchozí produkci říci nedá.

Artefakty obsahující postavy



Obrázek 8 – Rozmalované obrázky, 2014

Postavy komponuje autorka do produkce čím dál tím méně. Důkazem toho, že jsou pro ni problémovým tématem, je i ten, že jsem v produkci našla mnoho takto

nedokončených artefaktů. Nerada bych tímto tvrdila, že nedokončuje pouze obrázky s postavami. Ale bývá to častěji než například u krajiny se sakrální architekturou.

Jedná se zjevně o jednu a tutéž dívku. Obě se nacházejí blízko lesa či stromového porostu. Jedna si nese kabelku, druhá drží kytičku. Na obrázku s procházející se dívkou je namalován letící pták. Oproti tomu druhá dívka sedí na lavičce a dívá se směrem na diváka. Pokud bychom si přece jen dovolili do této práce trochu interpretace vpustit, rozhodně by nás na tomto základě napadala otázka sexuality. Dalším důležitým bodem jsou hlavy dívek, které jsou useknuté a otevřené. Stejně jako mohou myšlenky do hlavy přicházet, tak i odchází. Autorka tak nevědomky poukazuje na to, kde se problém primárně nachází. Aby vše ještě podtrhla, odděluje díky čtvercovému límci hlavu od zbytku těla. Tento jev je evidentní i na další produkci s postavami, ač není tak markantní jako v těchto artefaktech.

Shledávám zde další typický znak pro Ivančinu tvorbu. Tím je začínání, rozvržení produkce exteriéru hnědou barvou. To nemusí mít nijak zvláště výraznou interpretační hodnotu, ale za zmínku to rozhodně stojí.



Obrázek 9 – Vánoční téma, časově nezařazeno

Ústředním tématem je andělská bytost hledící na diváka a ukazující směrem na palmu. Stojí přímo na hraně započaté malby. Není jisté, zda právě nevzlétne. V pozadí se nachází stavba, která postrádá jakoukoliv perspektivu a kompozici. Zasahují do ní mraky, slunce a snad i některé kopce. Ivanka takto spojuje zdánlivě nespojitelné a v realitě nereálné. Stavba se tím utápí, není nijak barevně odlišená.

Klientka na identifikační místo namalovala hořící svíčku, která je s prostorem neslučitelná a to především velikostně. Celým artefaktem prorůstá rostlinný motiv.

Do barevné kombinace zeleno, modro, hnědo žluté nechává klientka průsvítat přemíru bílé barvy. Obrázek díky tomu působí nedokončeně, i přesto, že je po okraj zaplněn. Žlutá není čistá a pěkná, ale jedná se o takzvanou sírovou žluť.



Obrázek 10 – Řím, 2014

Klientka pojmenovala tento obrázek Římem, kde prý nikdy nebyla. A poté ještě dodala: „*Ted' jsem u Vás*“. Občas se stane, že Ivanka nad svou produkcí zmíní pár vět.

Na artefaktu se v prvním plánu nachází červenající se postava. Oděna do šatu, který působí jako jednotlivé kužely poskládané na sebe. Jedná se tedy o jakési geometrické schéma, jehož prostřednictvím klientka z velké části maluje. Opodál se tyčí pravděpodobně antický sloup ozdobený dvěma volutami. Zhruba uprostřed se na něm nachází balkon. Balkon ani sloup samotný nemá žádný prostorový kontext. Kolem něho je změt barevných skvrn, kterými prorůstá růže v nepřirozené velikosti. Postava a sloup postrádají ukotvení, vznášejí se v prostoru. Bílá barva se opět postarala o dojem nedokončenosti. Nyní se kromě sírové žluté

dere do popředí růžová. I přesto, že postava na sobě má komplementární barvy, konečný efekt není kladný, jelikož hnědé kontury na výsledku ubírají.

Chtěla bych se ještě vrátit k postavě na obrázku. Jelikož jsme si s klientkou vzhledově velice podobné, vyvstává zde otázka, zda se nejedná o mou osobu, což je z mnoha důvodů opravdu reálné. Kladu si tedy otázku, zda jde o klientčinu projekci do mé osoby, šlo o jakýsi piedestal, na kterém mě klientka často měla? Nazývala mě bohyní a královnou.

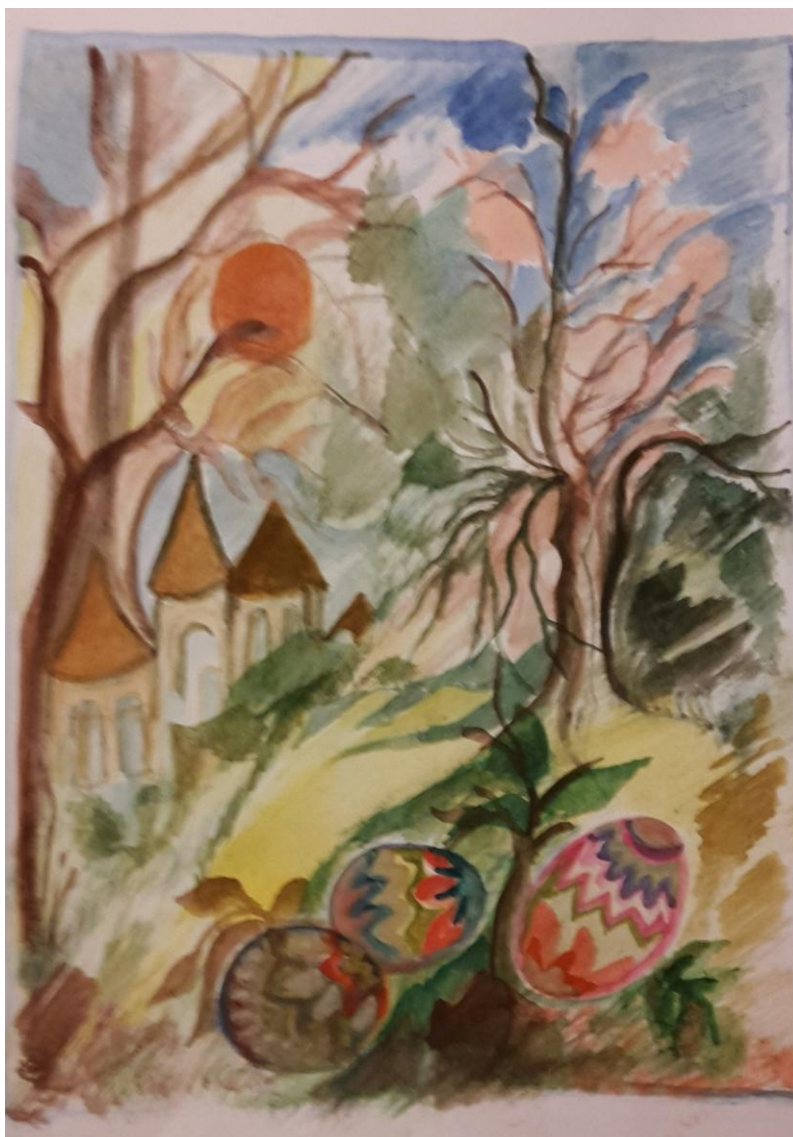
Artefakty obsahující krajiny se sakrální architekturou



Obrázek 11 – Bez názvu, časově nezařazeno

Jen stěží je možné se dopátrat, co měla na mysli Ivanka ztvárnit. Jedná se o faru, klášter, cizokrajný chrám, jde o seskupení více sakrálních staveb, které se promítají v klientčině hlavě a spojují se v jedno na papíře? Ať už se jedná o cokoliv, dá se poměrně s jistotou tvrdit, že jde o antropomorfní architekturu, která zastupuje figurativní prvky. Skrze tuto architekturu prorůstají rostlinné motivy. Díky těm se plocha rozděluje a rozdrobuje na menší části. Opět se zde objevují usychající větve, které nás odkazují k organicitě, chroničnosti, problému, nebo psychosomatice. Hlavní děj se odehrává v horní polovině obrázku. Spodní polovina je skoro prázdná, jen na identifikačním místě se nachází plot. Na symbolické rovině jde o nějaký blok, zábrany nebo distančnost, která se u klientky projevuje i mimo produkci v reálném světě.

Barevně je artefakt až monochromatický. Dominuje hnědá barva, která má opět i funkci obkreslovat. I přesto, že se v něm dají nahledat i jiné barvy, jsou tak světlé a skromné, že nepřebijí dominanci hnědé.



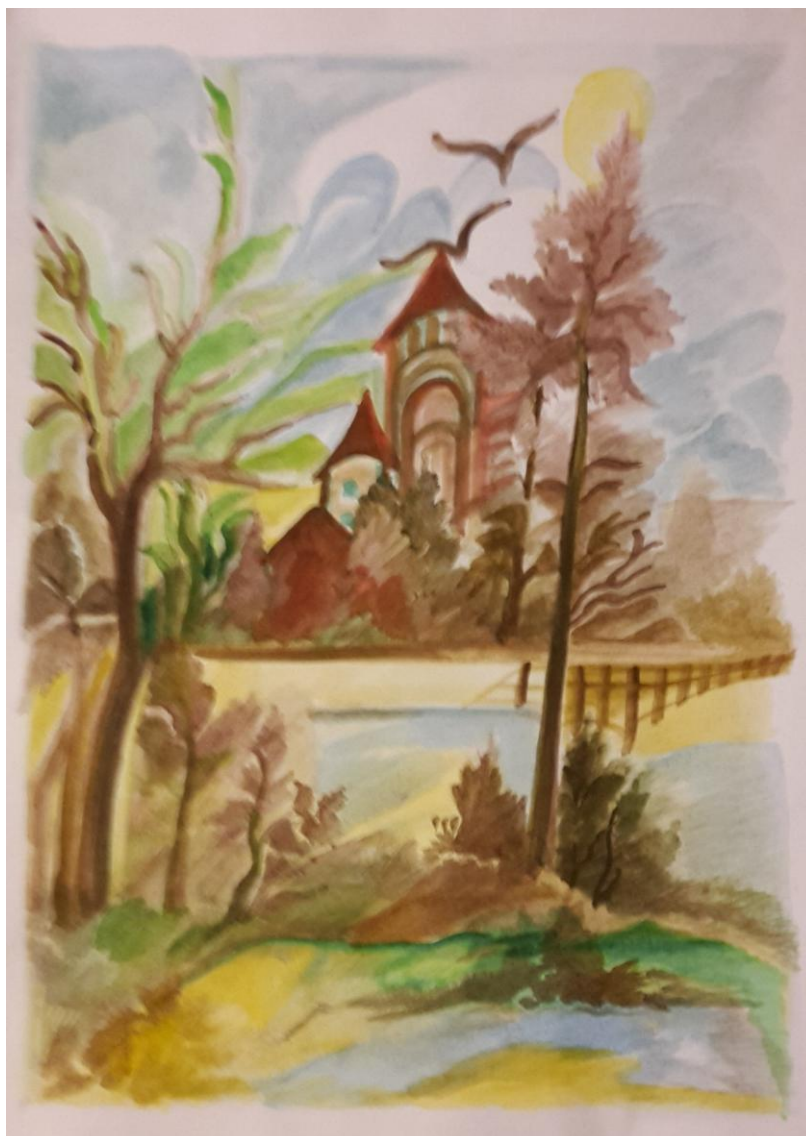
Obrázek 12 – Velikonoční téma, 7. 4. 2014

Ivanka přišla za mnou do keramické dílny se slovy: „*Viděla jsem vás tady a musela jsem za vámi, je to u vás jako ráj*“. Tato věta byla spojena s obrázkem 12.

Klientka toho chtěla asi hodně sdělit. Plocha je velice přeplněná objekty, stejně tak barevně, což nebývá v Ivančině krajině zvykem.

V prvním plánu se nacházejí tři velikonoční kraslice, které do krajiny úplně nezapadají. Nicméně je to klientčin specifický způsob, jak vyjádřit sounáležitost s danou dobou, tedy jaro a týden před Velikonocemi. V druhém plánu se kromě stromu nalézá architektura, chceme-li seskupení věžiček, konkrétně jde opět o tři, nad nimiž pravděpodobně zapadá slunce. Mimo to, že klientka tentokrát vytvořila rámeček i odtažením, vytvořila ještě další v samotném obraze a to pomocí stromů.

Ač se bílá v artefaktu projevuje, netlačí se přehnaně do popředí. Dochází k zašpinění barev. Nejmarkantnější je to na oranžové. Oproti tomu losová/růžová zůstává celkem čistá.



Obrázek 13 - Klášter Lilienfeld, 30.5.2014

Autorka sama pojmenovala obrázek **Kláster Lilienfeld**, kam „prý“ chodila na zmrzlinu. Nejsem schopná určit, zda klientka ve skutečnosti tento klášter někdy navštívila. Tím že ho vystihla, dle svého schematického znázornění, nenalézám ani podobu s reálným klášterem. Ale to ovšem není indikátor toho, že tam nebyla. Další hypotézou může být i ta, že viděla pohled či slyšela někoho o klášteře mluvit, a název jí utkvěl v hlavě. Pravděpodobně se tedy reálné pravdy nedopátrám.

První, co nás na obrázku zaujme, je rozdělení na dvě poloviny. Dolní polovina a horní polovina, které propojují pouze dva stromy, tvořící opět rámeček.

Dolní polovina je celkem bez děje. Opuštěnou krajinou protéká potůček. Barevně převládá zelená a hnědá. Žlutá se mění díky zašpinění spíše v okrovou barvu. A pod horní polovinou se nachází nebe, které nedává na tomto místě smysl.

Oproti tomu v horní polovině se toho děje o něco více. Uprostřed se tyčí klášter, nad nímž letí dva ptáci. Stříšky kláštera jsou malované přepálenou červenou. Slunce se svou žlutou více přiblížilo reálné barvě. Zelená v koruně stromů je velice světlá a též čistá. Namísto mraků se Ivance podařilo vytvořit ornament.

Artefakty s krajinou



Obrázek 14 – Bez názvu, 8. 4.2014

Důvodem výběru tohoto obrázku je především jeho barevnost. Do barev je opět přimíchávaná bílá barva. Na některých místech dochází k zašpinění. Na jiných Ivanka nechává

zaznít barvu v celém rozsahu. Například růžová hraje prim, ač ji není mnoho. Dostává do artefaktu jiný rozměr, snad i v těsné kombinaci se žlutou.

Tento artefakt absolutně postrádá dominantu. Ústředním by mohl být strom v levé polovině obrázku, ale bylo by ho zapotřebí nějak zvýraznit. Cesta se sklápí, a přestože je tam náznak perspektivy, působí nereálně.

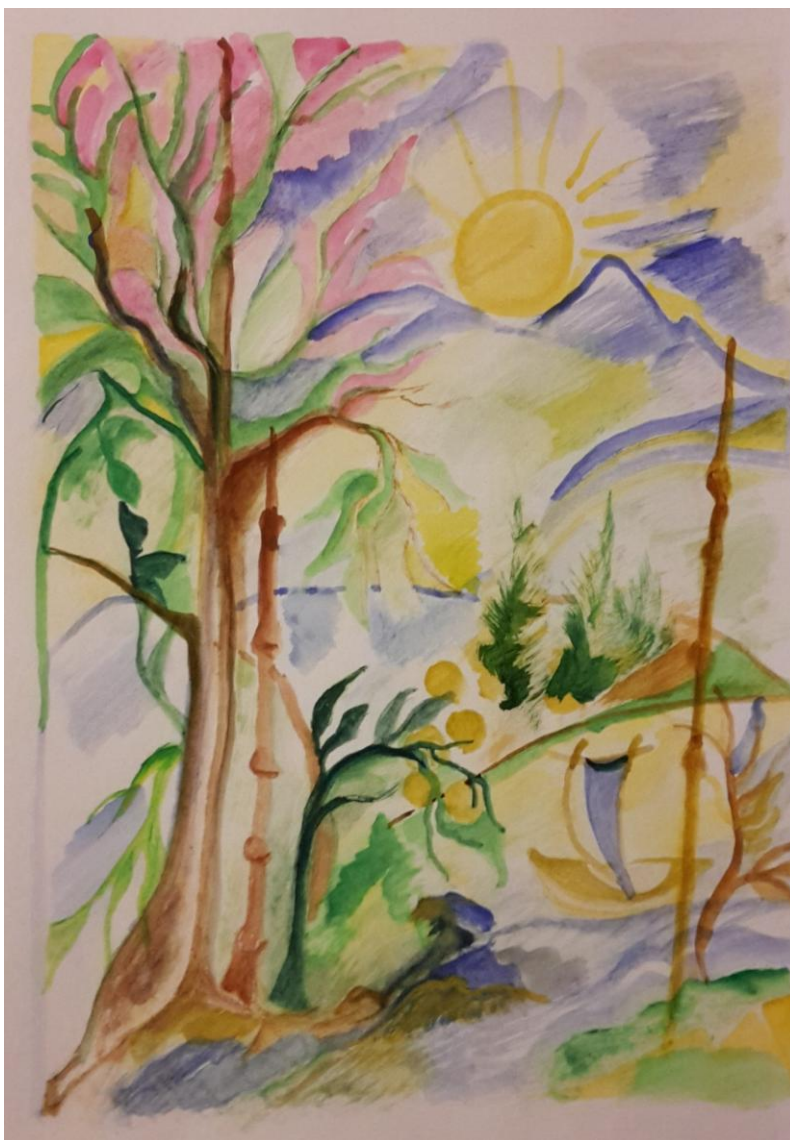
Za chalupami se rýsuje psí hlava, která proporčně neodpovídá. Nicméně i tak tento moment považuji za velmi kladný. Jedná se totiž o den, kdy se mnou v práci byl můj pes. Ivanka na něj reaguje velmi pozitivně. Ráda ho hladí a povídá si s ním. Když ví, že přijde se mnou, přinese mu od snídaně rohlík. Shledávám jako pozitivní, že je schopná čas od času do produkce zakomponovat nějaký moment z přítomnosti.



Obrázek 15 – Předjaří, 29.3 2014

Kresba – pro Ivančino poslední období velmi typická. Strom s velmi rozvětvenou korunou, která má až známku ornamentu. Hory, bez kterých se její produkce jen stěží obejde. Slunce zapadající za ně. Letící pták v obloze. To vše malované hnědou, zelenou a modrou barvou, ke které autorka občas přidá jiné. V tomto případě se jedná o žlutou a oranžovou. I přesto, že je prostor plný, budí dojem prázdnoty a samoty.

Konkrétně v tomto artefaktu je použito celkem dost vody a dochází díky tomu k drobení čtvrtky.



Obrázek 16 – Čína – lodička, 27. 3.2014

Velice dekorativní a ornamentální obrázek. Nepopírám, že se to vylučuje s daným tématem, ba naopak. Dokonce bych řekla, že se klientce podařilo dostat do obrázku exotickou atmosféru.

V prvním plánu je strom, bambusy a rostlina, která na sobě má pět plodů. Tyto objekty dohromady tvoří další rámeček. V něm pluje po vodě loďka s plachtou. Hory nad ní tvoří vysoký horizont, nad nímž září slunce s vykreslenými paprsky. Nesetkávám se u Ivanky často s tímto jevem. A tak si kladu otázku, zda tím chtěla položit důraz na teplejší podnebí, či něco jiného? Slunce ještě obkreslila, bylo pro ni v ten moment důležité.

Pro tentokrát se nestala obrysovou linkou oblíbená hnědá, a díky tomu nechala klientka více promluvit jiné barvy. Zástupnou barvou se tak stala okrová. Zelená a žlutá

v určitých momentech zakřičí, ale modrá se postará o klidnější průběh. Růžová se objevuje pouze v koruně stromu, možná by prospělo, kdyby se objevila ještě jinde.

Artefakty zátiší s květinou



Obrázek 17 – Cirkus 1 .7.2014

Autorka podotkla: „*Tohle je cirkus*“. Ten údajně ráda navštěvovala. Na velice lehce naznačeném stole, který se sklápí směrem k nám, se nachází váza připomínající spíše starobylý nočník, v němž je květina. V momentě, kdybychom připustili, že se jedná o nočník, jistě bychom našli souvislost s Ivančiným pomočováním. Bylo zapotřebí jí připomínat toaletu. Mnohdy nechtěla nápoj právě kvůli tomu, aby předešla nehodě. Jenže pak byla dehydrovaná. Postupem času jsem ji naučila pít nápoje z malých hrnečků a průběžně jsem jí naznačovala, že si má odskočit.

Pokud bychom se pokusili identifikovat květiny, s jistotou určíme pouze tulipány a gerbery, ostatní květy nelze rozpoznat. Všechny tulipány jsou červené. V Ivančině kontextu nás tulipán odkazuje k jejímu tatínkovi, který hrál v jejím životě velice důležitou roli. To bylo

podmíněno předčasnou smrtí matky. Gerbery jsou červené a růžové. Listy temně zelené, začínají se špinit. Pozadí a stůl má modro fialový nádech. Bílý rámeček je větší než obvykle.

Domnívám se, že tento artefakt nejvíce zastupuje Ivančin problém somatického rázu. Jednoznačným způsobem se zde projevilo, že se Ivanka za svůj problém stydí. Do jisté míry mě v tomto úsudku utvrzuje zkušenost, kterou s klientkou v tomto ohledu mám, ale domnívám se, že se zde potvrzení nalézá tak jasnou formou, že by bylo chybou přejít to bez povšimnutí.



Obrázek 18 – Bez názvu, 18.6. 2014

Autorka chtěla namalovat „něco nového“. Na stole, tedy spíše na jeho hraně, se nachází váza s květinou, která se ztrácí ve zmeti ornamentů a dekorativních prvků. V určitých místech ztrácí pozorovatel orientaci, zda jde ještě o květinu nebo už se jedná o pozadí. Identifikovat se dá růže a tulipán ostatní květiny není možné určit.

Barevně převládá oranžová a žlutá. Pokud nenechá některá místa Ivanka úplně bílá, vybarví je modrou, která jí ale značně v tomto artefaktu šedne. Bílá váza sice budí dojem nedokončenosti, ale nejspíše to byl klientčin záměr.



Obrázek 19

Způsobem zpracování tento artefakt působí oproti jiným rozvolněně. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, je opět míra použité vody. Dalším důvodem může být, to, že klientka nevykreslovala v takové míře obrysy.

Artefakt je přeplněn, opět po rámeček. Absentuje tu však objekt, na kterém by váza s květinou stála. Do vázy zarůstá rostlinný motiv. Dekorace na okraji vázy působí jako dvě tykadla nebo oči, které se na nás dívají.

Barevně je tento obrázek velice intenzivní. Domnívám se, že se jedná spíše o anilinky než standardní vodové barvy. Ne vždy je možné zabránit přísunu těchto barev. O slovo se hlásí červená. Krom žluté a zelené má ve všech ostatních barvách svůj díl.



Obrázek 20 – Bez názvu, 27. 2.2015

Když Ivanka malovala tento artefakt, byla po prodělané angíně. Údajně prodělala také onemocnění pásovým oparem. Vyprávěla mi, že jí „dalí“ miminko, ale vůbec nic ji nebolelo a v celé situaci nevystupoval žádný muž. Nejsem si jistá, do jaké míry chápe to, že já sama jsem těhotná, a tím pádem v daný okamžik projektovala můj stav do své fantazie.

8. 6. 2015 jsem Ivanku navštívila, chtěla jsem vědět, jak se jí daří. Právě malovala opět vázu s květinou a na části papíru ležela živá kočka. Ivanka čekala, až si kočka lehne na jiné

místo. Pasivně vyčkávala. Ptala se mě, zda přijdu zítra do práce. To je další důkaz toho, že si nedává dohromady souvislosti, proč v práci nejsem.

Obrázek 20. je malovaný velice suchým štětcem. Některé barvy jsou oslabené množstvím bílé, která z papíru prosvítá. Stejně jako v předešlém artefaktu dominuje červená. Najde se zde i jistá komplementarita barev. Květiny jsou namalované ledabylým a zjednodušeným způsobem, který není u klientky zvykem. V některých momentech se jeví téměř nedokončeně. V levém horním rohu se nachází ptáček, který se dívá taktéž doleva.

Závěr

Prvním ze zájmů bylo sledovat výtvarný posun, chceme-li změnu klientčiny produkce. Dle klientčinych výstupů je patrné, že k ní opravdu došlo. Z počátku byla tvorba velmi kresebná a barvy měly užší škálu. V průběhu let se kresebnost začala postupně vytrácet, nelze však tvrdit, že vymizela úplně. Pokud bychom se na barevnou paletu zaměřili, jen v posledních letech dalo by se tvrdit, že klientka má rozdělené barvy do tematických okruhů. Pokud maluje krajinu, nacházíme v ní převážně hnědou, zelenou a modrou. Tyto barvy doplňuje občas žlutá, oranžová, růžová. V artefaktech s květinami dominuje růžová, oranžová, žlutá a červená. Občas se objeví zelená a modrá.

Za poznámku stojí také naprostá absence černé a oproti tomu velký apel na bílou barvu. Tyto znaky se táhnou jako nit celou klientčinou produkcí. Stejně tak tomu je i v provedení rámečku. Někde se dokonce rámeček ukazuje ještě v obrázku. Klientka cítí potřebu svůj výtvarný projev kontrolovat a je velmi nešťastná, když se jí nedaří tvořit dle jejích představ, obvykle dochází na základě této situace k nedokončení obrázku.

Plány jsou obvykle pouze dva, jen omezeně se objevuje třetí. Důvodem bývá i barevná neodstupňovanost. Barevná intenzita je po celém obrázku stejná. Horizonty objevující se v produkci bývají velmi vysoko, což nás opět vrací ke klientčině potřebě uzavírat se.

Překvapivé je, že klientka, přestože maluje dle svých vlastních představ, nemá předlohu. Čas od času se jedná přímo o blud, který infiltruje do obrázku. Přesto je schopna nepatrný detail z reálného života integrovat do artefaktu. Je to tedy do jisté míry odpověď na otázku, zda se do výtvarné produkce prolíná realita. Při hlubším studiu je možné upozorovat aspekty, které by při povrchním náhledu mohly působit nevýrazně a nenápadně. Při bližším zkoumání lze ovšem pochopit jejich skrytý význam.

Dalším bodem byla somatizace v tvorbě. Zpětně opět docházím k názoru, že vzhledem k vysokému počtu artefaktů jsem určité signály nezachytila. Na druhé straně jsem zcela jasně zaznamenala fakt, že Ivanka má problémy s pomočováním.

Jako důležitý fenomén pro klientčinu tvorbu posledních let se jevila stereotypie. Jedná se o artefakty, ve kterých se objevuje buď květina s vázou, nebo krajina se stavbou.

Zátíší s květinou bývá geometrické, velice pestrobarevné. Klientka pracuje na tomto tématu schematicky. Nemusí příliš přemýšlet, v hlavě má stanovený vzor, kterého se drží.

Neodchyluje se od svých představ, snaží se dodržovat vymezené hranice. Vytvořila si svou vlastní škálu motivů, kterou není často ochotná přesáhnout. Jestliže se zaměříme na symboliku květiny, lze se domnívat, že se Ivanka vrací do období svého nejranějšího dětství. Čistě hypoteticky v tomto případě může jít o odkaz na maminku. Problém se jeví složitější i z toho důvodu, že matka zemřela již rok po Ivančině narození. Může se tedy jednat o zážitek z porodu a o důsledek vlivu nejtěsnějšího kontaktu mezi matkou a dítětem. Stejně tak ale odkazuje na pomočování, kterým klientka trpí. Regres do období, kdy dítě potřebuje bezprostřední zájem a pomoc matky, do období, kdy matčina předčasná smrt a absence ve výchově znamenala fatální vliv na Ivančin následný psychický vývoj.

Motiv krajiny se jeví pro klientku jako o něco složitější záležitost. Tvorbu zastavují myšlenkové zárazy. Uzavírá se sama do sebe, o čemž vypovídá i barevnost, která je v případě krajiny spíše chladná. Ač krajina sama o sobě odkazuje opět k matce, klientka zde řeší i problematiku otce. Jednou z možností je i to, že jeho osobnost vnáší do děl chaos a chlad. Artefakt se většinou rozpadá na dvě a více částí, střídá se luna se sluncem. Papír bývá více vydřený. Stromy jsou polámané a mají suché větve. Toto téma nese více destruktivní potenciál než téma květina s vázou.

Terapeutická práce s klientelou tohoto typu přináší řadu obtíží. Začátky našeho vzájemného terapeutického vztahu nesly známky bezradnosti. Realita neodpovídala mým profesním představám. Na základě dosavadního studia a práce jsem disponovala určitými ambicemi, určitým očekáváním. Počáteční elán a euforie ovšem částečně opadly a byly vystřídány výraznou deziluzí. Arteterapii jako takovou, a tím spíše rožnovskou, aplikovat u schizofreniků de facto nelze. Metodické vedení jsem vzdala prakticky okamžitě. Komunikace s klientkou, která se nachází v devadesáti procentech mimo realitu, byla také velice složitá. Z toho všeho zbyla jen intuice, trpělivost a víra v to, že se vše zlepší.

Díky této zkušenosti jsem došla k závěru, že terapeut nemusí nutně činit vše, co mu dané zaměření nařizuje, doporučuje. Může být jen tichý prostředník určený k tomu, aby ze sebe klient dostával věci, které ho tíží a nějakým způsobem matou jeho realitu. Schizofrenní pacient ocení prostor a čas terapeuta a nežádá po něm ve své postatě nic více.

Klientka, o které celá má práce pojednává, je důkazem toho, že komunikace je možná jen skrze výtvarný artefakt a není třeba dlouhých vět pro pochopení jejího momentálního nastavení. V případě, že cítí určitý tlak, přehnanou míru dotazů, námitek, stáhne se do sebe, cítí se ohrožená a místo pěti slov nevysloví žádné.

Tato klientka je natolik specifická, že by se postupy, které s ní fungovaly, nedaly aplikovat na celou schizofrenní klientelu. Nejdůležitější pro mě bylo, že jsme si našly vzájemný způsob komunikace a koexistence, aniž by to jednu z nás nějakým způsobem omezovalo nebo zúzkostňovalo.

Seznam odborné literatury:

Marie Vágnerová. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Pavel Hartl, Helena Hartlová. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

Helena Kučerová. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

Lucie Bankovská Motlová, Filip Španiel. *Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21.století*. Praha: Mladá Fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

Eva Češková. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-266-7.

Andrej Dragomirecký. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. Praha:Stratos.

Klaus Dörner, Ursula Plog. *Bláznit je lidské učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha:Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

Libinger Jan. *Schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum, 1991. ISBN 80-85121-13-1.

Vymětal Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

Syřišřová Eva. *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. Praha: Nakladatelství československé akademie věd, 1965. ISBN 08/20 21-910-65.

Syřišřová Eva a kolektiv. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství, 1989. ISBN 08-0520-89.

Alena Nádvorníková. *Art brut v českých zemích*. Olomouc:T.A. Print, 2008. ISBN 978-80-87149-03-4.

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

Alena Nádvorníková. *Art brut v českých zemích*. Olomouc: Arbor vitea, 2008. ISBN 978-80-86300-95-5.

Eva, Jan Švankmajerovi. *Syrové umění*. Klenová, Praha: Arbor videa, 2004.

Petr Zvolský a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum – nakladatelství University Karlovi, 1997. ISBN 80-7184-203-6.

Eugen Vencovský. *Čtení o psychiatrii*. Brno: Tisk, 1983. ISBN 08-067-3-83.

Časopisecké statě:

Radovan Příkryl. *Antipsychiatrické hnutí*. Psychiatrie pro praxi. Solen medical education, 2010. Roč 11, č. 1. Dostupné na www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/10.pdf

Terezie Zemánková. *Exkurze do oblasti art brut: Imaginací proti životním prohrám*. A2. 1.04.2009, 7.s 1-2. Dostupné na www.advojka.cz/archiv/2009/7/exkurze-do-oblasti-art-brut

Jana Ledvinová. *Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti*. Dostupné na <http://casopiscaa.wz.cz/clanky/c02%20ledvin.doc>.

Marie Lhotová. *Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu*. Dostupné na <http://casopiscaa.wz.cz/clanky/c09%20ornament.doc>.

<http://www.gseart.com/Artists-Gallery/Gugging-The-Artists-Of/Gugging-The-Artists-Of-Biography.php>

Evžen Perout. *Arteterapie jako aplikované umění?* <http://www.sciart-cz.eu/pdf/Arteterapie.pdf>

Přednášky:

Evžen Perout. *“Psychiatrická” linie a její význam pro arteterapii jako obor*. http://roznovska-arteterapie.wz.cz/2015/PRISPEVKY_XII.KONFERECE_AA_2015/PEROUT.ppt

Bibliografický záznam:

Tereza Smetanová. „*Vůně dále, vůně květů*“ *Výtvarná kazuistika klientky s diagnózou duševního onemocnění*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Fakulta pedagogická, Ateliér arteterapie 2015. Vedoucí bakalářské práce Evžen Perout.