



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Ateliér arteterapie

Bakalářská práce

Odras Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu

Vypracovala: Mgr. Miroslava Jonášová
Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

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

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

Datum

Podpis studenta

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí mé práce Mgr. Janě Kouřilové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost při vedení bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat staniční sestře AC Filipov o. p. s. Janě Průchové za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů. Můj velký dík patří i klientům výše zmiňovaného zařízení a v neposlední řadě i mojí rodině. Bez těchto lidí by má práce nikdy nevznikla.

.....

Podpis

NÁZEV:

Odraz Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu

AUTOR:

Mgr. Miroslava Jonášová

KATEDRA (ÚSTAV)

Ateliér arteterapie, JCU

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

ABSTRAKT:

Bakalářská práce „Odraz Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu“ je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a popisuje problematiku Alzheimerovy choroby a možné terapie, které jsou pro tyto osoby vhodné. Patří sem i arteterapie s osobami trpícími touto chorobou a popis výtvarných technik a materiálu, které jsou při tomto typu nemoci vhodné. První část práce uzavírá kapitola věnující se rysům Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu popisovaným v literatuře.

Druhá část práce je praktická a popisuje moje působení jakožto terapeutky v Alzheimercentru Filipov o. p. s. Obsahuje kapitoly, které uvádí, jak arteterapie v tomto zařízení probíhá, jaké jsou rysy Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu nemocných a jak se progres choroby promítá do výtvarné tvorby.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Alzheimerova choroba, arteterapie, výtvarný projev

TITLE:

Reflection of Alzheimer's disease in graphic display

AUTHOR:

Mgr. Miroslava Jonášová

DEPARTMENT:

Atelier of Art therapy

SUPERVISOR:

Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

ABSTRACT:

Bachelor's work "Reflection of Alzheimer's disease in graphic display" is divided into two parts. First part is theoretical and describes the issues of Alzheimer's disease and possible therapies, which are suitable for these persons. Here belongs also the Art therapy with persons who suffer from this disease and description of graphic techniques and materials, which are suitable at this type of illness. The first part is ended by the charter, which describes the outlines of Alzheimer's disease in graphic display mentioned in a literature.

The second part of the work is practical and describes my experience as a therapist in the Alzheimercenter Filipov o. p. s. It contains chapters, which mention how the Art therapy in this facility is going on, what are the outlines of Alzheimer's disease in graphic display of patients and how the progress of the disease is projected into the graphic creation.

KEYWORDS:

Alzheimer's disease, Art therapy, graphic display

OBSAH

1. ÚVOD.....	7
2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....	8
2.1 Cíle teoretické části.....	8
3. ALZHEIMEROVA CHOROBA (AD).....	9
3.1 Projevy Alzheimerovy choroby.....	10
3.2 Stadia Alzheimerovy choroby.....	14
3.2.1 Lehká demence.....	14
3.2.2 Středně těžká demence.....	14
3.2.3 Těžká demence.....	15
4. AKTIVIZACE A TERAPIE U OSOB S AD.....	16
5. VYUŽITÍ ARTETERAPIE V PÉČI O OSOBY S AD	21
6. ARTETERAPIE U SENIORŮ S KOGNITIVNÍM DEFICITEM, S AD.....	23
6.1 Výtvarný materiál vhodný pro práci s osobami s AD.....	24
6.2 Metody arteterapie vhodné pro práci s osobami s AD.....	26
6.2.1 Imaginace.....	26
6.2.2 Animace.....	26
6.2.3 Koncentrace.....	27
6.2.4 Rekonstrukce.....	27
6.3 Výtvarný projev osob postižených AD.....	27
7. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE.....	29
7.1 Cíle praktické části.....	29
8. ALZHEIMERCENTRUM FILIPOV o. p. s.....	30

9. ARTETERAPIE S KLIENTY V ALZHEIMERCENTRU FILIPOV o. p. s...	31
9.1 Počáteční arteterapeutická sezení.....	31
9.2 Příprava arteterapeutické místnosti.....	33
9.3 Cíle arteterapie.....	33
9.4 Nástroje diagnostiky v rámci arteterapie.....	34
9.5 Výtvarná témata, techniky a materiál.....	36
9.6 Formy arteterapie.....	41
9.6.1 Individuální terapie.....	41
9.6.2 Skupinová terapie.....	41
9.7 Příklady z praxe.....	43
9.7.1 Imaginace.....	43
9.7.2 Animace.....	44
9.7.3 Individuální terapie	45
10. RYSY VÝTVARNÉ TVORBY U VYBRANÝCH KLIENTŮ.....	46
10.1 Barevnost, preference barev.....	46
10.2 Charakteristické rysy ve výtvarné tvorbě.....	50
11. PROGRES CHOROBY ČITELNÝ VE VÝTVARNÉM PROJEVU U OSOB POSTIŽENÝCH AD.....	57
11.1 Kazuistika – pan Adam, změna tvorby v čase.....	57
11.2 Kazuistika – paní Eva, změna tvorby v čase.....	62
12. ZÁVĚR.....	66
13. POUŽITÁ LITERATURA.....	68

14. INTERNETOVÉ ZDROJE.....	70
15. SEZNAM PŘÍLOH.....	71
16. PŘÍLOHY.....	72

1. ÚVOD

Jednou z nejčastějších civilizačních chorob je Alzheimerova choroba, která postihuje téměř každého pátého člověka v naší společnosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o závažné neurodegenerativní onemocnění způsobující 4. - 5. nejčastější příčinu úmrtí ve stáří, mělo by se mu věnovat dostatek pozornosti.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Odras Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu“ z toho důvodu, že jsem od roku 2011 byla zaměstnána jako terapeutka v Alzheimercentru Filipov o. p. s. a s těmito lidmi pracovala. Svou bakalářskou práci bych tedy chtěla směřovat do dvou částí – teoretické, kde budu vycházet z dostupných pramenů a praktické, kde popíši vlastní zkušenosti při práci s osobami s Alzheimerovou chorobou.

V první části práce se budu snažit popsat, co Alzheimerova choroba vlastně je a jaké jsou její projevy. Samozřejmě nebude chybět ani charakteristika jednotlivých stádií, včetně terapií a aktivizačních metod, které jsou pro takto nemocné osoby vhodné. Sem patří i arteterapie, kterou se budu snažit charakterizovat v kapitole č. 5. V té následující bych pak chtěla věnovat pozornost arteterapii s osobami s Alzheimerovou chorobou, přičemž budu vycházet z dostupné literatury. Osvětlím, jaký výtvarný materiál je pro práci s takto nemocnými lidmi vhodný, a také popíši charakteristiky jejich tvorby.

Ve druhé části práce se budu zabývat výčtem vlastních zkušeností při práci s klienty ve Filipově, kde pracuji. Budu se snažit popsat nelehkou cestu k dosažení prvního pomyslného cíle, totiž, aby klienti chtěli začít sami malovat. Dále osvětlím, jaká témata, techniky, materiál a metody používám při své práci s klienty a vždy se budu snažit uvést konkrétní příklad z praxe. Uvedu zde také, jaká jsou pozitiva a negativa skupinové či individuální terapie. V posledních dvou kapitolách soustředím svou pozornost na popis progresu choroby, který je patrný ve výtvarném projevu vybraných klientů, jejichž obrázky budou k dispozici přímo v textu. Svou bakalářskou práci uzavřu dvěma kazuistikami.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Cíle teoretické části

V této části práce je jedním z hlavních cílů popsat, co je to Alzheimerova choroba, jaké jsou její příznaky a krátce bych se chtěla zmínit i o příčinách jejího vzniku. Poněkud obšírněji bych se chtěla věnovat projevům Alzheimerovy choroby (obecně a později i konkrétně v jednotlivých stádiích), protože porozumění zdravotního a psychického stavu nemocných, je zásadní pro pozdější pokus o interpretaci a analýzu jejich výtvarné produkce.

Vzhledem k tomu, že vhodně zvolené aktivity mohou mít pro člověka s Alzheimerovou chorobou příznivé účinky na jeho psychiku, stává se, v této teoretické části práce, dalším cílem výčet aktivit a terapií, které by měly mít nejen blahodárný účinek na psychickou stránku osobnosti, ale měly by i co nejdéle udržet nemocného na stávající kognitivní úrovni. Spolu se správně zvolenou terapií jde ruku v ruce i prostředí, ve kterém se nemocný nachází, a proto se zde chci i tomuto tématu věnovat.

Protože se má práce primárně věnuje arteterapii s osobami s Alzheimerovou chorobou, chtěla bych v této její teoretické části věnovat pozornost právě využití arteterapie nejen jako prostředníka v komunikaci (která je v určitých případech velmi obtížná), ale zároveň chci popsat i individuální a sociální cíle arteterapie.

V závěru této části bych se chtěla věnovat arteterapii se seniory s Alzheimerovou chorobou, s důrazem na specifika, která jsou při práci s těmito osobami klíčová. Chtěla bych také uvést příklady různých materiálů, jež jsou pro aktivity s takto nemocnými lidmi vhodné, stejně tak bych chtěla představit metody arteterapie, které lze při práci využít.

Teoretickou část práce bude uzavírat kapitola zabývající se výtvarným projevem osob s Alzheimerovou chorobou, přičemž budu vycházet z dostupné literatury a praxe jiných studentů či terapeutů.

3. ALZHEIMEROVA CHOROBA

Je jedním z typů demence¹, kdy kromě běžných příznaků demence (porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí jako je paměť, myšlení, chápání, orientace, schopnost učení, úsudek, jazyk a počítání) je přidruženo i porušené chování. Příležitostně mu předchází také zhoršení emoční kontroly, sociálního chování či motivace.²

Přestože v současnosti probíhá rozsáhlý výzkum, žádný vědec zatím nezjistil, co Alzheimerovu chorobu způsobuje. Někteří vědci věří, že příčinou vzniku této nemoci je pomalý vir napadající nervový systém, nebo je příčinou nahromadění toxinů z prostředí v mozku.³

Jiní badatelé se zaměřili na fakt, že při Alzheimerově chorobě dochází k nakupezení patologických proteinů, které se ukládají v okolí nervových buněk jako beta amyloidové plaky. Ty jsou příčinou poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. Acetylcholin, látka, díky které dochází k nervovým vzruchům, také ubývá. Člověk postižený Alzheimerovou chorobou nejprve pozoruje zhoršení krátkodobé paměti, neschopnost postarat se o určité věci v domácnosti, postupně má větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, je zmatenější. Začne se měnit celá jeho osobnost, až nakonec není schopen sebeobsluhy.⁴

Alzheimerova choroba tedy způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. V závislosti na zdravotním stavu člověka a na podmínkách může vývoj nemoci trvat 8-20let. Progres nemoci má u každého jednotlivce své vlastní tempo, zhoršení se neobjevuje v jednotné formě a nemá u každého stejné příznaky. Každý

¹ z latinského „mens“ – „mysl“ a předpony „de-“, která znamená „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená něco, co myslí pozbylo, nějakou odchylku od rozumového jednání.

² Kučerová, H.: Demence v kazuistikách. Grada Publishing, 2006, s. 9.

³ Kassir, S.: Psychologie. Computer Press a. s., 2007, s. 352.

⁴ https://cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba

člověk postižený Alzheimerovou chorobou pocítuje její projevy a příznaky zcela individuálně.⁵

Alzheimerova choroba je jedním z typů demencí, která v roce 2014 v České republice postihla asi 45 000 mužů a zhruba dvakrát tolik žen, tedy 97 700.⁶

Jako zlomový okamžik nárůstu Alzheimerovy choroby se ukazuje důchodový věk, kdy s každým dalším přibývajícím rokem, je riziko onemocnění touto formou demence vyšší. Přestože v nižších věkových skupinách se prevalence⁷ pohybuje v jednociferných řádech, v důchodovém věku už se jedná o číslo poměrně vysoké – nad 65 let věku trpí demencí každý 13. člověk (do věku 65-ti let přitom onemocní každý 866. obyvatel ČR). Každý 5. člověk stížen Alzheimerovou chorobou je starší 80-ti let, a téměř každý druhý jí trpí ve věku nad 90 let.⁸

3.1 Projevy Alzheimerovy choroby

Poprvé byla tato nemoc popsána v roce 1907 německým lékařem Aloisem Alzheimerem.⁹ Nutno podotknout, že Alzheimerova choroba zdaleka není jedinou formou demence, zato je však nejvíce rozšířenou. Dnes její výskyt tvoří zhruba 56% z celkového počtu lidí trpících nějakou formou demence.¹⁰

⁵ Callone, P. R. a kol.: Alzheimer's disease. 300 tips for making life easier. Demos Medical Publishing, NY, 2006, s. 28.

⁶ Mátl, O., Holmerová, I., Mátlová, M.: Zpráva o stavu demence 2014. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016, s. 10.

⁷ Prevalence je jedním ze základních ukazatelů v epidemiologii. Jedná se o podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Je vztažena k určitému časovému okamžiku a obvykle se vyjadřuje v procentech.

⁸ Mátl, O., Holmerová, I., Mátlová, M.: Zpráva o stavu demence 2014. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016, s. 10.

⁹ Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Havlíček brain team, 2010, s. 260.

¹⁰ Mátl, O., Holmerová, I., Mátlová, M.: Zpráva o stavu demence 2014. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016, s. 6.

Jednotlivé příznaky Alzheimerovy choroby se objevují postupně a zprvu velmi nenápadně, choroba se rozvíjí pomalu, ale plynule. Většinou si okolí fakt, že se nemocný změnil, uvědomí teprve po určité době, mnohdy dokonce až zpětně.

Mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění začne být progresse obtíží zřejmá. Úpadek je komplexní, zahrnuje celou osobnost nemocného a veškeré jeho kompetence. Marie Vágnerová¹¹ popisuje rozvoj příznaků, který lze diferencovat podle narušení jednotlivých funkcí, takto:

- Úbytek kognitivních funkcí je generalizovaný a probíhá bez výkyvů. Významná je progredující porucha paměti, která se z počátku projevuje pouze nápadnou zapomnětlivostí. Jejím následkem jsou komplikace i v běžných domácích činnostech, v provozní rovině. Takto postižení lidé neustále něco hledají, zvyšuje se tak jejich pocit nejistoty a napětí.
- Komplexní porucha paměti (a dalších poznávacích procesů) vede ke ztrátě orientace v čase i v prostoru. Nemocní bloudí i ve známém prostředí, uklízí různé věci na nesmyslná místa (např. telefon do ledničky), neví, zda je noc či den. Tento pocit dezorientace vyvolává u nemocných nepříjemnou úzkost.
- Nemocný postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat, a proto není v jeho silách na tyto problémy adekvátně reagovat. Postupem času hůře rozumí různým situacím, neví, co by měl za daných okolností dělat, ztrácí schopnost vlastního úsudku. Nerozumí jednoduchým požadavkům (např. vyúčtování za elektřinu), přestává rozumět smyslu příběhů, nechápe význam běžných činností (např. neschopnost obléci se, nemocný neví, který kus oděvu patří na které místo).
- Fatické poruchy – nemocný ztrácí schopnost porozumět verbálnímu sdělení, zhoršuje se schopnost přiměřeného slovního vyjádření a redukuje se slovní zásoba. Důsledkem jsou obtíže v komunikaci. V terminální fázi dochází nejen ke komolení slov, ale může dojít i k úplné ztrátě verbálních kompetencí.

¹¹ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 2012, s. 272-274.

- Nemocný ztrácí schopnost své emoce kontrolovat, jedná spontánně, emotivní reakce nejsou adekvátní situaci. Častá je také tupá euforie anebo převažující úzkostná či depresivní nálada. Na některé podněty mohou nemocní reagovat zlostně, negativisticky nebo i agresivně. Může to být obranná reakce na nepříjemné pocity vyvolané neschopností porozumět jednání lidí ve svém okolí. Jedná se nejspíš i o reakci na pocit omezování ze strany druhých a nechut' dělat to, k čemu je ostatní nutí. V konečné fázi choroby obvykle dochází k celkovému oploštění emotivity a k apatii.
- Nemocní si neuvědomují nevhodnost svého chování, postupně přestávají dodržovat společenská pravidla, neberou ohledy na ostatní. Rozvíjí se u nich změna osobnosti a nápadnost v chování. Bývají egocentričtí, negativističtí, podezíraví atd. Vlivem jejich psychických změn může dojít k narušení mezilidských vztahů. V rámci celkového úpadku nakonec ztrácí zájem o vše, přestávají o sebe dbát, ztrácí schopnost ovládat i vylučování, stávají se inkontinentními.¹² V posledních fázích nemoci ztrácí i polykací reflex, jsou tak nuceni přijímat potravu buď nitrožilně anebo sondou zavedenou přímo do žaludku.

Naši přední neurologové uvádí, že diagnostická kritéria demence jsou tato:

1. Porucha paměti
2. Alespoň jedno z následujícího
 - a. porucha abstraktního myšlení (např. schopnost definovat pojmy),
 - b. porucha úsudku a plánovité činnosti,
 - c. afázie, apraxie, agnózie, porucha orientace v prostoru,
 - d. změna osobnosti,
3. Závažný kognitivní úbytek, který narušuje denní aktivitu nemocného
4. Pokles schopností oproti minulosti.¹³

¹² Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 2012, s. 272-274.

¹³ Nevšímalová, S., Růžička, E., Tichý, J.: *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002, s. 368.

Testy, které zjišťují stav kognitivních funkcí, se zdají být nejdůležitějším a zároveň nejcitlivějším vyšetřením, jež může provést buď lékař, sestra anebo jiná zaškolená osoba. Jedná se o orientační testy, které jsou tvořeny souborem otázek, jejichž cílem je zjistit úroveň kognitivních schopností pacienta (paměť, pozornost, logické uvažování, schopnost vykonávat motorické úkoly).¹⁴

Takovým testem je např. MMSE¹⁵ (Mini Mental State Examination – orientační test kognitivních funkcí). Jedná se o jeden ze základních testů, který je používán k posouzení stavu kognitivních funkcí, jako jsou např. paměť, orientace, soustředění... Protože jsou výsledky testu velmi dobře srovnatelné, používá se prakticky na celém světě.¹⁶

Pokud jde o léčbu osob s Alzheimerovou chorobou, neexistuje bohužel žádná, která by je dokázala vyléčit. Oproti tomu je ale k dispozici celá řada léků zmírňujících či odstraňujících příznaky Alzheimerovy choroby – tyto léky tedy zlepšují kvalitu života lidí, kteří touto nemocí trpí. Takovým typem léků jsou např. antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika anebo tzv. léky nové generace – inhibitory cholinesteráz (kognitiva), jež mají schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu koncentrace acetylcholinu, který v důsledku úbytku neuronů při Alzheimerově chorobě klesá. Existují vědecké důkazy prokazující schopnost těchto kognitiv zmírňovat příznaky Alzheimerovy choroby, a díky tomu, že pomáhají udržovat kognitivní funkce tak dlouho, jak je to jen možné, chrání soběstačnost pacienta a zlepšují tak kvalitu jeho života. Efekt byl prokázán i v léčbě psychiatrických symptomů doprovázejících Alzheimerovu chorobu, jako jsou např. halucinace, úzkost, apatie, agresivita...¹⁷

Vedle farmakologických postupů existují i ty nefarmakologické zaměřující se na komunikaci s pacientem, na správný přístup k nemocnému, zjištění a zajištění jeho potřeb a přání a zachování či zlepšení kvality života.

¹⁴ Holmerová, I., Jarolímová, E., Nováková, H.: Alzheimerova choroba v rodině. Pfizer, 2004, s. 17.

¹⁵ Viz příloha č. 1

¹⁶ Tento test zde uvádím především z důvodu, že na základě jeho výsledků se usuzuje na stádium Alzheimerovy choroby, ve kterém se pacient právě nachází. Celkově lze získat 30 bodů, přičemž rozpětí pro lehké stádium je 25 – 18 bodů, pro středně těžké stádium 17 – 6 bodů a pro těžké stádium 5 – 0 bodů.

¹⁷ Holmerová, I., Jarolímová, E., Nováková, H.: Alzheimerova choroba v rodině. Pfizer, 2004, s. 18 – 21.

3.2 Stadia Alzheimerovy choroby

Ve vývoji Alzheimerovy choroby lze zřetelně rozlišit tři stadia, přičemž každý z nich je charakterizován jiným souborem příznaků. Může se ale také stát, že některé z těchto příznaků se mohou objevit v kterémkoli stadiu, zatímco jiné nemusí nastat vůbec. Přejchod mezi jednotlivými fázemi může trvat i několik let.

3.2.1 Lehká demence

Jako lehké stadium Alzheimerovy choroby se označuje stav, který se projevuje mírnými, často přehlédnutelnými příznaky jako jsou:

- a) Zhoršování paměti
- b) Časová dezorientace (pacient není schopen vybavit si jaký je rok, měsíc...)
- c) Prostorová dezorientace (pacient ztrácí schopnost orientovat se nejprve v neznámém, později i ve známém prostředí)
- d) Nejistota v rozhodování, ztráta průbojnosti a iniciativy
- e) Problémy v komunikaci (pacient obtížně hledá slova)

Nemocní jsou díky těmto prvotním příznakům deprimováni, často bývají úzkostní až depresivní. Za předpokladu pravidelného dohledu, případně dopomoci, mohou ale žít samostatně – jsou relativně soběstační.

3.2.2 Středně těžká demence

Druhé, středně těžké stadium Alzheimerovy choroby je charakterizováno příznaky, pro něž člověk potřebuje pomoc ve většině samoobslužných aktivit a prakticky vyžaduje nepřetržitou přítomnost další osoby. Jsou to:

- a) Významné výpadky paměti (včetně jmen blízkých příbuzných)
- b) Poruchy orientace ve známém prostředí
- c) Snížená schopnost sebeobsluhy (nutná pomoc další osoby při oblékání, hygieně...)

- d) Snížená schopnost komunikace (zhoršení řečových schopností ve 1vyjadřování i v porozumění)
- e) Začíná se objevovat inkontinence
- f) Poruchy chování (neklid, opakování některých slov, vykřikování...), agitovanost až agresivita

Tyto stavy mohou kolísat, někdy je stav uspokojivější, jindy se naopak zhorší. Záleží na mnoha faktorech.

3.2.3 Těžká demence

Toto stadium je charakterizováno stavem, kdy je nemocný zcela závislý na ošetřující osobě a potřebuje čtyřicetihodinovou péči. Příznaky této pokročilé fáze demence jsou:

- a) Obtíže při příjmu potravy
- b) Dezorientace
- c) Nemožnost navázat slovní kontakt
- d) Imobilita
- e) Inkontinence
- f) Depersonalizace, dezintegrace¹⁸

V tomto stadiu nemocní i přes zajištění dostatečného příjmu potravy a tekutin rychle hubnou a chátrají. V terminálním stadiu se pak mohou objevit další souběžné nemoci, které, ač jindy to mohou být zanedbatelné choroby, mohou být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou rizikové ba dokonce život ohrožující.¹⁹

¹⁸ „...dezintegrace, rozpad osobnosti, kdy dochází k narušení její celistvosti. Jednotlivé složky nejsou integrovány v jeden celek a projevují se nekoordinovaně. Dochází rovněž k narušení časové kontinuity, tj. vztahu k minulosti a současnosti...“ Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 2012, s. 71

¹⁹ Holmerová, I., Jarolímová, E., Nováková, H.: Alzheimerova choroba v rodině. Pfizer, 2004, s. 11 - 16.

4. AKTIVIZACE A TERAPIE U OSOB S AD

Vhodně zvolené aktivity mohou být velkým přínosem pro člověka trpícího Alzheimerovou chorobou a mohou mít blahodárný účinek na jeho psychickou stránku osobnosti. Vhodně by měly být upraveny i místnosti, ve kterých aktivita probíhá – ať už je nemocný v domácí péči anebo v některém ze specializovaných center.

Vzhledem k tomu, že člověk postižený Alzheimerovou chorobou má díky organickým změnám na mozku problémy s vnímáním, jsou požadavky na uspořádání prostoru, ve kterém se nemocný nachází, specifitější než u ostatních osob. Kromě toho, aby místnost byla citlivě esteticky zařízena, dostatečně větrána, zajišťovala dostatečné množství denního světla, byla čistá a přístupná, měla by splňovat i to, aby se od sebe daly jednoznačně odlišit stěny a podlaha, aby byly jasně viditelné překážky (např. schody), nábytek by měl mít jasné ohraničení a měl by být odlišný od okolí.

Také toalety by měly být viditelné z místa, kde program probíhá a měly by být jasně označené (panenka a panáček běžně používané např. v restauracích, mohou osoby se sníženými poznávacími schopnostmi značně zmást).

Prostor by měl být rozdělen do částí, které jsou nastálo věnovány určitým aktivitám (jídelna pouze pro jedení, hala pro odpočinek, místnost pro výtvarnou činnost, pro cvičení...). Toto stálé uspořádání udržuje prostředí přehledné, lépe se v něm orientuje a posiluje rutinní pohyb nemocných.

Velký důraz by měl být kladen na kvalitu a množství smyslových podnětů. Je dobré, aby byly vidět zajímavé předměty, které přitáhnou pohled, ale nesmí jich být mnoho. Uspořádání prostředí by mělo být tlumené a neutrální s tu a tam se vyskytujícími barevnými akcenty. V prostoru, kde program probíhá, by se měl omezit hluk a pohyb v pozadí. Měly by se zde také nacházet vhodné tzv. záchytné body, které člověku s Alzheimerovou chorobou pomohou lépe se orientovat v prostoru a čase (hodiny s ciferníkem, velký kalendář, ozdobné předměty podle ročního období či probíhajících svátků).

Co se aktivit lidí s Alzheimerovou chorobou týče, měly by to být činnosti, které budou pro nemocného člověka smysluplné a budou splňovat určitá kritéria - činnost musí mít pro nemocného nějaký význam, musí být dobrovolná, má nabízet rozumnou naději na úspěch, má odpovídat osobním psychosociálním potřebám a její účel má být člověku zřejmý.²⁰

Jitka M. Zgola²¹ píše, že:

„Hodnotu, kterou jeho činnost pro něho (člověka s Alzheimerovou chorobou – pozn. autorky) má, můžeme určit podle toho, jak uspokojuje jeho psychosociální potřeby, které jsme již dříve uvedli. Ty jsou: identita, sebeúcta, úcta k jiným, samostatnost, kontrola, smysluplná komunikace, smysluplné vztahy a zapojení. Důležitý je také soubor smyslových podnětů určité činnosti. Podnět může nastat viděním (pohybu, barvy, vzoru), dotykem (struktura, tlak a teplota) a pohyby vlastního těla (vnímání polohy jednotlivých částí těla). Zvuky, chutě a pachy, které jsou spojeny s činností, se mají také vzít v potaz. Nejúspěšnější činnosti jsou ty, které se často opakují. Dovolují klientům stanovit rytmus a pocit kompetence a kontinuity, klient se nemusí obávat dalšího kroku. Nejúspěšnějšími činnostmi, které přinášejí úspěch a radost, jsou ty, které nabízejí široké spektrum zážitků z úspěchu, protože je prakticky eliminována možnost selhat.“²²

Aktivizační program a terapie, které jsou pro osoby s Alzheimerovou chorobou vhodné, by tedy měly být adekvátně obtížné, snadno pochopitelné a měly by být přizpůsobeny tak, aby je nemocný úspěšně zvládl. Jednotlivé aktivizace by měly mít stabilní formy, jež mohou být postupně obměněny. Tyto změny je však důležité provádět v malém rozsahu a postupně. Činnost by zároveň měla být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je člověk s Alzheimerovou chorobou schopen.

Vzhledem k povaze nemoci není člověk na přelomu prvního a druhého stadia schopen stoprocentní samoobsluhy a proto je jako aktivizační činnost velmi vhodná ergoterapie, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a

²⁰ Zgola, M., J.: Něco dělat!. Občanské sdružení Za důstojné stáří, Praha, 2013, s. 28 – 36.

²¹ Kanadanka českého původu, ergoterapeutka a publicistka věnující se problematice Alzheimerovy choroby, výrazným způsobem přispěla ke změně v přístupu v péči o lidi s demencí v Severní Americe, Izraeli a Německu.

²² Zgola, M., J.: Něco dělat!. Občanské sdružení Za důstojné stáří, Praha, 2013, s. 37.

využívání schopností nemocného, které potřebuje při zvládání běžných denních, pracovních či zájmových činnostech. Podporuje maximálně možnou participaci nemocného v běžném životě, přičemž plně respektuje jeho osobnost a možnosti. K tomu využívá specifické techniky a metody, nácvik konkrétních dovedností anebo jak již bylo zmíněno výše, přizpůsobení prostředí. Nejdůležitějším cílem ergoterapie je umožnit člověku s Alzheimerovou chorobou účastnit se zaměstnávání (myšleno jako veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které jsou vnímány jako součást jeho identity), které jsou pro jeho život nepostradatelné a smysluplné.

Ergoterapie podporuje duševní pohodu právě díky vykonávání smysluplné aktivity, pomáhá při zlepšování schopností, které jsou potřeba při zvládání běžných denních činnostech, umožňuje zapojení člověka do aktivit jeho sociálního prostředí a komunity, udržuje či napomáhá k udržení kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jeho každodenních činností v interakci s prostředím a uplatňuje terapii zacílenou na konkrétního člověka, aktivního účastníka terapie, a podílí se tak i na plánování a procesu terapie.²³

Díky tomu, že u nemocných s Alzheimerovou chorobou dochází velmi často ke spasmům (svalovým křečím, stahům), později i ke ztrátě mobility, je vhodnou aktivitou kinezioterapie (pohybová cvičení v léčbě a rehabilitaci tělesných i duševních závad, léčebný tělocvik). Vhodné jsou např. procházky, které mají podobný účinek na fyzický stav jako cvičení, pobyt na čerstvém vzduchu zároveň příznivě působí na psychické rozpoložení člověka, posiluje se mozková činnost a také se stimuluje mozek, zejména v oblasti koordinace pohybu a rovnováhy.

Do této skupiny aktivit lze zařadit i taneční terapii, kde tanec je chápán jako terapeutický pohyb, přičemž se zde zdůrazňují faktory psychologické, jako je např. schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emočního stavu, faktory fyzické, kdy může dojít ke zlepšení koordinace pohybu, rovnováhy či celkové síly, a faktor sociální.²⁴

Kognitivní trénink je také velmi důležitou součástí aktivizačních činností pro osoby trpícími Alzheimerovou chorobou. Jedná se o aktivitu zaměřující se na

²³ www.ergoterapie.org

²⁴ Jůzová, J.: Průvodce Alzheimercentrem. Příručka pro zaměstnance. 2014, s. 50.

poznávací funkce a paměť, snaží se rozvíjet časoprostorovou orientaci, pozornost, úsudek, verbální fluenci a zefektivnit práci s informacemi.

Bazální stimulace je metoda, která se snaží člověku s nějakým typem postižení nabídnout možnosti pro vývoj jeho osobnosti – nabízí podněty všude tam, kde se člověk s Alzheimerovou chorobou vzhledem k povaze své nemoci není schopen sám postarat o dostatečný přísun adekvátních podnětů, které potřebuje pro svůj život.²⁵

Mezi nejčastěji používané metody bazální stimulace patří především polohování (klientovo tělo je na různých místech podloženo a jakoby „obkresleno“ dlouhými polštáři, čímž se nejen předchází vzniku různých zdravotních komplikací, jako jsou např. dekubity u dlouhodobě ležících klientů, ale zároveň klienta, který díky Alzheimerově chorobě v určitém stadiu nemoci přišel o schopnost vnímat hranice vlastního těla, uvádí k pocitu bezpečí a jistoty. Dále se provádějí různé masáže stimulující dýchání, uklidňující koupele, houpání, kolébání, manuální vibrace na kloubech dolních i horních končetin, kvůli procvičování jemné motoriky se vkládají se různé předměty do dlaní, za účelem usnadnění příjmu potravy se zařazují i masáže obličeje – především v oblasti úst.

Samozřejmostí jsou aktivity, které rozvíjejí zrakové, sluchové, čichové a chuťové vnímání.

Velmi vhodná je také pet terapie anebo canisterapie, obě tyto aktivity jsou důležité pro plnohodnotný život člověka s Alzheimerovou chorobou, ať už pobývá doma, nota bene v některém zdravotnickém zařízení – díky kontaktu s domácími mazlíčky se zlepšuje emoční ladění a dobrá psychická pohoda vůbec.

Cílem reminiscenční terapie („terapie vzpomínkou“) je vyvolat příjemné pocity a vzpomínky, jež mají pro člověka nezastupitelné místo v jeho životě, důležitou hodnotu. Jedná se o tiché nebo hlasité vybavování událostí ze života člověka probíhající buď individuálně, s terapeutem anebo se skupinou. Jako terapeutického prostředku tedy využívá vzpomínání a je založena na faktu, že v mozku zůstávají

²⁵ Pipeková, J.: Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3.vyd., Brno, Paido, 2010, s. 355.

zachovány nejdéle ty události, návyky a vzpomínky, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. Pomáhá terapeutovi, příp. ošetřujícímu personálu lépe pochopit klienta jako osobnost, jeho chování a potřeby.²⁶

Muzikoterapie – cílené využívání zvuků a hudby k terapeutickým účelům je dalším příkladem činnosti, která je velmi dobře využitelná při práci u osob s Alzheimerovou chorobou. K neverbální komunikaci mezi nemocným a druhou osobou dochází při hudební improvizaci, při zpěvu písní či poslechu hudby podle principů strukturovaného učení zase k usnadnění orientace osoby s Alzheimerovou chorobou v čase, prostoru a posloupnosti aktivit během dne. Vhodně zvolené písně jim, díky částečnému zachování dlouhodobé paměti, mohou připomenout některé významné okamžiky jejich života – ty mohou potom sdílet s ostatními, a dokáže také poskytnout potřebné emocionální zázemí.²⁷

Další aktivitou vhodnou pro člověka trpícího Alzheimerovou chorobou je arteterapie.

²⁶ Janečková, H., Vacková, M.: Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha, Portál, 2010.

²⁷ <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

5. VYUŽITÍ ARTETERAPIE V PÉČI O OSOBY S AD

„...Podobně jako jsou klasickou psychoanalýzou vykládány sny, jsou i spontánně vytvářené obrazy často považovány za odraz psychických procesů v naší mysli. Vytváření spontánních obrazů je tedy klíčovou součástí arteterapie.“²⁸

Arteterapie je obor, který jako svůj hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky využívá výtvarný projev. Arteterapie je také terapeutický proces, léčebný postup, který pomáhá redukovat psychické či psychosomatické obtíže anebo konflikty v mezilidských vztazích, kdy výtvarně tvořivé aktivity podporují zdraví i léčbu.

Jedná se o obor s primárně terapeutickým dopadem - může se tak uplatnit v systematickém přístupu, který využívá výtvarnou tvorbu jako hlavní prostředek terapeutického působení anebo pomocí výtvarné tvorby rozšiřuje a doplňuje jiné terapeutické přístupy, čímž zesiluje a podporuje účinek verbální psychoterapie. Arteterapie je tedy způsob komunikace, který dovoluje systematické využití v průběhu celého trvání psychoterapeutického procesu napříč různými psychoterapeutickými směry, jimž může být přizpůsobitelná v rámci teoretického zázemí. Hlavním specifikem arteterapie je výtvarný posun jakožto metafora posunu v míře a intenzitě obtíží.

Nejčastěji se rozlišují dva základní proudy arteterapie a to terapie uměním, kde se pracuje s procesem výtvarné tvorby a důraz se klade na léčebný potenciál samotné tvůrčí činnosti a artpsychoterapie – zde jsou výtvořky a prožitky z procesu tvorby dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Hlavní cíle arteterapie jsou především: řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace

²⁸Cambell, Jean.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Praha: Portál, 1998, s. 14.

osobnosti, změna stereotypů, osobnostní růst, podpora vývoje, náhled, katarze, adaptivnější zacházení s emocemi, kultivace obranných mechanismů.²⁹

Kromě těchto individuálních cílů arteterapie sleduje i ty sociální jako je vnímání a přijetí druhých lidí, vyjádření uznání jejich hodnoty, ocenění. Také navazování kontaktů, kooperace, zapojení do skupiny, společné řešení problémů, komunikace, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů nebo vytváření sociální podpory jsou cíle, kterých má arteterapie dosáhnout.³⁰

²⁹ Česká arteterapeutická asociace. ©2016 [online]. [cit. 2016-5-6]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

³⁰ Šicková-Fabrici, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 61.

6. ARTETERAPIE U SENIORŮ S KOGNITIVNÍM DEFICITEM, S AD

Arteterapie u seniorů pomáhá při procvičování krátkodobé paměti, při posílení vlastní hodnoty a je výbornou pomůckou v procvičování jemné motoriky. Seniorům také pomáhá v přizpůsobení se nové životní situaci, ztrátě zdraví, poklesu fyzických sil i specifickým důchodového věku a s tím spojených změn v oblasti ekonomické i sociální. Arteterapie se seniory se snaží stimulovat jejich kreativitu, aktivizovat zbytky jejich flexibility a vitality.³¹

V přístupu k člověku s demencí má arteterapie určitá specifika, která vycházejí z povahy nemoci. Vzhledem k tomu, že lidé trpící Alzheimerovou chorobou mají díky organickým změnám na mozku problémy s komunikací, řečí, chápáním, motorikou apod., měl by se tomuto faktu podřídít způsob vedení terapie.

Terapeut by měl:

- dodržovat pravidla a zavedené zvyklosti, které již klient zná (terapie by měla probíhat ve stejný den, dobu, ve stejné místnosti...)
- dbát na denní režim klienta
- hovořit v krátkých, jasných a srozumitelných větách (dostatečně nahlas, dobře artikulovat)
- být trpělivý, vyčkat na odpověď klienta, věty za něj nedokončovat
- umět předejít střetům, nepouštět do nesmyslných sporů
- ponechat klientovi čas na dokončení práce – pakliže klient práci chce dokončit
- zvolit vhodný materiál pro práci (např. zdravotně nezávadné barvy – u těchto klientů je vyšší riziko pozření barev...)
- zajistit vhodné prostředí (někteří klienti mohou mít problémy s pohyblivostí, s rozlišovacími schopnostmi apod. – je proto dobré minimalizovat různé překážky v místnosti, kde terapie probíhá a naopak jasně a zřetelně označit např. toalety...)

³¹ Šicková-Fabrice, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 65-67.

- vybírat témata výtvarné činnosti vzhledem k charakteru a životnímu příběhu klienta
- umět improvizovat (v případě nepřijetí nabízené výtvarné činnosti ze strany klienta umět nabídnout jinou alternativu)

Terapeut by neměl:

- klienta nikdy do ničeho nutit, spolupráce s terapeutem má být dobrovolná
- vybírat témata výtvarné činnosti tak, aby klienta ponižovaly svou infantilností
- pracovat s výtvarnými technikami nebo tématy, které mohou zhoršit klientovo aktuální psychické rozpoložení

Nejdůležitějším bodem ale je, aby si terapeut, popř. osoba, která s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou pracuje, uvědomil, v jakém stadiu nemoci se onen člověk nachází, jaké je jeho psychické rozpoložení, aktuální denní naladění, jaké má fyzické obtíže a program všem těmto skutečnostem uzpůsobil. Je nasnadě, že terapeut nebude klienta do ničeho nutit a způsobovat mu tak nepříjemné pocity. Terapie nebo jakákoliv jiná činnost by měla být přizpůsobena především aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta a jeho stávajícímu psychickému rozpoložení, měla by klientovi činit radost a v nejlepším případě by se na ni měl těšit.

6.1 Výtvarný materiál vhodný při práci s osobami s AD

Hlína

Modelování z hlíny či jakéhokoliv jiného, podobně strukturovaného materiálu, doplňuje lidem nemocným Alzheimerovou chorobou lidský dotek, který, jak píše ve své knize slovenská arteterapeutka Šicková, má přímý vztah s duševním zdravím.³² Práce s tímto materiálem navíc působí relaxačně a rehabilitačně u osob s narušenou jemnou motorikou, je médiem kompenzace poškozeného smyslu (slabozrací). Práce s hlínou

³² Šicková-Fabrici, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 137.

rovněž umožňuje eliminovat agresivní chování, může nahrazovat verbální komunikaci a může sloužit pro prolomení bariér strachu.³³ Hlína, popř. modelína, může být vzhledem ke svým vlastnostem (je tvárná, dobře se s ní pracuje, připomíná lidskou pokožku a má i podobnou teplotu) využívána jako terapeutická výtvarná činnost i v pokročilejších stádiích Alzheimerovy nemoci. Terapeuticky na tyto nemocné působí už jenom převalování kousku hlíny v ruce.

Barva

„...Barva je stejně tak významnou výtvarnou hodnotou, jakož i důležitým charakterizačním prostředkem. Její psychologická působnost je založena na psychofyziologických reakcích smyslových orgánů, na emotivním obsahu barev, na barevném symbolismu a v neposlední řadě na zkušenostech, které člověk s barvou má. Tyto zkušenosti mohou být pozitivní nebo negativní – obvykle jsou zakotveny ve vazbách barev na konkrétní předměty každodenní potřeby nebo na životní prostředí. Některé barvy jsou pak preferovány více, jiné méně.“³⁴

Vzhledem k tomu, že vliv barev a barevných kombinací na fyzické i psychické zdraví člověka byl vědecky prokázán³⁵, je barva a práce s ní velice důležitou součástí aktivizačních i terapeutických metod při práci s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou.

Papír

Jen málo materiálu má tak široký záběr použití při terapeutické činnosti s lidmi s Alzheimerovou chorobou jako papír. Krom toho, že slouží jako podklad pro kresbu či malbu, lze ho muchlat, trhat, překládat nebo kaširovat³⁶.

Strukturované materiály

Jak vyplývá již z předchozího, u takto nemocných lidí se klade důraz na aktivity, které pomáhají co nejdéle udržet kognitivní funkce a motorické schopnosti. Práce

³³ Tamtéž, s. 136.

³⁴ Kulka, J.: Psychologie umění. Grada Publishing, 2008, s. 250.

³⁵ Šicková-Fabrice, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 114.

³⁶ Technika vrstvení kousků papíru na (drátěnou) formu anebo vytvoření „kaše“ přidáním vody do na kousky natrhaného papíru. Vzniklá hmota se nanáší na různé šablony či formy, kde vyschne. Po vyschnutí a sejmutí z formy s ní lze dále výtvarně pracovat.

s různě strukturovaným materiálem (jako je např. vlnková lepenka, brusný papír, vata, různé druhy látek, kůra ze stromů, přírodniny apod.) je jednou z vhodných výtvarných činností, která těmto kritériím odpovídá.

6.2 Metody arteterapie vhodné pro práci s osobami s AD

6.2.1 Imaginace

Imaginace (představivost, fantazie) představuje velký potenciál pro arteterapii. Je jakýmsi zprostředkovatelem fyzickým, hmotným a duchovním, má tedy mnoho společného s vnitřním světem člověka. Představy člověka projikují jeho aktuální problémy, aktuální emoční stav. V představách se také objevují nejen tvořivé schopnosti člověka, ale i jeho touhy a obavy. Pomocí imaginace se tak můžeme vracet k některým situacím v našem životě, znovu je prožít, pod vedením terapeuta je zpracovat, reflektovat je do výtvarné podoby – zhmotnit je. Dává příležitost vidět věci z jiného úhlu pohledu a tedy potenciální možnost svoje postoje změnit. Tato metoda je vhodná pro lepší sebepochopení, pro vyjasnění postojů k sobě i druhým lidem, pro uvolnění emocí. Imaginace se používá ať už vědomě nebo nepřímě ve všech terapeutických směrech, kde se pracuje se vzpomínkami na minulost a očekáváními budoucnosti.³⁷

6.2.2 Animace

Jedná se vlastně o rozhovor ve třetí osobě, kdy se klient identifikuje s věcí nebo postavou na obrázku, který vytvořil a hovoří jejím jménem. Klienti tak mají možnost hovořit o sobě nepřímě, bez zábran. Komunikace s klienty je efektivnější, nemají pocit nejistoty (jako kdyby měli mluvit přímo o sobě, o svých vztazích, nemocech, emocích...), hovoří spontánně a bez zábran. Skrze někoho (něčeho) jiného verbalizují

³⁷Šicková-Fabrizi, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 125-126.

svůj problém – kresba, obraz, se tak stává jakýmsi komunikačním mostem mezi terapeutem a klientem.³⁸

6.2.3 Koncentrace

Koncentrace se dá přeložit jako soustředění nebo zhuštění a v tomto případě je tím myšleno soustředění se do středu – kruhu. Mluví se o tzv. mandale, která je v arteterapii pomůckou ke koncentraci a meditaci.³⁹ Více viz kapitola 9.5 Výtvarná témata, techniky a materiál.

6.2.4 Rekonstrukce

Tato metoda spočívá v tom, že klient dokresluje část obrázku, čímž aktivuje ty části mozku, které jsou zodpovědné za naši fantazii a kreativitu.⁴⁰

6.3 Výtvarný projev osob postižených AD

Rysy ve výtvarném projevu u lidí, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, bohužel v literatuře zatím nejsou dostatečně popsány. Tohoto tématu se krátce dotýká již zmiňovaná slovenská arteterapeutka J. Šicková, která ve své knize Základy arteterapie cituje M. Veselovskou (2002), jenž uvádí několik charakteristických rysů ve výtvarné tvorbě takto nemocných lidí. Jsou to:

- Výrazně prodloužené tvary objektů
- Ornamentalizace
- Chaotické uspořádání objektů

³⁸ Šicková-Fabrici, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 126-127.

³⁹ Tamtéž, s. 127.

⁴⁰ Tamtéž, s. 128.

- Větší úspěchy v kolážových technikách
- Přejod od realistického zobrazování konkrétních objektů k jejich lineárnímu ztvárnění fragmentárním stylem⁴¹ (v raném stadiu klient zobrazuje objekty realisticky, zatímco v pokročilejších stádiích nemoci zobrazuje pouze jejich obrysy, které jsou neurčité)

⁴¹ Šicková-Fabrici, J.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008, s. 67.

7. PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 Cíle praktické části

V této praktické části je jedním z cílů popsat moji práci v zařízení věnujícímu se péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Chci zde vylicít, jak složitá byla cesta k prvnímu skutečnému malování s klienty, jak probíhala naše arteterapeutická setkávání a příprava vhodných prostor. Chci zde také jasně vymezit, jakého cíle se snažím při arteterapii s klienty s Alzheimerovou chorobou dosáhnout. Uvedu zde také výtvarná témata, techniky a materiál, který při práci s klienty běžně používám a popíši, jak probíhá individuální a skupinová terapie, jaké jsou jejich výhody a nevýhody.

Dalším z cílů v této části práce je uvést několik příkladů z praxe (z našich terapeutických setkávání). Na příkladech několika klientů popíši některé arteterapeutické metody, které ve své práci nejčastěji využívám.

Přestože vzhledem k diagnóze Alzheimerova choroba nepracuji analytickou arteterapií, ale dávám přednost „terapii uměním“, uvedu zde dva diagnostické testy, které využívám většinou pro vlastní potřebu v případě, že se chci dozvědět více o aktuálním rozpoložení klientů.

Konkrétní obrázky, kde se promítají charakteristické rysy Alzheimerovy choroby, specifické použití barev a jejich popis, se budou nacházet v kapitole č. 10, která si klade za cíl obrázky popsat, případně hledat určité analogie s nemocí jejich autora.

Cílem předposlední kapitoly obsahující dvě kazuistiky, je pokusit se na konkrétních obrázcích klientů popsat progres choroby, analyzovat je a alespoň částečně interpretovat.

Praktická část práce bude končit závěrem, kde shrnu zjištění, ke kterým jsem dospěla ohledně rysů Alzheimerovy choroby promítajících se do výtvarné produkce takto nemocných lidí.

8. ALZHEIMERCENTRUM FILIPOV o. p. s

Jde o jedno z devíti specializovaných center, které svou pozornost soustřeďuje na péči o klienty s převážně Alzheimerovou chorobou anebo nějakým jiným typem demence. Zařízení vzniklo v roce 1998 a sídlí na zámku ve Filipově nedaleko města Čáslav. Bydlí tu okolo 95 klientů a pracuje zde přibližně 75 zaměstnanců. Vedle ošetrovatelské a zdravotnické péče zde probíhají i různé formy aktivizačních činností a terapií jako je např. ergoterapie, reminiscenční terapie, fyzioterapie, bazální stimulace, canisterapie, muzikoterapie a arteterapie.

Já jsem do Filipova nastoupila v dubnu 2011 jako terapeutka, moje práce zasahovala především do oblasti plánování různých aktivizačních činností, ergoterapie a arteterapie.

9. ARTETERAPIE S KLIENTY V ALZHEIMERCENTRU

FILIPOV o. p. s

9.1 Počáteční arteterapeutická sezení

Během několika dní po nástupu do Filipova jsem věděla, že arteterapie je to, co by zdejší klienti potřebovali, co by je bavilo a co by pomohlo lépe se orientovat v jejich aktuálním psychickém rozpoložení. Otázka ovšem byla, jak tyto seniory přesvědčit, aby malovali (malování jako takové do té doby odmítali, jejich výtvarná činnost se omezovala především na výrobu přáníček anebo dekorativních předmětů v návaznosti na roční období či probíhající svátky).

Během kognitivního tréninku jsem všimla, že několik klientů ze skupiny emotivně reaguje na otázky týkající se umění, především české secese, konkrétně malíře Muchy. Napadlo mě, že by se toho dalo využít při pozdějším malování.

Následující den jsem na pokojích navštívila vybrané klienty⁴², dohromady jich bylo osm, a nabídla jim, že bychom v rámci kognitivního tréninku mohli některá dopoledne uskutečnit něco jako přednášky z dějin umění. Souhlasili. Po společném rozhovoru jsem vytvořila jednoduchou osnovu toho, co bychom chtěli probírat a s notnou dávkou entusiasmu se poctivě pustila do přípravy na první „přednášku“ s vizí, že po několika sezeních budou mí klienti obdivovat Picassa.

Inspirací pro témata při těchto sezeních dějin umění mi byly přednášky Prof. Kaliny, které jsem absolvovala. První dopoledne jsme tedy věnovali umění starého paleolitu, mluvili jsme o šamanech, vědomí vyššího řádu, prvních nástrojích, sociokulturním kontextu doby, hierarchickém uspořádání společnosti, jeskynních malbách a jejich významu, o otiscích rukou a potřebě člověka zanechat stopu. Byla jsem překvapená, jak moc to všechny klienty zaujalo, ptali se mě na spoustu věcí a fakt, že čas pro naše povídání vypršel, přijali jen velmi rozpačitě.

V odpoledních hodinách, které jsou většinou věnovány odpočinkovým činnostem nebo aktivitám procvičujícím jemnou a hrubou motoriku, jsme se opět sešli, abychom si lehce připomněli konec dopolední přednášky a navázali na něj malováním. Každý

⁴² Jednalo se o seniory, kteří se v té době nacházeli v prvním, maximálně druhém stupni Alzheimerovy choroby.

z osmi klientů dostal čtvrtku velikosti A3, barvy na tělo a větší štětec, a společně jsme zanechávali stopu v podobě otisků rukou na papíře. Bylo zajímavé pozorovat, jak se v kontextu předcházejícího vyprávění o pravěku všichni klienti nadchli pro věc, a ze všech osmi se nenašel žádný, který by s nabízenou aktivitou měl problém. Naopak. Kontakt se štětcem na pokožce jim byl příjemný, barva jim nevadila, rádi pozorovali, jak se jednotlivé barvy míchají ať už přímo v jejich dlani nebo na papíře. Při tvoření jsme znovu mluvili o významu otisků rukou pro pravěkého člověka a o potřebě zanechat po sobě stopu. Sami klienti našli paralelu se signováním obrazů.

To odpoledne se prolomila bariéra, kterou si senioři během let k barvě, a malování obecně, vytvořili. Po několika letech, mnohdy desítkách let, přišli do kontaktu (a to doslova) s barvou a otevřela se jim tak další cesta, kterou se ve svých činnostech mohou ubírat. Na konci odpoledního sezení jsem tušila, že naše setkávání bude pokračovat.

Od té doby probíhají dvakrát týdně dopolední přednášky z dějin umění v celkovém časovém rozsahu 90min, přičemž vlastní přednáška trvá 30-40min⁴³, následuje diskuze o tématu, a na to navazuje odpolední arteterapie v rozsahu 90min celkem, kdy vlastní výtvarná tvorba probíhá max. 40 min a zbytek času je věnován diskuzi nad obrázky.

Původní skupinka osmi klientů, která arte bloky navštěvovala, se po třetí přednášce ještě o dva seniory rozšířila a z pravidla v počtu deseti klientů jsme se pravidelně scházeli dvakrát týdně od dubna 2011 do července 2013. Poté jsem nastoupila na rodičovskou dovolenou a kvůli velké vzdálenosti svého bydliště klienty navštěvovala spíše sporadicky, vždy jsme ale malovali. Podařilo se mi tak nashromáždit materiál od pěti klientů za uplynulých pět let jejich života s Alzheimerovou chorobou. Lze tedy dobře pozorovat změnu výtvarného projevu paralelně se zhoršujícím se zdravotním stavem.

⁴³ Lidé s Alzheimerovou chorobou se nedokážou delší dobu soustředit, všechny pomůcky k výtvarné činnosti si tedy připravím předem. Také potřebují mít jasné a pevné uspořádání každého sezení – pravidelnost je zbavuje nejistoty.

9.2 Příprava arteterapeutické místnosti

Důležité je také zmínit, že prostory pro terapii nám pro svou stísněnost nevyhovovaly (viz kapitola 4.) a proto jsme s paní ředitelkou hledaly v rámci našeho zařízení prostory nové, větší. To se podařilo a já jsem mohla místnost, ke které patří vlastní koupelna se dvěma umyvadly a sociálním zařízením, začít připravovat na naše setkávání. Chtěla jsem, aby se zde všichni cítili dobře, aby atmosféra podněcovala výtvarného ducha, aby místnost vyvolávala pozitivní emoce, aby byla zvláštní, charakteristická – lišila se od ostatních, ale aby byla zároveň čitelná, přehledná a pro klienty bezpečná. Po domluvě se všemi účastníky jsem se nakonec rozhodla, že téma místnosti bude podmořský svět.⁴⁴ Začátkem června jsem se pustila do malování velkoformátového obrazu podmořského života a do zvelebení místnosti tak, aby vyhovovala našim podmínkám. Dominantou místnosti se stal veliký stůl, kolem kterého jsme se všichni pohodlně vešli a měli dostatek místa pro práci, a obraz, který je na zdi za stolem. V prosinci proběhlo slavnostní otevření a první společná arteterapie v nové místnosti.⁴⁵

9.3 Cíle arteterapie

Vzhledem k tomu, že arteterapie probíhá se seniory trpícími Alzheimerovou chorobou, není díky povaze jejich nemoci vhodné výtvarná díla nějak analyzovat či interpretovat, pozornost při práci s nimi tedy věnuji především tvůrčí arteterapii. S klienty se snažím pracovat tak, aby pochopili, že každý z nich má stále tvořivý potenciál, že jsou kreativní a že mohou odhalit svoje dosud neobjevené tvůrčí dovednosti. Snažím se, aby svá díla dokončovali a alespoň na okamžik tak prožívali reálnou přítomnost, aby prožívali radost nad tím, co vytvořili a upevňovali tak své zakotvení v přítomnosti. Protože tvořivé aktivity mají svou psychologickou funkci při ovlivnění duševních podnětů klienta, snažím se je pozitivně stimulovat k tomu, aby svá díla nejen začali a dokončili, ale aby byli schopni vytvořit i díla další. Díky estetickým a

⁴⁴ Podmořský svět z toho důvodu, že většina z těchto klientů kdysi u moře byla – to téma v nich vyvolává velmi pozitivní vzpomínky na dobu, kdy byly jejich děti malé a společně u moře trávili dovolenou. Navíc převažující bledě modrá barva má zklidňující účinek na lidskou psychiku.

⁴⁵ Viz přílohy, č.2

emočním vjemům, které klient prožívá při samotné tvůrčí činnosti, se stimulují i nejstarší fylogenetické a ontogenetické dispozice v mozku, což je u osob trpících Alzheimerovou chorobou žádaný stav.

Nejde mi tedy o to, aby klienti zakoušeli mnohdy bolestný proces sebepoznávání, což se děje při analytické arteterapii, jde mi o procesy, které by zmírnily jejich nemoc, či je co nejdéle udržely v reálném světě. Nechci, aby předělávali staré – na to ostatně už vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu ani nemají čas. Mojí snahou je, aby tvořili nové, aby prožili stáří když ne šťastně, tak alespoň bez většího psychického strádání.

Dalším cílem, který jsem si ve své práci v centru vytyčila, je, aby klienti měli možnost alespoň některé obrazy, o nichž v arte blocích diskutujeme, vidět na vlastní oči a proto je jejich součástí i navštěvování různých výstav – pravidelně navštěvujeme výstavní síň v nedaleké Čáslavi, GASK v Kutné Hoře a ostatní výstavy pořádané v okruhu do 50km od Filipova.

Zároveň se snažíme dostat arteterapii i k seniorům za hranicemi našeho zařízení a tak jsme zrealizovali přednášku o arteterapii na Univerzitě třetího věku v Čáslavi, které se dostalo velkého ohlasu stran nejen seniorské veřejnosti.

V neposlední řadě je cílem těchto sezení možnost spolupráce s psychiatrem, který má klienty na starost. V ideálním případě pak společně usuzujeme, jak v terapii pokračovat dál, na co se při povídání s klientem zaměřit, čemu se naopak vyhnout, plánujeme individuální terapie.

9.4 Nástroje diagnostiky v rámci arteterapie

Jak už bylo řečeno, obrázky s klienty neanalyzuji, občas ale pro vlastní potřebu využívám některé diagnostické testy.

Warteggův kresebný test

Tento test vytvořil německý psycholog Ehrig Wartegg a jeho teorie představuje složitý, promyšlený systém. Tato technika spočívá v tom, že klientovi se předloží arch, na kterém je osm čtvercových polí, ideálně o velikosti 4x4cm, v našem případě jsou 5x zvětšeny. Tato pole jsou černě ohraničena a v každém z nich je započatý znak, určitá podnětová situace – bod, vlnovka, čtverec... Úkolem klienta je obraz podle vlastní fantazie a úvahy doplnit.

Test dovoluje posoudit osm rozličných způsobů, jakými je klient schopen v každodenním životě nasadit svou psychickou energii. Zkoumá například, jak klient nevědomě vnímá svůj střed osobnosti, své já a jak se prezentuje svému okolí. Jak je citově zabarvená rezonance na okolí, na jiné osoby a Já ve vztahu k Ty. Jaká je jeho schopnost nasadit tzv. vývojovou energii jako je ctižádost/stagnace, odvaha/strach, progrese/regrese apod. Test dále zjišťuje, jaký je klientův hlavní, zatěžující problém, pramen strachu a komplexů, kde je kámen úrazu. Prozrazuje nám také, jaká je klientova schopnost řešit problémy a konfliktní situace, dále pak, jaká je jeho schopnost integrace na vnější a vnitřní a za jakých okolností se cítí klient v klidu a ochráněn.

Klienti tento test vždy brali jako výtvarnou hru, která pro ně byla jakýmsi zpestřením běžného malování témat. Musím ale říct, že ne všichni se do tohoto úkolu zapojovali. Pro některé klienty bylo příliš složité pochopit, co se po nich vlastně chce, anebo měli pocit, že to je moc těžký úkol, který nebudou schopni zvládnout a raději ho předem vzdali.

Vždy se snažím aktivitu klientům nabídnout v takových variantách, aby vzhledem ke svým možnostem mohli pracovat všichni stejnou technikou. Variací na doplňování započatých znaků je stejný čtverec, ve kterém je jednoduše nakreslena polovina obrázku a klient ji má dokončit.⁴⁶

⁴⁶ Pro naši potřebu tento kresebný test většinou neslouží k testování osobnosti, převážně ho využívám díky jeho charakteru k aktivaci a rozvíjení klientovy fantazie.

KTC testy

Tento barevný test, který vyvinul český pedagog a arteterapeut dr. Kyzour, má především diagnostickou funkci. Krom jiného sleduje například výpověď o emočním poli klienta, určitých vzorcích jeho komunikace a také například zjišťuje emoční rozpoložení klienta a jeho vztahování k okolí a sobě samému. Vzhledem k tomu, že tento test slouží spíše jako vodítko pro interpretaci, používám ho jen jako pomůcku pro zjišťování klientova aktuálního stavu. Zároveň slouží jako jakési „rozehřátí“ (ve smyslu práce s barvou) před vlastním malováním.

Je důležité říct, že s postupným progresem choroby se mění i výtvarná řeč klientů a to samozřejmě ve všech výše zmiňovaných technikách. Tomuto faktu bych se chtěla věnovat později, v kapitolách 8 a 9.

9.5 Výtvarná témata, techniky a materiál

Vzhledem k tomu, že člověk, který trpí Alzheimerovou chorobou, je často zmatený a s postupně gradující nemocí není orientován časem, místem a později dokonce ani osobou, přizpůsobují těmto faktům i výtvarné techniky a náměty – budou se orientovat pouze na realitu.

Abstraktní témata by mohla prohloubit nejistotu, zmatenost nebo dezorientaci nemocného, a zapříčinit tak diskomfortní pocity jako jsou např. úzkost nebo frustrace.

Do výtvarné činnosti zapojuji témata, která svým obsahem pomohou klientovi připomenout jeho životní úspěchy, radosti či pro něj významné události a snažím se tak zvýšit pocit jeho vlastní důležitosti, potřebnosti a důstojnosti.

Výtvarnou činnost u člověka trpícího Alzheimerovou chorobou dále směřuji k procvičování jemné i hrubé motoriky a stejně tak k tréninku krátkodobé paměti a zapojení té dlouhodobé.

S přihlédnutím k diagnóze - Alzheimerova choroba, kdy nemocní nejsou v pozdějších stádiích schopni rozpoznat hranice vlastního těla, jsou pro tyto lidi vhodné

výtvarné činnosti, při kterých mohou pracovat s „hmatatelným“ materiálem. (Tímto je např. hlína.)

Modelování

V našem zařízení bohužel nemáme keramickou dílnu s pecí, ale i přesto se během naší odpolední arteterapie věnujeme modelování. K dispozici máme jak klasickou modelínu, tak samotvrdnoucí hlínu, modurit anebo těsto, které si sami připravujeme. Z těchto materiálů se mi při práci se seniory nejvíce osvědčilo slané těsto, které si sami připravujeme. Jednak se nelepí na prsty jako modelína, oproti samotvrdnoucí hlíně vydrží dlouho hladké a jeho struktura je hebká, na práci měkčí než je tomu u moduritu. Těsto lze obarvit potravinářským barvivem, ale stejně tak na něj po zaschnutí hotového výrobku lze malovat tušemi, akrylovými nebo olejovými barvami. Tuto techniku nejvíce používám na procvičování jemné motoriky, ale několikrát jsme i zkoušeli vymodelovat vlastní obličej. Modelování je seniory ve skupině dobře přijímáno, těší se i na vlastní výrobu samotného těsta a sami přicházejí s nápady, co všechno bychom si z něj mohli vyrobit.

Malování tematických obrázků – zadám klientům nějaké téma, ať už pohádkové anebo z jejich života, přičemž vždy dbám na to, aby v nich vzbuzovalo pozitivní emoce. Můžeme tedy malovat scénky z pohádek, jako jsou Červená Karkulka, Šípková Růženka, Perníková chaloupka apod., tedy něco, co jim je důvěrně známé a s čím mohou mít spojeny pozitivní zážitky (když ony pohádky v dětství poslouchali od svých rodičů anebo když je později vyprávěli svým dětem).

Je dobré vědět toho co nejvíce o člověku, se kterým pracuji – o jeho životě, rodině, zaměstnání, zájmech, životních úspěších, krizích, neštěstích a to hlavně z důvodu, abych mohla správně zvolit téma obrázku. Aby jeho malování působilo klientovi radost, posilovalo jeho sebevědomí, jistotu, hrdost... Tedy aby došlo k terapeutickému účinku. Klientce, která nemohla mít děti, těžko budu zadávat téma „Já a moje dcera“, ale protože vím, že měla šťastné dětství, na které ráda vzpomíná, nabídnu jí téma „Když jsem byla malá“ nebo „Moje prázdniny“ apod. Velký úspěch u klientů tedy mají

především ta témata, která jsou spojena se šťastnými okamžiky v jejich životě, s jejich pracovními úspěchy a s momenty, kdy na sebe byli hrdí.

Také témata vztahující se k aktuálnímu ročnímu období či právě probíhajícím svátkům jsou u seniorů v našem zařízení oblíbená. Především proto, že si obrázky mohou vyzdobit své pokoje anebo jimi mohou obdarovat příbuzné.

Tematické obrázky malujeme většinou vodovými barvami, pastelkami nebo tušemi. Klienti ve skupině k malování přistupují zodpovědně, někteří potřebují trochu času na promyšlení toho, co budou malovat, jiní malují hned, jak uslyší téma. Někdy je nutná má pomoc při jejich práci. Do obrázků jim však zasahuji naprosto minimálně, chci, aby se jednalo o jejich autentické dílo. Zadané téma se vždy snažím podpořit ještě i okolní atmosférou – v arte místnosti nám tak hraje příjemná hudba a bývá provoněná vůní z aromalampy. (Při malování tématu „Když jsem šel z hub“ máme jako podkres audiozáznam z lesa – zpěv ptáků, šumění stromů, a aby byla atmosféra autentičtější, zapálím aromalampu s vůní cedru.)

Smývaný neboli akční akvarel

Smývaný/ akční akvarel je technika, která vzniká nanášením a postupným odmyváním akvarelových či temperových barev. Barvy se postupně a hustě nanášejí na papír v libovolných skvrnách. Po nanesení a uschnutí první vrstvy se barva z papíru vymyje pod tekoucí vodou. Takto se proces opakuje až třikrát. Po každém smytí barvy zůstávají na papíře barevné skvrny. V náhodných skvrnách a tvarech se metodou asociací hledají konkrétní tvary (postavy, zvířata, věci), které se potom pomocí akvarelu, vodových barev, tuše nebo tempery citlivě domalovávají. Tato technika pomáhá klientům „učit se“ asociovat, nedržet se pouze naučených schémat ve výtvarném projevu. Často poukazují na nevědomé konflikty, které se odehrávají na pozadí vědomých procesů.

I tato technika je kladně přijímána, klienti většinou kvitují, že „nemusí nic dělat a obrázek se namaluje sám“. Jediný problém, který během vytváření smývaného akvarelu nastal, byl, že senioři nedokázali nanášet barvu natolik hustou, aby po smytí na čtvrtce zůstaly barevné skvrny, a tak jsme se tomuto faktu museli přizpůsobit. Místo vodových

barev jsme použili barevné tuše a v několika případech i tempéry. Tři z klientů po dokončení barevných vrstev nevěděli, jak pokračovat dále. Byli rozpačití, nedokázali ve skvrnách nic vidět. Než jsem mohla zasáhnout, paní Alena⁴⁷ se podívala na obrázky svých kolegů a během chvilky mluvila o ženském obličejí v pravém horním rohu. Paní Báře se výsledný obrázek nelíbil, podle jejích slov se nanášením barev na sebe „z toho stala patlanina“, byla rozrušená a odmítala dále pracovat⁴⁸. To odpoledne jsme se ještě sešly na individuální terapii, povídaly si a naplánovaly náhradní výtvarné aktivity.

Variací na smývaný akvarel je technika, kdy se celá čtvrtka namočí a pomocí tuší se do ní zapouštějí barvy. Vzniknou nám tak barevné skvrny, kdy po zaschnutí postupujeme stejně jako u smývaného akvarelu.

Koláže

Je pravda, že všichni klienti z mé skupiny se na tuto aktivitu těší asi nejvíce. Tato technika vyžaduje větší přípravu. Zhruba dva týdny před tím, než máme naplánovanou výrobu koláží, musíme z listů⁴⁹ z časopisů vystříhat nejrůznější postavy, zvířata, květiny a jiné objekty. Potom vše rozprostřeme doprostřed stolu a každý si vybírá, co potřebuje, co se mu líbí. To potom lepí na papír, případně domaluje. U této techniky je největší svízelem v tom, že některým klientům se na jejich obrázek hodí vystřižený obličej, který už má nalepený někdo jiný. Mohou tak vznikat lehce konfliktní situace, kterým se (poučená z minula) snažím předcházet tím, že mám k dispozici více stejných vystřižených objektů.

Mandaly

Malování mandal je pro osoby, které mají Alzheimerovu chorobu výbornou technikou, jak růst směrem k celistvosti (při AD dochází k rozpadu osobnosti), což je přirozený proces objevování a projevoování jedinečnosti a individuality.

⁴⁷ Jména klientů, které popisují v této práci, jsou fiktivní.

⁴⁸ Paní Bára pracovala v účtárně, vždy byla přesná, všechno mělo svoje místo, muselo být přehledné, upravené. I teď to tak má. Domnívám se, že překrývání a míchání barev v ní mohlo vyvolat pocit jakéhosi nepořádku a proto tak reagovala.

⁴⁹ Vybírám pouze ty objekty, které jsou dostatečně velké, abych předešla případným problémům při vystřihování, ať už kvůli zhoršené jemné motorice seniorů nebo kvůli jejich horšímu zraku.

Mandala je podle švýcarského psychiatra C. G. Junga symbolem celistvosti osobnosti, archetypu Self, sebeuskutečnění. Jung převzal sanskrtské slovo mandala (znamená „střed, obvod, magický kruh“) a spojil ji s Já, středem osobnosti. Podle něj je základním motivem mandaly tušení středu osobnosti, centrální bod uvnitř duše, ke kterému je všechno vztahováno, podle kterého je vše uspořádáno a které je samo o sobě zdrojem energie. Při malování mandaly je důležitá volnost v používání barev a vzorů, svoboda tvorby je ohraničená pouze tvarem kruhu. Jde o nevědomé tvoření, kdy:

„...Obrazy představují jakési ideogramy nevědomých obsahů. Použil jsem samozřejmě tuto metodu i sám u sebe a mohu potvrdit, že člověk může opravdu malovat složité obrazy, o jejichž skutečném obsahu nemá ani tušení. Během malování se obraz vyvíjí tak říkajíc sám ze sebe, často dokonce v rozporu s vědomým záměrem. Je zajímavé pozorovat, jak provedení obrazu překvapivým způsobem kříží vědomá očekávání.“⁵⁰

Malování mandal může mít samo o sobě ozdravný efekt, podle Junga navíc vede k individuaci a k nalezení vnitřního potenciálu. Důležitá je i reflexe namalované mandaly, kdy i přestože lze z mandal vyčíst archetypy a obecně uznávané symboly (samozřejmě v závislosti na dané kultuře), nejdůležitější je význam, který v symbolu nebo barvě klient sám vidí.

Malování mandal během našeho arte setkávání vypadá tak, že klientům rozdám čtvrtky ve tvaru čtverce 30x30cm, ve kterém je předkreslený kruh. Než začneme, nejprve se zamyslíme nad tím, co by nám takovou mandalu mohlo připomínat v přírodě nebo denním životě (sněhová vločka, pavučina, kaleidoskop, spáry v chodníku, květ rostliny apod.). Každý z klientů si pak vybere předem připravené pastelky a začne pracovat. Když jsme s prací všichni hotovi (zásadně vždy tvořím s ostatními, předcházím tak tomu, aby se klienti necítili jako ve škole, narušuje to jakousi výlučnost, a naopak napomáhá k vytvoření lepšího, bližšího, vztahu s klienty, podpoře jejich jistoty a sebevědomí) každý vezme svou mandalu, ukáže ji ostatním a krátce povídá o tom, co má mandala představovat, proč použil právě takové barvy, jestli se mu dobře malovala, jak se při tom cítil...

⁵⁰ Jung, C. G.: Mandaly. Obrazy z nevědomí. Brno, nakl. Tomáše Janečka, 2004, s. 75.

S postupem času se bohužel zdravotní stav některých klientů začal horšit, a protože malování mandal patřilo vždy k oblíbeným aktivitám, přizpůsobila jsem tuto činnost úměrně jejich možnostem. Do kruhu jsem předkreslila větší ornamenty, aby měli jakési vodítko a zůstalo čistě na nich, jestli si do své mandaly ještě něco přikreslí nebo budou-li k ní přistupovat jako k „omalovance“.

9.6 Formy arteterapie

9.6.1 Individuální arteterapie

Při individuální terapii pracuje terapeut pouze s jedním klientem, což má několik výhod, ale i nevýhod. Výhodou zcela určitě je, že klient má terapeuta jen pro sebe, může s ním navázat úzký kontakt, přičemž tak vzniká intenzivní emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem. Ve chvíli, kdy se jedná o klienta, který by svým chováním narušoval průběh skupinové terapie, je individuální sezení také velkou výhodou. Stejně tak jako v případě klienta, který je buď hyperaktivní, nebo naopak anxiózní. Nevýhodou je, že takový klient je ochuzen o reflexi jiných lidí, o jejich postřehy a v neposlední řadě o sdílení stejného či podobného problému. Ve hře zůstává pouze postava terapeuta.

V našem zařízení individuální terapie probíhají podle potřeby klientů. Individuální arteterapii zakusili ti klienti, u kterých během skupinové terapie anebo kdykoliv jindy došlo k nějakému negativnímu emočnímu rozpoložení.

9.6.2 Skupinová arteterapie

V našem zařízení probíhá především skupinová arteterapie, kdy se deset klientů diagnostikovaných většinou v prvním, ve čtyřech případech ve druhém stadiu Alzheimerovy choroby schází dvakrát týdně v místnosti tomu určené, aby se věnovali některé z nabízených výtvarných činností a následné reflexi.

Na začátku terapie máme takový rituál, kdy si vždy zopakujeme to, co jsme probírali při dopoledním arte bloku a navážeme povídáním o tom, co bychom chtěli tvořit nyní. Vzhledem k tomu, že ne všichni senioři, kteří skupinovou terapii navštěvují, jsou ve stejném stadiu nemoci, přizpůsobuji výtvarné činnosti jednak takovým způsobem, aby je mohli provádět všichni, ale zároveň tak, aby nebyly infantilní, klienty neponižovaly či nezesměšňovaly. Zároveň velmi dbám na to, aby ve skupině panovala příjemná atmosféra, aby se všichni cítili komfortně a především bezpečně a jistě. Aby všichni věděli, že činnost je zcela dobrovolná, že nemusí dělat nic, co sami nechtějí, že si mohou kdykoli odpočinout nebo se občerstvit. Zásadně pracuji společně s klienty – mým cílem je vyvolat v nich pocit sounáležitosti, důvěry a opory. Společná práce, kdy terapeuticky působí již provádění činnosti samotné, se ještě mnohem více zúročí na konci terapie, kdy probíhá jakási reflexe. Nejprve sama popíši pocity během malování obrázku, jak obtížné (jednoduché) pro mě téma bylo, jak se mi pracovalo s nabízeným materiálem, jak jsem vnímala celou skupinu. Potom přejdu k popisování svého obrázku jako takového (kdo tam je, co dělá, kdo by to mohl být...) a vyzvu skupinu, aby mi s popisem obrázku pomohli. Většinou z postřehů všech vytvoříme jakýsi krátký příběh. Následuje popis obrázku jednotlivých klientů. Každý, kdo chce svůj obrázek interpretovat, má možnost. Zbytek skupiny se může zapojovat, nemá-li autor nic proti.

Při práci ve skupině je nespornou výhodou především to, že klienti si mohou vzájemně pomáhat, ztrácí ostych a pocit trapnosti, mohou se od sebe inspirovat, komunikovat spolu (nejen verbálně – několikrát se stalo, že hotový obrázek klient/ka věnoval/a někomu ze skupiny), upevňovat vztahy, něco se o sobě (vzájemně) dozvědět, mohou sdílet své těžkosti a zároveň naslouchat někomu jinému a v neposlední řadě se mohou vzájemně podporovat a cítit sounáležitost.

V našem zařízení je tato skupinová arteterapie velmi pozitivně hodnocena jak klienty samotnými, jejich rodinami, tak i pečujícími personálem, protože individuální výsledky klientů jsou zjevné – především co se týče dopadu na jejich aktuální psychické rozpoložení.

9.7 Příklady z praxe

V této kapitole bych chtěla uvést několik příkladů z praxe při práci s klienty během našich arte setkávání.

9.7.1 Imaginace

V některých případech, většinou na konci našeho arte bloku, využívám poněkud upravenou techniku imaginace (imaginace je zjednodušeně řečeno to, že představy člověka projikují jeho aktuální problémy, aktuální emoční stav). Při takovém sezení pracuji s klientem individuálně.

Paní Cilka mi jednou vyprávěla příběh ze svého života. Pochází ze čtyř sourozenců, má dvě sestry a jednoho bratra. Všichni sourozenci měli moc rádi čokoládu, tu ale dostávali jen výjimečně. Pokaždé, když čokoládu dostali, paní Cilka si svůj přiděl snědla najednou a potom čokoládu mámila od svých sourozenců. Ti jí většinou vyšli vstříc a sladkost jí dali.

Paní Cilka se mi svěřila s tím, že už ji dlouho trápí, jak se jako malá holka ke svým sourozencům zachovala a vyslovila přání „celé to nějak napravit“. Povídaly jsme si spolu o tom, co všechno jim už od té doby zase dala ona, jak jim pomáhala a že se všichni sourozenci měli vzájemně rádi. Potom jsem ji vyzvala, aby si zkusila představit ten nejlepší možný scénář, jak by ta situace mohla ideálně dopadnout, a popsat ji. Nakonec popsala scénáře dva. V prvním případě by si žádnou čokoládu nenechala a celý svůj díl by rozdala sourozencům. Ve druhém případě by si schovala část svého dílu čokolády na později - stejně jako její sourozenci – pak už by nemusela od nikoho nic mámit. Zajímavé ale je, že když měla ideální scénář namalovat (aby mohla svou korektivní zkušenost nějak zhmotnit), namalovala obrovský hnědý obdélník a kolem něho čtyři postavy. Původně jsem myslela, že je to stůl se čtyřmi sourozenci, paní Cilka mi ale vysvětlila, že je to veliký kus čokolády a každý ze sourozenců ukusuje tolik, kolik chce, protože vzhledem k velikosti ji stejně nebudou moci sníst celou.

Klientku jsem tedy nijak nevedla ke konkrétním představám (pouštět se do řízené imaginace, vystupování obrazů z nevědomí by pro osobu s Alzheimerovou chorobou

mohlo být nebezpečné), pouze jsem ji pobídla k tomu, aby si představila situaci, která by se odehrála v ideálním případě. Díky pocitům viny popisovala první případ a paralelně se zlepšením její nálady, se staly i další dva ideální scénáře pozitivnější.

9.7.2 Animace

Jedná se vlastně o rozhovor ve třetí osobě, kdy se klient identifikuje s věcí nebo postavou na obrázku, který vytvořil a hovoří jejím jménem. Kromě klasické reflexe (jak se jim obrázek maloval, jak se cítili při práci, co se jim líbí na obrázcích ostatních, jak se jim pracovalo s použitým materiálem...) tuto techniku využívám po skončení každého malování. Především při individuální terapii je tato metoda přínosná.

Jednou jsem pracovala s klienty i tak, že jsem si dopředu připravila vytištěné obrazy od slavných malířů (Modiglianovo Materství, Goghovy Jedlíky brambor, Jaro, Léto, Podzim, Zima od Muchy, Schikanederovu Plečku apod.) a poprosila je, aby si každý z nich z tohoto velkého počtu obrázků jeden vybral a popsal, co se na něm děje. Byla jsem velmi překvapená, jak moc výběr obrázku toho kterého klienta korespondoval s jeho životem. Přestože měli pocit, že popisují děj obrázku, ve skutečnosti popisovali události ze svého života, sebe.

Paní Dana, která zůstala s dcerou již ve velmi mladém věku sama, měla problémy ji zaopatřit, kvůli nutnosti vydělávat peníze na ni neměla tolik času a společenský život se pro ni stal tabu, si vybrala obraz Materství od A. Modiglianiho. Obraz popsala: „*Tento obraz je bezbarvý. Smutný obličej. Strach jak to dítě vychová. Ten obraz má v obličeji starost a strach. Žádná radost, že má dítě.*“⁵¹

Paní Bára kdysi pracovala v účtárně, byla vždy velmi pečlivá, spolehlivá, všude chodila včas, zakládala si na své poctivosti a profesionalitě. Jednou ji ale v práci obvinili, že firma přišla o peníze díky její chybě. Nakonec se vše vysvětlilo, paní Bára se ale s faktem, že jí v práci nevěřili, nedokázala vyrovnat a z práce po pár letech odešla. Ze všech obrázků si vybrala Piccassův obraz a popsala jej:

⁵¹ Viz přílohy, Obr. 5 Animace, paní Dana

„Obraz připomíná středověkého rytíře Dona Quijota de la Mancha, který putuje po Španělsku a rád by pomohl chudým lidem. Jeho boj proti zlu se však nesetkává s odezvou, o čemž svědčí smutný výraz jeho očí.“⁵²

9.7.3 Individuální terapie

Pan Adam je vdovec a v našem zařízení si našel přítelkyni Janu. Oba na sebe byli dost fixovaní. Zdravotní stav paní Jany byl ale bohužel o dost horší než pana Adama. Byla ve druhém stádiu Alzheimerovy choroby, měla problémy s mobilitou – chodila s pomocí, později byla na vozíku. Jednou se plánoval výlet do Kutné Hory, na který měl jet pan Adam, ale paní Jana nikoli. Pana Adama to hodně rozzlobilo, chtěl, aby jeho přítelkyně jela také. Nepomohly žádné argumenty, přesto však nakonec pan Adam odjel na výlet i bez ní. Odpoledne, kdy se pan Adam vrátil z výletu s dobrou náladou, jsme se sešli a chvíli si společně povídali. Potom měl pan Adam namalovat obrázek na téma „Když odejdu z domu, tak...“. Přes vykřikování naučených frází (typu „nezapomenu zkontrolovat plyn, zavřít okna, vzít si peněženku s doklady, klíče...“) začal malovat obrázek, kde sedí ženská postava, má červený obličej a divně o zalomené ruce. Obsadil ji jako svou manželku, která mu připomíná, co všechno nemá zapomenout při odchodu z domu. Mně připadala spíš rozčilená a tak jsem se na to pana Adama zeptala. Postupně pan Adam vyprávěl o tom, že když byl mladý, jakožto voják musel často pryč, do práce ho zavolali znenadání a on tak nechal doma manželku s dvěma dcerkami samotnou. Jí se to nelíbilo, byla to nejčastější příčina jejich hádek. Pan Adam postupně začal nacházet spojitost mezi situací dávno proběhnutou se situací z toho dopoledne. Nakonec jsme se dohodli, že bude jezdit pouze na ty výlety, které bude moci absolvovat i paní Jana.

⁵² Viz přílohy, Obr. 6 Animace, paní Bára

10. RYSY VÝTVARNÉ TVORBY U VYBRANÝCH KLIENTŮ

Díky určitým změnám na mozku, ke kterým při onemocnění Alzheimerovou chorobou dochází (viz kapitola 6.3), nejsou takto nemocní schopni malovat tak, jak by malovali, kdyby nemoc neměli. Tvorba těchto klientů vykazuje určité charakteristické rysy, které lze v jejich výtvarné produkci pozorovat a paralelně s tím, jak se mění zdravotní stav osob s tímto typem demence, mění se i jejich výtvarný projev.

10.1 Barevnost, preference barev

Za dobu, co pracuji s klienty s Alzheimerovou chorobou, jsem zjistila, že v počátcích prvního stadia nemoci klienti ve své tvorbě používají téměř všechny základní barvy (černou, bílou, červenou, zelenou, žlutou, modrou, hnědou, šedou, oranžovou, růžovou a fialovou⁵³). S postupující nemocí se však jednak zmenšuje počet barev, které se na obrázku vyskytují, ale i jejich intenzita. To znamená, že barvy blednou - zde bychom mohli hledat určitou analogii s tím, jak se klient ztrácí (dochází k rozpadu osobnosti), ubývá mu fyzických sil a celkově je slabší (ubývá na váze, je více unavený).



Obr. 1 Procházka v lese (3/2012), paní Hana



Obr. 2 Perníková chaloupka (6/2013), paní Hana

⁵³ Protože přechody mezi jednotlivými barvami barevného spektra jsou plynulé, je vnímání barev subjektivní záležitost. Každý jazyk (kultura) na světě rozlišuje 2 -12 různých základních barev (jednoslovných, ne např. světle červená), přičemž čeština jich má těchto 11. (Aron, J.: Lilac and turquoise are as basic as red and orange. *New Scientist* [online]., [cit. Ze dne 13. 6. 2016], dostupné online.)



Obr. 3

Můj rodný dům (4/2011), paní Marie



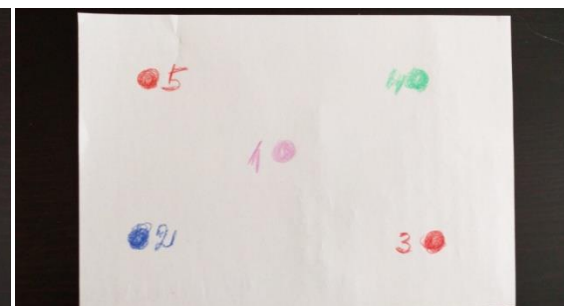
Obr. 4

U nás na zahradě (10/2013), paní Marie

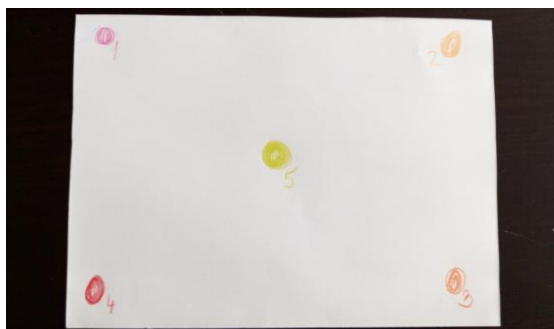
V počátcích choroby se ve výtvarném projevu klientů také objevuje větší snaha používat spíše teplejší odstíny, později používají převážně ty studené. Zde bychom také mohli hledat určitou analogii ke zdravotnímu stavu klientů – v určité fázi choroby se mění emoční pole klienta (oslabený emoční prožitek), stává se pesimističtější, depresivnější a apatičtější.



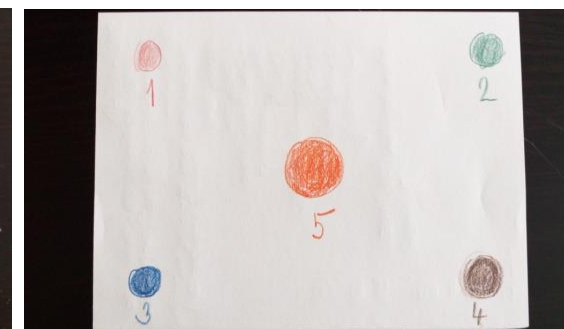
Obr. 5 KTC, (5/2012), paní Hana,



Obr. 6 KTC (5/2013), paní Hana



Obr. 7 KTC, (6/2011), paní Zuzana



Obr. 8 KTC, (8/2012), paní Zuzana

Co se preference barev týče, klienti postupně s progresem choroby upouštějí od používání větší škály barev k několika málo základním barvám, většinou ke hnědé, zelené a modré. Častokrát se také stane, že si klient nacházející se ve druhém stadiu Alzheimerovy choroby ve své tvorbě vystačí pouze s jednou barvou (většinou se právě jedná buď o tmavě modrou, tmavě zelenou, hnědou anebo černou). Použití tmavě modré či tmavě zelené mě přivádí k otázce, zda by preferování těchto barev nemohlo souviset s pocitem obav z budoucnosti (otázky kolem sebeobsluhy, blížícího se konce apod.) a s tím spojenými depresivními stavy.



Obr. 9



Obr. 10

U nás na zahradě (5/2013), paní Olina

Procházka v lese (10/2013), paní Olina

(Při tvorbě obrázku č. 10 byla paní Olina bezradná, nevěděla, co má malovat. Začala stromem v pravé části obrázku a chtěla skončit. Ukázala jsem jí fotografie z výletu v lese a společně jsme popisovaly, co všechno na fotografii vidíme. Upozornila jsem ji na bílá místa na její čtvrtce a možnost obrázek dodělat tak, aby se jí líbil.⁵⁴)

⁵⁴ I když mají klienti tendence malovat pouze v některé části čtvrtky (tzn. nemalují po celé ploše), tak jestliže jsou se svým obrázkem spokojeni, nijak jim do něj nezasahuji. To dělám pouze v případě, že se jim jejich obrázek nelíbí a mají pocit, že „jim to nejde“.



Obr. 11

Schody na terasu (1/2014)
Olina



Obr. 12

Cesta do lesa (2/2014)



Obr. 13

U nás doma (3/2014), paní

Kdybych tedy měla shrnout používání barev v obrázcích osob s Alzheimerovou chorobou, dalo by se říci, že na samém počátku (a v počáteční fázi) prvního stádia, kdy mozek není ještě tolik zasažen, používají víceméně všechny základní barvy. Pravděpodobně vzhledem k tomu, že v této fázi nemoci, kdy jsou její projevy víceméně občasné a člověk může pořád cítit dostatek energie, jsou barvy v jeho výtvarném projevu sytější, intenzivnější a čistší, než je tomu u osob na konci prvního stadia a počátku stadia druhého, kdy nemoc začíná člověka každodenně značně omezovat. V tomto případě se barevnost redukuje na používání maximálně čtyř barev (hnědá, zelená, modrá, černá), později i na barvu jednu. Zároveň je intenzita barev v obrázku nižší, což vypovídá o ztrátě energie, o zhoršení zdravotního stavu a o problematickém zacházení s emocemi autora. Snížená intenzita barev by mohla být také určitou paralelou s pocity, které může člověk s Alzheimerovou chorobou mít – a sice jakési „vyhasínání“ (nejen, co se kognitivních funkcí týče, ale i celé osobnosti). Také lze v těchto obrázcích pozorovat „barevnou špínu“, kdy autor překrývá přímo na papíře dvě nebo tři barvy a tímto vrstvením vznikne barva připomínající spíše špínu (možná nepořádek, který v sobě autor obrázku může vnímat, něco „zahnívajícího“, patologického...)

S postupem nemoci je možno pozorovat ještě jeden fenomén, a sice odklon od teplých barevných tónů. V počáteční fázi klienti neměli problém používat teplé odstíny

červené, fialové, zelené, oranžovou barvu, nebo růžovou. Později se jejich barevnost změnila na používání studeného odstínu červené (spíše bordó), fialové (domodra), zelené (brčálová zelená), hnědé, tmavě modré a černé. (Chladné odstíny barev by mohly odkazovat k určité uzavřenosti.) Zajímavé je, že klienti (až na pana Adama) téměř vůbec nepoužívali žlutou barvu. Když malovali sluníčko, použili většinou spíše okrové odstíny než žlutou, stejně tak v KTC. Absence žluté ve výtvarné tvorbě by mohla odkazovat k problematickému sebeprosazení či sebepřijetí osob s Alzheimerovou chorobou. V tomto stádiu na obrázcích nejvíce převažuje barva bílá. Ne snad proto, že by klienti přímo použili bílou např. pastelku, ale proto, že podklad je bílý. Tento fakt potvrzuje odraz reálného zdravotního stavu klienta, kdy u něj díky progresu choroby dochází k mělkému prožívání a jakési emoční plochosti, později až k apatii. Objektů na obrázku rapidně ubývá anebo jsou namalovány pouze v určité části čtvrtky, tím pádem dávají vyniknout právě okolní bílé barvě.

10.2 Charakteristické rysy ve výtvarné tvorbě

V počáteční fázi prvního stádia Alzheimerovy nemoci lze ve výtvarné tvorbě pozorovat snahu o zaplnění plochy celého papíru, oproti pokročilejším fázím, kdy jsou objekty značně redukovány, izolovány a většinou vtěsnány do určitého místa na čtvrtce.



Obr. 14

Prázdniny u prarodičů (5/2011), paní Hana



Obr. 15

Červená Karkulka (2/2012), paní Hana

U obrázku č. 14 je vidět, jak se paní Hana snažila pokrýt celou plochu papíru tak, aby na ní zůstalo co nejméně bílých míst. (Bílá nakonec zůstala „jen“ v podobě rámečku kolem vlastního obrázku a v podobě jakési aury kolem jednotlivých objektů.) Použila i dva odstíny zelené (jednu zelenou na část trávy a jiný odstín na stromy), dva odstíny modré, které se vzájemně překrývají v nebi, dva odstíny hnědé v pravém dolním rohu. Pokusila se namalovat i postavu a barevnými detaily (červená čepice, květina...) A přestože postava nemá obličej, lze diferencovat, zda se jedná o muže či ženu.

Oproti tomu, na obrázku č. 15 nejsou objekty propojeny nějakým pozadím, chybí horizont. („Tady a teď“, provozní rovina, jakoby splývá s rovinou perspektivní.) Přestože jsou objekty izolované, ještě pořád je zde zřetelná snaha některé z nich propojit (k domu vede cesta, na ni se pojí cesta k rybníku, tráva okolo něj). Je zde sice jednobarevná postava, nelze však rozlišit pohlaví. (V určité fázi nemoci nejsou klienti schopni vnímat hranice svého těla, nemají náhled na svou nemoc, na svou vlastní osobu – i to by možná mohla být určitá analogie k pohlavně nerozlišitelným, často neohraničeným postavám v obrázcích.) Barvy jsou redukovány. Oba dva obrázky působí jakoby neurotickým, roztřeseným dojmem, což může být jednak otázka motoriky, ale opět by to mohlo odkazovat na rozpadající se osobnost.



Obr. 16

Na prázdninách u moře (3/2012), paní Dana



Obr 17

Na prázdninách u moře (9/2012), paní Dana

Na obrázcích paní Dany lze vidět rozdíly, které se s progresem choroby promítly do její výtvarné tvorby. Na obrázku č. 16 je mnohem více detailů (ryby v moři, krab

vylézající na pláž, jablka na stromech, detaily na postavách i na slunci), autorka se snaží o nějaký vztah mezi subjekty (kontakt mezi postavami házejícími si s míčem), používá více barev – i díky tomu tento obrázek celkově působí optimističtěji než ten vedlejší. Zde jsou objekty více izolované, postavy bez kontaktu otočené k divákovi zády. (V době, kdy paní Dana tento obrázek malovala, procházela ještě navíc i onkologickou léčbou. Uzavřela se do sebe, obrazně řečeno točila se k nám zády, a její nálada byla spíše depresivní povahy.) Barevnost je více redukována, k pocitu prázdnoty a jakési tíhy přispívá bílé pozadí s černými ptáky. (Ti by mohli odkazovat na dříve zmíněné depresivní rozpoložení klientky.)

Postupný progres choroby lze pozorovat i v obrázcích paní Marie. I zde postupně dochází k oddělování objektů (možná by se dalo usuzovat na určitý projev izolacionismu, pocitu osamocení či ztráty sociálního kontaktu), menší intenzitě barev, redukci barev, přesunutí objektů do jedné části papíru a nakonec i k bezkontextovosti.



Obr. 18

Já a moje děti (5/2011), paní Marie



Obr. 19

Narození Ježíška (12/2012), paní Marie



Obr. 20

Kraj, který mám ráda (2/2013), paní Marie



Obr. 21

Moje děti v bazénu (6/2013), paní Marie

Ještě znatelnější je vývoj Alzheimerovy choroby, který se odráží ve výtvarné produkci paní Jany:



Obr. 22

Kde jsem byla šťastná (3/2014), paní Jana



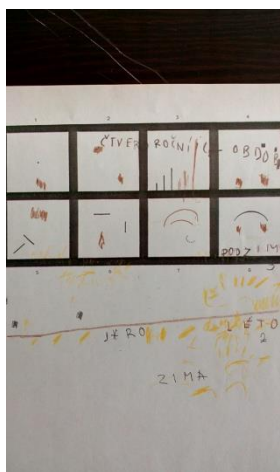
Obr. 23

Červená Karkulka (8/2014), paní Jana

Na obrázcích paní Jany spolupracoval také její přítel Adam, který jí radil, co má malovat a v případě prvního obrázku do něj i zasáhl přidáním žluté barvy do koruny stromu. Pro paní Janu bylo velmi obtížné namalovat rovnou linii, většina jich je napojovaných nebo přerušovaných. Protože paní Jana pracovala jako doktorka na porodnickém oddělení, místem, které chtěla do prvního obrázku promítnout, bylo právě její pracoviště. Podle jejího názoru to ale z obrázku není poznat a tak začala být nervózní a v místě, kde je v obrázku nebe, začala malovat krátké čárky a tečky. (Pravděpodobně v důsledku určité neurotizace z neschopnosti namalovat to, co by chtěla.) V tu chvíli jsem malování přerušila a paní Jana se začala věnovat jiné činnosti.

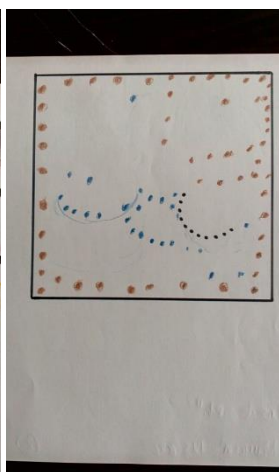
O pět měsíců později namalovala obrázek č. 23. Zde je objekt zcela izolován, nedá se rozeznat o jaký předmět, postavu, věc se jedná, lze to pouze tušit z názvu tématu. (Podle výpovědi paní Jany je na obrázku znázorněná postava Červené Karkulky, která jde lesem. Neohraničená postava, jakoby rozpínající se do prostoru, opět může odkazovat na postupný progres choroby, kdy se klientka přestává orientovat osobou a uvědomovat si hranice vlastního těla.) Oproti předchozímu obrázku zcela chybí jakýkoliv detail. (Mohlo by odkazovat ke ztrátě schopnosti reflektovat realitu.)

Další charakteristikou pozdějších fází Alzheimerovy choroby ve výtvarném projevu nemocných, je opakování jednoho objektu (tvaru, znaku), tedy neschopnost reflektovat realitu v obrázku a ignorace vztahů mezi jednotlivými objekty.



Obr. 24

Čtvero ročních dob



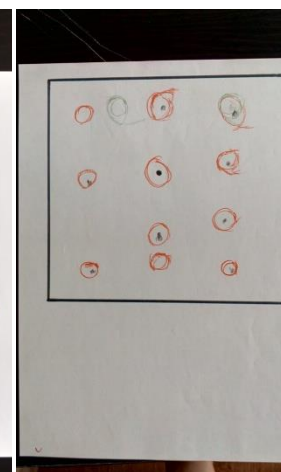
Obr. 25

Hvězdy



Obr. 26

Tyče



Obr. 27

Kolečka

Autorka všech obrázků: Paní Jana (všechny obrázky zhotoveny během 11/2014)

Paní Jana byla při vytváření těchto obrázků spokojená, zdálo se, že malování stále stejných tvarů ji uklidňovalo. Byla naopak velmi nervózní a neklidná, když jí její přítel vysvětloval, že musí namalovat něco, co má smysl. Nerozuměla mu, nechápala, co po ní chce. Velmi zajímavá je také pravděpodobná asociace ke čtverci - „Čtvero ročních dob“ (paní Jana velmi miluje vážnou hudbu a po celou dobu malování prvního obrázku si Vivaldiho Čtvero ročních období polohlasně pobrukovala). Opakování jednoho tvaru ve výtvarné tvorbě je jakousi paralelou k mluvenému projevu osob v určité fázi vývoje nemoci, kdy klienti neustále opakují stejné věty, slova nebo slabiky.



Obr. 28

Obr. 29

Obr. 30

Můj rodný dům (8/2011)

Moje nejlepší dovolená (7/2012)

V lese (9/2013)

Autorkou obr. 28 – 30 je paní Zuzana.

Za obrázky paní Zuzany bych se pokusila udělat pomyslnou tečku shrnutím charakteristických rysů výtvarné tvorby člověka trpícího Alzheimerovou chorobou.

V rané fázi prvního stádia choroby se klienti snaží zaplnit celou plochu obrázku, pracovat s detaily, malovat postavám obličej, pohlavně je diferencovat, barvy užívat dle reality, použít větší barevnou škálu, snaží se o intenzitu a čistotu barvy, o určitou dynamiku (náznaky úhlopříček). Dále lze pozorovat určité reflektování reality v obrázku (i když objekty nemají objem, jsou malovány lineárně a plošně) a vztahy mezi jednotlivými objekty.

V pozdějších fázích prvního stádia a na počátku stádia druhého lze ve výtvarné tvorbě zaznamenat izolovanost objektů, sníženou schopnost namalovat rovnou linku (linie jsou přerušované, navazované, jakoby roztřesené), redukci barev maximálně na čtyři, přičemž barva na obrázku nemusí odpovídat barvě reálného objektu. Postavy,

pokud se na obrázku vyskytují, jsou malovány jednou barvou, nemají obličej, nelze je pohlavně diferencovat a jakoby se „rozpíjejí“ do prostoru. Objevují se velké bílé plochy způsobené vtěsnáním objektů do určité části čtvrtky. (Zajímavé je, že klienti objekty malují většinou do horní části papíru, zpravidla do pravého horního rohu, mohlo by se jednat o uvědomění si své (ne)perspektivní budoucnosti?)

Postupující rozpad osobnosti se odráží i ve výtvarném projevu klientů, kdy ve druhém stádiu choroby nejsou schopni v obrázku reflektovat realitu a k tvorbě jim stačí jakákoliv pastelka (většinou odmítají pracovat s jiným materiálem). Výtvarný projev se redukuje na opakování toho stejného objektu (znaku, tvaru) většinou v řadě či řádcích nebo na opakování nějakého jednoduchého ornamentu.

Pro ilustraci výše zmíněného nabídnu v následující kapitole trochu rozsáhlejší výtvarnou produkci paní Evy a pana Adama.

11) PROGRES CHOROBY ČITELNÝ VE VÝTVARNÉM PROJEVU U OSOB POSTIŽENÝCH AD

11.1 Kazuistika – pan Adam, změna tvorby v čase

Pan Adam se narodil v roce 1932 jako nejmladší ze čtyř sourozenců (má tři bratry). Vystudoval střední školu textilní, později VŠ Vojenskou akademii Antonína Zápotockého v Brně, obor: auta, tanky. V roce 1954 se oženil, má dvě dcery. Pracoval jako strojní inženýr, byl voják z povolání, hodnost plukovník. Později pracoval v opravárnách v Novém Jičíně, a nakonec v Přelouči jako hlavní inženýr, kde zůstal až do důchodu. Po odchodu do důchodu pracoval několik let jako ředitel učiliště. V roce 2005 ovdověl. Celý život nejraději něco opravoval, zajímala ho technika (především ta vojenská), rád četl válečné knihy nebo sci-fi, rád cestoval, fotografoval a filmoval.

Do Alzheimercentra Filipov o. p. s. nastoupil v listopadu 2011, přičemž při příjmu do zařízení jeho stav byl:

- 24 bodů MMSE (z možných 30 bodů) - odpovídá horní hranici počátečního stádia AD
- Není orientován časem (nerozpozná roční období)
- Rozhoduje se spontánně, bez ohledu na okolí a následky
- Upozorní na svá přání a potřeby, které jsou ale často nereálná, vysvětlení neakceptuje a vstupuje do konfliktů

Rok 2012:

- Je kontinentní
- Pohyblivý bez opory
- Schopen samostatně zvládnout hygienu
- Kromě Alzheimerovy choroby trpí ještě i cukrovkou
- Nemá náhled nad svou chorobou (míněno AD)
- Sportuje, je společenský, v AC si našel novou partnerku, sdílí s ní pokoj, je sexuálně aktivní

Rok 2016:

- 16 bodů MMSE (z možných 30 bodů) - odpovídá horní hranici druhého stupně AD
- Poruchy paměti
- Samostatně se nají, oblékne se (musí mít ale připravené oblečení)
- Orientovaný pouze osobou, nepřesně místem, časem není orientován
- Pořád je kontinentní
- Pohybuje se bez opory
- Kontakt navazuje ochotně, společnost už ale tolik nevyhledává
- Dcery pozná, partnerku si uvědomuje pouze v její přítomnosti, když je sám, nevzpomene si na ni
- Začíná se zanedbávat (neholí se, nedbá tolik na to, co má zrovna na sobě)

Po určité době adaptace v našem centru byl pan Adam společenský, veselý, měl specifický smysl pro humor. Popsala bych ho jako člověka, který na sebe rád upoutává pozornost a baví lidi okolo sebe svými vtipy. Ke klientům v horším zdravotním stavu a ke všem ženám se chová šarmančně. Zároveň bych ho ale popsala i jako tvrdohlavého člověka, který si za všech okolností trvá na svém, mnohdy nepřipouští svou omylnost a od druhých lidí (převážně od zaměstnanců centra, rodiny) vyžaduje naprosté (až obsedantní) dodržování vytyčených plánů, časového harmonogramu jeho denního plánu apod.

Výběr z výtvarné produkce pana Adama (11/2011 – 5/2016)



Obr. 1a, volné téma (12/2011)



Obr. 2a „Co mám rád“ (1/2012)

Pan Adam byl voják z povolání s hodností plukovníka, jehož náplní práce bylo mimo jiné i opravování tanků. Tanky má hodně rád, a tak když měl prostě „jen něco namalovat“, byl to právě tank. Na tomto obrázku je nejvíce zajímavé to, že pan Adam téměř jako jediný z deseti klientů, kteří ve skupině malují, použil perspektivní zkratku. Zajímavá je i barevnost, kdy hnědo-zelená, různé odstíny hnědé a zelené a khaki barva korespondují s vojenskou barevností, na kterou byl téměř po celý svůj produktivní věk zvyklý. Nechybí ani detailní označení tanku. Díky tomu, že je na obrázku dominantou a díky jeho umístění, dalo by se usuzovat, že v jeho životě tanky, potažmo jeho zaměstnání měly pro pana Adama velký význam. K tomuto obrázku mě napadla ještě jedna analogie. Pan Adam si v našem centru našel přítelkyni, je sexuálně aktivní. Mohl by se tento fakt odrážet v obrázku v podobě hlavně tanku, ze kterého jakoby tryská červený proud? Mohl by tento symbolizovat životní (sexuální) energii?

Na obrázku 2a je opět ten stejný tank, tentokrát ovšem s menším počtem detailů a chladnější barevností. (V době, kdy tento obrázek maloval, procházel obdobím duševní nepohody, byl spíše uzavřenější – možná spojitost s chladnějším zeleno-modrým laděním.) Obrázek působí díky nerovným, navazujícím liniím poněkud roztřesenějším dojmem (což u pana Adama není způsobeno problémem s jemnou motorikou).



Obr. 3a „Čert a anděl“ (12/2012)

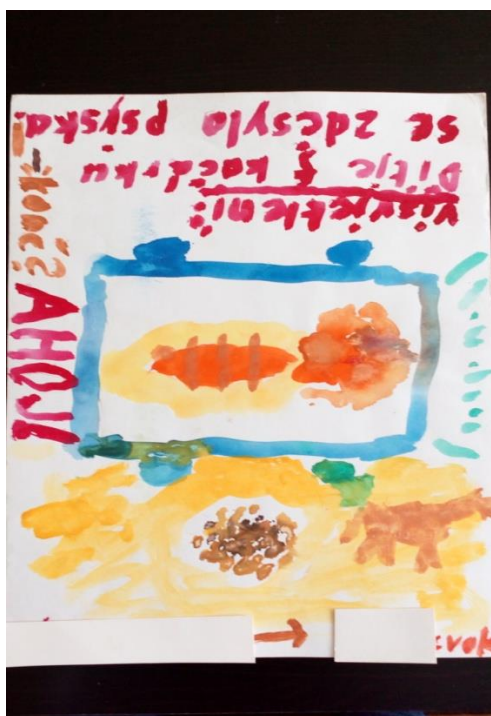


Obr. 4a „Červená Karkulka“ (2/2013)

Téma obrázku 3a bylo „Čert a Mikuláš“, pan Adam si téma upravil a namaloval „Anděla a čerta“, kdy podle jeho vyjádření slovo „anděl“ má zastupovat jeho přítelkyni a „čerta“ představuje on sám. Pan Adam své obrázky často doprovází nějakými texty, kterými chce popsát a objasnit obsah kresby.

Na obrázku Červená Karkulka se pan Adam snažil aplikovat svůj smysl pro humor (nápisem hot dogs). Přestože na něm vlastně nic není, působí jakoby „přeplněně“. Je demonstrací tzv. horor vacui, neboli strachu z prázdnoty. (Zde by se pravděpodobně mohla hledat paralela s jeho životem – potřebou obklopovat se co nejvíce lidmi, přitahovat je k sobě svým chováním a zakrýt tím tak pocit jakéhosi osamocení, prázdnoty.)

V obou těchto obrázcích pozoruji odkazy na fašismus – v obrázku 3a v podobě červených blesků ve tvaru SS, v obrázku 4a mi postava myslivce spíše připomíná heilujícího vojáka u krvácejícího zvířete. Vzhledem k tomu, že obrázky jsem s panem Adamem neinterpretovala, nedokážu si tento fakt dát do nějakých konkrétních souvislostí. Napadá mě jen, že to může být odraz jeho záliby v podobě četby literatury o válce.



Obr. 5a, „Matka a dítě“ (8/2013)



Obr. 6a, „Vánoce“ (12/2014)

Obrázek 5a je z části malován z ptačí perspektivy. Má znázorňovat dítě ležící v kočárku, které se leklo kálejícího psa (ve spodní části obrázku). Je doplněn textem „Visvjetlení: Dítě f kočárku se zděsilo pyska – proč?“

Hned, jak jsem obrázek uviděla, připomněl se mi příběh, který mi pan Adam vyprávěl několik dní před tím, než tento výkres namaloval. Popisoval mi, jak si při lezení na strom, když byl malý kluk, roztrhl ruku o nějaký kus zlomené větve a začal silně krváčet. Sousedé mu zavolali sanitku, která ho odvezla do nemocnice. Pravdu o tom, co se stalo, se svým rodičům bál říct. A tak si přál, aby nikdo „nepráskl“, kde je. V tomto obrázku vidím uprostřed nějakou tržnou ránu (na ruce), která je zašitá. Obrys kočárku z perspektivy mi připomíná obrys sanitky zepředu, s modrými majáčky na střeše. S příběhem vlastně koresponduje i téma obrázku – matka a dítě. Podle mého názoru by pes mohl na obrázku být zástupný objekt citové fixace (rodiče). Dítě se leklo toho, že pes kálel (něco vypouštěl) – nemohlo by se jednat o panem Adamem zmiňovaný strach z reakce rodičů? (Ve smyslu vypouštět hrůzu, vztek...)

V obrázku 6a se objevuje panem Adamem tolik oblíbená žlutá barva. (Pravděpodobně je zde určitá souvislost s povahovými rysy pana Adama – je extrovert, baví lidi okolo sebe, je sebevědomý, exhibicionista...) Objevuje se zde trhaná a přerušovaná linka a pointilistické barevné body. Přestože je zde vcelku výrazná intenzita barev, barevná škála je poněkud redukována.



Obr. 7a, „Můj rodný dům“ (5/2016)

Tento poslední obrázek 7a byl zároveň prvním, který si pan Adam předkresloval tužkou. (Pravděpodobně má potřebu nějaké jistoty, sebekontroly, bojí se náhody – může to být opět analogie se zdravotním stavem, kdy by se pan Adam mohl obávat ztráty

kontroly nad svým zdravím, tělem?) Na tomto obrázku lze pozorovat progres choroby v podobě roztřeseného písma, neurčité, spíše fragmentární postavy.

11.2 Kazuistika – paní Eva, změna tvorby v čase

Paní Eva se narodila roku 1927, společně se svými dvěma sestrami a bratrem vyrůstala na vesnici nedaleko Kutné Hory. Vyučila se švadlenou, 20 let pracovala ve skladu ČKD v Kutné Hoře. Má dvě dcery, ovdověla v roce 2006.

Ráda chodila tancovat, byla společenská, ráda četla knihy (hlavně romány), ráda sledovala filmy pro pamětníky a komedie. Nejraději chodila do lesa.

V AC Filipov je ubytována od roku 2010, přičemž při příjmu její stav byl:

- MMSE 18 bodů (z možných 30 bodů) - odpovídá spodní hranici prvního stádia AD
- Inkontinentní močí
- Chodí bez pomoci
- Zájem o aktivity, o společnost
- Rodinu poznává

Rok 2011:

- MMSE 17 bodů (z možných 30 bodů) - odpovídá horní hranici druhého stádia
- Inkontinentní močí
- Chodí bez pomoci
- Trvá zájem o aktivity, o společnost
- Ráda jezdí na výlety
- Rodinu poznává až při kontaktu, na chodbě by je nepoznala

Rok 2015:

- MMSE 9 bodů (z možných 30 bodů) - odpovídá spíše spodní hranici druhého stupně

- Plně inkontinentní
- Používá chodítko
- Není orientovaná místem, časem ani osobou
- Jí pouze s pomocí
- Často se hádá s ostatními klienty

Ve chvíli, kdy jsem do centra nastoupila, paní Eva už v něm pobývala necelý rok. Působila na mě optimistickým dojmem, ráda navštěvovala společenské akce, především hudební odpoledne s živou kapelou, ráda zpívala a tančila.

Postupem času si ale přestala rozumět s ostatními seniory (co chvíli se začala nahlas smát i bez jakéhokoliv podnětu, což značně obtěžovalo ostatní, a tak přestali její společnost vyhledávat). Paní Eva se tedy více stáhla do sebe, stala se spíše samotářkou, která se do kontaktu s ostatními lidmi musí spíše nutit.

Výběr z výtvarné produkce paní Evy (5/2011 – 6/2015)



Obr. 1b, „V lese“ (5/2011)



Obr. 2b, (11/2011) Volné téma

Paní Eva ze všeho nejraději trávila volný čas procházkami v lese a tak se i tento fakt promítl do tématu, jehož zadání bylo volné. Patrně díky období nadcházejících Vánoc spojila dvě události, které má v životě nejraději (procházky v lese a oslavy Vánoc) do jednoho obrázku. Obrázek na mě také působí jako „začarovaná rodina“, kdy by se mohlo jednat buď o čtyři sourozence (má dvě sestry a jednoho bratra) anebo o rodiče v podobě stromů a některých sourozenců. Obrázek disponuje množstvím detailů, pevnou linií, barevnost respektuje realitu. Na větvích dokonce použila dva odstíny zelené. Na tvorbě tohoto obrázku si dávala zvlášť záležet, byla soustředěná a klidná.

O několik měsíců později se s rychlým progresem choroby redukoval i její výtvarný projev, kdy nevyužila plochu celého papíru, ale objekty vtěsnila do pravé části papíru. Značně se redukuje počet použitých barev, které se na několika místech slévají v barevnou špínu.



Obr. 3b, „Matka a dítě“ (5/2012)



Obr. 4b, „čert a Mikuláš“ (11/2013)

Paní Eva nerespektuje zadaná témata a ve svých námětech se opakovaně vrací „do lesa“. Přesto se mi zdá, že zadané téma se nakonec do obrázku také nějak podařilo dostat. Také při závěrečné reflexi (po skončení malování) jsem ze slov paní Evy pochopila, že na obr. 3b matka a dítě jsou v podobě zajíčků, stejně tak v obr. 4b bychom čerta mohli vidět v černém stromu a Mikuláše, spíše anděla, v podobě hvězdy. Nicméně na obrázcích převládá bílá barva, barevnost je redukována a shluk objektů (jakási manýra) je umístěn do jednoho rohu papíru.



Obr. 5b, „Na procházce“ (7/2014)



Obr. 6b, „Co mám ráda“ (6/2015)

Na předposledním a pravděpodobně i posledním obrázku lze pozorovat, že paní Eva pokračuje ve své manýře a maluje pouze to, co dobře zná. Je zde naprosto zřejmý progres choroby vyznačující se rozpadem osobnosti a ztrátou kontaktu s realitou.

12. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala problematice výtvarného projevu u osob s Alzheimerovou chorobou a tomu, jak se promítá progres choroby do výtvarné produkce těchto lidí.

Zjistila jsem, že v počátečních fázích nemoci klienti používají téměř všechny základní barvy, přičemž intenzita barev je větší (tóny jsou sytější, barvy čistší). V obrázcích převažuje použití teplejších odstínů a také je zde patrná snaha o použití více odstínů jedné barvy.

Co se týče rysů, které jsou charakteristické pro tvorbu s Alzheimerovou chorobou, zjistila jsem, že v počátečních fázích choroby se klienti snaží pracovat tak, aby funkčně zaplnili plochu papíru, aby měl obrázek nějaké pozadí – vyskytuje se horizont (tzn. přítomnost většinou 2. a 3. plánu) a objekty jsou často propojeny (existuje mezi nimi nějaký vztah). Je zde přítomná i snaha o vytvoření perspektivní zkratky, tedy o modelaci objemu, a o vytvoření většího množství detailů. Co se postav týče, jsou malovány větším počtem barev, detailně propracovány (přítomnost obličeje, prstů na ruce, části oblečení...), lze je pohlavně diferencovat. V neposlední řadě se klienti snaží dodržet zadané téma, použití barev je v kontextu s realitou.

Situace v pozdějších fázích nemoci je ale jiná. Co se barev týče lze pozorovat redukci barevné škály – klientovi většinou ke tvorbě stačí čtyři barvy, později je tvorba monochromatická. Převažují studené odstíny, chladná modro-zelená barevnost, místy doplněná hnědou a černou. V obrázcích se také objevují barevné špíny, které vznikají sléváním barev dohromady, barvy také mají tendence šednout. Převažující barva je bílá.

V těchto fázích nemoci je počet objektů na obrázku zredukován, objekty jsou izolovány, nejsou propojeny nějakou logickou vazbou a většinou jsou „zhuštěny“ do určitého místa na papíře. Objekty jsou také malovány lineárně a plošně, snaha o objem není patrná. Chybí zde pozadí, tedy i horizonty (plány), kompozice je buď fragmentární anebo pásovitá. Charakteristická je bezkontextovost. Pro vysvětlení obsahu obrázku klienti používají krátké texty, které vpisují přímo do obrázku. Dalším jevem, který je pro tvorbu takto nemocných lidí v pozdějších fázích choroby v obrázcích charakteristický, je neschopnost namalovat rovnou linku. Namísto toho lze pozorovat

roztřesené nebo přerušované linie, pointilistické body nebo neustálé opakování toho stejného objektu (tvaru, značky) buď v jedné řadě či více řádcích.

Obsahuje-li obrázek postavy, jsou znázorněny monochromaticky, chybí jim detaily, jsou pohlavně nerozlišitelné, nemají jasné hranice a naopak se jakoby rozpínají do prostoru. Klienti v pozdějších fázích choroby také nejsou schopni akceptovat zadání tématu. V obrázcích nejsou schopni reflektovat realitu, ať už se to týká barvy anebo objektů samotných.

Přestože jsem s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, intenzivně pracovala při arte blocích téměř tři roky, musím konstatovat, že psaní této práce pro mě bylo velkým přínosem. Především proto, že jsem měla možnost věnovat se výtvarné tvorbě klientů komplexně. Při psaní práce jsem si také všimla určitých detailů, které mi v běžném provozu unikaly, a při shánění a pročítání literatury do teoretické části práce, si doplnila informace týkající se Alzheimerovy choroby jako takové.

13. POUŽITÁ LITERATURA

CALLONE, P. R. a kol.: *Alzheimer's disease. 300 tips for making life easier*. Demos Medical Publishing, NY, 2006, ISBN 1-932603-16-6.

CAMBELL, J.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-717-8204-1.

DAVIDO, R.: *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha, Portál, 2001, ISBN 80-7178-449-4.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Havlíček brain team, 2010, ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Pfizer, 2004,

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M.: *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha, Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-581-3.

JUNG, C. G.: *Mandaly. Obrazy z nevědomí*. Brno, nakl. Tomáše Janečka, 2004, ISBN: 80-85880-34-2.

JŮZOVÁ, J.: *Průvodce Alzheimercentrem*. Příručka pro zaměstnance. 2014, s. 110.

KASSIN, S.: *Psychologie*. Computer Press a. s., 2007, ISBN: 978-80-251-1716-3.

KUČEROVÁ, H.: *Demence v kazuistikách*. Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1491-4.

KULKA, J.: *Psychologie umění*. Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2329-7.

LIEBMANN, M.: *Skupinová arteterapie*. Praha, Portál, 2002, ISBN 978-80-7367-729-9.

MÁTĽ, O., HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M.: *Zpráva o stavu demence 2014*. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016, ISBN 978-80-86541-34-1.

NEVŠÍMALOVÁ,S.,RŮŽIČKA,E., TICHÝ,J.: *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-160-2.

PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd., Brno, Paido, 2010, ISBN: 978-80-7315-198-0.

ŠICKOVÁ - FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-408-3.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál, 2012, ISBN 80-7178-802-3.

ZGOLA, M., J.: *Něco dělat!*. Občanské sdružení Za důstojné stáří, Praha, 2013, ISBN 978-80-254-9338-0.

14. INTERNETOVÉ ZDROJE

ARON, J.: Lilac and turquoise are as basic as red and orange. *New Scientist* [online]., [cit. Ze dne 13. 6. 2016], dostupné z:// www.newscientist.com/article/dn26913-lilac-and-turquoise-are-as-basic-as-red-and-orange/

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. ©2016 [online]. [cit. 2016-5-6]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. ©2008 [online]. Poslední revize 17. 11. 2015 [cit. 2016-5-6]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageHierarchyID=38&PageIndex=1&PageID=1&node=30&ParentPageID=38>

MUZIKOTERAPIE. ©2007 [online]. [cit. 2016-1-4]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

ALZHEIMEROVA CHOROBA, 2016 [online]. Poslední revize 25. 3. 2016 [cit. 2016-4-25]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba

15. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: MMSE (Mini Mental State Examination – orientační test kognitivních funkcí)

Příloha č. 2:

- Příprava arte místnosti („Podmořský svět“, obr. 1, 2)
- Slavnostní otevření místnosti (obr. 3, 4)

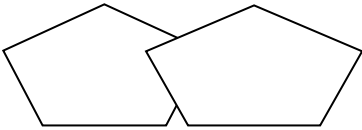
Příloha č. 3:

- Obr. 5 Animace, paní Dana
- Obr. 6 Animace, paní Bára

16. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:	

(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 	2 1 1 1 1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

Příloha č. 2: Příprava arte místnosti



Obr. 1 a 2

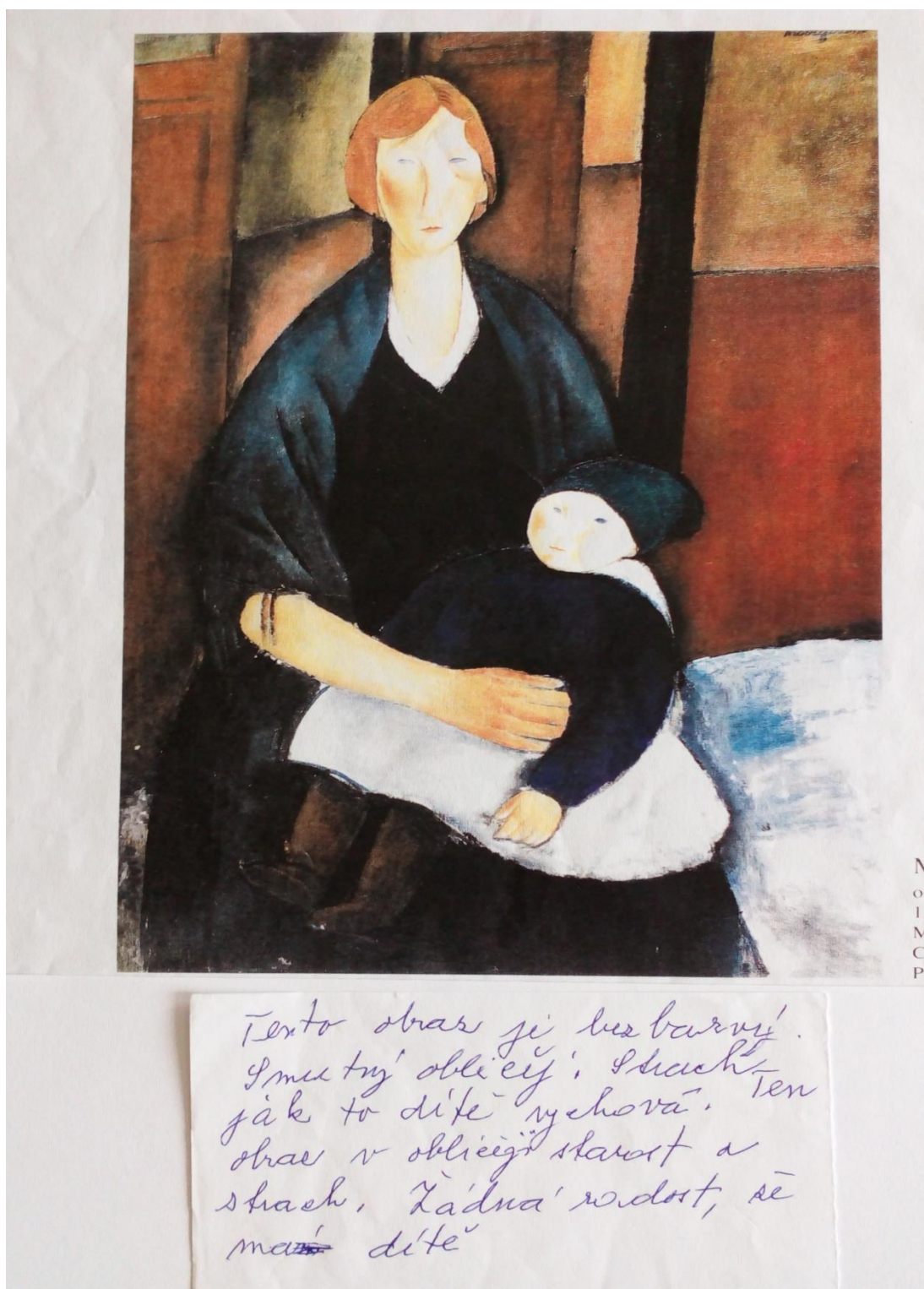




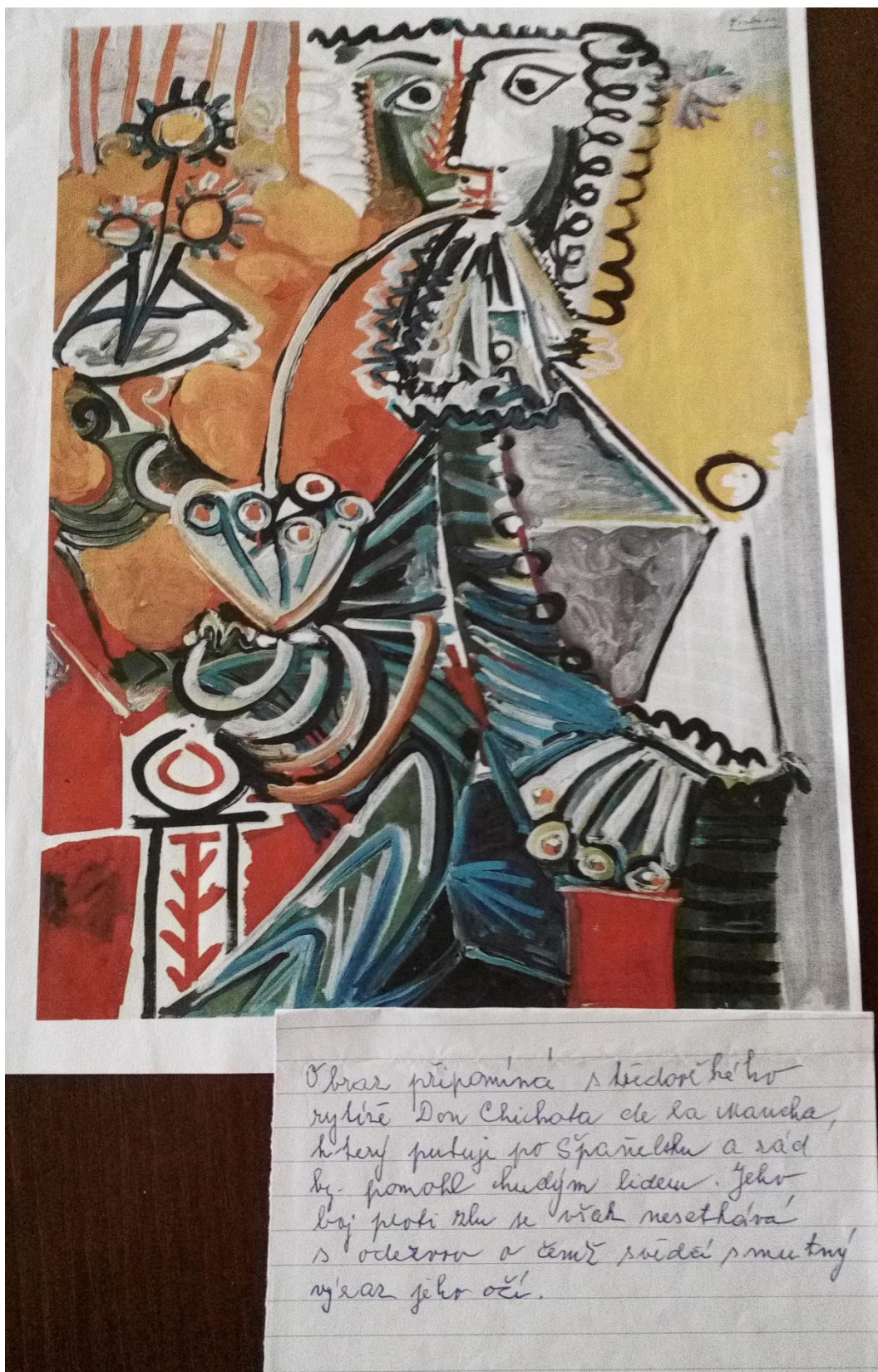
Obr. 3 a 4



Příloha č. 3



Obr. 5 Animace, paní Dana



Obr. 6 Animace, paní Bára