



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Ateliér arteterapie

Bakalářská práce

Specifika výtvarného projevu u dětí a dospívajících se somatickými problémy

Vypracovala: Jitka Syslová
Vedoucí práce: PhDr. Yvona Mazehóová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Prohlášení

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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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.

Ve Velkém Meziříčí dne 1. 1. 2016

.....

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Yvoně Mazehóové, Ph.D. za vedení práce, odbornou pomoc, cenné připomínky a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat PaedDr. Evženu Peroutovi za ochotu a cenné rady.

Název práce: Specifika výtvarného projevu u dětí a dospívajících se somatickými problémy

Autorka: Jitka Syslová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Yvona Mazehóová, Ph.D.

Anotace: Tato bakalářská práce je zaměřena na výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících se somatickými problémy. Cílem práce je zjistit specifika ve výtvarném projevu dětí a dospívajících se somatickým onemocněním. Teoretická část se zabývá somatickým onemocněním a jeho vlivem na psychiku dítěte, charakteristikou dětského výtvarného projevu, diagnostickými aspekty výtvarného projevu a poznatky o kresbě dítěte se somatickým onemocněním. Praktická část vychází z osobní zkušenosti s výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících se somatickým onemocněním hospitalizovaných na dětském oddělení. Výtvarná tvorba s dětmi a dospívajícími v nemocnici se stala podnětem k položení si otázek: Jaké jsou společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním? Jaké jsou společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním? Projevují se odlišnosti v tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním oproti tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním? V praktické části přibližuji výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících se somatickými problémy, snažím se vysledovat společné znaky v jejich výtvarném projevu a zodpovědět na položené otázky.

Klíčová slova: výtvarný projev, somatické onemocnění, psychický vývoj dítěte

Main topic: The specifics of art expression of children and adolescents with somatic problems

Author: Jitka Syslová

Supervisor: PhDr. Yvona Mazehóová, Ph.D.

Annotation: This bachelor thesis is focused on the work of art of children and adolescents with somatic problems. The goal of this thesis is to find out the specifics of artistic expressions of children and adolescents with somatic diseases. The theoretical part deals with somatic disease and its impact on the psyche of the child, the characteristics of the child's artistic expression, the diagnostic aspects of the artistic expression and the knowledge of the child's with somatic disease drawing. The practical part is based on my personal experience with the artistic creations of children and adolescents with somatic diseases admitted to the paediatric department. Artistic works with children and adolescents in the hospital became an incentive for asking these questions: What are the common features of the artistic expressions among children and adolescents with long-term chronic diseases? What are the common features of the work of art among children and adolescents with paroxysmal diseases? Are there the differences in the work of children and adolescents with long-term chronic diseases in comparison with the work of children and adolescents with paroxysmal diseases? In the practical part I expound the work of art of children and adolescents with somatic problems, try to find out the common features in their artistic expressions and to answer the asking questions.

Key words: artistic expression, somatic disease, mental development of a child

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Somatické onemocnění a psychický stav dítěte.....	10
1.1 Vlivy působící na zvládání nemoci u dítěte	10
1.1.1 Zvládání nemoci a vývojová úroveň dítěte	10
1.1.2 Vlivy a okolnosti zvládání nemoci.....	13
1.1.3 Postoj okolí k nemocnému dítěti a zvládání nemoci.....	13
1.1.4 Rozsah somatického postižení a zvládání nemoci	14
1.2 Psychické následky somatických poruch u dětí a dospívajících	14
2 Kategorie somatických onemocnění z hlediska vlivu na psychiku dětí a dospívajících.....	15
2.1 Nemoci provázené záchvaty u dětí a dospívajících.....	15
2.2 Nemoci s projevy bolestí u dětí a dospívajících.....	16
2.3 Dlouhodobá a chronická onemocnění u dětí a dospívajících	17
2.4 Běžná onemocnění provázená horečkou u dětí a dospívajících	18
2.5 Psychosomatická problematika u dětí a dospívajících	19
3 Výtvarný projev u dětí a dospívajících	20
3.1 Vývoj výtvarného zobrazování.....	20
3.1.1 Teorie kognitivního vývoje	20
3.1.2 Vývojová stadia výtvarného zobrazování	21

3.2	Diagnostické aspekty výtvarného projevu.....	24
3.2.1	Neprojektivní využití dětské kresby.....	24
3.2.2	Využití dětské kresby jako projektivní metody	24
3.2.3	Dětský výtvarný projev v normě a patologie v dětském výtvarném projevu 25	
3.2.4	Projevy úzkosti v dětské kresbě	26
3.3	Kresba dítěte se somatickým onemocněním	27
PRAKTICKÁ ČÁST		31
4	Cíl práce.....	31
5	Výzkumné otázky	31
6	Zpracování praktické části	32
6.1	Metodický postup	32
6.2	Soubor dětí a dospívajících	33
6.3	Výtvarná tvorba dětí a dospívajících s chronickým dlouhodobým onemocněním 34	
6.4	Průběh výtvarné tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy.....	35
6.4.1	Práce s barvou	36
6.4.2	Projevy izolace a osamocení	39
6.4.3	Odkazy k somatickému postižení a sebepojetí.....	40
6.4.4	Symbolický výraz strachu a ohrožení	42
6.4.5	Kompozice a řešení prostoru.....	43
6.4.6	Výtvarný regres.....	44

6.4.7	Ukázky výtvarné práce dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním.....	45
6.5	Výtvarná tvorba dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním 49	
6.5.1	Průběh výtvarné tvorby dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie	50
6.5.2	Práce s barvou	52
6.5.3	Projevy izolace a osamocení	56
6.5.4	Odkazy k somatickému postižení a sebepojetí.....	58
6.5.5	Symbolický výraz strachu a ohrožení	63
6.5.6	Kompozice a zobrazení prostoru.....	67
6.5.7	Výtvarný regres.....	68
6.5.8	Známky organického postižení mozku	69
6.5.9	Ukázky práce dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie	70
7	Diskuze	77
	ZÁVĚRY	85
	SOUHRN	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	89
	SEZNAM PŘÍLOH A POUŽITÝCH ZKRATEK	92

ÚVOD

Téma práce Specifika výtvarného projevu dětí a dospívajících se somatickými problémy, které jsem se rozhodla zpracovávat, vychází z osobních zkušeností s výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících hospitalizovaných na dětském oddělení. Toto téma je pro mě velice blízké, protože pracuji deset let na jednotce intenzivní péče dětského oddělení jako dětská sestra. Před třemi lety jsem začala s dětmi hospitalizovanými na dětském oddělení výtvarně pracovat. Inspirací a podnětem k výtvarné tvorbě s dětmi v nemocnici pro mě bylo studium arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a praxe arteterapie s dětmi ve Fakultní dětské nemocnici v Brně, kterou jsem v rámci studia absolvovala.

Při výtvarné práci se somaticky nemocnými dětmi v nemocnici jsem vycházela z myšlenky, že je důležitá léčba nejen těla, ale i duše. Děti v nemocnici jsou často odloučené od rodiny, prožívají pocity osamocení, ale i strach z léčebných výkonů nebo bolest. Proto jsem chtěla výtvarnou tvorbou s dětmi dosáhnout uvolnění jejich napětí, které s sebou hospitalizace a nemoc přináší, ale i rozvoje spolupráce s dítětem a psychické podpory. Důležitou součástí výtvarné práce s dětmi se stalo i zpříjemnění jejich pobytu v nemocnici.

Výtvarná práce s dětmi mě přivedla na myšlenku k položení si otázky, jaká jsou specifika výtvarné tvorby dětí a dospívajících se somatickým onemocněním. V praktické části bakalářské práce se zabývám popisem výtvarné práce s dětmi a dospívajícími se somatickým onemocněním a pokusila jsem se zjistit, zda se objevují společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s chronickým onemocněním. V teoretické části se zabývám vztahem mezi somatickým onemocněním a psychickým stavem dítěte, popisem výtvarného projevu dětí a dospívajících v normě i patologii a kresbou dětí se somatickým onemocněním. Zpracováním tématu bych chtěla zjistit, zda existují společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s chronickým somatickým onemocněním a poukázat na souvislost mezi prožíváním nemoci a výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Somatické onemocnění a psychický stav dítěte

1.1 Vlivy působící na zvládání nemoci u dítěte

Reakce dítěte na nemoc je jiná než u dospělých, vzhledem k odlišnosti jejich prožívání a uvažování. Postoj dítěte k nemoci souvisí s dosaženou vývojovou úrovní dítěte, na jeho zkušenostech a osobnostních rysech, ale i s chováním rodičů (Vágnerová, 2014).

1.1.1 Zvládání nemoci a vývojová úroveň dítěte

Z pohledu vývoje dítěte je důležité, v jakém věku dítěte k onemocnění došlo. Pro každý věk dítěte je z psychologického pohledu důležité uspokojování jeho specifických potřeb (Krejčířová, 2006). Vágnerová (2014) popisuje, že nemoc ovlivňuje psychické potřeby dítěte v závislosti na vývojové úrovni dítěte.

V kojeneckém věku je základním vývojovým úkolem utvoření pevného vztahu dítěte k matce a na jeho základě získání pocitu bazální jistoty a důvěry ve svět. Vytvoření vztahu se kolem 6 – 8 měsíců může projevit separační úzkostí a později strachem z cizích osob. Děti v tomto věku jsou vnímavé k senzorické a pohybové deprivaci a při hospitalizaci by mohlo dojít k vývojovému regresu nebo zpomalení vývoje. Separace dítěte od rodiny v nemocnici může vést rozvoji anaklitické deprese, která se projeví obdobím protestu s pláčem a voláním po matce, následuje apatie a ztráta zájmu o okolí, následně dojde k adaptaci, kdy se dítě od rodičů odpoutává a začíná navazovat vztahy k náhradním osobám. Proto je důležité při onemocnění dítěte omezit oddělení dítěte od rodiny a nezapomínat na stimulaci dítěte (Krejčířová, 2006).

V batolecím období přetrvává separační úzkost při odloučení dítěte od rodiny a strach z cizích lidí. V tomto věku mohou vznikat fobie. Děti mezi 1. a 3. rokem života mají potřebu pohybové aktivity a špatně snášejí omezení pohybu při nemoci. Základním vývojovým konfliktem tohoto období je autonomie proti hrozcím pocitům studu a pochybností. Proto je důležitá aktivita dítěte a dostatek prostoru pro jeho autonomii se stanovenými limity chování. Riziko hyperprotektivního chování okolí vůči nemocnému

dítěti by mohlo snižovat spontaneitu dítěte. Hyperprotektivní rodiče neposkytují pevné vedení a jasné hranice a brání potom dítěti v dosažení bezpečného pocitu autonomie bez pocitů studu a nejistoty (Krejčířová, 2006).

Předškolní období je charakteristické podle vývojové teorie Eriksona konfliktem mezi vlastní iniciativou a pocity viny (1999 in Krejčířová, 2006). Vyvíjí se potřeba porozumět světu i vlastnímu tělu. Protože myšlení v tomto období bývá magické, fantazie dítěte může umožnit vznik pocitů viny. Dítě může vnímat nemoc a lékařské zákroky jako trest za zlobení (Krejčířová, 2006). Děti v předškolním věku nejsou schopny rozumět podstatě nemoci a je pro ně důležité hlavně to, jak je nemoc zatěžuje. Hledají jednoznačnou příčinu nemoci, nahodilost nebo neosobní příčina je pro ně nepochopitelná. Nemoc si můžou děti vysvětlovat jako trest za provinění. V jejich představách může mít podobu ohrožujícího mechanismu nebo být personifikována, například v podobě příšery, která je ohrožuje (Vágnerová, 2014). Vzhledem k rozvoji řeči a komunikace, je v tomto období důležitá komunikace s dítětem a vysvětlování. Významný je pro dítě stále i kontakt s rodinou (Krejčířová, 2006).

V mladším školním věku je předmětem zájmu dítěte snaha o výkon ve škole i mimo školu a soupeření s vrstevníky. Pokud dítě zaostává ve výkonnosti, mohou vzniknout celoživotní pocity méněcennosti. Toto riziko hrozí u dětí s onemocněním, které snižuje jeho výkonnost, ale i při obtížích s koncentrací pozornosti nebo vlivem vedlejších účinků léků. Kontakt s druhými dětmi je v tomto věku důležitý pro rozvoj sociálních dovedností dítěte, osvojování sociálních rolí i vlastní sexuální identity a z hlediska vývoje sebepojetí. Proto je podstatné v tomto věku při onemocnění dítěte omezit hospitalizaci a izolaci na minimální dobu. Mladší školní věk je obdobím realismu, děti chtějí dospělým vyhovět a uspět i v situaci léčby. Motivací k léčbě u dětí může být i snaha o zlepšení výkonnosti (Krejčířová, 2006). Vágnerová (2014) popisuje rozumové hodnocení nemoci v tomto období v souvislosti s realismem raného školního věku. Děti přijímají skutečnost i nemoc jako danou věc, neuvažují o jiných variantách, přestože vědí, že ostatní jsou zdraví.

V pubertě probíhá podle Eriksona období konfliktu identity proti pocitům nejistoty o své vlastní roli (1999 in Krejčířová, 2006). Pokud trpí dítě chronickým onemocněním, musí být nemoc do identity dítěte integrována. Vliv vrstevnické skupiny je v tomto období ještě výraznější, než v období předcházejícím a vazby v rodině jsou více uvolňovány. Odpoutávání od rodiny, které je jedním ze základních vývojových úkolů dospívání, může

být u dětí s chronickým onemocněním ztížené. Ambivalentní postoj nebo odpor k autoritám v tomto věku může komplikovat spolupráci při léčbě. Vnímání tělesného schématu v tomto věku se dostává do popředí a děti mohou vnímat i malou jizvu po operaci jako ohrožující (Krejčířová, 2006).

Zvládání nemoci v období dospívání se mění v souvislosti se změnou uvažování dospívajícího, kdy se mění i postoj k nemoci. Dospívající si uvědomuje, odmítá a kritizuje. Dospívající může v tomto období nemoc přijmout jako součást své identity, ale také se může proti nemoci bouřit a odmítat ji (Vágnerová, 2014). Dospívání je obdobím dotváření identity. V tomto vývojovém období pokračuje odpoutávání od rodiny. Důležité jsou pro dospívajícího sexuální otázky, proto jsou pro ně často některé nemoci i lékařské zákroky stresující. Podstatné jsou také otázky volby povolání, pracovního uplatnění i budoucího rodičovství (Krejčířová, 2006).

Vágnerová (2014) popisuje, že dospívající si v souvislosti s onemocněním uvědomuje možnost budoucího ohrožení chorobou ve vztahu k volbě povolání i k mezilidským vztahům. Dospívající je již schopen pochopit onemocnění, jeho příčiny i následky (Vágnerová, 2014).

Pro celé období dospívání od počátku puberty je typická specifická zranitelnost a snížená odolnost vůči stresu. Pro zvládání somatických problémů v tomto věku je velmi důležitá komunikace, informovanost a respektování dospívajícího jako plnohodnotného partnera (Krejčířová, 2006).

Přiměřeně k věku je potřeba vysvětlit dítěti omezení i léčebné postupy. U mladších dětí jsou podstatné emoce a senzitivita, děti školního věku dokážou uplatnit představy o příčinách i důsledcích onemocnění. Některé děti mají strach a úzkost ze somatických potíží, u některých dětí se může objevit moment výhody z nemoci. Zvýšená pozornost a péče, která je věnována dítěti i ztráta povinností, můžou být vnímány jako pozitivní a děti mohou snadno podlehnout zveličování nebo předstírání příznaků nemoci (Veselá, 2007).

1.1.2 Vlivy a okolnosti zvládání nemoci

Každé dítě i dospívající může reagovat na stejné onemocnění jiným způsobem.

Matějček (2001) popisuje, že důležitou roli ve zvládání nemoci u dítěte mají některé základní rysy jejich duševní výbavy, ke kterým řadí genetický vklad po rodičích, inteligenci, stupeň dráždivosti nebo odolnosti nervového systému, temperamentové rysy i některé hlouběji zakotvené rysy, jako jsou extroverze, introverze nebo dominance či submise. Dále Matějček (2001) pojímá zvládání nemoci dítětem v souvislosti s frustrační tolerancí dítěte, tedy odolnosti vůči zátěžím, které nervovému systému přinášejí opakované frustrace. Frustraci definuje jako soubor nepříjemných prožitků z nemožnosti uspokojit nějakou duševní potřebu a uvádí, že v případě onemocnění dítěte mohou zůstat neuspokojené různé potřeby dítěte. Například potřeby kontaktů s jinými dětmi, uplatnění ve společnosti, citových vazeb a podobně.

1.1.3 Postoj okolí k nemocnému dítěti a zvládání nemoci

Onemocnění dítěte vyvolává v sociálním okolí někdy soucit a protektivní reakce. Somatické onemocnění mění postavení dítěte v rodině, ve škole i ve vrstevnické skupině. Dítě, které není schopné plnit běžné povinnosti jako ostatní děti, bývá posuzováno jinak než zdravé děti. Zvýšená tolerance a odlišné hodnocení dítěte bývá spojeno s tím, že dítě není rovnocenné s ostatními dětmi. Sociální význam může mít omezení některých činností dítěte, především pokud jsou spojeny s omezením běžných aktivit, jako jsou pohybová aktivita nebo dieta. Mladší děti nedovedou chápat některá omezení a mohou je vnímat jako účelovou frustraci. Nemoc dítěte může ohrozit vývoj schopností dítěte i vést k přetrvávající závislosti na pomoci druhých (Vágnerová, 2014).

Vliv zátěže nemocí může také změnit postoj rodičů k nemocnému dítěti. Postoj rodičů může být hyperprotektivní, někdy se projeví i postoj se ztrátou zájmu o nemocné dítě. Protektivní postoj rodičů, který je přiměřený ve vztahu k malému dítěti, může bránit starším dětem v přijatelném rozvoji. U dospívajících může projektivní přístup rodičů způsobit vzpouru, negativistický přístup k nemoci, odpor a nedodržování léčby. Nemoc ovlivňuje také vztahy v rodině a postoj ke zdravým sourozencům dítěte (Vágnerová, 2014).

1.1.4 Rozsah somatického postižení a zvládání nemoci

Vliv na zvládání somatického postižení u dítěte je rozdílný i podle druhu onemocnění nebo postižení, kterým dítě trpí. Matějček (2001, s. 20) uvádí: „*Nejen objektivní míra omezujícího vlivu postižení, ale i subjektivní hodnocení jeho sociálního dopadu pomáhá určovat, jak pacient toto své postižení zařadí do struktury své osobnosti.*“

1.2 Psychické následky somatických poruch u dětí a dospívajících

Vliv somatických potíží na psychiku dítěte může vznikat jednak přímým působením, kdy k poruchám psychického vývoje dochází působením změn ve tkáních, jednak nepřímým působením v souvislosti se změnou situace nemocného dítěte a s přetěžováním nervové soustavy prožíváním bolesti nebo hospitalizací. Dítě se ocitá v neznámých situacích, může být narušen jeho pocit bezpečí. V chování se u dítěte může objevit agrese, stereotypy nebo vývojová regrese (Veselá, 2007).

Matějček (2001, s. 59) uvádí: „*Možno konstatovat, že každé somatické onemocnění znamená určité mimořádné zatížení (případně i přetížení) nervové soustavy dítěte. Takové zatěžování, zvláště je – li intenzivní a dlouhodobé, může vést k narušení normálního postupu ve vývoji a zrání nervového systému dítěte.*“ Na mozek dítěte mohou některé nemoci působit primárně i sekundárně a můžou být příčinou poruch psychického i sociálního vývoje. Některé nemoci nemají přímý vliv na centrální nervový systém dítěte, ale mohou nepřímo přinášet komplikace do psychosociálního vývoje dítěte (Matějček, 2001).

Psychické následky somatických nemocí a poruch mohou vznikat vlivem přímého poškození centrální nervové soustavy, nepřímým ovlivněním v průběhu nemoci i vlivem změněné společenské situace nemocného dítěte (Matějček, 2001).

Následky, které vznikají vlivem přímého poškození centrální nervové soustavy, se projevují obvykle opožděním a nevyrovnaností psychického vývoje dítěte. Mohou být trvalé, ale i postupně se upravovat (například poškození mozku následky meningitidy). Psychické následky nepřímého ovlivnění nervové soustavy v průběhu nemoci vznikají v důsledku zatížení nervové soustavy. Některá onemocnění jsou pro dítě velmi náročná. Patří mezi ně bolestivá onemocnění, záchvatová i chronická onemocnění.

Některá onemocnění mají toxický vliv na centrální nervový systém. K ovlivnění nervové soustavy může dojít v průběhu léčby i vedlejšími účinky léků, například antiepileptiky u epilepsie. Psychické následky v důsledku náročné sociální situace vznikají u somatických postižení náhlou změnou situace. V důsledku toho se mohou v chování dítěte objevit změny a nápadnosti (Matějček, 2001).

2 Kategorie somatických onemocnění z hlediska vlivu na psychiku dětí a dospívajících

Třídění nemocí u dětí z hlediska jejich vlivů psychologických je odlišné od klasického etiologického rozdělení (Matějček, 2001).

2.1 Nemoci provázené záchvaty u dětí a dospívajících

Nemoci provázené záchvaty jsou charakterizovány opakujícím se náhlým nahromaděním příznaků nebo náhlou změnou stavu pacienta, včetně změny stavu vědomí. Do této kategorie je možné řadit záchvatová neurologická onemocnění, záchvaty dušnosti a srdeční záchvatové potíže. Objektivní příčiny záchvatů jsou různé, ale subjektivně jsou obvykle doprovázeny pocitem nejistoty a úzkosti. Pokud se záchvaty opakují častěji, může dojít k ovlivnění vývoje osobnosti dítěte. Při záchvatu dochází k náhlému přetížení nervové soustavy dítěte, ale také v mezidobí záchvatů mohou cítit děti úzkost a nejistotu z obavy, kdy přijde další záchvat. Napětí, které vyčerpává nervový systém dítěte, se může projevit zvýšenou dráždivostí, přecitlivělostí a výkyvy nálad. Nejistotu a obavy mohou děti prožívat i v důsledku sociálního postavení. Starší děti může představa záchvatu a náhlé bezmocnosti zúzkostňovat. Průběh záchvatu vyvolává úzkost a stres i v nejbližším sociálním okolí dítěte (Matějček, 2001).

K nejčastějším záchvatovým projevům u dětí patří epileptické a neepileptické záchvaty. Parciální epileptické záchvaty postihují ohraničenou část mozku, případně vznikají v jedné mozkové hemisféře. Tyto záchvaty mohou být s jednoduchou symptomatologií (bez poruchy vědomí) a záchvaty s komplexní symptomatologií (s kvalitativní poruchou vědomí). Generalizované záchvaty jsou provázené tonicko - klonickými křečemi jsou spojeny s bezvědomím. Neepileptické záchvaty u dětí mohou být psychogenní a somatické

v závislosti na věku dítěte. Patří sem apnoické záchvaty novorozenců a záchvaty afektivní apnoe u kojenců. U dětí školního věku a dospívajících jsou častým záchvatovým problémem mdloby a kolapsové stavy. Samostatnou kapitolou jsou záchvaty hysterické. Rozlišení hysterie a epilepsie bylo problémem epileptologie již v 19. století, ale i v současnosti je diagnostika obtížná (Komárek, 2000).

Krejčířová (2006) uvádí, že typy epileptických záchvatů a psychických poruch ukazují některé pravděpodobnostní vztahy. U symptomatické (v důsledku jiného známého neurologického postižení) epilepsie se objevují častěji organicky podmíněné poruchy psychických funkcí, včetně poruchy intelektu, než u idiopatické (bez známé etiologie) epilepsie. Negativní vliv na poruchy psychických funkcí má větší frekvence záchvatů i počátek onemocnění v nižším věku. Významný, těžko odlišitelný vliv na psychické funkce má i farmakoterapie. Děti trpící epileptickými záchvaty mají častěji emoční poruchy a poruchy chování, než zdravé děti. Vliv na tyto poruchy mají i reakce rodičů a nejbližšího okolí na nemoc a omezení aktivit. Kognitivní a behaviorální potíže u dětí s epileptickými záchvaty bývají často ovlivněny organickou příčinou a někdy mohou být důsledkem epileptického procesu. U dětí a dospívajících se může projevit i tzv. psychoepilepsie. Jedná se o projevy funkčních záchvatů u dětí s vulnerabilní dispozicí. Tyto děti mívají často současně neepileptické i epileptické záchvaty. Tento problém je u dětí obtížně řešitelný z hlediska diagnostiky i terapie (Krejčířová, 2006).

2.2 Nemoci s projevy bolestí u dětí a dospívajících

Bolest patří k důležitým somatickým projevům. Vágnerová (2014) definuje bolest jako nepříjemný prožitek, spojený s akutním nebo potencionálním poškozením organismu nebo je popisována výrazy takového poškození.

Bolest je signálem nemoci a dítěte sděluje tento signál pláčem. Chování dítěte v bolesti má tedy interakční význam. Děti mají podobně jako dospělí individuální rozdíly v toleranci bolesti. Novorozenec reaguje na bolestivé podněty pláčem a difuzními pohyby těla. Předpokládá se, že hladina bolesti se s věkem zvyšuje (Krejčířová, 2006).

Hodnocení bolesti je vždy subjektivní. K podráždění buněk mozkové kůry vnímajících bolest dochází z postiženého místa v závislosti na řadě vnějších i vnitřních činitelů. Pokud

je podráždění velmi silné nebo trvá velmi dlouho, dochází k přepětí nervového systému a odpovídající části mozku si nemohou odpočinout (Matějček, 2001). Dále Matějček (2001, s. 62) uvádí: „*Platí tedy poučka, že čím více bolesti a čím déle trvá, tím větší nebezpečí pro dobrý stav centrální nervové soustavy dítěte a pro jeho zdravý psychosociální vývoj*“.

Bolest je u dětí zdrojem nepříjemných pocitů, na které reagují emocionálně. Mladší děti nedokážou rozumově hodnotit bolest. Postoj k bolesti je u nich ovlivněn představou o příčině bolesti, a zkušeností s tím, jaký má bolest pro ně význam. Nedovedou pochopit, že bolest může být součástí léčby (Vágnerová, 2014).

Pojetí bolesti a nemoci se s věkem dítěte mění. Bolest v předškolním věku mohou děti vnímat v souvislosti s magickým myšlením jako trest za zlobení. Při vysoké úzkosti může i u starších dětí docházet k regresu a primitivnějšímu úrovní usuzování a pojetí bolesti pak může odpovídat hodnocení bolesti předškolního věku. Popisování bolesti u dětí, její intenzitě, lokalizaci nebo frekvenci je spolehlivé až u předškolních dětí. K hodnocení bolesti se využívají grafické a obrázkové metody (Krejčířová, 2006).

U dětí může dojít i k využívání bolesti. Bolest může přinášet zisky z nemoci, které si uvědomují především starší nemocné děti. Využívání bolesti jako strategie vyrovnávání se zátěží je u některých dětí osvojeno i nápodobou v rodině a může se stát podkladem pro psychosomatické chování v dospělosti (Krejčířová, 2006).

2.3 Dlouhodobá a chronická onemocnění u dětí a dospívajících

Chronická a dlouhodobá onemocnění dítěte je možné léčit, ale tato onemocnění nejsou vyléčitelná nebo jsou vyléčitelná v dlouhodobém časovém intervalu. Tato onemocnění s sebou přináší dlouhotrvající zátěž a stres nejen pro dítě, ale i pro jeho rodinu. Bolest a léčebné procedury, strach z nich, léčebná opatření a omezení, odloučení dítěte při hospitalizaci i strach z ohrožení života se s různou mírou podílejí na prožívání nemoci (Krejčířová, 2006).

Vymětal (2003) uvádí, že chronicky, těžce a nevyléčitelně nemocní se často pohybují mezi domovem a nemocnicí a jejich onemocnění jim přináší řadu omezení. Chronické

onemocnění se vždy týká celé rodiny, mění podstatně dynamiku rodiny i vztahy v rodině (Vymětal, 2003).

Mezi častá chronická onemocnění u dětí, která děti postihují, patří diabetes mellitus, alergie, zažívací poruchy, imunitní a metabolické poruchy i revmatická onemocnění. Dítě je při chronických onemocněních dlouhodobě omezováno ve svých aktivitách a potřebách, často navštěvuje lékaře, dlouhodobě užívá léky (Matějček, 2001).

Psychologické aspekty u dětí s onemocněním diabetes přibližují Štechová a Koloušková (2006), které uvádějí, že propuknutí diabetu u dítěte představuje pro rodinu i malého pacienta velkou psychickou zátěž a vyžaduje vysokou míru sebedisciplíny pro dítě. V průběhu vývoje dítěte se přibližuje problém puberty, která sama o sobě vzhledem k hormonálním změnám vede ke glykemické nestabilitě a u dětí s diabetem se mohou v tomto období života ventilovat typické psychologické problémy a pubertální vzdor (Štechová a Koloušková, 2006).

Křivohlavý (2002) popisuje, že chronická nemoc u dětí může být důležitým faktorem ovlivňujícím jejich identitu. Uvádí, že ovlivnění identity nemocí bylo zjišťováno u dětí s diabetem, rakovinou nebo revmatickou artritidou. Vliv podle něj má na dítě prožívání doby, po kterou se nemůže účastnit vyučování i mimoškolních aktivit, ale i období, po které je dítě upoutáno na lůžko (Křivohlavý, 2002).

Při dlouhodobých onemocněních nedochází k oslabení nervové soustavy intenzitou podnětů, ale jejich dlouhodobým působením. Následkem dlouhodobého působení podnětů na nervovou soustavu může dojít k projevům psychomotorického neklidu, dráždivosti, netrpělivosti, náladovosti a sklonu k afektům. Důležité je náročnost léčebného režimu a psychické potřeby dítěte skloubit a pozitivně motivovat dítěte ke spolupráci při léčbě. Psychické komplikace, jako je úzkostné napětí a depresivní rozlady, které u dítěte v souvislosti s nemocí vznikají, nepřispívají k léčbě, ale zatěžují ji (Matějček, 2001).

2.4 Běžná onemocnění provázená horečkou u dětí a dospívajících

Příznaky běžných horečnatých onemocnění se u dítěte objeví již před projevy nemoci jako nápadnosti v chování dítěte. V akutním stádiu nemoci se příznaky, které se projevily v předchorobí, stupňují. Dítě je neklidné, dráždivé nebo naopak utlumenější a skleslé.

Někdy dochází vzhledem k zatížení nervové soustavy dítěte ke změně chování. Dítě, které bylo v předchorobí dráždivé, může být apatické a spavé. V období rekonvalescence můžou děti zůstat apatické a unavené, nebo naopak dráždivé a neklidné. Někdy může dojít i po krátkém běžném onemocnění dítěte k zastavení vývoje nebo regresi dříve osvojených návyků. V období nemoci je dítěti věnována často zvýšená pozornost rodičů a okolí, proto se někdy se může stát, že když je po skončení nemoci dítě z této pozornosti vytrženo, nechce tuto změnu přijmout a uniká do nemoci, nebo regreduje do nižších stádií vývoje, aby si výhody z nemoci udrželo (Matějček, 2001).

2.5 Psychosomatická problematika u dětí a dospívajících

Každý zdravotní problém má svoji stránku tělesnou, duševní a sociální. Vzhledem k tomu je vhodné přistupovat k onemocnění s ohledem na příčiny, povahu, průběh a důsledky z pohledu bio – psycho – sociálního. U každé zdravotní poruchy je možné pozorovat, jakým způsobem se na ní podílejí činitele povahy somatické, psychické a sociální (Balcar, 2006).

Psychosomatická porucha vzniká v dětství snadněji než v dospělosti. Čím je dítě mladší, tím více je propojeno psychické vzrušení s tělesnými projevy. Děti se často vyjadřují tělem, proto ovlivňují sociální a psychické faktory i tělesné funkce dětí (Špitz, Malá, 1993).

Vágnerová (2014) uvádí, že psychosomatickými poruchami v dětském věku trpí 10% dětí, které jsou léčeny v dětských ambulancích. Psychosomatická problematika zahrnuje různorodou skupinu zdravotních potíží. Potíže dětí mohou být subjektivní a výsledky lékařských vyšetření žádné změny nepotvrdí, přestože dítě potížemi skutečně trpí. Děti, které trpí na psychosomatické potíže, bývají většinou poslušné a ctižádostivé a jejich emoční prožívání bývá úzkostně – depresivní. Tyto děti mají sklon k sebepodceňování a strach ze selhání. Somatické potíže snižují dále jejich výkonnost. Rodiče vnímají tyto potíže jako projev somatického postižení a označení poruchy jako psychosomatické je pro ně často nepřijatelné (Vágnerová, 2014).

Balcar uvádí, že není vhodné ostře rozlišovat poruchy psychosomatické, somatické a psychické, ale protože u některých onemocnění častěji nacházíme výrazný vliv

psychického dění, jsou některá somatická onemocnění, u nichž je psychosomatický přístup důležitý. Patří mezi ně opakovaná záchvatová onemocnění a kolapsové stavy, poruchy cévní dynamiky (především bolesti hlavy) a poruchy zažívacího traktu s opakovanými bolestmi břicha. Tyto poruchy mají nejen povahu psychosomaticky vyvolaného procesu, ale i somatopatogenní příznaky, které je potřeba diagnostikovat, respektovat a biologicky léčit (Balcar, 2006).

3 Výtvarný projev u dětí a dospívajících

Výtvarná tvorba je historicky a ontogeneticky jeden z prvních spontánních projevů duševního života člověka a je určitou formou výpovědi o jeho vnitřním životě, životní orientaci, zájmech, prožívání, myšlenkách a citech. Také vypovídá o sociálním prostředí, ve kterém člověk žije, o vlivech výchovy, kultury i životní minulosti jedince (Pogády, 1993).

Každý artefakt odráží určitou vývojovou úroveň v organizaci schopností dítěte. Kresba probíhá jako organizovaný proces, v němž se spojuje jednota kognitivních a motorických složek, spontaneity, učení, tvořivosti, poznávání a činnosti. Při sledování, jak kresba vzniká, můžeme pozorovat strategii řešení i proniknout do motivace činnosti dítěte (Švancara, 1980).

3.1 Vývoj výtvarného zobrazování

Dětská kresba se vyvíjí v souvislosti s vývojem jedince a nezávisí na jeho uměleckých schopnostech (Davido, 2008). Badatelé, zabývající se vývojem dětského výtvarného projevu, se shodují na tom, že vývoj dětské kresby probíhá podle určitých zákonitostí. Jednotliví autoři rozdělují vývoj dětské kresby do několika stádií.

3.1.1 Teorie kognitivního vývoje

Vývoj výtvarného projevu souvisí s rozvojem kognitivních funkcí dítěte, proto uvádím teorii kognitivního vývoje Jeana Piageta, která představuje základ, z něhož vycházejí

i další koncepce. Šicková (2002) uvádí, že současní arteterapeuti obvykle vycházejí z otogenetického modelu osobnosti, který je založen na vývojových stádiích Piagetovy teorie kognitivního vývoje. Piaget uvádí, že psychologie dítěte se zajímá o duševní růst, tedy vývoj jednání, chování a vědomí až po fázi dospívání, která podle něj představuje vstup jedince do společnosti dospělých (Piaget, Inhelder, 1997). Piaget rozlišuje pět fází vývoje, z nichž každá je pro dítě charakteristická určitým přístupem k poznávání.

Prvním obdobím je **fáze senzomotorické intelligence**, která trvá od narození přibližně do dvou let věku dítěte. Tato fáze je obdobím primárního rozvoje poznávacích procesů. Dítě je závislé na smyslovém vnímání a motorických dovednostech, tedy manipulací s poznávanými objekty. Následuje **fáze předoperační**, která trvá od dvou do sedmi let. Rozděluje se na období **symbolického a předponového myšlení**, které probíhá od dvou do čtyř let. Dítě v tomto věku si již dovede představit objekt nebo činnost, aniž by s ním manipulovalo. Procesy, které směřují k poznávání, mohou v tomto věku probíhat na úrovni představ a dítě již ví, že symboly, například obrázky představují objekt. Rozvoj symbolického myšlení je spojován s rozvojem řeči. Období **názorného intuitivního myšlení** trvá od čtyř do sedmi let. V tomto období je myšlení dětí ještě málo flexibilní a nerespektuje pravidla logiky. Uvažování je egocentrické, ulpívající na viditelných aspektech. Následující **fáze konkrétních logických operací**, která trvá od sedmi do jedenácti let. Dochází k proměně myšlení dítěte. Děti respektují základní zákony logiky ve vztahu ke konkrétní realitě. Myšlení dětí je flexibilnější. Pokračující **fáze formálních logických operací** začíná v 11 – 12 letech. Vývoj myšlení se rozvíjí v návaznosti na konkrétní realitu. V tomto věku jsou dospívající schopni uvažovat hypoteticky a abstraktně i přemýšlet o tom, co by mohlo být (Vágnerová, 2012).

3.1.2 Vývojová stádia výtvarného zobrazování

Švancara (1980) zaujímá názor, podle kterého se většina autorů dnes shoduje na tom, že všechny děti na světě začínají kreslit přibližně stejným způsobem. Perout (2005) popisuje rozdělení vývojových fází výtvarného projevu podle Wictora Lowenfelda v souvislosti s teorií kognitivního vývoje Jeana Piageta na období:

1. Období čáranic (2 – 3 roky)

První pokusy o výtvarné zobrazení se u dětí objevují kolem osmnáctého měsíce věku, z pohledu kognitivního vývoje je to období senzomotorické. Perout (2005) uvádí, že počátky kresby dítěte se rozvíjejí současně s pokusy o verbální vyjádření a velkou roli připisuje i interakci mezi dítětem a rodinnými příslušníky. Uždil (2002) popisuje, že v období počátku výtvarného zobrazování je u dítěte radost z právě vznikající stopy větší než zájem na konečném výsledku.

Výtvarný projev dítěte začíná obdobím chaotického čarání, které odráží motorickou aktivitu a vyjadřuje radost dítěte z činnosti. Čáranice nezachycují skutečnost a vznikají bez vizuální kontroly. Obvykle po šesti měsících od počátků chaotického čarání se ve výtvarném projevu dítěte objevuje zvládnutá čáranice. Již se u dítěte rozvíjí vizuální kontrola v souvislosti s motorickou aktivitou. V projevu se objevují horizontální a vertikální linky a kruhové čáranice. Dalším pokrokem ve vývoji je, když dítě začne svoji kresbu pojmenovávat. Období pojmenované čáranice je důležitou změnou ve výtvarném projevu dítěte. Někdy dítě začíná kreslit se záměrem, který v průběhu tvorby mění. Barva v tomto období mívá pro dítě podružný význam (Perout, 2005).

2. Preschématické období (3 – 6 let)

Pokračováním ve vývoji zobrazování je preschématické období. Dítě kreslí v souladu se symbolickým způsobem myšlením. První symbol, který se snaží nakreslit, je postava člověka nazývaná hlavonožec (Perout, 2005).

Davidová (2008) popisuje, že kolem 3. roku začíná dítě kreslení zvládat a kreslí „hlavonožce“. Dále uvádí, že takto zobrazují postavy tříleté až pětileté děti na celém světě.

První kresby člověka jsou založeny na dotykových, pohybových a pocitových zkušenostech dítěte. Volba barvy v tomto věku není v souladu s reálnou barvou, dítě si vybírá podle emočního ladění nebo podle jejich přirozené kvality (Perout, 2005).

3. Schématické období (6 – 9 let věku)

Změna v myšlení dětí a chápání sebe sama je zachycena i v kresbě. Děti si již uvědomují, že jsou součástí okolí, uvědomují si i vztahy v okolním světě. Výtvarnou metaforou tohoto vědomí je rozšíření způsobu zobrazování o profil. Typické ploché fenomenistické řazení je odrazem malé zkušenosti s objemem a hmotou a je i v souvislosti s oblibou vyprávění příběhů. Pokračujícím vývojovým stupněm je řazení v pásích nad sebou, jde o snahu zobrazení perspektivního vidění skutečnosti. Typické je sklápění do půdorysu, rentgenové obrázky a zobrazování se záznamem časového průběhu děje i více pohledovost. Ve výtvarném projevu se projevuje respekt k okolní realitě, která je zprostředkovaná vizuální zkušeností (Perout, 2005).

4. Kresebný realismus (8 – 12 let)

Zobrazování skutečnosti se v tomto věku začíná podobat vizuálně realistickému. V závěru předchozího období se dítě přesunulo z emocionálně fantazijní oblasti k vizuální zkušenosti a děti jsou méně ovlivňovány vnitřními prožitky. Jejich výtvarný projev je realističtější. V obrázcích děti v zobrazení opouštějí spodní linku a přibližuje se pás nebe i země. Základní linka je nahrazována třemi plány (Perout, 2005).

5. Pseudonaturalistické období (11 – 15 let)

V tomto období existují velké rozdíly v mentální, emoční i sociální oblasti dětí. Rozvíjí se u dětí schopnost abstraktního myšlení, ale dochází ke snížení zájmu o výtvarné aktivity. Děti zjišťují, že nejsou schopny nakreslit skutečnost tak, jak by chtěly a jsou ke své tvorbě kritické. Děti chápou trojrozměrný způsob zobrazování reality, který je vede k tvorbě iluzivních obrázků (Perout, 2005).

6. Adolescentní výtvarná tvorba (14 – 17 let)

V tomto období může dojít k oživení zájmu o výtvarnou tvorbu, který může být výrazem hledání prostoru pro sebeprojekci. Způsob výtvarného projevu je ovlivněn kvalitou výtvarného poučení a dovedností využít výtvarné prostředky. V tomto věku je tvorba výsledkem estetické volby i poučenosti (Perout, 2005).

3.2 Diagnostické aspekty výtvarného projevu

Dětská kresba je výpovědí dítěte o jeho okolí, problémech, které dítě trápí, ale bojí se je vyjádřit řečí. Dětskou kresbu chápeme nejen jako monolog, ale i jako dialog mezi dítětem a skutečností. Pro některé děti je vyjadřování pomocí kresby vhodnější než verbální vyjádření. Výtvarný projev je komunikací v rámci diagnostického procesu a dítě se dostává do interakce prostřednictvím kresby (Pogády, 1993).

Dětská kresba umožňuje zjistit úroveň rozumových schopností a najít znaky organického postižení. V kresbě můžeme najít vědomé i nevědomé projekce dítěte, můžeme v ní pozorovat známky psychického onemocnění od neuróz až po psychózy (Pogády, 1993).

3.2.1 Neprojektivní využití dětské kresby

V kresbě můžeme sledovat různé psychické procesy, například kognitivní přístup k tvorbě tématu, úroveň jemné motoriky, senzomotorické koordinace a schopnost vizuální percepce, schopnost soustředit se na vizumotorickou činnost. V kresbě se projevuje typ temperamentu, osobní tempo i emoční prožívání (Vágnerová, 2006).

Neprojektivní kresebné techniky můžou být u dětí využity jednak k orientačnímu posouzení celkové vývojové úrovně a dále k posouzení úrovně senzomotorických dovedností, vývoje jemné motoriky a vizuální percepce (Vágnerová, 2006).

3.2.2 Využití dětské kresby jako projektivní metody

Pogády (1993) uvádí, že kresba zpřístupňuje vnitřní svět dítěte. Umožňuje navázat kontakt s dítětem a tím, že si dítě neuvědomuje účel kresebného úkolu, který má vytvořit, se může hodně věcí projevit. Velmi zřetelné to bývá ve spontánní kresbě. Projektivní využití kresby podle Pogádyho (1993) má poměrně malou validitu, vzhledem k tomu, že zde zasahuje interpretující, který může být ovlivněný zkušeností a školami, které jej vedou k určitým postupům. Pro mnohé děti je kresba vhodnější než verbální projev a výtvarná tvorba je potom i komunikací v rámci diagnostického procesu, dítě se dostává do interakce

prostřednictvím kresby. Kresba pomáhá dítěti snižovat nejistotu a uvolňuje napětí (Pogády, 1993).

Peterson a Hardin (2002) uvádějí, že odborníci hledají klasifikační pomůcky, které by umožnily rozpoznat vývojový stupeň a emoční stav dítěte. Pomůcky, které se spoléhají na vyspělou verbalizaci, mohou být, vzhledem k rozvíjejícím se jazykovým schopnostem dítěte pro dítě náročný úkol. Kresba umožňuje dětem vyličit prožitek tak, jak jim to vyhovuje, a proto je zaujme více než rozhovor. Dále uvádějí, že děti cítí nevědomou potřebu, pokud zažily trauma, znovu si je odehrát a vytváření obrázku jim to umožňuje. Kreslení uvolňuje napětí, mentální energie je přesměrována od zvládání silných emocí k jejich výtvarnému vyjádření. Nad obrázkem se lze také společně zamyslet s ostatními (Peterson, Hardin, 2002).

Šicková (2002) uvádí, že symbolická řeč obrazů je nejednoznačná a že vizuální zprávy lze chápat intuitivně. V hodnocení a analýze výtvarné tvorby dítěte je důležité všimnout si obsahu i formy kresby, ale i procesu tvorby (Šicková, 2002).

Perout (2005) popisuje využití projektivní metody výtvarného projevu v projektivní arteterapii, která je založena na předpokladu, že projekce je nejen obranným mechanismem, ale princip projekce se uplatňuje v chování, myšlení i prožívání. Při výtvarné tvorbě dochází k promítání psychických obsahů do artefaktu. Tyto obsahy potom můžeme pojímat jako neverbální informaci o osobnosti autora a metaforické vyobrazení intrapsychického konfliktu, deprivace nebo integrovanosti. Perout (2005, s. 32) uvádí: „*Výrazové formy mohou zviditelňovat kompenzační formy jednání a prožívání, formy převažujících vzorců chování k sobě samému i k okolí, dynamiku v interpersonálních vztazích, výkonovou situaci, variabilitu a preference v sexuální oblasti. Mohou rovněž indikovat psychosomatické onemocnění.*“

3.2.3 Dětský výtvarný projev v normě a patologie v dětském výtvarném projevu

Ve výtvarném projevu dítěte se může projevit psychopatologická symptomatologie. Kresba dítěte souvisí s psychomotorickou projekcí zážitku, v malbě může barva vyjadřovat emoční stránku, malba interpretuje obsah zážitku z pohledu emocionálního. Například artefakty schizofreniků mají typické znaky, které mohou souviset se stupněm dezintegrace,

nebo změny nálady u depresivního pacienta mohou ovlivnit výtvarný projev. V kresbě dětí se specifickým způsobem projevují psychopatologické poruchy. Například u neurotických dětí se intrapsychické pnutí projevuje přepečlivým zpracováním obrázku a úzkostným přidržováním se zadaného tématu. U dětí s poruchami chování bývá kresba chudá na motivy, detaily i barvy. Děti, které jsou depresivně laděné, tvoří obrázky, ve kterých často používají tmavé barvy, převážně hnědou a černou. U psychotických dětí výtvarný projev bývá projekcí patologicky fixovaných představ, často jako destrukce, přestože obsahově neodpovídá zadanému tématu (Pogády, 1993).

3.2.4 Projevy úzkosti v dětské kresbě

„Úzkost patří k člověku, doprovází jeho vývoj a psychické zrání, protože život a zrání nemohou existovat bez frustrací, vnitřních konfliktů a separací vyvolávající pocit úzkosti „já“. Děti nedovedou svoji úzkost popsat, ani vnitřní konflikty, z nichž úzkost pramení. Jejich úzkost bývá doprovázena somatickými projevy, jako jsou bolesti hlavy, břicha, potíže s dechem, bušení srdce“ (Cognet, 2013, s. 39).

Májová (2005) rozděluje znaky úzkosti v kresbě dětí na znaky prostorové, grafologické, kvalitativní a obsahové. Prostorové znaky zahrnují členění a zaplnění prostoru, využití kresebného prostoru a zdůraznění směrů a stran. Patří mezi ně zdůraznění levé strany papíru, zdůraznění dolní části papíru, extrémní pravidelnost v kresbě a disharmonie v ploše (prázdná místa v obrázku, spleť čar a chaos). Ke grafologickým znakům patří typy čar. Sleduje tah, charakter a tlak, rychlost pohybu, jakým je čára kreslená. K úzkostným znakům patří nepružná, napjatá, křečovitá čára, ochablá, křehká čára, přerušovaná čára, slabý tlak na tužku a izolované extrémní tlaky na tužku. Kvalitativní znaky odrážejí obecné rysy kresby a objevují se ve způsobu zpracování a ve vyváženosti proporcí. Patří mezi ně výrazné gumování a opravy, ulpívavé znázorňování jednoho prvku, začerňování, deformace a nevyváženost v proporcích. Každý z uvedených znaků úzkosti ale může také nabývat v kresbě dalších významů, které se vztahují k různým složkám osobnosti. Pro diagnostiku je důležité, že přítomnost jednoho nebo dvou znaků v kresbě nemusí být interpretovaná jako úzkost, vždy je důležité hodnotit celou kompozici obrázku (Májová, 2005).

Pogády (1993) uvádí typické znaky pro kresbu úzkostných dětí a odkazuje na výzkum volné kresby úzkostných dětí podle Dlabačové. Tyto znaky se týkají realizace kresby, barevnosti a obsahu kresby. V realizaci kresby je typická kresba sahající až po okraj a úsilí zaplnit celý prostor, jemnost výrazu, slabé a přerušované čáry, plocha papíru je prázdná, nebo se začerní a tvorba kresby je pečlivá s důrazem na detaily. Barevnost typická pro úzkostné děti je jednobarevná kresba, převážně tmavé odstíny barev, jemné barevné obrysy a barevné šrafování prostoru. Obsahově jsou pro kresby těchto dětí typické fantastické náměty a bizarní tvary, ploty a ohrady, uzavřené objekty a opakování základního jednoduchého motivu (1967 in Pogády, 2002).

3.3 Kresba dítěte se somatickým onemocněním

Prožitek nemoci se týká minulosti, přítomnosti i budoucnosti dítěte. Ve své minulosti dítě hledá odpověď na otázku, co zapříčinilo jeho nemoc. Pro malé dítě je obtížné pochopit příčinu nemoci, stejně jako příčinu nemoci často neznají ani lékaři. A v souvislosti s úrovní kognitivního vývoje a emočního stavu dítěte, si může dítě vysvětlovat nemoc magickým myšlením jako agresivní činnost mocných osob nebo vlastním proviněním. Představa o působení agresivních mocných osob a mocného zla se může projevit v kresbě. V kresbách těžce nemocných dětí se objevují dravá zvířata (krokodýl s velkými zuby, kočka číhající na myš), ohrožující lidé (loupežníci, střelci) a přírodní živly (blesk z nebe, oheň) i nebezpečné předměty (padající bomby). Symbolický výraz strachu v situaci náhlého ohrožení se v kresbě může projevit jako hejno vran zastírajících oblohu. Často se v kresbách závažně somaticky nemocných dětí objevují masky signalizující agresi, jako reakce na agresivní onemocnění. Svoji situaci a strach z ohrožení života a úzkost vyjadřují nemocné děti často lépe v kresbě než ve slovech (Langmeier a Krejčířová, 2010).

Prožívání somatických potíží se může projevit i narušením utváření tělesného schématu, které si dítě od kojeneckého věku vytváří a je základem jeho zdravého sebepojetí. V kresbách nemocných dětí se objevují pocity slabosti, malosti a znetvoření například jako malinký človíček na velké ploše, znetvořený strom, zlomený květ, rozstříhané věci, rozbitá okna. Pocit osamocenosti a opuštěnosti v nemoci se v kresbě projevuje různě, například jako osamocená postava šaška na scéně (Langmeier a Krejčířová, 2010).

Dospívající mohou prožívat závažné onemocnění popřením i odmítáním podřídít se léčbě i režimovým opatřením. Vnímají je jako omezení jejich autonomie, o kterou usilují. Často se u nich projevuje i pocit bezmoci a ztráty naděje, který může být v kresbě symbolicky vyjádřen domem se zamřížovanými okny, která brání úniku, cestou bez dalšího pokračování nebo prázdnotou okolí. (Langmeier a Krejčířová, 2010).

Systematickému studiu spontánních kreseb těžce nemocných dětí se věnovala Susan Bach. Bach (1990) popisuje výsledky výzkumu kreseb u dětí hospitalizovaných v Univerzitní nemocnici v Curychu. Domnívá se, že je možné rozpoznat, že v kritických momentech života se vynořují některé vrstvy podvědomí, které odrážejí rozdílné vrstvy celkové osobnosti. Popisuje případy dětí s maligním neurologickým onemocněním a následně jejich obrázky, ve kterých se zaměřuje na porovnání obrázku s okolním světem, sleduje, co je zvláštní na obrázku, objekty, které se opakují, jména a slova v obrázcích a hodnotí podívání se na obrázek proti světlu. Popisuje například obrázek dívky s akutní leukemií Sklizeň jablek v květnu, na kterém ze stromu opadáva ovoce. Obrázek je kreslený v květnu a Bach jej dává do souvislosti s blížícím se koncem života dívky. Na obrázku Sklizeň jablek v květnu popisuje, že se objevuje třikrát stejné číslo (osm jablek, osm paprsků, osm trsů trávy). Toto zjištění podle ní vyvolává obavy. V dalším obrázku nazvaném Skákající Jack popisuje opakující se číslo tři (tři zřetelně vymezené tvary na zemi, tři červené čáry se třemi červenými značkami na čepici, tři paprsky slunce s černými rysy). Bach interpretuje toto zjištění jako reprezentaci tří měsíců, po které si autorka obrázku udržela život (dívka zemřela za tříměsíce). Obrázky odrážejí nejen psychologické stavy a procesy, ale navíc poskytují vyjádření somatických postižení užitím typických barev, tvarů, čísel a motivů. Výtvarná tvorba se stává prostředkem komunikace mezi lékařem, pacientem a rodinnými příslušníky. (Bach, 1990).

Pogády poukazuje na práci Bach s dětskými neurochirurgickými pacienty, jejichž kresby vznikaly při somatickém ohrožení a z části i při ohrožení života. Uvádí, že autorka je přesvědčená o tom, že spontánní kresby odrážejí somatický aspekt nemoci a že symptomy se projevují ve specifických opakujících se znacích a jsou citlivější než mnohé vyšetřovací metody. Nejde podle něj pouze o psychologický význam kresby jako projekce (1961 in Pogády, 2002).

Pogády (1993, s. 73) zastává názor na práci Bach: „*Přestože nejsme přesvědčeni o správnosti těchto tvrzení a už vůbec ne o spolehlivosti, přece není na škodu podívat*

se na spontánní kresbu i z tohoto zorného úhlu. Zdá se přece, že tu hraje větší úlohu projekce interpreta, než dítěte, které ovládají nevědomé vnitřní pocity. Touto studií pokládáme přístup k spontánní kresbě jako projektivní technice za dostatečně osvětlený. Nezabýváme se testy, ve kterých se kresbou doplňuje nic nehovořící tvar a se kterými se běžně pracuje (např. Wartegg). Vycházejí ze stejného základu jako obrazové projekční testy, při kterých vyšetřovaná osoba velevýznamný obrázek doplní svým výkladem.“

Kresbou dětí s onemocněním diabetes mellitus se zabývali Sayed a Leaverton. Kinetické kresby rodiny byly použity při studiu 52 dětí s diabetem jako projektivní technika k podrobnému popsání faktorů týkajících se prostředí. Stejný počet zdravých dětí bylo srovnáno s experimentální skupinou podle věku, pohlaví a rasy. Bylo zjištěno, že v kresbách dětí s diabetem bylo více známek izolace a agrese. Autoři se domnívají, že tato zjištění ukazují na dynamiku, která pravděpodobně existuje v rodině s dítětem s diabetem. Výzkumy naznačily různé faktory, které mohou být pro děti s diabetem významné. Zahrnují vzájemné vztahy v rodině, jídlo, obraz těla a úzkost (Sayed, Leaverton, 1974).

Na dětskou kresbu a vliv rodiny u diabetických dětí odkazují Peterson a Hardin (2002), kteří uvádějí, že je známo, že vnímání sebe sama v rodině je výrazně ovlivněno u nemocných dětí reakcí na léčbu a že diabetické děti prožívají v rodině blízkost či izolaci. Peterson a Hardin (2002) popisují obrázek, na kterém devítiletý chlapec s onemocněním diabetes nakreslil svoji postavu samotnou na obrázku, odcházející po schodech od rodiny a k obrázku připsal: „Chci utéct pryč“. Při hodnocení kreseb podle těchto autorů musíme vzít také v úvahu, že nemocné děti mohou dočasně tvořit obrázky, které odpovídají nižšímu vývojovému stádiu (Peterson a Hardin 2002).

Davidov (2008) uvádí v kapitole Kresba a zdraví, že zdravé děti kreslí barevné a optimistické obrázky a děti nemocné používají mdlé a smutné barvy. Popisuje kresby dítěte trpícího leukemií, ve kterých jsou zarážející vybledlé barvy, především žluté a šedé tóny. Uvádí, že témata kreseb tohoto dítěte byla obdobná jako u dětí stejné věkové skupiny, ale z obrázků vyzařovala melancholie. Popisuje kresbu lesa, kde se stromy podobaly propleteným žilám a měly barvy krvavé a žluté barvy připomínající barvu tkáňového moku.

Znaky organicity v dětské kresbě se zabývali Josef Švancara a Lea Švancarová (1964). Ve studii typických znaků v kresbě u dětí s organickým postižením zkoumali kresbu postavy dětských pacientů neurologického oddělení fakultní dětské nemocnice v Brně a skupinu zdravých školních dětí. Do výzkumu byly zařazeny kresby dětí s různými formami rané mozkové obrny, dětí se záchvatovým onemocněním (epilepsií) a dětí bez psychické alternace. Na základě výsledků se pokusili vytyčit jako znaky organicity v kresbě lidské postavy sklon $> 95^\circ$ nebo $< 85^\circ$, dvojité linie, přerušované linie, známky tremoru (roztřesené linie) a nenavazující linie. Švancara a Švancarová (1964. s. 51) ve studii uvádějí: „Podle očekávání jsou nejvíce zastoupeny ve skupině dětí s ranou mozkovou obrnou. Kreseb se dvěma více znaky organicity je tu 60%. Ve skupině s epilepsií je takových kreseb 14,5%. V kontrolní skupině se kresby s více než jedním znakem organicity nevyskytují.“

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl práce

Cílem praktické části bylo popsat výtvarnou práci s dětmi a dospívajícími hospitalizovanými na dětském oddělení a zjistit, zda se objevují některé společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým onemocněním. Protože jsem v průběhu výtvarné práce s dětmi v nemocnici pozorovala, jaký je rozdíl v tvorbě i náladě při práci s hospitalizovanými malými pacienty, kteří mají dlouhodobé chronické onemocnění a oproti práci s těmi, kteří mají chronické záchvatové onemocnění, rozhodla jsem se popsat tyto odlišnosti při výtvarné tvorbě a v jejich výtvarném projevu.

5 Výzkumné otázky

Výtvarná práce s hospitalizovanými dětmi a dospívajícími byla pro mě podnětem k položení si několika otázek:

1. Jaké jsou společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým somatickým onemocněním?
2. Jaké jsou společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících se záchvatovým chronickým somatickým onemocněním?
3. Projevují se odlišnosti ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním oproti výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním?

V praktické části bakalářské práce se zabývám popisem výtvarné práce s dětmi a dospívajícími s chronickým somatickým onemocněním. Pokusila jsem se zjistit, jaké se objevují společné znaky v jejich výtvarné tvorbě a jaké se objevují odlišnosti ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickými dlouhodobými problémy oproti tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním.

6 Zpracování praktické části

6.1 Metodický postup

Praktická část vychází ze zkušeností s výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících hospitalizovaných na dětském oddělení. Téma práce je pro mě velice blízké, protože pracuji deset let na jednotce intenzivní péče dětského oddělení jako dětská sestra. Před třemi lety jsem začala s dětmi hospitalizovanými na dětském oddělení výtvarně pracovat.

Při výtvarné práci se somaticky nemocnými dětmi v nemocnici jsem vycházela z myšlenky, že je důležitá léčba nejen těla, ale i duše. Děti v nemocnici jsou často odloučené od rodiny, prožívají pocity osamocení, ale i strach z léčebných výkonů nebo bolest. Proto jsem chtěla výtvarnou tvorbou s dětmi dosáhnout uvolnění jejich napětí, které s sebou hospitalizace a nemoc přináší, ale i rozvoje spolupráce s dítětem a psychické podpory. Důležitou součástí výtvarné práce s dětmi se stalo i zpříjemnění jejich pobytu v nemocnici. U dětí a dospívajících opakovaně hospitalizovaných s chronickými potížemi jsem se snažila v rámci výtvarné tvorby a v souvislosti s jejich onemocněním o zlepšení sebezpojetí, posílení sebedůvěry a schopnosti zvládat somatický handicap.

S dětmi jsem pracovala nejdříve individuálně, později jsem zkusila výtvarnou tvorbu ve skupině. Skupinová práce se mi příliš neosvědčila. Jako velký problém se ukázalo, že nebylo možné zajistit nepřerušovanou tvorbu celé skupiny. V průběhu výtvarné práce skupiny děti různě jednotlivě odcházely na vyšetření a léčebné zákroky, přicházely k nim návštěvy a děti odcházely na pokoje. Obrázky zůstávaly nedokončené nebo se k nim děti vracely, ale chyběla návaznost. Dynamika skupiny byla narušovaná a děti byly nesoustředěné. Děti ve skupině měly také často tendenci od sebe opisovat nebo překreslovat obrázky z pastelek a jiné motivy. Myslím, že měly strach ze sebezprojevení a obavy z hodnocení ostatních. Zdálo se mi, že dětem v náhodně vytvořené skupině chyběl pocit bezpečí.

Při individuální tvorbě jsme společně s dětmi přizpůsobily čas výtvarné tvorby jejich somatickým možnostem (únava, bolest, spánek) a jejich volnému času. V průběhu hospitalizace dítěte se tak uskutečnilo většinou několik setkání a děti, které přicházely do nemocnice opakovaně, mohly pokračovat ve výtvarné tvorbě i při další hospitalizaci.

Malí pacienti, kteří leželi na dětské JIP a nemohli opouštět lůžko, kreslili obrázky na stolečku u lůžka, s ostatními jsem výtvarně pracovala odpoledne v uvolněných prostorách mateřské školy dětského oddělení.

Na úvod našeho výtvarného setkání jsme si vzájemně povídali o sobě, kdo jsem já, proč společně malujeme a děti naopak povídaly o tom, co dělají za školu, co je baví i proč jsou v nemocnici. Po úvodním povídání následovalo zadání výtvarné tvorby: Nakresli nebo namaluj obrázek na některé z těchto témat: U nás doma – moje rodina, Oblíbená pohádka nebo příběh, Já a moje nemoc, Když mi bylo dobře, Můj hezký zážitek. Dětem, které nechtěly tvořit podle zadaných témat, jsem nabízela možnost kreslit nebo malovat volné téma: Nakresli nebo namaluj, co chceš. Tvorba dětí nebyla přísně časově omezená, protože v souvislosti se somatickými potížemi některé děti v průběhu práce často odpočívaly a jiné děti byly naopak brzy s obrázkem hotové. Některé děti potřebovaly pobízet a podporovat v tvorbě, jiné tvořily naprosto samostatně. Dospívající děti měly často obavy kreslit na zadaná témata a odmítaly je se slovy: „Neumím malovat postavy, nebude to hezké, neumím malovat barvami...“. Některé děti měly často potřebu povídat si v průběhu tvorby o obrázku i o tom, co je napadlo v jeho souvislosti, jiné naopak tvořily tiše a soustředěně.

Důležité pro mě bylo navázat s dítětem vztah, utvořit pro ně prostředí, kde se cítí bezpečně a kde má možnost projevit svoje obavy i pocity. Některé děti vytvořily pouze jeden obrázek, jiné s nadšením obrázků několik. Po dokončení práce jsme si povídaly společně o obrázku, co se na něm odehrává, která jsou pěkná místa na obrázku, snažila jsem se, aby nebyly ke svým obrázkům příliš kritické a povzbudit je. Největší uspokojení z práce s dětmi a dospívajícími jsem měla s dětmi ležícími na JIP. Pobyt v nemocnici znamená odloučení od rodiny, děti na standardním oddělení mají v rámci oddělení určitou volnost pohybu, kontakt s ostatními pacienty a možnost neomezených návštěv, ale děti ležící na JIP jsou často připoutané několik dní na lůžko a osamocené se svojí nemocí.

6.2 Soubor dětí a dospívajících

V praktické části popisuji výtvarnou práci s dětmi a dospívajícími hospitalizovanými na dětském oddělení. V průběhu výtvarné práce s hospitalizovanými dětmi jsem nasbírala velký soubor obrázků dětí s různými akutními i chronickými somatickými problémy.

Protože jsem pozorovala, že se prožívání nemoci odráží často v obrázcích a také jsem sledovala odlišnosti v tvorbě dětí s dlouhodobým chronickým somatickým onemocněním oproti tvorbě dětí se záchvatovým onemocněním, vybrala jsem pro porovnání a vysledování společných znaků výtvarnou tvorbu dvou skupin dětí s chronickým onemocněním podle somatického postižení a jeho vlivu na psychiku dítěte. Do souboru jsem zařadila výtvarné práce dětí a dospívajících ve věku 7 – 17 let, které jsem rozčlenila do dvou skupin: první skupinu tvoří děti a dospívající s dlouhodobým chronickým onemocněním, druhou skupinu tvoří děti a dospívající s chronickým záchvatovým onemocněním.

Do první skupiny jsem zařadila obrázky 10 dětí a dospívajících s onemocněním diabetes mellitus, dlouhodobým bolestivým onemocněním (chronická onemocnění kloubů a zažívacího traktu) a chronickým onemocněním srdce. Do druhé skupiny jsem zařadila obrázky 11 dětí a dospívajících se záchvatovým epileptickým onemocněním. Celkový počet hodnocených obrázků je 50.

6.3 Výtvarná tvorba dětí a dospívajících s chronickým dlouhodobým onemocněním

Chronická onemocnění zatěžují děti i dospívající dlouhodobým působením negativních podnětů a ovlivňují jejich psychiku. Krejčířová popisuje prožívání chronických onemocnění dítětem: *„Chronická nemoc dítěte znamená závažný stres nejen pro jeho rodinu, ale i pro dítě samo. Přináší s sebou bolest, léčené procedury, strach z nich i strach z cizích lidí, omezení pohybu, eventuálně dietní opatření, separaci při hospitalizaci, narušení denního režimu, změněné chování rodičů při strachu o dítě a někdy pocity vlastního ohrožení života a výhledů do budoucnosti (manželství, práce) – vše s různou mírou závažnosti podle věku dítěte i druhu onemocnění“* (Krejčířová, 2006, s. 79).

Většina chronických onemocnění souvisí s určitými omezeními. Častým a výrazně omezujícím onemocněním dětí a dospívajících je diabetes mellitus. Toto onemocnění je náročné pro děti a dospívající léčebným režimem a zatěžuje je rizikem ohrožení života při nedodržování tohoto režimu. Přináší s sebou přísný režim, který musí pacienti dodržovat a často v období puberty procházejí dospívající obdobím vzdoru a bouří se proti

nemoci nedodržíváním léčebných opatření, přestože se v konečném důsledku ohroží na životě.

Při práci s dětmi a dospívajícími s onemocněním diabetes jsem v jejich výtvarné tvorbě pozorovala některé společné znaky, z nichž se většina objevuje i u dětí s jinými chronickými potížemi:

- Práce s barvou – opatrná barevnost, malá intenzita barev, časté uplatnění fialové a růžové barvy, prázdná bílá místa
- Výtvarná tvorba odpovídající nižšímu věku u dětí i dospívajících
- Projevy izolace a zvýšeného zaměření na sebe
- Kontrola – kontrolovaný výtvarný projev
- Menší míra tvořivosti (přebírání obrázků ze seriálů...)
- Projevy somatického postižení v kresbě

Pokusím se shrnout specifika výtvarného projevu dětí a dospívajících se somatickými dlouhodobými problémy, jak jsem je pozorovala při hodnocení jejich tvorby. V souboru dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy popisují tvorbu dětí a dospívajících ve věku 7 - 17 let s onemocněním diabetes mellitus, dlouhodobým bolestivým onemocněním (chronická onemocnění kloubů a zažívacího traktu) a chronickým onemocněním srdce.

6.4 Průběh výtvarné tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy

Děti a dospívající s chronickým onemocněním měli při výtvarné práci **velkou potřebu času**. Před vlastní tvorbou dlouho přemýšleli o tom, co na obrázek namalují a v průběhu práce často odkládali pastelky. Někteří z nich průběžně odpočívali, někdo znovu přemýšlel o obrázku, rozmístění jednotlivých prvků a o volbě barvy další pastelky, někteří pracovali na obrázku celé dopoledne. Většina z nich měla potřebu si obrázek nejdříve předkreslit tužkou, jednotlivé prvky potom na obrázku děti pečlivě vykreslovaly s velmi slabým

přítlakem na pastelku. **Nejistota, menší míra tvořivosti** a možná i neochota investovat z důvodu určité staženosti zpátky se projevila u některých i v přebírání a obkreslování obrázků ze seriálů (Příloha 7). Všechny děti upřednostnily kresbu pastelkou před použitím barev, vysvětlují si to jako projev nejistoty, snahu o kontrolu a potřebu kontrolovaného výtvarného projevu. Při jejich práci byla patrná výtvarná bezradnost (možná i nepoučenost, která je často problémem věkové kategorie dospívajících).

O obrázku jsme si s dětmi povídaly obvykle v průběhu jejich tvorby. Tyto děti potřebovaly často povzbuzovat, podporovat a odstraňovat nejistotu. Po dokončení práce se obvykle cítily **unavené a chtěly odpočívat**. Vyjadřovaly pocit uspokojení z dokončeného obrázku, ale k další výtvarné tvorbě se opět dlouho odhodlávaly, stěžovaly si na únavu a většina těchto dětí vytvořila jeden nebo dva obrázky.

6.4.1 Práce s barvou

Hlavním společným znakem výtvarné tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním s výjimkou tvorby jedné autorky byla **opatrná práce s barvou**, která se projevila **malou intenzitou barev, omezenou paletou barev a prázdnými bílými místy v obrazech**.

Příloha 1 – Já a moje nemoc – Zdena (15 let)



Všechny sledované obrázky s výjimkou výtvarné tvorby Kateřiny (Příloha 9 - 10), kterou popisují na konci této kapitoly, postrádají intenzivní barevnost. **Slabý přítlak na pastelku**, který je patrný v těchto obrázcích, může být důsledkem dlouhodobé nemoci. Ve všech porovnávaných obrázcích jsou prázdná bílá místa, žádný z autorů nezaplnil barevně celou plochu. Opatrná práce s barvou se vyskytuje u nemocných v důsledku vyčerpání, které může ovlivňovat i sebnáhled dětí a dospívajících.

S výjimkou jedné autorky, jejíž výtvarný projev se z hodnocené tvorby vymyká, je patrná **omezená paleta barev**. V kresbách chybí **červená**, která je přítomná pouze u jedné autorky a **černá**, která se objevuje pouze u dvou autorek. Domnívám se, že chybějící červená v tvorbě souvisí s nedostatkem energie u dětí s dlouhodobým onemocněním. Chybějící černá barva v kresbách dospívajících může souviset s projevováním vzdoru a puberty. Projevy puberty jsou u nich procesem ovlivněným nemocí z pohledu vlastní integrity a autentičnosti vzdoru probíhá jiným způsobem. Ve všech obrázcích s výjimkou tvorby jedné autorky se objevuje **šedá barva** použitá v ploše a k předkreslení kontur. Šednoucí barevnost se vyskytuje obvykle v tvorbě dlouhodobě nemocných. Barevnost v kresbě se zcela vytratila a omezila pouze na šedé kontury nakreslené tužkou v obrázku jedenáctileté dívky s onemocněním srdce, která následující měsíc na svoje onemocnění

zemřela. Obrázek, který znázorňuje pohádku O Popelce, kreslila u stolečku na lůžku tužkou. Při kreslení byla na dívce patrná únava a v průběhu práce často odpočívala (Příloha 2).

Příloha 2 – Oblíbená pohádka – Radka (11 let)



U všech autorů s onemocněním diabetes se ve výtvarné tvorbě objevuje **růžová a fialová barva** (Příloha 1, 3, 4, 6, 8, 9). Předpokládám, že fialová barevnost může odkazovat na pečovatelskou maminku, která je pro děti s tímto onemocněním důležitá. Růžová barva souvisí s nemocí a oslabením. Nezralá růžová může souviset i s nezralostí přijetí dospělé role (diabetes staví děti do dospělé role). **Oranžová barva**, kterou jsem předpokládala v tvorbě dětí s diabetem v souvislosti s orální problematikou jako možný odkaz k jídlu a dodržování dietních omezení se objevila v tvorbě dvou dětí (Příloha 8).

Příloha 3 – Oblíbená pohádka – Klárka (9 let)



Ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s chronickým onemocněním kloubů a zažívacího traktu se růžová a fialová barevnost neobjevuje, v jejich obrázcích převažují chladné barvy **modrá a zelená** (Příloha 5, 11). Tato barevná kombinace je vidět i v tvorbě některých diabetiků (Příloha 6). Domnívám se, že modro zelená barevnost může odkazovat k úzkosti z dlouhodobých potíží, kterou prožívají.

6.4.2 Projevy izolace a osamocení

Ve výtvarné tvorbě dlouhodobě chronicky nemocných jsou často zobrazené **osamocené postavy**. V kresbě rodiny se objevují u těchto dětí a dospívajících také **postavy autora oddělené od ostatních a bez kontaktu**. Předpokládám, že můžou odkazovat k prožívání **pocitu izolace a osamocení**. Ve výtvarné tvorbě se objevuje u čtyř autorů centrální kompozice osamocených postav, která by mohla ukazovat i na přílišné **zaměření na sebe** v souvislosti s jejich nemocí.

Projevy pocitu osamocení popisují i někteří autoři hodnotící kresby nemocných dětí. Langmeier a Krejčířová (2010) uvádí, že se pocit osamocení a opuštěnosti může projevit v kresbách například jako osamocené postavy.

Celkem u sedmi dětí a dospívajících se v obrázcích objevují osamocené postavy nebo jsou jejich postavy v kresbě rodiny oddělené od ostatních a bez kontaktu s nimi (Příloha 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10). Domnívám se ale, že projevy izolace v kresbách hospitalizovaných dětí a dospívajících nemusí souviset pouze s jejich onemocněním, ale mohou být také odrazem jejich aktuální situace, kdy jsou odtrženi od rodiny a osamocení v nemocnici.

Příloha 4 – Moje rodina – Oskar (10 let)



6.4.3 Odkazy k somatickému postižení a sebepojetí

V některých obrázcích byly patrné projevy somatického postižení v zobrazení postavy nebo symbolická vyjádření somatických potíží v kresbě. Například v obrázku rodiny čtrnáctiletého chlapce s kloubním onemocněním (Příloha 11) je u postav nápadná kloubní ztuhlost, která může značit psychickou ztuhlost i odkazovat k somatickým projevům

bolesti kloubů. Kresba postavy Petr Pan z oblíbené pohádky u sedmnáctiletého diabetika má na hlavě klobouk ve tvaru cukrové homole, který může odkazovat k cukrovce (Příloha 8). Kresba stromu šestnáctileté dívky s chronickou kolitidou připomíná střevo a žaludek (Příloha 5). Obrázek rodiny patnáctileté diabetičky je provedený jako kresba geometrických obrazců, připomínajících trojúhelník dortu, který je nahoře ozdobený barevnými obaly bonbónků nebo posypaný ostrými střepy, ale i krystal cukru (Příloha 9) a červená kalužina v obrázku stejné autorky připomíná kapku krve (Příloha 10).

Příloha 5 – Oblíbená pohádka – Petra (12 let)



Langmeier a Krejčířová (2010) popisují, že prožívání somatických potíží se může projevit narušením utváření tělesného schématu, které je základem zdravého sebepojetí a v kresbách nemocných dětí se můžou objevit projevy slabosti, malosti nebo znetvoření.

Souvislost s nemocí a sebepojetím jsem pozorovala ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s onemocněním diabetes. Ve výtvarné tvorbě se objevily střepy jako identifikace s něčím rozbitým v kresbě čtrnáctileté dívky s diabetem (Příloha 9). V kresbě Já a moje nemoc čtrnáctiletého chlapce s diabetem je autor zobrazený jako malý človíček kráčející po zeměkouli. Malý človíček v obrázku připomíná příběh o Malém princí,

který nechápal svět dospělých (Příloha 6). Identifikace s postavou Petra Pana, chlapce, který nechtěl dospět, se objevila v kresbě sedmnáctiletého chlapce s diabetem (Příloha 8).

Příloha 6 – Já a moje nemoc – David (15 let)



6.4.4 Symbolický výraz strachu a ohrožení

Někteří autoři popisují symbolický výraz strachu u dětí s onemocněním. Langmeier a Krejčířová (2010) uvádějí, že svoji situaci, strach z ohrožení života a úzkost vyjadřují nemocné děti často lépe v kresbě než ve slovech.

Symbolický výraz strachu a ohrožení ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících jsem hodnotila u dvou autorek. Střepy, zobrazené v kresbě rodiny čtrnáctileté dívky s diabetem připomínají ostrost, zuby nebo drápy a mohou naznačovat odpor k jehle (Příloha 9). V obrázku Oblíbené pohádky patnáctileté dívky s diabetem je zobrazený kocour, který chytá myš, nebezpečná situace může připomínat strach a ohrožení nemocí (Příloha 7). Ve výtvarné tvorbě ostatních dětí a dospívajících jsem projevy strachu a ohrožení nepozorovala.

Příloha 7 – Oblíbená pohádka – Zdena (15 let)



6.4.5 Kompozice a řešení prostoru

Často se v obrázcích dětí a dospívajících objevuje **kompoziční nevyváženost**, chybí obsazení některé poloviny obrázku nebo jsou objekty umístěny k dolnímu okraji papíru. Častým kompozičním řešením je středová kompozice, která může znamenat egocentrické zaměření na sebe. U dvou autorů se objevuje i rámování, které znesnadňuje možnost řešení a změny. Disharmonie v ploše, která se objevuje u některých autorů, může být znakem úzkosti. Ve znázornění prostoru je velký počet obrázků, ve kterých jsou kladeny objekty na základovou linku, zobrazený je pouze první plán a chybí perspektiva u starších dětí. Chybějící perspektiva u starších dětí může značit nejen výtvarný regres, ale i problém s představou vlastní perspektivy v souvislosti s nemocí.

6.4.6 Výtvarný regres

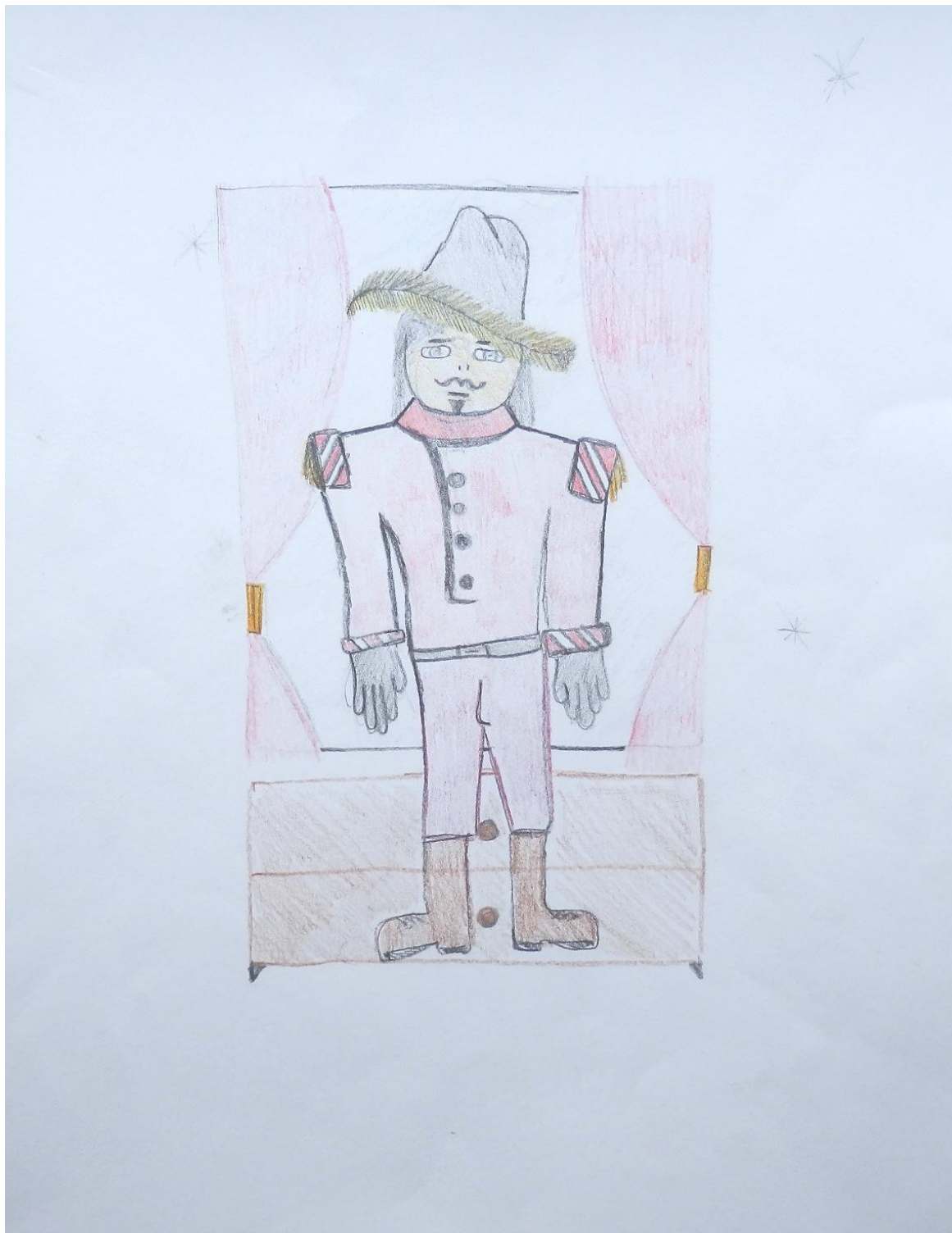
V tvorbě dětí a dospívajících s chronickým onemocněním se často objevuje výtvarný projev na nižší vývojové úrovni, než odpovídá věku. Výtvarný regres je patrný v kompozičním řešení i v zobrazení figur. V obrázcích dospívajících se často objevuje kresba na spodní hraně papíru, chybí použití plánů a perspektivy, je patrná topornost figur při pokusu o zobrazení pohybu, jejich výtvarný projev je na nižší vývojové úrovni než odpovídá věku. I v obrázcích mladších dětí je patrný výtvarný projev na nižší vývojové úrovni. Výrazný výtvarný regres je vidět u jedenáctileté dívky s dlouhodobým závažným onemocněním srdce, kresba odpovídá věku 5 – 6 let. (Příloha 2).

Domnívám se, že prožívání nemoci je ve výtvarné tvorbě sledovaných dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy patrné. Uvádím některé ukázky jejich výtvarné tvorby.

6.4.7 Ukázky výtvarné práce dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním

Milan

Příloha 8 – Oblíbená pohádka – Milan (17 let)



Sedmnáctiletý Milan onemocněl diabetem v osmi letech. V období dospívání začal odmítat dodržování léčebných opatření a přestal si aplikovat inzulín. Do nemocnice byl přivezený v komatu. Kresba, kterou vytvořil na téma Oblíbená pohádka, představuje postavu Petra Pana.

Oblíbená pohádka, kterou si vybral, představuje příběh o chlapci, který nechtěl dospět. Zajímavý je výběr pohádky vzhledem k tomu, že diabetes staví děti do dospělé role. Postava má smutný výraz trpitele a knírek na dětské tváři, oči naznačují volání o pomoc. Mužská ramena na postavě působí jako vycpaná dětská ramínka. Uniforma připomíná uniformitu, jakoby se snažil zapadnout, splynout s ostatními. Postava Petra Pana nemůže nikam jít, má nohy uvězněné ve skříňce a nestojí nohama na zemi. Celková růžová barevnost je regrese dospělé barvy, růžová je nezralá červená. Růžová může odkazovat také k nemoci a oslabení. Šedá barva ukazuje na neangažovanost. Čepice Petra Pana připomíná cukrovou homoli, kterou můžeme dát do souvislosti s onemocněním. Diabetes (cukrovka) je porucha metabolismu cukrů. Postava Petra Pana je osamocená a připomíná pocity osamění, které může Milan v nemoci prožívat. Centrální kompozice by mohla naznačovat přílišné zaměření na sebe. Uzavřená postava naznačuje problém, se kterým se dá těžko pohnout.

Kateřina

Výtvarný projev Kateřiny se vymyká v rámci této skupiny dětí a dospívajících s chronickým dlouhodobým onemocněním v míře destruktivity a intenzitě barev. Autorka je čtrnáctiletá dívka s onemocněním diabetes mellitus, která odmítá svoji nemoc, neaplikuje si inzulín a nedodržuje dietu. Opakovaně byla přivezená do nemocnice v komatu. Její obrázky mají intenzivní barevnost, zahrnují širokou paletu barev, použila i fixy a je nápadný silný tlak na pastelku.

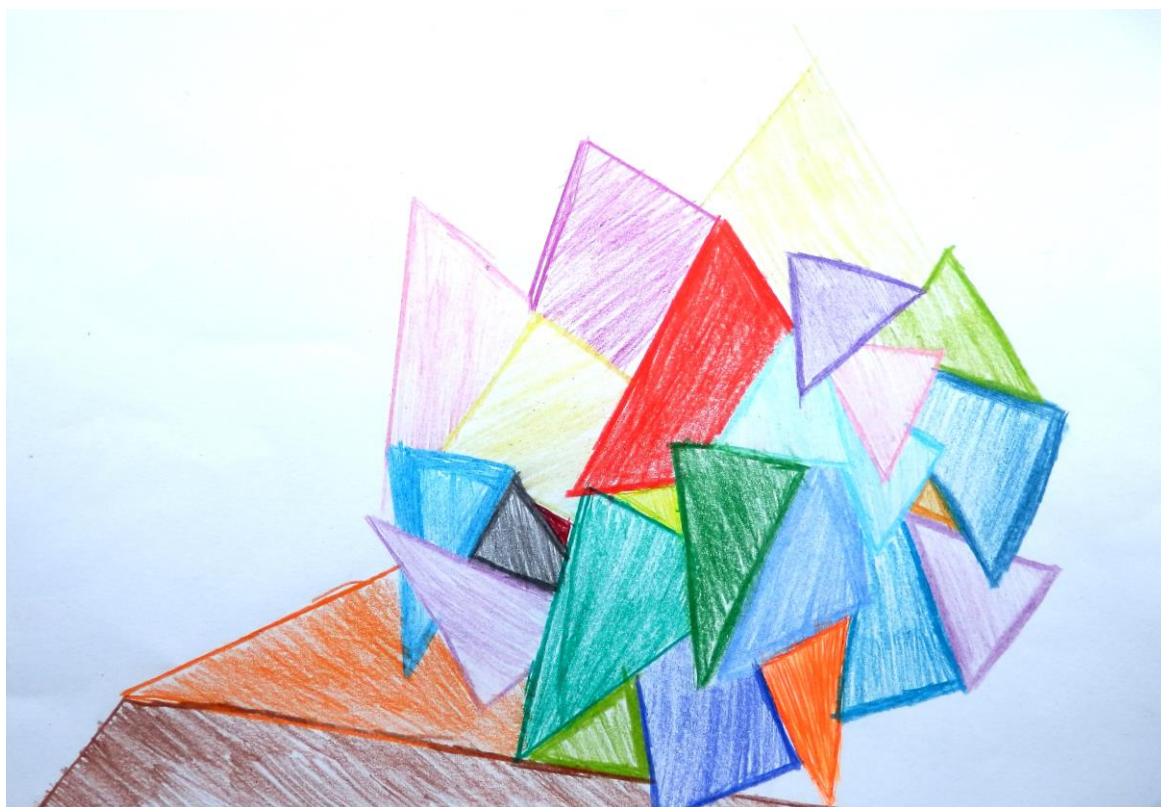
Téma Moje rodina zobrazila abstraktně jako střepey. Střepey jako identifikace s něčím rozbitým ve vztahu k sebepojetí mohou v tomto případě být ve vztahu s pubertou. V obrázcích jiných chronicky nemocných dospívajících se tyto projevy puberty nevyskytují.

Obrázkem rodiny, který nakreslila, vyjadřuje Kateřina odpor k nemoci. Její postoj k nemoci je charakterizován odmítáním přijetí nemoci i odporem k dodržování režimových opatření. Kresba geometrických obrazců připomíná trojúhelník dortu, který je nahoře

ozdobený barevnými obaly bonbónků nebo posypaný ostrými střepy. Střepy, zobrazené v kresbě rodiny čtrnáctileté dívky s diabetem připomínají ostrost, zuby nebo drápy a mohou naznačovat pocity ohrožení i odpor k jehle. Oranžová barva na dortu může odkazovat k jídlu a dietním omezením, růžová a fialová barva, která se objevuje i v tvorbě ostatních diabetiků, může odkazovat k nemoci a potřebě péče, modrozelená barevná kombinace k pocitům úzkosti. Kresba připomíná i krystal – krystal cukru. Na obrázku je patrná nedodělanost, chybějící spojovací linka a nezaintegrovanost. Domnívám se, že Kateřina tímto zobrazením vyjadřuje svoje prožívání nemoci a pocit, že rodina jí s její nemocí nepomůže (Příloha 9).

Užití široké palety barev, intenzivní barevnost, abstraktní zobrazení a míra destruktivity odlišuje její výtvarný projev od tvorby ostatních v této skupině dětí a dospívajících.

Příloha 9 – Moje rodina – Kateřina (14 let)



Druhý obrázek Kateřiny na téma Já a moje nemoc také vyjadřuje pocit osamocení. Kristýna se nakreslila sama, bez ostatních členů rodiny. Obrázek je v podstatě její autoportrét, který představuje postavu se založenýma rukama za zády. Vyjadřuje tak svoji pasivitu ve vztahu k nemoci. Růžová barva na tričku může ukazovat na somatické oslabení

i nezralost přijetí dospělé role, černá barva by mohla naznačovat pocity vzteku i negaci. Červená kaluž vedle postavy Kateřiny připomíná krev, jako kapky krve při měření glykemií (Příloha 10).

Příloha 10 – Já a moje nemoc – Kateřina (14 let)



Petr

Kresba čtrnáctiletého chlapce s dlouhodobým chronickým onemocněním kloubů vyjadřuje jeho prožívání nemoci a dynamiku vztahů v jeho rodině (Příloha 11). Kompozičně je obrázek nevyvážený, chybí obsazení levé poloviny obrázku a je zobrazený pouze první plán. Umístění k dolnímu okraji papíru a disharmonie v ploše mohou být znaky úzkosti, stejně jako drobné přerušované tahy a slabý tlak na pastelku, kterým je obrázek namalovaný. Barevnost obrázku je chladná, bezenergická. Postavy jsou znázorněny mezi dvěma architekturami (dům a garáž) jako by byly v pasti. Otec a matka jsou v komunikaci, ale chlapce si nikdo nevšímá. Rodičům chybí dlaně, nedovedou adekvátně vést, značí to bezkontaktnost. Chlapec dlaně má, má potřebu kontaktu. Na postavách je nápadná kloubní ztuhlost, která může značit psychickou ztuhlost i odkazovat k somatickým projevům bolesti. Tmavě zelená tráva, kterou namaloval pouze pod svojí postavou, může

naznačovat perspektivní tenzi. Bílé ruce orámoval světle modrou. Můžeme uvažovat v této souvislosti o určité manipulaci s dobrou vůlí, šedá barva, kterou prosvítá bílá na nohou u postavy chlapce, by mohla být známkou manipulace, jakoby manipuloval Petr svým onemocněním, tedy končetinami.

Příloha 11 – Moje rodina – Petr (14 let)



V obrázku chybí perspektiva, dalo by se uvažovat, že chlapec sám nevidí žádnou perspektivu do budoucna, tedy, že se nemůže rozejít.

6.5 Výtvarná tvorba dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním

Do této skupiny jsem zařadila výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním mozku epilepsií.

Zvláštností záchvatových onemocnění a vlivu na psychiku dítěte je, že záchvatová onemocnění zatěžují děti a dospívající opakujícím se náhlým vznikem příznaků

nebo náhlou změnou stavu pacienta, případně i změnou stavu vědomí. Pokud se záchvaty opakují častěji, může dojít k ovlivnění vývoje osobnosti dítěte. Při záchvatu dochází k náhlému přetížení nervové soustavy dítěte a také v mezidobí záchvatů můžou pociťovat děti úzkost a nejistotu z obavy, kdy přijde další záchvat (Matějček. 2001).

Krejčířová (2006) uvádí, že se u dětí s epilepsií objevují časté kognitivní a behaviorální problémy, které mohou být podmíněny primární organickou příčinou, ale i důsledkem epileptického procesu nebo ovlivněny dlouhodobou antiepileptickou léčbou.

Výtvarná tvorba dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním epilepsií měla částečně shodné znaky s tvorbou předcházející skupiny, ale pozorovala jsem i některé zajímavé odlišnosti.

V souboru hodnotím výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících ve věku 7 – 17 let se záchvatovým onemocněním epilepsie. Ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s epilepsií se objevují některé projevy prožívání nemoci stejné jako u skupiny dlouhodobě chronicky nemocných, ale jsou zde časté i známky organického postižení mozku a u některých autorů výraznější výtvarný regres.

6.5.1 Průběh výtvarné tvorby dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie

Výtvarná tvorba s dětmi a dospívajícími trpícími epilepsií byla zajímavá odlišnou atmosférou od práce s chronicky dlouhodobě nemocnými. Odlišná byla především **aktivita a menší potřeba času** oproti předcházející skupině. Děti a dospívající s výjimkou dvou autorek přistupovali k práci na obrázcích s nadšením. Nepotřebovali dlouhý čas na rozmyšlení, které téma si vyberou a co na obrázek namalují. Byli aktivní, nepotřebovali pobízet ani povzbuzovat. Měli většinou radost z práce na obrázku a po dokončení byli spokojení. Rádi si o obrázcích povídali, **nestěžovali si na únavu** a měli zájem o další výtvarné setkání. I děti a dospívající s epilepsií preferovali použití pastelky při výtvarné tvorbě, ale někteří se pokusili na základě doporučení malovat vodovými barvami.

U třech dětí se projevila také **nejistota a menší míra tvořivosti**. Objevuje se ve výtvarné tvorbě šestnáctileté dívky s epilepsií, která měla obavy, že neumí malovat. Námětová chudost v její tvorbě a chudá fantazie můžou souviset s nemocí. Kresby mohou vypovídat o tom, že si nedůvěřuje a podceňuje se. Slabý přítlak na pastelku může být důsledkem

nemoci (Příloha 12, 22). Slabý přitlak na pastelku se objevuje i u osmiletého Matyáše (Příloha 14). Malá míra tvořivosti je patrná ve výtvarné tvorbě patnáctileté Niny, kterou jsem musela při práci přesvědčovat a povzbuzovat. Nina využila v kresbě nepravého dekoru. Použití vzorců je jednodušší než tvořit a odkazuje na menší míru tvořivosti (Příloha 23).

Příloha 12 – Autoportrét – Vladana (16 let)



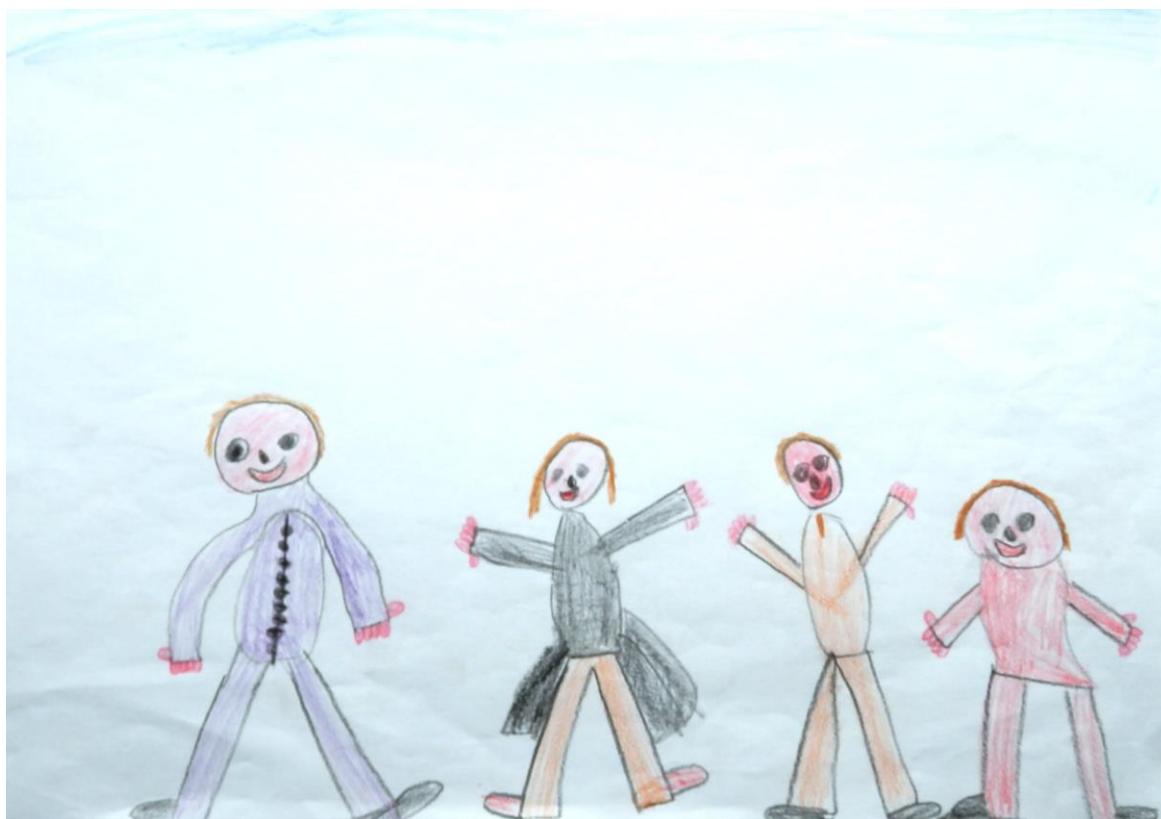
6.5.2 Práce s barvou

Opatrná práce s barvou byla vidět pouze u některých dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie. Prázdná bílá místa se v obrázcích také objevují, ale pět autorů dokázalo barevně zaplnit celou plochu papíru.

Ve většině výtvarné tvorby dětí a dospívajících s epilepsií je vidět využití **širší palety barev**. V jejich tvorbě se vyskytuje většinou **černá i červená barva**, která u předcházející skupiny chyběla. Černá barva chybí v kresbách šestnáctileté dívky s onemocněním epilepsie (Příloha 12, 22). Tento emočně kognitivní rozpor a otázka puberty jsou obdobné jako u dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy. **Šedá barva**, která je nápadná v tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy, se ve výtvarném projevu dětí s epilepsií objevila minimálně. Pouze tři autoři využili šedou tužku ke kresbě kontur, jeden z nich i k vybarvení klobouků a živočicha.

U všech dětí a dospívajících s epilepsií s výjimkou jednoho autora jsem pozorovala v jejich tvorbě užití **fialové a růžové barvy**. Dospívající i děti s onemocněním epilepsie používali fialovou a růžovou barvu především na zobrazení vlastní postavy.

Příloha 13 – Moje rodina – Míchal (10 let)



Fialová a růžová barva se objevuje na postavách zobrazujících autora u všech sledovaných dětí a dospívajících s výjimkou obrázků Radka (Příloha 30 – 35). V některých kresbách je fialová na obrázku převažující, objevuje se i na jiných zobrazených postavách, než je postava autora a také na zobrazených objektech a živočiších. Ve výtvarném projevu devítiletého Felixe upoutá časté užití fialové barvy. V jeho kresbě rodiny převažuje fialová a růžová barva (Příloha 36). Nápadná růžová barevnost se objevuje v obrázcích Tamary. Zájem o zpracování vlasů růžovou barvou je odkazem k epilepsii. Vlasy připomínají i duhu a možný odkaz na potřebu péče (Příloha 15, 16).

Příloha 14 – Autoportrét – Matouš (8 let)



Barevnou akcentaci postižené části (hlavy) u epileptiků jsem pozorovala v kresbě postavy u pěti autorů. V obrázku Tamary v tématu Já a moje nemoc je nakreslená postava autorky s růžovofialovou skvrnou ve vlasech vpravo na čele. Postava princezny v obrázku Oblíbená pohádka má nápadné zpracování vlasů růžovou barvou, které může odkazovat k epilepsii a vpravo na čele postavy je zobrazená růžovo fialová kytky, která může připomínat i mozek (Příloha 15 –16). V obrázku Michala Já a moje nemoc je nápadná obrovská růžová hlava postavy autora se starším výrazem ve tváři (Příloha 21). V kresbě patnáctileté dívky na téma Moje rodina má zobrazenou autorka svoji postavu s hlavou

stlačenou fialovomodrým pelíškem kočky (Příloha 18). V kresbě autoportrétu osmiletého Matouše jsou nakreslené vlasy postavy fialovou a hnědou pastelkou (Příloha 14). Felix nakreslil v obrázku rodiny obrovskou fialovou medúzu, jejíž kresba připomíná hlavu, která by mohla odkazovat na souvislost s jeho nemocí, postihující hlavu (Příloha 37). Žhnoucí hlava ježibaby může odkazovat k epilepsii a onemocnění nervové soustavy v obrázku desetiletého Míši (Příloha 24).

Příloha 15 – Já a moje nemoc – Tamara (7 let)



Příloha 16 – Oblíbená pohádka – Tamara (7 let)



V tvorbě dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie se objevuje často užití **žluté barvy**, která může odkazovat k epilepsii. Žlutá barva je nápadná v několika obrázcích. V kresbách Matouše je vidět bledá kresba vlastní postavy, na kterou použil pouze žlutou barvu. Postava má žluté oči s vyjeveným výrazem, žlutá je zde doplněná pouze hnědofialovou kresbou vlasů (Příloha 14).

Žlutá barva se objevuje i v tvorbě Felixe v kresbě medvěda (Příloha 38). Žlutá je vidět v obrázku rodiny i v obrázku školy v tvorbě Jana (Příloha 26 – 27) a také v kresbě Radka (Příloha 35). Žlutý pes a žluté slunce se objevují v kresbách Niny. Slunce nakreslila Nina s roztácejícími se paprsky v obrázku, který je jinak statický a tak může být odkazem k nevědomým strukturám v souvislosti s nemocí (Příloha 18,23).

6.5.3 Projevy izolace a osamocení

V některých obrázcích se objevují **projevy izolace a osamocení**, v kresbách osamocených postav i zobrazení postavy autora v tématu rodiny odděleně a bez kontaktu. Domnívám se, stejně jako u předcházející skupiny dětí a dospívajících, že je možná nejen souvislost s jejich onemocněním, ale i aktuálním stavem dítěte při odloučení od rodiny v nemocnici. Osamocení je patrné v obrázcích rodiny v kresbě Radka, kde je autor oddělený od rodiny v levé části obrázku bez vzájemného kontaktu (Příloha 33), v kresbě rodiny Felixe se členové rodiny vzájemně dotýkají ale postava autora je vlevo nahoře bez kontaktu (Příloha 36). V kresbě rodiny sedmileté Adély se její postava a postava matky dotýkají, ale postavě autorky chybí dlaně, domnívám se, že se jedná o možný odkaz na ztrátu kontaktu s ostatními členy rodiny v nemocnici (Příloha 17). V kresbě rodiny Zlaty na obrázku autorka i rodiče chybí. V její další kresbě U nás na zahradě je zobrazená osamocená postava autorky uprostřed obrázku od ostatních členů rodiny oddělená chatou a bazénem (Příloha 19, 28). Osamocené postavy v obrázku se objevují i u Míši (Příloha 21) a Vladany (Příloha 12, 22). Tyto obrázky mohou značit zvýšené zaměření na sebe, ale i aktuální stav, kdy se cítí při pobytu v nemocnici osamocení.

Ve výtvarné tvorbě tří autorek jsem pozorovala naopak zvýšenou **vazbu na maminku**, kterou si vysvětluji jako potřebu pečování. V kresbě rodiny Niny jsou postavy matky a dcery nalepené na sobě. Emoční závislost na matce připomíná zobrazená vazba dvou postav. Ta je patrná v postavě Nely s nakresleným růžovým symptomem, který jakoby

potřebovala schovávat za maminku (Příloha 18). V obrázku Adélky je vidět postava matky s nápadně posunutým krkem nalepená na postavu Adélky. Ztráta pečující osoby se mohla projevit zdůrazněním vazby (Příloha 17). V kresbě rodiny Nataši s onemocněním epilepsie a psychomotorickou retardací jsou postavy autorky a matky vzájemně těsně propletené (Příloha 29).

Příloha 17 – Moje rodina – Adélka (7 let)





6.5.4 Odkazy k somatickému postižení a sebepojetí

Akcentaci postižené části těla v souvislosti se somatickým postižením jsem pozorovala ve výtvarné tvorbě u několika dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie. Klobouky připomínající atypické útvary na hlavě mohou odkazovat na nějaké ložisko. U dvou autorů se objevují klobouky připomínající kameny, které zatěžují hlavy postav. Klobouky jsou zobrazeny v kresbách Felixe (Příloha 36 - 37) a Radka. V kresbě Radka je nápadná i šiška, trčící na klobouku postavy Kuby v obrázku pohádky O Krakonošovi (Příloha 32). V tomto obrázku je patrná i akcentace ruky u postavy Kuby, působící jako třes ruky, stejně jako v jeho kresbě rodiny. Zde je nápadný třes ruky postavy autora. Tento třes může připomínat souvislost s epileptickými záchvaty, které se u Radka projevují záškuby rukou.

Zdůraznění hlavy jako masky u obrovské Ježibaby v obrázku Perníková chaloupka se objevuje v tvorbě desetiletého Míši. Hlava postavy žhne červenou barvou. Žhavá hlava může mít souvislost s jeho nemocí (Příloha 24). V obrázku Felixe Medvěd v řepce je zobrazená postava medvěda, které hlavu stlačuje temně modrofialové nebe (Příloha 38).

Na nějaký symptom může odkazovat i obrovská růžová hlava v kresbě Já a moje nemoc Míši. (Příloha 21).

Pozorovala jsem, že děti i dospívající s epilepsií mají v kresbách postav často **problém se zobrazením krku**. Kresba krku by mohla odkazovat na souvislost s onemocněním, vzhledem k tomu, že krk je oblastí propojení hlavy a těla. Ve výtvarné tvorbě Radka jsou postavy zobrazené s nápadně silnými krky (Příloha 30 – 35). Postava bez krku se objevuje v kresbě u Matouše (Příloha 14). Ve výtvarné tvorbě Míši je zvláštní propojení krku a hlavy oddělených grafickou linkou (Příloha 13, 21). V zobrazení postav ve výtvarném projevu Jana chybí krk (Příloha 26 - 27). Oddělené hlavy, které nejsou propojené s tělem a s chybějícím krkem, jsou vidět v tvorbě Felixe (Příloha 36 – 38). V obrázku Tamary je nakreslená postava princezny s korzetem na krku, který neumožňuje pohyb (Příloha 16). V tvorbě Niny jsou nakreslené postavy, které mají tužkou vyznačené oddělení krku od těla (Příloha 18).

Nápadné jsou i **kresby stromů** dětí a dospívajících s epilepsií. U všech autorů, kteří ve výtvarné tvorbě zobrazili stromy, se objevuje **kmen s oddělenou korunou**.

Domnívám se, že oddělení koruny v souvislosti se symbolickým významem koruny stromu jako hlavy, by bylo možné vykládat i jako odkaz k epilepsii. Stromy s odříznutou korunou se objevují v tvorbě Jana (Příloha 27), Niny (Příloha 23), Zlaty (Příloha 19), a Michala (Příloha 21).

V obrázku Vladany, kde je nakreslená sova na větvi, působí větev jako strom. Strom je zobrazený s oddělenou korunou od kmene. Uříznutá větev připomínající pahýl by mohla být odkazem na nějaké zažité trauma, kterým může být vznik onemocnění (Příloha 22).

Uříznuté větve stromů, zobrazené jako suky se objevují také v kresbě autoportrétu Míši a mohly by odkazovat k souvislosti s nemocí a vnímání něčeho co pociťuje u sebe jako problém (Příloha 21).

Příloha 19 – Moje rodina – Zlata (15 let)



Příloha 20 – U babičky – Zlata (15 let)



Příloha 21 – Já a moje nemoc – Michal (10 let)



Příloha 22 – Sova – Vladana (16 let)

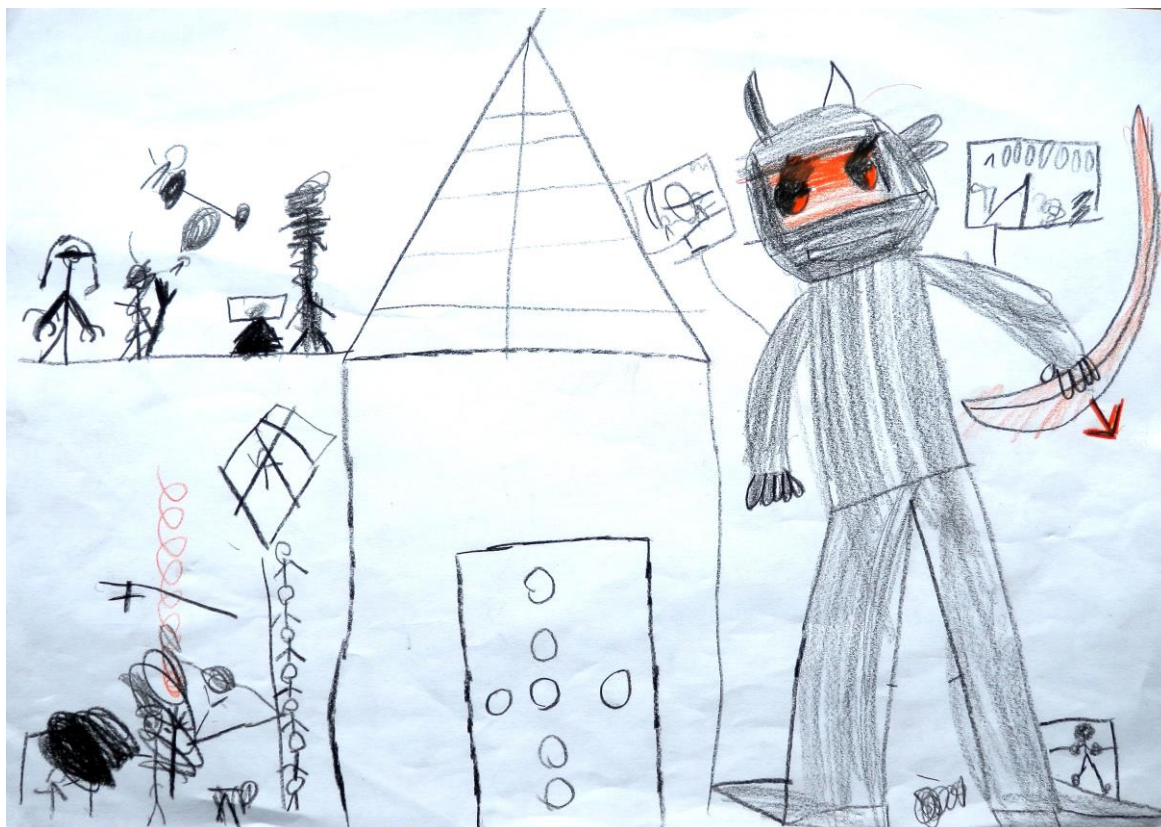




6.5.5 Symbolický výraz strachu a ohrožení

Ve výtvarném projevu devítiletého Felixe upoutá nejen užití fialové barvy. V obrázku na téma Když mi bylo dobře zobrazil rodinu u moře. Fialovou barvou nakreslil živočicha, který může být **symbolem ohrožení**, obrovskou medúzu. Medúza je obávaný mořský živočich a může mít i souvislost s mytologickou medúzou. Medúza připomíná hlavu, která je fialová a velká. Ve Felixově tvorbě se objevuje i obrázek různých zbraní (Příloha 25, 37). Langmeier a Krejčířová (2010) popisují, že se v kresbě nemocných dětí může projevit **symbolický výraz strachu** v podobě masky signalizující agresi, nebezpečného zvířete nebo živlů jako reakce na agresivní onemocnění.

Příloha 24 – Perníková chaloupka – Michal (10 let)



Agresivní maska, zbraně a nebezpečí se objevují v kresbách desetiletého Míši v obrázku Perníkové chaloupky (Příloha 24). Ježibaba je spíš Golem, který je nebezpečný a ohrožuje děti na obrázku. Žhavá hlava ježibaby odkazuje na souvislost s epilepsií a nervovou soustavou. Při práci na obrázku Míša popisoval barvitě děj, zlou ježibabu, která chce děti zabít a zbraně, které děti ohrožují. Zajímavý je jeho způsob zobrazení jako fenomenistické vyprávění a zobrazení příběhu jako sérii událostí, které jsou typické pro výtvarný projev dětí mladšího školního věku.

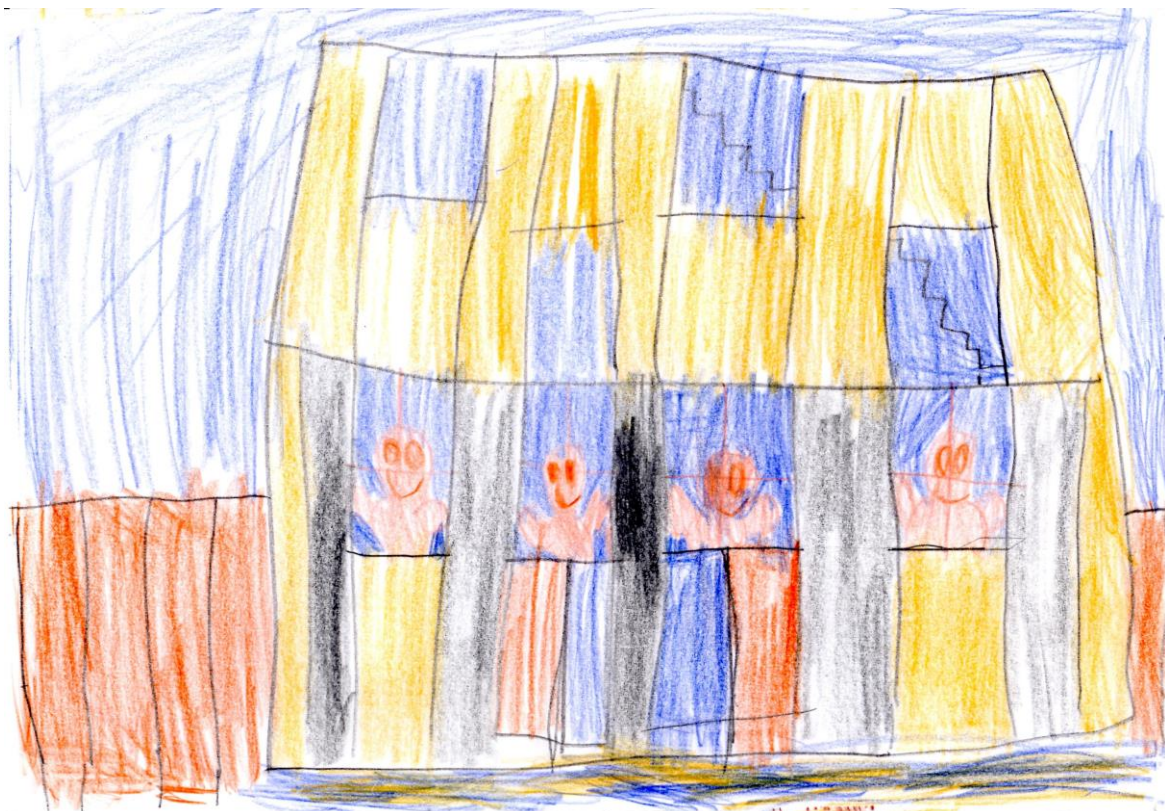
Zbraně se objevují ve výtvarné tvorbě dvou chlapců. Domnívám se, že kresba ohrožujících zbraní může souviset u chlapců nejen s onemocněním, ale i se zájmem o zbraně v tomto věku a s potřebou rozvoje identity.

Příloha 25 – Zbraně – Felix (9 let)



V obrázcích sedmiletého chlapce s epilepsií jsem pozorovala ploty, které jsou nápadné. Domnívám se, že, mohou být vykládány jako kontaktní překážka a potřeba budování si bezpečného prostoru (Příloha 25, 26).

Příloha 26 – Ve škole – Jan (7 let)



Příloha 27 – Moje rodina – Jan (7 let)



6.5.6 Kompozice a zobrazení prostoru

Kompoziční nevyváženost se objevuje i u některých autorů s epilepsií. Patrné je často obsazení pouze jedné poloviny obrázku, nebo jsou objekty umístěny k dolnímu okraji papíru. Kompoziční řešení v podobě středové kompozice se objevuje u čtyř autorů. Toto řešení může znamenat egocentrické zaměření na sebe. Ohraničení obrázku, které vytváří rámování, jsem u těchto autorů nepozorovala. Ve znázornění prostoru je vidět disharmonie v ploše i obrázky, ve kterých jsou kladeny objekty na základovou linku, zobrazení pouze prvního plánu a chybějící perspektiva u některých dospívajících. Je patrná souvislost s výtvarným regresem, ale je možné, že chybějící perspektiva může ukazovat na problém s pojetím vlastní perspektivy v souvislosti s nemocí. Odlišný výtvarný projev od většiny této výtvarné tvorby při řešení kompozice obrázku a užití perspektivy se objevuje v obrázcích patnáctileté dívky, která zachází originálně s perspektivou (Příloha 18, 19, 20, 28).

Příloha 28 – U nás na zahradě – Zlata (15 let)



6.5.7 Výtvarný regres

U většiny autorů s onemocněním epilepsie je patrný **výtvarný projev na nižší vývojové úrovni**. Tento projev na nižší vývojové úrovni byl ve výtvarné tvorbě u většiny dětí a dospívajících s epilepsií podstatně hlubší než u předcházející skupiny. Výtvarný regres se projevuje v kompozičním řešení i v zobrazení postav. Výtvarný regres v jejich výtvarném projevu může souviset s onemocněním epilepsie.

Výrazný výtvarný regres je vidět v obrázku patnáctileté dívky s epilepsií a opožděným psychomotorickým vývojem na úrovni pěti let (Příloha 29). Výtvarný projev odpovídá výtvarné tvorbě dětí 3 – 4 let. Výtvarný projev je charakteristický nediferencovanou kresbou, v její výtvarné práci je potřeba budování základních grafických typů a dospět k představě tělového schématu.

Také ve výtvarné tvorbě sedmnáctiletého chlapce s epilepsií a psychickou retardací je patrný výtvarný projev na nižší úrovni, odpovídá věku 6 – 7 let (Příloha 29 – 34).

U devítiletého Felixe je patrný výrazný výtvarný regres. V jeho výtvarném projevu je možné pozorovat dětský kubismus. Užívá gestickou grafomotorickou čáru a je otázka, na kolik mu čarání neumožňuje výtvarný rozvoj. Jeho výtvarný projev odpovídá předškolnímu věku (Příloha 36 - 38). Velký výtvarný regres je nápadný i ve výtvarném projevu osmiletého Matouše (Příloha 14).

Výtvarný projev na nižším vývojovém stupni jsem pozorovala u většiny autorů v této skupině dětí a dospívajících. Nejvýraznější výtvarný regres je vidět v tvorbě Radka a Nataši, kteří trpí i mentální retardací (Příloha 29, 30 - 35).

Příloha 29- Moje rodina – Nataša (15 let)



Domnívám se, že výtvarný regres u dětí a dospívajících s epilepsií může souviset s vlivem epileptických záchvatů na mozek dítěte, antiepileptickou léčbou, případně i s mentálním deficitem u některých autorů.

6.5.8 Znamky organického postižení mozku

Znamky organického postižení mozku, které jsem v předcházející skupině nepozorovala, byly ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s epilepsií časté.

Znaky organicity v dětské kresbě se zabývali Josef Švancara a Lea Švancarová (1964), kteří zkoumali kresbu postavy dětských pacientů neurologického oddělení a stanovili typické znaky organicity v kresbě.

Znamky organického postižení mozku jsou ve výtvarném projevu u některých dětí a dospívajících s epilepsií patrné. Ve výtvarné tvorbě Robina jsou vidět **znamky třesu**, **rukopisná práce nekoordinovanými pohyby**, **nastavovaná čára**, **skvrnitost** (fleky na chaloupce), která může ukazovat na nějaké ložisko (Příloha 30 - 33).

Příloha30 – Perníková chaloupka – Radek (17 let)



V tvorbě Felixe jsou patrné **nenavazující linie**, **oddělené části těla** a rukopisná práce s pastelkou, svědčící pro **nekoordinovanost pohybu** (Příloha 36 - 38). Gestická grafomotorická čára připomínající projev, kdy ruka není nekoordinovaná s hlavou, je vidět v kresbách Felixe (Příloha 36 – 38) a Jana (Příloha 26 – 27). Impulzivní nekoordinované **grafomotorické čarání**, které ale respektuje základní tvar při vybarvování, je vidět ve výtvarném projevu Adélky (Příloha 17). V kresbě patnáctileté Nataši s onemocněním epilepsie a opožděným psychomotorickým vývojem se objevuje **sklon kresby**, **nekoordinovanost pohybu**, **nenavazující linie a oddělené části těla**, je zde patrná souvislost psychomotorickou retardací (Příloha 29).

6.5.9 Ukázky práce dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie

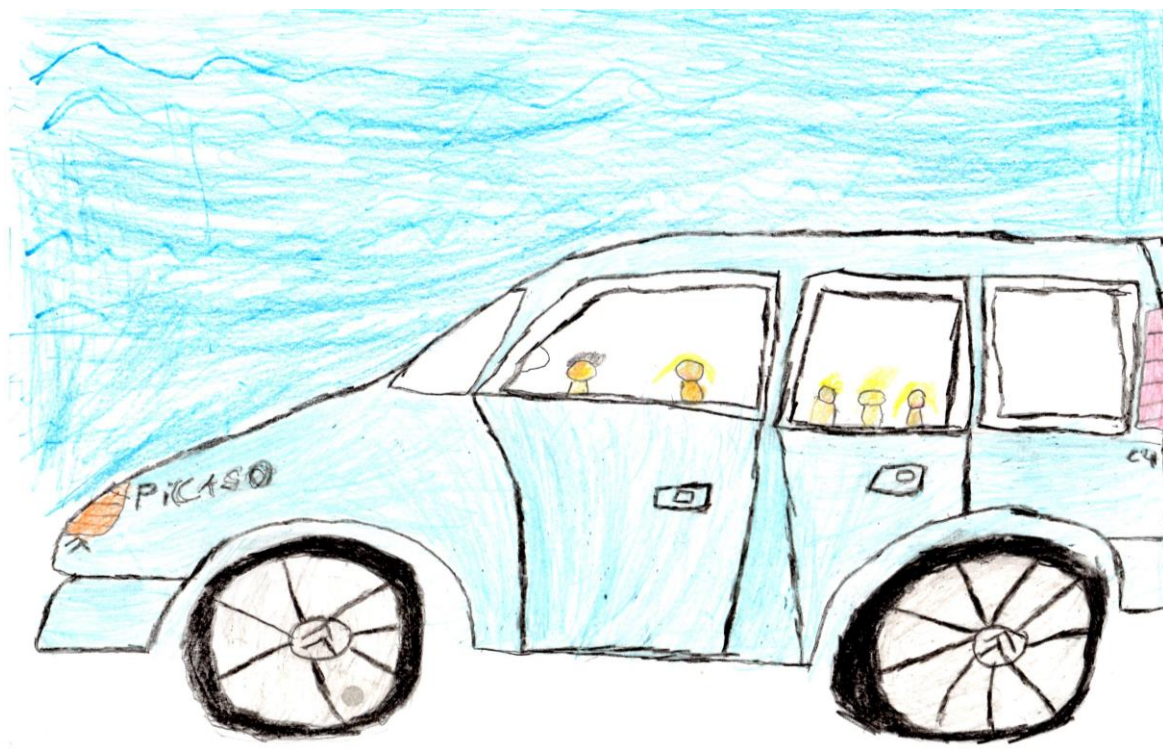
Radek

Radek je sedmnáctiletý chlapec. Od mladšího školního věku se Radek léčí s epilepsií a má nasazenou antiepileptickou léčbu. Radek má lehkou mentální retardaci. Během posledního

roku došlo u Radka ke zhoršení epilepsie a začaly se objevovat časté záchvaty, které se projevovaly jako drobné záškuby rukou bez ztráty vědomí. Obrázky, které předkládám, jsou z jeho čtyř hospitalizací (Příloha 30 – 35).

Obrázky jsou na nižší vývojové úrovni. Odpovídají výtvarným projevům dětí 6 – 7 let. Ve výtvarné tvorbě se objevuje nerespektování pravého úhlu, které odpovídá tvorbě dětí předškolního věku (komín na domečku), zobrazení domečku je na úrovni dítěte předškolního věku. Zobrazení postav je čelem, pouze náznak postavy z boku v nohách. Je zřejmý regres výtvarný až možný mentální deficit a otázka mentální úrovně autora, která může souviset s epilepsií. V zobrazení postav v autě je patrná hieratičnost, proporce postav nedovede odhadnout, což jsou charakteristické prvky pro dětský výtvarný projev i možná souvislost s mentálním postižením.

Příloha 31 – Jedeme k moři – Radek (17 let)

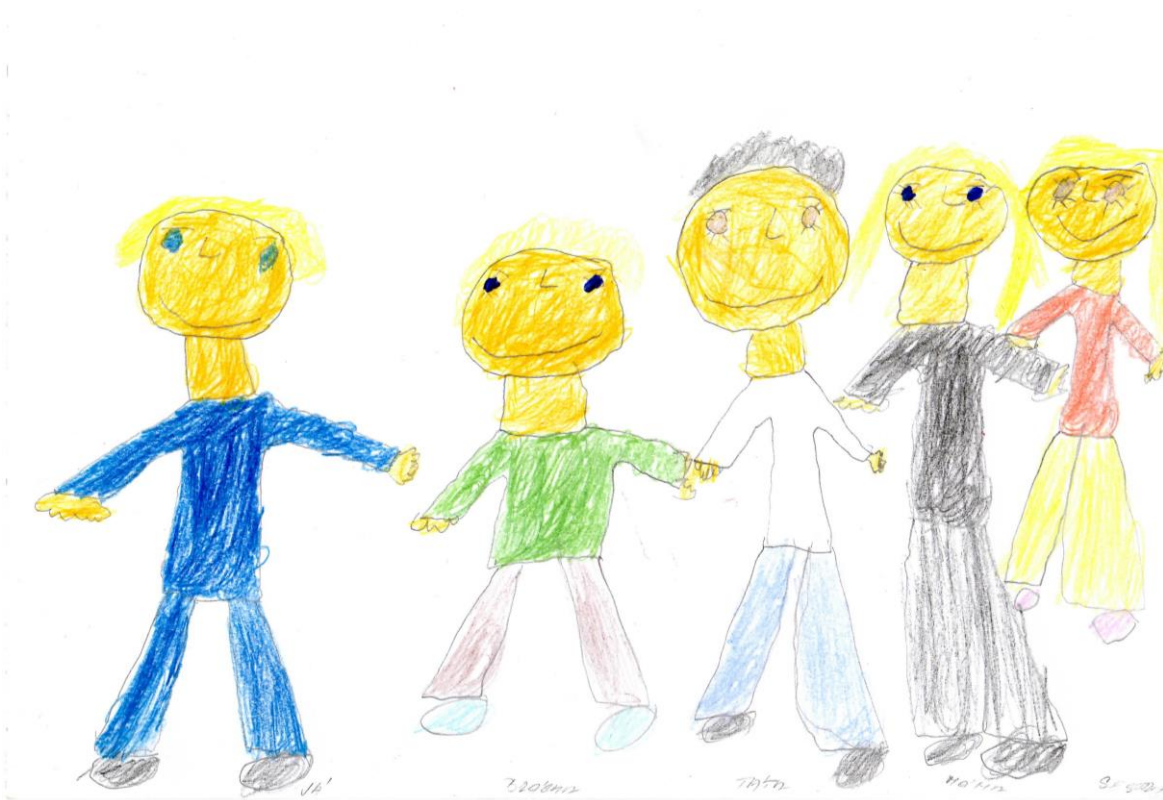


Odkaz k onemocnění se objevuje v kresbách klobouků, které jsou jako kameny, zatěžující hlavu a třesu rukou u postavy autora a Kuby. Znamky organického postižení jako je nastavovaná čára, rukopisná práce s modrou svědčí pro nekoordinovanost pohybu, známky třesu, které mají souvislost s epilepsií, se objevují ve všech jeho kresbách. Příznakové jsou i fleky na domečku a na dveřích chaloupky, které mohou ukazovat na epileptické ložisko.

Příloha 32 – Krakonoš – Radek (17 let)



Příloha 33 – Moje rodina – Radek (17 let)



Příloha 34 – Já a moje nemoc – Radek (17 let)



Příloha 35 – Prodávám s tatškou v obchodě – Radek (17 let)



V kresbě rodiny se nakreslil Radek odděleně od ostatních, bez kontaktu. Je možné, že se jedná o vyjádření pocitu osamocení a vydělení z důvodu nemoci, ale i o aktuální pocit osamocení v nemocnici.

Felix

Devítiletý Felix se léčí s epilepsií jeden rok, má nasazenou antiepileptickou léčbu. V průběhu roku měl třetí epileptický záchvat. Vytvořil v nemocnici několik obrázků (Příloha 25, 36, 37, 38).

Jeho výtvarný projev je na úrovni předškolního věku. Postavy jsou na nižší vývojové úrovni, nenavazují části těla, není rozlišení postav ženské a mužské, chybí detaily (krky, vlasy), je patrná topornost postav, není pokus o pohyb ani o profil. Postavám chybí krky, chybí propojení hlavy a těla, hlava je oddělená od těla, může to připomínat souvislost s epilepsií, kdy tělo není pod kontrolu.

Ve výtvarném projevu jsou patrné známky organického postižení, postavy mají nenavazující části těla, je nápadná rukopisná práce s pastelkou, svědčí pro nekoordinovanost pohybu. Gestická grafomotorická čára, kdy ruka není koordinovaná s hlavou, může souviset i s úrovní výtvarného projevu a tím, nakolik mu čarání neumožňuje rozvoj jeho výtvarného projevu.

Příloha 36 – Moje rodina – Felix (9 let)



Příloha 37 – Jsme u moře – Felix (9 let)



Příloha 38 – Medvěd v řepce – Felix (9 let)



Možnými odkazy k onemocnění v jeho tvorbě jsou zobrazené klobouky připomínající kameny zatěžující hlavy postav i převažující fialová a růžová barevnost a uplatnění žluté barvy v obrázcích. Zobrazení medúzy, připomínající obrovskou hlavu, může být odkazem k onemocnění epilepsií postihující oblast hlavy. Medúza jako obávaný živočich může také být projevem pocitu ohrožení nemocí. Vyjádřením pocitu ohrožení by mohla být i kresba zbraní, která může souviset i s chlapeckým věkem a otázkou identity.

Vyjádření pocitu osamocení se objevuje v jeho kresbě rodiny, kde se nakreslil vlevo nahoře, bez kontaktu s ostatními, osamocení připomíná i postava medvěda v řepce.

Pocit osamocení od ostatních nebo přílišné zaměření na sebe nemusí vycházet pouze z jeho onemocnění, ale může být i vyjádřením aktuálního prožitku spojeným s pobytem nemocnici.

7 Diskuze

V praktické části jsem se zaměřila na vysledování typických znaků ve výtvarném projevu dětí a dospívajících se somatickými problémy. Pokusila jsem se zodpovědět na položené otázky: Jaké jsou společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním? Jaké jsou společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním? Projevují se odlišnosti v tvorbě dětí a dospívajících se dlouhodobým chronickým onemocněním oproti tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním?

Pokusím se shrnout specifika výtvarného projevu dětí a dospívajících se somatickými problémy, jak se ukázala v předkládané studii a současně odpovědět na položené otázky. Také se pokusím se o vztažení zjištěných specifík k poznatkům některých autorů zabývajících se výtvarnou tvorbou dětí s onemocněním.

Hlavním společným znakem výtvarné tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním s výjimkou jedné autorky byla **opatrná práce s barvou**, která se projevila malou intenzitou barev, omezenou paletou barev a prázdnými bílými místy v obrázcích. Opatrná práce s barvou se vyskytuje u nemocných v důsledku vyčerpání. Na práci s barvou poukazují také někteří autoři zabývající se výtvarnou tvorbou

dětí s onemocněním. Například Davido (2008), která popisuje používání mdlých a smutných barev u nemocných dětí i omezenou barevnou paletu v jejich kresbách.

Omezená barevná paleta ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy je patrná u všech autorů s výjimkou výtvarného projevu jedné dívky. V kresbách chybí **červená**, která je přítomná pouze u jedné autorky a **černá**, která se objevuje u dvou autorek. Domnívám se, že absence červené barvy souvisí s nedostatkem energie u dětí dlouhodobě chronicky nemocných. Chybějící černá barva v kresbách dospívajících může souviset s projevováním vzdoru. Projevy puberty jsou procesem ovlivněným nemocí z pohledu vlastní integrity a autentičnost vzdoru probíhá jiným způsobem. Společným znakem v hodnocené tvorbě dětí a dospívajících s onemocněním diabetes bylo **užití růžové a fialové barvy**. Domnívám se, že tato barevnost může odkazovat na pečovatelskou maminku, která je pro děti s tímto onemocněním důležitá. Růžová barva může odkazovat k nemoci a oslabení, nezralá růžová může souviset také s nezralostí přijetí dospělé role u dětí s diabetem. Předpokládala jsem u této skupiny dětí časté **využití oranžové barvy**, která má vazbu na orální problematiku v souvislosti s potřebou kontroly jídla u diabetiků. Tato barva se objevila ve výtvarné tvorbě pouze u dvou sledovaných autorů. Ve výtvarném projevu dospívajících s chronickým onemocněním kloubů a zažívacího traktu se růžová a fialová barevnost neobjevila, v jejich obrázcích převažovaly chladné **barvy modrá a zelená**, které byly časté i v tvorbě diabetiků. Domnívám se, že modro zelená barevná kombinace má souvislost s úzkostí z dlouhodobých potíží, kterou mohou prožívat. Ve všech obrázcích se objevuje **šedá barva** použitá v ploše, ale i k předkreslení kontur. Šednoucí barevnost se vyskytuje v tvorbě dlouhodobě nemocných. Užití šedé barvy v kresbách dítěte s onemocněním uvádí například Davido (2008), která popisuje vesměs vybledlé šedé a žluté tóny v kresbách nemocného dítěte.

Ve výtvarné tvorbě dlouhodobě chronicky nemocných jsou často zobrazené osamocené postavy, případně jsou postavy autora v kresbě rodiny oddělené od ostatních a bez kontaktu. Předpokládám, že mohou odkazovat k prožívání **pocitu izolace a osamocení** nebo zvýšeného zaměření na sebe, na které upozorňují i někteří autoři hodnotící kresby nemocných dětí. Na problém vzájemných vztahů v rodině a úzkost, které jsou patrné v kresbách dětí s diabetem, odkazují Sayed a Leaverton (1974). Peterson a Hardin (2002) uvádějí, že diabetické děti prožívají v rodině blízkost či izolaci. Pocit

osamocení a opuštěnosti, který se může projevit v kresbách například jako osamocené postavy, popisuje i Langmeier a Krejčířová (2010).

Předpokládám, že ve výtvarné tvorbě dětí s dlouhodobým chronickým onemocněním, kterou hodnotím, je nutné vzít v úvahu nejen jejich dlouhodobé onemocnění, ale i odloučení dětí od rodiny při hospitalizaci. Proto projevy prožívání osamocení a izolace v obrázcích mohou souviset nejen s jejich nemocí, ale také s aktuálním prožíváním v průběhu hospitalizace.

Ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým onemocněním byl často patrný **výtvarný regres**. Podobné zjištění popisují i Peterson a Hardin (2002), kteří uvádějí, že nemocné děti mohou dočasně tvořit obrázky, které odpovídají nižšímu vývojovému stádiu.

V některých obrázcích jsem pozorovala **odkazy k somatickému postižení** v kresbě, které se objevovaly například jako ztuhlost postav, odkazující na kloubní ztuhlost. Odkazy k somatickému postižení v kresbě nemocných dětí uvádějí také někteří autoři. Davido (2008) v kapitole Kresba a zdraví, popisuje kresbu lesa nemocného dítěte připomínající propletené žíly. Bach (1990) uvádí, že obrázky odrážejí nejen psychologické stavy a procesy, ale i vyjádření somatických postižení užitím barev, tvarů a motivů. Šicková (2002) popisuje například projevy somatického postižení v kresbě fialové kravaty u postavy autorky s onemocněním štítné žlázy. Naopak Pogády (1993) zastává názor, že v hodnocení somatického aspektu v kresbě nemocných dětí jde spíše o větší úlohu projekce interpreta, než dítěte, které ovládají nevědomé vnitřní pocity.

U většiny dětí a dospívajících s chronickými dlouhodobými problémy byla patrná **nejistota, menší míra tvořivosti** a možná i neochota investovat z důvodu určité staženosti zpátky, která se projevila u některých autorů i v přebírání a obkreslování obrázků ze seriálů. Děti a dospívající s dlouhodobými somatickými problémy upřednostnili kresbu pastelkou před použitím barev, kterou si vysvětlují také jako projev nejistoty a snahu o kontrolu. Při jejich práci byla patrná výtvarná bezradnost, možná související i s nepoučeností, která je často problémem věkové kategorie dospívajících.

Langmeier a Krejčířová (2010) popisují, že prožívání somatických potíží se může projevit narušením utváření tělesného schématu, které je základem zdravého **sebepojetí** a v kresbách nemocných dětí se mohou objevit projevy slabosti, malosti nebo znetvoření.

Předpokládala jsem, že prožívání somatických potíží v souvislosti se sebepojetím se v kresbách projeví. Toto zjištění jsem v některých výtvarných pracích pozorovala, například v kresbě střepů ve výtvarné tvorbě dívky s diabetem jako identifikaci s něčím rozbitým.

Pro výtvarnou činnost a její průběh u dětí a dospívajících s dlouhodobým somatickým onemocněním bylo typické, že měli při výtvarné práci **velkou potřebu času**. Před vlastní tvorbou dlouho přemýšleli o tom, co na obrázek namalují a průběžně při práci odpočívali. Domnívám se, že jejich zvýšená potřeba času může souviset s únavou a vyčerpáním z dlouhodobé nemoci, ale i s nejistotou a sebekontrolou.

Problémem při práci s dětmi a dospívajícími s dlouhodobým chronickým onemocněním byla únava, na kterou si většina z nich stěžovala a velká potřeba času. Protože byli unavení a dlouho na obrázku pracovali, obvykle v průběhu hospitalizace vytvořili pouze jeden nebo dva obrázky. Omezený počet obrázků by proto mohl být potenciálním zdrojem nepřesností v celkovém hodnocení sledované tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním.

Výtvarná tvorba dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním epilepsií měla některé shodné znaky s tvorbou předcházející skupiny, ale pozorovala jsem i zajímavé odlišnosti.

Opatrná práce s barvou, která se vyskytovala u dětí s dlouhodobým onemocněním, byla patrná pouze u některých dětí a dospívajících s onemocněním epilepsie. Prázdná bílá místa se v obrázcích také objevují, ale polovina autorů dokázala barevně zaplnit celou plochu papíru. Ve většině jejich výtvarné tvorby je vidět využití širší palety barev oproti dětem a dospívajícím s dlouhodobými chronickými problémy, často je vidět i větší intenzita barev. Ve výtvarném projevu většiny dětí s epilepsií se objevuje černá i červená barva. Domnívám se, že vliv dlouhodobého působení na psychiku dítěte s trvalými chronickými potížemi, který vede k vyčerpání a má vliv na opatrnou práci s barvou v jejich výtvarném projevu, není u dětí se záchvatovým onemocněním a mezidobím klidu tolik patrný.

Společným znakem v tvorbě všech dětí s epilepsií s výjimkou jednoho autora bylo užití **fialové a růžové barvy**. O uplatnění fialové barvy v kresbách postavy u dětí s epilepsií se zmiňuje Šicková (2002), která popisuje užití fialové barvy i u jiných onemocnění, například v kresbě autorky s onemocněním štítné žlázy.

Pozorovala jsem, že dospívající i děti s onemocněním epilepsie používají fialovou a růžovou barvu především na zobrazení vlastní postavy. Fialová a růžová barva se objevuje na postavách zobrazujících autora u všech sledovaných dětí a dospívajících s výjimkou jednoho autora. V některých kresbách je fialová na obrázku převažující, objevuje se i na jiných zobrazených postavách, než je postava autora a také na zobrazených objektech a živočiších.

Nápadné oproti předcházející skupině bylo užití **fialové a růžové barvy v oblasti postižené části těla (hlavy)**. Toto barevné zdůraznění jsem pozorovala v kresbě postavy u pěti autorů například jako růžovo fialovou skvrnu ve vlasech postavy autorky, nápadné zpracování vlasů fialovou barvou, růžovou kytku ve vlasech připomínající mozek nebo fialovo hnědé vlasy v kresbě autoportrétu. Další barvou, kterou děti s epilepsií preferovaly, byla **žlutá barva**. Někteří autoři dávají žlutou barvu do souvislosti s epilepsií. Žlutá barva převládala v několika obrázcích. Žlutá barva se u předcházející skupiny dětí s chronickým dlouhodobým onemocněním vyskytovala omezeně. Domnívám se, že upřednostňování této barvy může odkazovat i na souvislost s epilepsií.

Stejně jako ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy jsem u autorů se záchvatovým onemocněním sledovala **projevy izolace a osamocení** v zobrazení osamocených postav i postav autora v obrázcích rodiny odděleně a bez kontaktu. Domnívám se, podobně jako u předcházející skupiny dětí a dospívajících, že je potřeba uvažovat i o souvislosti s aktuálním prožíváním dítěte při odloučení od rodiny v nemocnici.

Obdobně jako ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním jsem ve výtvarném projevu epileptiků pozorovala **projevy somatického postižení** u několika autorů. V kresbách se například objevovaly atypické útvary jako klobouky připomínající kameny, které zatěžují hlavy postav nebo zdůraznění ruky v kresbě postavy, působící jako třes ruky připomínající epileptické záškuby. Nápadné bylo například zdůraznění hlavy jako masky u obrovské Ježibaby, jejíž žhnoucí červená hlava může odkazovat k nemoci autora. Odlišností od předcházející skupiny, kterou jsem v tvorbě dětí a dospívajících s epilepsií pozorovala v kresbách postav, byl **problém se zobrazením krku**. Kresba krku by mohla odkazovat na souvislost s onemocněním, vzhledem k tomu, že krk je oblastí propojení hlavy a těla. Nápadné jsou i **kresby stromů** dětí a dospívajících s epilepsií. Stromy jsou v jejich tvorbě zobrazeny s oddělenou

korunou. Domnívám se, že oddělení koruny, v souvislosti se symbolickým významem koruny stromu jako hlavy, by bylo možné vztahovat k epilepsii. Ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy jsem u zobrazení stromů toto oddělení koruny od kmene nepozorovala.

Symbolický výraz strachu, který jsem u předcházející skupiny pozorovala u tří autorů, se objevil ve výtvarném projevu i u některých dětí a dospívajících s epilepsií. Sledovala jsem zobrazení nebezpečných zbraní a ohrožující masku ve výtvarné tvorbě dvou chlapců. Nebezpečí v podobě ohrožujícího živočicha je vidět v obrázku jednoho chlapce. Ploty, jako kontaktní překážka a potřeba budování si bezpečného prostoru se objevily v tvorbě jednoho chlapce.

Langmeier a Krejčířová (2010) popisují, že se v kresbě nemocných dětí může projevit symbolický výraz strachu v podobě masky signalizující agresi, nebezpečného zvířete nebo živlu jako reakce na agresivní onemocnění.

Pozorovala jsem, že se symbolický výraz strachu může projevit v kresbě dětí, současně se také domnívám, že kresba ohrožujících zbraní může souviset u chlapců nejen s onemocněním a projevem pocitu ohrožení, ale i se zájmem chlapců o zbraně a s potřebou rozvoje identity.

U většiny autorů s onemocněním epilepsie je patrný **výtvarný projev na nižší vývojové úrovni**. Tento projev na nižší vývojové úrovni byl ve výtvarné tvorbě u většiny dětí a dospívajících s epilepsií podstatně hlubší než u dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy.

Mnoho autorů popisuje vliv epileptických záchvatů na mozek dítěte. Čechotová a Kratochvílová (2009) uvádějí, že epileptické záchvaty u dětí probíhají v mozku, který se vyvíjí a dozrává. Objevují se záchvaty benigní, kdy může dojít k vyléčení, ale i maligní, které postihují psychomotorický vývoj dítěte. Záchvaty, které je obtížné potlačit, mohou vést k rozvoji epileptické encefalopatie. Aktivní epilepsie pozastavuje psychomotorický vývoj a opakování záchvatů vede k vyčerpávání mozkových buněk a ve vyšším věku se může projevat mentálním handicapem (Čechotová a Kratochvílová, 2009).

Předpokládám tedy, že výrazný výtvarný regres u dětí a dospívajících s epilepsií může souviset s vlivem epileptických záchvatů na mozek dítěte, antiepileptickou léčbou, případně i s mentálním deficitem u některých autorů.

Švancara a Švancarová (1964) popisují znaky organického poškození mozku v dětské kresbě. Zkoumali kresbu postavy dětských pacientů neurologického oddělení a stanovili typické znaky organicity v kresbě.

Předpokládala jsem, že se ve výtvarném projevu se záchvatovým onemocněním epilepsií budou známky organického postižení mozku objevovat a hodnocení jejich výtvarné tvorby tento předpoklad potvrdilo.

Známky organického postižení mozku, které jsem v předcházející skupině nepozorovala, se ve výtvarném projevu některých dětí a dospívajících s epilepsií objevovaly. Pozorovala jsem v hodnocené výtvarné tvorbě známky třesu, rukopisnou práci nekoordinovanými pohyby, nastavovanou čáru a skvrnitost, která může ukazovat na nějaké ložisko u jednoho chlapce. V tvorbě dvou autorů se objevují nenavazující linie, oddělené části těla a rukopisná práce s pastelkou, svědčící pro nekoordinovanost pohybu. Grafomotorická čára připomínající projev, kdy ruka není koordinovaná s hlavou, je vidět u dvou autorů. Impulzivní nekoordinované grafomotorické čarání, které respektuje základní tvar při vybarvování, je vidět ve výtvarném projevu jednoho dítěte. Sklon kresby, nekoordinovanost pohybu, nenavazující linie a oddělené části těla jsem pozorovala u jedné autorky, kde byla patrná i souvislost psychomotorickou retardací. Z hodnocených výtvarných prací je patrné, že známky organického postižení je možno u některých autorů s epileptickým záchvatovým onemocněním vysledovat.

Odlišný byl **průběh výtvarné činnosti** i atmosféra při práci s dětmi a dospívajícími trpícími epilepsií oproti práci s dlouhodobě chronicky nemocnými. S výjimkou jedné dívky se u nich neprojevovala únava, byli aktivní a obrázky tvořili s nadšením. K výtvarné práci se s chutí následující den vraceli. Někteří byli hospitalizováni opakovaně a většinou pokračovali ve výtvarné tvorbě i následující hospitalizaci. I děti a dospívající s epilepsií upřednostňovali použití pastelek před barvami, ale někteří se pokusili na základě doporučení namalovat obrázek akvarelem. Aktivita a zájem o výtvarnou tvorbu se projevila i ve větším počtu zpracovaných obrázků na rozdíl od předcházející skupiny.

V průběhu výtvarné práce s hospitalizovanými dětmi a dospívajícími jsem se potýkala s několika problémy. Hlavním problémem byla často krátká hospitalizace dětí, jejíž délka se v současné době omezuje na nutné minimum. Proto se mi někdy nedařilo uskutečnit několik výtvarných setkání. Přestože se některé děti do nemocnice vracely, někdy se nám nepodařilo pokračovat ve výtvarné práci, protože jejich krátká hospitalizace proběhla ve dnech, kdy jsem měla volno a nezastihla jsem je v nemocnici.

Problémem byla práce s dětmi a dospívajícími s dlouhodobými chronickými potížemi, která byla poznamenána jejich únavou. Vytvořili pouze omezený počet obrázků a to se mohlo stát potencionálním zdrojem nepřesností v hodnocení. Proto je nutné vzít v úvahu při porovnávání výtvarné tvorby dětí a dospívajících s dlouhodobými chronickými problémy menší počet obrázků oproti většímu počtu obrázků zahrnutých do tvorby dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním epilepsií.

Další problém, se kterým jsem se potýkala, byla práce s dětmi a dospívajícími ve skupině. V průběhu výtvarné práce skupiny různě jednotlivci odcházeli na vyšetření a léčebné zákroky, přicházely k nim návštěvy a děti odcházely na pokoje. Obrázky zůstávaly nedokončené nebo se k nim děti vracely, ale chyběla návaznost. Dynamika skupiny byla narušovaná a děti byly nesoustředěné. Děti ve skupině měly také často tendenci od sebe opisovat nebo překreslovat obrázky z pastelek a jiné motivy. Myslím, že měly strach ze sebeprojevení a obavy z hodnocení ostatních. Zdálo se mi, že dětem v náhodně vytvořené skupině chyběl pocit bezpečí. Proto jsem upřednostňovala individuální výtvarnou tvorbu, kdy bylo možné přizpůsobit čas tvorby dítěti i jeho léčebnému režimu.

Tato studie je malou sondou do výtvarné tvorby hospitalizovaných dětí a bylo by potřeba uskutečnit dlouhodobější výzkum. Přínos této práce vidím v nahlédnutí do prožívání dětí a dospívajících se závažnými somatickými problémy, který může být zajímavý pro zdravotníky pečující o nemocné dítě a může jim pomoci uvědomit si souvislost mezi nemocí a psychikou dítěte. Jsem přesvědčená, že výtvarná práce se somaticky nemocnými dětmi v nemocnici byla přínosná především pro malé hospitalizované pacienty. Výtvarná tvorba pomáhala jejich adaptaci v nemocnici, uvolnění napětí a strachu, který prožívali. Navázání vztahu a výtvarná práce s dětmi často napomáhaly i lepší spolupráci dítěte při léčbě.

ZÁVĚRY

V bakalářské práci jsem se zabývala výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících se somatickými problémy. Hodnotila jsem výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním a tvorbu dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním epilepsií. Pokusila jsem se shrnout hlavní specifika výtvarného projevu a odlišnosti ve výtvarné tvorbě, které se u těchto dvou skupin dětí a dospívajících objevovaly.

Domnívám se, že je možné vysledovat určitá specifika ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy i specifika ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících se záchvatovými projevy, ale že se v jejich výtvarném projevu objevují i některé odlišnosti.

Pokusím se krátce shrnout hlavní společné znaky a tendence v jejich výtvarném projevu, jak jsem je pozorovala a zodpovědět na položené otázky.

Mezi hlavní pozorované společné znaky jejich výtvarné tvorby jsem zařadila opatrnou práci s barvou, která se projevila malou intenzitou barev, prázdnými bílými místy v obrazech, omezenou barevnou paletou, nápadným užitím růžové, fialové a šedé barvy. Dále jsem hodnotila mezi společnými znaky projevy izolace a osamocení ve výtvarné tvorbě, pozorované v zobrazení osamocených postav a postav autora v tématu rodiny zobrazených odděleně a bez kontaktu. Pozorovaným společným znakem v hodnocení kompozice a využití prostoru byla nevyvážená kompozice a disharmonie v ploše. Dále jsem pozorovala výtvarný projev na nižší úrovni, než odpovídá věku. V některých obrazech byly patrné projevy symbolického výrazu strachu a ohrožení a odkazy k somatickému postižení a sebepojetí v důsledku somatických problémů. K hlavním společným pozorovaným tendencím jsem zařadila i projevy nejistoty a kontrolovaný výtvarný projev, menší míru tvořivosti a projevy únavy v průběhu výtvarné tvorby.

Specifika ve výtvarném projevu dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním byla částečně shodná, ale objevily se i některé odlišnosti. Mezi hlavní specifika pozorovaná v jejich výtvarném projevu jsem zařadila práci s barvou, která se projevila uplatněním fialové a růžové barevnosti především na postavě autora, specifickým uplatněním fialové nebo růžové barvy jako akcentaci postižené části těla (hlavy) a nápadným užitím žluté

barvy. Mezi častými shodnými znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících jsem dále pozorovala výrazný výtvarný regres, projevy pocitu izolace a osamocení v kresbách, projevy symbolického vyjádření strachu ve výtvarné tvorbě některých autorů a odkazy k somatickému postižení a známky organického postižení mozku.

Pokusila jsem se shrnout podstatné hlavní odlišnosti, které jsem pozorovala ve výtvarné tvorbě těchto dvou skupin dětí a dospívajících. Mezi vysledované odlišnosti v jejich tvorbě jsem zařadila známky organického postižení mozku a výraznější výtvarný regres u epileptiků. Dále jsem pozorovala odlišné užití barev a specifickou barevnost ve výtvarném projevu epileptiků oproti dětem a dospívajícím s dlouhodobými problémy. V rámci hodnocení odkazů k somatickému postižení a sebepojetí ve výtvarné tvorbě jsem hodnotila mezi hlavními odlišnostmi specifické zobrazení propojení krků a hlavy v kresbách postavy a nápadné zobrazení stromů s oddělenou korunou od kmene ve výtvarném projevu epileptiků, které se ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobými problémy nevyskytly. Odlišný byl i průběh výtvarné tvorby dětí a dospívajícím s epilepsií, pro který byla obvyklá aktivita a nebyla nápadná únava.

SOUHRN

V této bakalářské práci jsem se věnovala výtvarné tvorbě dětí a dospívajících se somatickými problémy hospitalizovaných v nemocnici. Zaměřila jsem se na vysledování společných znaků ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících se somatickými problémy. Cílem práce byl popis charakteristického výtvarného projevu dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním a dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním, zhodnocení společných znaků a odlišností v jejich výtvarném projevu.

Zpracováním tématu jsem chtěla zjistit, zda existují společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s chronickým somatickým onemocněním a poukázat na souvislost mezi prožíváním nemoci a výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících.

V teoretické části jsem vymezila pojmy týkající se somatického onemocnění a jeho souvislostí s psychickým stavem dítěte. Nejdříve jsem popsala vlivy působící na zvládání nemoci u dítěte, mezi které jsem zařadila vývojovou úroveň dítěte, základní duševní konstituci dítěte, postoj okolí k nemocnému dítěti a vliv rozsahu somatického postižení. Dále jsem přiblížila nejčastější somatické potíže dětí a dospívajících a rozdělila jsem je do kategorií podle jejich působení na psychiku dítěte.

Popsala jsem poznatky o vývoji výtvarného projevu dětí a dospívajících a diagnostické možnosti výtvarného projevu. V závěru teoretické části jsem shrnula dosavadní zjištěné poznatky autorů zabývajících studiem kresby dítěte s onemocněním.

V praktické části jsem se zabývala výtvarnou tvorbou dětí a dospívajících hospitalizovaných na dětském oddělení. Provedla jsem výzkumnou studii, ve které jsem představila výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících se somatickými problémy. Porovnávala jsem výtvarnou tvorbu dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy a tvorbu dětí se záchvatovým onemocněním epilepsií.

Pokusila jsem se zodpovědět na položené otázky: Jaké jsou společné znaky ve výtvarném projevu dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním? Jaké jsou společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním? Projevují se odlišnosti v tvorbě dětí a dospívajících se dlouhodobým chronickým

onemocněním oproti tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním?

Zjišťovala jsem společné znaky ve výtvarné tvorbě dětí a dospívajících s dlouhodobým chronickým onemocněním a v tvorbě dětí a dospívajících s chronickým záchvatovým onemocněním. Sledovala jsem shodné znaky a hodnotila i odlišnosti ve výtvarném projevu těchto dvou skupin dětí a dospívajících se somatickým onemocněním.

Popsala jsem specifika výtvarného projevu dětí a dospívajících se somatickými dlouhodobými problémy a specifika ve výtvarném projevu dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním, jak jsem je pozorovala v hodnocené výtvarné tvorbě. Popsala jsem odlišnosti, které jsem pozorovala v hodnocení výtvarného projevu dětí a dospívajících s dlouhodobými somatickými problémy ve srovnání s výtvarným projevem dětí a dospívajících se záchvatovým onemocněním epilepsií.

Podářilo se mi zjistit, že hodnocený výtvarný projev dětí a dospívajících s dlouhodobým onemocněním nesl některé společné znaky, které byly obdobné i u výtvarného projevu dětí a dospívajících s epilepsií. Zjistila jsem i některé zajímavé odlišnosti ve výtvarném projevu těchto dvou skupin somaticky nemocných dětí a dospívajících. Pokusila jsem se zhodnotit specifika ve výtvarné tvorbě těchto dětí a dospívajících v souvislosti se somatickým onemocněním a jeho vlivem na psychiku dítěte.

Jsem si vědoma, že tato studie je pouze malou sondou do výtvarné tvorby hospitalizovaných dětí a dospívajících a je potřeba dlouhodobějšího výzkumu k potvrzení společných znaků v tvorbě hospitalizovaných dětí se somatickým onemocněním. Vzhledem k malému počtu hodnocených prací považuji tuto studii především za orientační a domnívám se, že tato studie by se mohla stát podkladem pro dlouhodobější výzkum. Přínos této práce vidím v nahlédnutí do prožívání dětí a dospívajících se závažnými somatickými problémy, který může být významný pro zdravotníky pečující o nemocné dítě a může jim pomoci uvědomit si a neopomíjet souvislosti mezi somatickým onemocněním a psychikou dítěte.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

BACH, Susan. *Life Paints Its Own Span*. Switzerland: Daimon Verlag, 1990. ISBN 3-85630-516-5.

BALCAR, Karel. *Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání*. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

COGNET, Georges. *Dětská kresba jako diagnostický nástroj*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0499-2.

ČECHOTOVÁ, Eva a Martina KRATOCHVÍLOVÁ. Epilepsie. *Sestra*[online]. 2009, 3. [cit. 2015-12-12]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/epilepsie-415951>>.

DAVIDO, Roseline. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-415-1.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-081-9.

KREJČÍŘOVÁ Dana: *Chronicky nemocné dítě, zvládání nemoci a bolesti u dětí*. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

KREJČÍŘOVÁ Dana: *Psychologická problematika některých neurologických onemocnění v dětství*. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUCHARSKÁ, Anna a Ludmila MÁJOVÁ. *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7290-217-2.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

LANGMAIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ. *Děti s primárně somatickým chronickým onemocněním*. In: LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

MÁJOVÁ, Ludmila. *Projevy úzkosti v kresebných diagnostických technikách*. In: KUCHARSKÁ, Anna a Ludmila MÁJOVÁ. *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7290-217-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

PEROUT, Evžen. *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.

PETERSON, Linda Whitney a Milton Edward HARDIN. *Děti v tísní: příručka pro screening dětských kreseb*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-237-0.

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-146-0.

POGÁDY, Jozef. *Dětská tvorba v diagnostice a léčbě*. Bratislava: SAP, 1993. ISBN 80-85665-07-7.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

SAYED, A. Joseph a David R. LEAVERTON. Kinetic-Family-Drawings of children with diabetes. *Child Psychiatry and Human Development*[online]. 1974, 5 (1) [cit.2015-12-12]. ISSN 1573-3327. Dostupné z: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF01441312>>.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠPITZ, Jan a Eva MALÁ. *Psychosomatická problematika v dětském a dorostovém věku*. In: BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

ŠTECHOVÁ, Kateřina a Stanislava KOLOUŠKOVÁ. *Diabetes mellitus v dětství*. [online]. Zdravotnická medicína, 2006. [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diabetes-mellitus-v-detstvi-172107>>.

ŠVANCARA, Josef a Lea ŠVANCAROVÁ. Znaky organicity v dětské kresbě. In: *Sborník prací Filosofické fakulty Brněnské university*. Brno: Filosofická fakulta Brněnské university, 1964. [online]. Digitální knihovna Filozofické fakulty Masarykovy univerzity. [cit. 2015-12-12].

Dostupné z: <https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/107297/B_Philosophica_11-1964-1_6.pdf?sequence=1>.

ŠVANCARA, Josef. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum, 1980.

UŽDIL, Jaromír. *Čáry, klikyháky, paňáci a auta: výtvarný projev a psychický život dítěte*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-599-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Neprojektivní kresebné techniky*. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VESELÁ, Kateřina. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra* [online]. 2007, 1. [cit. 2015-12-12]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prozivani-nemoci-a-hospitalizace-detskym-pacientem-285328>>.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

SEZNAM PŘÍLOH A POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Já a moje nemoc – Zdena (15 let)
- Příloha 2 – Oblíbená pohádka – Radka (11 let)
- Příloha 3 – Oblíbená pohádka – Klárka (9 let)
- Příloha 4 – Moje rodina – Oskar (10 let)
- Příloha 5 – Oblíbená pohádka – Petra (12 let)
- Příloha 6 – Já a moje nemoc – David (15 let)
- Příloha 7 – Oblíbená pohádka – Zdena (15 let)
- Příloha 8 – Oblíbená pohádka – Milan (17 let)
- Příloha 9 – Moje rodina – Kateřina (14 let)
- Příloha 10 – Já a moje nemoc – Kateřina (14 let)
- Příloha 11 – Moje rodina – Petr (14 let)
- Příloha 12 – Autoportrét – Vladana (16 let)
- Příloha 13 – Moje rodina – Míchal (10 let)
- Příloha 14 – Autoportrét – Matouš (8 let)
- Příloha 15 – Já a moje nemoc – Tamara (7 let)
- Příloha 16 – Oblíbená pohádka – Tamara (7 let)
- Příloha 17 – Moje rodina – Adélka (7 let)
- Příloha 18 – Moje rodina – Nina (15 let)
- Příloha 19 – Moje rodina – Zlata (15 let)

- Příloha 20 – U babičky – Zlata (15 let)
- Příloha 21 – Já a moje nemoc – Michal (10 let)
- Příloha 22 – Sova – Vladana (16 let)
- Příloha 23 – Roční období – Nina (15 let)
- Příloha 24 – Perníková chaloupka – Michal (10 let)
- Příloha 25 – Zbraně – Felix (9 let)
- Příloha 26 – Ve škole – Jan (7 let)
- Příloha 27 – Moje rodina – Jan (7 let)
- Příloha 28 – U nás na zahradě – Zlata (15 let)
- Příloha 29 - Moje rodina – Nataša (15 let)
- Příloha 30 – Perníková chaloupka – Radek (17 let)
- Příloha 31 – Jedeme k moři – Radek (17 let)
- Příloha 32 – Krakonoš – Radek (17 let)
- Příloha 33 – Moje rodina – Radek (17 let)
- Příloha 34 – Já a moje nemoc – Radek (17 let)
- Příloha 35 – Prodávám s tatškou v obchodě – Radek (17 let)
- Příloha 36 – Moje rodina – Felix (9 let)
- Příloha 37 – Jsme u moře – Felix (9 let)
- Příloha 38 – Medvěd v řepce – Felix (9 let)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

č. - číslo

Sb. - sbírka

tzv. - takzvaně

např. - například

JIP - jednotka intenzivní péče

s. - strana

cit. - citace

ISBN - mezinárodní standardní číslo knihy

ISSN - mezinárodní standardní číslo seriálové publikace