

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ATELIÉR ARTETERAPIE

**MOŽNOSTI ARTETERAPIE PŘI PRÁCI S PSYCHIATRICKÝMI
PACIENTY**

**POSSIBILITIES OF ART THERAPY AT WORK WITH
PSYCHIATRIC PATIENTS**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Vypracovala: Mgr. Vanda Strejčková
Vedoucí práce: PhDr. Rostislav Nesnídal

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma Možnosti využití arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce v nezkrácené podobě fakultou-elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, kterou provozuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích na svých internetových stránkách

V Plzni dne

Vanda Strejčková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Rostislavu Nesnídalovi, vedoucímu bakalářské práce, a panu PaDr. Evženu Peroutovi za odborné konzultace.

Pacientům ateliéru arteterapie děkuji za poskytnutí výtvarných artefaktů, na jejichž základě bylo možné tuto práci napsat.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá v první části vymezením pojmů arteterapie a nejčastějších diagnóz pacientů (schizofrenie, závislost na psychoaktivních látkách). Dále je definována skupinová a individuální arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

V další části jsou popisovány možnosti arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty v závislosti na čase a diagnóze, doložené praktickými ukázkami jejich výtvarné produkce, který dokazuje jejich výtvarný i osobnostní posun.

Annotation

This bachelor thesis deals in the first time with the terms like art therapy and the most usual diagnoses of patients (schizophrenia, dependence on psychoactive substances). Then group and individual art therapy in the psychiatric clinic in Dobřany is defined.

Next part describes possibilities of art therapy at work with psychiatric patients in dependence on time and diagnosis documented by practical illustrations of their art production which proves their creative and personality development.

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě svého sedmiletého působení jako arteterapeut v Psychiatrické léčebně v Dobřanech (dále jen PLD). Ve své práci jsem zúročila zkušenosti s pacienty, kteří v průběhu své hospitalizace navštěvovali arteterapii a účastnili se skupinové či individuální terapie, jakož i zkušenosti, které jsem získala studiem na JČU v Ateliéru arteterapie.

Každý den hledám nové možnosti a způsoby využití arteterapeutických postupů, které by pacientům pomohly v překonání těžké životní situace, zmírnily úzkost či melancholii, zvýšily jejich sebevědomí, přispěly k získání náhledu na sebe, svoji situaci či nemoc, umožnily jim uvolnit se nebo je motivovaly k tvořivému využití času při dlouhodobé hospitalizaci. „Arte“ je mezi pacienty oblíbená a je součástí jejich života v léčebně. Mnozí jsou pamětníky celé historie arteterapie v PLD a zažili několikrát stěhování ateliéru do nových prostor. Tito pacienti se vracejí v různých intervalech nebo jsou dlouhodobě hospitalizováni.

Za dobu existence ateliéru arteterapie jím prošly doslova stovky pacientů s různými psychiatrickými diagnózami, s pohnutými životními příběhy, kteří za sebou zanechali obrovské množství artefaktů. Bylo těžké vybrat jen několik kasuistik z tak bohatého materiálu. Nakonec jsem se rozhodla zmapovat v průřezu celé své působení v léčebně, nastínit různé možnosti využití arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty a zhodnotit význam osoby terapeuta v tomto procesu. Rovněž se zmíním o rozdílu mezi arteterapeutem a učitelem výtvarné výchovy, což je moje původní povolání. Během studia jsem mohla pozorovat, jak se moje postupná transformace od učitele k arteterapeutovi odráží v praxi a má vliv na změny při práci s psychiatrickými pacienty. Zaměřila jsem se na práci s pacienty, u kterých jsou nejčastěji zastoupeny psychiatrické diagnózy jako schizofrenie, závislost na alkoholu a drogách, afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy osobnosti, lehká mentální retardace apod. Chtěla jsem ukázat a dokumentovat na kasuistikách jejich posun osobnostní i výtvarný, ke kterému došlo v průběhu terapie.

Ve své práci se rovněž zmiňuji o přínosu arteterapie a jejím dalším možném využití a rozšíření i pro ostatní oddělení a pacienty.

Domnívám se, že moje práce by mohla sloužit všem těm, kteří pracují v zařízení, kde je více psychicky nemocných s různými diagnózami a ukázat různé možnosti arteterapie, ostatním pak pomoci získat představu, jak probíhá arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

Obsah

1	Současný stav	3
1.1	Vymezení arteterapie	3
1.2	Umění a psychická nemoc	5
1.3	Arteterapie v Čechách	6
1.4	Arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech	7
1.5	Formy arteterapie	9
1.5.1	Skupinová arteterapie v PLD	10
1.5.1.1	Ukázky skupinové arteterapie v PLD a zpracování různých témat	12
1.5.2	Individuální terapie v PLD	17
1.6	Psychiatrický pacient a psychické nemoci pacientů	18
1.6.1	Schizofrenie	19
1.6.1.1	Typy schizofrenie	23
1.6.1.2	Některé rysy schizofrenní tvorby	26
1.6.2	Závislost na psychoaktivních látkách	26
1.6.2.1	Základní pojmy	27
1.6.2.2	Závislost na alkoholu	28
1.6.2.2.1	Protialkoholní léčba	29
1.6.2.3	Drogová závislost	30
1.6.2.3.1	Seznam nejčastěji užívaných drog v České republice	32
1.6.2.3.2	Výtvarný projev drogově závislých pacientů	34
2	Cíle práce	35
3	Metodika	36
3.1	Rozdělení psychiatrických pacientů podle délky pobytu v PLD	36
3.1.1.1	Chroničtí pacienti	37
3.1.1.1.1	Kasuistika paní J.	37
3.1.1.2	Arteterapie a středně chroničtí pacienti	48
3.1.1.2.1	Kazuistika pan P.	49
3.1.1.2.2	Kasuistika pan M.	58
3.1.1.3	Pacienti v akutní fázi onemocnění a po jejím překonání	66
3.1.1.3.1	Kasuistika pan K.	67
3.1.2	Další možnosti využití arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty	76
3.1.3	Osobnost terapeuta v procesu arteterapie	77
4	Výsledky	79

4.1	Shrnutí výsledků a zkušeností.....	79
5	Závěr	83
5.1	Závěrečné zhodnocení	83
6	Seznam použité literatury	86
7	Klíčová slova	88
8	Přílohy.....	89

1 Současný stav

„Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný. Proto musí nejenom lékař všeho využít, ale i nemocný a jeho rodina a všechny vnější okolnosti musí být využity.“

Hippokrates

1.1 Vymezení arteterapie

Výraz art therapy (terapie uměním) použila ve svých pracích jako první Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. V Evropě se tento termín začal používat až roku 1940.

Naumburgová vychází z tvrzení, že „proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech“... „každé individuum, ať už bude, či nebude vzdělané v umění, má latentní kapacitu projíkovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů“ (Šicková, 2002, str. 26).

Příklady různých vymezení arteterapie:

- Arteterapie je svébytný obor těsně související s psychoterapií a psychologií. Při konstituování teoretického zázemí oboru je možné a potřebné vycházet z poznání oborů příbuzných.
- „Umělecký artefakt či vytvoření uměleckého produktu v arteterapii nejsou důležité, rozhodující je proces tvorby, který je integrujícím činitelem v prevenci i v terapii. Arteterapie často léčí sekundární handicap, to znamená, že zmírňuje individuální prožitek znevýhodnění pacienta, klienta, postiženého člověka.“ (Šicková, 2002, str. 32)
- Arteterapie je terapeutickou technikou, která využívá výtvarných aktivit v procesu léčby. Pracuje zejména s tvorbou a reflexí vzniklého artefaktu. Cílem není vytvoření uměleckého díla, ale pomocí sebevyjádření, zprostředkování prožitku, uvolnění emoce, komunikace a následným

zpracováním vynořujících se obsahů dosáhnout odstranění nebo zmírnění pacientových obtíží.

- Milan Kyzour st. přináší zajímavý pohled na arteterapii a její souvislosti s dalšími obory: „Arteterapie je kulturní aktivitou, mající své kořeny v magických úkonech, rituálech, obřadech, v symbolech, v uměleckém zpodobňování. Je nejbližší archetypům a hlubinným vrstvám ve smyslu fylogenetickém i ontologickém, které jsou „nejporuchovější“ sociálně i psychosomaticky. Z tohoto důvodu není arteterapie odvoditelná ani z psychoterapie, ani z psychologie. Historicky je tomu naopak – záleží na poměru práce s obrazovou metaforou a slovem. Obrazová metafora je doménou všech arteterapeutických postupů, slovo – včetně reflexe teoretické, kritické, vědecké – tíhne k psychologii a psychoterapii. Na počátku bylo slovo, ale aby byl pochopen jeho význam, k tomu je zapotřebí metafory.“ (Stiburek, 2000, str.41)
- „Arteterapie je užité, aplikované umění ve smyslu jeho uplatnění při intervenci na pomoc postiženým, narušeným jedincům nebo skupině.“
- „Arteterapie je i vrácení člověka do stavu harmonie se sebou samým, svým okolím pomocí umění.“
- „Arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“ (Šicková, 2002, str. 32)

Arteterapie je začleňována přibližně od 40. let v různých podobách do komplexní terapie psychicky nemocných. Je úzce spjata s psychoterapií psychóz, zejména schizofrenie. Původní myšlenka byla inspirována zájmem o spontánní tvorbu schizofreniků. Může zpřístupnit komunikaci s pacienty, která je jinými prostředky nedosažitelná. Pacientovi umožňuje sdělovat často jen těžko sdělitelné a vyjádřitelné obsahy, které se týkají jeho prožívání a chápání světa a jeho samého. Jeho tvorba je často jedinou možnou formou sebevyjádření. Pro terapeuta je to zas někdy jediná

přístupová cesta do složitého světa psychicky nemocných. Je to důležitý dorozumívací prostředek. Pacient tak může vyjádřit pocity a prožitky, týkající se denních snů, halucinatorní nebo bludné vnímání reality. Pomocí výtvarného projevu je často možné mapovat i malé změny psychického stavu.

Produkce může vyjadřovat chorobné změny, ohlašující se psychotický proces nebo jeho recidivu dříve, nežli jsou zaznamenatelné jinou klinickou nebo psychologickou metodou.

Podle statistik tvoří nejvíce ze všech psychicky nemocných schizofrenici. Jejich spontánní tvořivá činnost má většinou výrazně nutkavý ráz a expresivní náboj. Je tu jistá autosanační a integrační hodnota. Hlavně zpočátku umožňuje mnohým pacientům ztvárnit prožitky ohrožení, bezvýchodnosti, úžasu, úzkosti nebo i agrese, které pro ně není možno vyjádřit jiným způsobem.

Z terapeutického hlediska je důležité, že pacient má skrytou intenzivní potřebu sdělit své změněné vidění a prožívání světa a také navázat kontakt s druhými. Je důležité, abychom se snažili schizofrenikům usnadnit komunikaci, setkání nebo dialog, na které už mnozí rezignovali. Je potřebné, aby dostali možnost projevit se, začít existovat prostřednictvím svého tvoření a výtvorů. Důležitý je pro ně i pocit, že jsou okolím přijímáni.

„Arteterapie není výukou kreslení nebo malby, je spolutvořením nového života prostřednictvím potencialit, které nám nemocný poskytuje. Schizofrenní výtvary jsou jednou z významných výchozích možností osobnostní a sociální realizace nemocného.“ (Syřišťová, 1990, str. 101)

1.2 Umění a psychická nemoc

Dosud se nepodařilo stanovit přesnou hranici mezi tvorbou některých nadaných psychotiků a tvorbou výtvarných umělců, kteří evidentně tvořili v průběhu psychózy.

Ve schizofrenní psychóze, hlavně v počáteční fázi, dochází často k velké kreativitě. Ta může mít autosanační i tvořivý potenciál. U umělců dochází rovněž k erupci kreativity, která je stavem změněného vědomí, podobá se snění za bdělého stavu, je stavem zvýšeného psychického napětí, nového vidění světa, které se vymyká

myšlení a prožívání ovládanému běžnými konvencemi. Za normálního stavu vědomí je svět vnímán tak, jak jsme se to naučili, navyklým způsobem, bez zvýšeného vzrušení.

To ochraňuje člověka před nadměrným psychickým i fyzickým vyčerpáním.

Umění a psychóza mají společné to, že vyjadřují nesdělitelné prožitky, na různém stupni dochází k prolínání subjektu a objektu, rozpouští se hranice mezi nimi i mezi fantazií a realitou. Exprese vyústí někdy až k iluzivnímu nebo halucinatornímu vnímání reality.

„Zdá se někdy, jako by psychotické a umělecké vnímání světa tvořilo analogické uzlové body téhož percepčního a prožitkového kontinua. Rozvíjející se psychóza ještě daleko více zostřuje citlivost vnímání a prožívání k pod- a nadprahovým podnětům, fáze „inspirace“ je nutkavější, vědomí nestačí zformovat autonomní exploze volně se vynořujících impulsů a obrazů bezprostřední erupce prožitků se obalují originálními bizarními tvary bez přispění vědomého záměru. Schází jim proces obrábění, zprostředkování racionálním překladem. Umělec se vlastně liší od schizofrenika především v tom, do jaké míry se ex post stává pánem svého díla, je schopen do něj zasahovat nebo ho formovat.“ (Syřišťová, 1990, str. 96)

Tvorba schizofreniků je spontánní, expresivní, symbolická, často se vyskytují originální novotvary.

Francouzský malíř Jean Dubuffet v roce 1945 přišel s termínem *l'art brut* (umění, které není zasažené kulturními ani akademickými normami). Odmítal pojem patologické umění, snažil se o jeho vyproštění z psychiatrických kategorií. Razil názor, že všichni psychotici jsou potenciální umělci. Přispěl k transparentci schizofrenní a umělecké tvorby. Roku 1976 bylo na jeho podnět otevřeno muzeum v Lausanne, kde polovinu exponátů tvořila díla pacientů z psychiatrických ústavů.

1.3 Arteterapie v Čechách

Česká arteterapie měla své první průkopníky v padesátých a šedesátých letech 20. století hlavně v řadách psychoterapeutů, kteří ji uplatňovali jako doplňkovou metodu v rámci komplexní psychoterapeutické péče. Jednalo se hlavně o psychoterapie psychóz nebo různých typů závislostí. Byla využívána také při sociálním výcviku v různých

speciálních výchovných zařízeních. V léčebnách i ve výchovných ústavech vznikaly postupně i zvláštní ateliéry, kde klienti měli možnost věnovat se výtvarné činnosti.

Vlna zájmu o arteterapii, spjatá s uvolněnou společensko u a kulturní atmosférou šedesátých let, zřetelně opadla v osmdesátých letech zejména mezi lékaři a psychology. Bylo to dáno i příklonem k biochemickému pojetí psychické léčby pacienta. V té době však vzrůstal zájem o arteterapeutické metody v různých typech speciálních výchovných zařízení.

V roce 1990 vznikl Ateliér arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, který založil a 10 let také vedl dnes už nežijící pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour. Toto studium je koncipováno jako výcvikové, vychází ze zážitkových analýz ve skupině. Základem je praktická činnost studentů a aplikování poznatků v konkrétní práci s artefaktem. K interpretaci se využívají zadaná témata, která jsou zpracovaná formou akvarelu, akčního akvarelu a koláží.

Arteterapii je možno studovat i v Praze, Brně a v Plzni (formou jeden a půl ročního kurzu). Česká arteterapeutická asociace má za cíl vytvářet podmínky pro národní a mezinárodní odbornou komunikaci v arteterapii, organizuje vzdělávací aktivity a výcviky.

Arteterapeuti mohou nalézt uplatnění v psychiatrických léčebnách, komunitách, K- centrech, ale také ve školách, v zájmových organizacích apod.

1.4 Arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech

Psychiatrická léčebna v Dobřanech zahájila svůj provoz v roce 1880. Oplocený areál léčebny se rozkládá na ploše asi 40 hektarů, uvnitř se nachází administrativní budova, kuchyně, prádelna, kotelna, kostel, údržbářské dílny, garáže, terapie, knihovna, sportovní areál, patologicko-anatomické oddělení, jednotlivé pavilony pro nemocné, zelinářství a květinářství, škola, obchod s potravinami a kulturní dům. Budovy jsou zasazeny do rozlehlého parku se vzrostlými stromy a udržovanou zelení, areál je propojen sítí asfaltových silnic. V současné době je k dispozici 1200 lůžek na třiceti odděleních. Oddělení se dělí na otevřená, uzavřená a režimová, dále na mužská, ženská a smíšená a konečně podle funkcí, které plní (přijímací, JIP, EEG, interní, plicní atd.)

a podle diagnóz pacientů (gerontopsychiatrie, dětská psychiatrie, psychotici muži, psychotičky ženy, chroničtí pacienti, oligofrenici, sociopatie, psychiatrická rehabilitace).

V psychiatrické léčebně v Dobřanech patří arteterapie již řadu let mezi komplementární formy léčby. Je využívána zejména psychotickými pacienty, pacienty s poruchami osobnosti a závislými. V roce 2004 byl vybudován nový ateliér. Nachází se v samostatném objektu, ze kterého se vychází do meditační zahrady. Pacienti zde mají k dispozici velké prosvětlené prostory, moderní vybavení ateliéru je schopno uspokojit i požadavky profesionálních výtvarníků, jsou-li hospitalizováni. Chod ateliéru zajišťují tři arteterapeuti, kteří rovněž docházejí na oddělení v rámci skupin (režimová oddělení, kde se léčí muži i ženy se syndromem závislosti).

Aktivita arteterapie přesahuje i areál léčebny. Spolupráce probíhá mezi ostatními psychiatrickými zařízeními, různými organizacemi, galeriemi a farmaceutickými společnostmi. Od roku 1993 jsou pravidelně každé dva roky prezentovány práce pacientů na výstavách pod názvem „Cesty“. Cílem je seznámit veřejnost s problematikou fenoménu světa psychicky nemocných. Tyto výstavy se setkávají s velkým ohlasem u pacientů i veřejnosti.

Arteterapie v léčebně má dvě základní oblasti využití:

- diagnostickou, která odráží aktuální psychický stav jedince. Určitou diagnostickou hodnotu má každý výtvarný projev jedince, protože odráží aktuální stav, úroveň jemné motoriky, percepčních schopností,...
- arteterapeutickou, která využívá výtvarných aktivit k individuální nebo skupinové interakci, navázání kontaktu, verbální či neverbální komunikaci, relaxaci, redukci napětí, úzkosti nebo strachu, rozvoji empatie, rozvoji kreativity, sebepoznání, posílení sebevědomí a sebehodnoty,...

V arteterapii jde u každého pacienta o naplnění různých cílů a je k tomu použito individuálních metod a technik. Každý výtvarný projev, ať už má jakoukoli úroveň, je třeba považovat za projev tvořivý.

Ateliérem arteterapie od jeho počátku prošli stovky pacientů. Během měsíce se tam

vystřídá kolem třiceti pacientů a denní návštěvnost je asi tak 15-20. Maximální kapacita ateliéru je 12 lidí najednou. Výjimku tvoří skupiny, které čítají až 16 členů.

Do ateliéru dochází pacienti z otevřených oddělení po konzultaci s jejich ošetřujícím lékařem. Dobu strávenou v ateliéru si koordinují s jinými aktivitami, které mají na odděleních. Jelikož pacienti přichází z různých oddělení s různými programy, nedá se stanovit přesný řád či vytvořit alespoň trochu sourodá skupina. Pacienti mají také rozdílné diagnózy, intelekt a momentální stav. Proto v ateliéru přistupujeme ke každému individuálně.

Základ ateliéru tvoří pacienti, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni, většinou již řadu let, a ti, kteří se takřka periodicky vrací, jejich pobyty jsou různě dlouhé, od několika týdnů po dlouhé měsíce, jak to vyžaduje jejich stav. Další pacienti pak průběžně přicházejí a odcházejí a jejich délka pobytu se pohybuje v rozmezí několika týdnů až měsíců.

1.5 *Formy arteterapie*

Individuální terapie

Skupinová terapie

Individuální arteterapie

Individuální terapie probíhá mezi pacientem a terapeutem. Pacient má pocit, že je tu terapeut jen pro něho, má na něj čas a věnuje se řešení jeho problémů. Dochází mezi nimi k vytvoření intenzivnějšího terapeutického vztahu. Pacient se tak snáze otevře a hovoří o své situaci a je ochoten sdělit více ze svého soukromého či niterného života. Tato forma je vhodná tam, kde pacientova situace vyžaduje individuální přístup terapeuta nebo tam, kde by pacient mohl na ostatní působit negativně či rušivě.

Skupinová arteterapie

Skupinová terapie probíhá mezi terapeutem a členy skupiny. Je náročnější pro terapeuta, ale má řadu následujících výhod, např.:

- sociální učení probíhá rychleji,
- lidé s totožnými nebo podobnými problémy se mohou navzájem podpořit a

cítit sounáležitost,

- zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné a důležité pro každého jednotlivce ve skupině,
- je vhodnější tam, kde jedinec prožívá individuální terapii příliš intenzivně,
- je demokratičtější, protože moc i odpovědnost se dělí mezi více lidí,
- má ekonomický efekt: za tentýž čas se pomůže více lidem.

Nevýhody skupinové terapie jsou uvedeny v následujícím výčtu:

- není zaručena taková diskrétnost jako při individuální terapii,
- skupinu je těžší organizačně zvládnout,
- na terapeuta jsou kladeny větší nároky,
- každému jednotlivci v rámci skupiny se věnuje méně času,
- skupina může dostat „nálepku“ nebo stigma (např. alkoholici).

Podle Horňákové lze ve skupinové terapii zařadit cvičení a techniky, které jsou dynamičtější a zajímavější. „Skupina je mikrosvětlem, z něhož mohou klienti přenést svoje zkušenosti do svého přirozeného prostředí.“ (Šicková, 2002, s. 44)

1.5.1 Skupinová arteterapie v PLD

Skupinová terapie je v Psychiatrické léčebně v Dobřanech je především využívána jako součást programu při léčbě závislostí na alkoholu a gamblerství. Program se týká žen i mužů.

Pro velký počet jsou pacienti rozděleni do dvou skupin, které někdy čítají až 16 členů. Každá skupina má arteterapii hodinu týdně. Program pro závislost na alkoholu je 3 měsíce, pro gamblerství 6 týdnů. Tyto skupiny se velmi rychle mění, každý týden někdo odchází a jiný přichází.

Cílem skupin je především:

- přiznání si problému se závislostí
- zvýšení sebevědomí
- motivace
- zhodnocení reálné situace

- orientace na budoucnost
- překonávání puzení
- náhled na nemožnost kontrolovaného pití

Průběh skupiny:

- Přivítání a seznámení se s novými členy
- Úvod a zadání činnosti
- Činnost
- Interpretace
- Diskuse
- Zakončení

V průběhu let se osvědčilo několik témat, se kterými i nadále pracujeme. Jsou to např.: já a moje rodina, akční akvarel (smejvák), studená koláž, já a moje závislost, loď v bouři, já za dva roky, sen, který se mi opakuje, semafor, váhy, atd.

Vzhledem k velkému počtu osob ve skupině, pracujeme s jedním tématem asi dvě až tři hodiny. Pacienti svoji produkci vytvoří velmi rychle, chtějí to mít za sebou. Většinou nejsou výtvarně poučení a za svá díla se stydí. Zpočátku nechápou, že nejde o umělecké dílo, ale o jeho interpretační hodnotu. Časem toto napětí opadá a spolupráce se zlepšuje.

Po ukončení výtvarné aktivity utvoříme ze židlí kruh. Pacienti postupně ukáží svou produkci a pak probíhá rozhovor formou dialogu. Pacientovi jsou kladeny otázky, obsazuje postavy, pracujeme se symbolikou i metaforou. Snahou je do interpretace zapojit celou skupinu, protože spolu tráví hodně času a jejich postřehy jsou často velmi cenné. Se spoluprací skupiny nebývají žádné problémy.

Pacient je vždy upozorněn na věc, která se jeví v produkci jako závažná. Dostane na zamyšlenou několik otázek, na které si sám hledá odpověď, má možnost v průběhu týdne přijít a popovídat si, nebo svůj problém znovu otevřít na příští skupině. Má-li někdo opravdový zájem, nabízí se individuální terapie. To však využije jen velmi malé procento.

1.5.1.1 Ukázky skupinové arteterapie v PLD a zpracování různých témat

V následujících několika ukázkách chci přiblížit práci ve skupině se závislými pacienty. Vybrala jsem témata, která ukazují na vztah pacienta k závislosti, ukazují jeho momentální psychický stav, nebo jeho motivaci do budoucna. Každé téma pak doplňuji konkrétním artefaktem a ukázkou práce s ním.

➤ Akční akvarel neboli smejsvák

Téma sloužící k abreakci.

Zadání: čtvrtku důkladně namočte a pomocí velkého štětce zapouštějte nahodile vodové barvy. Použijte pokud možno celou barevnou škálu. Je možné využít i barevné tuše. Po mírném zaschnutí se čtvrtka opláchne pod tekoucí vodou. Po zaschnutí pacient hledá ve vzniklých skvrnách tvary, postavy nebo předměty, které pak domaluje, dokreslí nebo zvýrazní.

Pak následuje interpretace. Pacient na úvod hovoří, jak se mu pracovalo, zda se dovedl uvolnit, zda bylo těžké najít nějaké motivy. Pak je vyzván, aby popsal svůj výtvar, popřípadě si vybral nějaký motiv a pohovořil o něm. Jsou mu kladeny doplňující otázky. Spolupracuje celá skupina.

Příklad – pacient závislý na alkoholu 48 let, obr. 1

P: „Dělalo se mi dobře, na nic jsem nemyslel. Nejdřív jsem tam nic neviděl, když jsem čtvrtku otočil, lekl jsem se. Viděl jsem masku a za ní něco nebo někoho. Vůbec jsem to nechtěl zvýraznit.“

T: „Kdo se schovává za tou maskou?“

P: „Ďábel, já nevím“

T: „Můžete obsadit to, co se schovává za maskou?“

P: „Fakt nevím.“

S: „Nemůže to být tvoje chuť na alkohol, říkal jsi přeci, že máš pořád bažení.“

P: „To je pravda.“ (váhá)

T: „Co by stalo, kdyby se maska sundala?“

P: „Myslíte, že mám jako masku a přetvařuju se?“

P: „ To by mohlo být, mám hrozný strach z toho, až vyjdu ven, piju už 20 let a tři měsíce léčby se mi zdají málo. Určitě to nezvládnou a začnu pít znova.“

[illegible]

➤ **Téma „Já za dva roky“ – koláž**

Zadání: představte si sebe za dva roky, kde byste chtěli být, s kým, jakou práci byste chtěli vykonávat, koníčky,...Zamyslete se, co bude opravdu reálné.

Interpretace: nejdříve se nechá hovořit pacient, popisuje, co znázornil na koláži, své plány do budoucna, někdy zmíní i své sny. Pak společně hodnotíme, současnou situaci a co by mohlo být za dva roky reálné, co by se dalo změnit nebo v čem pokračovat.

Příklad – pacient závislý na alkoholu 48 let, obr. 2

Pacient si uvědomoval, že jsou dvě možnosti. Buď přestane pít a bude žít lepší život, nebo bude pokračovat v pití a pak může být konec tragický. Do budoucna by si přál dům někde na samotě, psa, věnovat se rybaření, vaření, cestování a možná si najít partnerku, třeba s dítětem. V reálu však neměl bydlení, byl rozvedený a s rodinou se nestýkal, práci také neměl a opomněl ji i v koláži. Rybaření ho bavilo kdysi, ale pivo si nosil s sebou i tam.

Postavu na koláži, která si drží hlavu a přemýšlí, obsadil jako sebe. Přemýšlí o své situaci a o budoucnosti. Psychiatrická léčebna na něj zapůsobila a měl možnost se setkat i s chronickými alkoholiky, kteří už zde nejspíše zůstanou navždy. Na identifikačním místě (vpravo dole) se nakládají ostatky do pohřebního vozu. Na otázku, co jste pohřbil, odpověděl, že asi sám sebe.

Z koláže je patrné, že pití probíhalo ve společnosti a sloužilo k odreagování. Byly to zkrátka úlety. Pacient dostal několik otázek na zamyšlenou – Proč potřebuje unikat z reality? Jakou roli hraje u alkoholu chuť a zda by bylo možno ji nahradit něčím jiným? Kdyby se znovu narodil, co by udělal jinak?

➤ Volná technika „**Já a moje závislost**“

Zpracování tohoto tématu napoví, do jaké míry je závislost pro pacienta problémem, jak se k ní staví a do jaké míry uvažuje o skoncování s ní. Pacient si může zvolit libovolnou techniku i materiál a ztvárnit sebe ve vztahu k závislosti, možno i symbolicky.

Zadání: ztvárněte jakkoli svoji závislost ve vztahu k sobě

Interpretace: pacient popisuje svůj výtvar, terapeut se ho snaží přivést k sebereflexi a upozornit na nebezpečí či špatné vzorce v souvislosti se závislostí. Spolupracuje i skupina, která mívá dobré a důležité postřehy.

Obr. 3 ukazuje, že pacient se ve své závislosti cítí dobře, sedí venku, svítí sluníčko, protože je voda nepitná, musí konzumovat alkohol. Všichni se usmívají a prožívají pěkný den, z produkce přímo dýchá uvolněná atmosféra a pohoda. Pacient

pije již od mládí, protože mu to chutná. V těchto případech je jen malá naděje na úspěšnou léčbu, pacient se ani za alkoholika nepovažuje a není schopen sebereflexe.

Na obr. 4 vidíme postavičku ponořenou do své závislosti a pevně se držící okraje pivní sklenice. V puse má cigaretu, ta však vypadá jako potápěčský šnorchl, zřejmě je připravena na to, aby dlouho vydržela pod hladinou. Láhev tvrdého alkoholu padla, zbývá jen pít piva. Mimo alkoholu není nic a i tento pacient se ve své závislosti cítí docela spokojeně. Na rozdíl od předchozího případu však byl schopen určité sebereflexe. Svůj problém si plně uvědomoval a snažil se o nápravu. Příčiny jeho pití byly v nedostatečné komunikaci, chyběly mu funkční vztahy, cítil se sám. Také měl spoustu volného času, který nedovedl využít. Dobrovolně ukončil pití tvrdého alkoholu. Rozhodl se po svém propuštění navštěvovat psychologa.



Obrázek 3 Já a moje závislost, fixy



Obrázek 4 Já a moje závislost, pastelky

➤ **Volná technika „Lod' v bouři“**

Toto téma je na zjištění momentální situace pacienta, jak to vypadá kolem něho, v jakých vodách se pohybuje a jak drží kormidlo a jak odolná je jeho loď. Zadává se před odchodem pacienta z léčby.

Zadání: namalujte loď v bouři a postavu, která loď kormidluje.

Interpretace: Pacient popsal svůj obrázek (Obr. 5) tak, že na moři je silná bouře a je moc špatné počasí, blesk loď těsně minul. Postava sice není vidět, údajně se schovala před bouří v lodi. Vytvoří-li takový výtvar pacient před odchodem, je to znamení, že ještě není zcela v psychické pohodě (blesky značí zásahy do psychiky). Loď však vypadá stabilně a je pravděpodobné, že nepřízeň počasí přečká, je jen potřeba, aby se kormidelník chopil kormidla a přestal se schovávat. Na lodi je také záchranný kruh, v tomto případě pomoc nabídla rodina. Pacient si uvědomoval, že vše záleží jen na něm.



Obrázek 5 Lod' v bouři, vodové barvy

➤ **Rodinná koláž**

Slouží k zmapování rodinné situace, zjištění vztahů mezi členy rodiny a postavení pacienta v ní.

Zadání: udělejte rodinnou koláž, nalepte všechny nejbližší členy rodiny včetně sebe, tak aby byli společně ve vztahu, aby komunikovali.

Koláž pacienta (24 let, závislost na alkoholu a drogách) je rozdělena na dvě

části (obr. 6). Na pravé polovině boxují muž a žena. Postavy obsadil jako rodiče. Na první pohled nesouhlasí věk rodičů, chovají se jako adolescenti. Matka terorizovala pacienta i jeho otce. Otec byl slaboch a nechal si to líbit. Pacient je nejbližší k matce, ta se však k němu točí zády. V levé části je umístěn starší bratr a jeho žena, on je pod nimi. Chodil k nim často, suplovali mu rodiče. Bratr se od rodiny zcela odpoutal. Pacient léčbu předčasně ukončil a vrátil se do původního prostředí.



Obrázek 6 Rodinná koláž

1.5.2 Individuální terapie v PLD

Vzhledem k omezené kapacitě ateliéru, velkému počtu pacientů, různým časovým harmonogramům pacientů i terapeutů není individuální terapie možná ve své klasické podobě jeden pacient – jeden terapeut po celou dobu trvání terapie.

Provozní doba ateliéru je 8:00 - 11:00 h a 12:30 - 15:00 h. Pacientů se schází v ateliéru více najednou, mají různé diagnózy, požadavky, představy, jsou z různých oddělení. Každému se snažíme věnovat individuální pozornost v rámci možností. Po zhodnocení momentálního stavu se domluvíme na tématu a technice. Pacient pak pracuje samostatně a terapeut kontroluje proces tvorby, radí a v případě nutnosti zasahuje. Nad hotovou produkcí si společně popovídáme a je-li to vhodné a možné provedeme analýzu. Pacienti přicházejí v různých intervalech a také různě odcházejí, to zajišťuje jistý prostor pro každého jednotlivce. Zjistíme-li v produkci nějaký závažný problém, zajistíme individuální rozhovor v klidu a soukromí kanceláře.

Žádného pacienta nenecháme odejít bez zhodnocení jeho výtvoru a popovídání si o tom, jak se mu pracovalo, o jeho pocitech. Bylo-li téma zadáno, ptáme se, jak se s ním vypořádal, zda byly nějaké obtíže. Zvolil-li si pacient téma sám, chceme po něm název díla a ptáme se, proč si zvolil zrovna tenhle námět, co mu to připomíná, co se mu vybavuje atd. Před odchodem pacienta z léčebny rozložíme na chodbu celou jeho produkci a společně ji hodnotíme. Poukazujeme na pokroky, vracíme se ke zlomovým pracím, ptáme se, jak se situace či problém jeví s odstupem času, s jakými pocity odchází, jaká ho čeká perspektiva.

K pacientům přistupujeme individuálně s ohledem k jejich potřebám, momentálnímu psychickému stavu, diagnóze, možnostem a schopnostem. Vycházíme z předpokladu, že každý člověk je schopen něco vytvořit a každý artefakt má svojí výpovědní hodnotu o tom jedinci, který ho stvořil.

1.6 Psychiatrický pacient a psychické nemoci pacientů

Psychické nemoci představují specifickou skupinu mezi ostatními chorobami. Psychicky nemocný člověk je v zcela jiném postavení než ten, kdo má nějaké fyzické onemocnění. Psychicky nemocný se ostatním jeví jako někdo zvláštní, podivný, mající nepochopitelné reakce, slabý, neschopný nebo hloupý. Okolí se ho bojí, protože jeho chování není dost dobře předvídatelné, vymyká se kontrole a někdy může být i nebezpečné. Hodnocení okolí bývá často negativní. „Dochází ke stigmatizaci, na které se významným způsobem podílejí média, ale i informace z doslechu, literatury, ustálené obraty v řeči a znehodnocující poznámky v běžné mluvě. Stigma je trvalá značka a v tomto slova smyslu je spojeno emocí, posilovanou společností a kulturou.“ (Malá, 2005, str. 143)

Psychologické a společenské příčiny psychických poruch jsou těžko měřitelné a nedají se ani jednotně posuzovat. Hranice mezi zdravím a nemocí se různě posunuje a mění. U psychických poruch se při léčbě uplatňují různé nevědecké a alternativní postupy.

Psychické onemocnění je velkým břemenem pro pacienta, ale rovněž velkou zkouškou pro jeho rodinu, přátele a okolí. Společnost se k těmto lidem staví spíše odmítavě, často jsou terčem posměchu, dostávají se do izolace. Rovněž informovanost

veřejnosti o psychiatrických léčebnách a psychiatrických pacientech je minimální a často velmi zkreslená.

Nejčastějšími psychickými poruchami pacientů, kteří navštěvují ateliér arteterapie v PLD, jsou: schizofrenie, závislost na psychoaktivních látkách, poruchy nálady, specifické poruchy osobnosti a mentální retardace. Pro práci arteterapeuta je nutné, aby měl určité teoretické znalosti z oboru psychiatrie a psychologie, neustále sledoval nové poznatky z těchto oblastí a nadále se vzdělával.

V následující části se zmíním o schizofrenii a závislostech na psychoaktivních látkách, které se týkají velkého počtu našich pacientů a také proto, že často alkohol či drogy byly spouštěčem pro onemocnění schizofrenií.

1.6.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí.

Toto onemocnění pravděpodobně existovalo již odnedávna. Vágnerová říká, že první zmínka o něm byla nalezena na 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy, popisujícím bizarní projevy, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie- „stav, který je způsoben děblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“ (Smolík, 1996, str. 147). Přesnější vymezení choroby a její označení pochází až z pozdější doby (z počátku minulého století). V roce 1896 ji německý psychiatr E. Krepelin nazval dementia prefix - předčasná demence. K tomuto závěru ho vedl raný vznik tohoto onemocnění (v adolescenci nebo mladé dospělosti), postupné zhoršování kognitivních funkcí a úpadek osobnosti nemocného, že lze mluvit o demenci. K takovému průběhu onemocnění nemusí dojít vždycky, a proto v roce 1911 Eugen Bleuer navrhl název nový – schizofrenie, který je užíván dodnes. Termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozštěpení, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí.

Schizofrenie postihuje asi 1% populace bez ohledu na zeměpisnou polohu,

rasovou příslušnost, pohlaví nebo sociokulturní vlivy. Nejčastěji vzniká kolem 15-35 let, u žen bývá pozdější začátek.

Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně určena. Její vznik ovlivňuje komplex více faktorů a jejich vzájemná interakce, jde o soubor dědičných dispozic, změny ve struktuře a funkcích mozku, mozek mívá menší hmotnost v důsledku poklesu objemu kůry v určitých oblastech, rozšíření mozkových komor, byl zjištěn odlišný metabolismus mozku, a vnější vlivy. Může se jednat o prenatální zátěž (podvýživa, hypoxie, které ovlivňují vývoj mozku) nebo i psychosociální vlivy, které jsou spojeny hlavně s rodinou. Ty považujeme spíše za vyvolávající podněty, které postižený jedinec nedokáže adekvátně zpracovat. Zátěž, která vyvolá chorobnou reakci, může být např. neúspěch, odmítnutí partnerem, zklamání z nenaplnění určitého očekávání, odloučení od rodiny, opuštění známého prostředí, nástup do zaměstnání, smrt blízkého člověka atd. Problém je ve způsobu zpracování zátěže.

Příznaky schizofrenie se dělí na:

- pozitivní, jsou projevem zkresleného vyjádření standardních funkcí a zvýšené aktivity různých oblastí mozku (bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, narušená kontrola chování, katatonní symptomy);
- negativní, vznikají jako důsledek útlumu různých oblastí mozku (např. apatie, ochuzení řeči, zpomalené myšlení, útlum emočních reakcí, abulie, sociální stažení).

Akutní onemocnění je typické především výskytem pozitivních symptomů. Ty se projevují obvykle nápadnou změnou psychických funkcí, které přetrvávají nějakou dobu (alespoň jeden měsíc).

Při onemocnění schizofrenií dochází k následujícím poruchám:

➤ Poruchy vnímání

Poruchy vnímání jsou časté a mohou být pestré. Na počátku onemocnění se objevují iluze, které přecházejí do halucinací. Halucinace bývají nejčastěji sluchové (pacient slyší hlasy), mohou být i zrakové (vidí např. různé bytosti) nebo tělové (je přesvědčen,

že se ho někdo dotýká). Sluchové halucinace jsou typické pro paranoidní schizofrenii: hlasy pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného a tajného sdělují. Někdy tyto hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Specifickou skupinu tvoří intrapsychické halucinace, kdy se nemocnému jeví obsahy jeho vědomí, jeho pocity a myšlenky, jako cizí, je přesvědčen, že mu byly někým imputovány. Podobný význam mají poruchy vnímání vlastního těla. Pacient často neakceptuje, že halucinace jsou jen výplodem vlastní psychiky, protože by to odporovalo jeho bludné interpretaci světa.

➤ Poruchy myšlení

„Narušení myšlení bývá komplexní, zahrnuje poruchy dynamiky, formy i obsahu myšlení.“ (Vágnerová, 2004, str. 337)

Myšlení schizofreniků může být zpomalené, dochází k myšlenkovým zárazům, ulpívání na jedné myšlence nebo naopak k myšlenkovému trysku. Pacient nedovede uvažovat souvisle, ztrácí se logická souvislost, chybí vztah ke kontextu, někdy dojde až k myšlenkovému chaosu. Také je narušena schopnost abstrahovat a odlišovat podstatné od nepodstatného. Nemocný někdy špatně chápe a užívá významy slov. Asociace bývají náhodné a nelogické. Uvažování schizofrenika se druhým jeví jako nesmyslné. Je to dáno tím, že vychází z jeho vlastní logiky, která odráží jeho svět halucinací a bludů. Bludy mívají různý obsah i zaměření, odrážejí narušený vztah k sobě i světu (pacient je přesvědčen, že nějaké síly zasahují do jeho mozku). Důležitým znakem schizofrenie je vkládání a odnímání myšlenek. Nemocný je většinou středem pozornosti (většinou negativní) ve svých bludech, není sám oproti reálnému světu, kde se cítí být osamocen.

➤ Narušení orientace v realitě

Dalším znakem je narušení orientace v realitě, tzv. distorze. Pacient není schopen adekvátně zpracovat, vyhodnotit a zapamatovat si běžné informace. Podněty z okolí a organismu není schopen vnímat běžným způsobem, nedovede mezi podněty diferencovat a často jimi bývá zahlcen. Jinak je i hodnotí, připisuje jim zcela jiný

význam, než ve skutečnosti mají (např. zazvonění může chápat jako znamení). Vylučují náhodu, uvažují magicky a hledají souvislosti tam, kde nejsou, ale často nevidí souvislosti, které jsou zřejmé a běžné.

➤ Autistické poruchy

U schizofreniků dochází k odtržení od vnějšího světa, nejsou schopni se v něm orientovat, nepoznávají svoje blízké. Světu nerozumí a může se jim jevit jako cizí a neznámý, je pro ně zdrojem velkého množství silných a těžko srozumitelných podnětů, které jsou mu nepříjemné, proto se stahují do sebe, do světa vlastní fantazie. Tyto projevy jsou označovány jako autistické. Zvládání informačního a myšlenkového chaosu, který v jeho vědomí vzniká, vyžaduje hodně času a energie, pacient pak není schopen věnovat pozornost něčemu dalšímu.

➤ Poruchy verbálního projevu

Řeč je inkoherentní, ochuzená nebo i nesmyslná. Nemocní vytvářejí neologismy, komolí běžné výrazy, opakují tatáž slova nebo slovní spojení, řeč může být agramatická, krajní variantou je slovní salát, kdy mezi slovy neexistuje žádná spojitost. Časem dochází k obsahovému ochuzování nebo k celkovému omezení verbální produkce.

➤ Poruchy emotivity

Citové prožívání schizofreniků se mění z hlediska kvantity, kvality i adekvátnosti. V akutní fázi choroby převažují hlavně nepřiměřené emoce, s postupujícím onemocněním dochází k jejich oploštění a otupělosti.

➤ Poruchy jednání

V chování pacientů se může projevit neklid, mluvení k sobě, neadekvátní smích, omezování kontaktu a aktivit, může chybět schopnost iniciovat jakoukoliv cílenou činnost, může se projevit celkový stupor nebo mutismus.

➤ Poruchy osobnosti

U schizofrenních pacientů dochází k poruše uvědomování si sebe samého, změna vztahu k sobě a sebehodnocení. V rámci onemocnění dochází k odtržení od vnějšího světa a k nadměrné koncentraci na vlastní osobnost (projevy patologického narcismu). Nemocný si může myslet, že je středem světa a pozornosti ostatních nebo, že má různé nereálné schopnosti, např. nadpřirozenou moc. Může mít i pocity depersonalizace, cizosti vlastních myšlenek, prožitků, vůle i těla. Pacientovi chybí náhled na jeho nemoc. Dochází také k poruše integrity osobnosti, někdy neví, kde je předěl mezi ním a světem. Častým problémem je nedostatek motivace k léčbě.

1.6.1.1 Typy schizofrenie

Schizofrenie se dělí na několik typů, toto rozdělení je teoretické, protože se často překrývají, nebo jedna forma přechází do druhé. V praxi se setkáváme i s kombinovanými variantami, s tzv. nediferencovanou schizofrenií.

➤ Paranoidní schizofrenie

Je to nejčastější typ schizofrenie ve většině částí světa. Je pro ni charakteristický izolovaný blud s paranoidním obsahem a halucinace. Pacient je ke svému okolí patologicky podezíravý, vztahovačný, je přesvědčen, že mu hrozí zničení, může se projevit i patologická žárlivost. Blud ohrožení se může vztahovat k nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale také k určitým lidem (např. členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům). Hrozí zde nebezpečí napadení těchto osob, protože nemocný se jimi cítí být ohrožen. Často se projevují halucinace, hlavně sluchové, které ve formě hlasů něco nakazují, vyhrožují atd. Lidé trpící touto formou schizofrenie bývají spíše emočně otupělí, nenápadní, nedovedou se přinutit k nějaké aktivitě, mívají poruchu vůle, myšlení je narušené, hlavně díky jejich bludnému výkladu reality. Paranoidní schizofrenií může člověk onemocnět i v pozdějším věku, někdy až kolem 40 let.

➤ Heberfenní schizofrenie

Tato forma schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti (mezi 15 – 20 lety). Mívá špatnou prognózu, protože se nevytvoří nová identita jedince a dětské sebepojetí pak slouží jako základ. Heberfenní schizofrenie se pak jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s divným způsobem uvažování, šaškováním a klackovitým chováním, které neodpovídá věku.

Charakteristická je porucha myšlení. Objevují se i sklony k úvahám náboženským, metafyzickým nebo filosofickým. Myšlení může být inkohherentní, postupně dochází k jeho ochuzování. Pacienti často užívají neobvyklá slovní spojení, vytvářejí i neologismy. Objevují se bludy a časté bývají zrakové halucinace. Rovněž může nastat problém s vymezením vlastní identity, kdy si postižený není jistý, zda je muž, žena, člověk, apod.

Zpočátku se objevuje porucha emočního prožívání podrážděností, bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí či strachem. Časem dochází k citovému oploštění, k apatii.

Nápadný je nedostatek zábran, sociální necitlivost, hrubost nebo i vulgarita. Někdy nemocní jednají suverénně, jako by věděli všechno nejlíp, na korektivní reakce okolí nereagují. Někteří mají tendence k neomalenému vtipkování a znevažování jiných lidí. Mohou se projevovat autisticky a od všech kontaktů se izolovat. Nápadné bývají i mimické a pantomimické projevy, které ztrácejí komunikační význam, takže se podle nich nelze orientovat. Nemocní provádějí různé grimasy, reagují smíchem, který je nepřiměřený situaci, nebo podivně a nesmyslně gestikulují. Může dojít i k omezení mimických projevů (hypomimičnost), kdy výraz tváře neodpovídá prožitku či jednání pacienta. Poruchy a abnormality v chování vyplývají z patologických změn uvažování a prožívání. Nemocní mohou reagovat náhlým, na první pohled bezdůvodným útekem, toulají se. Často o sebe nedbají, někdy se nápadně oblékají, v pozdější fázi onemocnění se může projevovat i celkový úpadek osobnosti.

➤ Katatonní schizofrenie

Pro katatonní schizofrenii jsou nápadné motorické aktivity. Rozdělují se na dvě varianty:

1. Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Může se také projevit echolálie nebo echopraxie, kdy pacient neustále opakuje určitá slova nebo nějaké pohyby.
2. Stuporózní forma se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem motorické aktivity, ztrácí se vůle k činnostem. Pacient se nehýbe, často vydrží dlouho v jedné poloze, nemluví. Může být negativistický a reaguje opačně, než se od něj žádalo. Je jako loutka, vydrží v pozici, do které byl uveden. Objevují se halucinace, hlasy, které mu zakazují mluvit, jíst atd. Reakce těchto pacientů jsou nepředvídatelné, nevíme, k čemu je halucinace vyzvou.

Katatonní schizofrenie se nyní jen zřídka vyskytuje v průmyslových zemích, ale jinde je celkem běžná. Důvody tohoto jevu nejsou známy.

➤ Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je charakteristická časným a plíživým vznikem. Zpočátku se může jevit jako porucha osobnosti. Nápadná je lenost a nepřízpůsobivost. Pacienti nerespektují obecné sociální normy, potulují se, zahálejí, nejeví o cokoli zájem, celé dny vydrží v nečinnosti. Bývají apatičtí a autističtí, uzavírají se do sebe, izolují se od společnosti. Nezvládají běžné požadavky, přestávají o sebe dbát a postupně upadají. Myšlení se postupně zhoršuje až k demenci.

➤ Reziduální schizofrenie

Je to chronické stadium ve vývoji schizofrenie. Je zde jasný postup od počátečního stadia, zahrnující jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají již uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, který je charakterizován dlouhodobými „negativními“ příznaky a zhoršením.

1.6.1.2 Některé rysy schizofrenní tvorby

Výtvarná produkce schizofrenních pacientů je pro terapeuta spíš vyjádřením situace těchto jednotlivců než nemoci jako takové. Přesto se však dají vysledovat některé společné rysy, které se objevují ve výtvarných projevech pacientů trpících touto psychickou nemocí:

- Výtvarné práce vyjadřující pocit ohrožení, osamocení a neklid, někdy to může vyústit až do výtvarného agramatizmu a dezintegrace,
- obrazy zastaveného času, děje jsou „zmrazeny“ do ledové strnulosti. Často jsou zobrazovány zvláštní nehybné fantastické krajiny, které mohou připomínat minerály, ornamentální motivy apod.,
- prostor je zaplněný stereotypně se opakujícími vzory,
- lidské postavy jsou různě deformované či rozložené (disproporce, zmnožené hlavy či končetiny), rozpadlá fyziognomie lidí i zvířat,
- symbolická exprese, bludiště bez východisek, apokalypsy,
- neperspektivní zobrazení prostoru, řazení objektů vedle sebe a nad sebe,
- prolínání různých pozic postavy z různých úhlů pohledu,
- nápadná je vysoce osobní symbolika, která souvisí s prožitkovým světem pacienta, ta se projevuje výběrem barev, rytmu linií apod.
- častý je podíl individuální historie schizofrenního pacienta ve výtvarné produkci a také projekce bludů a halucinací,
- formální znaky: barokně zdobené formy, přeplněná plocha až po okraj ornamentálními stereotypy, perseverace motivů, postav, symbolů v celé sérii, doplnění o prvky písma, kombinace člověka s neživými předměty, obrazový nebo slovní salát, atd.,
- portréty: obličej často rozbitý, roztříštěný, rozpůlený na dvě neslučitelné poloviny nebo jinak deformovaný.

1.6.2 Závislost na psychoaktivních látkách

Za psychoaktivní látku je považována každá látka ovlivňující psychickou činnost. Některé vyvolávají závislost, ke které dochází po různě dlouhém zneužívání látky (např. závislost na alkoholu se vyvíjí po mnohaletém užívání alkoholu, kdežto

k závislosti na heroinu dojde po několika týdnech). Pro jedince i okolí je nejproblematictější narušené chování.

Rozlišujeme závislost psychickou a fyzickou.

- Psychická závislost je charakterizována touhou po opětovném navození příjemných duševních stavů. Psychická závislost trvá mnohem déle než fyzická.
- Fyzická závislost značí rozvoj nepříjemných tělesných příznaků (např. třes, pocení, průjem, křeče) po vysazení nebo prudkém snížení pravidelné dávky návykové látky. Tato závislost se objevuje po několik dní nejvýše týdnů.

1.6.2.1 Základní pojmy

V kontextu s návykovými látkami je potřebné ujasnění základních pojmů:

- Aktuální intoxikace: je přechodný stav po požití psychoaktivní látky, který vede k maladaptivnímu chování, je dán účinkem látky na centrální nervovou soustavu.
- Škodlivé užívání (abúzus): vede k poškození tělesného nebo duševního zdraví. Zdravotní problémy spojené s dlouholetým užíváním alkoholu jsou vysoký krevní tlak, cévní mozkové příhody, vředová choroba, některé typy rakoviny, cirhóza jater, z psychických problémů pak nejčastěji deprese.
- Tolerance: při opakovaném užívání drogy, musí jedinec brát stále větší množství této látky, aby dosáhl stejného účinku.
- Závislost: progresivní adaptace buněk, nervových okruhů a orgánů na expozici látky, nová rovnováha fyziologických funkcí při opakovaném nebo kontinuálním přísunu látky. S tím souvisí kompenzační mechanismy.
- Odvykací stav: patří sem příznaky, které se vyskytují po úplném nebo částečném vysazení látky, která byla dlouhodobě nebo trvale užívána. Běžně se pro tento stav používá termín abstinenční syndrom a jeho projevy jsou nazývány abstinenčními příznaky.

- Craving: anglický termín, touha, bažení po látce
- Flashback: někdy se nazývá psychotická reminiscence. Postižený má dojem, že je pod vlivem psychotropní látky, zatím co abstínuje.
- Desinhibice: chování, o kterém subjekt ví, že je nevhodné nebo nebezpečné, ale nedokáže ho potlačit nebo ovlivnit, nejčastější projevy jsou hostilita a vztek.

Syndrom závislosti musí splňovat následující kritéria:

- Silná touha nebo puzení získat látku
- Potíže s kontrolou jejího užívání (látka je trvale užívána i přes nebezpečné následky,
- pozornost se zaměřuje jen na užívání látky, není možné kontrolovat začátek, ukončení či množství látky)
- Somatický odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky
- Zvyšování tolerance – zvyšování dávek k dosažení stejného účinku
- Změna hierarchie hodnot, postupné zanedbávání jiných činností nebo zájmů ve prospěch užívané látky
- Pokračování v užívání navzdory průkaznosti škodlivých následků (např. chronický alkoholismus, drogová závislost)

1.6.2.2 Závislost na alkoholu

Alkohol je nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. V roční spotřebě alkoholu na jednotlivce se řadíme k zemím s nejvyšší konzumací. Z toho také vyplývají časté a závažné komplikace, které alkoholismus přináší v oblasti společenské, zdravotní a v neposlední řadě ekonomické.

Akutní intoxikace – mírná intoxikace vede k uvolnění, hovornosti, euforii, těžká intoxikace často až k agresivitě, podrážděnosti, zhoršenému úsudku, též může vést až k poruše vědomí končícího smrtí. Častými komplikacemi jsou nehody, úrazy a trestná činnost. Již při koncentraci 0,3-0,5 promile alkoholu v krvi dochází k relaxaci, uvolňují

se zábrany, lidé jsou družnější, motorické reakce se zpomalují. Při koncentraci 1 promile jsou senzorické a motorické funkce zřetelně narušeny, objevují se problémy s koordinací pohybu, někteří jedinci jsou zlostní a agresivní, jiní mrzutí. Hladina kolem 4 promile může způsobit smrt.

Patologická intoxikace se vyskytuje u jedinců s nízkou tolerancí k alkoholu, projevuje se extrémní vzrušivostí, agresivitou s následným spánkem a úplnou amnézií na tuto epizodu.

Závislost na alkoholu (alkoholismus) se projevuje problémy alespoň v některé oblasti:

- Práce nebo škola, rodinné vztahy, oblast zdraví,
- Sociální fungování,
- Právní oblast,
- Zvyšování tolerance,
- Neschopnost abstinovat,
- Ztráta kontroly, jedinec není schopen skončit pití po jedné skleničce.

1.6.2.2.1 Protialkoholní léčba

Formy léčby:

- Ambulantní léčba

Probíhá nejčastěji ve specializovaných zařízeních, které nabízejí kromě individuální terapie také skupinové terapie, někde probíhají i rodinné terapie. Ordinační hodiny jsou většinou uzpůsobeny pracujícím, a tudíž není nutné jít na pracovní neschopnost.

- Ústavní léčba

Je vhodná tam, kde i přes dobrou vůli pití pokračuje a ambulantní léčba nestačí, vznikly-li zdravotní nebo psychické komplikace v důsledku užívání alkoholu. Psychiatrické, interní nebo neurologické oddělení může do jisté míry pomoci při léčbě důsledků užívání alkoholu. Pro překonání problému s alkoholem je vhodná specializovaná odvykací léčba. V České republice je několik takových zařízení, mezi ně patří i Psychiatrická léčebna v Dobřanech. Délka ústavní léčby bývá pevně stanovena nebo se v některých zařízeních dohodne individuálně.

Při navrhování délky léčby se přihlíží k:

- Stavu při přijetí
- Životní situaci
- Délce předchozí abstinence a trvání recidivy
- Duševní i tělesné kondici
- Možnosti využívat ambulantní léčbu

Náplň léčby:

Při léčbě závislosti na alkoholu, je jedno jakou probíhá formou, se osvědčily některé postupy a metody. Různá zařízení však využívají různé metody podle svých možností.

Léčba může zahrnovat:

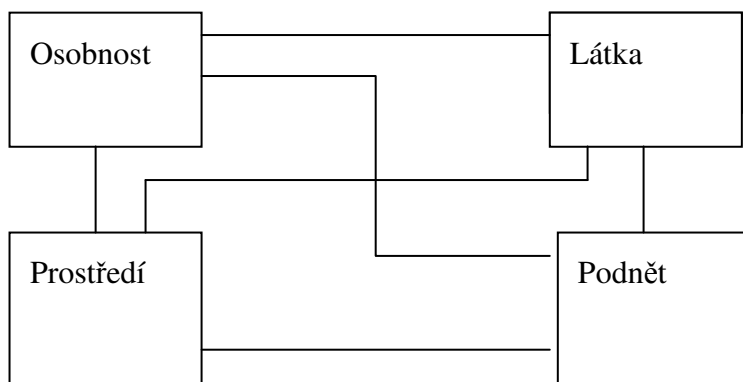
- tělesné vyšetření, psychologické vyšetření a léčbu tělesných i psychických obtíží,
- psychoterapii, která probíhá formou individuální či skupinovou,
- léčebný klub, kde se setkávají lidé, kteří se snaží překonat závislost na alkoholu,
- relaxační techniky, jógu;
- rodinnou nebo manželskou terapii;
- pracovní terapii, arteterapii;
- sportovní aktivity;
- léčbu Antabusem (lék, který při požití alkoholu vyvolá značně nepříjemnou reakci);
- terapeutickou komunitu;
- poskytnutí léků mírnících bažení (Campral, ReVia).

1.6.2.3 Drogová závislost

Užívání psychoaktivních látek se vyskytuje stále častěji ve všech sociálních skupinách.

Rizikové je období adolescence, muži jsou ohroženi více než ženy.

Základní předpoklady rozvoje toxikomanie znázorňuje následující schéma:



K schématu jsou níže uvedeny vysvětlivky:

➤ Osobnost

Osobnost s rysy závislosti, nezdrženlivosti, s neschopností odložit uspokojení svých potřeb.

➤ Látka

Látky budivé (stimulancia) a euforizující, látky tlumivé (hypnotika), uvolňující (anxiolika) a tišící bolest (analgetika, anestetika) a látky psychedelické (halucinogeny), alkohol.

➤ Prostředí

Společnost (umělecká, underground, městské aglomerace,...).

➤ Podnět

Společenské situace, večírky, působení party, první podání. (Höschel, 1997).

V následujícím výčtu je definována osobnost drogově závislého:

- silná frustrace v oblasti rodinných vztahů,
- nedostatek vnitřní pohody, zájmů, činnosti; výrazné zvýšení psychického napětí, pocitu deprese a psychického vyčerpání,
- frustrace z celkového životního pocitu, ale i jednotlivých situací,
- nezřízenost, spontánnost v chování, které vedou k maladjustaci na specifické aspekty nových situací s tendencí využívat vlastních již zažitých postupů a schémat chování,
- nedostatečná regulace chování a nižší autoregulační zábrany pak způsobují

nezdrženlivé a nekontrolovatelné formy interakce se situačními proměnami,

- vyšší emocionální vzrušivost, prožívání napětí, situačního napětí a úzkosti, tendence k neřízenému emocionálně nezdrženlivému chování, snížený sebecit, sebedůvěra a nízká vnitřní integrovanost,
- chybí náhled vlastní závislosti.

1.6.2.3.1 Seznam nejčastěji užívaných drog v České republice

- Heroin a jiné opiáty

Tyto drogy vyvolávají silnou tělesnou závislost. Po vysazení drogy dochází k tělesným obtížím např.: silná touha po droze, nevolnost nebo zvracení, nechutenství, svalové bolesti, slzení nebo výtok z nosu, rozšíření zornic, husí kůže, pocení, průjmy, zívání, rychlý tep, teplota, nespavost. Tělesné potíže po vysazení heroinu jsou nepříjemné, ale neohrožují život. Dají se přečkat i bez léků. U heroinu hrozí nebezpečí předávkování.

- Drogy z konopí (marihuana, hašiš)

Lidé berou často tyto drogy velmi dlouho, než se dostanou do léčby. To je většinou na popud partnera či zaměstnavatele, důvodem mohou být úzkostné stavy a jiné duševní problémy, selhávání v práci i ve škole. Drogy této třídy jsou velmi nebezpečné v dopravě, protože prodlužují reakční čas, zhoršují paměť, vedou k poruchám zrakového vnímání i koordinace. Po dlouhodobém užívání mohou poruchy přetrvávat i po intoxikaci. Dalšími projevy jsou neobratnost, zhoršená schopnost orientace v prostoru i čase, neochota přebírat zodpovědnost, nevyzrálость, zpomalení životního rytmu, ztráta zájmů, podrážděnost. Časté jsou záněty spojivek a dýchacích cest. Mohou nastat i povahové změny, citové otupění, ztráta hodnot. Účinná látka THC se ukládá v tukové tkáni a její vylučování je velmi pomalé, proto drogy z konopí většinou nevyvolávají tělesné odvykací potíže.

- Pervitin, kokain a jiné budivé látky

Pervitin a kokain patří k nejnebezpečnějším drogám, protože rychle vyvolávají

závislost a můžou vést k tělesnému chátrání. Pervitin má dlouhý čas vylučování, jeho účinky mohou přetrvávat 8 až 24 hodin. Bezprostřední účinek se může projevit zrychleným a zmateným myšlením, neklidem, zvýšením tepové frekvence, rozšířením zornic, halucinacemi, podrážděnostmi, vzrušením, třesem, podezíravostí, úzkostmi. Po doznění účinku drogy nastává útlum, spavost a deprese, časté bývají i pocity pronásledování, nesmyslné chování a halucinace. Při dlouhodobém užívání může dojít k poruchám soustředění a paměti, větší náchylnosti k nemocem, bolestem hlavy, poruchám vidění a srdečním poruchám, poškození jater, selhávání ledvin a krevního oběhu.

➤ Tlumivé léky na spaní

Mívají podobné účinky jako alkohol, užívají je nejčastěji ženy středního věku. Při intoxikaci nastává zpomalení řeči, postižený působí dojmem opilosti, objevují se poruchy myšlení, orientace i úsudku, ospalost. Při dlouhodobém užívání se mohou projevit problémy krevního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, někdy zkažené zuby, později nastává trvalá roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy, někdy i pocity pronásledování. Při vysazení vysokých dávek nastává odvykací stav ohrožující život (např. nahromadění epileptických záchvatů). Působí nepříznivě na paměť.

Patří sem např.: Neurol, Xanax, Laxaurin, Rivotril, Rohypnol.

➤ Halucinogeny (LSD, „extáze“, lysohlávky)

K příznakům intoxikace u této skupiny patří halucinace, bývají rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, vyšší krevní tlak, horší sebeovládání, je oslabena schopnost rozhodování, zhoršuje se kontakt s realitou. Intoxikovaný člověk je někdy nebezpečný sobě i okolí, může si ublížit nebo někoho napadnout. Tyto stavy většinou rychle odezní. Při dlouhodobém užívání roste riziko, mohou přetrvávat halucinace, pocity pronásledování, i když nebyla droga užita.

Flaschback- je krátkodobý stav jako při užití drogy, i když droga užita nebyla. Dochází k němu po použití halucinogenů, pervitinu nebo po drogách z konopí, mohou být vyvolány únavou nebo stresem. Při flashbacku dochází k poruchám zrakového

vnímání, duševním či tělesným obtížím. Čím delší je abstinence, tím klesá riziko flashbacků.

➤ Těkavé látky

Nejvíce uživatelů je mezi dětmi a mladistvými. Hrozí velké nebezpečí předávkování. Dlouhodobé užívání může vést k poškození mozku, poruchy krvetvorby, postižení ledvin, poškození jater a onemocnění dýchacích cest. Při intoxikaci jsou z dechu cítit chemikálie, postižený je obluzený, nepřítomný duchem, pobledlý, je mu špatně. Rozjařenost a poruchy vnímání přechází ve spánek. Zornice bývají rozšířené, oči zarudlé a pohled nepřítomný. Obluzení většinou netrvá dlouho. Výslovnost může být nezřetelná, pohybová koordinace zhoršená, postižený se někdy nesmyslně směje.

1.6.2.3.2 Výtvarný projev drogově závislých pacientů

Výtvarný projev drogově závislých se v mnohém podobá výtvarnému projevu schizofrenních pacientů.

Reálné tvary jsou silně redukovány či metamorfovány. Pro závislého pacienta je obtížné zobrazit celou lidskou postavu. Často ztvárňují jen různě deformované obličej nebo lebky. Někdy se objevuje antropomorfizmus (polidštěná zvířata či předměty). Častý je sklon ke kresebnosti a ornamentismu, objevují se spirály, oči, vesmírné krajiny či tělesa apod. Výtvarný projev se vyznačuje vysokou měrou spontaneity a kreativity, expresivitou a abstrakcí. Některé produkce vycházejí z grafity nebo z ornamentů, které jsou používány k tetování. Emoce jsou redukovány, vnitřní realita a její výtvarný odraz je zúžen na omezený počet zkratkovitých symbolů a znaků. Barevnost se pohybuje od šedých a černých odstínů až po pestrou barevnou škálu. Některé artefakty jsou originální a někdy dosahují i jisté výtvarné či umělecké hodnoty.

2 Cíle práce

Ve své práci jsem si stanovila tři hlavní cíle:

1.Zmapování současného stavu arteterapie v PLD

Hlavním cílem této práce je seznámení s arteterapií v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, s jejím využitím při skupinové či individuální terapii.

2.Srovnání možností arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty v závislosti na čase

Čas hraje při práci s psychiatrickými pacienty důležitou roli a můžeme se na něj dívat hned z několika úhlů pohledu.

3.Stanovení dalších cílů ovlivňujících možnosti arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty:

- **Možnosti arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty v závislosti na diagnóze**

Další neméně důležitou roli má i diagnóza pacienta, z které se pak vychází při volbě vhodných arteterapeutických metod a prostředků.

- **Další možnosti využití arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty**

Myslím, že arteterapie má další možnosti využití a rozšíření v práci s psychiatrickými pacienty. Díky své široké nabídce může oslovit široké spektrum pacientů s různými diagnózami.

- **Důležitost osoby terapeuta v procesu arteterapie, rozdíl mezi učitelem výtvarné výchovy a arteterapeutem**

Rovněž bych chtěla zdůraznit důležitost osoby terapeuta v celém procesu arteterapie. Také jsem si uvědomila velký rozdíl mezi školeným arteterapeutem a učitelem výtvarné výchovy.

3 Metodika

„Člověk může většinou bez vážnějšího poškození přežít jakoukoli stresovou nebo ohrožující situaci, má-li možnost ji ztvárnit, stvořit a sdělit druhým“.

(Syřišťová, 1990, str. 95)

3.1 Rozdělení psychiatrických pacientů podle délky pobytu v PLD

Pacienty, kteří navštěvují arteterapie, můžeme rozdělit do tří skupin podle délky a frekvencí pobytu v PLD:

➤ Těžce chroničtí pacienti

Délka jejich hospitalizace je sedm a více let (někteří docházejí na arteterapii již 16 let, tedy po celou dobu, kdy se otevřel ateliér). Jejich zdravotní stav a sociální situace neumožňují opětovné zařazení do normálního života. Projevuje se u nich hospitalismus, nemají rádi změny. Navázání vztahu (ať s terapeutem, personálem či jinými pacienty) trvá i několik let. Zpočátku bývá s těmito pacienty velmi těžká spolupráce a výsledky se mnohdy dostaví až za několik měsíců i let (jako příklad níže uvádím kasuistiku paní J).

➤ Středně chroničtí pacienti

U středně chronických pacientů se délka pobytu pohybuje v rozmezí 1 až 6 let. Tato skupina zahrnuje především pacienty mladší, kteří přicházejí poprvé (později se však vracejí – někteří opakovaně), jejich pobyty sice bývají dlouhodobé, ale nepočítá se s trvalým setrváním v léčbě. Tito pacienti většinou mají sociální zázemí a jisté finanční zabezpečení nebo jsou schopni se o sebe postarat (kasuistiky pan P. a pan M.).

➤ Pacienti v akutní fázi onemocnění

Do třetí skupiny patří pacienti v akutní fázi onemocnění a po jejím překonání, kteří se většinou ocitli v léčbě poprvé. Mají sociální zázemí a jsou zabezpečeni. Většinou jsou motivováni k léčbě a doba pobytu je několik týdnů až 6 měsíců. Tato skupina je pro arteterapii nejvhodnější a je zde dosahováno dobrých výsledků (kasuistika pan K).

3.1.1.1 Chroničtí pacienti

Asi polovinu pacientů docházejících do ateliéru tvoří pacienti chroničtí, v léčebně pobývají již mnoho let nebo se do ní pravidelně vrací. Prognózy do budoucna u těchto pacientů nejsou nikterak příznivé. Často nemají nikoho, kdo by se o ně staral, mají minimální finanční prostředky a jejich diagnóza neumožňuje ani začlenění do jiného zařízení. Na arteterapii docházejí řadu let (někteří i 16 let) a za tu dobu se stala jejich rodinou. Vytvořili si zde vazby mezi sebou a ateliér berou jako součást svého domova. Říkají, že tam nalézají pocit klidu a bezpečí. Chroničtí pacienti mívají většinou několik diagnóz současně, nejčastějšími jsou schizofrenie, poruchy osobnosti způsobené užíváním alkoholu a jiných látek, poruchy intelektu, atd.

Tito pacienti nemají rádi změnu, mají své stále místo u stolu, svoje barvy, štětce, hrneček apod. Necítí se dobře, když do ateliéru přijdou noví pacienti. Také jsme pro ně důležití my terapeuti, neustále se ujišťují, že budeme přítomni, že s nimi budeme spolupracovat, že mohou přijít. Někteří docházejí téměř dvě desítky let, za tu dobu se od kreseb pastelkou či tužkou propracovali až k olejomalbám. Malují dle předloh i své fantazie. Podle barevnosti a námětu poznáme jejich momentální stav. Pro tyto pacienty používáme jako motivaci účast na výstavách patientských prací a podílejí se na výzdobě různých oddělení. To jim dává pocit určitého řádu (říkají, že chodí do práce). V ateliéru se setkávají s pacienty z ostatních oddělení, tyto kontakty vedou k jejich stimulaci a inspiraci.

3.1.1.1.1 Kasuistika paní J.

Paní J., 44 let, základní diagnóza: poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

Tato porucha se projevuje významnou změnou vzorce chování, nepřiměřenými projevy emocí, potřeb a impulsů, náhlými změnami nálady, silná euforie se snadno mění v krátké výbuchy zloby a agrese. Jednání je impulsivní a paní J. nebere v úvahu jeho důsledky, nevhodné a vyzývavé chování vůči ostatním pacientům a někdy i personálu, nepřiměřené oblečení, hltavé jedení a pití, které často končí zakuckáním se. Narušeny jsou i kognitivní funkce, u pacientky se projevují podezíravostí, někdy až

paranoidním myšlením.

Ostatní diagnózy jsou: závislost na psychoaktivních látkách (pervitin, Kodein) a alkoholu. Pacientka byla sražena automobilem a utrpěla polytrauma s difúzním poraněním mozku, mnohočetné fraktury obličejového skeletu, poškození pravého bulvu s následnou slepotou.

Paní J. má základní vzdělání, je rozvedená, má dvě dospělé děti, se kterými se nestýká. Matka je epileptička, dosud žije, občas dceři pošle dopis či balíček. Otec byl muzikant, alkoholik, 1998 se oběsil. Paní J. se živila jako společnice ve veřejném domě. Byla dvakrát soudně trestána, tři a půl roku za napadení manžela nožem a osm měsíců za krádeže.

V léčebně byla opakovaně, souvisle tam pobývá osmým rokem. Je zbavena svéprávnosti a má opatrovníka. Rodina se o ni nemůže postarat.

Ateliér navštěvovala pravidelně každý den po dobu tří let, zdržovala se v něm většinou po celou otevírací dobu. Malování ji bavilo, denně udělala i několik výtvorů. Začínala s kresbami tužkou a pastelkami.

Cíle arteterapie u paní J.:

- začlenění paní J. do kolektivu, usměrnění chování a jednání,
- další motivace k činnosti,
- posun výtvarného projevu v rámci možností.



Obrázek 7 Holka, pastelky



Obrázek 8 Tatínek, pastelky



Obrázek 9 Autoportrét, pastelky



Obrázek 10 Maminka, pastelky

Paní J. kreslila většinou z paměti, občas chtěla zadat téma a později si sama vyhledala motiv v knize či časopisu. Z počátku si tužkou předkreslila motiv, který následně vybarvila. Většinou to byly podobizny mužské či ženské, o kterých říkala, že je to tatínek (obr. 8) nebo nějaké holky (obr. 7). Většina ženských figur se jí podobala. Vedla jsem jí k tomu, aby dělala i pozadí a zobrazovala celou postavu (obr. 9), vzpomínala na

hlavní rysy či činnosti, které by tyto osoby charakterizovaly. Paní J. se vybavovalo čím dál tím více detailů z dětství a ze života, hovořila o nich a kreslila je (obr. 10).

Paní J. měla však i dny, kdy se vztekala, rozčilovala, vyhledávala konflikty s pacienty i personálem. Pacienty obviňovala a útočila na ně. V této době bývala velmi těžká spolupráce, vyhradila jsem jí individuální prostor a snažila se upoutat její pozornost nějakou činností.

Postupem času jsem zkusila nabídnout vodové barvy. Paní J. nejprve používala hodně vody, bála se barvy. Všechny její kompozice byly středové (obr. 11, 12), zobrazovala vždy jen jednu věc, která nebyla ve vztahu s něčím nebo někým. To odpovídalo i jejímu egocentrickému zaměření jen na svou osobu. Nebyla schopna se s někým dělit, vše chtěla jen pro sebe, nebrala ohledy na nikoho.



Obrázek 11 Strom, vodové barvy



Obrázek 12 Dům s věžičkou



Obrázek 13 , Kachny, pastelky



Obrázek 14 Pes, pastelky

Obrat v tvorbě paní J. nastal, když se spřátelila s jedním pacientem. Začala kreslit obrázky, kde byl nějaký děj, osoby či zvířata byli v nějakém vztahu (obr. 14). Také chování k ostatním spolupacientům se postupně zlepšovalo.

Na obrázku Kachny (obr. 13) zachytila dvojici kachen, které se prochází a za nimi jsou vidět jakési stavby. Dole je nápis Dobřany. Myslím, že zachytila areál léčebny a místo, kde se skutečně nachází malý oplocený rybníček s několika kachnami. Jistě k tomu přispěly její procházky s přítelem po léčebně. Pozitivní bylo, že si začala všimnat více svého okolí. Není také pochyb, že jde o samečka a samičku. Tímto obrázkem vyjádřila svoji radost z toho, že našla spřízněnou duši. Také se začalo objevovat perspektivní zobrazování. Jistě to souviselo s tím, že i její život náhle získal perspektivu.

Dalším tématem, které se začalo nově objevovat, bylo matka a dítě (obr. 15 a 16). Paní J. měla již dvě velké děti, o které se nikdy moc nezajímala a ani nevěděla, kde se nacházejí a jak žijí. Najednou však o nich začala mluvit a dozvídali jsme se útržkovité informace, že dcera jí byla jako malá odebrána a dána k adopci. Matka je umístěna na identifikačním místě, opět se nápadně podobá paní J. za mlada (přinesla nám ukázat starou fotografii). Ona však popírá, že by to byla ona.

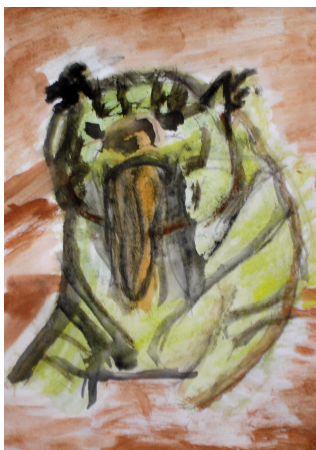


Obrázek 15 Matka s dítětem, pastelky



Obrázek 16 Matka a dítě, vodové barvy

Na obr. 15 matka dítě nedrží, namísto toho si sahá do vlasů či na někoho mává. Děj se odehrává v Karlových Varech, kde paní J. dříve bydlela. Na druhém obrázku drží dítě matku kolem krku. Oblečení postav i pozadí jsou modré. Domnívám se, že toto téma bylo pro ni deprimující. Byly chvíle, kdy si vzpomínala na dceru a ujišťovala mě, že ji sociální pracovnice sebrala dítě neprávem, protože jako mladá přeci nemohla vědět, jak se má o něj správně starat. Někdy plakala nebo křičela.



Obrázek 17 Tygr paní J.



Obrázek 18 Tygr pana P

Paní J. a spolupacient, který byl výrazně mladší, si spolu vytvořili zvláštní vztah. Určitým způsobem se doplňovali a navzájem se podporovali. Někdy však docházelo i ostrým hádkám a žárlivým výstupům, které vyvolávala paní J. Svůj vztek vymalovala na papír. Uvádím příklad psa v zahradě u domu, který cení zuby, který v obličeji vypadá přesně jako její přítel. Ona výtvar komentovala, že je to nějaký pes.

V ateliéru se začala kamarádit i s panem P. (viz kasuistika pan P.). Ten jí půjčoval předlohy zvířat a paní J. vytvořila sérii se zvířecími motivy. Někdy malovali spolu stejné téma (obr. 17, 18). Také se vrátila k vodovým barvám, protože to chtěla malovat přesně jako pan P.. Později zkusila i temperu. Navázání tohoto přátelského vztahu prospělo oběma a došlo k posunu výtvarnému u paní J. a sociálnímu u pana P. V produkci obou bylo jeden čas vidět určité shody, např. bílé orámování okolo zvířat (obr. 19 u paní J. a obr. 29, Sloni u pana P.)

Paní J. udělala v průběhu tří let velké pokroky. Malovala už pouze temperou, dokázala vyplnit celou plochu, neprosvítala bílá místa, míchala barvy. Produkce působila živě. Časté začaly být náboženské motivy (obr. 20). V té době však již věděla, že její přítel bude v nejbližší době propuštěn domů. Na produkci se to projevilo používáním červené barvy. Červená v tomto případě může značit výraznou citovou angažovanost, orientaci na čin a výsledek, vitalitu až agresivitu, touhu měnit, impulzivnost, výbušnost, konflikt. V kombinaci s černou tendence ničit a bořit.



Obrázek 19 Havran, tempera



Obrázek 20 Andělé, tempera

Paní J. nesla velmi těžce blížící se odchod svého přítele. Chtěla, aby si ji vzal domů, což bylo naprosto vyloučeno. Byla agresivní, vyhrožovala mu, chtěla, aby se o ni postaral.



Obrázek 21 Dům, tempera

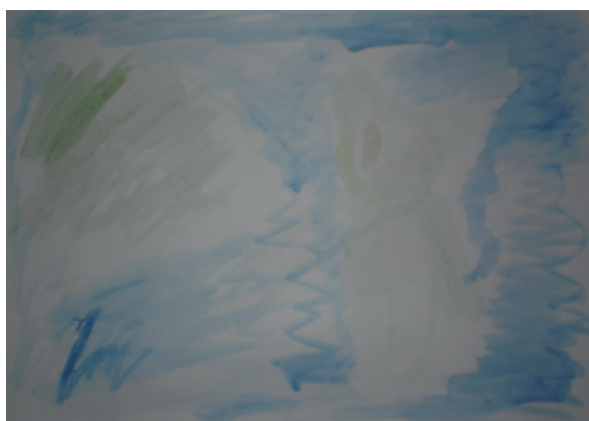
Obrázek dům (obr. 21), byl poslední, který paní J. po odchodu svého přítele v ateliéru namalovala. Je to osamocená zarostlá stavba. Nemá okna a ani dveře. Působí pustě. Paní J. se velmi stýskalo a často o příteli mluvila, pořád se ptala, jak se asi má a co dělá.

Koncem října 2008 jsem se dozvěděla, že paní J. opustila svévolně léčebnu, byla však nalezena a přeložena na uzavřené oddělení. Byla jsem se na ni podívat, její stav se téměř vrátil do starých kolejí, byla neupravená, rozčilovala se a nadávala jak na pacienty, tak personál. Na uzavřeném oddělení dochází ergoterapeuta, doporučila jsem jí, aby paní J. dala barvy.

Byla jsem překvapena, když kolegyně po týdnu přinesla dva výkresy od paní J. (obr. 22 a 23).



Obrázek 22 Tatínek, vodové barvy



Obrázek 23 Zima, vodové barvy

U výtvarného projevu nastal silný regres, prostor je vykradený, barvy jsou opět světlé, barevnost je silně redukována, obrázky vznikly několika čarami štětcem. Chybí děj i jakékoli vztahy, prostor i perspektiva. Oba výtvary působí depresivním dojmem. Na obrázku č. 22 je zcela prázdné identifikační místo, na levé straně v rohu je umístěna silueta postavy s roztaženými rukama, mezi kterými se vznáší kytara a nahoře jsou umístěny noty. Paní J. vždy, když jí bylo smutno, vzpomínala na tatínka hudebníka. Na obrázku s názvem Zima není ani poznat, co je na něm vypořádáno. Bílá barva, která všude prosvítá, značí vytěsnění.

Věřím, že se paní J. znovu bude moci navštěvovat ateliér arteterapie a najde stejnou chuť i motivaci pokračovat ve výtvarné činnosti.

Zhodnocení: Příklad paní J. ukazuje, že je možné dosáhnout osobnostního i výtvarného posunu dlouhodobým působením i u těžších případů chronických pacientů. Rovněž poukazuje na důležitost změny prostředí, vlivu okolí, terapeutického působení a vhodné motivace u chronických pacientů.

3.1.1.2 Arteterapie a středně chroničtí pacienti

Do této skupiny patří pacienti převážně mladší, vždy se po určité době do léčebny vrací a jsou hospitalizováni delší dobu. Nejčastější diagnóza bývá schizofrenie a drogová závislost. Ateliér arteterapie navštěvují pravidelně při každém pobytu. Intervaly mezi jednotlivými pobyty jsou různě dlouhé a i délka pobytů je individuální.

Pacienti z této skupiny vytvářejí výtvarně zajímavé artefakty, mnozí z nich jsou také výtvarně poučení a právě s touto skupinou je velice těžké dělat terapii. Většina pacientů vlastně o žádnou terapii nestojí a chtějí se jen odreagovat pomocí různých výtvarných technik. Často si jednu oblíbí a tu pak preferují při všech pobytech. Hlavně výtvary drogově závislých bývají originální, barevné a zajímavé. Vzbuzují obdiv u ostatních pacientů a u mnohých autorů pak dochází k tomu, že se předvádějí a malují pro pochvalu a užívají si „své slávy.“ Často se stává, že mají svůj okruh obdivovatelů, kteří se chodí na jejich výtvary dívat. Zde je možná jen výtvarná intervence ze strany terapeuta (větší formát, korekce proporcí, snaha o změnu barevnosti), protože tito pacienti mají své představy a odmítají zpracovávat zadaná témata a další práci s nimi.

Většina drogově závislých se nikterak netají s tím, že po propuštění budou návykové látky dále užívat.

Pro srovnání uvedu dvě kasuistiky, první je pacient trpící schizofrenií, se kterým jsem spolupracovala přes dva roky, druhý pacient závislý na drogách, který měl více pobytů, a spolupráce trvala pět let.

3.1.1.2.1 Kazuistika pan P.

Ukázka dvouleté práce s pacientem, který měl více dlouhodobých pobytů v Psychiatrické léčebně v Dobřanech:

Pan P., 37 let, diagnóza - recidivující paranoidní schizofrenie. Narozen 1971, těhotenství i porod probíhaly normálně. Rodiče dosud žijí, manželství bylo klidné, otec dělal topiče, matka se v minulosti léčila se schizofrenií, je tvrdší než otec. Má mladší sestru. Nejprve měl ve škole špatný prospěch, po přestěhování se zlepšil, protože se mu v nové škole líbilo. Hrál divadlo. Střední odborné učiliště elektrotechnické ukončil maturitou. Tři roky po škole pracoval v Tesle, pak v keramičce, nyní je plný invalidní důchodce.

Psychicky je pan P. nemocný už od 17 let, léčit se začal ve 21 letech. Matka trpí stejnou nemocí, ale u rodičů nenalezl pochopení. Ze začátku míval pocity vzteku. V roce 1992 byl poprvé hospitalizován v Psychiatrické léčebně v Ostrově nad Ohří. Byl velmi vztahovačný, měl pocit, že všichni mluví jen o něm. Strach se projevoval hlavně na diskotékách, kde cítil, že mu všichni čtou myšlenky. Opakovaně byl hospitalizován v Ostrově nad Ohří a v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

V Ostrově měl asi 11 pobytů. Zpráva z roku 1999 uvádí, že pacient asi týden vnímal zvláštní deformaci světa. Měl pocit, že o něm musí rozhodnout vyšší spravedlnost. Slyšel hlasy Krista a Jehovy, pral se s andělem, byl agresivní, rozbil zařízení bytu. Ohrožovala ho statická energie, rozbil doma lampu, aby byla tma a nebyla vojna.

V Psychiatrické léčebně v Dobřanech byl poprvé hospitalizován na jaře 2005 pro dekompenzaci schizofrenního onemocnění, měl halucinace a špatnou náladu. Na příjmu uvedl pacient toto: „Byl jsem doma, podívat se za rodiči ... byli rádi, všechno

bylo v pořádku. Sanitku zavolala bytná, protože jsem rozházel nějaké časopisy ... dozvěděla se to, protože jsem jí přinesl ten cukr ... ten, co v něm byla sůl...to je normální... Hlasy mám, že přijde Ježíšek, že potřebuju vzduch k oknu ... nevadí mi, cítím se líp než bez nich.“

Psychologická vyšetření ho hodnotí jako nesmělého, introvertovaného, emocionalita diferenciovaná, spíše depresivní, osobnost nezralá, infantilní, svou sociální nedostatečnost řeší únikem do svého pohádkového světa, trpí pocitem méněcennosti. Intelekt se pohybuje v pásmu průměru, paměť také. Trpí pocity pronásledování, slyší kritizující hlasy. Často se objevuje agresivní chování zaměřené vůči věcem. Je hodně konkrétní, neplánuje, nepouští se do složitějších abstrakcí.

Bydlí v pronajatém pokoji u bytné, který si platil i při dlouhodobé hospitalizaci. Od března 2006 byl trvale hospitalizován v Dobřanech až do listopadu 2008, kdy odjel domů na dovolenku a zavolal na oddělení, že je mu dobře a nevrátí se.

Při obou pobytech v Psychiatrické léčebně v Dobřanech navštěvoval ateliér arteterapie. Na první pohled se jevil velmi nesmělý, vypadal o hodně mladší, než ve skutečnosti byl, mluvil překotně, stranil se ostatních pacientů. Při kontaktu s terapeuty byl nervózní, nechtěl se bavit o sobě a svém osobním životě. Při prvním pobytu a na počátku druhého maloval vodovými barvami stále dokola to samé, srdce uprostřed jakéhosi tvaru, který připomínal květinu či mrak. Byl velmi ovlivněn členstvím v sektě svědků Jehovových. Ke svým výtvorům podával vysvětlení, že je to Bůh a světlo, které rozdává. Řadu těchto výtvorů nazval Světlo.

Hlavní cíle směřování arteterapie u tohoto pacienta:

- Odpoutání od náboženské tematiky, přechod k jiným tématům, snaha o reálná zobrazování, návrat ke skutečnosti.
- Navázání terapeutického vztahu, získání důvěry, zlepšení komunikace s terapeuty i pacienty, zařazení do kolektivu, posílení sebedůvěry, celkový osobnostní posun a růst.
- Nabídnutí jiných výtvarných technik, rozšíření barevné škály, vyplnění plochy, budování prostoru.



Obrázek 24 Světlo, malba vodovými barvami

Všechny obrázky s názvem Světlo (obr. 24) jsou malovány na šířku formátu A4 nebo A3, jsou to středové kompozice, kdy srdce je umístěno vždy uprostřed formátu. Barevnost je téměř vždy stejná. Jedná se o zapouzdřující mandaly. Tyto výtvořy vznikaly při pobytu v roce 2005 a na počátku hospitalizace 2006.

Nejprve si motiv srdce předkreslil pastelkou, pak ho velkým štětcem vybarvil. Srdce pravidelně rozpůlil na žlutou a modrou část. Žlutá barva se nacházela vždy na levé polovině srdce a modrá na pravé. Vyjdu-li z KTC zkoušky (kvintercolor), jejímž autorem je PhDr. Milan Kyzour st., tak levou stranu výkresu mohu chápat jako rovinu „TY“, která se vztahuje k okolí, rodině, partnerovi, nastavení k terapeutovi, vztahový závazkům, k tomu, co očekává a vyžaduje od okolí. Pravá strana se označuje jako rovina „Já“. Žlutá na středu (na levé straně) se dá interpretovat jako volání o pomoc. Pan P. očekával pomoc od Boha. V této době řešil hlavně svůj vztah s Bohem a vyrovnával se se svým členstvím v sektě. Na toto téma však odmítal jakékoliv diskuse, ani později, kdy se jeho stav zlepšil, nepodal nikomu žádné informace. Víme jen, že ho párkrát navštívil jeden starší člen sekty, o kterém mluvil jako o bratrovi, později ho zmiňoval jen jako kamaráda. Tmavě modrá polovina srdce odkazuje k introverzi, její nositel může trpět pocitem duševní nevěry, vztahy na duševní úrovni prožívá velmi silně. Tato barva signalizuje introverzi, úzkost a depresivní ladění, bezkontaktnost. Modrá barva obklopuje srdce, uzavírá ho. Pan P. se uzavíral okolnímu světu a hlavně lidem. Další obranná vrstva kolem srdce je světle zelená. Značí emoční

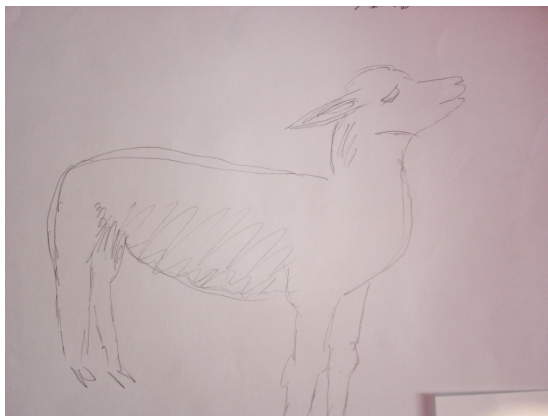
nezralost a únik, infantilitu, denní snění. Formální kompoziční řešení by podle ontogeneze dětského výtvarného projevu odpovídalo preschematickému období (3 až 6 let), obsahově symbolistní vrstva je formální, obsah je infantilně výtvarně podán. Chybí konkrétní prožitek, a to i výtvarný. Zdravotní stav pana P. v této době nebyl příliš dobrý, často slyšel hlasy, které ho kritizovaly, bral množství léků, které ho utlumovaly, byl depresivní. Někdy však projevoval spontánnost až netaktnost, jindy se choval jako malé bezbranné dítě.

Naší prvořadou snahou bylo získat si důvěru pana P., postupně jsme se snažili ho přivést k jiným tématům a vrátit do reality. Snažili jsme se navazovat komunikaci a zjistit, co ho zajímá a těší, z čeho má radost. Ukazovali jsme mu různé knihy, časopisy, pohledy. Nakonec se rozhodl pro zvířata. Sám si v knihovně vypůjčil knihu o zvířatech a začal je kreslit tužkou. Vždy si vybral jedno, které kreslil dle předlohy. Svůj obrázek doplnil popisem, o jaké zvíře se jedná (obr. 26). Často udělal i několik zvířat na jednu čtvrtku (obr. 26). Trvalo dlouho, než se ho podařilo přesvědčit, že je lepší předlohu zvětšit a udělat na samostatný papír.

Když vyčerpал knihu o zvířatech, zkusil architekturu. Několik výkresů nakreslil tuší. Kresby tuší byly pěkné, měly dynamiku (obr. 27). Tato technika však pana P. příliš nezaujala. I když jsme ho chválili za pěkné kresby, nechtěl s tuší dále pracovat. Ale bylo na něm vidět, že má ze svých výtvarných pokroků radost. Vrátil se zpět k tužce a vytvořil ještě několik dalších kreseb zvířat.

Další etapou byl návrat k barvě a propojení zvířecích motivů s ní. Barvu nejprve užíval jen plošně, vybarvil předkreslené zvíře jedním barevným odstínem (obr. 28). Panu P. jsme ukazovali, že vše je zasazeno do nějakého kontextu a že by i zvíře mělo být v nějakém reálném prostoru a že kolem nás jsou různé barvy. Pan P. začal používat více barev, avšak zůstala plošnost, kolem zvířat nechával bílý rám. I nadále používal často kombinaci modré a žluté stejně jako v počátečních pracích. V obrázku Sloni (obr. 29) už dochází k jakési komunikaci zvířat, jsou natočeni směrem k sobě, velký slon je zobrazen z profilu, sloní mládě je zachyceno perspektivně a vytváří prostorovou iluzi. Je to významný posun, ale v celé produkci se najde jen ojediněle. Objevuje se hnědá barva a v souvislosti s ní se začínáme dovídat od pana P. strohé informace o jeho

otci. Malé slůně tak trochu pana P. připomíná. Bílá kolem něj může značit vytěsnění. Velký slon představuje otce, či jinou mužskou autoritu. Bílá, která ho obklopuje, může odkazovat k schopnosti řídit dominantním způsobem, manipulací či bezohledností. Barvy jsou užívány plošně a vytváří se schémata, kdy je vždy jedna barva používána pro stejnou věc.



Obrázek 25 Lama krotká, kresba tužkou



Obrázek 26 Orel, náčrtky tužkou



Obrázek 27 Nosorožec, perokresba



Obrázek 28 Holubice, tempera

Ležící jaguár (obr. 30) je umístěn na středové kompozici, krajinu se pan P. snaží znázornit pomocí různě barevných pásů poskládaných nad sebe. Pokouší se dosáhnout efektu světla a stínu užitím dvou barev na těle šelmy. Všímá si vzoru na srsti. V horním pásu se také pokouší o míchání barev. Dosud používal jen čisté barvy z vodových barev či temper.



Obrázek 29 Sloni, vodové barvy



Obrázek 30 Ležící jaguár, vodové barvy



Obrázek 31 Pláž s palmami, vodové barvy



Obrázek 32 Delfini, vodové barvy a tempera

Postupně v tvorbě pana P. začalo přibývat detailů, objekty se postupně překrývaly. Do obrázků se dostaly úhlopříčky, které tam vnesly dynamiku. Velkým úspěchem byl obrázek Pláž s palmami (obr. 31), kde znázorňuje reálnou krajinu, stromy mají listy, na palmě rostou kokosové ořechy. V těchto obrazech přibývají různé tóny zelené a modré a také jiné barvy. Po sérii několika krajin se opět vrátil ke zvířecím motivům a zůstal u nich velmi dlouhou dobu.



Obrázek 33 Slon, vodové barvy a tempera



Obrázek 34 Motýl, vodové barvy a tempera

Na obrázku Delfíni (obr. 32) je už vidět jakýsi děj, dva delfíni plavou spolu, překrývají se, na druhou stranu odplouvá malá červená ryba. Na dně moře se nachází písek, rostliny a jakýsi hnědý stín. Voda i delfíni jsou modří, pan P. dosáhl různých tónů mícháním barev. V době vzniku Delfínů se pan P. pomalu začal začleňovat do kolektivu a komunikovat s ostatními pacienty.

Znovu se vrátil k motivu slona. Je stejně velký i ve stejné pozici jako ten první z obr. 33. Už však není jen plošný, ale je tu snaha o modelování objemu barvou. Obloha i tráva jsou namalovány mícháním barev. Slon i strom mají svůj stín. Pozadí celého obrázku je vytečkováno. Červená v produkci může značit větší aktivitu v podobě vztahové a vůli ke kontaktu. V některých případech může být tato proměna riziková, protože pacient může obrátit agresivitu nikoli navenek, ale vůči vlastní osobě.

V obrázku „Motýl“ (obr. 34) se poprvé objevila ptáčí perspektiva, na motýla i list se díváme ze shora. Také přibyla fialová barva. Motýl vypadá spíše jako noční můra. Pan P. začal hovořit o své matce i sestře. V souvislosti s tím si kladu otázku, do jaké míry byla matka noční můrou pana P. Oranžová barva v kombinaci se světle zelenou odkazují k modelu dětského hřiště a k sourozeneckým vztahům. Pan P. se v té době začal zajímat o pacientku paní J., která pravidelně navštěvovala ateliér. Nosil jí dárky a povídal si s ní. V produkci pana P. je již zachycena spousta detailů (křídla motýla, žilkování na listu). Je užito několika odstínů zelené a modré. Je znázorněno překrývání předmětů.

Zhodnocení: Po dvouleté spolupráci s panem P. se podařilo získat si jeho důvěru a probudit zájem o výtvarnou činnost. Nejdříve žil pan P. ve svém světě s Bohem, tento vztah se také pokoušel zachytit na papír. Byly mu postupně nabídnuty různé náměty i techniky. Byla mu ponechána volnost ve výběru námětů a motivů. Jako velmi blízké se mu ukázaly být zvířecí motivy, což je poměrně časté, že se emočně frustrovaný či deprivovaný jedinec váže ke zvířatům. V tomto případě jde o vazbu zprostředkovanou přes výtvarné umění.

Do ateliéru docházel pan P. během posledního roku pobytu v léčebně pravidelně, velmi se zlepšila komunikace s terapeuty i pacienty, těšily ho jeho výtvarné pokroky. Zajímal se o vyhledávání předloh, navštěvoval knihovnu a kupoval si časopisy o přírodě. Ve městě si začal obstarávat výtvarný materiál, hlavně štětce. Začal se lépe oblékat, na malování si vyčlenil speciální oblečení (dříve chodil jen v ústavních teplácích a teplákové bundě). Také byl sdílnější co se rodiny a svého života týká. Vyprávěl útržky z dětství, vzpomínal na rodiče.

Pan P. zkusil během svého docházení do ateliéru kresbu tužkou, perokresbu, malbu vodovými barvami a temperou. Zamítl koláž, keramiku, pastel, akční akvarel. Rovněž odmítal zpodobňovat lidské tváře a tělo. Nechtěl si ani prohlížet časopisy, kde byli vyfoceni lidé.

Pan P. se sám rozhodl ukončit léčbu a začít žít normální život, arteterapie v tomto případě splnila všechny předem vytyčené cíle.

3.1.1.2.2 *Kasuistika pan M.*

Pan M., 43 let, diagnóza F19.2 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychotropních látek. Syndrom závislosti.

Má za sebou šest pobytů v Psychiatrické léčebně Dobřany, poslední v roce 2007, i v řadě dalších léčebných zařízení a komunitách.

Matka ho měla v šestnácti letech, otec neznámý. Matka si žila svůj život, na syna nebrala ohledy, výchovou se nezabývala. Od dětství žil v různých partách, sám se označoval jako dítě ulice. Kouřil, pil a záhy začal užívat i drogy, opiáty a různé léky. Během života několikrát pobýval ve vězení, byla mu nařízena ústavní výchova

a protialkoholní a protitoxické léčení.

Pan M. střídal partnerky, v roce 1992 se mu narodila dcera, ale nestýká se s ní.

S panem M. jsem se poprvé setkala v roce 2003 při jeho dalším pobytu v psychiatrické léčebně Dobřany.

Hlavní cíle směřování arteterapie při první setkání byly:

- získání důvěry pacienta a navázání terapeutického vztahu,
- trénování vytrvalosti, snaha o dokončení děl,
- posilování sebevědomí a sebedůvěry,
- abreakce.

Při dalších pobytech arteterapie především umožňovala zmírnit napětí a vyjádření emocí.

Rok 2003: Práce pana M. byly nedodělané, většinu tvořily náčrtky tužkou či propiskou na cárech papíru (obr. 35). Často se vyskytovaly různě znetvořené a rozpadlé obličejy, různé ornamenty a dekorativní prvky. Pacient byl roztěkaný, nesoustředěný, měl velmi nízké sebevědomí a byl nedůvěřivý. Dokončit obrázek byl pro něj problém. Motivovala jsme ho, že když dodělá nějaké dílo, může se zúčastnit výstavy patientských prací „Cesty“, kterou připravoval ateliér arteterapie. Podařilo se mu dokončit několik menších prací a velký formát Krysaře (obr. 36). Všechny výtvořby byly černé. Černá barva může značit deprivaci, likvidaci, zánik bez další perspektivy, protest, účelovou destrukci nebo i vyprahlost.

V roce 2003 se pan M. ještě jednou vrátil, utekl z komunity po dvou měsících a zrelapsoval. Byl zklamán sám sebou, dělal si výčitky, že zklamal terapeutky, doktory a všechny, kdo mu věřili. Začal tvořit uhlem na větší formáty. Opět to byly části rozpadlých a zdeformovaných obličejů. Na obrázku s názvem Relaps (obr. 37) lezou z úst brouci. V té době mu bylo špatně psychicky i fyzicky. Vůbec si nedůvěřoval. Tento stav trval dlouho, pacient docházel na arteterapii a kreslil u stojanu na velké kartony jeden obraz za druhým.



Obrázek 35 Náčrt, kresba kuličkovým perem

Docházel na arteterapii a kreslil jeden karton za druhým. Na chvíli se mu ulevilo, ale zlepšení stavu netrvalo dlouho. Po několika měsících se stav přeci jen zlepšil. Pan M. ze sebe vymaloval nejhorší deprese, ale neměl motivaci začít s barvou a jinými motivy. Nějaký čas docházel do ateliéru se jen vypovídat a dívat se, co dělají ostatní, a věřil, že i on znovu začne.

Motivace přišla v podobě zájmu o jednu pacientku paní M., která se léčila ze závislosti na alkoholu a ve volném čase docházela malovat. Pan M. začal opět tvořit, zkusil barevné křídly.

Inspiroval se obrazy, které visí na zdi ateliéru, dělal je jeden narkoman, se kterým se pan M. seznámil během svého prvního pobytu a který sklízel se svými výtvary velký obdiv a úspěchy.



Obrázek 36 Krysař, kresba tužkou



Obrázek 37 Relaps, uhl

Pan M. se zamiloval a svět pro něj najednou získal barvu. Také se snažil na paní M. zapůsobit. Po dlouhé době se cítil dobře, komunikoval, zvedlo se mu sebevědomí a věřil, že vše zvládne a že drogy překoná. Tomu nasvědčuje i barevnost obrazů (obr 38 a 39). Používal hodně bleďmodré, tedy barvy dobré vůle, ochoty vyhovět. Dobrá vůle je však bez výdrže a opravdovosti, značí nezralost, k té odkazují i další barvy – oranžová a světle zelená. Je to barevnost dětského hřiště a mateřské školy. Šedá barva je kultivovaná černá, je to kultivovaná energie. Přesně tím dojmem pan M. v té době

působil. Chodil upravený, dbal o sebe, snažil se udělat dojem. Tyto obrazy však kreslil spíše pro obdiv a pochvalu. Bylo to pro něj poprvé, co ho někdo chválil za to, co dělá.

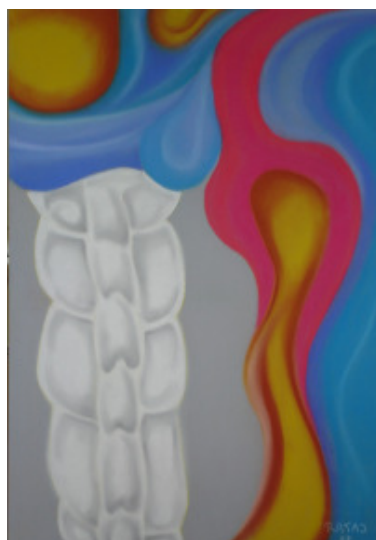
V únoru 2004 odjel pan M. znovu do komunity. Léčbu tentokrát vydržel do konce.

Rok 2005: V srpnu 2005 opět zrelapsoval a vrátil se do léčebny. I přes všechna upozornění psychologů a lékařů, že není vhodné navazovat známosti v léčebně, udržoval vztah s paní M., která ho podporovala po celou dobu pobytu v komunitě. Opět navštěvoval ateliér, ale neměl chuť malovat. Řešil svůj vztah, práci, bydlení. V léčebně byl jen krátce. Rozhodl se žít ve společné domácnosti s paní M. a jejími dcerami. Sehnal si práci, vzali si půjčky. Postupně začali pít.

Rok 2007: Do léčebny pan M. znovu nastoupil v dubnu 2007. Pozorovali jsme u něj obrovské změny chování, vůbec nemluvil. V tomto období vznikala řada obrazů s názvem chutě. Svoji tvorbu autor popisuje takto: „Měl jsem hrozné chutě a deprese, začal jsem automaticky kreslit a vylezla mi hlava. V té chvíli, kdyby za mnou někdo přišel s pytlíkem, tak bych si dal. Nakreslení tohoto obrázku mi nepomohlo, ale maloval jsem další a další a další masky. Skončilo to po čtrnácti dnech růžovou maskou. Chutě zůstaly, ale přešly mi špatné nálady. S chutěma se budu vyrovnávat ještě dlouho.“

Opět se vrátil k černé barvě, která je na růžovém pozadí (obr. 40). Růžová značí emoční regres. Masky (obr. 41) byla už šedočerná na oranžovém podkladu. V oranžové barvě je zastoupena destrukce, chybí snaha o změnu, chybí finální moment, jde o moment akce, partnerské vztahy jsou jako sourozenecké, sklon k závislosti na partnerovi, emoční nezralost.

Po této sérii chutí se panu M. střídaly nálady. Jednou byl velmi euforický a miloval svou přítelkyni, jindy se pohádali, pak se mu vybavovaly příjemné zážitky z braní drog nebo opět dostal chutě. Bylo to velmi náročné období a pacient chodil pravidelně své emoce ventilovat do ateliéru. Vznikla celá řada velmi různorodých obrazů. Na těchto obrazech poprvé schematicky zachytil figuru, do té doby kreslil jen rozpadlé či zdeformované obličeje. Na obraze Dvojice (obr. 43) chtěl zachytit svoji lásku k paní M.



Obrázek 38 Útroby I. , pastel



Obrázek 39 Útroby II., pastel



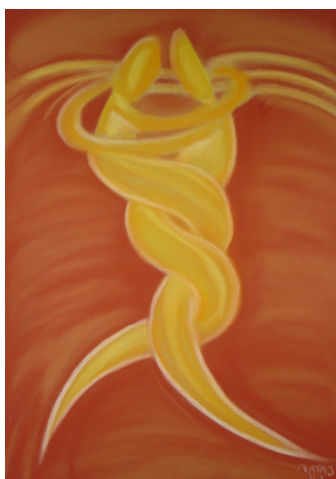
Obrázek 40 Chutě, pastel



Obrázek 41 Maska, olej



Obrázek 42 Astrální cestování, pastel



Obrázek 43 Dvojice, pastel

Dvě žluté postavy bez nohou se spolu točí v jakémsi víru na oranžovém pozadí. Napadlo mě k tomu, že zde zachytil jejich vztah. V podstatě jsou oba stejní, oba žlutí s troškou bílé. Jsou navzájem propletení, nestojí pevně na zemi a dostaly se do nějaké turbulence. Nositel žluté barvy komunikuje impulzivně bez vnitřní kontroly, je fascinován sám sebou, je tam určitá forma exhibice před protějškem, žurnalismus, tendence kontroly, žárlivost, často chybí prožitek, ztráta vůle něco dělat. Bílá dole by mohla naznačovat, že vztah stojí na manipulaci z obou stran. Oranžová značí dětské hřiště, problém s autoritou, partnerské vztahy jsou brány jako sourozenecké, sklon k závislosti na partnerovi, emoční nezralost. Pan M. si uvědomoval tyto negativní aspekty jejich vztahu, ale neměl nejmenší chuť něco měnit či řešit.

Astrální cestování (obr. 42) panu M. připomnělo příjemné zážitky z užívání drog. Zde zachytil dvě schematické postavy, které se vznášejí. Vybavovaly se mu jeho dřívější úlety.

Za nedlouho opustil léčebnu a vrátil se k paní M. Poslední zprávy, které o panu M. mám, jsou, že žije s paní M. a oba berou drogy a pijí. Potvrdilo se, že není dobré uzavírat vztahy mezi pacienty, navíc závislými, protože místo podpory strhávají jeden druhého.

Zhodnocení: S panem M. jsem spolupracovala čtyři roky, za tu dobu se podařilo splnit cíle, které jsme si vytyčili na začátku. Panu M. se zvýšilo sebevědomí, dokázal

dokončit i větší práci, zvětšení formátu se přeneslo i do reality, dokázal si vzít prostor, který potřeboval. Opustil černou a přešel k barvě. Na druhé straně však cítím u tohoto případu velké rezervy a možnosti, které ještě nebyly využity. Je škoda, že pan M. odešel vždy po momentálním zlepšení svého stavu a nepokračoval dále v terapii. Na příkladu této kasuistiky si uvědomuji důležitost osoby terapeuta v tomto procesu, který by měl vést pacienta více terapeuticky, i přes jeho nechuť zpracovávat zadaná témata a dále s nimi pracovat, aby získal náhled na svůj život a chybné vzorce, které neustále opakuje.

3.1.1.3 Pacienti v akutní fázi onemocnění a po jejím překonání

Do této skupiny patří pacienti s různými diagnózami: afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatomorfni poruchy, specifické poruchy osobnosti atd.

Jedná se většinou o pacienty s vyšším vzděláním, se sociálním zázemím, kteří jsou schopni se o sebe sami postarat. Nepředpokládá se dlouhodobý pobyt. Pacienti sami mají velký zájem na rychlém zlepšení stavu, pochopení svých problémů a vrácení se do běžného života. Spolupráce bývá dobrá. Arteterapii doporučí ošetřující lékař nebo psycholog dle svého uvážení.

Je-li dostatečný počet pacientů vhodných pro skupinovou terapii, sestaví psycholog skupinu. Obvykle čítá 3 až 10 členů, ti dochází jednou týdně na hodinu a půl do ateliéru arteterapie. Většinou tito členové pak přicházejí i ve volném čase na terapii individuální. Vzhledem k malému počtu pacientů a složení skupiny lze používat vedle klasických témat (akční akvarel, koláže moje rodina, já za dva roky a další) také různé alternativní metody a postupy. Jsou to např. skupinová práce společný dům, autoportrét, věž z hlíny. Využívají se pak prstové barvy k pomalování ruky, obličeje, práce s kartami Symbolon a šamanské karty, práce s hlínou (např. nádoba na duši), malování při hudbě atd.

U těchto pacientů je dosahováno dobrých výsledků. Většina z nich se již vícekrát do léčebny nevrátí a ambulantně dochází k psychologovi či psychiatrovi. Arteterapie je u této skupiny oblíbená. Někteří pacienti, kterým arteterapie opravdu

pomohla, zůstávají s námi v kontaktu. Část se jich i nadále věnuje výtvarné činnosti, pravidelně se zúčastňují výstav patientských prací pořádaných léčebnou.

3.1.1.3.1 *Kasuistika pan K.*

Pan K, 42 let, diagnóza F 43,2 – porucha přizpůsobení

Pan K. udává, že jeho obtíže trvají již deset let. Trpí nízkým sebevědomím, úzkostnými stavy, popisuje je jako nesnesitelné svírání v oblasti solaru plexu, také si stěžoval na problémy s vyprazdňováním, měl pocit, že se mu zaneslo tlusté střevo. Všechna odborná vyšetření dopadla dobře. V léčbě je poprvé na doporučení přátel.

Pan K. je člověk s vysokoškolským vzděláním, žije sám v bytě, chodí do zaměstnání a k tomu ještě podniká. Nikdy nebyl ženatý ani neměl žádný vztah. Projevuje se u něj silná závislost na matce, která mu doposud kontroluje život. Otec nikdy nesloužil jako vzor. Pan K. je snadno ovlivnitelný, dá hodně na názory druhých. Jeho život velmi negativně ovlivnila návštěva kartáře před deseti lety. Ten mu „předpověděl“ některé zdravotní obtíže, vztah, na který pak čekal celou dobu. Kartáře se bál a měl pocit, že ho pronásleduje. Před hospitalizací volal denně několik hodin přátelům a potřeboval jejich podporu po telefonu.

Na arteterapii začal chodit na doporučení lékaře, protože hledal nějaký způsob zklidnění. Vzhledem k celkovému stavu a délce trvání obtíží jsme zvolili několik cílů:

- celkové uvolnění a zmírnění obtíží tak, aby byla s pacientem možná další spolupráce (nevydržel dlouho sedět, neustále si stěžoval na nesnesitelné křeče);
- pomoci pacientovi vrátit se co nejrychleji do běžného života,
- přispět k jeho sebereflexi.

Nejprve kreslil tužkou zvířata, předměty a pokoušel se i o obličej a postavy. Snažil se o dokonalost a tato činnost ho na jedné straně uklidňovala, na druhé se nemohl smířit s nedokonalým výsledkem. Tyto kresby působily živě a dokázal dobře vystihnout charakter peří,kůže či srsti (obr. 44). Na jedné kresbě pracoval mnoho hodin a více dní.

Dělalo mu velké potíže s námi mluvit, říkal, že cítí hrozný křeče v oblasti žaludku.



Obrázek 44 Pštros, kresba tužkou



Obrázek 45 Perokresba dle předlohy

Zpočátku byl pan K. v napětí, bylo vidět, že se nachází ve velké nepohodě, pořád dokola vyprávěl o kartáři a strašných 10 letech, které prožil v úzkostech a bolestech.

Sehnal si kresby starých mistrů a pokoušel se je napodobit (obr. 45). Vysvětlila jsem mu, že i tito malíři nějak začínali a že se během doby vypracovali. Také jsem ho upozornila, že kreslit se dá i perem, pastelem a ne jen tužkou. Pan K. se smířil s tím, že „učení z nebe nespádl“ a postupně se přestal orientovat na výsledek. Napětí se zmírnilo, když si řekl, že je jedno, jak to dopadne. Jeho stav se po několika týdnech mírně zlepšil, proto byl s několika dalšími pacienty z jeho oddělení zařazen do „arte“ skupiny, která se koná jednou týdně (tuto skupinu ustanoví psycholog z pacientů ze stejného oddělení na základě obdobných diagnóz či obtíží).



Obrázek 46 Kytice, pastel



Obrázek 47 Chobotnice, akční akvarel

Je vedena dvěma arteterapeuty v ateliéru arteterapie a zpracovávají se témata s ohledem na aktuální situaci ve skupině). Zde zjistil, že není jediný, kdo má problémy, začal více komunikovat s ostatními, také již dovedl nahlas hovořit o svém životě a sám si uvědomoval některé své chyby.

Pak pan K. zkusil kreslit pastelem. Kytice (obr. 46) byla první výtvořem, kde se nedržel přesně předlohy a upůsobil si tvar i barevnost. Rukávem si část rozmazal, ukázala jsem mu, že se toho dá využít a výsledek je dobrý. Převodl si tuto situaci do

svého života a vzpomněl si, že když mu něco nevyšlo podle plánu, tak to byla pro něj tragédie. Uvědomil si, že tuto zkušenost může aplikovat nadále ve svém životě. Květiny znázornil několika rychlými čarami, do kresby se promítla jeho nervozita a momentální stav. Na rozdíl od původní předlohy užil červenou barvu.

Dalším krokem byl akční akvarel (obr. 47). Bylo to poprvé, co pan K. pracoval s náhodou. S výsledkem nebyl spokojen, výtvar nazval Chobotnice. Dále se nechtěl ke své práci vyjadřovat.

I zde se objevily červené skvrny. Bylo patrné, že pacient v sobě dusí emoce, přetlak, úzkost, vztek, může hrozit i nebezpečí, že by agresivitu obrátil proti sobě. Je zde odkaz k orgánové neuróze.

Práce ve skupině byla orientována hlavně na abreakci a uvolnění, zvolili jsme malování při hudbě (obr. 48). Výtvar pana K. připomíná svým rozmístěním barvou zkoušku KTC. Na střed umístil tvar mandaly, není zcela zapouzdřující, kruh není uzavřen. Celý obrázek je tvořen pomocí čárek, což dokazuje přítomnost obsedantních myšlenek.

Další skupinové téma bylo orientované na budoucnost – koláž Já za dva roky (obr. 49). Pan K. koláž popsal tak, že fotografie ženy vlevo představuje jeho velkou touhu po vztahu, chtěl by být jako ti muži uprostřed a zbytek koláže představuje jeho zájmy: cyklistiku, auta, cestování a rodinnou pohodu. Ovšem já jsem tam četla něco jiného. U ženy je nápis absolutně proti. Otázkou bylo, proti čemu vlastně pan K. byl, zda proti vztahu, proti ženám, či matce. Bílá barva oděvu naznačuje, že tato postava ovlivňuje psychiku autora.

Abych získala doplňující informace k produkci, zadala jsem panu K. KTC zkoušku (obr. 50), o které jsem se už výše zmiňovala. Podala jsem mu bílý papír formátu A5 rohem, aby udělal do rohů a středu pět barevných skvrn velikosti dvoukoruny a očísloval pořadí, ve kterém vznikly. Zvolil formát na výšku, což potvrdovalo, že momentálně řeší sám sebe. Celkově působila KTC deprivacním dojmem, barevnost vyvažovala jen červená v pravém rohu. Na první pohled mě upoutal velký tmavě zelený puntík uprostřed, který je posunut směrem nahoru a který byl označen číslem 5.

S panem K. jsme si sedli ke kávě a na základě KTC jsem se snažila vést nenucený rozhovor. Ptala jsem se, zda nyní pociťuje perspektivní tenzi.



Obrázek 48 Malování při hudbě, vodové barvy



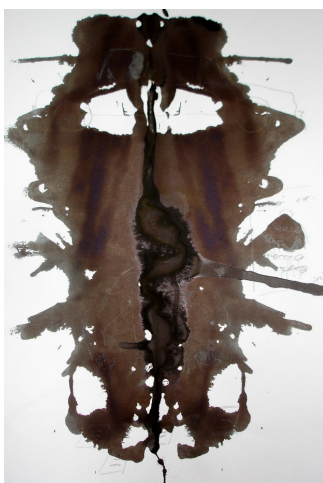
Obrázek 49 Já za dva roky, koláž



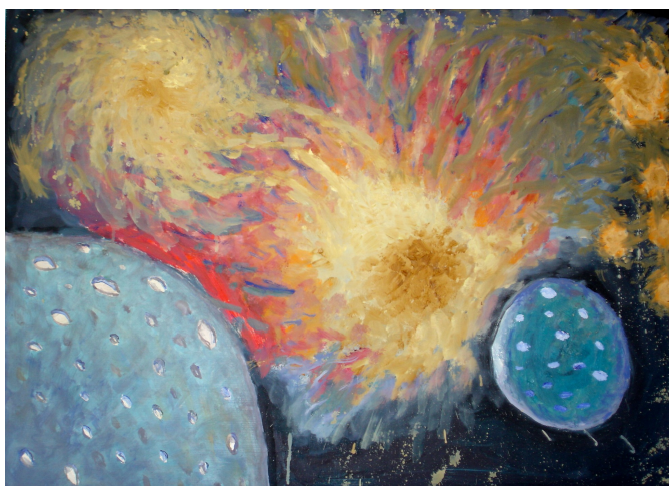
Obrázek 50 KTC, pastelky



Obrázek 51 Obraz mojí duše, prstové barvy



Obrázek 52 Kartář, inkoust



Obrázek 53 Vesmír, olejové barvy

Pacient se rozhovořil o tom, že se necítí na to, aby šel domů, a to byť jen na víkend, přiznal se, že nemůže být ve svém bytě, že má strach, co tomu řeknou lidé, že je v léčebně. Také se obával návštěvy u rodičů, kde se rovněž necítil dobře a v neposlední řadě si dělal starosti, že potká onoho kartáře, který bydlel naproti rodičům, a o kterém si myslel, že ho pronásleduje. U pana K. byl velký neurotický potenciál, všimla jsem si, že si neustále tře plec u ruky. Odpověděl, že už si na tom místě způsobil tvrdý mozol. Další mé otázky se týkaly toho, zda má potřebu unikat z reality a zda řeší vzniklé problémy. Nejprve byl rozpačitý, že se tolik ptám, ale pak se rozhodl, že mi poví vše a doufal v úlevu. Přiznal, že si vytvořil vlastní svět, před realitou se uchýloval k náboženství nebo k esoterice. Problémy si nepřipouštěl a snažil se před nimi utíkat nebo i ujíždět na kole s kamarádem, se kterým si rozuměl. Pak jsem směřovala rozhovor k matce a ženám. Dozvěděla jsem se, že matka trpí paranoiou a neustále kontroluje život svého syna, vyřizuje za něj vše, chodí k němu do bytu, kde také vše organizuje, hlídá účty atd. Přiznával, že to matka myslí dobře a že mu tím na jedné straně život usnadňuje, ale na druhé straně život ničí. Také měl pocit, že matka nikdy nechtěla, aby si našel partnerku. On byl jednou zamilován do zadané dívky a pak si jen vytvářel ideální partnerky ve svých představách, krásné, mladé, se kterými by vytvořil naplňující vztah. Vytvořil si vlastní normy a podle těch pak žil. Pravá strana neboli rovina „Já“ signalizovala tenzi, velký výdej energie, orgánovou neurózu,

sebevyčerpávání, úzkost, mindráky, je zde odkaz k análně sadistickému stádiu. Po tomto rozhovoru byl pan K. naprosto vyčerpaný. Potřeboval si srovnat vše, o čem jsme si povídali. Bylo patrné, že se mu ulevilo, měl radost, že konečně dokázal říci nahlas i nepříjemné věci.

Druhý den přišel a cítil se zmatený, protože očekával, že se teď zlepší i svírání v oblasti solaru plexu, jak říkal. Navrhla jsem mu, aby svůj pocit ztvárnil na papír pomocí prstových barev. Nejprve si do barev namáčel prst a testoval je. Chvilí váhal, pak si natřel dlaně na černo, postavil se a obtiskl je na čtvrtku. Pak s obrovskou vervou kombinoval barvy, sedal si a opět vstával. Najednou si namočil do červené barvy prsty na pravé ruce a rozetřel si ji na obličej, ten pak také obtiskl na papír. Když skončil, byl velmi překvapen, že něco takového dokázal. Požádal mě, zda bych ho mohla vyfotit s nabarveným obličejem a rukama. Bylo vidět, že tentokrát se úleva dostavila. Jeho obličej už neměl strnulý výraz a oči se rozzářily. Výtvor sám nazval Obraz mojí duše (obr. 51). Doporučila jsem mu, aby si na ruce nechal téct vodu a představoval si, jak špatné pocity odtékají spolu s vodou.

Následující den jsme si nad produkcí sedli a povídali jsme si. Pan K. přiznal, že tento výkres byl pro něj zlomový a proces tvorby v něm něco dal do pohybu. Požádala jsem ho, aby popsal obrázek. Našel tam jakéhosi panáčka, který se usilovně něčemu brání. Na otázku čemu, váhavě řekl, že asi všemu. Postavička má v místě genitálií tmavě zelenou barvu a vykřičník. Zeptala jsem se opatrně, zda nemá nějaké problémy v sexuální oblasti. Pan K. se přiznal, že nemá žádné sexuální zkušenosti, a to je právě obrovský problém, od kterého se odvíjejí další. Sexuální styk by si přál, ale je nesmělý, představuje si to jen ve snech. Jelikož nikdy neměl známost, okolí si dělá starosti o jeho sexuální orientaci. Dále jsme se bavili o pubertě, ptala jsem se, zda nemá nějaký nedořešený konflikt z tohoto období. Pan K. přemýšlel, ale pak zjistil, že vlastně ani pubertu neprožil, vzpomněl si, jak seděl u babičky a hrozně se mu nechtělo stát se dospělým.

Pan K. se stal sdílnějším a byl rád, že konečně může o svých pocitech a problémech hovořit. Bavila ho i arteterapie a přiznával, že mu pomáhá. Všimla jsem si, že má velkou představivost a dovede asociovat. Svěřil se, že má pořád ještě takový

stísněný pocit, jako by ho tížila mokrá deka. Napadlo mě, že máme k dispozici stará vyřazená prostěradla. Jedno jsem symbolicky namočila a dala přes pana K. Ten chvíli seděl a soustředil se na svůj pocit, pak se zeptal, co má udělat. Odpověděla jsem mu, že je to jeho pocit a ať udělá, co si myslí, že je správné a mohlo by mu pomoci. Prostěradlo ze sebe sundal a zeptal se, zda ho může roztrhat. Souhlasila jsem. Pustil se do trhání a celé prostěradlo natrhal na malé kousky látky. Byl překvapen, že to nebylo až tak těžké a že z velkého kusu (tedy problému) zbyla malá hromádka. Hadříky jsme dali usušit na topení s tím, že budou složit všem k utírání štětců. Pan K. byl nadšen, že jeho mokrá deka poslouží účelně i ostatním. Hned přemýšlel, jak si tuto zkušenost může převést do života a přišel na to, že se musí postavit na vlastní nohy a začít řešit své věci sám a nespolehat se na maminku, musí to roztrhnout. Také zjistil, že to dokáže, když chce a není to zas tak těžké.

Pan K. po této zkušenosti odjel na víkend na dovolenku domů. Ověřil si, že mu stále ještě působí potíže být sám ve svém bytě, navštívil rodiče a matce řekl, o svých pocitech, že dělá vše za něj a že je proti tomu, aby měl vztah. Matka byla velmi překvapena. Pan K. ale udělal obrovský pokrok. Nezbavil se však strachu a úzkosti z kartáře.

Hned v pondělí přišel na arteterapii a zajímal se o to, zda se s tím dá něco dělat. Požádala jsem tedy pana K., aby kartáře nějak výtvarně spodobnil, abych měla představu, kdo mu působí takové starosti. Vzal si čtvrtku formátu A3 a tužku. Nakreslil postavu muže sedícího u kulatého stolu, na němž jsou rozloženy karty. Nahoru přikreslil ještě auto a v něm onoho muže, měl totiž pocit, že ho pronásleduje i v autě. Zeptala jsem se, zda pan K. zná staré čínské přísloví „dej drakovi jméno a přemůžeš ho“. To byla přesně naše situace, když pan K. ztvárnil svého „pronásledovatele“ musel uznat, že není opravdu se čeho bát, kartář nevypadal nijak nebezpečně. Ptala jsem se, co chce s obrázkem udělat. Rozhodně ho nechtěl roztrhat, přemýšlel o založení do desek, ale nakonec pronesl, že ho chce polít inkoustem. Vzal si lahvičku inkoustu a opatrně kapal na karty a kartáře, nakonec ho vyilil na čtvrtku větší množství a tu pak přehnul. Vznikl monotyp (obr. 52). Výkres jsme nechali uschnout a odpoledne s ním dále pracovali. Objevila se tam jakási postavička, která měla velké oči, skvrna

uprostřed těla připomínala trávicí trakt, táhla se od hlavy až do místa genitálií. Navíc to vypadalo, jako když se panáček pomočil. Pan K. nevěřil svým očím, že tohle je tedy celých jeho deset let úzkostí, strachu a potíží. Napadlo mě k tomu několik rčení, že strach má velké oči a strachy se „počůrat“. Došlo mu, že vše je jenom v jeho hlavě a to mu pak způsobuje zažívací i sexuální potíže. Pan K. tento obrázek zpracovával dlouho. Potřeboval hodně mluvit o všem a srovnávat si myšlenky, proto jsme další témata nezačínali. Všimla jsem si, když dělal obr. 51, že si neustále stoupal. Nabídla jsem mu práci u stojanu. Přinesl si fotografii vesmíru. Dala jsem mu velkou desku a olejové barvy, chtěla jsem, aby zpracoval velkou plochu. Předlohy se příliš nadržel. Nakonec z toho vznikla jakási exploze ve vesmíru (obr. 53). Pan K. to komentoval, že přesně taková exploze musí nastat v jeho hlavě a pak bude uzdraven.

Pan K. dělal rychlé pokroky. Pomáhali mu i ostatní pacienti, kteří s ním šli do města koupit nový šatník (lpěl totiž na starých věcech a nosil dvacet let staré zašíváné hadry). Také pravidelně přinášel do ateliéru přečtené noviny, dříve je archivoval. Rozhodl se, že se konečně postaví na vlastní nohy, pořídí si vlastní bydlení a byt vrátí rodičům. Také se rozhodl řešit své sexuální problémy a neodžitou pubertu (nechal si obarvit vlasy).

Zhodnocení: s panem K. byla velmi dobrá spolupráce. Měl opravdový zájem řešit své obtíže. Arteterapie se pro něj ukázala jako velmi vhodná a účinná metoda. V krátkém čase bylo dosaženo viditelných výsledků. Pan K. byl spokojen, že může konečně po deseti letech prožívat kvalitnější život. I po propuštění z léčebny však počítal s ambulantní léčbou.

3.1.2 Další možnosti využití arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty

Arteterapie V PLD se neomezuje jen na rámec léčebny, ale snažíme se proniknout i „za ploty“.

Každé dva roky pořádáme výstavu pod názvem Cesty. Tento název má hned několik významů: Chceme najít cestu patientského umění mezi lidmi, každý pacient má svoji cestu, kterou musí ujít, aby zvítězil nad svou nemocí, přejeme si, aby si i divák našel cestu k psychicky nemocným prostřednictvím jejich artefaktů.

Pacientské práce vystavujeme také na různých akcích jako je festival Mezi ploty, různé lékařské přednášky a konference apod.

Další motivací pro pacienty je výzdoba oddělení. Hlavně pro chronické pacienty je velmi motivující, když jsou požádáni, aby přinesli nějaký obrázek na výzdobu oddělení. Někteří již mají na chodbách či pokojích celé své sbírky. Výzdoba se však týká i ostatních členů ateliéru, protože několikrát do roka zdobíme i naše pracovní prostory. Máme zde také expozici prací, kterou neustále obměňujeme.

Důležité místo zaujímá vánoční období. Nejen že se připravuje vánoční výzdoba, peče se cukroví, ale vyrábí se papírové ozdoby na stromček, výzdoba oken, vánoční dekorace, přáníčka a malé dárečky. Mnoho pacientů zůstává na vánoce v léčebně (někteří již řadu let) a proto se snažíme navodit co nejpříjemnější atmosféru a alespoň trochu vynahradit chybějící rodinu.

Arteterapie v PLD má ještě další možnosti využití. V poslední době jsme začali spolupracovat s dětským oddělením a zúčastnili jsme se dvou dětských výtvarných soutěží.

Zde jsem si uvědomila, jak je dobré spojit zkušenosti arteterapeuta a učitele. Do budoucna počítáme s rozšířením spolupráce.

Arteterapie není omezena diagnózou, věkem, délkou pobytu, dá se aplikovat v různých formách u každého pacienta, který má zájem. Některé ukázky aktivit uvádím v obrazové příloze na konci práce.

3.1.3 Osobnost terapeuta v procesu arteterapie

Jak již napovídá samotné složení slova arteterapeut, měl by být ten, kdo tuto profesi vykonává vzdělaný v oboru arte- umění a v terapii - léčbě. Důležité jsou znalosti psychologie, psychiatrie ale i pedagogiky, dějin umění, teorie barev, výtvarných technik apod. Velkým přínosem je, když také sám výtvarně tvoří.

Za dobu svého působení v ateliéru arteterapie jsem si uvědomila, jak je důležitá osobnost terapeuta v celém tomto procesu. Na osobu arteterapeuta jsou kladeny velké nároky. Musí mít organizační talent, aby koordinoval pacienty, kteří se denně schází v ateliéru, kteří jsou z různých oddělení, mají různé diagnózy a také různé časové

rozvrhy. Žádný pacient nesmí mít pocit, že je opomíjen nebo není pro terapeuta důležitý, na druhé straně však musí chápat, že někdo potřebuje momentálně větší péči než ostatní. Je pak na terapeutovi, aby posoudil priority a všem to také uspokojivě vysvětlil.

Terapeut stanovuje individuální cíle a následně vytváří plán pro každého pacienta vzhledem k jeho momentálnímu stavu, diagnóze, schopnostem a možnostem. Je na něm, aby také zhodnotil pacientův zájem o léčbu a terapii a v zbytečně nevynakládal energii na někoho, kdo o to nejví zájem.

Aby vztah mezi terapeutem a pacientem fungoval, je důležitá terapeutova schopnost empatie, důvěra, rovnocennost a úcta k pacientovi, snaha vidět jeho úhel pohledu. Dále je důležitá kreativita, schopnost motivovat ostatní. Na druhé straně však terapeut musí dávat pozor na tendence manipulace ze strany pacientů. Také je důležité, aby dokázal důrazně říci ne.

Terapeutický vztah má smysl tehdy, když se zároveň s pacienty mění i terapeut a není přesvědčen o své bezchybnosti a dokonalosti. Je důležité, aby pacienty vnímal jako někoho, od koho se může také něco naučit.

4 Výsledky

4.1 *Shrnutí výsledků a zkušeností*

V teoretické části práce jsem se zabývala vymezením pojmu arteterapie a uvedla jsem několik jejích definic od různých autorů, také jsem se zmínila o arteterapii v Čechách. Velkou část své práce jsem věnovala skupinové a individuální arteterapii v PLD. Nejpočetnější skupinou, u které je využívána arteterapie, jsou pacienti závislí na alkoholu. Na několika praktických ukázkách jsem přiblížila nejvíce používaná témata a práci s nimi.

V další části teorie se zabývám pojmem psychiatrický pacient a nejčastějšími psychickými poruchami u pacientů, kteří navštěvují ateliér arteterapie. Ponejvíce je u nich diagnostikována schizofrenie a závislost na psychoaktivních látkách či alkoholu. Považovala jsem za vhodné se těmito diagnózami zabývat podrobněji a specifikovat je. Také upozorňuji na charakteristické rysy tvorby schizofreniků a drogově závislých.

Téma „Možnosti arteterapie při práci s psychiatrickými pacienty“ je velmi rozsáhlé a nabízí řadu možností zpracování. Rozhodla jsem se jej zpracovat z pohledu délky hospitalizace pacientů. V praktické části se věnuji rozdělení pacientů podle délky pobytu v PLD na chronické, středně chronické a pacienty v akutní fázi onemocnění a po jejím překonání.

Pro každou skupinu jsou charakteristické určité diagnózy, které se u pacientů vyskytují nejčastěji (zabývám se pouze pacienty, kteří navštěvují nebo navštěvovali arteterapii). K tomuto rozdělení pak uvádím kasuistiky, kde demonstruji průběh terapie v různě dlouhých časových intervalech s pacienty s různými diagnózami. Vždy uvádím věk, diagnózu a základní údaje o pacientovi a jeho zdravotním stavu, sociální a rodinné situaci. Pro každého pacienta jsou individuálně stanoveny cíle terapie vzhledem k jeho možnostem, schopnostem, diagnóze a potřebám. Dále pak popisují průběh terapie, který dokládám výtvarnou produkcí pacienta. Ukazuji výtvarný i osobnostní posun.

Chroničtí pacienti tvoří nejpočetnější skupinu a jejich zastoupení v ateliéru je přibližně jedna polovina. Nejčastější diagnóza je schizofrenie. Někteří docházejí pravidelně téměř každý den, jiní se zastaví jen občas, u dalších se střídají aktivní

období s pasivními, kdy nechodí skoro vůbec, nebo jen na návštěvu, ale netvoří. U všech těchto pacientů je důležitý pocit sounáležitosti a to, že „někam patří“. Z terapeutického hlediska je přínosné už jen to, že se musí ráno obléci a opustit oddělení. V ateliéru se setkávají s různými lidmi a to vede k jejich stimulaci a rozšiřování rozhledu. Jako příklad jsem vybrala kasuistiku paní J. Není sice typickou představitelkou této skupiny, co se diagnózy týká, ale právě vliv prostředí a skupiny vedl u ní k velkému posunu. S paní J. jsem pracovala tři roky, za tu dobu vznikly desítky prací. Do kasuistiky jsem zařadila ty, na kterých je vidět přechod od jednoduchých kreseb pastelkami či vodovými barvami až k složitějším námětům zpracovaných temperou. Rovněž se snažím ukázat vliv sociálních vztahů na výběr a zpracování tématu. Po třech letech systematické práce, byla paní J. přeřazena na uzavřené oddělení a nemohla již docházet na arteterapii. Také byl v této době ukončen její dlouhodobý vztah s pacientem, který byl propuštěn domů. I tyto změny se výrazně projeví v produkci paní J.

Druhou skupinou jsou pacienti středně chroničtí. Ti mívají často za sebou i několik různě dlouhých pobytů. Jejich sociální situace je výrazně lepší než chronických pacientů, jsou schopni se o sebe do jisté míry postarat sami. Mezi nejčastější diagnózy u těchto pacientů patří schizofrenie, závislost na psychoaktivních látkách a bipolární afektivní porucha. Nezřídka se stává, že schizofrenie byla vyvolána použitím psychoaktivních látek. I z této skupiny na arteterapii dochází velký počet pacientů při každém jejich pobytu v PLD. Spolupráce s touto skupinou je nejtěžší. Nejčastěji se jedná o pacienty, kteří trpí syndromem závislosti na psychoaktivních látkách. Většina z nich se také zabývá výtvarnou činností (jsou zde i profesionální výtvarníci) a o terapii mají pramalý zájem. Do léčebny si přicházejí „odpočinout“ a i nadále počítají s užíváním psychoaktivních látek. Profesionální výtvarníci pak pokračují ve své volné tvorbě. Často se stávají velkou inspirací a povzbuzením pro druhé pacienty, zvláště chronické.

Z této skupiny jsem záměrně vybrala dvě kasuistiky - pana P., u něhož byla diagnostikována schizofrenie a pana M., který trpěl syndromem závislosti na psychoaktivních látkách. Kasuistika pana P. je provázána s kasuistikou paní J. Oba

navštěvovali arteterapii ve stejném období a navzájem se ovlivňovali. Pan P. ani paní J. nebyli nikterak výtvarně poučeni. Dokumentuji výtvarný i sociální posun pana P. od zapouzdřujících mandal, přes kresby tužkou až po práce, kde je téma zpracováno temperou a současně přechod od člověka žijícího jen s Bohem mimo realitu až po člena kolektivu, který spolupracuje s ostatními. Kasuistika pana M. ukazuje proces tvorby pacienta závislého na psychoaktivních látkách, který se během pěti let vrátil několikrát. V různých časových obdobích můžeme sledovat jeho výtvarný přechod od útržkovitých skic až po velkoformátové obrazy, od černých a šedých tónů až po pestrobarevné kompozice a konečně posun od polorozpadlých obličejů až k schematickým pokusům o postavu. Ani pan M. neprošel žádnou výtvarnou průpravou. Během hospitalizací došlo k posunu osobnostnímu i výtvarnému.

Třetí skupinu tvoří pacienti v akutní fázi onemocnění a po jejím překonání. Na arteterapii dochází spíše pacienti, kteří již akutní fázi onemocnění překonali. Tato skupina zahrnuje pacienty většinou z dobrých sociálních podmínek, kteří se dostali do těžké životní situace nebo situaci dlouhodobě neřešili a ta vyústila až v hospitalizaci. Nejčastějšími diagnózami jsou: afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatomorfní poruchy, specifické poruchy osobnosti. S touto skupinou pacientů je velmi dobrá spolupráce, jsou motivováni k léčbě. Doba hospitalizace obvykle trvá tři měsíce, v případě potřeby se prodlužuje až na šest měsíců. Z této skupiny pacientů jsem vybrala kasuistiku pana K. Během krátké doby udělal velký pokrok a arteterapie byla pro něj účinná a přínosná metoda.

Pan K. chtěl kreslit, ale měl nejprve problém s tím, že by měl vytvořit něco nedokonalého. Pak však začal spolupracovat, snažil se zpracovávat zadaná témata, asociovat a velmi rychle získával náhled na svůj život, chybné vzorce, které pořád dokola opakoval. Uvědomil si, že jeho představy neodpovídají realitě. Pan K. se nebránil žádným alternativním technikám a přicházel i s vlastními nápady.

K panu M. jsem zpočátku měla ještě přístup učitele a těšila se z jeho výtvarných pokroků. K panu K. jsem již zaujala postoj terapeutický. Snažila jsem se s ním ztvárňovat hlavně tematické okruhy, které by přispěly k získání náhledu na jeho osobu, celkovou situaci a vrátily ho do reality. Snažila jsem se využít veškerý volný čas pro

terapeutickou práci a analyzování vzniklých artefaktů. Také jsem použila některé alternativní postupy, které se mi zdály vhodné a korespondovaly s asociacemi pana K. Respektovala jsem však i zájem, který pan K. projevoval o kresby podle předlohy. Doporučila jsem mu v nich pokračovat na oddělení a hotové věci vždy přinést do ateliéru ke konzultaci. Pan K. byl velmi vnímavý a hodně mu záleželo na tom, aby mohl žít plnohodnotný život. Pochopil, že největší problém není venku, ale v něm samotném. Také přišel na to, že před sebou nikam neuteče a že mu tedy nezbývá nic jiného než situaci řešit. Jako nejvhodnější a nejúčinnější sám označil arteterapii. Pro srovnání měl více alternativních metod, které během několika let, co přetrvávaly jeho potíže, vyzkoušel. S panem K. byla velice dobrá spolupráce a myslím, že byla přínosná jak pro něj, tak pro mne.

V následujících částech práce se zmiňuji o dalších možnostech využití arteterapie v PLD a konečně o důležitosti osobnosti arteterapeuta v celkovém procesu arteterapie.

Pro upřesnění jsem do přílohy zařadila několik fotografií z PLD, z ateliéru arteterapie a výstav prací pacientů.

5 Závěr

5.1 Závěrečné zhodnocení

Při psaní této práce jsem si stanovila několik cílů. Hlavními cíli bylo zmapování arteterapie v Psychiatrické léčebně v Dobřanech a srovnání možností arteterapie při práci s pacienty v závislosti na čase. Dalším cílem pak bylo stanovení důležitosti osoby terapeuta v procesu arteterapie, rozdíl mezi učitelem výtvarné výchovy a arteterapeutem.

Arteterapie má v PLD dlouholetou tradici a zaujímá při léčbě psychických onemocnění důležité místo. Jelikož je kapacita ateliéru i arteterapeutů omezena, týká se jen některých pacientů.

Nejpočetnější skupinu tvoří pacienti závislí na alkoholu. Ti mají skupinovou terapii hodinu týdně a počet pacientů ve skupině bývá až 16 členů, dá-li se zde o terapii vůbec hovořit. Tato činnost je pro terapeuta náročná a výsledky práce často neodpovídají, při tak velkém počtu účastníků, představám a vynaloženému úsilí. Čas, vymezený na každého člena skupiny, je značně omezen, když připočteme, že ne každý pacient je hned vždy ochotný na sebe něco prozradit nebo má problémy mluvit před kolektivem, zjistíme, že terapeut často ani nezíská všechny potřebné a často velmi důležité informace o všech pacientech. Také je velmi náročné u tak velkého počtu lidí, které vidíme jednou týdně a kteří se neustále obměňují, zapamatovat si všechny údaje, které by vedly k jejich posunu.

V léčebně právě probíhá rekonstrukce nového oddělení pro pacienty se závislostí na alkoholu. Bylo by přínosné vypracovat návrh na rozšíření arteterapie pro tuto skupinu, kde by se navýšil počet hodin, terapie probíhala vícekrát týdně a snížil se počet účastníků ve skupině. Bylo by potřebné zpracovat více témat, jít více do hloubky problémů spojených s pitím, analyzovat vzniklé artefakty a pomoci utvořit pacientům náhled na jejich osobu, vztahy, realitu a jejich místo v ní. U této skupiny pacientů vidím obrovské rezervy v možnosti využití arteterapie.

Další početnou skupinu tvoří chroničtí a středně chroničtí pacienti. Tito pacienti jsou hospitalizováni dlouhodobě nebo se pravidelně vrací. Práce s nimi je postavena na

individuálním přístupem. Na kasuistikách paní J. a pana P. se potvrdilo, že dlouhodobá systematická práce s pacientem přináší výsledky, které jsou viditelné teprve po letech. Také se ukázala důležitost změny prostředí pro chronické pacienty, kteří se v ateliéru setkávají s jinými lidmi a ti mohou pro ně být novou inspirací, co se námětu nebo výtvarných prostředků či techniky týká. U těchto dvou kasuistik je vidět i vzájemné ovlivnění výtvarného projevu obou pacientů, kteří se po dobu několika let potkávali v ateliéru arteterapie.

Při psaní této práce jsem si uvědomovala, že hlavním motorem celého arteterapeutického procesu je osobnost arteterapeuta. Pacienti si často malují sami pro sebe na oddělení, ale arteterapie začíná až v momentě, kdy dochází k interakci mezi terapeutem a pacientem, kdy začnou společně něco vytvářet a o vzniklém díle komunikovat, když pacient získává díky své produkci a díky terapeutovi náhled na sebe a svou situaci. Terapeut pacienta usměrňuje a vede, odhaduje jeho možnosti a snaží se o jeho posun výtvarný i osobnostní. To mnohdy vyžaduje od arteterapeuta nekonečnou trpělivost. Ovšem není větší odměna, než když se pacient vrátí do normálního života a dává o sobě vědět, že pořád ještě „funguje“.

Na místo arteterapeuta jsem nastupovala s pedagogickým a výtvarným vzděláním. S odstupem času vidím, jak jsem se postupně díky studiu měnila já, měnila se i arteterapie a změna se přenášela i na pacienty. V počátcích jsem se radovala, když někdo udělal „hezký obrázek“, dnes se raduji, že naopak líbivé věci dělat přestal.

V mé terapeutické práci byla důležitá kasuistika pana M. Při jeho prvním pobytu v roce 2003 jsem považovala za úspěch, že dokázal dodělat obrázek, že zvládnul větší formát a konečně, že se zúčastnil výstavy patientských prací. Pan M. se skutečně posunul výtvarně i osobnostně, zvedlo se mu sebevědomí, zlepšila se komunikace. Při dalším pobytu dokonce přešel od šedé a černé barvy k pestrým kompozicím. Zde však jeho terapie skončila, protože obrazy dělal jen pro pochvalu ostatních. Výtvary se podobaly jeden druhému. Také při dalších pobytech vždy dělal celé řady tematicky podobných obrazů. Do léčebny se pak vracel jako „uznávaný malíř“, který si tam svoji tvorbou získal příznivce, kteří obdivovali jeho tvorbu. V tomto momentě bylo těžké ho přimět, aby začal zpracovávat zadaná témata, která bychom společně analyzovali

a hledali východisko z jeho situace. Tuto možnost jsem mu sice nabídla, ale on ji odmítl s tím, že terapii přeci dělá tím, že maluje své obrazy a u nich se odreaguje.

Právě kasuistika pana M. mi pomohla v mé další práci a ukázala mi, jakých chyb se mám vyvarovat. Tuto zkušenost jsem využila v kasuistice pana K., která se v něčem podobala té pana M. Mezi oběma případy se dá vysledovat jistá paralela. Právě na této podobnosti jsem chtěla ukázat i můj rozdílný přístup k oběma pacientům na základě časového odstupu a získaných vědomostí a zkušeností. Ačkoli oba pánové vyšli z zcela rozdílných sociálních poměrů a oba mají i v současnosti rozdílnou životní úroveň i společenské postavení, jejich život od samého počátku negativně ovlivnila rodina. V případě pana M. matka, která se nestarala a zcela chybějící otec, v druhém případě matka, která se starala přes příliš a nefunkční otec. Dále je jim společný přirozený výtvarný talent, který objevily teprve v PLD. Oba se dovedli při výtvarné činnosti odreagovat a uvolnit. Také pana K. těšil obdiv pacientů a zvyšoval mu sebevědomí. V tomto případě jsem již hned z počátku vysvětlila pacientovi, že abreakce a uvolnění jsou sice důležité, ale nejsou jediným cílem terapie. Důležitá je práce s vlastními výtvarnými artefakty. Měla jsem na paměti pana M., který sice dosáhl jistého výtvarného posunu, zvedlo se mu sebevědomí, zažil si svou chvíli slávy a chvály, ale nebyl schopen sebereflexe. U pana K. se podařilo oddělit terapeutickou práci od volné tvorby. Byl schopen sebereflexe a v poměrně krátkém čase se vrátil zpět do reálného života. Také si byl vědom toho, že pobyt v PLD byl jen začátek a on bude muset ještě dlouho na sobě pracovat, než se naučí žít „normálním životem“.

Myslím, že cíle, které jsem si stanovila ve své bakalářské práci, se mi splnit podařilo. Doufám, že ti kdo budou tuto práci číst a s psychiatrickými pacienty pracují, zde najdou nějaké přínosné informace pro svou další práci a ti, kdo jsou z jiných oborů, získají přehled o tom, jak arteterapie probíhá v tak velkém zařízení jako je PLD.

Tato bakalářská práce mi pomohla si uvědomit možnosti, které arteterapie skýtá při práci s psychiatrickými pacienty, ale i to, že záleží na nás arteterapeutech, jaké místo bude arteterapie v budoucnu zaujímat a jakým směrem se bude ubírat.

6 Seznam použité literatury

- Campbellová, J. Techniky arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80-7178-204-1
- Dörner K., Plog U. Bláznit je lidské. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
- Fink, V. 120 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-2000. 1. vyd. Dobřany: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2000. 84 s.
- Foucault, M. Psychologie a duševní nemoc. 1. vyd. Praha: Dauphin, 1997. 114 s. ISBN 80-86019-30-6
- Höschl C. a kol. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1997. 176 s. ISBN 80-85526-64-6
- Jebavá, J. Úvod do arteterapie. Praha: arlova univerzita, 1997.
- Liebmann, M. Skupinová arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3
- Malá, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3
- Marhounová J., Nešpor K. Alkoholici, fetišáci a gambleři. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8
- MKN – 10 Duševní poruchy a poruchy chování. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 306 s. ISBN 80-85121-44-1
- Motlová L., Koukolík F. Schizofrenie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3
- Nešpor, K., Müllerová M. Jak přestat brát drogy. 4. vyd. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2004. 144 s.
- Nešpor, K. Zůstat střízlivý. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 240 s. ISBN 80-7294-206-9
- Netík, K. a kol. K osobnosti kriminálního toxikomana. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1990. 115 s. ISBN 80-85121-25-5
- Perout, E. Arteterapie se zrakově postiženými. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2005. 152 s. ISBN 80-903247-9-7
- Praško, J. a kol. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Informtorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-

002-4

Raboch, J., Pavlovský, P. Psychiatrie. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. 208 s. ISBN 80-7254-156-0

Radimský, M. a kol. Psychiatrie I. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 176 s. IBSN 80-7013-218-3

Roder, V. Schizofrenie. 1. vyd. Praha: Triton, 1993. 176 s. ISBN 80-901521-3-9

Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9

Stibůrek, M. Arteterapie, artefaktika – podoby, obsah, hranice, role, cíle. In Současná arteterapie. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000. 200 s. ISBN 80-7290-004-8

Syříšřová, E. a kol. Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989. 236 s.

Syříšřová, E. a kol. Skupinová psychoterapie psychotiků. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 169 s.

Šicková-Fabrice, J. Základy arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0

Vacek, J. O nemocech duše. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1996. 416 s. ISBN 80-204-0535-6

Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

7 Klíčová slova

Arteterapie, arteterapeut, pacient, schizofrenie, závislost na psychoaktivních látkách, kazuistika

8 Přílohy



Park s fontánou v areálu Psychiatrické léčebny v Dobřanech



Areál Psychiatrické léčebny v Dobřanech



Pohled do meditační zahrady



Budova ateliéru arteterapie



Vchod do ateliéru



Ateliér arteterapie



Koutek pro odpočinek



Ateliér arteterapie



Výstava prací pacientů PLD „Cesty VII“ v prostorách plzeňské radnice



Detail výstavy



Detail výstavy



Diváky výstava zaujala



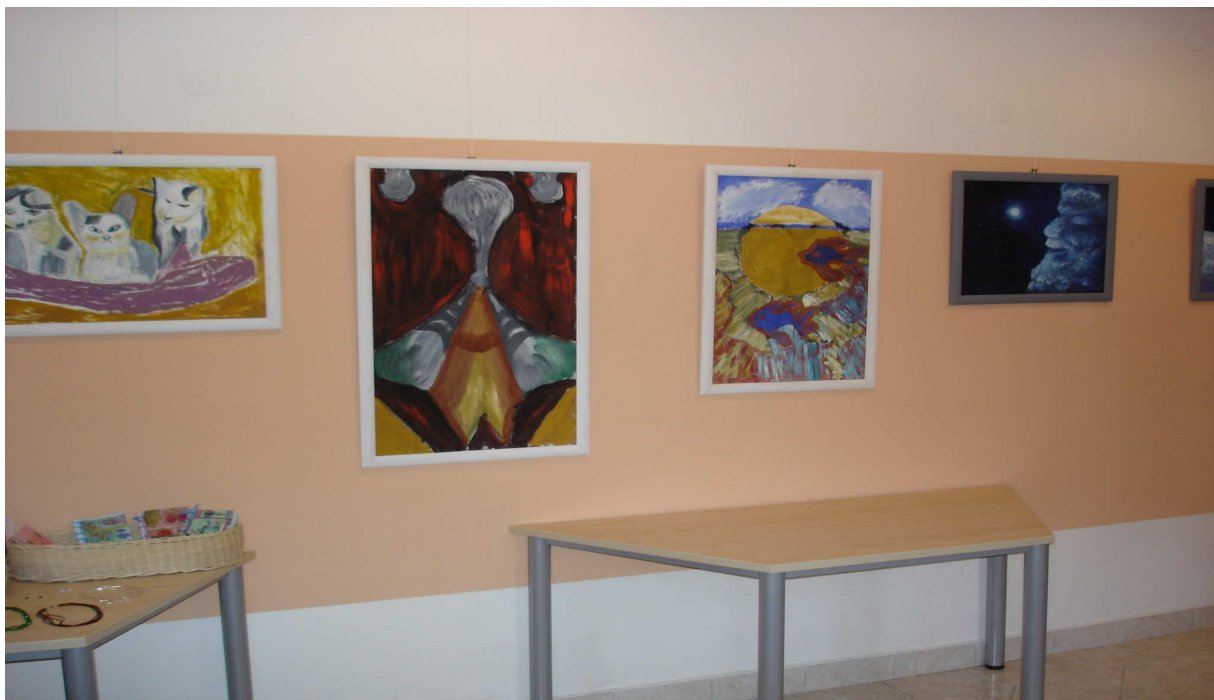
Výstava patientských prací v I – centru v Dobřanech



Detail výstavy



Výstava byla doplněna výrobky pacientů docházejících na ergoterapii



Na malé ploše vystavovali různí autoři



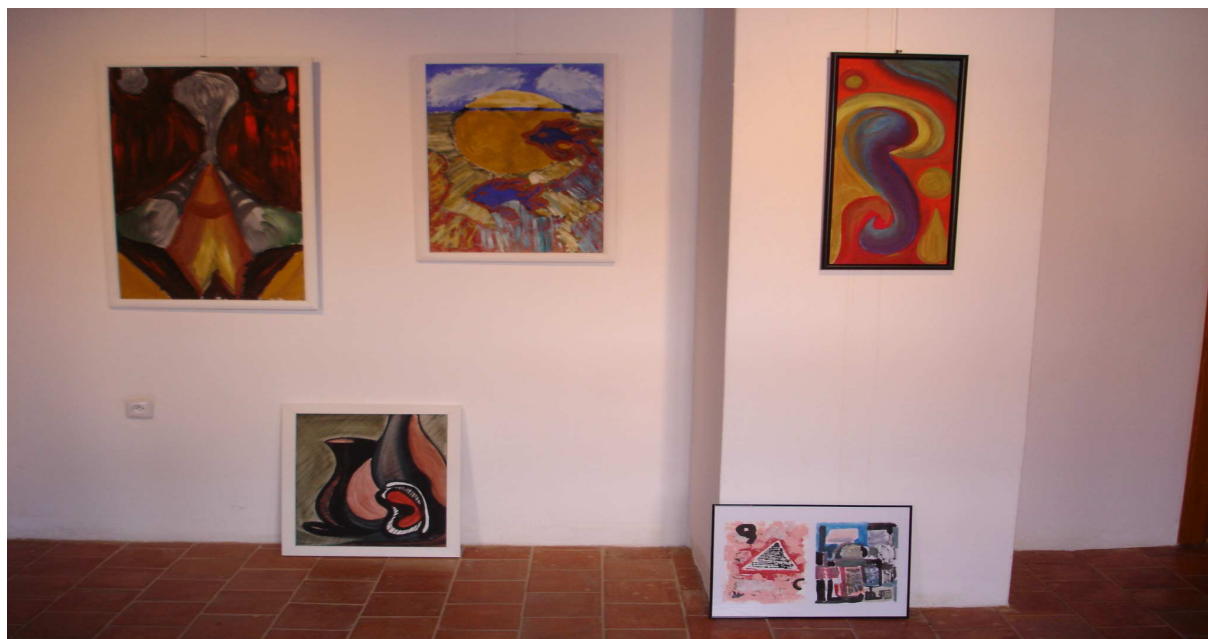
Výstava prací pacientů „Cesty VI“ v muzeu ve Stříbře



Obrazy arteterapie byly doplněny výrobky ergoterapie



Detail výstavy



Detail výstavy