



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

Arteterapeutický pohled na výtvarnou tvorbu lidí se schizofrenií

Vypracovala: Ilona Žirovnická

Vedoucí práce: Mgr. Luboš Krninský, Ph.D.

České Budějovice, 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách při zachování 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.

V Českých Budějovicích dne 12. dubna 2023

Ilona Žirovnická

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Luboši Krninskému, Ph.D. za odborné vedení práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích a vypracovávání bakalářské práce.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřená na výtvarnou tvorbu lidí, kteří trpí poruchami schizofrenního okruhu. Jejím cílem je prozkoumat tvorbu účastníků studie v souvislosti se známými projevy těchto onemocnění ve výtvarné produkci, popř. hledat souvislosti mezi životními událostmi, prožíváním a myšlením participantů a jejich výtvarnou tvorbou. Teoretická část práce představuje na základě dostupné odborné literatury přehled o onemocnění schizofrenního okruhu. Kromě kognitivních, emocionálních a behaviorálních symptomů představuje i současné poznatky o projevech onemocnění ve výtvarné tvorbě. V praktické části je zpracována více případová studie s několika účastníky. Kvalitativní výzkumná sonda byla uskutečněna na základě práce s výtvarnou produkcí participantů, která je doplněna rozhovory. Výtvarná díla většinou participantů tvořili v minulosti v souvislosti s těžkými životními podmínkami. Měli období, kdy tvořili, a naopak kdy pro ně výtvarná tvorba byla obtížná někdy až nemožná. Ve výtvarné produkci se u participantů často vyskytují symboly smrti, rozpadající se kompozice, výrazná barevnost nebo naopak chudost barev i projevu neboli „horror vacui“ (strach z prázdného prostoru). Mohu konstatovat, že se potvrdila má zjištění v porovnání s odbornou literaturou.

Abstract

The bachelor thesis is focused on the art of people who suffer from schizophrenic circuit disorders. Its aim is to examine the work of study participants in connection with the known manifestations of these diseases in art production, or to search for connections between life events, the experience and thinking of participants and their artistic creation. The theoretical part of the thesis presents an overview of schizophrenic circuit disease based on available professional literature. In addition to cognitive, emotional, and behavioral symptoms, it also presents current knowledge about the manifestations of the disease in art. In the practical part, a multi-case study with several participants is elaborated. The qualitative research probe will be carried out on the basis of work with the artistic production of the participants, which is supplemented by interviews. Artworks were mostly created by participants in the past

in connection with difficult living conditions. They had a period when they were creating, and vice versa, when art was difficult for them, sometimes even impossible. In art production, participants often feature symbols of death, crumbling compositions, distinctive colours or, on the contrary, poverty of colours and expression, or "horror vacui" (fear of empty space). I can say that my findings have been confirmed in comparison with professional literature.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, schizofrenie a její umělecké vyjádření, arteterapie

Keywords

Mental illness, schizophrenia and its artistic expression, art therapy

Obsah

1.	ÚVOD.....	8
2.	HISTORIE PŘÍSTUPU K DUŠEVNÍMU ONEMOCNĚNÍ.....	9
3.	VZNIK SCHIZOFRENIE.....	11
4.	PRODROMY	13
4.1	Prodromální (nespecifické) příznaky	13
5.	PROJEVY SCHIZOFRENNÍ PORUCHY	14
5.1	Autistické stažení	15
6.	KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE	16
6.1	Paranoidní schizofrenie	16
6.2	Hebefrenní schizofrenie	16
6.3	Katatonní schizofrenie	16
6.4	Nediferencovaná schizofrenie	16
6.5	Reziduální schizofrenie	16
6.6	Simplexní forma schizofrenie	16
6.7	Příznivé prognostické faktory	17
6.8	Nepříznivé prognostické faktory.....	17
7.	DŮSLEDKY SCHIZOFRENNÍ PORUCHY	18
7.1	Příklady bludů u schizofrenie.....	19
7.2	Halucinace u schizofrenie	19
7.3	Projevy dezorganizace.....	20
7.4	Poruchy motoriky.....	21
8.	RODINA A PACIENTI SE SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU	22
9.	SCHIZOFRENIE V PSYCHOLOGII C.G.JUNGA.....	24
10.	VÝZNAM SYMBOLŮ VÝTVARNÉ TVORBY U PSYCHOTICKÉ PORUCHY 25	
10.1	Příklady symbolů.....	27
11.	LÉČBA	28
11.1	Elektrokonvulzivní terapie (EKT).....	29
12.	STIGMA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENNÍ	30
13.	KVALITA ŽIVOTA U SCHIZOFRENIE	31
14.	PŘÍNOS HANSE PRINZHORNA	31

15.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
15.1	Cíl výzkumné práce	33
15.2	Metodika výzkumné práce	33
15.3	Plán výzkumné práce.....	34
15.3.1	Plán výzkumu	34
15.4	Prezentace výzkumného vzorku	35
16.	ETICKÉ DIMENZE VÝZKUMU	36
17.	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	37
17.1	Participant Jirka	37
17.1.1	Rozprava s participantem:	37
17.2	Participant Karel.....	55
17.2.1	Rozprava s participantem Karlem.....	55
17.3	Participant Josef.....	64
17.4	Participantka Lenka	73
18.	DISKUSE.....	75
19.	ZÁVĚR	77
20.	POUŽITÁ LITERATURA:.....	81
21.	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	82
22.	PŘÍLOHA	84

1. ÚVOD

Kdo je vlastně blázen“? Slovo blázen bývá velmi často používáno hanlivě, ale nepravdivě. Když totiž odebereme od slova blázen čárku nad „a“, vzniká slovo „blazen“, a když přidáme ještě háček nad „z“, vzniká slovo blažen. Blazen, blažen je tedy blazen, blažen, tedy blazován, blažován z různých zdrojů, nevyjímajíc sebe. (...) Slovo blázen mluvnický významově tedy znamená prostě a jasně šťastný člověk. (pacient B.F., Terezín, 30.10.2000) (Vágnerová, 2008, s. 333)

Schizofrenie z řeckého schizein – rozštěp a phren – mysl. Otec pojmu byl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. V roce 1911 popsal nemoc, pro niž je jednou z nejdůležitějších charakteristik „rozštěp“, různých psychických funkcí. Zcela v souladu s dnešním pohledem se domníval, že jde o skupinu zahrnující několik nemocí (Vágnerová, 2008).

Má bakalářská práce je zaměřena na arteterapeutické principy při práci s lidmi se schizofrenní poruchou. Schizofrenii jsem si vybrala, protože v naší rodině i v mém okolí se nachází několik lidí se schizofrenní poruchou. A proto o této nemoci často přemýšlím, a ptám se jaké jsou příčiny vzniku, jak se projevuje a jaké má důsledky. Popíšu zde historii a způsoby léčení a pohled na duševně nemocné lidi v dávné minulosti. Dále jak se schizofrenní porucha projevuje, jaké jsou prodromální příznaky, jak tuto diagnózu přijímá okolí nemocného a jeho rodina. Popisuji zde kvalitu života se schizofrenní poruchou. Uvádím také příklady bludů, které se u této poruchy mohou vyskytovat a pohled C. G. Junga na tuto nemoc.

V praktické části uvedu několik prací pacientů se schizofrenií a pokusím se nalézt znaky a symboly schizofrenního výtvarného projevu a upozornit na ně. Dále pak popsat jejich barevnou škálu, která se nejvíce u participantů vyskytuje. Zajímá mě specifický výtvarný projev lidí s touto poruchou. S tím spojuji rozhovory s participanty na připravené otázky ohledně jejich rodinné historie a prostředí ve kterém vyrůstali. Získané informace následně srovnám s údaji v odborné literatuře a v mé teoretické části. Bakalářská práce může sloužit jako pomůcka pro zaměstnance léčeben, psychiatrických ústavů a výtvarníků zde pracujících jako terapeuti.

2. HISTORIE PŘÍSTUPU K DUŠEVNÍMU ONEMOCNĚNÍ

Schizofrenie je velmi vážné psychické onemocnění zařazené mezi psychotické poruchy. Touto nemocí je postižena každá stá osoba v populaci, u každého se projevují odlišné příznaky. Nejčastěji jsou pacienti postiženi halucinacemi, bludy a z nich plynoucími poruchami jednání, emotivity a osobní integrity. Jde zde o poškození mozkových funkcí.

Toto onemocnění údajně existovalo již odedávna. Před 3 400 lety byla nalezena první dochovaná zmínka na starém fragmentu z Ajurvédy (Vágnerová, 2008).

Kniha Dějiny šílenství od francouzského filozofa Michaela Foucaulta je první významnou publikací, která zkoumá vývoj významu šílenství pro evropskou kulturu, právo, politiku, filozofii a medicínu od středověku až do konce 18. století

V polovině 17. století bylo běžnou reakcí na šílené, opovržení, odsunout je na samý okraj společnosti do izolace společně s prostitutkami, pobudy, rouhači a jim podobnými, strach, opovržení a agrese. Na jejich stav bylo nahlíženo jako na jejich vlastní morální selhání, na ty, kteří si tuto situaci sami vybrali. Byli uvězněni v nových institucích založených napříč Evropou. Tento proces se nazývá „velké uvěznění“. Uvěznění učinilo šílenství dostupné lékařům, kteří začali vnímat šílenství jako objekt hodný studia a poté jako nemoc, která má být léčena. Koncem osmnáctého století začalo moderní období tím, že vytvořilo prostory výhradně určené pro držení šílenců pod dohledem lékařů. Toto je formálně osvícenější a soucitnější způsob zacházení s šílenými. (Foucault, 1994).

Duševní nemoci dříve považovali za posedlost ďáblem, těchto lidí se báli a stranili se jich. Šílenství bylo ve starověku považováno za něco démonického. Lidé vyháněli nemocné za hranice města, posléze nakládali na lodě a nechali je napospas jejich osudu. To byl prostředek, jak se nepohodlných psychicky nemocných lidí zbavit. Lodě pluli od města k městu a říkalo se jim „lodě bláznů“. Lodě nesměly kotvit v žádném přístavu a vládl názor, že šílenci by se měli nechat buď napospas moři, nebo je dokonce házet přes palubu. Temná masa vody k tomu přidávala své vlastní hodnoty, voda odnáší pryč, ale také očišťuje. Ostatní se k duševně nemocným chovali hrubě, leckdy agresivně. Brutalita vůči nim byla vysoká. Mrzačení, mučení a věznění také nebylo výjimkou (Foucault, 1994).

Mezi významné osobnosti, které se zapsaly do historie psychiatrie patří **Paul Eugen Bleuler**. Byl to švýcarský psychiatr mimořádného významu, a tvůrce termínu schizofrenie. Studoval medicínu v Curychu. Byl ovlivněn Sigmundem Freudem a dalšími psychiatry. Mezi ně se řadí i **Emil Kraepelin**. Německý psychiatr, zakladatel moderní psychiatrie, psychofarmakologie a psychiatrické genetiky. Věřil v biologické příčiny psychopatologie. Zastával názor, že psychická onemocnění pocházejí z tělesných nemocí a pokusil se o jejich klasifikaci. Zavedl také dva pojmy pro označení psychotických stavů a to manio-deprese a dementia praecox (předčasná demence). První pojem se používal donedávna, dnes užíváme pojmu bipolární afektivní porucha, druhý pojmenoval Eugen Bleuler „schizofrenie“. U nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí (Vágnerová, 2008).

3. VZNIK SCHIZOFRENIE

Podle výzkumů postihuje schizofrenie přibližně 1 % populace v bez ohledu na místo kde žijí, rasu, pohlaví nebo sociokulturní vlivy. Projevuje se nejčastěji v mladém věku, mezi 15-35 lety, u žen o něco později než u mužů. Přesná příčina schizofrenie není jednoznačně stanovena. Ve skutečnosti jde o řadu různých poruch, které se některých symptomech shodují. Předpokládá se, že vznik onemocnění ovlivňuje mnoho faktorů a jejich vzájemná interakce. Jde tedy o soubor dědičných dispozic, vývojových změn, nepříznivých zkušeností a traumatických podnětů. Zkoumání potvrzují že zde hrají roli genetické faktory. Ve hře je větší počet genů. Ovšem z lidí, kteří mají takové dispozice, onemocní jen někteří, to je potvrzeno výzkumem jednovaječných dvojčat, s genetickou totožností, onemocní v 50 % údajně pouze jedno. U příbuzných schizofrenních pacientů se v menším rozsahu vyskytují často geneticky podmíněné změny.

Zajímavostí je, že mozek těchto lidí mívá menší hmotnost, zapříčiněnou především poklesem objemu kůry. V různých vrstvách mozku není úbytek počtu neuronů a tím zmenšení tkáně ale omezení vzájemného propojení a menší počet synapsí. Typické pro schizofrenii je i rozšíření mozkových komor. Vágnerová se domnívá, že jde o vývojovou poruchu (Vágnerová, 2008).

Strukturální změny se častěji objevují v levé hemisféře, která dozrává o něco později. I vnější vlivy mohou zvýšit riziko vzniku schizofrenie. Může jít o prenatálně působící zátěže, například podvýživu či hypoxii (nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních), které negativně ovlivní vývoj mozku, ale i postnatální (poporodní) vlivy psychosociálního charakteru spojené především s rodinou. Ty lze považovat za vyvolávající podněty, které nepříznivě disponovaný jedinec nedovede adekvátně zpracovat. Je zde také koncept vulnerability (zranitelnosti), který předpokládá zvýšenou citlivost k různým podnětům, především sociálního charakteru. Je popisována jako porucha zpracování informací. Tuto funkci zajišťuje talamus. Má zamezit zahlcení mozkové kůry mnoha neselektovanými podněty. Zátěží, která vyvolá chorobnou reakci, může být neúspěch, odmítnutí partnerem, nenaplnění určitého očekávání, odloučení od rodiny, respektive od známého prostředí, nová role, smrt blízkého člověka či společenský převrat. Problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování. Schizofrenie nejčastěji vzniká v době přechodu k dospělosti, kdy se člověk odpoutává od své původní rodiny a měl by se osamo-

statnit. Požadavky k dosažení samostatnosti jsou prožívány jako ohrožující, a proto mohou snadno vyprovokovat chorobné reakce (Motlová, Španiel, 2017).

Onemocnění často vede k chronickému průběhu a vede k trvalé invaliditě, celosvětově je řazeno mezi deset významných příčin úplné invalidity. Bohužel i úspěšně léčení, pacienti trpí signifikantním a sociálním deficitem. Ženy mají benignější průběh onemocnění (Češková, 2012).

Jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Této prognóze vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém. Bohužel děti rodičů s diagnózou schizofrenie mají 10x vyšší riziko, že onemocní schizofrenií (Vágnerová, 2008).

Zajímavé je, že k negenetickým rizikovým faktorům patří život ve městě a narození v zimních měsících nebo na jaře, dlouhodobé užívání kanabisu, hladovění v období gravidity, přítomnost protilátek toxoplazmózy, starší otcové a migrační status (Češková, 2012).

Vyšší riziko rozvoje schizofrenie představuje i příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s velkou hustotou obyvatelstva. Je známo že v industrializovaných zemích je mnohem více schizofreniků v nízkých socioekonomických třídách, v městských oblastech je daleko vyšší počet hospitalizací pro schizofrenii než v zemědělských vesnických územích. U migrantů se projevuje také větší nemocnost, hlavně u afrokaribských imigrantů do Velké Británie. Problémy s adaptací v nové kultuře a s tím spojený stres zřejmě má vliv na precipitační (všímavé) faktory u vulnerabilních (zranitelných) jedinců (Motlová, Španiel, 2017)

Nejčastější příčinou hospitalizace jsou pozitivní psychotické příznaky. V mozku je místně zvýšena dopaminergní aktivita. Sem řadíme bludy, halucinace a sluchové vjemy. Je dokázáno že pacienti s diagnózou schizofrenie hůře čelí každodennímu stresu. Neurokognitivní terén je velmi křehký a může za nízkou toleranci stresu. U onemocnění schizofrenií je zpracování paměti abnormální a znamená předčasnou demenci (Vágnerová, 2008).

4. PRODROMY

Prodromální stádium se projevuje poruchami nálad, depresí, úzkostí, dysforie, iritabilitou (nedůtklivost, dráždivost), roztržitostí a obtížným soustředěním, sociálním stažením, obsedantními symptomy, také magickým myšlením. Tyto symptomy se mohou vyskytovat i několik let. Avšak přibližně jeden rok před první léčbou. Nemocní nejčastěji uvádějí vztahovačnost. Uvádí se, že čím déle trvá neléčená psychóza, je potom horší dlouhodobá prognóza onemocnění. Zde se mluví i o brzkém zahájení léčby farmakoterapií prodromů. V praxi ale není běžné podávání antipsychotik před první psychotickou epizodou. Cíl je umožnit pacientům se schizofrenií pobyt v jejich vlastním prostředí, mimo psychiatrická zařízení (Motlová, Koukolík, 2013).

4.1 Prodromální (nespecifické) příznaky

Vágnerová uvádí zvýšenou zranitelnost a slabost ega. To je neschopnost snášet úzkost, ovládat vlastní impulzivitu a sníženou schopnost prožívat radost. Projevuje se nápadné, introvertní zaměření, uzavřenost, sklon k sociální izolaci, omezená schopnost citově prožívat a vyjadřovat své emoce, například v rámci mezilidských vztahů. Je zde omezená schopnost osamostatnění, nápadná vázanost na nejbližší lidi (obvykle rodiče) a známé prostředí. Lze mluvit i o snížené adaptabilitě, která se projevuje obtížemi ve zvládání změn a preferencí stereotypů. Začátek nemoci může být plíživý nebo náhlý. V případě, plíživého průběhu může dojít před projevením nemoci ke zhoršení výkonu v různých oblastech, třeba v zaměstnání, ve studiu nebo v péči sama o sebe. Pacienti se mohou projevovat i podivínsky, hromadit nepotřebné věci, nosit stále stejné oblečení, zanedbávat osobní hygienu. Někdy uvažují zvláštním způsobem, mají nezvyklé představy, například, že je někdo pronásleduje. Vývoj chorobného procesu se projevuje neklidem, úzkostmi a nejistotou, také pocitem, že se děje něco divného, co si nedovedou vysvětlit nebo mají pocity ohrožení. Mnohdy nerozumí ani sami sobě a světu. Vnímají proměnu své osobnosti a z tohoto důvodu se začnou intenzivně pozorovat. Pociťují, že se vše změnilo a že vše má náhle jiný význam. Díky tomu prožívají úzkost, strach, bojí se nesrozumitelnosti, kterou změna přináší. Začínají se objevovat halucinace, které vnímají jako reálné. Myslí si, že poznali příčinu proměny. Ale výklad je patologický a neodpovídá realitě. Vnímají sice správně, vidí procházejícího člověka na ulici, ale přiřknou situaci, kterou vnímají, nesprávný význam. Pacientům se

zdá, že je ten člověk pronásleduje, a nastává zde změna vnímání náhody. Ta podle nich neexistuje, vše má pro ně skrytý význam a smysl. Žádné důkazy je nepřesvědčí, protože sami vědí, že to tak je. Ztrácejí postupně soudnost a nadhled. Svoje vlastní názory považují za jediné správné a směřodonné, stávají se patologicky egocentrickými. Lze to chápat jako obrannou reakci, byť patologickou. Přináší jim pocit jistoty a není pro ně důležité, jestli je správný, či nikoli (Vágnerová, 2008).

Zeptáme-li se člověka, který je postižen schizofrenií na vzpomínky před relapsem, vybaví si nejčastěji problémy ve škole, také v práci a neshody s okolím. Pacient je nekomunikativní, úsečný, drzý, prostě jiný, než byl. S každodenním stresem se hůře vyrovnává. Za to je odpovědný křehký neurokognitivní systém. Působení neurokognitivní vulnerability (zranitelnosti, tělesné i duševní) a života souvisejícího se životem mezi lidmi, činí pacienty náchylnější ke zranitelnosti, pokud zažívají chronický stres nebo se nahromadí více stresujících událostí (Motlová, Koukolík, 2013).

V polovině 90. let po zavedení magnetické rezonance se zjistily jemnější změny na mozku. Kolem Sylviovy rýhy je oboustranná redukce objemu. Tyto nálezy se nápadně překrývají se změnami, které známe u autismu. Tento nález je značně prohlouben po první epizodě. Objemy levého a pravého frontálního (přední část hlavy) i parietálního (temenní část hlavy) laloku jsou různé. U schizofrenie byla také zjištěna nižší hustota neuronů, a to v oblasti prefrontální kůry a hipokampu. Mírná aktivační hypofrontalita (snížený průtok krve mozkem v prefrontálním kortexu mozku) byla nalezena i u příbuzných prvního stupně. I kognitivními testy byly kvalitativně podobné u příbuzných schizofrenních pacientů. Je to tedy geneticky podmíněné. Pacienti se schizofrenií se rodí poměrně často v lednu až březnu (Vágnerová, 2008)

„Užívání marihuany je také rizikový faktor. Marihuana narušuje správný vývoj systému mozku adolescentů a je zodpovědná za asi 8-14 % případů schizofrenie. Efekt tetrahydrocanabiolu, THC je škodlivější v čím nižším věku se začne kouřit.“ (Motlová, Španiel 2013, s. 46)

5. PROJEVY SCHIZOFRENNÍ PORUCHY

Schizofrenie je psychotické onemocnění. Psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, také ovšem poruchou

vnímání reality. Celosvětově náleží mezi deset významných příčin úplné invalidity, má totiž sklon k chronickému průběhu, a proto vede k trvalé invaliditě. Ochuzení psychiky představují nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Zahrnujeme sem apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, ochuzení řeči a myšlení, sociální stažení (Češková, 2012).

Narušení poznávacích schopností spočívá v kognitivní dysfunkci. Nachází se před začátkem choroby, bývá stabilní, může se ovšem i zhoršovat, nebo se v počáteční fázi onemocnění zlepšit. Bývá přítomná i u zdravých příbuzných. Nesouvisí s intelektem, projevuje se především v poruše paměti a pozornosti a také schopnosti iniciovat, plánovat a řešit úkoly. V iniciační fázi onemocnění bývá často přítomna deprese. Ta je součástí akutní psychotické ataky. Uvádalo se, že až 10 % pacientů s onemocněním schizofrenní poruchou spáchá suicidium, nyní se udává 5 %. Pro spousty pacientů se schizofrenním onemocněním představují negativní příznaky problém začlenit se do normálního života a obstát na trhu práce (Praško et al., 2001).

Znakem schizofrenního onemocnění je narušení mechanismu orientované pozornosti stejně jako narušení pracovní paměti. Schizofrenní pacienti ve srovnání se zdravými osobami podstatně pomaleji stanovovali prostorovou polohu cíle (Motlová, Koukolík 2004).

„Psychotický pohled na svět je dost odlišný od pohledu běžného. Proto psychózu lze přiblížit, ale nikoliv beze zbytku pochopit“. (Praško et al., 2001, s.8)

5.1 Autistické stažení

Autistické stažení se vyskytuje spolu s neporušením funkcí vnímání, paměti a logického spojování. „Já“ zachází se všemi prožitky, nápady, vzpomínkami, sny a halucinacemi. Díky egocentrismu vzniká „velikášství“. Pocit, že má člověk nějakou misi, že musí vykoupit svět, je Kristem, Bohem. Z toho pramení touha ovlivňovat svět a za pomoci magických sil je utvářet, nepřichází kritický pohled opravdového úspěchu. To by znamenalo cestu z autistického světa do reálného. Dá se to vyjádřit jako křečovitě stažení sama do sebe. Takto si autisticko-egocentrický člověk s onemocněním schizofrenií vytváří jiný, bohatší svět, kde není logika. Projevuje se zde nahromadění citů, a naproti tomu afektivní ochablost. Pozorovatel se setkává s nemožností s takto nemocným navázat citový kontakt. Osobnost pacienta je rozpolcená. Nejprve vládne

světu jako Bůh a pak zametá světlici. S vnějšími věcmi nakládá volně, na základě hravých myšlenek nebo za režie afektivně zabarvených psychických komplexů (Prinzhorn, 2009).

6. KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE

6.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejběžnějším typem schizofrenie, relativně snadno diagnostikovatelná. V klinickém obraze dominují bludy obvykle provázené halucinacemi. Poruchy nálad, emotivity, vůle a řeči, katatonní příznaky chybějí, nebo alespoň nejsou v popředí.

6.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti. Karikuje, chichotá se, přihloupě se usmívá, dělá grimasy.

6.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie má v popředí poruchy motoriky. Jde o zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování nebo naopak stuporu.

6.4 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie není podobná žádné z uvedených typů. Objevuje se v ní symptomatologie více forem a je těžké rozhodnout, která je v popředí (Češková, 2012).

6.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie „prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky“. O schizofrenii - Zdraví.Euro.cz (online).

„Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí“ (Češková, 2012, str. 20)

6.6 Simplexní forma schizofrenie

Simplexní forma schizofrenie charakterizována postupným stažením, redukcí volní složky, oploštění emotivity. Obraz odpovídá také dříve popisované formě latentní schizofrenie. Příznaky se rozvíjejí plíživě a progresivně (Češková, 2012).

6.7 Příznivé prognostické faktory

1. ženské pohlaví
2. premorbidní sociální fungování
3. akutní začátek onemocnění
4. začátek v pozdějším věku než v dětství
5. lepší socioekonomické zázemí
6. kratší doba eventuální hospitalizace
7. paranoidní typ schizofrenie

6.8 Nepříznivé prognostické faktory

1. mužské pohlaví
2. nízký věk v začátku onemocnění
3. nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů
4. premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování
5. schizofrenie v rodinné anamnéze
6. „život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry“ (Češková, 2012, str. 22-23)

7. DŮSLEDKY SCHIZOFRENNÍ PORUCHY

Pacienti s psychickými chorobami umírají více než duševně zdraví lidé na somatická onemocnění. Lidé se schizofrenní poruchou mají o 50 % vyšší riziko smrti na tělesná onemocnění a zkrácenou délku života o 20 %. Hlavně v počátku je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Prodromální příznaky je důležité odhalit časně při prvním kontaktu s lékařem. V této fázi by měl lékař poslat nemocného k odborníkovi, informovat rodinu a získat ji ke spolupráci (Češková, 2012).

Také je zajímavé, že 20 % účastníků programu denního stacionáře, to znamená ti, co již prošli hospitalizací, neznají svoji diagnózu. A je časté, že mnoho z nich je vedeno pod jinou diagnózou. Psychiatři se uchylují k diagnóze akutní polymorfní psychotické poruchy jako méně stigmatizujícímu označení (i přesto že příznaky jsou naplněny), aby zajistili spolupráci s pacientem. Riziko, že diagnóza bude pacientem odmítnuta a že nepřijme léčbu, je příliš vysoké. Občas to nemusí být právě pacient, ale jeho blízcí a příbuzní, pro které je diagnóza schizofrenie naprosto nepřijatelná. Někteří dokonce situaci bagatelizují. V extrémním případě nemocné, blízcí dokonce od léčby úporně odrazují. Na jedné straně stigma názvu nemoci a na druhé straně neinformovanost jsou velká rizika. Je potvrzeno, že čím dříve se začne schizofrenní onemocnění léčit a pacient spolupracuje na dlouhodobé systematické léčbě, tím je výsledek lepší. Víme, že počáteční prodleva je na škodu (Vágnerová, 2008).

Bohužel u pacientů je bludné přesvědčení o pravdivosti halucinací natolik pevné, že i když existují důkazy, že to není pravda, nelze je nemocnému vymluvit. Nemocný je přesvědčen, že se na něj svět kolem zaměřil, dívají se na něj lidé v dopravních prostředcích, povídají si o něm, telefon mu je odposloucháván. Speciální význam pro něj mají dopravní značky na ulici, jezdí kolem něj více aut s poznávací značkou, v níž jsou například trojky, nebo že červená barva oblečení chodců je varovné znamení, stejně tak jako hesla na billboardech. Je přesvědčen že je to proto, že je vyvolený a má zřejmě mimořádné schopnosti, možná umí léčit na dálku. Je středem zájmu, proto je výjimečný. Může to pro něj být i příjemné. Díky vztahovačnosti si ovšem může tento zájem vysvětlit i tím, že po něm jdou mimozemšťané či tajné služby, může se cítit ohrožen na životě a prožívá obrovský strach a obavy. Mohou se objevit i projevy pohybové. Má pocit, že mu někdo na dálku pohybuje končetinami, jako by mu nějaký

loutkář tahal za nitky. Na vůli dotyčného jedince tedy není závislý pohyb, někdy se stane, že vymizí pohybová aktivita a pacient doslova „zamrzne“ a nehýbe se, naopak jindy zase neustále bezcílně běhá. Člověk s onemocněním schizofrenií mívá pocit, že mu někdo vkládá myšlenky do hlavy a ovlivňuje mu myšlení a někdy se i myšlenky ozvučují. Má pocit úplné ztráty soukromí, nemocný se obává, že je jeho hlava jako otevřená kniha, v níž si všichni okolo mohou přečíst, co si myslí, či ho okrást o myšlenky, nepříjemné je také odmítání myšlenek. Pojem intrapsychické halucinace se označuje toto odmítání nebo vkládání myšlenek nějakou zevní silou (Motlová, Španiel, 2013).

7.1 Příklady bludů u schizofrenie

Bludy zevní kontroly. Při bludech zevní kontroly má pacient pocit, že mu jsou přeházeny z dutiny břišní orgány do hrudníku, a bez jizev, mimozemšťané mu způsobili 300 mrtvic a rušili mu spaní.

Bludy vztahovačnosti. Pokud má nemocný člověk bludy vztahovačnosti je přesvědčený, že lidé v okolí o něm vše vědí a mluví o něm, a písničky které hrají v rádiu jsou směřované jemu.

Bludy paranoidně-perzekuční. Při této poruše je nemocný pronásledován a ohrožen jiným člověkem a působí na něj laserem třeba i přes zeď.

Bludy inventorní (vynálezecké). Porucha myšlení, nezvratné přesvědčení o tom že nemocný vynalezl něco výjimečného a mimořádného.

7.2 Halucinace u schizofrenie

Sluchové halucinace, kdy nemocný slyší jeden nebo více hlasů. Vnímá charakteristické hlasy komentující pacientovi myšlenky a jeho chování, „jsi nepřítel a budeš potrestán“.

Zrakové halucinace. Při této poruše může být halucinovaný objekt normální nebo malý menší (mikropsie-zrakové vnímání předmětů ve zmenšených rozměrech, než je tomu ve skutečnosti), nebo větší (makropsie), může být známý nebo méně známý a reálný (dělá vu derealizace), jsou kolem malí lidé, a když si chci sáhnout, uhnou.

Taktilní halucinace. Zde pacient cítí doteky v kontextu s bludy zevní kontroly, cítí stékat krev po těle, má infarkty v srdci, které mu způsobují „tajní“.

Čichové a chuťové halucinace. Při čichových a chuťových halucinacích pacient cítí vůně i pachy, spjata s bludem otravnosti z kategorie paranoidně-perzekučních bludů, například cítí fialky a rozkvetlou louku v zimě, cítí chemikálie, požaduje analýzu ovzduší, jídlo nevoní a je tedy otráveno, a tak nejí a nepije. (Hartl, Hartlová, 2010).

7.3 Projevy dezorganizace

Projevy dezorganizace chování poznáme zanedbáváním své péče o zevnějšek nebo nápadnost v oblékání, například zimní bunda v létě. Jiné důsledky onemocnění se projevují tak že pacient si není schopen obstarat jídlo a proto nejí, toulá se, nedokáže dodržovat denní režim a pořádek, nebo se nemotivovaně chichotá, provádí nezbednosti a někdy neočekávaně agituje (Motlová, Španiel, 2013).

Neologismy

Člověk používá slova, kterým nikdo neporozumí, pacient si je vymyslel, má poruchy usuzování a logiky myšlení, rozbíhavost, neudrhuje téma hovoru.

Inkoherence (nedostatek souvislosti, rozklad, rozpad)

Projev nemá „hlavu ani patu“, věta nemá gramatické vazby „kopec kohout kam, kdo chce kam...“.

Zárazy

Myšlení se zastavuje, další myšlenka nenavazuje.

Echolalie (chorobné opakování slyšeného, papouškování)

Nemocný opakuje, co říká terapeut, na otázku „máte kočku?“ odpověď zní: „Kočka“.

Mutismus (oněmění, ztráta řeči)

Pacient nemluví (Motlová, Španiel, 2013).

Verbigerace (opakování specifických slov beze smyslu)

„laloklokalokaloka“ ...“ (Motlová, Španiel, 2013, s.18)

7.4 Poruchy motoriky

Manýrování je běžné chování je přerušováno nepřiměřenými bizarními projevy, působí pak nepřírozeně nebo neadekvátně, například obřadnost při stolování, oblékání atd.

Stereotypie jsou pohyby určitých částí těla, které se opakují, a nesouvisí s celkovou pohybovou aktivitou.

Povelový automatismus je jakkoli nesmyslné, automatické a okamžité reakce na povel, i když nemocný jinak nereaguje.

Katalepsie zaujímá a udržuje nevhodné nebo neobvyklé polohy končetin nebo celého těla pacient stojí na jedné noze, je zde chorobná strnulost svalů.

Flexibilitas cerea je, když nemocný manipuluje s končetinami vypadá to jako by je mněl z vosku, je tu kladen plastický odpor, projevuje se u pacientů s katatonní schizofrenií, mají končetiny a tělo v pozici, do kterých je někdo uvedl.

Grimasování v obličeji se objevují repetitivní (stále se opakující) výrazy, často nezvyklé.

Negativismus je aktivní chování, ale přesně opačné, než je žádáno, při výzvě „pojď dopředu“ jde dozadu, pasivní chování, nemocný na pokyn nereaguje.

Echomatismy je opičení se, automatické napodobování chování druhého člověka.

Stupor je ztráta pohybové aktivity a řeči, stav, kdy dochází k setrvání ve strnulých nepřírozených polohách.

Excitace, raptus je bezcílné jednání a výrazný psychomotorický neklid, například nemocný hází květináči a má nepřítomný výraz v obličeji.

Negativní symptomy, mezi ně se řadí plochý afekt, snížené emoce, chudost řeči, ztráta zájmů. Negativní příznaky se projevují až po odeznění akutní psychotické ataky. Pokud nemocnému chybí vůle, okolí i nemocný se domnívají, že je líný (Motlová, 2013).

8. RODINA A PACIENTI SE SCHIZOFRENÍ PORUCHOU

Ostatní členové rodiny pociťují ohrožení a nejistotu z chování nemocného, a to se odráží v jejich vztazích k němu, projevují se zde odmítavé postoje k nemocnému. Toto počínání je většinou podivné, pro zdravého jedince je těžké se do něj vcítit a vůbec mu rozumět, komunikace s pacientem je velmi obtížná a někdy zcela neefektivní. Chování nemocného se schizofrenií vyvolává bezradnost a pocity odporu nebo ohrožení. Tyto postoje se mohou změnit v situaci, kdy se rodina dozví, že pacient trpí schizofrenní poruchou. Tato diagnóza na rodinu působí jako velká zátěž neboli trauma, s níž je nutné se vyrovnat. Obrannou reakcí rodiny bývá bagatelizace nebo popření. Okolí začne odmítat skutečnost, která je velmi zatěžující. Rodina se nedokáže s touto situací rychle smířit. Příbuzní se pokouší před okolím utajit, že někdo z jejich rodiny trpí duševní chorobou. Tendence, podle níž je duševní nemoc stigmatem je postojovým stereotypem. Rodina se cítí být také postižena a stydí se za ni (Vágnerová, 2008).

Onemocnění má pouze jeden člen rodiny, ale krize a jeho choroba zasáhne všechny členy rodiny. Zátěž situace narušuje dosud fungující pravidla a zvyklosti rodinného soužití. Nemocný je formálně akceptován, ale skutečnost je taková, že se od něj zdraví členové rodiny distancují. Duševně zdravý člověk nechce prožívat nesmysly které produkuje nemocný. A dochází zde k popírání nepříjemné reality, k tabuizaci problému, kdy se o nemocném nemluví vůbec, nebo jen v jeho nepřítomnosti. Může zde dojít k hyperprotektivnímu postoji (neadekvátně ochraňující druhé) nebo k bludnému myšlení někoho dalšího z rodiny. Obvykle je to člověk, který je nejvíce na nemocného vázán, nejčastěji matka. Tato osoba se nechává přesvědčit o pravdivosti bludu a chová se podle toho. Může psát dopisy na policii, že jim někdo odposlouchává telefon apod. Indukce tohoto bludného uvažování vede k neadekvátnímu jednání. Ztráta náhledu vede ke kompenzaci pocitu zisku ve formě iluze o uchování emoční vazby. Celkový vztah a zafixované projevy chování k nemocnému fungují jako rizikový faktor, který může přispět k udržení symptomů a může ovlivnit pravděpodobnost vzniku relapsu. Rodina neposkytuje členům dostatek podpory, převažují zde protichůdné citové postoje, sympatie, antipatie, nebo i hostilita, kritika ostatních rodinných příslušníků (Vágnerová, 2008).

Rodina někdy začne klást na nemocného takové požadavky, že je není schopen zpracovat. Příbuzným je potřeba vysvětlit, že je nutné počítat s určitým omezením, na druhé straně není nezbytně nutné snímat z nemocného veškerou odpovědnost. I nemocný musí dodržovat pravidla. Pokud by ho nebyl schopen a narušuje závažnějším způsobem soužití v rodině měla by se najít jiná, dočasná řešení (Motlová, Španiel 2013).

Schizofrenie propuká často okolo 20. roku a mnohdy je pacient ještě svobodný, žije tedy s rodiči. Výraznou postavou bývají matky, které se projevují jako akcentované osobnosti s rysy schizoidními, hysterickými a jinými. Tyto matky nechtějí připustit, že by jejich potomek, častěji jde o syna, mohl mít psychickou poruchu, ne-li schizofrenii. Matky v těchto rodinách bývají dominantní a nadmíru zasahující do života svých dětí. Otcové pacientů se schizofrenií bývají naopak submisivní nebo osobnosti s agresivními rysy a nemají zájem o rodinu (Kučerová, 2010).

9. SCHIZOFRENIE V PSYCHOLOGII C.G.JUNGA

V díle švýcarského psychiatra a psychologa Junga byla schizofrenie často předmětem úvah. Jak v profesních začátcích „Über die Psychologie der Dementia praecox“ (1907), tak i během jeho celého života až do stáří.

Jung vykládal vznik schizofrenie jako důsledek porušení rovnováhy mezi vědomím a nevědomím. Úloha nevědomí u zdravých lidí spočívá v tom, že působí kompenzačně a udržuje duševní rovnováhu. U psychózy se však nevědomé elementy pokoušejí násilně proniknout do vědomí, a to nesrozumitelným způsobem. Tím, že se prostřednictvím projekce prezentují jako realita. Jung píše, že u zdravých lidí se nevyskytuje jednostranný postoj, kdy korigující vlivy nevědomí zůstaly zcela bez účinku. Nevyrovaný člověk se brání proti vlastnímu nevědomí, bojuje tedy proti těmto kompenzujícím vlivům. Naopak u schizofrenie jsou dvojice protikladů rozervány a rozpolcení způsobí že nevědomé se začne vědomí násilně vnucovat. Poté se objevují výstřední, nesrozumitelné myšlenky, nálady a počínající halucinace a ty nesou stopy vnitřního konfliktu. Vědomím nepřijatelné obsahy se podle Junga v nevědomí shlukují do fragmentů a ztrácejí spojení s duševním celkem. Pro zdravé lidi je subjektem prožívání „já“, u schizofrenních pacientů je „já“ jedním z prožívaných subjektů. Tento mechanismus se údajně projevuje i u vzniku hysterie. U schizofrenních pacientů ale dochází mezi „já“ a některými komplexy k rozštěpení takového stupně, který je u neuróz nemyslitelný. Neurotik totiž zápasí o udržení svrchovanosti svého sebevědomí a podmaňuje si vzdorující nevědomé síly. Ovšem pacient, kterého ovládnou nevědomé obsahy, který nebojuje, nebo se s chorobnými elementy identifikuje, může být označen jako schizofrenik. Jeho abaissement (snížení úrovně napětí psychiky) dospělo k extrémnímu stupni, kdy „já“ ztratí veškerou sílu bojovat a vzdorovat útoku nevědomí a pod vlivem rozštěpení se psychická totalita rozpadá, na komplex „já“, který přestává hrát nejdůležitější roli. Je jenom jedním mezi ostatními komplexy, tyto jsou všechny stejně důležité nebo dokonce důležitější než „já“. Slábne sebekontrola, nálady a myšlenky jež pacient se schizofrenií neovládá. Hroutí se samé základy psýchy, jako by se rozervaly struktury normálně postaveného domu na kousky. Tyto mechanismy jsou u schizofrenie i hysterie stejné. Podle Junga je rozdíl jen v typové dispozici člověka.

K hysterii se podle Junga řadí extrovertní typ člověka a k schizofrenii introvertní typ. Schizofrenie je tedy jakýmsi introvertním ekvivalentem hysterie (Benda, 2007).

Kompenzace, které vtrhly do vědomí na jiném místě, by měly znamenat léčebný proces, protože by měl být uvolněn prostor, jenž byl izolován. Ale nedochází k tomu, protože nevědomé korigující impulzy se ve vědomí prezentují tak, že jsou pro ně nepřijatelné. Izolovaný jedinec začíná slyšet podivné hlasy obviňující ho například z vraždy a dalších zločinů. To ho dohání k zoufalství a v rozrušení se snaží dostat do kontaktu se svým okolím. Jde přesně o to, čemu se předtím vyhýbal. Kompenzace je účinná ale ne v jeho prospěch. Jung popsal schizofrenii jako autosanační pokus psyché vyřešit vytěsněný konflikt na úrovni kolektivního nevědomí. Upozornil na to, že podobné obsahy se objevují i u normálních lidí, třeba u intoxikace a v polovědomých stavech nebo snech. Jung se při interpretaci snů nezajímal, jak symbol vznikl, ale k čemu má sloužit. I když Jung nevytvořil ucelenou teorii schizofrenního onemocnění, velmi se zasloužil o porozumění schizofrenní symptomatice a přinesl řadu podnětů (Jung, 2017).

„Základní předpoklad jungovské psychologie zní: psyché je autoregulační systém, jemuž je vlastní tendence vyvíjet se a být v pohybu.“ Jungova formulace je – vzít na sebe riziko svébytnosti, riskovat být sám sebou. Fromm to formuluje ještě jinak když říká: „Jsou lidé, kteří se ještě nenarodili, a člověk se musí narodit dřív, než zemře. Člověk se podle Fromma rodí skrze tvořivost“ (Kastová, 2014, str.40)

10. VÝZNAM SYMBOLŮ VÝTVARNÉ TVORBY U PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Symbody se nám zjevují ve snech, fantaziích, v básních, pohádkách, mýtech, v umění. Mohou vznikat spontánně. Symbody mají svou důležitost a tím je život naplněný smyslem. Symbody neoslovují náš intelekt ale naše celkové zaměření a k neviditelné skutečnosti, které nás přesahují. Jsou symbody, které se nám v nějaké životní situaci objevují, symbody ze snů, a v nich pak můžeme hledat skrytý význam (Kastová, 2000).

„Slovo symbol pochází z řeckého symballein, svést dohromady. Můžete mít tedy hromadu materiálu, který v duchu tohoto výrazu berete jako jeden celek. Slovo symbol můžeme přeložit jako „věc, kterou vnímáte v její celistvosti“. Symbol je tedy živoucí Gestalt či forma, celkový součet vysoce komplexních faktů, které náš intelekt neumí konceptuálně pojmut, a který tudíž nelze vyjádřit jinak než pomocí nějakého obrazu“ (Jung, 2018, str. 82)

U prožívání symbolů je nemůžeme vnímat jako znaky, ale musíme je emočně prožít. Jen málokdy bývá hned symbol pochopen. Pokud prožíváme symboly připadáme si živější, plní emocí a v tom případě je vědomí propojené s nevědomím (Kastová, 2000).

„Například symbol uschlého stromu života, znázorňující přeintelektualizovaný lidský život, který ztratil přirozené propojení s pudovou složkou. Symboly jsou tedy vlastními transformátory energie psychických procesů“ (Jacobi, 2013, str.101)

„Symboly nebyly vědomě vykonstruovány, nýbrž byly produkovány nevědomím cestou takzvaného zjevení nebo intuice. Německý výraz pro symbol je Sinnbild, toto slovní spojení znamenitě vyjadřuje, že jeho obsah pochází z obou sfér a oběma náleží. Jako Sinn (smysl, význam) je přiřazen k vědomí, racionální oblasti, a jako Bild (obraz) k nevědomí, iracionální oblasti“ (Jung, 2018, str. 102-103)

Moderní lidé si myslí, že symboly jsou zaostalé a patřící k dávnověku a ve dnešním životě nemají žádný význam. V horším případě je takto smýšlející člověk považován za duševně nemocného člověka. Symboly ale neztratily svou důležitost ani v dnešní civilizované době, zásluhu na tom má škola analytické psychologie Dr. Junga. Lidská mysl podle něj má své vlastní dějiny a psyché si zachovává předešlé vývojové fáze. Nevědomí má na psyché formující vliv, reagujeme i na sny, jimiž se symboly manifestují (Jung, 2017).

„Jung chce dosáhnout smyslově-emocionálního účinku a psychologického poznání. Uvádí že kreslení a malování jsou smyslové aktivity působící na tělo, duši a ducha. „Psychologicky vzato je obrovský rozdíl, zdali někdo několikrát týdně vede se svým lékařem zajímavý rozhovor, jehož výsledek visí někde ve vzduchu, nebo jestli se po dlouhé hodiny snaží vzpírajícím se štětcem a barvami uskutečnit něco. Vypadá, že Jung staví kreslení a malování nad verbální vyjádření. Goethe řekl „Barva existuje jen „potud, aby se všude mohla stát hmatatelnou“. (Ammann et al., 2018, str. 108)

U psychotických onemocnění je použití arteterapie podmíněno absencí motorického neklidu a stupně a stavu nemoci. Arteterapie u psychoticky nemocných se používá v procesuální podobě, nehledáme symbolické významy ve výtvarné tvorbě. Lepší je zpracování volné tvorby než zadávaná témata. Tato terapie u nemocných je vhodná současně s farmakoterapií a behaviorální terapií. Je velmi dobrá hlavně na odreagování úzkostného napětí což potvrzují i pacienti. Arteterapie pozitivně ovlivňuje i chaotickou

činnost mysli. Pokud chceme ovlivnit zhoršující se kognitivní funkce, je vhodné uspořádat barevné skvrny do obrazců a vybarvování. V případě témat mohou být použity témata lidských vztahů, svátky apod., dále jsou pro odreagování vhodné linoryty. Tvorba schizofrenních pacientů je zvláštní, chorobně specifická a obsahuje velmi strachu a nejistoty. Obrazy mohou být **barevně přebujelé**, či naopak **jednobarevné a chudé** na detaily, nebo je **formát zaplněný celý** nebo **zeje prázdnotou**. Vyskytují se tam pocity nehybnosti, zastaveného času a citově nabitě scénérie. K abreakci a zbavení se úzkosti jsou vhodné akční akvarely, pro stabilizaci pacienta se používá vyplňování obrazců, mandal. Vedlejšími účinky arteterapie je seberozvoj, sebepoznání, rozvoj tvořivosti a schopnost sebereflexe (Lhotová, Perout, 2018).

10.1 Příklady symbolů

Podle autorů Žiak, Wiedermann, Wadesonová uváděných (Šickovou-Fabrici, 1998) jsou znaky schizofrenie následující:

Tělo: strnulé tváře, strnulé figury, zkroucení částí těla, transparentnost, postavy poskládané z částí.

Obsahová stránka: chudoba námětů nebo naopak přeplněnost, časté symboly smrti, hypochondrie, náměty sebevraždy, utrpení, bizarní symboly, geometrické vzory, vpisované texty, nevšední barevnost.

Forma: precizní zpracování, fragmentární, neucelený styl návrat k primitivním a infantilním vyjadřovacím prostředkům, obsahová stránka, vpisované číslice, písmena, tvoření neologismů, přípisy, znaky podtrhující obsah, pohledy z ptačí perspektivy, kombinace různých perspektiv.

Halucinace a bludy v obraze: separování jednotlivých částí obrazu, tzv. fragmentace, schematizace, zjednodušení, symbolické vyjádření, symetrie, rozdělení obrazu podle osy, tendence zdobit, tvořit ornament, hrát si, vlastní logický význam, dávající smysl jenom svému tvůrci (Šicková-Fabrici, 1998).

Marie Lhotová (2010) vidí jako hlavní znak tvorby pacientů s psychózou nevyzpytatelnost. Preakutní stav nemoci se údajně projevuje ornamentální tvorbou. U

tvorby s onemocněním schizofrenií je typická zvýrazněná hlava, oči a u výrazu chybí mimika. Je zde náchylnost vepisovat písmo a podepisovat svá díla, a to má souviset zřejmě se sebepotvrzením. Někdy se pacienti ocitají mezi dvěma extrémy, na jedné straně bohatostí tvorby a na druhé její chudostí. Člověk s psychotickým onemocněním se snaží sjednotit rozkládající se svět, který se mu rozpadá. Jeho malby jsou proto velmi organizované. Například obrys přetahují pětikrát, zdůrazňují hranice kresby, aby je udrželi, důvod je že se rozpadají v nich samotných.

Je to jiný způsob vyjádření než u neurotiků. Je zajímavé, že údajně podle profesora psychologie a malíře Pavla Machotky může i labilní člověk tvořit, „zdravé“ umění. Neurotičtí lidé se potřebují vyjádřit přes své kontroly a díky výtvarné tvorbě toho mohou dosáhnout. Naopak psychotik neumí sám sebe zorganizovat a zvládnout. Psychózy tedy dělají mnohem těžším i život umělce. Malba je svým obsahem emocionálně přístupná všem, svou formou jen určitým jedincům. (Koucká, 2007).

11. LÉČBA

Schizofrenie je léčitelná nemoc. Součástí je vždy farmakoterapie a psychosociální zásah. Antipsychotika se užívají na odstranění akutních psychotických příznaků a k prevenci relapsu. Cílem je pacienta zocelit, zvýšit práh odolnosti vůči stresu optimální farmakoterapií a zároveň tréninkem sociálních dovedností. Je také potřeba snížit intenzitu chronického stresu, především v rodině (Benda, 2007).

Schizofrenie se často považuje za nejhůře léčitelné duševní onemocnění s trvalými, nezvratnými změnami a chronickým průběhem. Přetrvává názor, že schizofrenií onemocní zejména lidé s nižším intelektem a že při nemoci se intelekt ještě snižuje. Ani jedna tato představa není pravdivá. Pro pacienty se schizofrenií je velmi důležitý kontakt s přírodou. Pomáhá jim, aby svět nevnímali jen jako odcizený nebo chaotický, ale jako smysluplný celek. Procházky a čas strávený v přírodě pomáhají klientům cítit se ukotvení na zemi. Kontakt s vlastním tělem je další důležitý faktor. K tomu dochází při tělesné aktivitě. Proto sportování (běhání, plavání, turistika, lyžování apod.) pomáhá lépe vnímat své tělo a být s ním ve spojení (Praško et al., 2001).

11.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Používá se k léčbě deprese. Je pravděpodobně účinnější než antidepressiva. V léčbě schizofrenie chybí ohledně EKT všeobecný souhlas, vzhledem k nedostatku metodologicky přesných studií. Přesto u pacientů se schizofrenií, u kterých antipsychotika dostatečně nezabírají, je EKT opodstatněné a účinné. Je také velmi účinné u pacientů s katatonní schizofrenií, je zde zaznamenán rychlý nástup účinků. Bohužel antipsychotika mají i nežádoucí vliv, třes, neklid dolních končetin, suchost v ústech, mimovolní záškuby a pohyby, nabírání váhy apod. Jsou pacienti, kteří jsou rezistentní na léčbu (Praško et al., 2001).

12.STIGMA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍ

Pro pacienty je stigmatizace velkou zátěží. Průběh schizofrenie může zhoršovat stres spjatý se stigmatem. I v mladším věku, asi mezi 16 až 24 rokem života se vyskytují stigmatizující postoje, proto by se tedy mělo začít s osvětou už od dětí školního věku. Spolupráce s médii je další podmínkou antistigmatizačních kampaní. Média často informují o násilných činech pacientů se schizofrenií, a to k nim nevytváří ve společnosti důvěru. Je ale pravda, že u schizofrenie existuje zvýšený výskyt rizika násilného chování. Muži se schizofrenií je páchají více kriminálních činů, ale vyskytuje se to i u žen. V čím nižším věku schizofrenie začala, tím bylo riziko páchaní trestného činu vyšší i je horší kriminální anamnéza. Psychotická porucha je tedy rizikovým faktorem pro násilnou kriminalitu. S diagnostikovanou osobnostní poruchou bylo u jedinců s psychózou častější zneužívání návykových látek. Kriminalita je často páchána pod vlivem bludů, z toho vyplývá, že adekvátní léčba psychotických poruch je u této populace prevence kriminality. Podle výzkumů výskyt násilného chování způsobovaly schizofrenní příznaky, ztráta kontroly vlastního myšlení, vkládání cizích myšlenek a přesvědčení, že existují lidé, kteří chtějí dotyčnému ublížit. Média prezentují násilí páchané lidmi s psychózami jako náhodný čin vůči neznámému jedinci. Studie ale potvrzují, že obětí duševně nemocného útočníka je osoba blízká (Benda, 2007).

13. KVALITA ŽIVOTA U SCHIZOFRENIE

Tomuto tématu se věnoval Heniz Edgar Lehmann, kanadský psychiatr známý pro své použití chlorpromazinu k léčbě schizofrenie v 50. letech a otec moderní psychofarmakologie. Upozorňoval na omezené finanční prostředky schizofrenních pacientů, přičemž prožívání volného času a pracovní činnost je stejná jako u zdravé populace. Stejně jako odstranění symptomů je důležitá sociální role a její naplnění, pocit spokojenosti, životní perspektiva a materiální zabezpečení. Kvalita života se posuzuje podle toho, jak jedinec vnímá své postavení ve světě a jaký má vztah k vlastním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Je zajímavé, že pacienti se schizofrenií mají údajně tendenci kvalitu své osobnosti nadhodnocovat. Může to být důsledkem emočního stažení nebo afektivní plochosti, ochablého náhledu, ale i adaptace na nepříznivé okolnosti, možná i vlastní obrany a přizpůsobení se vnitřním i vnějším podmínkám. Spokojenější jsou pacienti hospitalizovaní déle než dva roky, méně potom ti, kteří jsou v léčbě méně než tři měsíce. Paranoia a depresivní symptomy souvisejí se zhoršením kvality života. Obecně je kvalita života pacientů nižší než u běžné populace. Ve společnosti se nejlépe adaptovaly vdané pacientky a ženatí muži, vysvětluje se to podporou a pomocí od partnera a okolí (Benda, 2007).

14. PŘÍNOS HANSE PRINZHORNA

Hans Prinzhorn byl německý psychiatr a historik. Narodil se 6. června 1886. Studoval historii umění a filozofii na univerzitě v Tübingen, Mnichově a Lipsku, kde získal v roce 1908 doktorát. Od roku 1913 studoval medicínu a psychiatrii ve Freiburgu a Štrasburku a za první světové války sloužil v lazaretu jako vojenský chirurg. Na univerzitě v Heidelbergu promoval s prací Umělecká tvorba choromyslných. Poté nastoupil v psychiatrické léčebně v Heidelbergu. Měl rozšířit sbírku umění mentálně postižených, kterou shromažďoval Emil Kraepelin. Roku 1922 Prinzhorn vydal knihu „Výtvarná tvorba duševně nemocných“. Obsahovala ukázky děl nemocných, které psychiatrická společnost příliš nepřijala. Autor zkoumá hranici mezi mentálním onemocněním a sebevyjádřením uměním a je to první pokus analyzovat práce mentálně postižených. Následně působil v Curychu, Drážďanech a Weisbadenu a roku 1925 si založil

soukromou psychoterapeutickou praxi ve Frankfurtu. Během svého života napsal a vydal šest knih (Prinzhorn, 2009)

15. PRAKTICKÁ ČÁST

15.1 Cíl výzkumné práce

Cílem mé výzkumné práce je v teoretické části popsat z odborné literatury prodromální náznaky, vznik a projevy schizofrenního onemocnění. Přijetí rodiny a okolí schizofrenního pacienta a jeho úskalí. Jak reaguje rodina na případnou hospitalizaci nemocného. Začlenění těchto lidí do společnosti a reakce na tuto diagnózu. Uvedení bludů, které se u osob s psychotickým onemocněním vyskytují. Případná léčba schizofrenního onemocnění, stigmatizace pacientů a přínos v léčbě duševně nemocných za pomoci výtvarného projevu Hansem Prinzhornem. Stejně tak zde uvádím pohled C. G. Junga na psychózu a její projevy. Cílem tedy je přiblížení této problematiky onemocnění, jejích důsledků a možností práce s takto nemocnými lidmi. V teoretické části jsem našla shodu s odbornou literaturou a projevy participantů se kterými jsem byla v kontaktu po dobu psaní bakalářské práce.

V praktické části je cílem zaznamenat v tvorbě pacientů se schizofrenní poruchou shody ve výtvarné tvorbě. Najít podobné symboly, rovněž posoudit barevnost tvorby, formální projev. Zjistit znaky které se u participantů vyskytují například rozpadlá kompozice, horror vacui (lat. strach z prázdna), nebo naopak chudost v námětu i barevnosti a porovnat ji s odbornou literaturou.

Otázka č. 1: Jaké symboly se vyskytují a opakují ve výtvarné tvorbě pacientů s psychotickým onemocněním.

Otázka č. 2: Jaké životní události provázejí osoby se schizofrenním onemocněním.

15.2 Metodika výzkumné práce

Pro hledání odpovědí na stanovený typ výzkumných otázek byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Tato metoda výzkumu poskytuje analyticky zkoumat vliv schizofrenního onemocnění na výtvarný projev a pokouší se o pochopení této

problematiky. Přestože zkoumá malé množství artefaktů a osob s tímto postižením, je více náročná na orientaci v této problematice než kvantitativní metoda (Skutil, 2011).

Pro výzkum byla použita metoda záměrného výběru. Hlavním kritériem u klientů byla diagnóza psychotického onemocnění schizofrenie. Klienti byli různého věku, ovšem vždy starší než 18 let. Data k zodpovězení výzkumné otázky č. 1 byla získána analýzou artefaktů participantů, které vytvořili v určitém časovém období svého života a které mi poskytli k nahlédnutí. K tomu mi byla umožněna příležitost k rozhovoru s participanty na témata jejich nejvýraznějších a přelomových životních prožitků. Které ovlivnili další směr v jejich životě a tím mi zprostředkovali odpovědi na mou otázku č. 2. Analýza dokumentací a sběr dat je považován za část každého výzkumu. Na tomto základě je možné učinit závěry, které jsou podloženy interpretací děl klientů. Data k výzkumné otázce č.2 byla získána za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s klienty. Připravené otázky pro rozhovor jsou uvedeny v příloze č. 1 pod názvem „Osnova rozhovoru“ (Skutil, 2011).

Polostrukturovaný rozhovor je řízen připravenými otázkami, ale nemusí se jich striktně držet. Během rozhovoru může tazatel reagovat na podněty klienta, dotazovat se na doplňující informace. Rozhovory byly provedeny osobním dotazováním (Hendl a Remr, 2017).

15.3 Plán výzkumné práce

15.3.1 Plán výzkumu

Plán výzkumu probíhal ve čtyřech fázích.

V první fázi jsem záměrnou metodou výběru oslovila tři respondenty ze svého okolí. Bohužel jeden participant spolupráci odmítl a dva zbylí nebyli přístupni hlubšímu rozhovoru. Proto jsem oslovila nejmenovanou léčebnu pro duševně nemocné o umožnění rozhovoru s klienty a poskytnutí jejich tvorby k analýze. Participanti byli seznámeni s cílem výzkumu. Na spolupráci byli osloveni tři lidé se schizofrenním onemocněním a s výzkumem souhlasili. Nakonec jsem spolupracovala tedy s pěti participanti.

Ve druhé fázi byli participantů ujištěni o zachování anonymity a změny jména u rozhovorů a výtvarné tvorby. Po dohodě s paní ředitelkou léčebny a vyřízení potřebných dokumentů mi byl umožněn přístup do léčebny. Následně jsem oslovila doporučené klienty, kteří byli ochotni mi poskytnout jejich výtvarnou tvorbu a rozhovor, domluvili jsme se na termínu schůzky. Seznámila jsem je, jak by měla schůzka probíhat.

Ve třetí fázi jsem se dostavila na smlouvanou schůzku s participantem a zahájila jsem s ním rozhovor na uvedené téma ve druhé otázce. Pokud klient nechtěl na mou otázku odpovídat, respektovala jsem to. Uvádím jen schválené informace. Poté jsem si se souhlasem participanta nafotila jeho artefakty, které nashromáždil a poskytl mi je k analýze.

Ve čtvrté fázi výzkumu byla data z rozhovorů s participanty zpracována metodou obsahové analýzy a zároveň jsem provedla arteterapeutický rozbor výtvarného projevu participantů, srovnávání symbolů, barev a jiných zvláštností vyskytujících se v tvorbě participantů.

15.4 Presentace výzkumného vzorku

Jméno	Věk	Vzdělání	Svéprávnost
Jirka	33 let	středoškolské	Omezení svéprávnosti
Karel	51 let	středoškolské	svéprávný
Josef	58 let	vysokoškolské	nevím
Lenka	42 let	vysokoškolské	svéprávná

16. ETICKÉ DIMENZE VÝZKUMU

Ujistila jsem participanty, že budu chránit jejich identitu. Dále jsem informovala participanty o záměrech výzkumu. Účastníci si jsou vědomi dobrovolnosti v účasti ve výzkumu a také své svobody naši spolupráci kdykoli ukončit. Mohli odmítnout odpovídat na otázky a vyloučit témata, o kterých nechtěli mluvit. Konverzaci jsem ukončila ihned, pokud byli unavení a již nechtěli pokračovat v komunikaci. Nenaléhala jsem na další výtvarnou tvorbu, pokud již cítili nezájem o tuto činnost. Veškerá tvorba mi byla poskytnuta dobrovolně a se souhlasem participanta stejně tak jako rozhovory.

17. PREZENTACE VÝSLEDKŮ

17.1 Participant Jirka

Participant Jirka je narozený v září. Rodiče Jirky žili ve společné domácnosti pouze jeden rok, což si samozřejmě nemůže pamatovat. Otec pouze platil výživné a se synem se osobně nestýkal. Jirka vyrůstal pouze s matkou a často se stěhovali. V jeho deseti letech bohužel matka zemřela. V té době figuroval v rodině matčin přítel, s kterým neměl Jirka příliš dobrý vztah. Byl svěřen do péče prarodičů z matčiny strany a své tety, matčiny sestry. Jirkova teta začala bydlet ve společné domácnosti s jeho nevlastním otcem a bývalým matčíným partnerem. Nebyl to však milenecký vztah, ale jen společně sdílená domácnost. Atmosféra zde byla často napjatá, docházelo k bouřlivým hádkám mezi tetou a Jirkovým otčímem. Otčím se choval vůči Jirkovi chladně a bez zájmu, teta byla přísná, zřejmě aby udržela domácnost v chodu. Po dokončení základní školy studoval střední odbornou školu, a byl na internátě. V té době začaly problémy s Jirkovým chováním, chodil za školu, dopouštěl se trestné činnosti a užíval drogy. V roce 2010 byl poprvé léčen na psychiatrickém oddělení, kde mu byla diagnostikována psychotická porucha schizofrenie a poté byl umístněný do psychiatrické léčebny. Je v pravidelném telefonickém kontaktu s prarodiči a svou tetou, která mu dělá opatrovníka. Jako nejbližšího člověka označuje dědu, se kterým má velice dobrý vztah. Je klidné, spíše samotářské povahy. Poslouchá současnou hudbu, rád hraje hry na mobilu a má rád přírodu. Mezi zlovyky, které jsou u lidí trpících schizofrenií časté, patří kouření a zvýšené popíjení kávy a těmi trpí i Jiří. Je introvertní povahy, nemá rád velké davy lidí, chaos, zmatek, nespravedlnost a bezpráví. Má omezení svéprávnosti

17.1.1 Rozprava s participantem:

Jako malý žil na vesnici a v deseti letech mu zemřela maminka. Otce nepoznal, až v dospělosti s ním měl čtyři schůzky a měl prý z něj i dobrý pocit. Bohužel se již nevidají, potvrzuje, že je mu to líto. Po smrti matky registruje u sebe změnu chování, stává se introvertním. Již na základní škole měl zkušenost s užíváním drog, jako je marihuana. Uvádí, že jeho prospěch se pohyboval mezi dvojkami a trojkami. Po základní škole nastoupil na střední školu, kde absolvoval dva ročníky. Volbu této školy ovlivnil vztah

s prarodiči, a hlavně dědeček, z matčiny strany, ke kterému měl velmi blízký vztah, a nějž trávil ve volném čase dětství. Prarodiče žili na statku, dědeček byl hajný, hodně se mu věnoval a vedl Jirku ke kladnému vztahu k přírodě. Vybavuje si hezké vzpomínky na prarodiče, partu kluků, s kterými si rozuměl a prožíval dobrodružství. Po odchodu ze střední školy pracoval ale stále užíval marihuanu, ke které přibyl pervitin. Žil také dva roky na ulici a přetrhal vazby s rodinou. Začal páchat trestnou činnost – krádeže a sám se později udal na policii a odpykal si dva měsíce ve vazbě. Procestoval sám Evropu, Švýcarsko, Německo atd. Hlasy ho nabádaly, aby vystoupil na horu Pilát kvůli očištění, často se u něj vyskytovala biblická témata. Objevila se psychóza se sluchovými halucinacemi a posedlost démonem. Vizuální halucinace prý nemá. Jakmile propukla akutní psychóza, rodiče ho odvezli do psychiatrické léčebny, kde mu diagnostikovali schizofrenii. Byl nebezpečný sobě i okolí, a proto strávil čtyři roky v léčebně. V komunitě pro duševně nemocné opět začal prožívat psychotické stavy a nastoupil léčbu pro závislé. V diagnóze má uvedeno, že schizofrenii spustilo užívání drog, i když jsme se společně shodli, že i prožitá traumata se podepsala na jeho duševním stavu. Zkoušel i chráněné bydlení, ale opět to nedopadlo dobře. S opačným pohlavím prožíval komplikované vztahy, nejdelší vztah byl tři měsíce s pacientkou trpící bipolární poruchou, v léčebně, kde byli oba hospitalizováni. Nyní žije v sanatoriu, při nástupu namaloval několik obrazů, ale nyní již nemaluje. Jeho záliby jsou četba, internet, má zájem o světové dění, psal i básně a přiznal i zájem o magii. Nyní má bohužel problémy se soustředěním, a to mu ztěžuje veškerou aktivitu. Asi před dvěma měsíci se pokusil o suicidium. Důvodem byly pochybnosti a ztráta smyslu života, nyní je stabilizován.

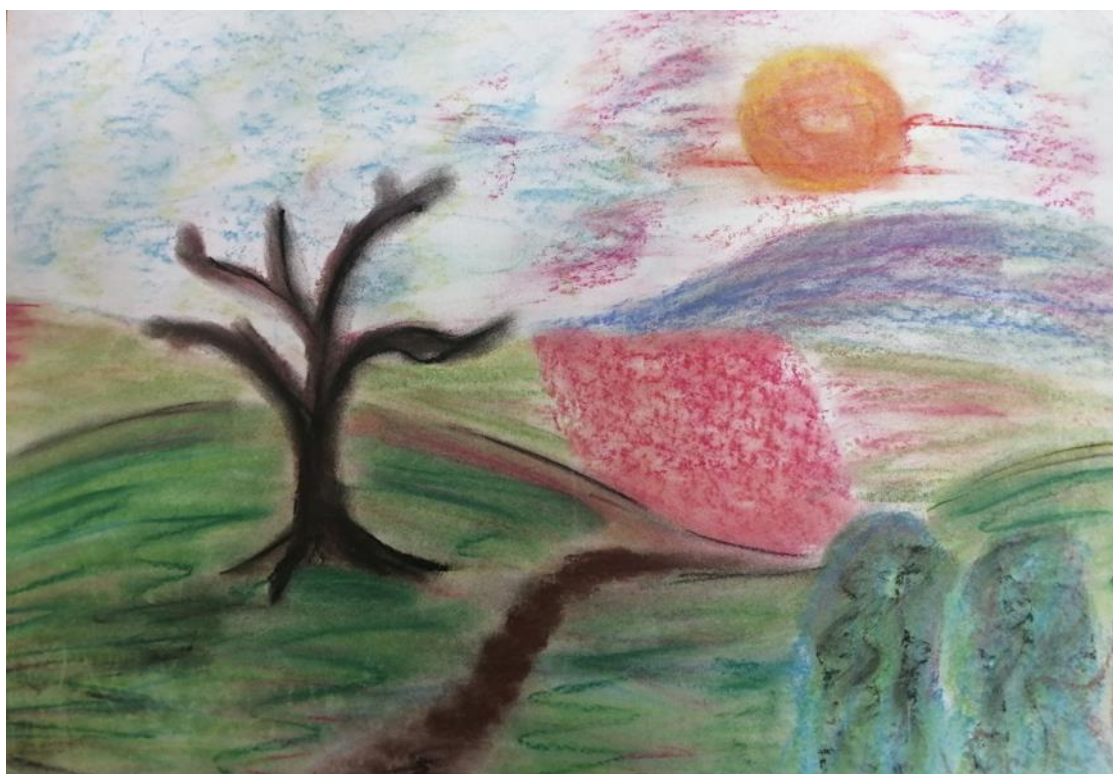
Participant maloval obrázky barevnými křídami někde použil pouze obyčejnou tužku.

Obrázek 1: Jirka - Dům



Rodinný dům s ohraničenou prázdnou zahradou, která nic neplodí, s jedním stromem nalevo a rozpitou hnědou cestou vedoucí k domu s okny. Obzor je úzký, a je zde znázorněn za kopci. Na identifikačním místě je kruhový bazén s vodou, přes něj výrazný podpis. Dům má pět oken, barvy nejsou příliš čisté a jsou zde viditelná prosvítající bílá místa a rozpité obrysy. Používal spíše studené barvy, participant má sklony k introverzi nebo k depresím které zmiňoval. Z komína nevystupuje kouř, jaká je rodinná pohoda v participantově životě? Chybí stíny a uzemnění.

Obrázek 2: Jirka – Strom



Na obrázku č. 2 je jakoby zvlněný a nestabilní terén. Možná by se pozorovateli až zatočila hlava. Strom holý, bez listí, ztráta vitality, energie, potenciálu? Nechybí hnědá cesta ztrácející se za kopcem. Červené pole, napravo slunce v oranžové barvě, zřejmě zapadající. Na obrázku je ale v zašpiněných barvách, nevýrazných oranžových, žlutých a tmavě červených odstínech. Slunce může symbolizovat mužskou autoritu, nesrozumitelnou, nečitelnou nebo snad chybějící, jak uvádí participant v rozpravě 12.1.1? Uprostřed slunce je prázdné místo, něco neuchopitelného, nepojmenovaného u tématu souvisejícího s otcem? Na podpisovém místě tedy v pravém dolním rohu jsou zvláštní dva objekty připomínající postavy působící transparentním dojmem. Mají jenom naznačené obrysy.

Obrázek 3: Jirka – Les



Na levé straně obrázku č. 3 je kmen stromu bez listí, není vidět koruna, strom je neúplný, může zde snad chybět hlava anebo její funkce? Kořeny jsou částečně naznačeny stejně jako v předchozím obrázku, zde bude fungovat nějaké uzemnění a ukotvení klienta. Vpravo vidíme hradbu špičatých stromů. Je snad kresba vysoké a pichlavé hradby překážka v cestě? V cestě ovšem brání i řeka, která rozděluje oba břehy a vtéká přímo na podpisové místo v obrázku. Nad obzorem opět zapadá červené slunce.

Obrázek 4: Jirka – Kometa



Obrázek č. 4 je fialový a protíná jej zářivá kometa mířící do prostoru minulosti a na otcovské uhlopříčce. Fialová barva se objevuje u lidí s onemocněním schizofrenie a často používají symbolické vyjádření. Může zde být touha vrátit se do šťastnějšího dětství a tam čerpat energii pro současný život, nebo silné uvolnění energie? V pravém rohu nechybí signatura, také obvyklá u pacientů se schizofrenním onemocněním.

Obrázek 5: Jirka – bez názvu



Obrázek č.5 je podobný předešlému obrázku, světle modré pozadí, dávající naději. Kometa nebo meteorit prolétající zprava doleva, jsou opět na otcovské uhlopříčce, zapouzdřený fialovou barvou. Střed je tmavě červený a jádro žluté.

Nechybí podpis potvrzující sebe sama (Lhotová, 2010).

Obrázek 6: Jirka – bez názvu



Na obrázku č. 6 je ve středu obrázku fialová, oranžová, zvláště červeno-růžová a černá, tedy barevně přebujelé na což odkazuje (Lhotová, Perout, 2018).

Ukazuje se zde nezralost? Obrázek připomínající synapse v mozku v červeno-růžové barvě zakončené možná neurony v černé barvě, možná nesplňující svojí správnou funkci a jsou umrtvené? Podložené fialovým obdélníkem, a to vše na oranžovém poli. Nyní je podpis v levé dolní části obrazu na straně „Ty“.

Obrázek 7: Jirka – Jin a jang



Na obrázku č. 7 je stejná paleta barev jako na obr. č. 6. Uprostřed je symbol jin a jang jsou dvě spojené části jednoho celku. Symbol znamená temnotu a světlo, další význam je rovnoprávnost. Pokud mluvíme o rovnoprávnosti je to tu otázka, jak nese participant omezení svéprávnosti jeho osoby. Světlý element působí vesele, aktivně, světle, mužsky a koresponduje se dnem. Tma odráží světlo a světlo zobrazuje tmu. Od tohoto symbolu vedou růžové vlnky snažící se proniknout fialovou bariérou a dostat se dál do prostoru.

Obrázek 8: Jirka – bez názvu



Na obrázku č.8 je znázorněna kopule na fialovém podkladě, na mateřské barvě, je spíše ve studenějším odstínu. Kopule může připomínat i ženský prs a něco zapouzdřeného v nepropustné černé krustě. Můžeme v tomto vidět i postavu se žlutou, ovšem velmi zašpiněnou, studenou a nezdravou aurou okolo hlavy a něco zapouzdřeného v oblasti solaru, tato oblast je spojena s vůlí a vnitřní silou (Rosen, 2008) ohraničené černou a světle růžovou barvou. Okolo je použita světle modrá barva dobré vůle. Ale k čemu? K životu? I ta je ale ohraničená černou a uzavřená v nepropustném oblouku.

Obrázek 9: Jirka – bez názvu

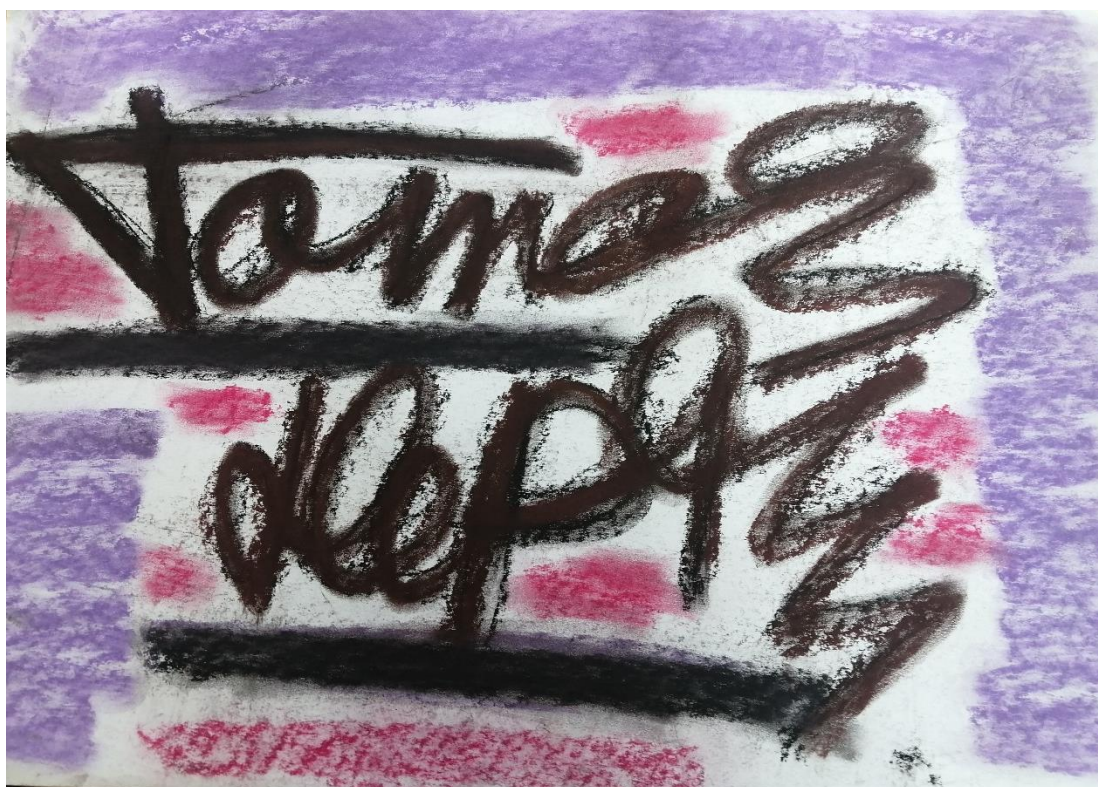


Obrázek 10: Jirka - Růže



Symbol růže.

Obrázek 11: Jirka – bez názvu



Na obr.č.11 je pouze velký nápis také typický pro výtvarnou tvorbu pacientů s psychózou. Vepisovaný text, zde je přes celý formát s bílými místy, obklopené opět fialovou. A kombinovaný podpis s růžovými plochami. Podpisem si potvrzuje opakovaně svoji osobnost, své „Já“ které se při této nemoci ztrácí (Lhotová, 2010).

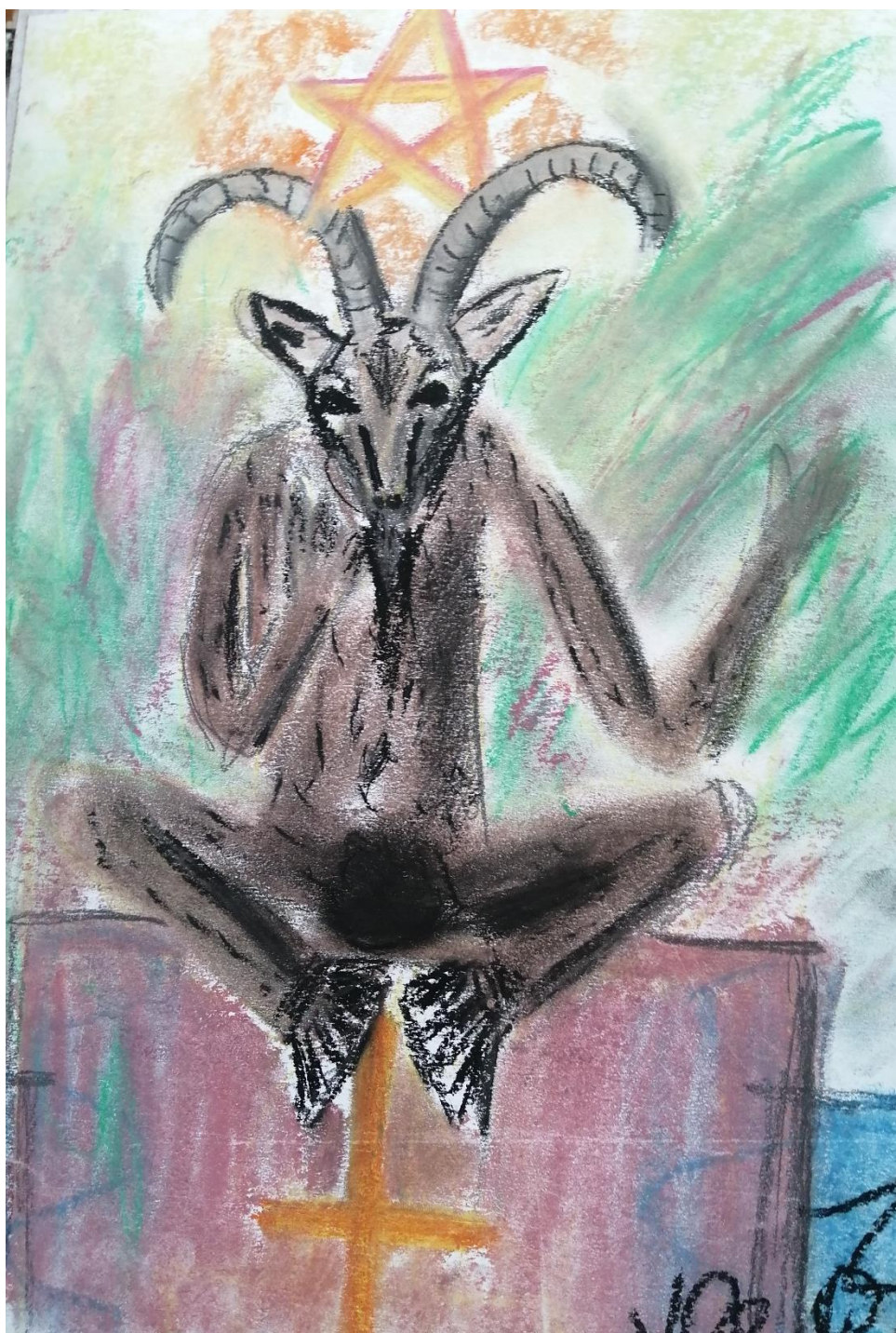
Obrázek 12: Jirka – Kříž



Obr.č.12. Na tomto obrázku je symbol složený z pěticípé hvězdy v kruhu, křesťanského obráceného kříže a božího oka na vrcholu. Pěticípá hvězda směřující nahoru, symbol ochrany nositele ovšem jeli obrácená špičkou dolů používají ji „čarodějnice“. Pentagram je symbolem života, pokud je kreslen jedním tahem pak se jedná o symbol mystického

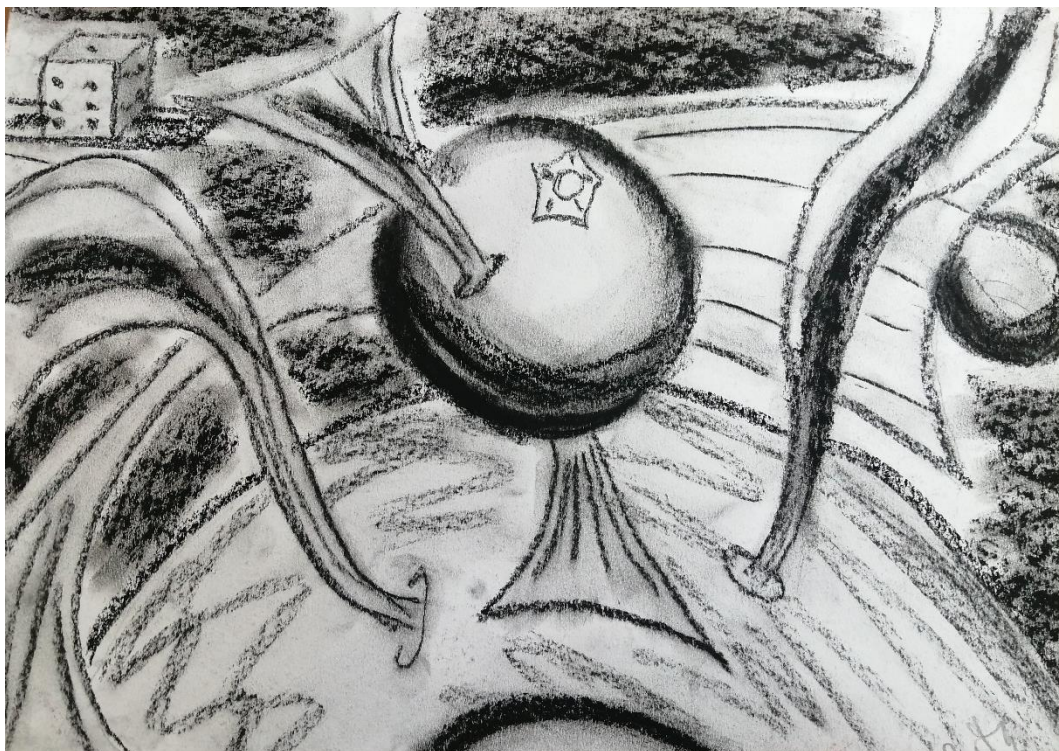
a magického významu (www.psychologiechaosu.cz). Boží oko je odpojeno od zbytku artefaktu, neprobíhá zde přenos a průtok energie a informací? Je obklopený modrou a fialovou barvou a ohraničený černou. Ve výtvarné tvorbě se participantovi opakují symboly smrti, může zde být souvislost se suicidem, o který se pokusil. U pacientů s onemocněním schizofrenií se často objevují symboly smrti. Nechybí zde podpis v pravém rohu obrázku (Šicková-Fabrics,1998).

Obrázek 13: Jirka – Satan



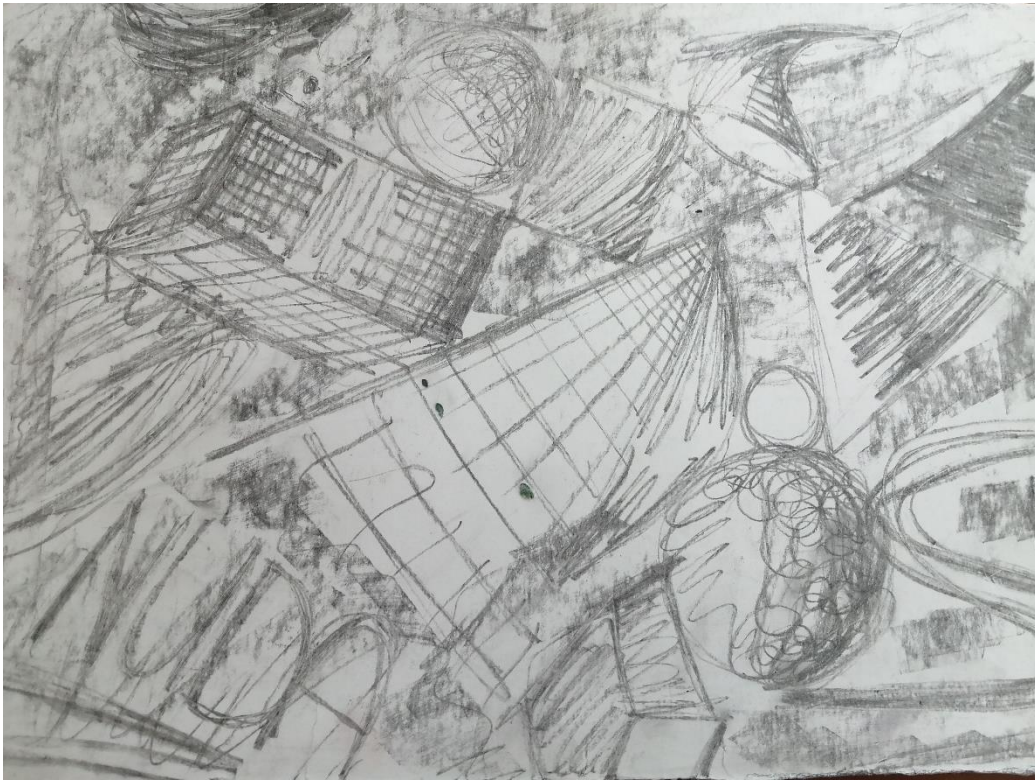
Obraz ďábla s hvězdou nad hlavou mezi rohy, která je obklopena, světelným kouřem nebo září. Satan má obličej kozla a začerněné genitálie. Obrácený kříž pod ním je symbol satanistů (Šicková-Fabricsi,1998). Ve výtvarné tvorbě participanta se opakuje podobná výrazná barevnost.

Obrázek 14: Jirka – bez názvu



Obr.č.14 Zde můžeme vidět obrázek kreslený pouze černým uhlem a přeplněnou plochu výkresu. Mám pocit, že vše rotuje a hýbe se, nic není stabilní. Otvory, ze kterých něco uniká nebo jakési trychtýře a koule, jak uvádí (Šicková-Fabricsi,1998), geometrické obrazce.

Obrázek 15: Jirka – bez názvu



Obrázek č. 15 je velmi chaotický, přeplněný geometrickými obrazci, což je opět typické Šicková-Fabrici (1998). Vše je ve víru, který směřuje k jednomu středu. Toto je velmi znepokojivý znak upozorňující na to, že se něco noří z nevědomí, a možná se ohlašuje akutní psychóza. Mříže koule, kvádry, trychtýře, vše létá ve vzduchu, nic není ukotvené. Totální chaos, v obrázcích autorů trpících schizofrenií je obvyklý. Vše působí, že se klient cítí ohrožen, v úzkosti a zmatku a vydáný napospas všem vnitřním i vnějším vlivům. Pohled z ptačí perspektivy, vše létá vzduchem a točí se. V levém dolním rohu čteme text „nuda“. Prožíval klient často nudu a samotu?

17.2 Participant Karel

Karel se narodil v květnu. Žil s matkou a dědou v rodinném domě. Otec s nimi nežil, ale navštěvovali se. Navštěvoval střední školu, a je školený výtvarník. Bydlel na internátu a domů jezdil jen na víkendy. Školu úspěšně dokončil maturitní zkouškou a hlásil se na vysokou školu. Tehdy mu začaly psychické problémy, a tak na školu nenastoupil. Od roku 1997 žije v léčebně, musí být pod dohledem zdravotního personálu, aby pravidelně užíval medikaci. Jeho zálibou je malování a kreslení. Nemá rád násilí a křivdu. Je spíše samotářský a nevyhledává větší společnost lidí. Přes den rád spí a v noci je vzhůru. Má přehozený biorytmus. Jen zřídka zvedne hlas, když ho něco nebo někdo naštve, ale vzápětí se uklidní. Je kuřák a je svéprávný.

17.2.1 Rozprava s participantem Karlem

Vyrůstal s matkou, s otcem měl hezký vztah, i když s nimi otec nežil. Jako malý se ptal, kam táta odchází, a často o tom přemýšlel. Chyběla mu otcovská disciplína i přísnost, nastavení hranic, mužská autorita a princip. A otázka, proč táta večer odchází a není s nimi doma, klientovi neustále zněla v hlavě a trápila ho, protože ostatní děti to měly v rodině jinak. Maminka, v pozdějším věku začala mít sklony k alkoholismu, ale jako matka byla vzorná. Prožil, jak uvádí krásné dětství v osadě a přírodě. Rád maloval tuší a fotky často doplňoval kresbami. Participantův dědeček byl léčitel, jako mladý namaloval ďábla, vzal si knihu o bylinkách a léčil lidi. Komunisté ho za bývalého politického režimu odsoudili k trestu odnětí svobody. Jeho dědeček byl věřící a zažíval změněné stavy vědomí. Také se věnoval malování a to olejem.

Od puberty se jeho život začal zhoršovat. Na střední škole začal konzumovat alkohol a cigarety. Snažil se tím vyřešit problémy s nervozitou a úzkostí. Absolvoval talentové zkoušky na akademii v Praze. Nebyl přijat pro nedostatek talentu a vrátil se k matce. Pracoval rok v podniku na sítotisk, kde se dělaly potisky na hračky, svatební přání a podobně, ale moc se mu tam nelíbilo. V osmnácti letech začal mít sny s biblickou a křesťanskou tematikou, a tak se obrátil k víře. „Ježíš“ mu řekl „jsem tvůj otec“ a na ten popud začal mít velký strach z Boha. Tento zážitek ho přivedl k rozhodnutí, že se dá pokřtít. Prožíval stavy, kdy měl pocit, a měl zvláštní vize. Zjevil se mu anděl, který si sedl na trám na půdě a díval se na něj, následně se mu zjevila i Matka Boží v rouchu. To byl pro klienta mocný okamžik. Mluvila údajně silným hlasem. V afektu roztrhal Bibli

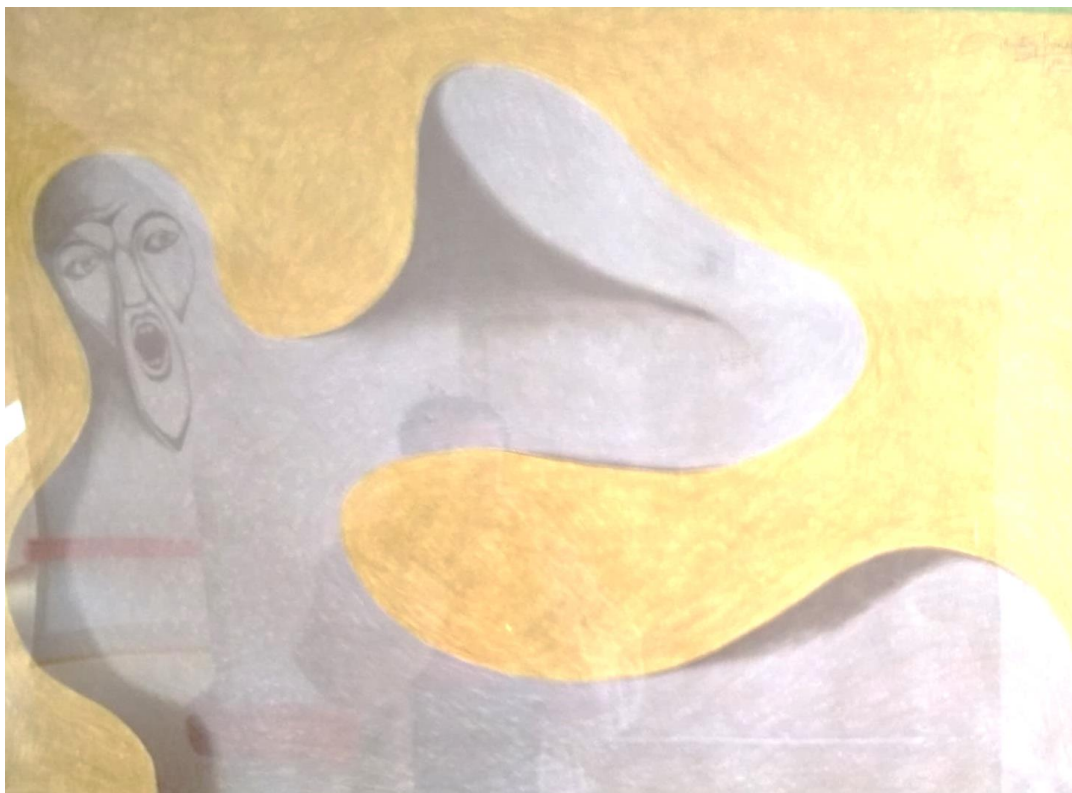
a hodil ji k sousedovi na dvůr k slepicím, nad čímž jsme se pousmáli a odlehčili celou atmosféru. Když začal prožívat psychotické stavy, začal se potloukat po okolí s toulavým psem který se k němu přidal během cesty. Přestal malovat a přesvědčoval lidi o existenci Boha, a o tom že bude válka. Četl to typicky z věcí kolem sebe. Maminka a jeho kamarád o něj začali mít oprávněně strach a vzali ho z potulky zpátky domů. Nemusel na vojnu, a tak pracoval čtyři roky v teplárně. V té době přestal pít alkohol, jen chodil do práce. Poté se s matkou přestěhoval k dědovi. Tam to údajně bylo hrozné a začal opět chodit do hospody, nejdříve to bylo příjemné zpestření, chodit na pivo a stýkat se s lidmi, ale následně se po opakujících problémech dostal na psychiatrii. V dědečkově domě, kde bydlel, měl temný pokojík bez světla, jak popisoval, velmi depresivní prostředí a tato negativní atmosféra se na něm neblaze jak uvádí podepisovala. Při pobytu v psychiatrické nemocnici se přesvědčil, že se dá žít i jinak, bez alkoholu. Nyní žije v léčebně a pochopil že je to lepší než žít doma. V sanatoriu je už dvacet čtyři let, během pobytu maloval a uspořádal výstavu. Jeho přáním je mít stálou expozici. Obrazy nikdy neprodával, maloval jen pro otce nebo matku a spíše je rozdával. Raději má kresbu tužkou a pastelky. Malba, jak uvádí mu příliš nevyhovuje. Víra v Boha mu dodává sílu a pomáhá překonávat těžkosti s nemocí a následně celého života. Nikdy nezaložil svou vlastní rodinu a někdy je mu to líto a pociťuje smutek. Na druhou stranu je mu v léčebně dobře a je rád že se dožil tohoto věku. Zde mohl kreslit a věnovat se tomu, co má rád.

Obrázek 16: Karel – bez názvu



Na obrázku č.16 vidíme dvě výrazné barvy, a to červenou a černou. Barvy revoluce, puberty a protestu. Prožívá klient vzdor a vyhranění? Zvláštní tvar dole zakořeněný v zemi a užším místem procházející do středu a uprostřed nažloutlé kolečko. Obrázek je sestaven z geometrických tvarů a orámovaný hnědou uzemňující barvou. Orámování je také časté ve výtvarné tvorbě nemocných schizofrenní poruchou, jak už jsem již zmiňovala. Je to obrana proti rozpadajícímu se světu participanta. Kompozice je jednoduchá, abstraktní.

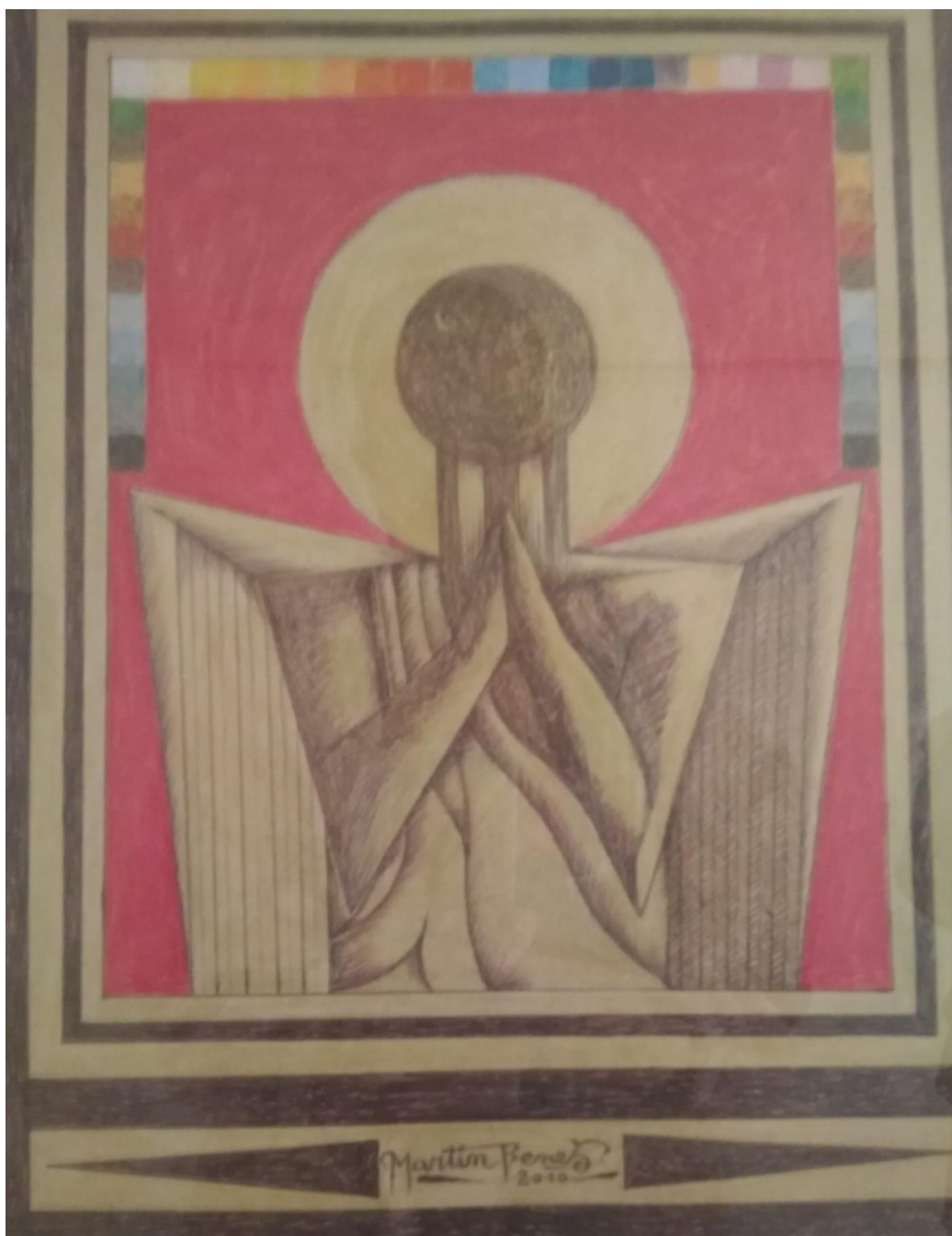
Obrázek 17: Karel – bez názvu



Obrázek č. 17 je naopak v tlumených barvách šedé a béžové. Šedá znetvořená postava s křičícím, odmítajícím výrazem v obličeji. Pravá ruka chybí, je zakrnělá a levá je zdeformovaná a rozšířená. Nejde s ní nic uchopit, dělá snad postavu nesamostatnou a závislou na pomoci okolí? Oči a brada s ústy jsou olemované tvarem slzy, ale otočené, hrotem dolů. Na čele vidíme vrásky hlavně ve středu obličeje mezi očima. V ústech jsou znázorněné zuby. Šedá barva postavy a nepřítomnost zářivějších barev může snad naznačovat citovou oploštělost? Dva tmavě zelené okraje dole a nahoře drží obrázek pohromadě. Podpis je zde neobvykle umístěný nahoře vpravo. Celá postava je nakloněná doleva jakoby padá a nedokáže se udržet na nohách. Může znetvořená postava odkazovat na nezdařený duševní vývoj?

Znetvořené tělo a zkroucení částí těla je obvyklé pro onemocnění schizofrenní poruchou (Šicková-Fabrice, 1998).

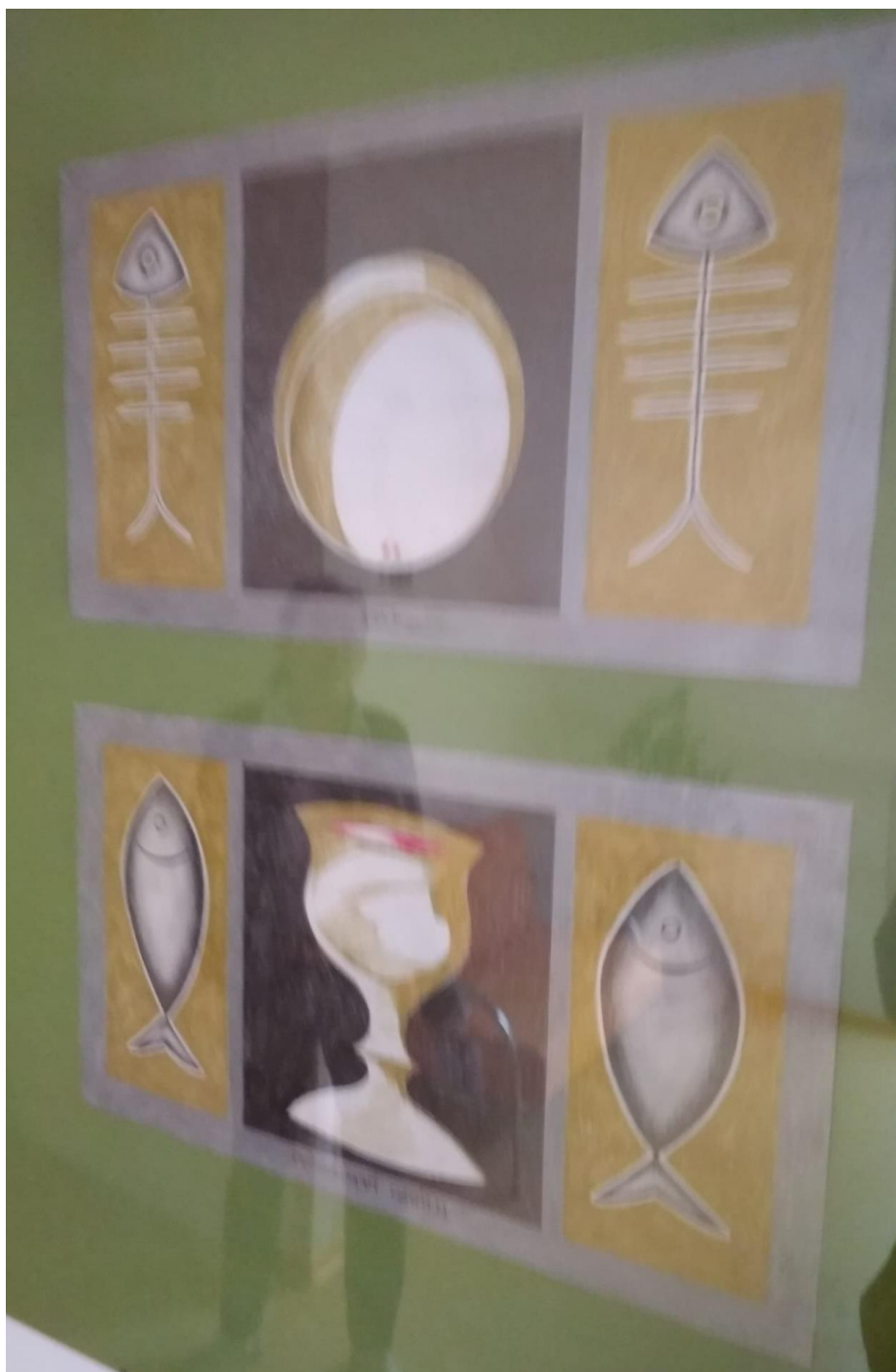
Obrázek 18: Karel – bez názvu



Obrázek č. 18 je nakreslen geometrickými tvary znázorňující postavu. Je to modlící se anděl nakreslený tužkou. Hlavu rámuje svatozář, jenž prosvítá dvěma otvory v krku. Drží tento krk hlavu dostatečně pevně? Participant kreslí ostré hroty na postavě i na rukou bez naznačených prstů, na loktech, andělská křídla geometricky zpracovaná a péra nakreslená přesně vedle sebe v pruzích mě přivádí k myšlence, chce mít participant vše pod kontrolou, nesmí nic vybočovat a rozpadat se? Postava ohraničená opět červenou barvou, která ji uzavírá. Rám z úhledně poskládaných barevných kostiček vedle sebe

nad hlavou může poukazovat spolu s andělskými křídly na nutkové tendence a pokus se uvést do klidu? Celý obrázek je uzavřený a zapouzdřený a ukotvený do několika rámců. Participant použil na obě strany ostré výstražné, protáhlé trojúhelníky.

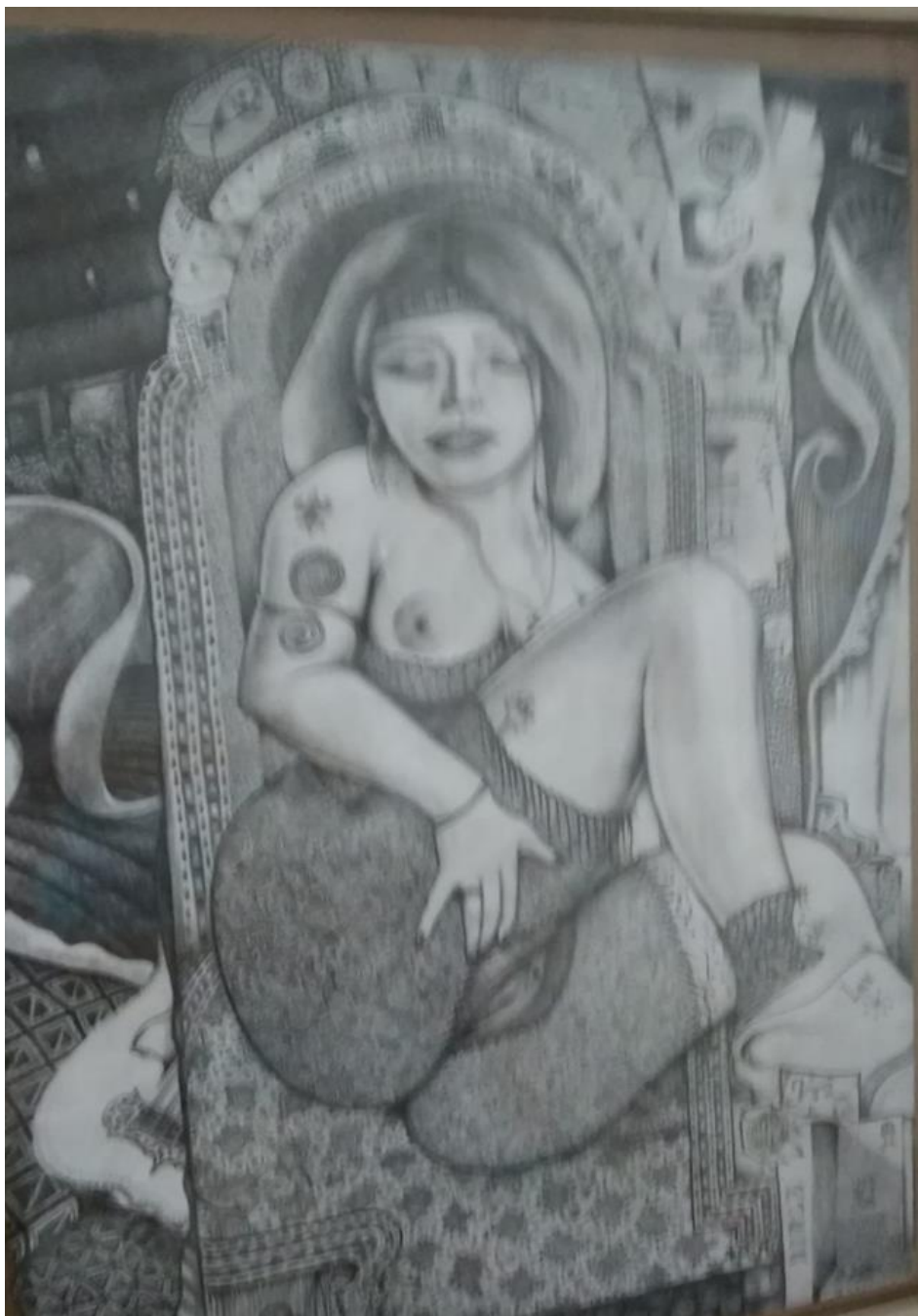
Obrázek 19: Karel – bez názvu



Další obrázek č. 19 je rozdělen do několika sekcí v tmavě zeleném širokém rámu. V horním obdélníku jsou kostry ryb směřující hlavami nahoru a uprostřed je koule, participant používá geometrické tvary. V dolním obdélníku vidíme dvě ryby hlavami nahoru a uprostřed kalich. Ryby v dolní polovině obrazu mají ještě celá těla, kdežto v horní rovině oblasti jsou již jen kostry ryb a koule působí těžce. Je zde opět použita šedá barva tužky a béžová vyplňující okolí. V kalichu je vidět červená tekutina, možná symbol Kristovy krve? Nebo možná krev a utrpení nemocného? Kalich a koule jsou obklopeny a zapouzdřeny černou barvou.

Symetrie a rozdělení obrazu podle osy je také obvyklé u onemocnění schizofrenní poruchou (Šicková – Fabrici, 1998).

Obrázek 20: Karel – Žena



Obrázek č. 20 s odhalující se ženou. V tvorbě trpících schizofrenií se často vyskytuje. Erotická tematika a ornamentální vzory, které vidíme na křesle a textiliích, jak uvádí například Šicková-Fabrics (1998). Postava se nachází zřejmě v obytné budově. Na křesle vidím náznak ryby symbolu křesťanství a víry ke které se později pacient obrátil. Plocha obrázku je do detailu vykreslena. a je tím odlišný od předešlých produkcí, střídají se zde dva rozdílné styly což je další znak tohoto onemocnění. Participant možná touží po ženské přítomnosti, o které mluvil v souvislosti s absencí rodiny a dětí. Vyskytují se zde ornamentální vzory, precizní zpracování, tendence zdobit a vyplnit celý prostor (Šicková-Fabrics,1998).

Obrázek 21: Karel – bez názvu



Na obrázku č. 21 mi objekty připomínají proplétající se svalové svazky. Kdy se nekoordinovaně mezi sebou proplétají vzájemně škrtí a svírají. Je to trochu děsivé i barvy nepůsobí zdravě. Oranžovo červená ve mně evokuje něco nezdravého, obnaženého, podrážděného. Je tu přítomna tmavě červená – Caput mortuum, může tedy obsahovat patologický potenciál (Šicková-Fabrics,1998). Zelená, žlutá trochu modré ve mně evokuje snad možná jed nebo něco otráveného? Tento obrázek u mě vyvolává obavy a nepříjemné úzkostné pocity.

17.3 Participant Josef

Pan Josef, narozen v lednu, měsíce narození u participantů uvádím souvislosti na odkaz Češkové, (2012) že lidé s onemocněním schizofrenií se často rodí v zimních a jarních měsících. Studoval jazyky a historii a velmi rád maluje, do obrazů přidává své vlastní příběhy nebo zážitky a fantazie. K malování se dostal v náročných chvílích svého života, kdy mu výtvarná tvorba pomáhala překonávat těžkosti kterým musel čelit. Intuitivně vycítil, že malba mu pomáhá se uvolnit a přenést své emoce na papír. Odreagoval se výtvarnou tvorbou při problémech s lidmi ze svého okolí. Má estetické cítění a je velmi intuitivní. K malbě používal převážně olejové barvy. První své pokusy o výtvarný projev považoval za dětské, ale postupně se zdokonalil a nyní je s obrázky spokojen. Dokonce i nějakou svoji tvorbu prodal, což mu kompenzovalo náklady na materiál a barvy. Má rád motivy létání. Dále se věnuje slohovým pracím a novinářině, píše články do novin. Matka byla lékařka a otec humanitně zaměřený. Klient nechce více o svém osobním životě hovořit. Na otázku vztahů v rodině jen zmiňuje neustálé napětí v rodině, hádky a citové manipulování otcem. Ovšem jeho výtvarná tvorba je velice zajímavá, a proto jsem použila větší množství obrázků na ukázkou.

Na první pohled vidíme nevšední barevnost, která se u těchto pacientů vyskytuje. Pan Josef používá hodně jasné a výrazné barvy, až křiklavé. Nejvíce červenou v několika odstínech, oranžovou, žlutou, modrou, a samozřejmě fialovou, růžovou. Chybí zelená a pokud je použita, není čistá. Pan Josef si jako téma vybírá zážitky a místa ze svého života, v tomto případě město Fulda, které je hlavním městem Hesenska v Německu. Snad prý odtud pocházel předek pana Josefa. Zaujala ho katedrála Fulda ve stejnojmenném městě. Ta je vyobrazena na téměř všech jeho obrázcích.

Obrázek 22: Josef – bez názvu



Na obrázku č. 22 je použita převážně modrá, červená, oranžová a na jednom obrázku bílá plocha. Výrazné teplé barvy působí pozitivním a energickým dojmem a potvrzuje to můj dojem z participanta. Témata jsou většinou biblického rázu spojená s klientovými zážitky doplněné fantazijními prvky a tradičně písmeny. U prvního obrázku je vidět téma betlému v temně červené barvě, ovšem není tam žádná postava ani zvíře a před vchodem do jeskyně roste palma s modrými listy může vyvolávat pocity smutku spojené s rodinou? Na posledním horním obrázku je viditelná oddělená červená hlava

pokrytá modrou pokrývkou, tlumí zde modrá klidná barva energii červené? Ve čtvrté řadě uprostřed bojuje sv. Jiří s drakem, vše je v sytě červené barvě jen hradby jsou modré. Obrázek je rozdělen na více bloků, takové zobrazení jsme již viděli u předchozího participanta.

Obrázek 23: Josef – bez názvu



Zde na obrázku č. 23 vidíme převažující oranžovou a růžovou barvu doplněnou světle modrou a opět rozdělení plochy na několik částí. V participantově tvorbě se nejednou vyskytuje katedrála se dvěma postranními věžemi Fulda ve stejnojmenném městě, má souvislost s jeho předky, ke kterým se v mysli vrací, a proto k ní má citový vztah. Na dolním prostředním obrázku vidíme katedrálu zobrazenou antropomorfně s očima a ústy, klient upřesňuje že jde o motýla. Dolní první obrázek znázorňuje ženu obklopenou růžovým ornamentálním dekorem. Na obrázku je vysněná partnerka s písmenem M. Ale je zde jenom její hlava, tělo chybí.

Obrázek 24: Josef – Bez názvu



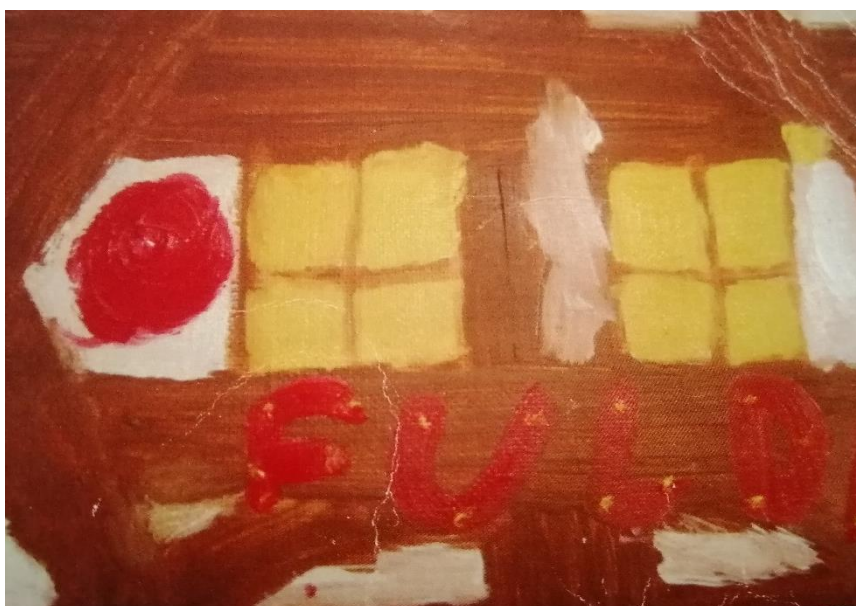
Na sadě obrázků č.24 je použito hodně bledě modré, žluté nebo okrové a samozřejmě červené barvy a na jednom obrázku hodně černé. Na druhém obrázku je žlutá růže s dvěma trny a dvěma listy bez půdy a zakořenění na bledě modrém pozadí zobrazujícím oblohu, která je uzavřena špinavou klenbou s náznakem červené. Další obrázek znázorňuje kobku, nebo jeskyni v červené barvě, uprostřed malé červené srdce s paprsky schované pod vrstvou červené kopule lemované třemi čtyřcípými hvězdami. Ochraňuje snad srdce před vnějším světem? V druhé řadě uprostřed je žlutý dům s červenou střechou sahající až k zemi, důkladná ochrana? Na pozadí černý panelák a tři rozsvícená okna.

Obrázek 25: Josef - Domy



Na obrázku číslo 25 není třetí plán, horizont. Dům v horní části má tři okna a dolní dům má červené mříže nebo je to brána? Je zde něco uvězněno? Není zde perspektiva, a naopak je zde plošné zobrazení domů, jak uvádí Šicková-Fabricsi, (1998)

Obrázek 26: Josef – Dům



Budova na obrázku č. 26 je celá ve středně hnědé barvě, může znázorňovat mužskou osobu. Dvě krásně rozsvícená okna na mě působí velmi pozitivně. Na domě je nápis Fulda oblíbená katedrála klienta v Německu, která se také jako téma prolíná celou jeho tvorbou.

Obrázek 27: Josef - Fulda



Na obrázku č.27 je katedrála Fulda s letopočtem, na vpisování číslic odkazuje na (Žiaka, Wiedermanna, Wadesonovou, podle Šickové-Fabricsi,1998) obzoru a před vchodem roste strom v modré barvě, který je už tímto způsobem umístěn v obrázku Betléma. Vstup je temně červený, já v něm vidím doširoka otevřená ústa, překážkou je jen modrý strom.

Obrázek 28: Josef - Fulda



Na obrázku 28 je znovu zachycena katedrála ve Fuldě. Překvapující je sytě červená barva v oknech. Z mého pohledu připomínají otevřené rány.

Obrázek 29: Josef – bez názvu



Postava na obrázku č. 29 je ve výrazně oranžovo červené barvě (na křiklavé barvy poukazuje v tomto kontextu Lhotová, Perout, /2018/) na bílém poli. Červený polokruh za hlavou postavy připomíná svatozář, postavou probíhá vlnovka snad had?

Obrázek 30: Josefa – Velryba



Téma Mikuláše, anděla a čerta na obr. č.30. Na identifikačním místě je Mikuláš s vlajícím pláštěm, nad ním plave modrá velryba, z níž tryská voda zakončená nahoře hvězdou a její barva je zelenkavě žlutá. Dole stojí andělé se svatozáří kolem hlavy a nad nimi dvě postavy muže a ženy držící se za ruce. U tohoto participanta se často opakuje takzvaná strnulá postava, bez pohybu. Temná červená na pozadí.

17.4 Participantka Lenka

Paní Lenka narozena v únoru. Lenka malovala obrázek s odporem, a tvrdila, že je to pro ni velký stres. Předtím ale vyslovila přání malovat, že jí to přijde krásné. Obrázek byl malován podle pohlednice. Více jsem po klientce nechtěla kvůli její nepřekonatelné úzkosti z této činnosti a stresu, že nechá nahlédnout do svého nitra. Není to tedy spontánní tvorba i když námět si klientka z nějakého důvodu vybrala sama. Jde o chrpy, barvy naděje a touhy po klidu, meditaci a snění.

Rodinná anamnéza je podobná jako u ostatních participantů, otec alkoholik a despotický bratr, který tyranizoval celou rodinu, hlavně ženy.

Obrázek 31: Lenka – Pole s máky a chrpou



Paní Lenka je narozena v únoru. Tento obrázek 31 od slečny Lenky byl malován s odporem, kdy tvrdila že je to pro ni velký stres. I když před tím mluvila o tom, že by chtěla malovat, že jí to přijde krásné. Obrázek byl malován podle pohlednice. Více jsem po klientce nechtěla kvůli její nepřekonatelné úzkosti z této činnosti, a stresu že nechá nahlédnout do svého nitra. Není to tedy spontánní tvorba i když námět si klientka z nějakého důvodu vybrala sama. Jde o chrpy, barvy naděje a touhy po klidu, meditaci a snění. Rodinná anamnéza je podobná jako u ostatních participantů, otec závislý na alkoholu a despotický bratr, který tyranizoval celou rodinu, hlavně ženy. Chybí horizont, a rozlišení na plány. Opakující se klasy v první linii mohou odkazovat na nutkavé tendence u participanta. Červená na vlčích mácích není jasná spíše tmavě růžová. Pole nebo louka se z mého pohledu vlní možná vlivem větru. Krásně modré chrpy doplňují vlčí máky a béžové klasy. Výrazný je dekorativní rostlinný motiv.

18.DISKUSE

Výsledky zkoumání se pokouší vysledovat jaké symboly se ve výtvarné tvorbě pacientů s onemocněním schizofrenie vyskytují a opakují témata, která rádi malují, jaké barvy nejčastěji používají, jakou formu malby preferují, a jaký mají vztah k výtvarnému projevu. Další část výzkumu byla orientována na rozhovory s účastníky. Konverzace byla směřována na důležité životní události, které ovlivnily jejich život jak v pozitivním směru, i v negativním směru.

Na obrázcích účastníků se často objevovaly symboly smrti, utrpení, geometrické vzory, zkroucené části těla, strnulé figury někdy nevšední barevnost, vpisované číslice nebo precizní zpracování. Můj výzkum se shoduje s údaji Šickové-Fabrice (1998), které uvádí ve své knize.

Podle Lhotové (2010) také platí často vepisované písmo a texty, použití ornamentální tvorby, tendence zdobit, hrát si a podepisovat svá díla. Přidává ještě rozdělení obrazu podle osy a vlastní logický význam, dávající smysl jenom svému tvůrci.

U účastníků se také často opakují náboženské a křesťanské motivy a symboly, jako je například kříž, boží oko, hvězdy, betlém, různé kostely a chrámy. Zdeformované postavy nebo naopak osoby strnulé, zvláštní barevnost, buď kombinace křiklavých barev nebo nevýrazná barevnost a, či jen kresba tužkou. Dále tendence zdobit a vyplňovat celý prostor do detailu ze strachu z prázdna, používání ornamentu, pohledy z ptáčích perspektiv a typické vpisování textů. V tvorbě našich účastníků se vyskytují jevy (motivы, formální zpracování, barevnost) které popisuje odborná literatura věnující se tomuto tématu (Benda, 2000), (Lhotová, 2010,) (Šicková-Fabrice, 1998).

Při rozhovorech s účastníky jsem si všimla často traumatických zážitků v dětství, citového zneužívání a nestabilního rodinného prostředí. Běžně se v těchto rodinných příbězích objevoval alkoholismus u některé blízké osoby, v odborné literatuře se ovšem přímá souvislost nevyskytuje, jen se poukazuje na to, že důsledkem alkoholismu je nižší sociální úroveň a ta už je v odborných textech jako spouštěč uváděna. Slabé sociální prostředí a nestabilita, traumatické události převážně psychosociálního charakteru spojené především s rodinou můžeme považovat za vyvolávající podněty, které nepříznivě disponovaný jedinec nedovede adekvátně zpracovat. Roli zde hraje také

vulnerabilita (zranitelnost), zvýšená citlivost k různým podnětům, především sociálního charakteru. Vulnerabilita je uváděna jako porucha zpracování informací (Vágnerová, 2008).

Musím zmínit, že jsem respektovala častou únavu a nesoustředěnost participantů, často jsme proto přerušovali rozhovor. Ti, kteří nebyli umístěni v léčebně a dokáží se o sebe postarat, nechtěli mluvit o svém životě, možná ze strachu hodnocení jejich života a zpochybnění jejich samostatnosti? Naopak participant, kteří už v léčebně žili, neměli žádný ostych o svých problémech hovořit a popisovat své pocity a životní události. Možná je to tím, že už jsou v kolektivu stejně nemocných lidí a dokáží o své nemoci mluvit na rozdíl od participantů kteří se ještě snaží zapojit do společnosti a zveřejnění jejich intimních informací je pro ně ohrožující.

Obrázky jsem v některých případech fotila v nevyhovujících a obtížných podmínkách, například již zarámované ve skle nebo v kavárně, a proto pro je jejich kvalita horší.

19. ZÁVĚR

Tato studie mě velice obohatila a přinesla mi spousty zkušeností se spoluprací s duševně nemocnými lidmi. Pochopila jsem jejich omezení způsobené onemocněním, které musím respektovat. Byla to těžší práce, než jsem si ze začátku představovala. Komunikace s lidmi postiženými tímto onemocněním není obvyklá. Jeden z domluvených participantů mi spolupráci odmítl úplně a dva participanté mi nakonec poskytli jen výtvarnou tvorbu a pár poznámek k jejich životním událostem. Více se svěřovat nechtěli. Oslovila jsem tedy organizaci věnující se léčbě pacientů se schizofrenií a poprosila o spolupráci. Po vyřízení úředních povinností mi byl umožněn kontakt s místními participanty. K mé úlevě byli velice vstřícní a otevření v komunikaci a ochotně mi poskytli v některých případech výtvarnou tvorbu i s hrdostí na svá díla.

V bakalářské práci jsem shrnula průběh schizofrenního onemocnění. V teoretické části to byla témata jako prodromální příznaky, pravděpodobné příčiny, znaky schizofrenie až po reakci rodiny na onemocnění, po sociální zařazení pacientů s tímto onemocněním a jejich další život. Mým cílem bylo zjistit jaká barevnost a jaké symboly se ve výtvarné tvorbě u pacientů se schizofrenním onemocněním vyskytují a opakují. Také jaká forma výtvarného zpracování je nejčastější u takto nemocných lidí. Na výtvarné tvorbě participantů jsem si potvrdila informace z odborné literatury.

Podle většiny participantů se v době psychózy a bludů u nich objevují náboženská a křesťanská témata. Tyto halucinace a sny jim potvrzují jejich výjimečnost a důležitost. Často je dovedou k tomu, že se přikloní k víře.

U participantů jsem vnímala, že psychóza je vážné onemocnění, protože postupem času lidem se schizofrenií znemožní běžné fungování ve společnosti. Bludy u schizofrenie jsou egocentrické, megalomanské, pacienti pak přeceňují svůj význam. Nemocní prožívají i erotomanický blud že jsou sexuálně žádoucí a mají o ně zájem i významné osobnosti. I s tím jsem se u jednoho participanta při mém výzkumu setkala.

Při studiu příčiny onemocnění jsem si všimla, že na vznik má velký vliv atmosféra a klima v rodinném prostředí. Potlačování osobnosti člověka, snižování jeho hodnoty, citové vydírání a zneužívání od jednoho z rodičů. Ze zkušenosti mých a participantů většinou stojí za problémy otec. Žijí v prostředí, ze kterého není úniku, protože jsou

ještě děti a musejí tato příkoří snášet, vytvářejí si proto svůj vlastní fantazijní a lepší svět. Unikají do něj častěji a častěji, až není cesty zpět. Samozřejmě jsou tu dispozice jako vulnerabilita klienta a genetické predispozice, možná i narušená psychika traumaty u předešlých generací v rodě. Také jsem zaznamenala u participantů výskyt závislosti na alkoholu, alespoň u jednoho z rodičů pacienta se schizofrenií. U nás v rodině to byla kombinace obojího, alkoholu a citového zneužívání. A tím, čím jako dítě musel projít můj blízký, byl nemalý předpoklad onemocnění schizofrenií, i když nemůžeme opomenout genetické predispozice. Je až šílené, čím vším si některé děti musejí projít. Vlastně všichni participanté touto těžkou rodinnou atmosférou prošli.

Lidem se schizofrenní poruchou může arteterapie pomoci, pokud se nedaří jiné formy komunikace. Hlavními cíli arteterapie lidí s duševní poruchou je podle Šickové-Fabrice (2016) dát příležitost pro sublimaci negativních prožitků, umožnit korekci nepřiměřených závěrů, vedoucích ke zmatenému myšlení a chování, poskytnout reálný pohled na svou nemoc a nabídnout vizi změn a chápání událostí. Základním cílem arteterapie lidí se schizofrenií, jak o něm píše Eva Syřišťová (1980), je navázání dialogu, na který již mnozí nemocní rezignovali. V arteterapii je jim dán prostor pro to, aby se svým dílem projeví. Bakalářská práce může pomoci arteterapeutům v jejich povolání.

Arteterapie není pouze diagnostickým nástrojem, ale i cestou k nalezení nebo obnovení sociální role Syřišťová (1980). Komunikace a výtvarný projev má zásadní význam pro obnovení a rozvíjení vazeb nemocného k vnějšmu světu. Výtvarná tvorba schizofrenních pacientů má významný autosanační efekt. Hlavním cílem arteterapie je možnost sebevyjádření a nalezení společné řeči s druhými lidmi.

Syřišťová při arteterapii zásadně nedoporučuje analyzovat tvorbu lidí s onemocněním schizofrenií, ve kterých se objevuje nevědomý, traumatický nebo konfliktní materiál. Tady vidí podstatný rozdíl od terapie lidí trpících neurózou. Je zastánkyní syntetické „zakrývací“ terapie, která neotevívá traumatické prožitky a nevyřešené problémy, ale pozitivně je přehodnocuje a činí přijatelnými. U klientů umělecky nadaných je však vhodné podporovat jejich originalitu. Mach (2018)

Své problémy tak můžeme lépe pojmenovat, rozpoznat jejich příčinu a učíme se je postupně překonávat. Pomocí malby nebo kresby se mohou terapeutovi poodhalit vlastnosti, rysy a pocity pacienta, které by pomocí běžných metod nezjistil. U

schizofrenie je arteterapie nevhodná. Mohlo by to vést ke zvýšenému napětí, úzkosti a depresi. Ovšem je spousta schizofrenních pacientů, kteří nevědomě malbu či kresbu používají na uvolnění a odreagování. Přenášejí napětí, stres a frustraci na papír a pomáhá jim to překonat těžké období. Tady vidím velký potenciál arteterapie. Vymalovat veškeré emoce a pocítit úlevu, to je smysl arteterapie a pomůže terapeutovi zjistit, v jakém stavu se pacient právě nachází. Nedoporučuje se rozebírat tvorbu přímo s pacientem, nebo jenom citlivě a v jeho stabilizovaném stavu. Produkce napoví terapeutovi, v jaké fázi se pacient nachází a jak postupovat v léčbě. Chtěla jsem v této bakalářské práci zjistit, jaké artefakty a symboly se při onemocnění schizofrenie objevují a jaké mohou být spouštěče této závažné psychózy už proto, že jí trpí můj velmi blízký příbuzný a jsem tak s touto nemocí v častém kontaktu. Při mé studii se potvrdily některé mé domněnky o souvislostech tohoto psychického postižení a projevech ve výtvarné tvorbě. Tento cíl se mi podařilo naplnit a v porovnání s odbornou literaturou jsem zjistila shodu s pracemi participantů.

Tato terapie se hodí pro klienty, kterým se nedaří použít jiné formy komunikace. Pro lidi s duševní poruchou může arteterapie dát prostor pro sublimaci negativních prožitků. Nejdůležitějším cílem arteterapie lidí se schizofrenií, jak poukazuje Eva Syřišťová, je dialog, na který mnozí pacienti rezignovali. Pomocí arteterapie je dán prostor se svým dílem projevit, něco vytvořit a potvrdit tím svou existenci. Výtvarná tvorba schizofrenních pacientů má rozhodně autosanační efekt. Syřišťová při arteterapii klade důraz na neanalyzování artefaktů pacientů se schizofrenní poruchou, kde vyplouvá na povrch nevědomý obsah, často traumatický nebo konfliktní materiál. Tady je velký rozdíl od terapie s lidmi trpícími neurózou. Cílem arteterapie není umělecká hodnota tvorby, ovšem u klientů výtvarně nadaných je dobré podporovat jejich potenciál a nepotlačovat jejich originalitu předpisy a šablonami (Syřišťová, 1989)

„Umění je především stav duše“, říká Marc Chagall. S tím nelze nesouhlasit. Umění má vliv na smysly člověka, ovlivňuje jeho pocity, myšlenky a náladu, jak na pozorovatele umění, tak i na jeho tvůrce. Výtvarná tvorba lidí s psychotickým onemocněním je jiná než u ostatní populace, lze u nich nalézt společné znaky, které se často vyskytují a odráží pozměněnou psychiku. Výtvarný projev odráží momentální fáze nemoci. Arteterapie pomáhá klientovi k sebevyjádření a v kontaktu s okolím. Může být pro něj

smyslem života a naplněním. Ve výtvarné tvorbě se zrcadlí osobnost člověka. Nemocní s duševní poruchou jinak přemýšlejí, a to je dělá výjimečnými v jejich výtvarném projevu.

20. POUŽITÁ LITERATURA:

- Alleau, R. (2014) Věda o symbolech. Malvern.
- Ammann, R., Kast, V., Riedel, I. (2018) Kniha obrazů. Praha: Portál.
- Bankovská Motlová, L., Koukolík, F. (2005) Schizofrenie, Galén.
- Bankovská Motlová, L., Španiel, F. (2013) Schizofrenie. Mladá fronta.
- Benda, J. (2000) Mystika a schizofrenie. Ústí nad Labem: PhDr. Jan Benda.
- Češková, E. (2012) Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf.
- Ferenčík, J. (2000) Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Foucault, M. (1994) Dějiny šílenství, Praha: NLN.
- Hartl, P., Hartlová, H., (2010) Velký psychologický slovník, Praha: Portál.
- Jacobi, J. (2013) Psychologie C. G. Junga. Praha: Portál.
- Jung, C.G. (2017) Člověk a jeho symboly. Praha: Portál.
- Jung, C.G. (2018) Kundaliní jóga a hlubinná psychologie. Olomouc: Fontána.
- Kastová, V. (2000) Dynamika symbolů. Praha: Portál.
- Koucká, P. (2007). Psychologie dnes. I labilní člověk může tvořit zdravé umění. Prosinec 2007. 7-9. Praha: Portál.
- Koukolík, F. (2003) JÁ, o vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování. Karolinum.
- Kučerová, H. (2010) Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada Publishing.
- Lhotová, M. (2010) Proměny výtvarné tvorby v arteterapii. Jihočeská univerzita, Teologická fakulta.
- Lhotová, M., Perout, M. (2018) Arteterapie v souvislostech. Praha: Portál.
- Mach J., Arteterapie u lidí s duševním onemocněním. Kazuistika klienta. České Budějovice, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 2018
- O schizofrenii. Zdraví.euro.cz (online). Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/o-schizofrenii/>

- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Seifertová, D., Šípek, J. (2001) Psychotická porucha a její léčba. Maxdorf.
- Prinzhorn, H. (2009) Výtvarná tvorba duševně nemocných. Řevnice: Arbor vitae.
- Reidl, I. (2002) Obrazy v terapii, umění a náboženství, Praha: Portál.
- Rosen, B., (2008) Nalézání rovnováhy v každodenním životě. Svojtka.
- Říčan, P. (2002) Psychologie náboženství. Praha: Portál.
- Syřišřtová, E. (1980) Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Šicková – Fabrici, J. (1998) Základy arteterapie. Portál.
- Švaříček, R., Šedřová, K. (2014) Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. ("4. Typy kvalitativních a kvantitativních výzkumů – Wikisofia")
- Vágnerová, M. (2008) Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál.

21. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1.....	39
Obrázek 2.....	42
Obrázek 3.....	43
Obrázek 4.....	44
Obrázek 5.....	45
Obrázek 6.....	46
Obrázek 7.....	47
Obrázek 8.....	48
Obrázek 9.....	49
Obrázek 10.....	50
Obrázek 11.....	51

Obrázek 12.....	52
Obrázek 13.....	54
Obrázek 14.....	55
Obrázek 15.....	56
Obrázek 16.....	57
Obrázek 17.....	58
Obrázek 18.....	59
Obrázek 19.....	60
Obrázek 20.....	62
Obrázek 21.....	63
Obrázek 22.....	65
Obrázek 23.....	66
Obrázek 24.....	67
Obrázek 25.....	68
Obrázek 26.....	69
Obrázek 27.....	70
Obrázek 28.....	71
Obrázek 29.....	72
Obrázek 30.....	73
Obrázek 31.....	74

22.PŘÍLOHA

Otázky použité ve výzkumu

1. Prosím přemýšlejte o svém životě jako o příběhu. Jsou zde postavy, zápletky, vrcholy a pády, dobré a špatné časy, hrdinové a darebáci.
2. Vzpomeňte si na klíčové události nebo zlomové události ve svém životě. Významná epizoda konkrétní rozhodnutí nebo velmi těžký rok. Co jste si v této situaci mysleli nebo co jste cítili. Jaký dopad měla tato událost na Váš život.
3. Jaký vrcholný zážitek můžete popsat, moment, ve které jste zažili extrémně pozitivní emoce, jako je radost, velké štěstí nebo dokonce mír.
4. Popište prosím Váš zážitek úplného dna. Kde jste cítili extrémně negativní emoce, jako je zoufalství, deziluze, hrůza, pocit viny.
5. Vzpomínáte si na důležitou dětskou scénu. Vzpomínka, která ve vaší mysli vyniká jako obzvláště důležitá nebo významná.