



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Arteterapie

Bakalářská práce

Využití arteterapie v socioterapeutické dílně

Vypracoval: Hana Šusteková
Vedoucí práce: PhDr. Yvona Mazešová, Ph.D.

České Budějovice 2016

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

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

Datum

Podpis studenta

Anotace

Předkládaná bakalářská práce se věnuje jedné z experimentálních forem terapeutické práce s duševně nemocnými lidmi - využití arteterapie v socioterapii. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část nejdříve vymezuje pojem socioterapie. Vzhledem k tomu, že v praktické části autorka pracuje s klienty Jiné kávy, kteří trpí duševním onemocněním, teoretická část dále přibližuje jejich psychické nemoci - konkrétně schizofrenii, depresi a sociální fobii. Třetí oddíl teoretické části vymezuje arteterapii a blíže se zabývá arteterapií u jednotlivých duševních poruch. Teoretická část končí přiblížením teoretických východisek tzv. „rožnovské arteterapie“, z níž autorka práce vycházela při svém arteterapeutickém působení v Jiné kávě. V praktické části autorka přibližuje svou přímou práci s klienty Jiné kávy, kterou ilustruje na dvou kazuistikách. Jejich obrazovou produkci zpracovává dle „rožnovské“ arteterapie. Zároveň se snaží prezentovat své zkušenosti ze socioterapeutické dílny a úvahy, které doprovázely její hledání nového terapeutického přístupu při práci s klienty Jiné kávy. S ohledem na svou práci autorka spatřuje arteterapii jako velmi vhodný terapeutický a resocializační postup u klientů Jiné kávy.

Klíčová slova: arteterapie, socioterapie, schizofrenie, deprese, sociální fobie

Annotation

This thesis presents one of the experimental forms of therapeutical work with mentally ill people – the use of art therapy in sociotherapy. The thesis consists of a theoretical and practical part. First, the theoretical part defines sociotherapy. This part then describes mental disorders of the clients of Jiná Káva – especially schizophrenia, depression and social phobia. The third part of the theoretical section defines art therapy and looks into the use of art therapy within specific mental illnesses. This section concludes with the definition of „Rožnov art therapy“ approach which the author used within the therapeutical work in Jiná káva. The practical part describes the direct work between the author and klients of Jiná káva which is ilustrated with two case interpretations. The visual productions is interpreted according to the „Rožnov approach“. The author also presents her experience from the socialtherapy workshops and her thoughts which accompanied her search for a new therapeutical aproach with the clients of Jiná káva. According to her work the author considers art therapy as a very convenient method of therapy and social rehabilitation.

Keywords: art therapy, social therapy, schizophrenia, depression, social phobia

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Yvoně Mazehoové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a trpělivou spolupráci.

Velmi také děkuji všem, kteří mi věnovali svůj čas a cenné rady, a to především PaedDr. Evženu Peroutovi, MgA., Stanislavu Zemanovi, Ph.D., MBA za konzultace. Dále pak Ivaně Blaškové za konzultace, korekci a podporu.

Tuto práci bych také nemohla realizovat bez ochoty všech, kteří mi byli nápomocní při sběru dat, tímto děkuji Mgr. Janu Rohlenovi, DiS. a všem zaměstnancům Jiné kávy.

Za pomoc se závěrečnými úpravami děkuji Ing. Ondřeji Kostovovi.

Děkuji také svým přátelům a blízkým za podporu v průběhu celého studia. Velmi děkuji svému muži za pomoc a důvěru po dobu mého studia i psaní této práce.

Obsah

I.	ÚVOD	2
II.	TEORETICKÁ ČÁST	4
1.	VYMEZENÍ SOCIOTERAPIE	4
1.1	Definice socioterapie	4
1.2	Socioterapie v širší perspektivě	5
2.	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ KLIENTŮ JINÉ KÁVY	6
2.1	Schizofrenie	7
2.2	Deprese	9
2.3	Sociální fobie	10
3.	VYMEZENÍ ARTETERAPIE	11
3.1	Definice arteterapie	11
3.2	Historie arteterapie	13
3.3	Arteterapie s duševně nemocnými	14
3.3.1	Arteterapie jako psychoterapeutický a resocializační postup u schizofrenie	16
3.3.2	Rysy výtvarné tvorby u schizofrenie	18
3.3.3	Arteterapie jako psychoterapeutický a resocializační postup u deprese	20
3.3.4	Rysy výtvarné tvorby u deprese	21
3.4	Teoretická východiska rožnovské interpretační arteterapie	22
3.5	Průnik socioterapie a arteterapie	22
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	23
4.	CÍL STUDIE	23
5.	SOCIOTERAPEUTICKÁ DÍLNA JINÁ KÁVA	23
5.1	Role socioterapeuta	24
5.2	Arteterapeutická dílna	24
5.3	Klienti	24
6.	CHARAKTERISTIKA ARTETERAPEUTICKÉ SKUPINY	25
7.	METODA STUDIE A CHARAKTERISTIKA ARTETERAPEUTICKÉ PRÁCE	25
8.	KAZUISTIKA KLIENTKY A	26

8.1	Působení klientky v Jiné kávě.....	30
8.2	Výtvarný projev a analýza klientčinych artefaktů.....	31
8.3	Shrnutí.....	40
9.	KAZUISTIKA KLIENTA H.	41
9.1	Působení klienta v Jiné Kávě	45
9.2	Výtvarný projev a analýza artefaktů klienta	46
9.3	Shrnutí.....	53
IV.	DISKUZE	54
V.	ZÁVĚR.....	57
VI.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58

I. ÚVOD

V této bakalářské práci se věnuji využití arteterapie v socioterapeutické dílně Jiná káva. V tomto zařízení pracujeme s lidmi s duševním onemocněním. K základním znakům duševního onemocnění patří porušení či ztráta kontaktu s realitou, negativní vliv na mezilidské vztahy a subjektivní prožívání existenciální osamělosti a opuštěnosti. Proto v arteterapii spatřuji východisko a most ke ztracenému světu lidské vzájemnosti.

V teoretické části své práce přibližuji socioterapii, obor nacházející se na hranici sociální práce a psychoterapie. Socioterapie duševních poruch zahrnuje intervence, které se snaží o posílení vnitřních zdrojů pacientů, zároveň se zaměřuje na zabezpečení dostatečného stupně sociální podpory, aby se pacienti mohli zdárně vyrovnat s nároky vnějšího prostředí. Charakterizuji jednotlivé duševní onemocnění klientů (schizofrenie, deprese a sociální fobie) a pokusím se nahlédnout do odlišnosti a složitosti života takto postižených lidí. Jedním ze zdrojů arteterapie jako oboru je mimo jiné právě zkušenost ze setkání s tvorbou duševně nemocných. Arteterapie schizofrenie otevírá cestu ke komunikaci, kterou často jiné způsoby neumožňují. Nejspecifičtější v přístupu ke schizofrenii je role terapeuta. Klíčově pojatý terapeutický vztah může představovat nový korekční zážitek zásadního významu. Obecně psychoterapeutické a sociálně rehabilitační postupy v léčbě schizofrenie nejsou metody první volby, ale jsou účinné tam, kde nefungují psychofarmaka. U deprese má psychoterapie charakter převážně resocializace nemocných. Celkově tvořivé projevy nemocných mohou velmi citlivě registrovat vývoj stavu nemocného, změny v hodnocení vlastního prožívání i prožívání vnější skutečnosti.

V praktické části popisuji svoji práci socioterapeuta - barmana v Jiné kávě, kde působím od října 2015. Od února 2016 zde probíhají pod mým vedením arteterapeutické setkávání s frekvencí jednou týdně. Arteterapie v Jiné kávě před mým příchodem neprobíhala. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na možný přínos arteterapie a tedy její význam pro klienty Jiné kávy. Zabývám se terapeutickou rolí arteterapie. Při své arteterapeutické práci v Jiné kávě stavím hlavně na tzv. „rožnovské interpretační

arteterapii“, která není primárně koncipována pro klienty s psychózou. „Rožnovská arteterapie“ se zakládá na psychodynamické teorii psychického fungování člověka a pracuje s výtvarným posunem jako terapeuticky účinným faktorem (Lhotová, 2010).

Podobu práce s klienty Jiné kávy prezentuji s pomocí dvou kazuistik klientů, se kterými jsem pracovala přibližně dva měsíce. Z literatury vyjímám projevy výtvarné tvorby charakteristické pro schizofrenii a depresi. Chci zjistit, zda se tyto znaky objevují v tvorbě klientů.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ SOCIOTERAPIE

1.1 Definice socioterapie

Základních definic o socioterapii nebo také sociální terapii je bezpochyby mnoho. Vymětal (2003) uvádí, že socioterapie se skládá z přístupů a opatření, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Jde tedy o působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primární, sekundární a terciální prevence poruch zdraví.

Socioterapie je terapie nežádoucích sociálních vztahů za pomoci žádoucích sociálních vztahů, postojů a aktivit, které směřují k úzdravné korektivní zkušenosti a kladné změně. Socioterapie je multidisciplinárního charakteru, propojuje hlavně poznatky sociální práce, psychoterapie, psychologie, speciální pedagogiky, práva, sociologie a medicíny. Cílem socioterapie je zlepšit kvalitu života jednotlivce, zmobilizovat jeho vnitřní kapacity a kapacity jeho sociálního systému. Je to práce s jednotlivci i se sociálními skupinami, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodnění, ohrožení nebo ve vzájemném konfliktu. Socioterapie nahlíží zúčastněné strany jako rovnocenné partnery, kdy žádná ze zúčastněných stran není označována jako nositel problému (Hrbková, 2012).

Úlehla (2011) popisuje socioterapii jako samostatnou odbornost, která se pohybuje na hranici psychoterapie a sociální práce. Pro výkon socioterapie podle něj není dostatečné psychoterapeutické vzdělání, ale je potřebné být vzdělán také v sociální práci. Socioterapeut musí být schopen přímo s klientem zařídit věci, kterými se psychoterapie nezabývá - tj. jít s ním do jeho prostředí, zapojit osobní a sociální okolí klienta a vyřizovat praktické věci.

Sociální terapie se uskutečňuje i v běžných rozhovorech o obtížích, zážitcích a zkušenostech, kdy je důležité, aby klient rozuměl dění kolem sebe a mohl se na něm

podílet. Je neméně důležité, aby terapeut uměl navodit správnou atmosféru a použil vhodné strategie, kroky a klienta dobře namotivoval. Při socioterapeutické práci je určující, jak dokáže být terapeut empatický a ochotný pomoci klientovi a jeho rodině. Terapeut prokazuje své osobní, profesionální a komunikační zkušenosti (Zakouřilová, 2008).

V praxi se můžeme potkat s několika typy socioterapie. Jde o léčbu prostředím (příjemná atmosféra v místě léčby, klidné okolí, kdy se klienti společně mohou na výsledku podílet), společenstvím (klienti se podílejí na celém procesu), sociálně rehabilitačními programy (denní centra, chráněné dílny), svépomocnými skupinami (klienti a jejich blízcí tvoří skupiny lidí se stejnou problematikou, informují se, pomáhají si a organizují společné akce) a jako poslední typ socioterapie je léčba v přirozeném prostředí (case management) (Vymětal, 2003).

Socioterapie představuje poměrně mladý hraniční obor. Socioterapeut by měl být, co se týče jeho vědomostí i dovedností, na vysoké úrovni. Kvalitní výkon v socioterapii afektivních poruch je závislý hlavně na dobré propojenosti mezi obory, tj. na spolupráci jednotlivých členů terapeutického týmu, ale také jednotlivých článků psychiatrické péče - ambulancí, lůžkovým zařízením a případnou službou komunitní péče (Hrbková, 2012).

1.2 Socioterapie v širší perspektivě

„V současné době je v medicíně obecně přijímáno biopsychosociální paradigma, rozšířené o ekologickou, kulturní, duchovní a etickou stránku člověka. To znamená, že snažíme-li se léčebně pomáhat nemocnému jedinci (a jeho nejbližšímu okolí) či preventivně působit či rehabilitovat poruchy zdraví, je nutné brát v potaz (a velmi často také ovlivňovat) všechny tři výše zmiňované dimenze a stránky člověka“ (Vymětal, 2003, s.93).

Proto zdravotnická péče při léčbě a rehabilitaci lidí s duševním onemocněním většinou kombinuje tyto přístupy k léčbě (Vymětal, 2003):

1. Psychoterapie - jak píše Kratochvíl (2005), jedná se o léčebné ovlivňování poruchy, potíží a problému za pomoci psychologických prostředků. Při skupinové terapii se k léčbě používá dynamika skupiny, tj. vztahy a interakce vznikající mezi členy a

terapeutem, tak mezi členy navzájem. Individuální psychoterapie pracuje se vztahem mezi terapeutem a jedním pacientem a kolektivní či hromadná psychoterapie se zakládá na působení terapeuta psychologickými prostředky na více pacientů současně, zároveň nevyužívá systematicky pro léčení to, co se mezi nimi odehrává.

2. Socioterapie - Hartl & Hartlová uvádějí, že v širším slova smyslu představuje socioterapie sociální pomoc lidem společensky nepřizpůsobivým (např. duševně nemocným lidem, lidem propuštěným z vězení apod.). Vymětal (2003) řadí socioterapii do sociální medicíny, kde v popředí stojí sociální složka poruchy zdraví a současně je i pracovní metodou, kdy sociální aspekt vystupuje v každé činnosti péče o pacienta a jeho nejbližší, protože v bio-psycho-sociálním paradigmatu představuje pacienta i rodina (nejen identifikovaný pacient nebo tzv. nositel symptomů).

3. Farmakoterapie - tento pojem zahrnuje léčení nemocného pacienta s pomocí léků, kdy léčba duševních nemocí psychofarmaky je v současné době nejrozšířenějším způsobem léčby, tato situace je dána komercializací této oblasti, protože psychofarmaka jsou skvělým a perspektivním obchodním artiklem. Vymětal (2003) to zdůvodňuje velkým množstvím léků, které jsou lehké dostupné a účinné.

2. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ KLIENTŮ JINÉ KÁVY

Duševní poruchu definuje WHO jako klinickou prokazatelnou změnu duševní činnosti, která způsobuje, že je člověk vyřazen z práce, společenského života, či zodpovědnosti při právních úkonech. Celkově se jedná o změnu některých psychických procesů projevujících se v chování a prožívání člověka, která ztěžuje jeho interakci se sociálním prostředím (Styx, 2003).

2.1 Schizofrenie

Podle aktuální 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, patří schizofrenie do kategorie F20-F29 spolu s takzvanou schizotypní poruchou a poruchami s bludy (Zvolský, 2005).

Je to jedna z nejzávažnějších duševních poruch, která devastuje intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Je spojena se ztrátou kontaktu s realitou, narušením vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu (Malá, 2015).

Termín schizofrenie je možné překládat jako „rozštěp mysli“. Schizofrenií trpí asi 1 % populace. Schizofrenie je onemocnění mladého věku, jsou dva vrcholy výskytu této nemoci - v adolescenci mezi 17/18 rokem a pak kolem 24/25 let. Onemocnění je nejasného původu, neznáme příčinu, a tak je léčba pouze stabilizací stavu (Malá, 2015).

Pro schizofrenii jsou typické pozitivní a negativní příznaky. Nápadnější jsou ty pozitivní, jedná se o bludy (především kontrolování, ovlivňování a ovládání, doprovázené zvláštními činnostmi, myšlenkami a pocity). Patří sem také myšlenkové změny (ozvučování, vysílání, vkládání a odjímání myšlenek). Negativní syndromy, označované jako 4A jsou apatie, anhedonie, abulie a poruchy afektivity (Češková, 2012).

Pozitivní příznaky mnohem rychleji mizí po léčbě antipsychotiky, negativní jsou hůře ovlivnitelné. V těžkých případech schizofrenie je indikovaná elektrokonvulzivní terapie. Pro další vývoj a kvalitu života je kromě farmakoterapie nezbytná také psychoterapie a socioterapie. Asi 20 % pacientů má dobrou prognózu, za život je potká pouze jedna epizoda schizofrenie, která za sebou nezanechá následky. Třetina pacientů pak za život prožije několik epizod a poslední třetina se musí vypořádat s opakujícími se epizodami, které postiženého jedince devastují jak psychicky, tak sociálně (Smolík, 2002).

Základní formy schizofrenie jsou uvedeny rovněž v přehledu všech diagnostických kategorií MKN-10 v příloze (Malá, 2015).

- **Paranoidní schizofrenie (F20.0)** - Je nejčastější a nejběžnější forma. Vyskytují se bludy perzekuční, vztahovačné, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace

vlastního těla, zároveň jsou přítomny sluchové, čichové, chuťové sexuální a jiné tělové halucinace. Je to schizofrenie spíše staršího věku (18-24 let).

- **Hebefrenní schizofrenie (F20.1)** - Schizofrenie mladšího věku, hranice je snížena na 15 let. Problematické je, že se nejprve objevují negativní symptomy a až později pozitivní/psychotické projevy. Často jsou tedy problémy připisovány např. pubertě, takže trvá déle, než se pacient dostane k lékaři.
- **Katatonní schizofrenie (F20.2)** - Tento typ je charakterizován funkčními poruchami motoriky. Objevuje se některý z následujících symptomů nebo jakákoliv jejich kombinace:

- **katatonní stupor** - ztuhnutí, nepohyblivost

- **mutismus** - pacient přestane verbálně komunikovat, jedná se o funkční neschopnost mluvit

- **negativismus** - pasivní - pacient odmítá vyhovět požadavkům, aktivní - pacient vykoná pravý opak toho, co se po něm žádá

- **rigidita** - ztuhlý postoj, podobné stuporu

- **nástavy** - zaujímání a udržování nezvyklých nebo bizarních poloh

- **excitace** - neúčelná, vnějšími podněty neovlivnitelná motorická aktivita

- **Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)**

Nedostatečný vymezený typ schizofrenie.

- **Simplexní schizofrenie (F20.6)** - Pozitivní příznaky se objevují později než negativní, ale týká se to pozdějšího věku, tj. 18 letech. Typické je hrubé, nepochopitelné, bizarní chování a sociální izolace.

2.2 Deprese

WHO (2012) definuje depresi jako chorobný stav vyznačující se depresivními rysy, typické jsou projevy smutku, pesimismu, ztráty zájmu a potěšení, pocity viny, méněcennosti, vtíravé myšlenky, poruchy spánku či chuti k jídlu.

V kterékoli chvíli na světě má 340 milionů lidí depresi. Češková (2012) uvádí, že celoživotní prevalence deprese je přibližně 16 %. Cikrt (2000) uvádí, že klinická forma deprese se týká 5 % české populace, přičemž ohroženější jsou ženy.

Zátěžové období pro vznik deprese je mezi 25-45 lety a poté nad 65 let (pod vlivem senility) (Smolík, 2002). WHO považuje za rizikové faktory pro rozvoj deprese pohlaví, chudobu, sociální nevýhody (např. nízký stupeň vzdělání, genetické predispozice, expozice násilí, být rozvedený nebo žít odděleně a chronické onemocnění) (World Federation of Mental Health, 2012).

Pro depresi jsou typické tři základní komponenty - somatická, výkonnostní a afektivní. Somatické příznaky jsou zastoupeny poruchou spánku, změnou chuti k jídlu nebo poruchou sexuální apetence. K afektivním komponentám řadíme symptomy vyjadřující poruchy nálady. Výkonnostní komponenta zahrnuje příznaky vztahující se např. ke změnám psychomotorického tempa, zvýšené únavnosti nebo ztráty energie (Raboch & Zvolský, 2001).

Pro diagnostiku deprese je potřeba, aby depresivní nálada trvala alespoň dva týdny, hodnoceno subjektivně nebo objektivně. Depresivní nálada je charakterizovaná smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace. Další příznaky jsou pocity ztráty energie, doprovázené ztrátou výkonu, pesimistické ladění, pocity viny, bezcennosti, bezvýchodnosti. Deprese ovlivňuje soustředění, omezuje mentální výkon, objevuje se anhedonie, úzkost, strach a iritabilita. Běžné jsou poruchy spánku, změny psychomotorického tempa - útlum nebo agitovanost a změny chuti k jídlu (Raboch & Zvolský, 2001).

Deprese může vyústit v sebevraždu, odhady hovoří, že až 15 % postižených spáchá suicidium a asi 2/3 nemocných zmiňuje suicidální myšlenky (Raboch, 2012).

V MKN- 10 spadá depresivní epizoda/fáze (F31) do kategorie Afektivní poruchy (F30-F39). Dělíme ji dále na lehkou (F32.0) středně těžkou (F32.1) a těžkou (F32.2) depresivní fázi. Při lehké depresivní fázi je pacient schopen pracovat a sociálně se angažovat, při středně těžké fázi už pacient obtížně zvládá pracovní, sociální a domácí aktivity. U těžké depresivní fáze je přítomen výrazný psychomotorický útlum nebo naopak agitovanost, časté jsou pocity stísněnosti, ztráty sebeúcty, pocity viny a neschopnosti. Pacient není schopen, nebo jen velmi omezeně, pracovního, společenského a domácího zapojení (Malá, 2015).

Terapie deprese se skládá z léčby akutního stavu, na kterou navazuje léčba stabilizační, která přechází v léčbu udržovací. Ať už se jedná o jakoukoli formu deprese, je vhodné ji léčit jak farmakoterapeuticky tak psychoterapeuticky. Tato kombinovaná léčba přináší velké úspěchy. Léky eliminují symptomy nemoci, psychoterapie pomáhá nemocnému vysvětlit, co se s ním děje a učí ho, jak se vyrovnat s příznaky a problémy v životě a posléze trénuje dovednosti, které mohou v budoucnu předejít výskytu nové epizody (Češková, 2012). U nejtěžších depresí, je indikována elektrokonvulzivní terapie (Malá, 2015).

2.3 Sociální fobie

Sociální fóbie (F40.1) spadá pod Fobické úzkostné poruchy (F40) do kategorie Neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem a somatoformních poruch (F40-F49).

Projevy sociální fobie vychází hlavně ze strachu v sociálních situacích. Její počátek mnohdy přichází v období puberty a dospívání. Lidé, kteří trpí sociální fobií, mají strach ze společnosti a z komunikace s lidmi. Dělá jim velké problémy mluvení před ostatními, psaní, telefonování, zpívání nebo jedení jídla. Základem je velký strach ze zvědavosti jiných lidí. Tento strach je podle důležitosti situace větší (významné setkání) nebo menší (kontakt s rodinou). Strach je někdy tak velký, že přivádí takového člověka k panice či k obavě ze ztráty sebekontroly. Pokud to jen lze, vyhýbá se takovým situacím. Z člověka se stává asociál. Nikam téměř nechodí, všechen čas tráví doma. Sociální fobie způsobuje

snížení sebevědomí člověka, strach z autorit a kritiky (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Obavy z odmítnutí jsou většinou doprovázeny i tělesnými projevy. Hodně lidí, kteří trpí sociální fobií, uvádí, že se často červenají, vyhýbají se pohledu z očí do očí, třesou se jim ruce, trpí nauzeou nebo neodkladnou potřebou močení. Lidé s touto fobií mohou žít v samotě, nedokáží se separovat od rodičů, nejsou schopni studia nebo mají problémy v pracovní činnosti při kontaktu. Během času také může vzniknout závislost na alkoholu či drogách z důvodu uvolňování úzkosti a napětí, které je pouze krátkodobé. Bohužel se mohou dostavit i depresivní epizody a v nejhorším případě i myšlenka či pokus sebevraždy (Praško, 2008).

V klinické praxi utváří tato fobie 30 % všech fobií a 18 % nemocných, kteří jsou léčeni s poruchami úzkosti (Praško, 2005). Výskyt je u mužů a žen přibližně stejný. U sociálních fobií je riziko suicida až šestkrát vyšší než v běžné populaci (Malá, 2015).

Sociální fobie se vyskytuje poměrně často a dá se dobře diagnostikovat. Léčení této nemoci je velmi efektivní. Jako příčina se u této nemoci uvádí úzkost, která však lze snížit medikací, psychoterapií nebo kombinací obojího (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008). Zároveň se velmi často stává, že lidé s těmito obtížemi lékařskou pomoc nevyhledávají. Mnohé projevy nemoci nám důvody objasňují. Strach z kontaktu a hodnocení okolím je velkou překážkou (Praško, 2008).

3. VYMEZENÍ ARTETERAPIE

3.1 Definice arteterapie

Název arteterapie je odvozen z latinského ars (umění) a řeckého terape (léčení) (Zicha, 1981). Arteterapie představuje disciplínu, na které můžeme nahlížet v užším a širším smyslu. Tato práce bude arteterapii chápat v smyslu užším, což znamená, že jde o léčbu výtvarným uměním a ne uměním obecně (např. hudbu, poezie, próza, divadlo, tanec a výtvarný projev) (Šicková-Fabrice, 2016).

Arteterapii lze definovat jako „*teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti*“ (Šicková-Fabricsi, 2016).

Obecně je možné zařadit arteterapii do terapií expresivních. V odborné literatuře i odborných kruzích je cítit jistá polarita ve vztahu psychoterapie a samotné arteterapie. Konflikt názorů je založen na otázce, jestli je možné arteterapii považovat za samostatný obor nebo jako psychoterapeutický přístup, či dokonce jako techniku (Lhotová, 2010). Například Strnadlová (2006) píše, že hodně autorů stále bere arteterapii za součást nebo složku celkového komplexu terapií. Na druhé straně existují pojetí, která staví arteterapii jako terapii samostatnou.

Např. Lhotová (2010) o arteterapii hovoří jako o léčení, a to proto, že se soustředí na psychické problémy pacienta se záměrem léčebně na ně účinkovat a snižovat jejich výskyt. Šicková-Fabricsi (2002) zase arteterapii označuje jako formu psychoterapie, která díky grafické, malířské a sochařské práci ovlivňuje výchovu a sociální integraci handicapovaných jedinců.

Nicméně v odborné literatuře převažuje vnímání arteterapie jako součásti psychoterapie, kdy ji můžeme definovat jako formu psychoterapeutického vztahu klienta a terapeuta, jehož hlavním nástroj je tvorba artefaktů (Edwards, 2004). V každém případě je definice, jak správně pochopit arteterapii, velké množství, situace je obdobná jako v případě socioterapie.

Důležitou funkcí výtvarných technik je ulehčit klientům při vyjadřování jejich pocitů. To je výhodné i pro terapeuta, protože se tak snáze dostane k některým osobnostním rysům klientů, které by pro něj mohly být třeba delší dobu nepřístupné (Kořínková-Vindušková, 2001). Za pomoci arteterapeutických technik je také možné působit na proces uvědomování či podpořit komunikaci jako celek (Landischová, 2007). Pro artefakty vznikající během arteterapie nehodnotíme z umělecké stránky. Umělecký obsah a kvalita nejsou relevantní, za podstatný považujeme proces při samotné tvorbě.

Nejzásadnější je pak výtvarný projev, který je vnímán jako hlavní prostředek poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů.

V socioterapii je důležitá komunikace mezi klientem a socioterapeutem. Není těžké si představit, že v rámci komunikace může dojít k nedorozuměním na verbální úrovni. Tady má arteterapie jako neverbální technika nespornou výhodu v tom, že klienta podporuje v jiném než slovním vyjádření jeho myšlenek. Slova jsou totiž často dobrým způsobem, jak klient může záměrně předávat určitý obsah nebo jej naopak skrývat, či díky němu může mást. Ve výtvarném projevu je tuto kontrolu obtížné uhlídat ve srovnání s projevem slovním (Koblicová, 2000).

3.2 Historie arteterapie

Výtvarné umění a tvoření byly pro lidstvo vždy nesmírně důležitou součástí. Umění plnilo funkci, jak komunikační, tak terapeutickou (Lhotová, 2010). Gombrich (2006) uvádí, že autoři krásných pravěkých jeskynních maleb si skrze vytvořené symboly utvářeli postoj ke světu.

První impuls, jak použít tvoření k léčbě psychických onemocnění, byl údajně zaznamenán již ve starověkém Egyptě, v Řecku a po čase i v arabském světě. „Otcem“ arteterapie je nazýván Aristotelés (4. stol. př. Kr.), který jako jeden z prvních dával do souvislosti dramatické umění a emocionální rozpoložení. Zaměřoval se především na katarzi (Lhotová, 2010).

O propojení mezi výtvarným artefaktem a osobností jeho tvůrce se jako první začala zajímat psychologie, zaměřila se hlavně na souvislosti výtvarného vyjadřování a vývoje jedince. Na psychologii posléze navázala psychiatrie, aby obohatila její teorie o klinickou praxi, především v diagnostice. Souběžně se začalo v prvních sanatoriích v rámci terapeutických procedur využívat výtvarné práce. Tento vývoj probíhal přibližně v poslední čtvrtině 19. století (Lhotová, 2010).

Koncepční a metodologickou základnu současné arteterapie vystavěli svojí hlubinnou psychoterapií S. Freud a C. G. Jung na počátku 20. st. Významnou osobností pro arteterapii byl také německý psychiatr Hans Prinzhorn, který v roce 1922 zveřejnil svou

práci Bildneri der Geisteskranken. Tato publikace se zajímala o psychopatologickou tvorbu, o podstatu tvoření, jeho původ a potenciál (Kupečková, 1980).

Ve 30. letech se v USA arteterapie začala rozvíjet díky psychoanalytičce Margret Naumburgové, která poprvé přišla s názvem arteterapie. Naumburgová tvrdila, že pojetí arteterapie vychází z přesvědčení, že člověk nemusí být nutně výtvarně nadaný, a přesto má v sobě skrytý potenciál promítat svůj niterní rozpor do tvaru či symbolů v obraze (Waller, 1991). V tomto čase si arteterapie vydobyla své místo jak v institucích, tak v individuální léčbě. Vycházela z psychoanalýzy a interpretačně komunikační práce s obrazovou produkcí klientů. V Severní Americe, západní Evropě a v Japonsku se tak arteterapie začala rychle vyvíjet, podobně jako tomu bylo u mnoha psychoterapeutických směrů (Lhotová, 2010).

Junge (2010) pak mluví o velkém rozvoji psychoterapie, současně i arteterapie v USA po druhé světové válce. Bylo to důležité období plné změn a inovací v péči o duševní zdraví. Snahy o rozvoj této oblasti byly spojeny s nadějí a optimismem. Z války se vrátilo spousta traumatizovaných veteránů, se kterými bylo třeba psychoterapeuticky pracovat. V USA v tomto čase se také mění přístup k psychiatrickým pacientům. Nejen rozvoj psychoterapie, ale také pokroky v medicíně v oblasti antipsychotik vedly k rozvoji snahy začlenění psychiatrických pacientů zpět do života, mimo mříže ústavů. Umění si v této době také získává významné místo v psychoterapii. V arteterapii v USA brzo vznikaly požadavky na jasné určení jejích standardů, etiky a vzdělání. V USA se profesní vzdělání arteterapeutů uskutečňovalo od 60. let, v Evropě pak od pozdních 80. let. Tím, že arteterapie v určitých léčebných situacích prokázala rychlejší účinnost než jiné metody, se v USA v polovině devadesátých let stala oborem financovaným zdravotními pojišťovnami.

3.3 Arteterapie s duševně nemocnými

Šicková-Fabrici (2016) sdílí obecný názor, že tvorba duševně nemocných je často neuvědomovaná. Mnohdy pramení ze samé podstaty nemoci a se zlepšením stavu často zaniká.

Na počátku vývoje arteterapie byl prozkoumáván především výtvarný projev

duševně nemocných. Práce s výtvarnými artefakty pomáhala při upřesnění diagnózy. Tato oblast se rozvíjela v Evropě už od 70. let 19. st., a to hlavně v souvislosti s psychopatologií schizofrenie. Výzkumu v této oblasti se věnoval P. M. Simon, který určil v roce 1876 dvě zásady. První hovoří o tom, že duševně nemocní pacienti mají jiný výtvarný projev než zdraví lidé. Za druhou zásadu považoval zjištění, že výtvarný projev se mění podle typu a charakteristiky nemoci (Zicha, 1981). Většinou to byli psychiatři s výtvarným cítěním, kteří se zajímali o výtvary svých nemocných pacientů. Snažili se analyzovat tvorbu, ale samotnému procesu při malování se ve většině případů neúčastnili (Kupečková, 1980).

J. Šicková – Fabrici (2002) uvádí následující cíle arteterapie u pacientů s duševními poruchami:

1. Arteterapie dává příležitost sublimace negativních prožitků;
2. Umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování;
3. Poskytuje reálný pohled na svou nemoc;
4. Nabízí vizi změn a chápání událostí i naději na vyléčení.

Lidé s duševním onemocněním se zaobírají převážně sami sebou a současně se cítí velmi nejistě. Vlivem psychické tísně je mnoho lidí zranitelných, traumatizovaných, nevěří vlastním pocitům a vjemům. Díky popisování jejich psychického rozpoložení může dojít k rozpoznání problému, i když je mnohdy pro většinu nesrozumitelné a nepříjemné.

Nemocný člověk pak pociťuje stud a slovo získává větší váhu, kterou poraněný člověk nezvládne. Většina těchto lidí má problémy s vyjadřováním. Neverbální terapie posilují a otevírají cestu k verbálnímu projevu a možnostem sebevyjádření. V expresivních terapiích se věci dějí rychleji a jsou vidět, slyšet a dají nemocnému pocít, že situaci může zvládnout. Klient nachází skrze kreativitu nový symbolický jazyk, který používá metaforu a má těsnější vztah k psychickému a psychotickému prožitku. Toto všechno dává klientovi motivaci ke změně. Expresivní terapie umožní nemocným nový náhled na psychické nemoci (Prinzhorn, 1922).

3.3.1 Arteterapie jako psychoterapeutický a resocializační postup u schizofrenie

Syřišťová (1977) píše, že u zrodu každého psychotického duševního onemocnění je úzkost, která je hlubší než úzkost u neuróz, protože ohrožuje a ničí osobnost v samé její podstatě. Schizofrenní osobnost není s to se aktivně vědomě bránit, ztrácí vztah k tomu, co je okolím vnímáno jako realita a úzkosti se brání mobilizací nevědomých mechanismů. Tyto mechanismy na troskách bývalé reality konstruuji někdy šílený svět plný děsu, jindy nebesky krásný psychotický ráj. Ego utýrané nároky superega hledá záchranu ve světě mánie, schizofrenik neschopný komunikovat s okolním světem se obrací na fantastické bytosti stojící mimo realitu.

Syřišťová (1989) vidí hlavní přínos arteterapie u schizofreniků v tom, že arteterapie může pomoci zpřístupnit komunikaci, která je u nich jinými prostředky nedosažitelná, pacient se schizofrenií díky arteterapii může vyjádřit jinak slovně nesdělitelné obsahy, svoje prožívání a nazírání života i světa. Symbolická a expresivní tvorba schizofrenních pacientů často představuje jedinou možnou formu sebevyjádření a psychoterapeut může často jen díky ní vhlédnout do složitého autistického světa nemocných, může sledovat velmi jemné změny v duševním stavu pacienta. Výtvarná produkce zachycuje chorobné změny, případně ozývající se počínající psychotický proces nebo jeho recidivu často dříve, než jsou odhalitelné jinou klinickou nebo psychologickou metodou.

Psychoterapeuticky nosné je, když na schizofrenního pacienta nenahlížíme jen jako na nemocného, který má lidově řečeno „o kolečko navíc“, ale vnímáme také, že má někdy i určitou významnou dimenzi navíc, možná je psychicky bohatší než tzv. normální jedinci. Podle konvenčních kritérií tzv. normality je to defekt, který ale v některých případech může představovat i neobyčejnou možnost, kterou není vhodné zničit, ale konstruktivně ji rozvíjet (Syřišťová, 1989).

Jak píše Syřišťová (1989), je důležité zmínit, že schizofrenici tvoří nejvíce ze všech duševních onemocnění. Je také velmi obtížné stanovit přesnější hranici mezi tvorbou

nadaných schizofreniků a tvorbou nejen výtvarných, ale i jiných umělců, u nichž nalezneme tvorbou vzniklou pravděpodobně v průběhu psychózy (např. van Gogh, Nerval, Celan aj.). Rozdíl mezi umělcem a schizofrenikem je hlavně v tom, do jaké míry je ex post pánem svého díla, je schopen do něj zasáhnout a formovat jej.

Syřišťová (1989) uvádí znaky pozorovatelné v řadě výtvorů známých moderních malířů, které současně nacházíme také v tvorbě nadaných schizofreniků, a nemůžeme je tak označovat jako jednoznačně patologické. Jedná se o chaotický prostor, nedbání běžných proporcí a perspektivy, ztrátu kompozice, kombinaci heterogenních materiálů, geometricko-lineární, technicko-konstruktivní vyjádření reality, kombinování obrazu člověka nebo částí jeho těla s neživými objekty, spojování zdánlivě neslučitelného (obsahově i formálně), symbolickou a výrazně expresionistická tvorbu.

Přímo analyzovat traumatické a ohrožující prožitky promítnuté do kresby, je jak v individuální, tak skupinové terapii schizofreniků velmi nebezpečné, spíše však kontraindikované. Výsledek pacientovy práce tedy nikdy neinterpretujeme, o to více je dobré ho ocenit (Syřišťová, 1989). Syřišťová (1977) jako riskantní označuje také direktivní přístup terapeuta. Nejen že si takovýto terapeut těžko s pacientem vytváří důvěrný vztah, ale direktivní terapeut je také nesrozumitelný nebo dokonce ohrožující. Měnit pacientův stav je reálné až po jeho předchozím přijetí.

Jak píše Praško (2011) psychoterapeutické a sociálně rehabilitační postupy v oblasti terapie schizofrenie nepředstavují silný proud, působí však tam, kde naopak nemají potenciál psychofarmaka. Ta dominují v léčbě pozitivních a částečně také v negativních symptomů. Psychosociální oblasti jsou schopny ovlivnit jen sekundárně (pacient bez halucinací funguje ve společnosti lépe). Schizofrenie široce zasahuje celou osobnost, a proto si žádá také širokospektrální terapeutické působení. Často sledujeme klinický obraz, kdy zmizí floridní psychotická symptomatika a nadále přetrvávají některé negativní symptomy.

Jakkoli je psychoterapie dobrým doplňkem a pomocnou metodou farmakoterapie v průběhu schizofrenního procesu, po skončení akutní fáze, může představovat i dominantní postavení jako nástroj, který bojuje s deficitní symptomatikou, a to hlavně v podobě sociální rehabilitace.

3.3.2 Rysy výtvarné tvorby u schizofrenie

Syřišťová píše (1989), že ve spontánní tvořivé činnosti schizofreniků často spatřujeme viditelný nutkavý ráz a velmi expresivní náboj (kdy není možné jej racionálně kontrolovat a pracovat s ním) a dá se jí přiznat jistá autosanační a integrativní funkce. Zvláště ze začátku mohou mnozí nemocní vyjádřit jinak nekomunikovatelné prožitky ohrožení, neřešitelnosti, úžasu, úzkosti i agresivity.

Shodně Syřišťová (1989) a Rennert (1962) doporučují brát specifické rysy schizofrenní kresby se značnou rezervou. Velká paleta rozdílných výtvarných vyjádření schizofrenních pacientů pro nás má být spíše vodítko při odhadu situace nemocného než choroby v tradičním psychiatrickém slova smyslu.

Můžeme označit z hlediska formálních znaků jako významné následující: barokně vyzdobené formy, přeplnění plochy až po okraj ornamentálními stereotypy, perseverace motivů, figur, symbolů v celé sérii, vpravení prvků písma, kombinace člověka s neživými objekty, obrazový nebo slovní „salát“ atd. (Syřišťová, 1989).

Rennert (1962) uvádí výčet 14 kritérií, které jsou pro schizofrenní tvorbu významná:

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

11. Geometrizace a schematizace
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky
13. Ztráta kompozice
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat.

Schizofrenní typ kresby je také popsán v Testu kresby lidské postavy (FDT). Koubek (2007) uvádí tři typy schizofrenních kreseb. První typ je vzácný, jde o kresbu kostlivců s tenkými končetinami a specifickým vyjádřením kloubů, patrná je známka organicity. Druhý typ je charakterizován znázorněním mužské postavy s velkou hlavou, jenž připomíná Golema, ženská figura je malá, neatraktivní, chybí jí ženské znaky, proporce, často má nepřiměřeně dlouhé paže, které jsou projekcí potřeby mateřské ochrany. Třetí typ je označován jako „typ slepého mládence“, pro který jsou typické slabé, nejisté linie, strnulý postoj, hubená, protáhlá postava, oči provedené jako malé kroužky bez zřítelnic, ženská postava je malá, pojatá v podobě nejasné skici.

K projevům v rámci jednotlivých typů schizofrenie ve FDT a Machoverové Draw-a-Person Test (DAP) se často u paranoidní schizofrenie objevují extraprodukty, prvky, které jsou navíc, často jsou to výsledky halucinatorní produkce. Pro oči je typické zvýraznění, jsou nápadné. U simplexní formy nacházíme strnulé figury, kresby jsou velmi chudé, s typickými prvky organicity. Hebefrenní forma schizofrenie výrazněji odráží současný emocionální stav pacienta, schizofrenní autismus je zachycen v podobě založených nebo schovaných rukou a odvráceného pohledu postavy. Schematické a paličkovité figury nevypovídají o nechuti spolupracovat, spíše se jedná o kognitivní deficit. Katatonní schizofrenik není schopný splnit instrukci FDT či DAP (Obereignerů, Obereignerů & Gajdačková, 2011).

Nejvíce kresebných nápadností u schizofrenních pacientů je možné sledovat ve zpracování hlavy, kterou psychoanalýza spojuje s egem. Dezintegrace ega odpovídá chudému provedení až absenci obličeje, což by projektivně mohlo znamenat ztrátu kontaktu s realitou. Vynechání či zavření očí by mohlo zase odkazovat na přítomnost vizuálních halucinací. U paranoidní schizofrenie je možné často sledovat neobvykle provedené či zdůrazněné oči, které upřeně až hypnoticky sledují.

3.3.3 Arteterapie jako psychoterapeutický a resocializační postup u deprese

U depresivních pacientů se nejčastěji potýkáme s apatií a nechutí k práci. Při arteterapii s nimi je vhodné pracovat s keramickou hlínou, fyzická námaha při jejím zpracování má pozitivní vliv na léčbu deprese. Energie, která se těmito lidem jinde v životě nedostává, může být touto cestou přirozeně uvolňována. Nelze očekávat aktivní přístup a bývá proto nutné zadat jasně strukturované téma a pevnou instrukci. Jak uvádí Šicková – Fabrici (2002), je dobré vyhýbat se drahým a hezkým materiálům, neboť se u pacienta může projevit sebeobviňující tendence, tedy že si takový materiál nezaslouží, a je vhodné volit monotónní témata vyžadující delší čas k dokončení.

První známkou pozitivního terapeutického působení může být na první pohled paradoxně projev hostility a agrese v tvorbě.

V charakteristice výtvarného projevu depresivních pacientů dominuje prázdnota, nedostatek detailů, kontrola a sebeovládání. Barevně jsou kresby chudé a převládají jejich temné odstíny. Celkově výtvary vyvolávají dojem minima vložené energie (Štětínová, 2007).

Syřištová (1989) píše, že psychologická přístupnost u deprese je znatelně menší než u schizofrenie. Psychoterapie u deprese (která má charakter převážně resocializace nemocných) je indikována v některých případech už v průběhu, jindy následuje až po skončení biologické léčby, záleží především na hloubce deprese.

Zásadní obtíží při psychoterapii depresí představuje skutečnost, že toto onemocnění vlastně anuluje základní předpoklady realizace psychoterapie. Pacientovi chybí důvěra a naděje, že se jeho životlepší. Mohou se také objevovat suicidální tendence. Tyto obtíže při navázání kontaktu mohou vést k tomu, že terapeut bude s pacientem jednat chybně, buď rezignuje na psychologickou podporu, nebo může pacienta nevhodně formálně povzbuzovat („musíte se přece vzchopit“). Často je prakticky nemožné s depresivním pacientem hovořit, neodpovídá, popř. odpovídá jednoslabičně, je apatický, abulický, nekoncentrovaný či anxiózní. Je lepší s pacientem komunikovat s ohledem na to, zda se u něj vyskytují buď ranní či večerní pesima, a v tento čas s ním nenavazovat kontakt, protože se cítí hůře než po zbylý čas dne. Je nezbytné zbudit v pacientovi pocit, že není se svým zoufalstvím sám, je někdo, kdo s ním je, také deprese,

která ho nyní paralyzuje je pouze dočasný stav, který skončí a bude nahrazen znovu stavem úplné úzdravy (Siříšťová, 1989).

Ve skupinové psychoterapii se depresivní pacienti často vůbec neprojeví, jsou apatičtí. Je vhodné jemně tematicky skupinu vést, bývá doporučováno obecně informovat o afektivních poruchách, přiblížit depresi s důrazem na její přechodnost i možnost jejího samovolného odeznění. Je dobré hovořit o stavu po léčbě, kdy si pacient bude užívat plného zdraví a bude schopen běžné interakce s lidmi, to vše bez jakéhokoli postižení své inteligence. Mezi členy skupiny se i přes sníženou komunikaci vytváří emocionální vazba na skupinu, kdy i tichá přítomnost ostatních členů funguje jako zbraň proti samotě. Syřišťová (1989) píše, že arteterapie se doporučuje u deprese po skončení medikamentózní léčby. Pacienta nelze zatěžovat ani nutit do činnosti. Je vhodné zadávat takové úkoly, které je pacient schopen splnit, a které mu tak dovolí zažít alespoň malý úspěch. Prostředí vyznačující se aktivitou, vitálností a veselostí v něm umocňuje pocity zoufalství, bezmoci popř. sebevražedné tendence. Zároveň ale depresivní pacienti těžko snášejí samotu. Vhodná je pro ně společnost uzavřenějších lidí, s méně variabilními a extravertními kontakty, upřednostňují roli pozorovatele. Velmi důležité je mít na paměti schopnost disimulace depresivních pacientů, kdy dokáží vnější komponovaností a zdánlivého psychosociálního přizpůsobení po léčbě oklamat okolí svým klidem a vyrovnaností. V nestřeženém okamžiku pak spáchají již delší čas naplánovanou sebevraždu.

3.3.4 Rysy výtvarné tvorby u deprese

V průběhu skupinové arteterapie tito pacienti tvoří málo, ve fázi těžké deprese pak pacienti téměř nikdy nejsou schopni tvorby. Produkce bývá jemným odrazem jejich stavu a jeho změn (např. převažuje černá barva, používají tmavé barvy, popř. málo barev, nechají papír prázdný, nedokončí čáru, nechají prázdný prostor, zobrazují různé symboly nicoty, negace, vyskytuje se nedostatek detailů, minimum vložené energie, kontrola, sebeovládání (Syřišťová, 1989).

3.4 Teoretická východiska rožnovské interpretační arteterapie

Praktická část této práce vychází především z přístupu tzv. rožnovské interpretační arteterapie. Tento směr založil Kyzour starší. Současné pojetí této arteterapie pracuje s výtvarnou imaginací, kterou shodně s psychoanalýzou chápe jako reprezentaci aktuálně nepřítomných objektů a situací. Rožnovská arteterapie rozpracovala zejména metodologický rámec práce s výtvarnou tvorbou. Tento přístup pracuje s pojmy projekce, nevědomí, nevědomé psychické obsahy a intenzity, psychické obrany, přenos atd. shodně s psychoanalýzou.

Výhodou těchto technik je, že nepředpokládají výtvarně poučeného pacienta, nicméně rožnovská interpretační arteterapie se snaží dovést pacienta ke kompozičně a barevně vyváženému artefaktu, ve kterém se prolíná abstraktní a konkrétní prvek. Terapeuticky účinným faktorem je tak výtvarný posun.

Pro rožnovskou arteterapii je z teoretického hlediska zásadní koncept vývoje dětské kresby a malby, který Kyzour st. formuloval na základě teorie o vývoji myšlení J. Piageta. Tento přístup je primárně koncipován pro práci s neurotickými pacienty.

3.5 Průnik socioterapie a arteterapie

Nejprve jsem se věnovala vymezení a specifikaci teoretických východisek socioterapie a arteterapie - u těchto dvou zkoumaných disciplín je možné nalézt styčné body. Základní společné rysy jsou multidisciplinární povaha obou disciplín, společnou základnu tvoří psychologie. Podobnost je možné také vidět v obdobných cílech, které se zaměřují na podporu klienta ve zvládnání jeho těžké životní situace a shodné cílové skupiny, jako je práce s jednotlivcem, rodinou a skupinou s různou životní problematikou.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍL STUDIE

Jako cíl této práce si kladu prezentovat mé zkušenosti ze socioterapeutické dílny, čímž bych ráda zreflektovala význam arteterapie pro klienty s psychickým onemocněním v tréninkovém prostředí. Na příkladech dvou kazuistik popisuji mou arteterapeutickou práci s klienty. Pomocí analýzy výtvarné produkce se zaměřuji na významné momenty v terapeutickém vztahu a tvorbě a jejich přesahy do každodenní reality klienta.

Při analýze výtvarné produkce klientů vycházím z výše popsané literatury a z „rožnovského arteterapeutického přístupu“.

5. SOCIOTERAPEUTICKÁ DÍLNA JINÁ KÁVA

Socioterapeutické dílna Jiná káva je součástí nestátní neziskové organizace Lomikámen, která poskytuje sociální služby zaměřené na obnovu a získávání sociálních a pracovních dovedností spolu s učením v oblasti duševního zdraví prostřednictvím kulturně-vzdělávacích akcí.

Jiná káva je tréninková kavárna pro lidi s duševním onemocněním. Je zároveň sociálně terapeutickou dílnou a gastronomickým zařízením - kavárnou, čajovnou a vegetariánskou restaurací. Cílem všech těchto částí, které společně utvářejí Jinou kávu, je především resocializace klientů. Jde o to, připravit je na spokojený samostatný život, kde je osmihodinová pracovní doba samozřejmostí. Jiná káva vychází klientům velmi vstříc, nabízí bezpečné prostředí, kde si mohou klienti v klidu osvojit dovednosti, které posléze uplatní například při hledání dalšího zaměstnání.

5.1 Role socioterapeuta

V sociálně terapeutické dílně Jiná káva jsem začala pracovat jako socioterapeutka v říjnu roku 2015. Mou hlavní náplní je přímá sociální práce s klienty této služby. V praxi to znamená, že klienty podporuji při výkonu jejich práce, při obnovování sociálních a pracovních dovedností a zaučuji je ve výkonu určených pracovních činností. Z mé strany je také velmi důležité podpořit je při jejich případných zdravotních komplikacích. V případě potřeby také komunikuji s jejich rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami. K mé pozici také patří případný zástup klienta ve výkonu jemu určených činností, pokud mu to například fyzický či psychický stav momentálně nedovoluje. Další náplní mé práce je kontrola klienta v dodržování pracovní morálky a pravidel. Kontrola kvality práce, kterou klient vykoná a poté případná diskuze o možném zlepšení. Mnoho klientů je pod medikací a ta ve většině případů působí tlumícím účinkem na myšlení i reakce. Nejen z tohoto důvodu je pro klienty někdy velmi těžké vykonávat jejich práci. Pomáhám klientům mimo jiné také při úklidu a přípravě na otevření či zavření kavárny.

5.2 Arteterapeutická dílna

Od února 2015 jsem začala s klienty pracovat také arteterapeuticky, kdy jsem oslovila všechny klienty s návrhem možnosti účastnit se arteterapeutické dílny, která se v prostorech Jiné kávy nyní koná s frekvencí jednou týdně v rozsahu dvou hodin. Celkem o kurz mělo zájem pět klientů, přičemž na skupině bývají zpravidla přítomni tři klienti.

5.3 Klienti

Klienti v Jiné kávě poměrně fluktuují. Za jeden rok je zařízení Jiná káva schopno nabídnout své služby přibližně patnácti klientům. V průběhu dne se v provozu vystřídá asi osm klientů. Služba je na dobu určitou - na rok, s možností prodloužení. Mezi podmínky pro přijetí klientů do tohoto zařízení patří především doporučení jejich ošetřujícího lékaře, většinou se jedná o psychiatra, dále pak alespoň částečně stabilizovaný zdravotní stav a věk nad osmnáct let. V ideálním případě je toto vše spojeno s chutí a motivací služby využívat.

Pracovní pozice, které mohou klienti vykonávat, jsou rozděleny do pěti etap, dle náročnosti provozu. K první etapě patří pozice v kuchyni. Zde klient vykonává činnosti jako například obsluha myčky, úklid kuchyňského nádobí nebo znalost sortimentu připravovaného v kuchyni. Ve druhé etapě klient vstupuje do pozice úklidového pracovníka. V této etapě je náplní práce ranní úklid a příprava kavárny před otevřením. Ve třetí etapě se klient učí, jak probíhá příprava a servírování nápojů. Ve čtvrté etapě si osvojuje dovednosti z etapy předešlé, ke kterým přidává práci s pokladním systémem a komunikaci se zákazníkem. K poslední, páté etapě patří obsluha zákazníků. Klient již samostatně přijímá objednávky, servíruje nápoje a pokrmy, komunikuje se zákazníkem a pracuje s pokladním systémem. Klientům je vyplácena mzda na základě umístění v pracovní etapě. Motivací pro postup v etapách je zvyšující se mzda s každou další etapou.

6. CHARAKTERISTIKA ARTETERAPEUTICKÉ SKUPINY

Skupinu tvořilo celkem pět klientů. Pro účel této práce jsem vybrala dva klienty, a to především z toho důvodu, že relativně stabilně docházejí na naše arteterapeutické setkání, ochotně spolupracují, jejich případy jsou zajímavé a vhodné pro představení toho, jak může být arteterapie využita v socioterapeutické dílně. Oba klienti jsou duševně nemocní. První je klientka, 53 let, u které je stanovena diagnóza středně těžké deprese, sociální fobie a úzkostných stavů. Druhý je klient ve věku 37 let, s diagnózou nediferencované schizofrenie.

7. METODA STUDIE A CHARAKTERISTIKA ARTETERAPEUTICKÉ PRÁCE

Kazuistiky dvou klientů, se kterými pracuji, se skládají z výtvarné produkce pocházející z našich společných arteterapeutických setkání, z údajů ze zdravotnické dokumentace a z anamnézy. Zajímalo mě jejich výběr témat a událostí, které zmíní sami, a tak je pravděpodobně považují za důležité.

Při posuzování výtvarné produkce klientů jsem vycházela z „rožnovské interpretační arteterapie“ (viz. teoretická část práce). Obrázky klientů jsou řazeny chronologicky, tedy tak jak vznikaly.

Popis arteterapeutických setkávání v Jiné kávě

Obrázky, se kterými pracuji v této studii, jsou z arteterapeutických setkání, které se konají od února 2016. Každé setkání trvá přibližně dvě hodiny. Vhodným zázemím pro naše setkávání jsou prostory Jiné kávy v čase mimo otevírací dobu. Arteterapie je pro klienty dobrovolná a bezplatná. Běžně se na dvouhodinovém setkání schází přibližně pět klientů. Na počátku mají klienti na výběr tři témata, které mohou ztvárnit. Většinou nabízím témata, se kterými pracuje Ateliér arteterapie v Českých Budějovicích, např. témata pranostik, zvyků, pohádek a mýtů. Pokud klienty žádné téma neosloví, mají vždy možnost volného tématu. Když mají klienti pocit, že jsou jejich díla dokončená, přecházíme ke společnému rozhovoru nad obrázky. Hovoříme o pocitech klientů při malování, jak se jim jejich obrázek líbí nebo jak jsou s ním spokojeni. Většinou se vyjadřují všichni a rozhovor volně přechází do příjemné debaty, po níž setkání končí. S klienty neprovádím interpretaci vzhledem k povaze psychického onemocnění. Interpretační úvahy využívám pro vlastní hlubší vhled do osobnosti a prožívání klienta.

8. KAZUISTIKA KLIENTKY A.

Tuto klientku, kterou bych ráda nazývala v rámci zachování anonymity Anna, jsem poznala na začátku mého působení v kavárně Jiná káva v říjnu roku 2015. V tuto dobu pracovala v kavárně už rok a byla v páté, poslední etapě. Nyní to je tedy půl roku, co s klientkou rozvíjím terapeutický vztah.

Klientka se narodila na jaře roku 1963 v Praze. Její matka, narozena roku 1937, vystudovala Vysokou školu chemicko-technologickou v Praze, obor chemie a Fakultu tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. Celý život učila na střední škole tělocvik a chemii. Zemřela na infarkt během školní vánoční besídky ve věku 60 let. Otec klientky,

narozen roku 1937, vystudoval České vysoké učení technické v Praze. Celý život pracoval ve stavební firmě. Nyní je v důchodu. Klientka má o pět let mladšího bratra, který se narodil roku 1968. V dnešní době je kardiochirurgem a má čtyři děti.

Krátce po narození Anny se její matka vrátila do práce, proto byla Anna dávána často do jeslí. Na základní školu se sportovním zaměřením vzpomíná celkem pozitivně. Byla prý veselá a společenská dítě. Období druhého stupně základní školy označila jako velmi vytížené, kdy pociťovala velký nápor. Do 15 let dělala atletiku, přes zimu intenzivně lyžovala a jezdila na závody. Byla také součástí recitačního souboru.

Po základní škole nastoupila na přírodovědecké gymnázium, které zvládala celkem bez problému. Svou pubertu popisuje jako plačtivou. Oproti dětství byla spíše uzavřená a prožívala svou jinakost. Jak uvádí: „Nechtělo se mi komunikovat“. Matka její pubertu nijak zvláště nevnímala a ani příliš nezasahovala.

Vztah rodičů popisuje Anna, jako jeden velký omyl. Rodiče se vždy hádali. Každý si žil svůj život. Jejich rodina představovala liberální model. Matka měla přítele, který k nim jezdil na víkendy. Byl o deset let mladší než matka klientky a původně matčin žák. Otec měl přítelkyni z práce. Rodiče klientky se rozvedli až v roce 1985, klientce bylo v té době 22 let, jejímu bratrovi 17 let. Otec se poté odstěhoval ze společné domácnosti. Místo nahradil matčin přítel.

Po úspěšném zakončení gymnázia maturitou, klientka nastoupila na Vysokou školu ekonomickou v Praze. Na tuto školu šla kvůli jazykům. V pátém semestru ze školy odešla. Celé toto studium vnímá jako omyl. V roce 1985 nastoupila do zahraniční firmy jako asistentka.

V roce 1991, tedy v klientčiných 28 letech, potkala na výstavě učebnic svého budoucího manžela (narozen 1960). Rok poté měli svatbu. V této souvislosti klientka také zmiňuje jednu z velmi těžkých situací v jejím životě. Na svatbě naposledy viděla svou nejlepší přítelkyni, která cestou ze svatby havarovala v autě a i se svým manželem na místě zahynuli. Krátce po svatbě klientka přišla do jiného stavu.

Zlomovým rokem byl pro Annu rok 1993, kdy se jí předčasně narodil syn, který záhy zemřel. S manželem o tomto neštěstí nemluvili, ale ve výsledku je dle klientčina sdělení

tato událost stmelila. V této souvislosti zmiňuje, že vždy byla zvyklá vše držet v sobě, a tak údajně vznikly její psychické obtíže.

V roce 1995, kdy Anně bylo 32 let, se jí po rizikovém těhotenství narodil zdravý syn. Vypráví mi, jaký o něj měla strach, když byl malý. Nechtěla být úzkostný rodič, ale stále se jí vracely myšlenky na smrt prvního syna.

V roce 1997, ve věku 34 let, přišla další těžká událost - smrt matky. V kontextu této informace mi popisovala, jak její matka byla dominantní: „ Matka věděla přesně, co mám já dělat, a jak to mám dělat. Připadala jsem si jako dítě i dlouho po její smrti, přestože jsem byla vždy samostatná“. Klientka dále pokračovala ve svém vyprávění a vrátila se opět k pubertě, kde cítila, že se něco děje. A jak bylo zmíněno již výše, prožívala v tomto období svoji jinakost. Měla hodně kamarádek a kluci ji vůbec nezajímali. A právě tady jsme se dostali k Annině sexuální orientaci. Ona sama to začala vnímat a řešit, až když matka zemřela. Pak jí to teprve došlo. Jejím objektem zájmu nebyli muži, ale ženy. Dále dodávala, že u nich v rodině se žilo rychle. Moc o změnách, které pociťovala v pubertě, neuvažovala.

V roce 1999 se jí po rizikovém těhotenství narodila zdravá dcera. Do roku 2001 byla klientka doma na mateřské dovolené a pak se celá rodina přestěhovala z Prahy do Berouna.

Následující období Anna popisovala jako velmi nešťastné. Po mateřské dovolené vystřídala několik zaměstnání a nakonec se ocitla poprvé na úřadu práce. Toto vnímala velmi negativně a těžce se s touto skutečností vyrovnávala. Tento vzorec se opakoval několik let. Nezvládala komunikaci a postupně se čím dál tím více uzavírala do sebe. Každou náročnou situaci si řešila sama v sobě. Vadilo jí, že něčeho nedosáhla. Jak sama řekla: „Vyrostla jsem mezi samými vysokoškoláky, v prostředí, kde byl člověk uznáván až od nějaké úrovně.“ Tlak, který klientka pociťovala, se neustále zvětšoval. Nedokázala dotahovat věci do konce.

V roce 2012, bylo Anně 49 let. Tlak, který dlouhodobě narůstal, se již nedal vydržet. Přemýšlela nad sebevraždou. Jediné, co ji drželo, byla myšlenka na děti. Klientka měla fáze, ve kterých s nikým téměř nemluvila. Jen s dcerou, které v té době bylo 13 let.

Vyprávěla mi, jak ani nevycházela z domu. Prádlo věšela v noci. Byla zvyklá vše zvládnout sama. Opakovala mi větu, kterou si nese z dětství: „Jen taková ženská je dobrá, která je samonosná“. Jednoho dne se sebrala a jela rovnou za svou kamarádkou psychiatrickou, které vše svěřila. Bylo to poprvé, co klientka o svých potížích někomu řekla. Poté k ní začala pravidelně docházet. Poprvé byly stanoveny diagnózy. Středně těžká deprese, sociální fobie a úzkostné stavy. Byla jí nasazena medikace. Přátelský vztah, který stál na pozadí toho lékařského, však narušoval samotný proces terapie, proto Anna změnila psychiatra. Následující dva roky byla v péči psychiatra i psychologa. Během této doby se Annin stav stabilizoval.

Vše, co se dělo, se samozřejmě dotýkalo i zbylé rodiny. Anna hovořila o svých dětech, které si řešily vždy věci samy. Dávala jim prostor a volnost. Vše vyslechla, ale nekomentovala, což bylo prý to nejtěžší. Děti k ní měly důvěru a vše matce svěřovaly.

V roce 2013 se velmi zhoršila Annina finanční situace. Ve vyprávění se poprvé zmiňuje blíže o manželovi, který v té době živil sám celou rodinu. Pracoval jako učitel na Filozofické fakultě v Plzni, kde učí dodnes. Ptám se Anny, jak toto celé vnímal manžel. Vypráví mi, že o tom s manželem nemluvila. On si nejdříve myslel, že je naštvaná a poté, že je uražená. Řekla mi, že měla silnou potřebu nemluvit, nebavilo ji probírat stále stejná témata. V lednu roku 2014 byla na vlastní žádost hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Pobyt trval jeden měsíc.

Po hospitalizaci přišla úleva. Anně byl přiznán invalidní důchod prvního stupně. Na podzim roku 2014 klientka na doporučení psychologa přišla do sociálně terapeutické dílny Jiná káva.

V roce 2015 klientka postupně oznámila svou sexuální orientaci lidem ze svého okolí. Nejdříve kamarádkám, poté manželovi, pak synovi a nakonec dceři. Dcera si to prý myslela, říkala si, co je máma za divnou ženskou. Syn to už údajně také věděl a manžela to prý nijak zvlášť nepřekvapilo. Po této informaci mu dávalo najednou spoustu věcí z jejich života smysl. Klientka řekla, že o rozvodu neuvažovali. Mají se prý ve své podstatě rádi a žije se jim společně dobře.

Celou situaci Anna na závěr okomentovala slovy: „Po tom, co jsem odhalila pravdu, mi je konečně po několika letech lépe. Můžu dýchat“.

Současná situace klientky:

Anna se má v současné době lépe. Syn se konečně uchytil v zahraničí. Dcera jde dobrým směrem. Klientka dostává důchod. Pracuje v Jiné kávě. Po půl roce dopsala svou knihu, kterou charakterizovala, jako výpověď svých emocí. Řekla: „V této knize je vše, co jsem celý život držela. Všechny emoce“. Velmi se jí prostřednictvím této knihy ulevilo. Zároveň již dnes ví, že nikdy nebude schopna pracovat v běžném kolektivu. Na sebevraždu v dnešní době nemyslí, ale je to její vnitřní téma. Klientka si snaží užívat života a věci pro ni začínají mít smysl. Zároveň ale pořád hledá smysl, proč jsme tady na tom světě, kromě dětí.

8.1 Působení klientky v Jiné kávě

Práci v Jiné kávě klientka popisuje pozitivně. Chodí sem ráda. Hodnotí zdejší prostředí jako velmi příjemné. Pomáhá jí to udržovat kontakt s lidmi. Kdyby nechodila do tohoto zařízení, tak by prý nechodila mezi lidi vůbec. Je to tedy pro ni forma motivace. O kavárně řekla: „Zažívám prvně v životě, že bych se mohla se zaměstnáním identifikovat a být si s ním vzájemně prospěšná. Spojují se mi skutečnosti a leccos z hesel, která jsou pro mě v životě důležitá, a myslím, že bych k nim uměla i přispět. Jsou to např. respekt, tolerance, empatie, sociální citění, pozitivita, psychologický vhled, fair trade, vztah k životnímu prostředí, kvalita, jasná pravidla, řád, čistota, kultura, kreativita, klid, vůně kávy a kavárenský prostor sám o sobě“.

Z klintčina vyprávění mi jako terapeutce vyvstávají témata kontinuálního pocitu osamělosti člověka a postrádání smyslu života, která se objevila v období puberty a přesto, že je Anna zaléčená jsou tato témata v jejích sděleních přítomná.

8.2 Výtvarný projev a analýza klientčinych artefaktů

KLIENTKA A.

Prvním artefaktem, který klientka namalovala, byl obrázek s názvem „Plesová sezóna“.



Obrázek 1 – PLESOVÁ SEZÓNA

Když jsem klientku vyzvala, aby obrázek popsala, neměla s tím sebemenší problém a s chutí začala obrázek popisovat. V obrázku je zachycen interiér, místnost, kde jeden pár tančí (růžová a černá postava napravo) a druhý pár si povídá (růžová a černá postava nalevo). Oba páry se odrážejí v zrcadlech (modré rámy v pozadí). Tři žluté kruhy, rámované oranžovou barvou symbolizují světla v místnosti. Uprostřed vidíme tři hlavy, které se smějí. Na středu je také několik skleniček na víno. V obrázku vidíme několik hlav bez těl. V tuto chvíli si dovoluji asociovat, že tyto osamocené hlavy mohou zastupovat pozorovatele, kteří autorku znejišťují. Uvažuji, tak na základě sociální fobie autorky. Dále bych ráda poukázala na růžovou postavu ženy v pravé části obrázku, u které se mi zdá, že

má roztáčející se tendenci. V „rožnovském pojetí“ roztáčející se momenty v tvorbě mohou poukazovat na pohyby v intrapsychické dynamice.



Obrázek 2 – MASOPUST

Obrázek „Masopust“ klientka popsala slovy, že si udělala masopust na jaře, protože chtěla jaro. Vidíme zde hudebníky, kteří jsou znázorněni černými panáčky. Na pravé straně jsou dva hudebníci s houslemi, uprostřed je hudebník hrající na bicí a úplně vlevo je bába s nůží, dle slov klientky. Vzádu vidíme obrys dvou chalup.

V tomto obrázku, stejně jako u obrázku prvního jsou postavy znázorněny velmi schematicky. Autorka nepracuje se světlem a stínem. Barevnost je spíše utlumená, vidíme časté bílé plochy a nepropojenost barev. V této době jsem autorku ještě nechávala tvořit spontánně bez metodických instrukcí.



Obrázek 3 Adam a Eva

Na obrázku Adam a Eva vidíme velkou změnu ve zpracování postav, které nabyly tělesnosti. Tato proměna by mohla souviset s proměnou v sebepojetí, které nabývá reálnějších tvarů a plnosti. Zároveň tato proměna může souviset s tématem obrázku „Adama a Evy“. Jedná se o zobrazení páru. Troufám si tak uvažovat o manželovi autorky, jako jedním z mála blízkých osob, které se Anna nebojí. Tento obrázek se od předešlých dvou liší prací s barvou, kde je téměř celá plocha papíru zaplněná sytými barvami. Dále vidíme spadaná jablka. To nás může navést k uvažování o podzimu, kdy plody opadávají. Podzim a podzimní rozpoložení může souviset s depresivitou. Zároveň mi myslí běží klientčin životní příběh, dlouholeté manželství a odhalení své homosexuální orientace rodině. Nebe je znázorněno tmavší modrou barvou s nádechem černé a bílé. Celý obrázek

působí dojmem prstové techniky, kdy autor nanáší barvu pomocí prstů. Ve chvíli, kdy malujeme pomocí prstů, dostáváme se do bližšího haptického kontaktu s materiálem a možná tedy i s tématem.



Obrázek 4 - Vítězný únor

Tento obrázek autorka popsala jako vyprahlou, mrtvou únorovou krajinu a bojiště. Dále tento únor popsala jako krvavý a slunce jako „ne-slunce“, které se hodí k červené obloze.

Na obrázku je výrazná červeno – černá barevnost, místy až do barevnosti caput mortuum. V této souvislosti mě napadají občasné Anniny projevy lehké agresivity při práci v kavárně. Například při trhání krabic, či otevírání mléka. Způsob zobrazení slunce přitahuje mou pozornost svou uvězněností v černých oblacích. Odvážuji se v této souvislosti přemýšlet o symbolice žluté v „rožnovském pojetí“, např. racionalita a schopnost sebeprezentace, která je orámována černou barvou, jenž odkazuje k negaci, kdy na tomto obrázku černá zabraňuje projevu žluté.



Obrázek 5 Medúza

Na obrázku „Medúza“ dle popisu autorky, je v dolní části zobrazeno tělo mrtvé Medúzy bez hlavy. Letící Perseus je v horní části obrázku a v ruce drží hlavu Medúzy, z které vytéká krev. Uprostřed vidíme dvě spící Medúziny sestry. V dále na obloze je létající kůň Pegas. Tento mýtus pochází z řecké mytologie. Medúza může symbolizovat negativní aspekt ženy. Přináší s sebou smrtelné nebezpečí, kdo se na ni podívá, tak zkamení. Na obrázku je červená a modrá barevnost, což si myslím, že nese určité napětí. Autorku toto téma znejišťuje. Medúza je zobrazena v červeno černé kombinaci. Jsou zde ostré a výrazné tahy. V této souvislosti mě napadá potenciál maniodepresivity. Ostré a výrazné tahy vyžadují určitou investici energie, která může střídat období deprese. Energizující je také používání červené barvy autorkou, přičemž objevení se energie může signalizovat riziko suicidálních tendencí (Syřišťová, 1977). Chtěla bych zde připomenout na sdělení klientky o suicidálních představách v době před první hospitalizací.



Obrázek 6 - Červená karkulka

Při malování obrázku „Červená karkulka“ se autorka velmi unavila, zmiňovala, že „do toho dala hodně energie“. Když mi popisovala, co se na obrázku děje, bylo to velmi barvitě a detailní: „...vlk košíček odhodil, bábovku pod ním rozšlapal a víno se vylilo“, na další formulaci si autorka hodně lpěla a velmi ji zdůrazňovala: „...vlk má v hubě ruku karkulky i s košíčkem“. Dále na obrázku vidíme krvavé nebe a napravo domeček, kde je údajně babička, která spí.

Z pravého dolního rohu vede úhlopříčka k levému hornímu rohu. Tuto úhlopříčku v „rožnovské arteterapii“ označujeme jako katolickou, mateřskou a zároveň směřující do minulosti. Vlka symbolicky vnímáme jako negativní aspekt mužské autority či pudovou stránku nebo také ohrožující aspekt otcovské figury. Téma karkulky se může týkat tabuizovaných představ o nepropuknuté sexualitě, která v představách může být spojena s něčím ohrožujícím. Významnost tématu Karkulky pro klientku odhaduji z výrazně stvárněné brutality.



Obrázek 7 - Svatý Řehoř a jarní orba

Podle popisu autorky na obrázku „Svatý Řehoř a jarní orba“ vidíme sedláka, který orá pole. Vlevo je kůň, který táhne rypadlo a v dále se blíží bouře.

Tento obrázek je velmi depresivní. Zde vidíme v černé barvě destruktivní potenciál. Na obrázku vidíme vlevo v horní části strom, který působí velmi pichlavě. Připomíná tvarem hákový kříž. Celý obrázek je laděn do hnědé a černé barvy, kde hnědá může znamenat pravidla, či řád a černá naopak destrukci a negativismus. Možná by chtěla nastolit řád (hnědé pole). Hnědá barva může odkazovat na fyzické problémy, tělesnost a potřebu se vyprázdnit. Co se týče pichlavého stromu, který je umístěn v levém horním rohu, můžeme uvažovat o „pichlavosti“ ve vztazích klientky. V tomto obrázku si všímám především absence červené barvy. Hnědo-modro-černou barevnost pozorujeme právě u depresivních nálad bez energie.



Obrázek 8 - Vynášení Moreny

Tento obrázek „Vynášení Moreny“ se zcela liší od obrázků předešlých. Klientku jsem velmi pochválila a bylo evidentní, že má z toho radost. Můžeme zde vidět velký zlom ve tvorbě klientky. Autorka zvolila větší formát o velikosti A2 a vodovky nahradila voskovými pastelkami. Hlavním tématem tohoto zvyku je smrtka. Lidé prostřednictvím této tradice vynášejí po zimě ven nemoci či problémy. Na mostě, který leží na tzv. protestanské úhlopříčce vidíme čtyři postavy. Tato uhlopříčka směřuje do budoucnosti, tedy snad ke změně. Oproti předešlému znázorňování postav, snad jen kromě „Adama a Evy“, kde jsem viděla pouze jakési schematické znázorňování, jsou zde postavy realističtější propracované. Mají hlavu, obličej, tělo, ruce a nohy. Velmi výrazný moment spatřuji ve znázornění vzájemné interakce. Přesto, že jsou zde stále přítomny depresivní prvky, jako např. vrba, znázorněnou vztahovost mezi lidmi pokládám za pozitivní směr vývoje. Přesto však postava ženy odcházející od ostatních působí osamělým dojmem. Na obrázku je pokus o tři plány, tedy i znázornění prostoru je realističtější. Přesto je obrázek sklopen do půdorysu, což odkazuje na ranější stadia psychického vývoje. Změna techniky z vodových

barev k pastelkám mohla klientku posunout v odlišném znázornění reality, která je uvěřitelnější, ale na druhou stranu může postrádat expresivitu a účinek abreakce.



Obrázek 9 - Šípková Růženka

Téma „Šípkové Růženky“ autorka zpracovala velmi neobvykle. Připomíná spíše Čtenáře Dostojevského. Na obrázku vidíme ženu, která leží na křesle. Tělo působí zdřevěněle a toporně. Žena se drží za břicho a má velmi ustaraný výraz. Když připustíme, že oblast břicha je oblastí emocí, můžeme mluvit o jakémsi zapouzdření. Žena má černý vršek oblečení a modrý spodek. Celé je to umocněno tmavě zeleným křeslem, na kterém sedí. Tmavě modrá se zelenou mohou odkazovat k depresi či úzkosti. V kombinaci s černou mě napadá problematika deprivace snad více než samotné deprese. V této trojkombinaci můžeme ovšem černou brát jako pozitivní prognózu, kdy autorka má touhu po změně. Znázorněná žena je velmi podobná autorce obrázku. Vedle křesla je stůl, na kterém je sklenička vína, kniha a zelený hrnek. V pozadí pak vidíme knihovnu plnou knih. Budeme-li uvažovat ve freudovském symbolickém jazyce, kde kniha může symbolizovat ženu. A pokud připojíme myšlenku o deprivaci a znázorněnou skleničku,

můžeme přemýšlet o absenci citově vřelé mateřské postavy v životě klientky. Autorka se mi zároveň svěřila, že si každý den dá jednu nebo dvě skleničky vína pro uklidnění.

8.3 Shrnutí

Klientce v obrazech celkově chybí fialová barva, což může znamenat emoční absenci matky. Vzhledem k tomu, že je v produkci hnědá velmi častou barvou, řekla bych, že se autorka spíše identifikuje s otcem, což může mít kompenzační charakter. V obrazech se u klientky objevuje oranžová a zelená barva. Tuto barevnou kombinaci bych označila jako tzv. „dětské hřiště“. Znova připomínám význam práce s červenou barvou u Syřišťové (...), která uvádí, že pokud se u depresivních pacientů začíná objevovat červená barva, může to signalizovat potencionální realizaci sebevraždy. Barevnost caput mortuum, která se v obrazech vyskytuje, může být nositelkou depresí či psychopatologie. Na základě docházím k domněnce o deprivaci, která by snad mohla být hypoteticky původcem depresivních nálad. A ve stejné souvislosti zmiňuji již na začátku zdůrazněné téma pocitu osamělosti, který pacientku provází životem. V některých obrazech se vyskytuje bílý prostor okolo postav, který by mohl odkazovat k zapouzdřování či oddělenosti člověka od okolí. V kontextu ostatních jevů v produkci, by se mohlo jednat o možnou psychotickou ataku, která by mohla klientce hrozit.

Aby mohlo dojít k samotnému arteterapeutickému setkávání, bylo nutné vést s klientkou nějaký čas terapeutickou práci na bázi socioterapie a intenzivně pracovat na navázání pozitivního vztahu. Klientka je již v socioterapeutické dílně nějaký čas, takže většinou ví, co má dělat a umí si sama poradit. Jsou však chvíle, kdy je třeba mé podpory. Klientčina diagnóza deprese a sociální fobie, samozřejmě ovlivňuje její fungování v zařízení Jiná káva. Jsou situace, kdy se v kavárně objeví množství lidí, které už je pro ni nepříjemné, nebo přijde únava z veškeré komunikace během provozu. Musím tyto okamžiky přetlaku vycítit a dát klientce prostor pro odpočinek či vykonat práci za ni.

Když jsem klientce poprvé nabídla možnost, že by se mohla účastnit tohoto arteterapeutického setkání, projevila velký zájem. Na prvních setkáních bylo patrné, že se klientka necítí zcela ve své kůži. Pokaždé, když jsem se k ní během malování přiblížila, cítila jsem, že jí to je nepříjemné. Dala jsem jí tedy prostor a moc jsem během tvoření

obrázku nezasahovala. Po čase jsem pozorovala, že je klientka klidnější. Metodické instrukce jsem sdělovala velmi pomalu a decentně až na závěr každého našeho setkání formou rad a tipů, např. nabídnutím realističtějšího ztvárnění postav a interakce mezi nimi, vytvořením tří plánů a zaplněním plochy barvou. Metodickými instrukcemi jsem směřovala k podpoře klientky v uchopení sebe sama, k podpoře vytvoření mezilidských sociálních interakcí, zatím alespoň na papíře, k zakotvení objektů v hloubce prostoru a vnímání časoprostorovosti, a k podpoře uvolněnějšího projevení vlastních emocí na celé ploše papíru.

Po měsíci a půl pravidelného setkávání nastal výrazný posun v klientčině tvorbě. Vodovky vyměnila za voskové pastelky, zvětšila formát a obrázky se zcela změnily. Byl to velký posun, který vnímám kladně a přesto s ostražitostí jak jsem popsala výše. Bylo evidentní, že se klientka na každé setkání velmi těší. Na mé doporučení si koupila skicák, a dokonce i akvarelové pastelky, a kde mohla, tak malovala a dělala skicy. Začala dokonce malovat i doma. Když nemohla přijít na setkání, volala a ptala se, jaká máme dnes témata, aby mohla malovat doma. U klientky jsem během naší spolupráce zaznamenala celkové zlepšení a uvolnění. A jako velmi pozitivní hodnotím její aktivní zapojení a chuť tvořit, což je u depresivních klientů velmi důležité.

Při další práci s klientkou, bych doporučila pokračovat v podobném nastavení jako doposud. Nechat klientce prostor pro tvoření. Nenutit ji do žádných témat a dát možnost volného malování podle potřeby a rozpoložení klientky. Postupně a zlehka klientku vést k úpravě některých krizových výtvarných momentů v tvorbě, které by po úpravě, mohly klientce pomoci v dalším rozvoji.

9. KAZUISTIKA KLIENTA H.

Klienta budu v rámci anonymity nazývat jménem Honza. Naše první setkání proběhlo v listopadu 2015, kdy jsem v kavárně pracovala jeden měsíc. Klient zde v tuto dobu působil jako externí zaměstnanec. Do kavárny docházel pouze jako brigádník.

Honza se narodil v létě roku 1979 v Hořovicích. Matka, narozena roku 1952, vystudovala Vysokou školu ekonomickou, pracovala jako účetní. Otec, narozen roku 1951, byl vyučen elektrikářem. Pracoval u Českých drah, odkud neodešel předčasně kvůli astmatu a byl mu přiznán invalidní důchod. Dlouhou dobu strávil v nemocnici na plicním oddělení. Honza má o tři roky staršího bratra, který se narodil roku 1976.

Když byl Honza v předškolním věku, bydleli společně s rodiči a bratrem u rodičů otce klienta. Před nástupem do školy, klientovi bylo šest let, prodělal příušnice, z kterých se rozvinul zánět slinivky břišní. Po hospitalizaci v nemocnici musel půl roku dodržovat přísnou dietu. Kvůli této nemoci měl odklad a do první třídy nastoupil až o rok později. Honza byl úzkostně laděné dítě. Matka byla pro něj velkou oporou. Často ho uklidňovala. Báł se být sám. Honza má s matkou hodně společného. Své rodiče klient vnímá jako normální pár. Téměř nikdy se nehádali a žijí spolu dodnes.

Po základní škole byl Honza přijat na Obchodní akademii. Tuto školu studoval od roku 1994 do roku 1998. A právě v tomto období se Honzovi opět objevily podobné pocity úzkosti jako na základní škole. Měl dojem, že je to nad jeho síly. Sám o sobě řekl: „Měl jsem tenkrát undergroundové a punkové smýšlení a vypadal jsem jako exot, což je pro mě dobrá konotace, protože papoušek je taky exot, ale dělá radost. Do školy jsem chodil v kanadách a s návleky. Začal jsem kouřit tabák a marihuanu a pít alkohol.“

V roce 1999, když Honzovi bylo 20 let, nastoupil na roční jazykovou školu se zaměřením na anglický jazyk. Souběžně se začátkem tohoto studia začal pracovat jako číšník v hotelu. Byla to jeho první pracovní zkušenost. V hotelu pracoval do konce léta 2001. Tento rok popisuje jako přelomový. Na podzim téhož roku začal studovat Vyšší odbornou školu s pedagogicko-křesťanským zaměřením.

Honza popisuje, že v tomto období začala jeho konverze ke křesťanské víře. Oproti střední škole, kde se necítil dobře, ho tato škola motivovala. Přesto přišli opět úzkosti a obavy. Neměl klid na plánování vlastní cesty. Propadal špatným náladám. Tyto pocity přesně popsal slovy: „Tady jsem poprvé pocítil jakýsi základ nemoci, která plíživě přicházela. Už od malička jsem o samotě a ve tmě pociťoval vyloženě strach a to mě provázelo i na střední škole. Rozhodně jsem nebyl vyrovnaný, spíše bych řekl, že jsem trpěl hraniční poruchou osobnosti, s kterou jsem se do velké míry identifikoval.“

V roce 2003 se nechal pokřtít. Nepříjemné pocity nastaly také v souvislosti s klientovou touhou po ženském kontaktu a dotyku. „Většinu studentů tvořila děvčata, ale pro naše nasazení jsem neměl šanci se některé dotknout. Nešlo to. Tak se pravděpodobně moje mladá víra začala stávat fatalistickou a fundamentalistickou, přespříliš jsem ztotožnil neviditelného Pána s institucí koleje v tom velkém baráku. Tady, myslím, byl začátek mojí velké krize!“, popsal Honza.

V roce 2004, ve věku 25 let, dokončil své studium. Na podzim 2005 následovalo nové zaměstnání v Křesťanském centru (dále již KC), které bylo součástí katolické farnosti. Jako pozitivní vnímá seznámení s mužem středního věku, který vedl tamní křesťanský sportovní klub. S ním se dával do řeči a přerušoval tak svoji osamělost. Začátkem roku 2006 se přestěhoval do Prahy. Většinu času byl sám. S tímto obdobím má Honza spojené pocity neutěšeného kontextu života. Byl velmi unavený, jak fyzicky, tak psychicky. Vnímal to jako jednostrannou životní snahu. Jeho slovy: „ Dva roky jsem to držel, až to bouchlo.“

Nemoc se tedy naplno poprvé projevila v březnu 2006, kdy Honzovi bylo 27 let. Necítil se dobře a provázel ho nejasný cizí pocit. Ulehl ke spánku, ale divný pocit narůstal. Cítil vnitřní zimu, úzkost a špatné rozpoložení. Depresivní pocity mu nedovolily usnout. Kolegové mu zavolali sanitku. Sanitka ho odvezla do nemocnice. Pak ho převezli do Dobřanské psychiatrické léčebny. Po podání medikace se Honza cítil značně lépe. Po třech měsících, v červnu 2006, byl propuštěn domů. Poprvé byla stanovena diagnóza Nediferencovaná schizofrenie.

V říjnu 2006 dal výpověď v zaměstnání v Praze a vrátil se zpět k rodičům. Nahlásil se na úřad práce. Po měsíci si pronajal jeden pokoj v bytě rozvedeného muže. Zaměstnání neměl a tak se potuloval po okolí a byl opět většinou sám. V samotě mu nebylo dobře. Stav se zhoršoval až mu pan domácí zavolal záchranku. Následoval opět převoz do Psychiatrické léčebny Dobřany. Ve chvíli, kdy si Honza v sanitce uvědomil, že jede znovu do Dobřan, začalo se ho zmocňovat neštěstí a zoufalství. Po měsíci pobytu byla Honzovi nabídnuta elektrokonvulzivní léčba. Při myšlence na proceduru cítil úzkost. Jeho situace byla mizerná a pocity na bodu mrazu. Nakonec s léčbou souhlasil a docházel na ni po čtyři týdny. Pak otec klienta dohodl přemístění do Psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích. Honza pociťoval velkou úlevu, hlavně od elektrokonvulzivní terapie. Změna prostředí byla

zpočátku příjemná, ale pak přišlo několik agresivních záchvatů. Pobyl tam deset dní a pak ho převezli zpět do Dobřan. Po měsíci, v únoru 2007, byl propuštěn. Druhá hospitalizace trvala 4 měsíce.

Po propuštění bydlel 14 dní u rodičů, déle to nešlo vydržet. Pobyt v léčebně mu podlomil sebedůvěru. Honza to popisuje slovy: „Měl jsem zlomeného ducha.“ Pak přišlo jakési zlepšení. Honzovi byl přiznán invalidní důchod třetího stupně. Obavy o finanční zajištění zmizely. Na zaměstnání neměl ani pomyšlení. Pohyboval se po Berounsku, přespával po ubytovnách a většinou byl sám. Míval úzkostné stavy a nečinnost ho děsila. V půlce srpna 2007 si Honza pronajal garáž a tam živořil až do podzimu 2007. Zpočátku se cítil lépe. Pociťoval potřebnou svobodu a soukromí. Pak přišly chladnější dny a v garáži už to nešlo. Toužil být šťastný, ale nedávné události, stavy, vzpomínky na léčebnu a současné starosti, mu v tom bránily. Tehdy poprvé pomyslel na sebevraždu. V té době ji vnímal jako jediné reálné řešení. Při převozu do Psychiatrické nemocnice Dobřany byl Honza velmi agresivní. Tamní sestra ho poznala a zavolala rodičům. Po pár dnech se Honza opět zapojil do rutiny oddělení. Suše si říkal: „Já ty zimy už umím přežívat. Vždycky v Dobřanech!“

V dalších letech Honza v podstatě přežíval. Pral se se svou nemocí. Snažil se vše pochopit a nějakým způsobem přijmout. Měl lepší období, ale i ty horší. Bydlel střídavě u rodičů nebo prarodičů. Bral léky a zase je vysazoval. Experimentoval s alkoholem a marihuanou. Často chodil vypomáhat do místní farnosti, kde si našel i nějaké přátele. Navštěvoval psychiatra a psychologa, kteří mu pomáhali jeho stav trochu korigovat.

V květnu roku 2012 se Honza na doporučení psychiatra nechal hospitalizovat v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Jako důvod uvádí neútulné bydlení beze světla. Nemohl vydržet v místnosti. Měl pocity zbloudění. Musel jít za rodinou vyhledat pomoc. Měl depresivní tíživé stavy. Tato zatím poslední hospitalizace trvala měsíc a půl.

Velké díky klient připisuje svým rodičům, prarodičům a bratrovi, kteří ho vždy podporovali. Jezdili za ním do léčeben a mohl u nich bydlet, když bylo potřeba. Nikdy mu neukázali záda, což pro něj bylo v nejtěžších chvílích velmi důležité.

Od června 2015 začal klient pracovat jako průvodce v Muzeu Českého krasu v Berouně. Pracovní doba se mu sice navýšila, ale oproti práci v Jiné kávě byla fyzicky

méně náročná. V únoru 2016 klient dal výpověď. Důvodem byla jakási klientova potřeba se posunout dál. Tato práce ho přestala uspokojovat.

Klient stále pobírá invalidní důchod třetího stupně, což mu umožňuje větší prostor pro jeho tvořivou povahu. Do Jiné kávy chodí pracovat brigádně, párkrát do měsíce. Od dubna 2016 má nastoupit na faru Církve československé evangelické v Berouně. Částečně bude fungovat jako dobrovolník, s tím, že nějaké finanční ohodnocení také dostane. Náplní jeho práce by měla být starost o zahradu farnosti, instalace a příprava výstav, které se na faře často pořádají a běžná administrativa.

9.1 Působení klienta v Jiné Kávě

Významným okamžikem klientova života byla sociálně terapeutická dílna Jiná káva. Začal zde pracovat v červnu roku 2012, kdy mu bylo 33 let. Toto místo vnímá jako velmi podstatné. Získal zde opět kladné sebehodnocení. Cítil se dobře v kolektivu, který spatřoval jako velmi přátelský. Věděl, že je platným a přínosným pracovníkem kavárny. Postupně klient prošel úspěšně všemi etapami. V kavárně pracoval až do května roku 2015. Během klientova působení v tomto zařízení si klient urovnal svůj život. Celkově se vše zklidnilo. V současné době pracuje v Jiné kávě pouze příležitostně. S organizací je pořád v kontaktu.

9.2 Výtvarný projev a analýza artefaktů klienta

KLIENT H.



Obrázek 10 – Procházka se psem

Tento obrázek „Procházka se psem“ klient namaloval jako první v rámci arteterapeutického setkávání. Patří mezi abstraktnější klientovu tvorbu. K popisu obrázku se klient měl s chutí. V dolní části obrázku vidíme modrý útvar ve tvaru trojúhelníku. Podle klienta znázorňuje řeku. Dva červené menší trojúhelníky uprostřed mají znázorňovat psa. Šedý pruh na levé straně je silnice. Z rohu, kde se nachází identifikační místo, vede ve směru úhlopříčky, hnědá čára, modrý a šedý blesk. Tyto tři útvary znázorňují železnici, která by mohla odkazovat na napětí klienta. Tuto hypotézu si dovoluji podpořit i zeleno-červenou kombinací, která se v obrázku objevuje, a podle „rožnovského pojetí arteterapie“ může odkazovat na tenzi autora. V pravé horní části obrazu jsou na zelené ploše hnědé čáry, kterými klient znázornil stromy. V levé části je schematicky zobrazena postava, která je zastoupena barvou modrou, šedou a hnědou. Celý obrázek se sklápí do půdorysu. Podle Rennerta(1962) může být geometrizace a schematizace v obrázku

jedním z projevů schizofrenní tvorby. V této souvislosti mě napadá myšlenka rozpadu tělesného schématu a rozpad vnímání reality, kterým klient ztvárňuje toto téma.



Obrázek 11 – Masopust

Na obrázku „Masopust“ klient namaloval Masopustní průvod. Toto téma jsem klientům zadala se záměrem, aby měli větší možnost zobrazení postav, jelikož v masopustním průvodu jsem to předpokládala. Navrhla jsem klientům, že mohou stvárnit svůj reálný zážitek z masopustního průvodu. U klienta Honzy, můžeme v obrázku opravdu vidět realističtější zobrazení postav. Žlutý kosočtverec v pravé horní části je podle klienta slunce. Bílá postava na pravé straně je jakýsi slamák, který je lemován šedou a béžovou linkou. Tyto linky mají být stíny postavy. Autor tento obrázek namaloval podle skutečné události, kterou zažil. K bílé postavě slamáka dodal, že ve skutečnosti měl na sobě barevné třásně, ale na to se necítil, nechtělo se mu je malovat. Tato postava je znázorněna na identifikačním místě, z čehož se můžeme domnívat, že by mohla být nějaká souvislost mezi ztvárněnou postavou a autorem. Podle „rožnovského pojetí“ může bílá barva souviset s kultivovanou dominancí či pocitem jakési jinakosti. V této souvislosti vidím propojení s „mágovskou“ čepicí, kterou má postava na hlavě. Tato čepice by mohla

udávat nevědomé vnímání výjimečnosti. Koubek(2007) uvádí, že u schizofreních klientů se objevuje pocit kontaktu s transcendentním světem, které může souviset i s bludy, např. religiozními či megalomanskými, jež k tomuto onemocnění mohou patřit.



Obrázek 12 - Pokračování Masopustu

K tomuto obrázku „Pokračování Masopustu“ se klient moc nevyjadřoval. Byl toho dne poněkud v posmutnělé náladě. Což vidím i na obrázku. Dvě postavy mají schované hlavy v hrnci. V obrázku převládá tmavě modrá a hnědá barva, přičemž kombinace těchto barev může znamenat úzkost či posmutnělou náladu u autora obrázku. Významným momentem mi přijde pokračování klienta v tématu z minulého setkání. Kladu si otázku, jaký zvláštní význam může dané téma pro klienta mít. Proč zrovna masopust je důležitý? Zde bych si dovolila asociaci s motivem „masky“, kde mě napadá, že během masopustu jsou všichni v maskách, což by mohlo znamenat, že jsou všichni svým způsobem „jiní“. Je to doba „bláznovství“ a i tedy klient se může cítit „normálně“ a začleněn do skupiny. Myslím, že by toto mohlo mít souvislost s klientovým onemocněním schizofrenie, kdy tyto lidé cítí potřebu mezilidského kontaktu, který je pro ně obtížnější navázat, jak uvádím v teoretické části této práce.



Obrázek 13 - Tři Králové

Z tohoto obrázku „Tři Králové“ byl klient nadšený. K procesu tvoření uvedl: „bavilo mě si hrát s tou barevností všech králů. Prvního oranžového krále jsem namaloval, jak nese dary, a u zbylých dvou si obličej domyslete“. Postavy klient namaloval oblejší oproti předešlým obrázkům, což hodnotím jako posun. V levé části obrázku je jeskyně a v ní je Ježíšek. V pozadí je hnědá poušť. Klient se na mé doporučení pokoušel zobrazit světlo a stín, čímž docílil náznaku hloubky a prostoru v obraze. Kometu v obrázku vypadá jak odraz reality, která je v dolní části. Zde si dovoluji položit otázku, kde je vlastně realita a jak ji klient vnímá. Zde bych ráda zmínila Koubka(2007), který uvádí, že u schizofrenních pacientů můžeme vidět zvláštnosti v oblasti obličeje, např. chybění obličeje, což lze chápat jako nedostatek kontaktu s okolím.



Obrázek 14 - Strom

Tento obrázek „Strom“ mi klient přinesl z domova, aby se pochlubil, že doma také maluje. Na pravé straně je znázorněna skála Sv. Jana pod skalou. Klient mi vyprávěl, že v tomto místě pracoval v době, kdy se objevovaly první příznaky schizofrenie. Dále na obrázku vidíme strom, do kterého uhodil blesk, jenž je znázorněn červenou čarou uprostřed obrázku. Blesk zasahuje do srdce stromu. V kontextu klientova života, si dovoluji dát ztvárnění blesku do souvislosti s klientovým prožitkem z elektrokonvulzivní léčby, kterou klient podstoupil při jedné hospitalizaci, jak uvádím v kazuistice výše. Strom je podle autora uvnitř mrtvý. Pravou část stromu klient označil jako minulost, kde podle něj tmavá modrozelená barva symbolizuje depresi. V levé části je hrbol na zemi, kde by podle klienta mohlo vyrůstat něco nového. Možná nový strom, řekl klient.

Tento obrázek mi přijde výtvarně velmi zajímavý, jelikož zde můžeme vidět prvky odkazující na schizofrenní onemocnění, např. rozpůlený strom nebo neukotvenou skálu na pravé straně. Levá část stromu lehce převažuje, v koruně stromu jsou žluto-oranžové plody. V pravé části stromu jsou tmavší a depresivní barvy tmavě modrá a tmavě zelená. Černé větve působí pichlavě. Celý strom není moc ukotven a přepadává do levé části, tedy

minulosti. Z centrální kompozice je patrné, že autor si svůj problém uvědomuje, ale je pro něj těžko řešitelný nebo zapouzdřený.

V tomto období, kdy vznikl tento obrázek, klient zažíval poměrně důležité změny ve svém životě. Přemýšlel o výpovědi v práci a jeho psychický stav se zhoršil. Výrazně zhubl a posmutněl.



Obrázek 15 – Bouře

K tomuto obrázku „Bouře“ klient řekl: „ Je bouřka, takže sedlák nemůže orat, tak kálí v kadibudce. Ta však hoří, což je problém a sedlák je naštvanej. Ovšem zná sebe, takže ví, že to nějak přejde“. Tato formulace mi přijde naprosto vystihující pro klientovu životní situaci, kdy klient chce opustit zaměstnání a má lehce depresivní a úzkostné období.

Blesky a oheň v obrázku můžou signalizovat riziko. Opět se objevují prvky charakteristické pro schizofrenní onemocnění. Může to být izolace postavy v budce, štěpení blesků, popisný text v obrázku, jak uvádí Rennert(1966). Autor se pokouší o vtip, což bych viděla jako pozitivní prognózu.



Obrázek 16 - Vynášení Moreny

Tento obrázek „Vynášení Moreny“ se mi velmi líbí, myslím, že se klientovi hodně povedl. V obrázku jsou patrné prvky kuboexpresionismu (počátek českého kubismu, 1912-1914). Pojetí je zcela originální. Barvy jsou harmonické a působí hřejivým dojmem. Z obrázku je patrné, že klient se výtvarně velmi posunul. Jak již název napovídá, tématem obrázku je vynášení Moreny, tedy vynášení smrti, nemoci a neduh. Na obrázku vidíme dvě postavy stojící u řeky, které jsou zobrazeny reálněji oproti předešlému zobrazování. Postavy mají bojový postoj, který můžeme odečíst z postavení nohou a rukou postav. Perspektiva je poněkud předimenzovaná. Pravá strana je intenzitou barev výrazně světlejší než strana levá, tedy strana protějšku. Jak uvádí Rennert(1966), geometrické neukotvené prvky sršící ve vzduchu či krychle v pozadí jsou typickým projevem schizofreniků. V obrázku pozoruji více časovost, v podobě letního pole současně zobrazeného s vítáním jara, kdy probíhá vynášení Moreny.



Obrázek 17 - Šípková Růženka

Toto téma „Šípková Růženka“ je evidentně pro klienta velmi emočně oslabené, zazděné. Usuzuji tak v kontextu barevnosti a hradbě, kde růžová barva může být chápána podle „rožnovské arteterapie“ jako nositelkou viny. Na obrázku vidíme Šípkovou Růženku, která je velmi podobná mořské panně. Opět zde vidíme geometrické a neukotvené prvky. V souvislosti s klientovou anamnézou si dovoluji rozvést hypotézu o klientově touze po partnerské, ženské náruči, přičemž na obrázku vidíme, klientovo zobrazení šatů a jak je nemožné dostat se ženě „pod sukni“.

9.3 Shrnutí

Veškerou klientovu tvorbu tvoří formáty čtverčky na ležato. Z tohoto usuzuji, že klient bude spíše fungovat ve vztahové rovině JÁ – TY, možná má potřebu stability a rigidnější řešení situací. V klientově tvorbě se objevuje stále zeleno-červená kombinace barev, jež může odkazovat na pocity tenze, z které může pak hrozit vyčerpání. Zelená a červená jsou barvy komplementární. Řekla bych, že klientova produkce je poměrně tvůrčí. Jeho obrázky jsou originální a esteticky přínosné. Některé jsou však na hraně výtvarné

originality a symptomu. V některých obrazech výtvarná kvalita ubývá. Prvky kuboexpresionismu, které jsou v tvorbě patrné, tvoří společně klientova nemoc a jeho vnímání reality. Vystává klasická otázka o nechtěné podpoře zapouzdření symptomu ve výtvarném výrazu nebo zprůměrnění tvorby směrem k normě.

Klient během naší spolupráce dosáhl velkého posunu. Během arteterapeutické práce jsem klienta metodicky instruovala k zobrazování postav, k práci se světlem a tím modelování hloubky a prostoru. Seznámila jsem ho také s perspektivou a kompozicí v obraze a navrhla jsem používání celé palety barev. Od prvních abstraktních obrázků klient plynule přešel až ke tvorbě, kde jsou jasně znatelné postavy. V posledních artefaktech se pokouší o práci se světlem a stínem. Je zde i snaha o perspektivu, která se ne vždy podaří zachytit.

Pro další spolupráci s klientem bych doporučila jemné metodické vedení. Na klienta příliš netlačit a nechat mu volné pole působnosti. Je otázkou do jaké míry do tvorby klienta zasahovat, vzhledem k jeho originální tvorbě, což jsem jako otázku vznesla výše.

IV. DISKUZE

Studie realizovaná v této bakalářské práci se zaměřuje na využití arteterapie v socioterapeutické dílně Jiná káva. Cílem práce je popsat význam arteterapie pro klienty tohoto zařízení. Zaměřila jsem se především na rovinu terapeutickou. Mimo jiné jsem se také v tvorbě dvou klientů snažila pozorovat a popsat typické rysy výtvarné tvorby jednotlivých duševních onemocnění, tak jak jsou popsány v literatuře. Na základě analýzy jejich artefaktů jsem skutečně v jejich tvorbě objevila některé popisované jevy.

Limity této studie spatřuji v nebezpečí jednoho posuzovatele, který analyzoval výtvarné artefakty. Limitující bylo také množství a kvalita materiálu, se kterým jsme v rámci arteterapeutických setkání měli možnost pracovat. Toto omezení pramenilo z nedostatku financí. K dispozici jsme tak měli vodové barvy a ne příliš kvalitní čtvrtky. Jako vhodné by bylo také pracovat s klienty delší čas, kdy bych se jim mohla více věnovat a bylo by také možné uchopit jejich případ komplexněji.

Za přínos práce považuji hlavně popis proměny výtvarného projevu klientů v průběhu arteterapie. Je otázka, zda arteterapie přímo mění psychický stav, ale už jen skutečnost, že případně dokáže určitou změnu zachytit, je důležité. Myslím si, že arteterapie představuje pro klienty Jiné kávy velmi vhodnou součást somatické léčby. I přes skutečnost, že farmakologická léčba schizofrenie v současnosti dosahuje vysoké úrovně, je na první pohled zřejmé, že samotná farmakoterapie na schizofrenní onemocnění nestačí. U mnoho pacientů přetrvávají špatně ovlivnitelné symptomy (kognitivní deficity, relapsy onemocnění, selhávání v sociálních rolích, nedostatečné sociální dovednosti atd.). Tyto symptomy je možné kladně ovlivnit psychoterapií či psychosociální intervencí.

Zmíním ještě zvláštnosti psychoterapeutického postupu, které se osvědčují u schizofreniků a konfrontuji je s vlastní zkušeností z arteterapeutických setkávání v Jiné kávě. Syřišťová (1989) doporučuje individuální přípravu schizofreniků před skupinovou terapií. Výhoda mé „dvojrole“ barmana a terapeuta současně tomuto postupu nahrávala. Klienta jsem měla typologicky možnost poznat již během práce v kavárně, věděla jsem také mnohé o jeho situaci a historii, před tím, než vstoupil do skupin, měli jsme možnost vytvořit nukleární terapeutický vztah. Klient byl také během svého působení v Jiné kávě stabilizován, komunikoval, byl schopen běžné míry konvenční přizpůsobivosti.

U psychoterapie deprese je zásadní vyhnout se nevhodnému formálnímu povzbuzování nebo rezignovat na poskytování psychologické pomoci klientům. Otevřenost klientů s depresí k psychologické pomoci je výrazně nižší než u schizofreniků. Je třeba mobilizovat pacientovu psychickou aktivitu a docílit alespoň částečný odstup pacienta od chorobného procesu, jak píše Syřišťová (1989). Klientka, jejíž kazuistiku uvádím, přišla do Jiné kávy stabilizovaná, prakticky nic z výše uvedeného jsem řešit nemusela.

Malchiodi (1997) hovoří o expresi výtvarné tvorby jako o možnosti terapeuta hlouběji porozumět tomu, co pacient cítí. V terapeutické rovině sleduji, jak změna ve výtvarném projevu odráží změnu psychického stavu klienta. Neměla jsem ambice zjistit, jestli za změnou stál vliv arteterapie, popř. jej způsobila změna prostředí klienta. Každopádně počítám s kladným vlivem arteterapeutických setkání na psychickou stabilizaci klienta.

Nejen časové možnosti v Jiné kávě jsou velmi omezené. Klienti často řešili i ekonomickou stránku účasti na arteterapeutických setkáních. Ty byly sice pro klienty Jiné kávy bezplatné, klienti si ale museli hradit dopravu z místa bydliště, které často bylo hodně vzdálené a některé klienty tak částky za dopravu nepříznivě finančně zatěžovaly. Významný přínos pro klienty však shledávám v nové možnosti, jak trávit volný čas a tvořit. Jiná káva nabídla klientům v podobě arteterapeutických setkání také možnost vytvářet nové sociální kontakty a rozvíjet vlastní hobby.

„Rožnovská arteterapie“ není původně určena pro pacienty s psychózou. Ráda bych zde ještě krátce zmínila porovnání psychózy a neurózy s ohledem na psychoterapii.

S ohledem na metodické vstupy bych ráda ještě zmínila Syřišťovou (1989). Pro schizofreniky je především na počátku, ale i v průběhu terapie typická značná resistance vůči realitě, které často nerozumí nebo je ohrožuje. Snahy o korigování nemocných reálnými a konvenčními podněty, především na počátku terapie, je zcela neúčinné. Myslím, že totéž by mohlo platit i pro pole arteterapie.

Autosanační potenciál psychotické skupiny je velmi nízký. Psychotik nemá opěrné body v realitě. U psychóz se nedoporučuje „ventilování“ osobních problémů před skupinou ani hloubková analýzy traumatických situací, kontraindikována je také přímá analýza, doporučuje se „syntetická (nepřímá) analýza“, kdy namísto pouhé reprodukce a evokování traumatických zážitků pracujeme s přehodnocením traumatické situace, díky čemuž je pro pacienta přijatelnější. Dále podaří-li se terapeutovi vzbudit u pacienta důvěru, je schizofrenik na terapeutovi mnohem více závislý, než je tomu tak u neurotiků. Tuto skutečnost jsem v rámci arteterapie v Jiné kávě prožila také, kdy mě jeden klient opakovaně zval na schůzku a vcelku rezistentně nevnímal, že již partnera mám. Tato fáze bývá často charakterizována prudkým zlepšením pacientova stavu.

Proto jsem „rožnovské interpretační postupy“ u klientů Jiné kávy neaplikovala, jejich tvorba hodnocená tímto způsobem mi posloužila jako doplňující prostředek, jak nahlédnout na jejich duševní onemocnění a získat přesnější obraz o jejich duševním stavu. Terapie také představuje pro klienta možná jedinou možnost zkušenosti blízkého, důvěrného a bezpečného vztahu.

Arteterapeutická práce v tomto terénu je velmi zajímavá, vidím v ní velký přínos. Je možné zde aplikovat „rožnovskou arteterapii“ současně s výše zmíněnými modifikacemi.

V. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo poukázat na využití arteterapie u klientů s duševním onemocněním v socioterapeutické dílně Jiná káva.

Teoretická část se zabývala vysvětlením a vymezením pojmů, které s touto oblastí úzce souvisí – tedy socioterapií a arteterapií a jejich společnými cíli. Zmínila jsem také duševní nemoci, se kterými se při své práci u klientů Jiné kávy setkávám. Blíže jsem se věnovala arteterapii jako psychoterapeutickému a resocializačnímu postupu u schizofrenie a u deprese.

V praktické části jsem prezentovala své zkušenosti ze socioterapeutické dílny prostřednictvím dvou kazuistik, které pochází od klientky a klienta Jiné kávy, se kterými jsem pracovala v rámci našich arteterapeutických setkání. Přiblížila jsem způsob realizace arteterapie v Jiné kávě a krátce jsem popsala také prostředí tohoto zařízení. Cílem mé práce bylo formulovat význam arteterapie pro klienty Jiné kávy. Sledovala jsem především terapeutickou rovinu. Diskutovala jsem možnosti použití „rožnovské interpretační arteterapie“ jako přístupu použitelného v prostředí Jiné kávy.

V diskuzi jsem se snažila uceleně podat výsledky mého snažení a poukázat na některé hranice prezentované práce. Díky tomu shledávám svou práci jako potencionálně vhodný příspěvek k tématu.

VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Cikrt, T. (2000). Pět procent populace trpí klinickou formou deprese. Zdravotnické noviny, (49)44, 1-2.
2. Češková, E. (2012). Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf Jessenius.
3. Edwards, D. (2004). Art Therapy. London: SAGE Publications.
4. Gombrich, E. (2006). Příběh umění. Praha: Argo.
5. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.
6. Hrbková, E. (2012). Socioterapie u afektivních poruch. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/09.pdf>
7. Junge, M. B. (2010). The Modern History of Art Therapy in the United States. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
8. Koblicová, A. (2000). Arteterapie a psychoterapie v období dospívání. In J. Slavík (Eds.) Současná arteterapie (v České Republice a v zahraničí) (pp. 20-28). Praha: Univerzita Karlova v Praze. 58
9. Kořínková-Vindušková, K. (2001) Pojem arteterapie. In: Arteterapie, (časopis České arteterapeutické asociace)2(1) , 6-7.
10. Koubek, K. (2007). Test kresby lidské postavy (FDT). Praha: Hogrefe Tesetcentrum.
11. Kratochvíl, S. (2005). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén.
12. Kupečková, H. (1980). Vybrané otázky z arteterapie. Praha: Katedra psychologie FF UK.
13. Landischová, E. (2007). Teorie a praxe arteterapie taneční a výtvarné formy. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta.
14. Lhotová, M. (2010). Proměny výtvarné tvorby v arteterapie. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
15. Libiger, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. Česká a slovenská psychiatrie, 5(1), 34-40.
16. Malá, M. (2015). Homo psychoticus. Praha: Triton.
17. Malchiodi, C., A. (1997). *Breaking the silence: Art Therapy With Children From Violent Homes*. Routledge is an imprint of Taylor Francis, an informa company. Retrieved from: https://books.google.cz/books?id=5xNIAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=breaking+the+silence+malchiodi&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi32vjruZ_MAhVDMBoKHARICbAQ6AEIHDA#v=onepage&q=breaking%20the%20silence%20malchiodi&f=false
18. Obereignerů, R., Obereignerů, K., & Gajdačková, R. (2011). Projevy schizofrenie v testu kresby lidské postavy. Psychologie pro praxi 12(3), 120-123.
19. Peč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. Psychiatrie pro praxi, 10(2), 76-78. Praha: Portál.
20. Praško, J. (2011). Klinická psychiatrie. Praha: Tigis.
21. Praško, J., Vyskočilová, J., Prašková, J. (2008). Sociální fobie a její léčba. Praha: Galén.
22. Prinzhorn, H. (2009). Výtvarná tvorba duševně nemocných. Řevnice: Arbor vitea.
23. Raboch, J., & Zvolský, P. (Eds.) (2001). Psychiatrie. Praha: Galén.
24. Raboch, J., Pavlovský, P. (2012). Psychiatrie. Praha: Karolinum.

25. Rennert, H. (1962). Die Merkmale schizophrener Bildnerie. Jena: G. Fischer.
26. Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin a nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf.
27. Spousta, V. (1996). Metody a formy výchovy ve volném čase. Brno: Pedagogická fakulta.
28. Strnadlová, H. (2006). Teorie, indikace a předpoklady arteterapie. Arteterapie, časopis České arteterapeutické asociace (11).10-11.
29. Styx, P. (2003). O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press.
30. Syřišťová, E. (1977). Imaginární svět. Praha: Mladá fronta.
31. Syřišťová, E. (1989). Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. Praha: Avicenum.
32. Šicková-Fabrice, J. (2002). Základy Arteterapie. Praha: Portál.
33. Šicková-Fabrice, J. (2016). Základy arteterapie. Praha: Portál.
34. Štětinová (2007). Vnímání arteterapeutické skupiny neurotickými pacienty
35. Úlehla, I. (2011). Manifest socioterapie. (Bakalářská práce). Brno: FSS MU.
36. Vymětal, J. (2003). Úvod do psychoterapie. Praha: Grada.
37. Waller, D. (1991). Becoming a profession :The History of Art Therapy in Britain 1940-82. London : Routledge.
38. World Federation of Mental Health. (2012). Depression: A global crisis: World Mental Health Day, October 10 2012. Dostupné Z: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
39. Zakouřilová, E. (2008). Sociální terapie, aneb její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou. Praha: Institut pro místní správu.
40. Zicha, Z. (1981). Úvod do speciální výtvarné výchovy. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
41. Zvolský, P. & kol., (2005). Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum.