

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ATELIÉR ARTETERAPIE

B a k a l á ř s k á p r á c e

2008

Dana Pantoflíčková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ATELIÉR ARTETERAPIE

APLIKACE ARTETERAPIE V ÚSP PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ
A PSYCHICKY NEMOCNÉ DOSPĚLÉ KLIENTY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Vypracovala: Dana Pantoflíčková
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Rostislav Nesnídal

Děkuji panu PhDr. Rostislavu Nesnídalovi za odborné vedení a pomoc při zpracování bakalářské práce.

Dana Pantoflíčková

I. ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně, pouze s použitím uvedené literatury, rad a připomínek vedoucího této práce.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Dana Pantoflíčková

V Českých Budějovicích dne:

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Bakalářská práce obsahuje v teoretické části charakteristiku daného zařízení, problematiku aplikace arteterapie v ústavu, využití arteterapeutických technik a postupů. Uvádím anamnestické a diagnostické údaje zvolených klientů, charakteristiku jejich postižení. Popisuji volby, metody a odlišnosti arteterapeutické práce dle postižení klientů.

V praktické části popisuji kazuistiku jednotlivých klientů a shrnutí arteterapeutické činnosti aplikovanou v našem zařízení, příloha s ukázkou tvorby zvolených klientů a seznamem použité literatury.

II. ANNOTATION OF THE BACCALAUREATE THESIS

The Baccalaureate Thesis will in its theoretical part include the characteristics of the given institute, problems of application of art-therapy in the institute, application of art-therapeutic techniques and procedures. I mention anamnestic and diagnostic data of selected clients, including characteristics of their disablement. I describe selections, methods and diversity of art-therapeutic work according to the clients' disablement.

In the applied part I describe the casuistic of individual clients and art-therapeutic work applied in our home with demonstration of output of my clients. I end up with the list of applied literature.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Ateliér arteterapie

Akademický rok: 2004/2005

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana PANTOFLÍČKOVÁ**

Studijní program: **B7701 Psychologie**

Studijní obor: **Arteterapie**

Název tématu: **APLIKACE ARTETERAPIE V ÚSP PRO MENTÁLNĚ
POSTIŽENÉ A PSYCHICKY NEMOCNÉ DOSPĚLÉ
KLIENTY**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce bude obsahovat v teoretické části charakteristiku daného zařízení, problematiku aplikace arteterapie v ústavu, anamnestické a diagnostické údaje zvolených klientů, charakteristiku jejich postižení. Volby, metody a odlišnosti arteterapeutické práce dle postižení klientů.

V praktické části popíše kazuistiku jednotlivých klientů a arteterapeutickou činnost aplikovanou v tomto zařízení s ukázkou tvorby zvolených klientů. Na závěr vyhodnocení.

III. OBSAH:

I.	ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ -----	str. 4
II.	ANOTACE -----	str. 5,6
III.	OBSAH -----	str. 7
IV.	ÚVOD -----	str. 8
V.	TEORETICKÁ ČÁST-----	str. 9-44
	1. Charakteristika daného ústavu -----	str.9-11
	2. Problematika aplikace arteterapie v ústavu -----	str.12-14
	3. Anamnestické a diagnostické údaje zvolených klientů -----	str.15-44
	a) klient A - schizofrenie + mentální retardace -----	str.15-27
	b) klientka B - mentální retardace -----	str.27-37
	c) klientka C - schizofrenie -----	str.37-38
	4. Volby, metody a odlišnosti arteter. práce dle postižení klientů -----	str.39,40
	a) Schizofreničtí klienti -----	str.39-41
	b) Mentálně postižení klient -----	str.41,42
	c) Gerontologičtí klienti -----	str.43,44
VI.	PRAKTICKÁ ČÁST -----	str.45-60
	1. Kasustiky vybraných klientů -----	str.45
	a) klient A -----	str.45-52
	b) klientka B-----	str.52-56
	c) klientka C -----	str.56-60
VII.	ZÁVĚR -----	str.60
VIII.	PŘÍLOHA -----	str.60-84
IX.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY-----	str.85

IV. ÚVOD

Téma mé bakalářské práce vyplynulo z mého mnohaletého zaměstnání, s psychicky nemocnými a mentálně postiženými klienty, nejprve v psychiatrické ambulanci, v psychiatrické léčebně, poté v K-centru a následně poradně drogových závislostí, dále v našem ústavu, nyní domově, kde působím jako terapeut pátým rokem.

Ze zkušeností s klienty s různou diagnózou volím odlišné způsoby arteterapeutické činnosti s nimi, s ohledem na jejich momentální somatický a psychický stav.

Mým cílem je pokusit se ve své práci ukázat možnosti adaptace a posunu těchto klientů s rozličným postižením, právě vhodně zvolenou formou terapie.

V. TEORETICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA DANÉHO ÚSTAVU

Z historie.

První písemná zmínka o Libníči je zápis do urbáře Pernštejnského roku 1490. Od svého vzniku až do roku 1848 obec patřila panství Hluboká, které bylo v držení známých jihočeských rodů např. Lobkoviců, Rožmberků, Pernštejnů a nakonec Schwarzenberků.

Historie obce je spjata s dolováním stříbra v rudolfovském rudním revíru od 16. století.

V 17.století zde byl objeven léčivý pramen a kníže Adam Schwarzenbergr zde nechal postavit lázně. Léčivý pramen měl vysoký obsah sirovodíku a sirných solí, využíval se k léčbě nemocí kožních, zažívacích, dny, nemocí kloubů apod. Vedle lázní byl vybudován kostelík, který dodnes stejně jako lázeňská studna slouží obyvatelům. Vrchol rozkvětu prožívala Libnič a její lázně na konci 19. a začátku 20. století. Léčila se zde řada významných osobností. Byla zde postavena řada výstavních vil, např. rodiny Zátků aj. Po první světové válce sláva lázní postupně uhasínala. V roce 1949 byla lázeňská budova definitivně přeměněna na domov důchodců.

Současnost

V současné době je zde sídlo: Domov důchodců Libnič. Komplex budov prošel náročnou rekonstrukcí a dostavbou, která ještě není definitivní a která se výrazně promítla do zkvalitnění životního prostředí uživatelů zde žijících.

Zařízení se postupně stalo moderním domovem pro uživatele, byl zde zřízen nový samostatný úsek terapií a organizace péče a pobytu uživatelů se odvíjí od jejich potřeb a na základě doporučení ošetřujícího praktického lékaře a psychiatra, jak skupinově tak individuálně s přihlédnutím na věk, schopnosti a stupeň postižení.

K aktivitám terapie patří arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, relaxace, petterapie, canisterapie, ergoterapie (keramická dílna, truhlářská dílna, výtvarné ateliéry: pedigu, ručních prací, suchých vazeb, práce na zahradě) a také rekreační pobyty, kulturní a sportovní aktivity.

Pravidelně jsou organizovány výlety, návštěvy výstav, divadel, exkurze, besedy, taneční zábavy, diskotéky s poslechem hudby, tancem a zábavnými soutěžemi. Oblíbené jsou i zábavné a sportovní přebory ústavu, kurzy trénování paměti, aktivizační programy pro udržení schopností a výchovná dopoledne: „Škola hrou“, výuka PC + internet. Okolí domova přímo vybízí k vycházkám do přírody a v letních měsících využíváme ke koupání rybník v nedalekém Jelmě. Uživatelé si užívají „dovolenou“ na našem rekreačním zařízení u rybníka Mrhal. Pro udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím organizujeme pobyty a aktivity mimo rámec domova, a to ozdravné pobyty na horách a u moře. A různé pohybové aktivity (plavání, lyžování, turistika, stolní tenis, míčové hry, atletika apod.).

Domov Libníč – od 1.1.2007 dle nového zákona o sociálních službách je domovem se zvláštním režimem dle zák. č. 108/2006 Sb., pro poskytování celoroční pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického psychického onemocnění, případně kombinované zdravotní postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytuje sociální služby dospělým osobám, které jsou plně invalidní, nebo dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu. Poskytuje kompletní sociální a zdravotní péči uživatelům, plní funkci integrovaného zařízení. V domově je poskytována péče formou celoročního pobytu, ale i denního stacionáře. Vytváří náhradní životní prostředí, toho času s kapacitou 115 lůžek. Domov

je rozdělen do 4.oddělení, každé má svou jídelnu s kuchyňkou, ošetrovnu, společenskou místnost s technickým vybavením a zázemím pro terapeutickou činnost. Uživatelům je zajištěno bydlení převážně na dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením. Je zajištěn denní úklid, celodenní stravování , péče o prádlo a jiné. Na jednotlivých odděleních zajišťuje tým zdravotnických pracovníků uživatelům pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládání péče o vlastní osobu dle individuálních schopností. Součástí je zdravotní, ošetrovatelská a rehabilitační péče. Terapeutická činnost je rozdělena na sociálně terapeutické a aktivizační činnosti.

Věkový průměr uživatelů je 60 let, nejmladší dívka je 22 a nejstarší ženě 94 roky.

S přihlédnutím ke zdravotnímu stavu klientů zabezpečujeme nácvik sociálních dovedností, jednoduchých prací a vyhledáváme vhodné pracovní uplatnění v rámci terapií a domova. Záměrem je smysluplně vyplnit volný čas klientů a tím přispívat k pozitivnímu rozvoji jejich tělesného a psychického zdraví, v rámci kulturních, společenských a výchovně– vzdělávacích činností.

Cílem domova je spokojenost uživatele v oblasti psychické, tělesné, interpersonální, sociální, etické a duchovní.

Statutárním zástupcem celé organizace je ředitel.

Zřizovatel domova je Krajský úřad - Jihočeský kraj.

2. PROBLEMATIKA APLIKACE ARTETERAPIE

Úvod

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Je terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvary a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány. Původně byla výtvarná produkce psychicky nemocných zaměřená spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická metoda se začala arteterapie cíleně využívat ve 30. a 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů.

V začátcích arteterapie působili většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali propojení mezi výtvarným působením a psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě. U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V průběhu 60. let vznikla Sekce pro psychopatologii výtvarného projevu České lékařské společnosti J. E. Purkyně. V 70. letech vznikla v Psychoterapeutické společnosti J. E. Purkyně arteterapeutická sekce. Byly pořádány speciální semináře a dílny lidí z různorodých oborů. V průběhu 80. let narůstá zájem o arteterapii z řad studentů a speciálních pedagogů, neboť arteterapie byla začleněna do výuky. Počátkem 90. let zásluhou PhDr. M. Kyzoura se na JU otvírá studium arteterapie.

V roce 1994 vzniká Česká arteterapeutická asociace, jako samostatné profesní sdružení.

Využití a uplatňování arteterapie v našich ateliérech domova je pro všechny zájemce. Je charakterizováno různorodým přístupem, protože uživatelé jsou velmi rozmanití, jednak osoby různých věkových kategorií, jednak osoby s tělesným,

mentálním a psychickým onemocněním. Jsou zde klienti zbavení svéprávnosti, ale také s vysokoškolským vzděláním. Samozřejmě je třeba brát ohled na diagnózu, ze zkušeností odborníků, tak i mé vyplývá, že není užitečné vytvářet skupinu např. psychotiků a neurotiků. Můj vstup do ateliéru byl zjednodušen tím, že zde již dvě arteterapeutky pracují. Arteterapeut většinou určuje vhodné téma, pomáhá, radí a usměrňuje tvořící, aby neulpívali na určitých námětech v souvislosti s jejich chorobou. Arteterapie může pomoci všem lidem, kteří se nesnadno verbálně vyjadřují, je to neverbální technika. Důraz je kladen na činnostní aspekt a spontánní tvořivost, výtvar se již dále nevyhodnocuje. Z metod arteterapie se vylučuje interpretační analýza, která není doporučena ani ústavním psychiatrem. V praxi je nezbytné se řídit při výběru techniky a tématu druhem onemocnění nebo postižení jedince, jeho osobností nebo momentálními problémy. Pro dobrý průběh tvorby je důležité se vyvarovat negativního hodnocení a podpořit zájem o spontánní tvoření. Tvořící může ustrnout na způsobu tvorby, která mu byla pochválena a blokuje jej v dalším vývoji. Někteří uživatelé nelibě nesou, že jejich výtvar pochválen nebyl, a jsou zaměřeni na svůj výkon, pak je důležitý terapeutův přístup, zajištění bezpečného prostředí, ve kterém se uživatelé mohou bez obav projevit.

V ateliéru preferuji pohodu, popovídáme si ve skupině, ale nový uživatel bývá zprvu zaskočen požadavkem volně čmárat tužkou, křídou, malovat prsty namočenými v barvě, použít akvarelové barvy, či modelovat z hlíny, nebo koláží z výstřížků, použitím přírodních materiálů či tématicky zaměřené kresby apod.

Po počátečním ostychu nebo nechuti po něčem šáhne, buď sveden činností tvůrců ze skupiny nebo proto, že chce a poté podporuji jeho spontánní tvoření.

Tvorbu uživatelů se snažím směřovat na konkrétní a aktuální problém vyplývající z obrázků, artefaktů či verbálního doprovodu a snažím se rozvíjet jejich tvorbu a tím i je samé. Z praxe vyplývá, že nemocní lidé, jenž mají problémy soustředit se na jakoukoli činnost, se věnují své umělecké tvorbě (dokonce i v době svého volna) a

čas užitečně plyne. Výhodou arteterapie je trvalost jejich produktů, v nichž je možné sledovat vývojové změny, posun a další vývoj či diagnostické podklady v léčbě.

Naším cílem je spokojenost uživatele v ústavu, vyplnění volnočasových aktivit, potlačit či cíleně ventilovat negativní projevy jejich nemoci. Setkávám se s uživatelovou otevřeností při tvorbě v ateliéru, která někdy kontrastuje s jeho uzavřeností na oddělení.

Neumím si představit terapeuta bez empatie, trpělivosti a pochopení, doplněné energií, chutí a výdrží. Stejně jako všechny druhy psychoterapie i arteterapie upravuje narušené činnosti organismu psychologickými prostředky, v našem případě prostředky výtvarnými.

3. ANAMNESTICKÉ A DIAGNOSTICKÉ ÚDAJE ZVOLENÝCH KLIENTŮ

Charakteristika nemoci

a) klient A – mentální retardace + schizofrenie

b) klientka B – mentální retardace

c) klientka C – schizofrenie

a) klient A (anamnestické údaje pro nevalidní kontakt z dostupné dokumentace)

RA - Rodiče nežijí, otec zemřel ve středním věku, matka slaboduchá. Sourozence má dva, nevlastní bratry, údajně zdravé.

OA - Od porodu paresa l. končetin, opožděný psycho-motorický vývoj, chodit začal ve 3 letech. Opakované pobyty v PL Dobřany pro poruchy chování. V roce 1995 cholecystektomie pro empyem žlučníku. V roce 2000 autonehoda, utrpěl frakturu levého krčku stehna a levého lokte. V roce 2001 operace gastroenteroanastomosa.

PA - Absolvoval 3 třídy zvláštní školy, pracoval jako nekvalifikovaný dělník v Budvaru, pobíral invalidní důchod. Toho času ID z psychiatrické indikace.

SA - Rozvedený, oženil se v 19ti letech s psychicky nemocnou, snad jen 14 dní trval svazek. Bezdětný. Bez kontaktu s bratry. Zbaven svéprávnosti / opatrovník nevlastní bratr.

DG - Reziduální schizofrenie F 205 -významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu

Středně těžká mentální retardace

Levostranná spastická hemipareza

Suspektně prodělaná CMP

SCHIZOFRENIE

Vývoj schizofrenie začíná v roce 1856, kdy francouzský psychiatr Benedikt Augustin Morel popsal těžké psychické onemocnění s progresivní a rychlou deteriorací intelektu a chování. V roce 1870 Hecker zavedl termín „hebefrenie“, vznikající kolem puberty a vedoucí k úpadku intelektu a k hluboké desorganizaci osobnosti. V roce 1863 Kahlbaum oddělil demenci paranoidní s výraznými bludy a s poruchami chování od paranoie, kterou charakterizoval dobře uspořádaným logickým systémem bludů s relativně zachovalým intelektem a chováním. V roce 1868 uvádí popis další skupiny – katatonie, kam zahrnuje pacienty s výrazným mutismem a s poruchami pohybu bez organického podkladu. V roce 1896 Emil Kraepelin rozpoznal podrobnosti všech uvedených syndromů a shrnul pod pojmem „dementia praecox“ výše uvedené skupiny – paranoidní, hebefrenní a klasickou. Později přidal ještě další skupinu, charakterizovanou postupným a plíživým vznikem a nedostatkem iniciativy, pro který Diem v roce 1903 navrhl název „dementi praecox simplex“. V roce 1911 Eugen Bleuler navrhl pro tuto skupinu duševních poruch nový název – schizofrenie, jde o etiologicky heterogenní poruchy. Věk vzniku onemocnění může být různý (typicky mezi 15 – 45 lety) a jsou rozdíly mezi výsledným stavem onemocnění, kde zvláště u forem paranoidních a katatonních s akutním vznikem po 30. roce věku jsou časté remise dočasnějšího nebo trvalejšího rázu.

Termín „schizofrenie“ je překládán doslovně jako „rozštěp mysli“, což je laicky často chápáno jako střídání různých osobnostních rolí u jednoho subjektu.

V bleuleroenském smyslu má termín schizofrenie vystihovat rozštěpení, fragmentaci mezi různými mentálními funkcemi (mezi myšlenkovým obsahem a emoční odpovědí nebo motorickým chováním). Rozdělil symptomy schizofrenie na primární, charakteristické pro proces onemocnění a na sekundární, které považoval jen za důsledky oněch primárních symptomů u jistých osob v určitém čase.

Primární symptomy:

- 1) poruchy asociací, které se vyznačují zejména jejich rozvolněním, fragmentací
- 2) poruchy efektivit - afekty jsou u nemocného neadekvátní, nepřiměřené nebo jeví výrazné oploštění a ztupění
- 3) artismus - sociální izolace, ponoření se do sebe, narcistické soustředění na vlastní osobu, subjekt se noří do denního snění a ztrácí kontakt s realitou
- 4) ambivalence - současná koexistence protichůdných pocitů s nedůsledným chováním a výkyvy

Sekundární symptomy:

halucinace, bludy, katatonní nebo hebefrenní projevy chování. (Bleuler)

Poruchy myšlení, v podstatě odrážející interakci všech čtyř základních primárních příznakových komplexů schizofrenie, se pokládají za nejcharakterističtější znak schizofrenie.

Rozvolnění asociací a fragmentace myšlení se projevuje často zahrnováním nedůležitého, irelevantního materiálu do odpovědí, která ztrácí logickou souvislost a přiměřenost ke kladené otázce. U výrazných forem vážne abstrakce, je sklon ke konkrétním odpovědím, jež se může projevit neschopností správně vysvětlit přísloví,

subjekt nedovede abstrahovat jeho metaforický význam. Do odpovědi se promítají osobní zkušenosti pacientů, ovlivněné jak prožívanými sekundárními psychopatologickými fenomény, tak i artismem a artistickým myšlením, řízeným vlastními zákony logiky.

U schizofrenie je základním pramenem porušeného kontaktu s realitou emoční porucha, která hluboce ovlivňuje vývoj onemocnění. Původ emočních poruch vyniká někdy jasněji, pokus zachytíme začátek onemocnění, kdy se subjekt stává přecitlivělým k percepčním a interpersonálním podnětům, což je doprovázeno zvýšenou vzrušivostí nervového systému a zranitelností na stavy, spojené se zvýšením energetických výdajů. To je doprovázeno zvýšenou emocionalitou, zaujatostí, sklonem k sociální odtažitosti a izolaci. To vše vede nemocné ke sledování a ponoření se do světa vlastních fantazií.

V počátcích onemocnění může subjekt být ve stavu obecného neklidu, nejistoty a úzkosti s pocity, že se kolem jeho osoby děje cosi nejasného, vztaženého k jeho osobě, pociťuje hrozbu, kterou nedovede definovat a vysvětlit – subjekt se nalézá ve stavu „bludné nálady“ (Wahnstimmung). V dalším vývoji se pak zpravidla dostavuje náhlé „poznání“ příčiny stavu, jež se projeví bludnou interpretací.

Průběh onemocnění

Průběh onemocnění může být velmi různý. Epizoda onemocnění může proběhnout jen jednou v životě a nemusí zanechat žádné následky, nebo jen drobné poškození, např. lehké podivínství. Epizody se však mohou opakovat, v remisi se může subjekt zcela normalizovat, může však také docházet k postupnému narušování osobnosti s různým stupněm rychlosti.

Onemocnění, které začíná náhle, bez zevních stresových podnětů, bouřlivě a akutně, eventuálně se stavem zmatenosti, mívá lepší prognózu. Onemocnění, které začíná pomalu, plíživě, subjekt produkuje málo sekundárních příznaků, převládá oploštěnost a ztráta vůle a iniciativy. Též platí, že onemocnění začínající v pozdějším

věku mívá lepší prognózu, než onemocnění postihující subjekt v časnějším věku, kdy je jeho osobnost ještě ve vývoji.

Příznaky, které jsou pro diagnózu schizofrenie důležité:

- a) slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odmítání myšlenek, vysílání myšlenek
- b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání
- c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování nemocného nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla
- d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa)
- e) přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo přetrvávajícími ovládanými představami, nebo se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců
- f) zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherence nebo irelevantní řeč, nebo neologismy
- g) katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilita carea, negativismus, mutismus a stupor
- h) „negativní“ příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), musí být jasné, že se nejedná o příznaky, vyplývající z deprese nebo medikace neuroleptiky
- i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení

Formy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie F 20.0

diagnóza u klientky C

Tento druh onemocnění je charakterizován bludy pronásledování, pocity aktivní nebo pasivní kontroly, pocity ovlivňování, přesvědčení o pronásledování a často megalomanickými tendencemi.

Bludy jsou většinou málo logicky propojeny a jsou často doprovázeny halucinacemi zejména sluchovými. Vznik onemocnění je v průměru vyšší než u ostatních forem choroby a může být lepší premorbidní osobnostní adaptace, je nadějnější prognóza onemocnění, právě tak jako akutní vznik a přítomnost stresu při začátku onemocnění. Pro lepší prognózu též svědčí přítomnost bludů pronásledování, oproti bludům megalomanickým a sluchových halucinací, oproti halucinacím jiných smyslů (zejména čichových).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále „MKN“) 10 je tento typ schizofrenie nejobvyklejší ve většině částí světa.

Převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, které jsou obvykle doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými a jinými poruchami vnímání. Poruchy afektivity, vůle, řeči a ani katatonní příznaky nejsou výrazné.

Příznaky:

- a) bludy persekuční, vztahovačnosti, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivosti
- b) halucinatorní hlasy, které klientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy, nebo halucinace jako pískání, bzučení, smích
- c) čichové nebo chuťové halucinace, sexuální či jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, ty však zřídka přetrvávají

U akutních stavů mohou být poruchy myšlení, což nebrání tomu, aby klient jasně popisoval typické bludy a halucinace. Aktivita je méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie s menším stupněm nepřiměřenosti, stejně jako poruchy nálady.

Příznaky negativní, jako je otupělá efektivita a volní poruchy jsou často přítomné, ale nepřetrvávají.

Průběh paranoidní schizofrenie může být v epizodách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronický. V jiných případech léta přetrvávají floridní příznaky a je obtížné rozlišit jednotlivé ataky.

Poměrně nenápadné jsou poruchy afektivity, vůle a řeči. Obvykle jsou halucinace takového druhu, jak jsou popsány v příznacích. Bludy mohou být téměř všeho druhu, ale nejtypičtější jsou kontrolovatelnosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity a přesvědčení o pronásledování všeho druhu.

Podle MKN 10 se u této formy zdůrazňuje změna efektivity, naproti tomu bludy a halucinace jsou prchavé. Chování je nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci a často je se sebezaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo opětovně opakovanými frázemi.

Hebefrenní schizofrenie F 20.1

Tento druh onemocnění je charakterizován dezorganizovaným myšlením s oploštělými a nepřiměřenými emočními reakcemi. Většinou vzniká v adolescenci a chování bývá bizarní. Může se vyskytovat grimasování, manýrismus, gestikulace, nejapný smích a chichotání, nejapné vtipkování, pseudofilosofické úvahy, též rychlé a náhlé impulzivní reakce bez vztahu k vnějším podnětům.

Podle MKN 10 se zdůrazňuje u této nemoci významnost změn afektivity, naproti tomu bludy a halucinace jsou prchavého rázu a chování nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci a často je provázena sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo opětovně opakovanými frázemi. Myšlení je dezorganizované, řeč nespojitá. Je tendence k samotářství, chování se zdá být beze smyslu a bez citu.

Nemoc začíná obvykle ve věku 15 – 25 let a mívá špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji negativních příznaků a to zvláště oploštění efektivitu a ztráty vůle.

Kromě toho je obvykle výrazné narušení myšlení, schizofrenního typu. Mohou být přítomny halucinace a bludy, ale neměly by být významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, takže chování se typicky stává bezúčelné a bezcílné.

Nemocný se povrchně a bezúčelně zabývá náboženskými, filozofickými a jinými abstraktními tématy, což může činit potíže při sledování toku jeho myšlenek.

Podle MKN se vyžaduje splnění všech kritérií pro diagnózu schizofrenie. Hebefrenie by se měla diagnostikovat pouze u adolescentů nebo mladých dospělých

jedinců. Premorbidní osobnost typicky, ne však nutně, spíše plachá a samotářská. Aby se potvrdila správná diagnóza je nutné alespoň 2 – 3 měsíce stále sledovat charakteristické chování popsané výše.

Katatonní schizofrenie F 20.2

Tento druh onemocnění se projevuje zejména výraznými poruchami motorické aktivity, která může být podstatně zvýšená nebo snižená.

Rozeznáváme:

formu produktivní - jež se vyznačuje katatonickým vzrušením, to je nadměrnou extrémní a občas i násilnou motorickou aktivitou, jež je někdy možné jen těžko odlišit od těžkého deliria nebo akutní manie.

Tato forma onemocnění byla často fatální před zavedením elektrokonvulsivní terapie. V současné době je většinou účelně léčena i neuroleptiky, i když ani dnes není vyloučeno ohrožení života pacienta, pokud se při zhoršujícím stavu dlouho váhá s aplikací elektrokonvulse.

formu stuporosní - při ní nastupuje všeobecná inhibice chování nemocného nebo alespoň retardace a zpomalení, doprovázené různými projevy, jako je mutismus, negativismus, vosková ohebnost nebo až stupor.

Paradoxem je, že zpomalení nebo úplně nehybní a nereagující jsou takoví nemocní obvykle ve stavu nadměrného vzrušení. Někdy je tento stav těžko odlišitelný od akutního organického mozkového syndromu nebo těžce retardované depresivní psychosy. Většinou jsou přítomny jiné známky schizofrenie a nemocný může mít dramatické a nepředvídatelné výkyvy střídání stavu stuporu a katatonického vzrušení.

I ve stuporu, kdy je zdánlivě všechen kontakt subjektu se zevním světem přerušen, zůstává nemocný při plném vědomí a po odeznění stavu je jeho vzpomínka na proběhlé události plně zachovalá.

Je třeba znovu zdůraznit, že antipsychotická terapie je většinou účinná, ale při trvající nespolupráci a odmítání tekutin, potravy a medikace je nutná včasná aplikace elektrokonvulsivní terapie.

Podle MKN 10 se shodně zdůrazňuje u této nemoci převládání výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma uvedenými extrémy, to je od hyperkineze ke stuporu nebo od automatické poslušnosti k negativismu, nemocný může někdy setrávat dlouhou dobu v polohách, do nichž byl uveden. Nápadným rysem mohou být epizody prudkého vzrušení. Tyto katatonní stavy se mohou kombinovat se snovým stavem se smyslově živými scénickými halucinacemi.

Opět musí být splněna všechna všeobecná kritéria pro diagnosu schizofrenie.

Izolované katatonní příznaky se mohou přechodně objevit v souvislosti s jinými subtypy schizofrenie. V klinickém obrazu u katatonní schizofrenie by měl jeden nebo několik z následujících projevů chování nebo jejich kombinace:

- a) stupor – zřetelně zmenšená reaktivita vůči okolí a snížení spontánních pohybů a aktivity, mutismus
- b) exitace – motorická aktivita zřetelně bezúčelná a neovlivnitelná vnějšími podněty
- c) nástavy – zaujímání a udržování nevhodných a nezvyklých poloh
- d) negativismus – zřetelný nemotivovaný odpor vůči instrukcím nebo pokusům se pohnout nemocným, nebo pohyb nemocným opačným směrem
- e) rigidita – zaujímání ztuhlých poloh při pokusu nemocným pohnout

f) *flexibilitas cerea* – udržování končetin a těla v polohách, do nichž byl nemocný uveden

g) jiné příznaky, např. *povelový automatismus* – automatické plnění instrukcí, opakování slov a vět

(Zvolský a kol., str. 76, 2003)

U nekomunikujících nemocných s projevy *katatonní schizofrenie* by měla být diagnosa *schizofrenie prozatímní*, dokud se nezíská dostatek jiných příznaků.

Katatonní příznaky se nevyskytují jen u *schizofrenie*, ale mohou být vyvolány *mozkovým onemocněním*, *metabolistickými poruchami* nebo *alkoholem*, *drogami* a mohou se také vyskytnout u *afektivních poruch*.

Reziduální schizofrenie F 20.5

diagnóza u klienta A

Podle MKN 10 upřesňuje dříve nejednotně užívanou diagnosu jako *chronické stadium* ve vývoji *schizofrenie* u kterého je *jasný postup* od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více *atak s psychotickými příznaky*, které odpovídají výše uvedeným *všeobecným kritériím pro schizofrenii*, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému *dlouhodobými*, i když ne nutně *negativními příznaky* a *zhoršením*.

Simplexní schizofrenie F 20.6

Tento druh *onemocnění* uvádím jako *poměrně častou diagnosu* v ústavu, je charakterizována *častým a plíživým vznikem*, *sociální izolací* a *odtažením*, *malou aktivitou*, *pasivitou* a *závislostí na okolí*. Postižení jsou *indiferentní*, *apatičtí*, výrazný je *nedostatek iniciativy*. *Není výrazná přítomnost bludů* nebo *halucinací*. *Průběh* je

chronický. Během času se mohou více projevit a ozřejmit poruchy myšlení schizofrenního typu s intelektuální deteriorací a regresí chování.

Podle MKN 10 dříve diagnózy: F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie, pouze pro psychotické stavy – nyní to je residuální schizofrenie a F 20.4 Postschizofrenní deprese- jde o depresivní ataku. Nyní se vylučují.

Schizofrenie je nemocí, která potřebuje odbornou léčbu, nedojde ke spontánnímu zlepšení. Medikace obecně je ke zklidnění a regulaci psychických projevů, které ne vždy vymizí. V akutní fázi je nutná hospitalizace nemocného, když je nebezpečný sobě nebo svému okolí, když není schopen se o sebe postarat, když ztratil osoby nebo prostředky, jež mu zajišťovaly péči. Základem léčby schizofrenie je léčba neuroleptiky, které nemocné příliš tlumily, zpomalovaly psychomotorické tempo, vyvolávaly třes, sucho v ústech apod. Dnes máme k dispozici nová antipsychotika třetí generace, jež tyto nepříjemné účinky nemají. Léčba medikamentózní se doplňuje psychoterapií, jednak individuální, skupinovou a rodinnou.

Jde o poruchu v oblasti komplexní činnosti lidského mozku, proto se vyskytují v oblasti hledání příčin těchto poruch hypotézy nejrůznějšího druhu, od hypotéz biochemických až po hypotézy čistě psychologické. Přes názory, které na jedné straně přisuzovaly vznik schizofrenie jen genetickým vlivům a na druhé straně uznávaly jen působení okolních nepříznivých vlivů nebo jen psychologických příčin a konfliktů, jsou v současné době genetické faktory považovány za součást předpokládaných dispozic ke vzniku schizofrenie. Je nesporné, že nemocní trpící schizofrenií a dodržující pravidelnou, i léta trvající udržovací léčbu, mají mnohem menší frekvenci relapsů onemocnění než pacienti, u nichž je léčba přerušena.

PORUCHY CHOVÁNÍ

- v diagnóze u klienta A

Jde o trvalé a dlouhodobé, opakující se dissociální agresivní a vzdorovité projevy. Bývají spojené s nepříznivým psychosociálním prostředím, neuspokojivými vztahy v rodině, školním selháním, jsou častěji u chlapců než u dívek. Příkladem je tyranizování slabších, krutost, trápení zvířat, opakované záškoláctví, lži, krádeže, výbuchy zlost, trvalá silná neposlušnost. Rozlišují se:

- a) Porucha chování ve vztahu k rodině - většinou ve vztahu k jednomu z rodičů, např. k nevlastnímu otci
- b) Nesocializovaná porucha chování – narušení socializace ve skupině vrstevníků. Jde o typ agresivního samotářského dítěte
- c) Socializovaná porucha chování – dítě má s dospělými konflikty, asociální chování v partě, ale i mimo ni
- d) Porucha opožděného vzdoru – v období 9-10 let, neposlušné, vzdorovité chování, provokace dospělých, ale bez agrese. Vzpírání se autoritám, neuznání vlastních chyb, zlost, podrážděnost

b) klientka B (anamnestické údaje z dostupné dokumentace)

RA - Matka žije, má nervové a psychické onemocnění. Otec srdeční onemocnění. Má čtyři sestry, údajně zdravé.

OA - Matka spadla z vozu ve třech měsících gravidity s klientkou, pro rozštěp páteře do roka operována. Mentálně postižená. Od narození paraplegie dolních končetin s inkontinencí moče a stolice. Operace pelveoperitonitis (zánět pánve). Menopauza. Občas EPI paroxysmy. Invalidita od mládí, infantilní projev.

PA - Pro invaliditu od mládí vyrůstala celý život po ústavech. Nevzdělatelná.

- SA - Vyrůstala po ústavech, upoutána na invalidní vozík. Svobodná, bez partnera, bezdětná, pobírá ID. Je v kontaktu s rodinou. Zbavena svéprávnosti / sestra opatrovník.
- DG - Těžká mentální retardace kongenitální F 72.1
Paraplegie DK s inkontinencí
Sekundární EPI
Obesita

MENTÁLNÍ RETARDACE

Dřívější terminologie používala pojmy: idiot – pro lidi s hluboce narušenými rozumovými schopnostmi, imbecil – pro středně narušené osoby. Tyto pojmy byly zhodnoceny jako příliš stigmatizující a diagnosticky málo specifikované. V německé literatuře se objevuje termín oligofrenie.

V současné době se užívá název mentální retardace. Z etických důvodů se doporučuje užívat termín: „lidé s mentální retardací“.

Také se uváděly termíny: vzdělavatelný – nevzdělavatelný, vzhledem k možnosti nástupu školní docházky. Vychovatelný – nevychovatelný, u těžce retardovaných.

Od těchto termínů se také upouští, vzhledem k tomu, že převládá názor, že každé dítě má právo na vzdělání.

Podle druhu chování se užívá termínů: eretický (neklidný) a torpidní (netečný) v souvislosti s těžkou mentální retardací.

Stanovení sníženého inteligenčního kvocientu je považováno za orientační diagnostické kritérium. K určení diagnózy je třeba hodnotit i ostatní schopnosti

retardované osoby, zejména její sociální přizpůsobivost kulturní a národnostní zázemí. Dalším vodítkem je vývojové období, ve kterém se porucha intelektových funkcí projevila. Pokud vzniká v raném dětství, užívá se diagnóza mentální retardace, pro pozdější výskyt se užívá termín demence, hranice se stanoví většinou pro období prvních 2 – 3 let života. (Janotová)

Přehled terminologie

Lehká mentální retardace: IQ 50 – 69

- slabomyslnost
- lehká mentální subnormalita (vzdělavatelní)
- lehká oligofrenie
- debilita

Středně těžká mentální retardace: IQ 35 – 49

- imbecilita
- středně těžká mentální subnormalita
- středně těžká oligofrenie (nevzdělavatelní)

Těžká mentální retardace: IQ 20 – 34

- imbecilita
- těžká mentální subnormalita (vychovatelní)
- těžká oligofrenie

Hluboká mentální retardace: IQ 0 – 19

- idiotie
- hluboká mentální subnormalita (nevychovatelní)
- hluboká oligofrenie

(Zvolský a kol., str. 155, 2003)

Podle MKN 10 je k základnímu kódu hloubky mentální retardace přiřazen kód vyjadřující postižení chování – 0. žádné nebo minimální postižení chování,- 1.výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu, - 8. jiná postižení chování, - 9. bez zmínky o postižení chování.

Nejpravděpodobnější hodnota lidí s mentální retardací na různém stupni je asi 3 %, asi polovina z nich potřebuje během života sociální či lékařskou pomoc. Nejvíce osob, které vyžadují speciální péči, je ve věku 0 – 16 let, později jejich počet klesá díky sociální adaptaci a dosažení dalšího stupně intelektuálního vývoje. Psychiatrické poruchy jsou u lidí s mentální retardací častější, zejména v dětském věku, než u běžné populace.

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

Rozvoj sociálních dovedností je od dětství zpomalen, je opožděno používání řeči a porozumění mluvenému slovu. Obtíže se projevují v prvních letech školní docházky a často je třeba speciální výukové zařazení nebo pomoc.

Klient dosáhne nezávislosti v osobní péči, je schopen vykonávat domácí práce a později i jednoduchá zaměstnání s manuální zručností. V sociálně nenáročných prostředích mohou být tito jedinci zcela bez obtíží. Emoční a sociální zralost spolu s rysy osobnosti ovlivňují jejich schopnost uplatnění ve společnosti. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam. Výskyt psychických nemocí je podobný jako u osob s normální inteligencí. Tato skupina tvoří asi 4/5 mentálně retardovaných. Organický původ se nachází jen u menší části jedinců, u ostatních se uvažuje o spodní variantě rozvrstvení intelektových schopností v populaci.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

Rozvoj myšlenkových schopností i řeči je opožděn, schopnosti i v dospělém věku jsou výrazně omezené. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná a někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život. Vzdělávací proces se limituje na základ školského trivia, důraz je kladen na zdokonalování sebeobsluhy jednoduchých praktických činností. Část retardovaných si osvojí elementární znalost čtení a psaní, ale složitější sociální a právní vztahy nejsou schopni pochopit. Řeč bývá i v dospělosti velmi jednoduchá nebo zůstává pouze u nonverbální komunikace. Pracovní zařazení je možno pouze pod dohledem a v chráněném prostředí. Opoždění psychického vývoje je často provázeno epilepsií, neurologickými, tělesnými a psychickými obtížemi. Tato skupina tvoří asi 12 % mentálně retardovaných. Etiologie je v mnoha případech organická.

- v diagnóze klienta A

Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. Možnost rozvoje sebeobsluhy je výrazně limitována, někteří jedinci nejsou schopni udržet čistotu ani v dospělosti, přijímají potravu speciálně upravenou nebo jsou krmeni, řeč bývá omezena na skřeky nebo jednotlivá slova. Pokud je jim soustavně věnována výchovná péče, mohou se naučit některé jednoduché úkony. Bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Tvoří 7% z počtu retardovaných. Etiologie je často organická, mívají motorické poruchy s příznaky celkového poškození centrálního mozku.

- v diagnóze klientky B

Hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

Téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči v nejzákladnějších životních úkonech, často jsou těžce motoricky omezeni, mívají postižení sluchu, zraku, těžké neurologické poruchy. Komunikace je velmi omezená, lze dosáhnout nanejvýše porozumění jednoduchým požadavkům, odpovědi bývají nonverbální, řeč není vytvořena. Etiologie je většinou organická. Z psychiatrických poruch se často vyskytuje atypický artismus, nejtěžší forma pervazivních poruch. Tvoří asi 1 % z populace mentálně postižených.

Tělesné poruchy se u lidí s mentální retardací vyskytují častěji než u normální populace. Téměř polovina jedinců žijících v ústavech trpí epilepsií, 1/5 má poruchy visu a sluchu. Z motorických poruch jde většinou o elasticitu, příznaky DMO apod. Každá smyslová vada ohrožuje normální kognitivní vývoj a spolu s motorickým postižením se podílí na prohlubování mentální retardace.

Podle etiologických pohledů nemívá mentální retardace jednotnou příčinu., vzniká součinností vrozených a enviromentálních faktorů. Intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí intelektového nadání rodičů. Lehká MR vzniká v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí. Metabolické poruchy a jiné abnormity se vyskytují zřídka.

Nízké výsledky v testech inteligence (10 – 20), jsou v korelaci s výchovou v nižších sociálních vrstvách, chudobou, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami. Snížení intelektových schopností je způsobeno socio- kulturní deprivací v rodinách, dětských domovech a jiných institucích. Rodiče postihují potomky jednak dědičností, jednak nepodnětnou výchovou. Tyto faktory bývají příčinou lehké mentální retardace a výukové programy speciálně zaměřené jim mohou zčásti předcházet.

Další faktory jsou intrauterinní infekce – např. zarděnky, syfilis, toxoplasmóza a jiné. K poškození duševního vývoje vedou též otravy medikamenty, olovem a alkoholem, ozáření, také úrazy s nitrolebním krvácením, atd. bývají příčinou lehké a těžší mentální retardace. Porodní traumata jsou příčinou asi v 10 %.

Specifické genetické faktory: a) dominantně podmíněny, b) recesivně podmíněny zahrnují většinu dědičných metabolických onemocnění, c) podmíněné poruchou sex chromosomů- mentální retardace je ve 25 % častější u mužů než u žen. d) podmíněné chromosomovými abnormalitami- nejznámější je Downův syndrom. Nespecificky podmíněné poruchy: chromosomální ani metodická vada nebyla objevena, nebylo zjištěno porodní trauma, ani jiné poškození plodu či novorozence. V 15 – 30 % zůstává příčina mentální retardace neobjasněna.

(Zvolský a kol. str.158, 2003)

U lidí s mentální retardací se mohou vyskytnout všechny druhy psychiatrických poruch, hovoří se pak o „dvojit diagnóze“.

Schizofrenie – lze pouze popsat psychotické epizody chování a testovou metodou je užití neuroleptik.

Afektivní porucha – depresivní nálada, zde je úspěšná léčba lithiem a antidepresivy i u těžce mentálně retardovaných.

Neurotické poruchy se vyskytují u lehce mentálně retardovaných. Poruchy chování jsou časté u těžce MR. Dále také artistický syndrom. Poruchy osobnosti. Agresivní chování.

U MR neexistuje specifická léčba. Důležité jsou systematické výchovné programy, vhodně vyškolení vychovatelé a informovaní rodiče. Z psychoterapeutických technik jsou užívány nonverbální techniky, behaviorálně zaměřená psychoterapie, důležitý je systém odměn a pozitivní odměňování.

Medikamentózní léčba neuroleptiky se užívá při poruchách chování, hyperaktivitě, psychotických epizodách. Trankvilizéry při úzkostných stavech. Haloperidol u sebepoškozování a u jedinců léčených antiepileptiky. Lithioterapie u cyklických poruch chování a afektů.

Socializace. Pokud se o dítě nestará rodina, je umístěno v ústavu. Dalším stupněm vývoje je Zvláštní mateřská škola, často je využito odkladu školní docházky, někdy dochází k pokusu o zařazení do Základní školy, jiné dítě nastupuje přímo do Zvláštní nebo Pomocné školy.

Jedinci s lehkou mentální retardací po zvláštní škole zvládnou zvláštní učební obor. Jedinci s těžkou mentální retardací bývají přímo zařazeni do Pomocné školy nebo jsou zbaveni povinnosti vzdělávat se, totéž platí pro jedince s těžkou MR. Pokud je dítě zbaveno školského systému je výchova a vzdělávání na rodině nebo ústavní péči a to denního, týdenního a celoročního typu. V některých zemích se uplatňuje pěstounská a adoptivní péče. Stále více se prosazuje myšlenka chráněného bydlení- skupinka MR jedinců žije v bytě spolu s vychovatelem nebo trénovaným asistentem. Postupně se tato služba odbourává a MD žijí sami, socializují se začlenění do běžné populace (nový sociální zákon).

EPILEPSIE

Záchvatovitě onemocnění různé etiologie, v současnosti klasifikována pouze jako epileptický syndrom. O vzniku onemocnění rozhodují nejen zevní noxy, ale i vnitřní příčiny, které jsou dány geneticky a tvoří je biochemické a mediátorové procesy v mozku. Paroxysmy jsou podmíněny epileptickým ohniskem (fokusem) a schopností neuronové sítě vést – šířit a brzdit generalizaci vzruchů. Tyto dva procesy jsou u zdravých jedinců vyrovnané, u jedinců s epileptickou konstitucí převažuje generalizace vzruchu nad schopností inhibovat jeho šíření.

Epilepsie je záchvatovitá a přechodná porucha mozkové funkce. Projevuje se stereotypními poruchami chování, obvykle spojenými s poruchami vědomí. Stupeň poruchy může být velmi lehký – krátkodobý, až velmi těžký – dlouhodobý. Rozeznáváme samotný záchvat a mezizáchvatové období, kdy v tomto mezizáchvatové období může být klinické neurologické i psychiatrické vyšetření a paraklinické vyšetření včetně EEG v mezích normy.

Model epileptického záchvatu vidíme při elektrokonvulzivní terapii. Elektrošok je modelem epileptického paroxysmu.

Příčiny epilepsie: *neznámé*, tím rozumíme dosud nepoznané poruchy mozkového metabolismu a mozkových mediátorů, které jsou geneticky podmíněné a vedou již v útlém věku k manifestaci záchvatovitého onemocnění. Hovoříme o epi. primární, kryptogenní, genuinní, idiopatické.

známé, těchto je celá řada, od mozkového nádoru, abscesu, zánětu, přes toxické příčiny, metabolicko- degenerativní nervové choroby až ke komocím, konfusím a dalším příčinám. Hovoříme pak o sekundární, či symptomatické epilepsii.

U primární epilepsii hraje největší roli genetika a predispozice. Roku 1961 Metrekos vyšetřoval EEG a prokázal, že ve věku 5 – 15 let je přítomnost paroxysmálních projevů a s přibývajícím věkem těchto projevů ubývá.

U sekundární symptomatologické epilepsie hrají genetické faktory významnou úlohu. U lidí, u kterých se vyvinula druhotná epilepsie je častěji zjišťována epilepsie v rodinné anamnéze.

Klinické projevy epilepsie setrvávají ze dvou fenoménů:

- 1) – pozitivního projevu abnormálního neuronového vývoje
- 2) – negativního projevu, tj. poruchy nebo zániku normální funkce neuronu

(Zvolský a kol., str.: 197)

Intensita postižených nervových, vegetativních a psychických funkcí se může značně lišit. Paroxysmus může být patrný pouze v EEG bez jakékoliv klinické manifestace, nebo dojde až k velkému záchvatu s následným mráкотným stavem. Rozeznávají se čtyři typy záchvatů. Podle MKN 10 se vede epilepsie pod G 40.

1) Grand mal (GM)

Velký záchvat = primárně generalizovaný záchvat, = toxicko – klonický záchvat.

2) Petit mal (PM)

Malý záchvat = kinetický záchvat = Lennoxův syndrom = centrencefalický záchvat dle Penfielda a Jaspera.

3) Jacksonova epilepsie

Záchvat se odehrává v motorické, případně sensitivní korové oblasti.

4) Psychomotorický záchvat

Psychomotorický ekvivalent = temporální epilepsie = psychopatický záchvat.

Mohou být i další klinické typy záchvatů, jako jsou vegetativní, které se projevují paroxysmální tachykardií nebo paroxysmální bolestí břicha, nebo kinetické záchvaty u dětí, kdy dochází k náhlému pádu bez pokousání, pomoci s rychlým návratem vědomí a plnou orientací.

Klasifikační schéma epilepsie:

- 1.) parciální záchvaty, tj. záchvaty vycházející z neuronů
- 2.) generalizované záchvaty, vycházejí z výboje

U epileptiků dochází k psychickým alternacím, které mohou být vázány na záchvat, jako např. předzáchvatovitá aura, nebo pozáchvatová vyčerpanost, únava, rozlada.

Povahové vlastnosti, které se nejvíce projevují v oblasti emocí, bývají rozmrzelí, explosivní, zvýšeně afektivní, zlostní, i nedůtklivý, podezřívaví, obřadní. Bývá také mrzutá deprese, paličatost, hypochondrické obavy. Někteří lidé mají epileptické povahové rysy, aniž by epilepsií trpěli, mají však častěji patické EEG. Užívá se pro ně termín – epileptoid. Bývají častěji egocentričtí, v myšlení a řeči je patrná nevýpravnost, pomalost, pedantie. U epileptiků se popisují náhlé změny nálady.

Nejdůležitější je odlišit esenciální epilepsii od epilepsie sekundární, tj. epilepsie vyvolané druhotně. Primární epilepsie se vyskytuje od dětství, sekundární přibývá s věkem. Pro odlišení je nutné v jakémkoli věku provést základní vyšetření neurologické, EEG, CT mozku a očního pozadí. Dále interní, psychiatrické a endokrinologické vyšetření.

I krátkodobá porucha vědomí může vést k trvalým či tragickým následkům.

Základem léčby epilepsie je životospráva. Ta spočívá z nutnosti spánku, absolutní abstinence alkoholu, pravidelné užívání účinných antiepileptik. Farmaka jsou rozhodující léčbou.

- v diagnóze klientky B

c) klientka C (anamnestické údaje z dostupné dokumentace)

RA - Rodiče nežijí, matka ethylička, měla epilepsii. Setra je mladší, má psychické problémy.

OA - Léčí se od mládí pro paranoidní schizofrenii. Dále se strumou, má coxartrózu pravé kyčle – čeká ji operace, má hypertenzi.

Opakované pobyty v psychiatrických léčebnách. Provedena adenektomie a sterilizace, následně hysterektomie vzhledem k diagnóze. Nosí brýle na čtení.

- PA - Vychodila ZŠ a má SEŠ bez maturity. Pracovala krátce jako úřednice, prodavačka v Charitě a následoval ID od 1982 roku.
- SA - Svobodná, bez partnera, bezdětná. Od 21 let se léčí na psychiatrii, opakované pobyty v psychiatrických léčebnách, má ID od 82 roku. Bydlela s přítelem, který zemřel na infarkt po dobu její hospitalizace na PSO. K nám přišla z Domova důchodců H.Stropanice, zde od 94 roku. Je v kontaktu se sestrou. Zbavena svéprávnosti / opatrovník sestra.
- DG – Paranoidní schizofrenie F 20.0
- Struma
- Hypertenze
- Coxarthrosa

Viz předešlé : Formy schizofrenie

Nejobvyklejší typ schizofrenie. Klientka je učebnicový příklad s touto diagnózou. Slyší halucinatorní hlasy, které klientce dávají rozkazy, kontrolují ji, a má tělové pocity (hlasy z břicha, je těhotná, sterilovaná apod.).

4. VOLBY, METODY A ODLIŠNOSTI ARTETERAPEUTICKÉ PRÁCE DLE POSTIŽENÍ KLIENTŮ

Činnost ve výtvarném ateliéru vychází z toho, že se v domově nachází široká škála klientů s různými intelektovými možnostmi a schopnostmi komunikace, která je často onemocněním změněna. S tím souvisí naše snaha poskytnout nejširší výběr technik, od náročných po ty nejjednodušší, které umožňují i manuálně nezručnému jedinci prožít spontánní radost z výtvarné tvorby.

Specifikem výtvarného ateliéru oproti jiným ateliérům by měl být terapeutický zisk z tvorby samé, nikoli z existence výsledného produktu. Je nutno stále opakovat, že arteterapie je obor zaměřený převážně na proces, nikoli na výsledek. Probíhající výstavy jsou svědectvím toho, že i s tímto přístupem mohou vzniknout hodnotná výtvarná díla.

Avšak hledání souvislostí je podstatou interpretací v arteterapii. Společně s klientem si prohlížíme artefakt a hledáme spojitosti namalovaného s jeho životem, momentálním stavem apod. Čím je obrázek méně konkrétní, tím mají naše představy a fantazie víc prostoru, toto je podmíněno onemocněním klienta.

A) Schizofreničtí pacienti

„Jedním z velmi častých znaků pro schizofrenní komunikaci je pokus nekomunikovat. Různé formy popření komunikace jsou však (jak upozorňuje Watzlawitck) současně určitým výrazem schizofrenikova vztahu ke světu, zejména k lidem, a jsou tedy určitou formou komunikace. Popření komunikace je také komunikací.“

(Syřišťová a kol., str. 38, 1989)

Tvořivá činnost schizofreniků, která je většinou spontánní, mívá nutkavý ráz a vysoce expresivní náboj (bez racionálního a vědomého překladu), jistou autosanační,

integrativní hodnotu (jak píše Syřišťová). Pomáhá ztvárňovat potlačené prožitky či jinak nesdělitelné zážitky ohrožení, úzkosti nebo agrese, niterní potřebu sdělení, prožívání, vidění a zároveň s nemožností či neschopností komunikovat s druhými lidmi obvyklým způsobem. Svým dílem se projeví, komunikují a odreagují. Dle Syřišťové erupce kreativity způsobují stavy změněného vědomí „zvýšeného napětí“ apod. Naopak nekreativní je stav normální, který obsahuje vědomou adaptaci a racionální kontrolu. Schizofrenní jedinci tvoří naprosto spontánně, nacházejí si sami výrazové prostředky ke ztvárnění svých prožitků. Většina jejich tvorby je expresivní a symbolická. Často se mluví o schizofrenních „deformacích“, ale lépe zní označení „originální novotvary“, postrádající prvky imitace. Cílem terapie není vytvoření malířského díla, ale mít toleranci ke sdělení, umět druhého přijmout i s jeho zvláštnostmi, neobvyklým vnímáním světa, jinak je bez pomoci odsouzen ke ztrátě identity. U těch, kteří jsou málo aktivní, a vitální je každý projev jejich tvořivosti, sebevyjádření třeba podněcovat. Zapojovat je i do pracovních a společenských činností, jinak se stávají samotářští, uzavření, nereagují na okolí, jsou více agresivní, zhoršují se jejich psychické projevy. Přežívají na kuřárnách u kávy a cigaret, případně poleháváním na pokoji.

U tvorby schizofreniků je nápadná symbolika, související s jejich světem a výběr motivů, barev, rytmu či linií. V tvorbě používáme pastelky, temperu, či olej, pro pevnost obrázku a co nejméně rozpitou tvorbu, o uzavřenější tvary. Mívají i svou barevnost, nebo naopak pro emoční plochost chudou barevnost, používají maximálně dvě, tři barvy. Společně se snažíme díla doplnit barevně či kompozičně. Někdo se pustí bez obav do námětu obrázku, nebo naopak váhá, potom volím předlohy ve formě obrázku, fotografie, případně plenér apod.

„Základním předpokladem psychoterapeutického úspěchu u schizofrenních pacientů podobně jako u neurotiků je vytvoření nosného terapeutického vztahu. I v tomto případě musí být terapeutický vztah pro nemocného novou mezilidskou zkušeností, v níž se má prakticky přesvědčit o možnosti spolehlivých, bezpečných lidských vazeb, jenž mu zároveň dovolí poznávat a uskutečňovat sama sebe.“

(Syřišťová, str. 194,1985) Akceptuji klientovo mlčení, zvláštní symbolickou nebo rozpadlou řeč, objevuji jeho svět. V době úzkosti zajistím bezpečí, blízkost, učím se v něm orientovat. Schizofrenik citlivě vnímá náš přístup. Jeho psychotické projevy mu nevysvětluji ani nevyvracím, mohly by navodit pocit odcizení, posílit obranné, autistické či negativistické reakce. Zpozorním při jeho premorbidních vyjádřeních. Akceptuji dialog a nerealistické konstrukce nemocného. Co odhalím, interpretuji pro sebe, po navázání dobrého terapeutického vztahu jej arteterapeuticky koriguji a pomalu vedu k integraci a realitě.

„Většina autorů se shoduje v názoru, že analýza zaměřená na evokaci a rozbor traumatických prožitků a situací, jež mnohdy může mít podíl na patogenezi psychického procesu, je u schizofrenního onemocnění jako terapeutická strategie nevhodná nebo přinejmenším velice riskantní.“ (Syřišťová, st. 195, 1985) Používám nepřímou analýzu.

B) Mentálně postižení klienti

U mentálně postižených je defekt v psychické oblasti a čím je více postižena, tím jsou kompenzační možnosti obtížnější. U lehčího stupně mentálního postižení může dojít ke kompenzaci v psychické oblasti, zájem o učení, budoucnost a cíle převažující na mentální oblast. K potřebě sociálního uplatnění ve skupině i společnosti. U středního a těžšího stupně postižení kompenzace v manuální činnosti, v oblasti smyslové a primárních potřeb.

Najít činnost odpovídající jejich psychickým, sociálním a somatickým možnostem, jako terapeut pomáhat plnit jejich schopnosti a rozvoj dostatkem podnětů. Pozor na riziko nadměrného zatěžování, což může vést k neurotizaci, strachu, úzkosti, neochotě spolupracovat. Naopak nedostatek podnětů k deprivacním tendencím, k úbytku schopností a dovedností. Vhodné zázemí a zajímavá činnost si snadno získá mentálně postižené včetně jejich starostí, potřeby a obtíží. Arteterapii lze zařadit do kompenzačních činitelů.

Na začátku v ateliéru ponechávám osobám mentálně retardovaným volný výtvarný projev, metodou volného čmárání, u kterého se uvolňují zábrany a který nám ukáže jak na tom klient je, současně jde o rehabilitaci horních končetin, které bývají u mentálně retardovaných spastické. Používají pastelky, křídly, vodovky, tempery, fix, olej, v jejich spontánním projevu, stejně jako u dětí, má barva expresivní hodnotu. U osob s těžkým mentálním postižením každá skvrna něco znamená a mění se i její význam, podobně jako u malých dětí. Jako u dětí jsou citliví na pochvalu, podporu za svou činnost a tím roste motivace k další činnosti. Někteří klienti s lehčím postižením nezachytí skutečné barvy ve spontánních projevech, okouzleni barvou samou. Jiní kvalitně téma zpracují, používají i barvy skutečnosti. U středně postižených se vyskytují nápadné deformace ve tvaru lidské postavy, geometrické tvary bývají špatně spojeny, objevuje se nepoměr velikostí ve vztahu k sousedním objektům. Vše kreslené či malované je řízeno silou dojmu. Odlišnost s dětskou kresbou je v kombinování prvků nižšího stupně vývoje s vyšším stupněm. Agresivní osoby nechám stříhat, muchlat papír, párat upletené, bouchat do hlíny, trhat molitan apod. až po zklidnění začnou tvořit.

Volím téma na prožité zážitky, události během roku, zájmy apod. Zpracovaná s kladným přístupem dopadnou dobře, než když je tomu naopak. Opatrně musím s tématy u klientů různě postižených, žijících od mládí v ústavní péči, protože rodina o ně nejeví zájem či rodiče zemřeli a některým osobám nedávám téma moje rodina vůbec. Podobně jako u dětí, po přečtení pohádky či příběhu mají chuť malovat. Aktivizující technikou pro tvarovou představivost a paměť je hlína či modelína. Senzomotorickou dovedností mohou snáze pochopit objem a proporce a hmatové percepce konce prstů vyvolávají uvolňovací proces. Haptická zkušenost je pak následně přenesena na čtvrtku. Zlepšením mentální úrovně se zvyšuje i chuť tvořit, ale naučené dovednosti se musí neustále trénovat a podporovat v učení. Pokud je ponechán bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky ztrácí a postupně upadá, což vidím u některých našich uživatelů.

C) Gerontologičtí klienti

Nástup stáří je individuálně velmi rozdílný a lidská populace stárne stále víc. Proces stárnutí je však postupný, projevující se fyzickými a psychickými změnami, charakteristickým úbytkem sil a zdraví. Pro průběh stáří je rozhodující, zda jedinec žije či nežije v sociální izolovanosti, jaký je jeho zdravotní stav, případně zda je či není závislý na péči druhých., zda má či nemá zájmy. Stáří je spojeno s jakýmsi zvýrazněním některých charakterových vlastností, které měl jedinec již v mládí, a obecně se vyznačuje stereotypními a rigidními návyky, dětinskostí, sníženou adaptibilitou, zhoršením senzorických funkcí, zhoršením paměti, nezřídka i myšlení.

Starý člověk žije ve vzpomínkách, vytváří si životní bilanci s výsledným životním pocitem a vynořuje se u něj vědomí blížící se smrti. Vyrovnání se s nutností smrti závisí do značné míry na výsledné životní bilanci, ale i na současné zdravotní a sociální situaci. Klidný průběh stáří ohrožuje pocit osamělosti, jakož i charakteristické neduhy a choroby stáří spojené s úbytkem fyzických sil, radikální změnou vzezření, nezřídka i poruchami smyslového vnímání a omezení hybnosti, ale i starostmi o živobytí spojené se snížením příjmů a další. Vzácně si někteří lidé zachovávají mentální čilost a tvořivost (Michelangelo, Goethe, Renoir, Dewey, Cazals a další.).

Psychické stárnutí, integrita osobnosti zůstává zachována, mění se funkční schopnost např. pozorovací (vnímání, paměť, představy, myšlenky). Zůstává nebo upadá charakter. Může se přesunout pořadí hodnot a potřeb, změny motivace. Citové prožívání ztrácí na intenzitě. Mění se kognitivní schopnosti, klesá výkonnost a zpomaluje se psychomotorické tempo, nechutí řešit problémy, je ochuzena fantazie. Obtížně se vybavují jména, názvy, hůře se udržují nové poznatky. Při demenci se všechny tyto složky na různých úrovních ještě zhoršují. Může se vyskytovat monotónnost tělesné nebo duševní činnosti.

Terapeuticky důležité je dát pocit zájmu, postarat se, aby netrpěli komplexem osamělosti a opuštěnosti. U starých lidí, kde je už tvořivost ve značném útlumu, vhodně zvoleným přístupem odstranit nežádoucí tenzi. Prací ve skupině posilovat pocit sounáležitosti a uspokojení.

VI. PRAKTICKÁ ČÁST

Kasuistiky vybraných klientů.

- a) *klient A*
- b) *klientka B*
- c) *klientka C*

- a) *klient A*

Pan Pepa se narodil roku 1944. Je osoba se středně těžkou mentální retardací, levostrannou spastickou hemiparézou a nasedající reziduální schizofrenií s významnou poruchou chování, vyžadující pozornost anebo léčbu a se suspektně prodělanou centrální mozkovou příhodou. V průběhu života byl opakovaně hospitalizován na psychiatrickém oddělení a v psychiatrické léčebně. Pro nevalidní kontakt čerpám údaje z dostupné dokumentace a jeho kusých odpovědí, verbálních a nonverbálních projevů.

Vyrůstal v chudé rodině a v nuzných sociálních podmínkách. Otec jej nevychoval, matka byla slaboduchá, rád vzpomíná na svého dědu. Navštěvoval zvláštní školu, problémy mu dělala matematika. Jen krátce pracoval v Budvaru, jako pomocný dělník, se sudy. Jeho schopnost péče o sebe je výrazně snížena, je odkázán na pomoc a péči druhých, proto se snad také oženil v 19ti letech s psychicky nemocnou ženou. Svazek netrval dlouho, snad jen 14 dní. Odmala má postižení ruky a nohy na levé polovině těla. Je v invalidním důchodu, t.č. z psychiatrické indikace.

V době mého příchodu do domova byl Pepa přemístěn z 5. oddělení na 2. uzavřené oddělení, pro neklid, útky, zmatenost až apatii a netečnost. V dopoledních hodinách dochází na ergoterapii i v odpoledních, nebo chodí na společné procházky do okolní přírody. Oproti jiným terapiím by měl být v arteterapii terapeutický zisk z tvorby samotné, nikoli z existence výsledného produktu. Tvorba je pro něj výplň času.

Pro svou práci jsem si vybrala právě Pepu, pro jeho izolaci, neadekvátní afekty, poruchy chování, noření se do denního snění a ztráty kontaktu s realitou. Byl pro mne výzvou.

V ateliéru Pepa nekomunikoval, trhal nebo stříhal molitan apod. kreslit nebo malovat nechtěl, jen pozoroval ostatní, kteří vytvářeli něco podle svého zájmu. První pokrok nastal, když jsem si sedla vedle něj a nakreslila strom. Vybídla jsem jej, aby zkusil to co já. Pomalu začínal, po počáteční nejistotě a úzkosti, zlom činnosti i v komunikaci.

Bylo jaro a nakreslil téma: strom života, obr. č. 1. Nejprve nakreslil na středové ose jeden, pak druhé dva stromy. Na mohutný kmen nepříliš nasedají vždy čtyři větve s nutkavým dekorativním vyobrazením listů. Pěkné je jakoby vánkem skláněné větve vpravo (z minulosti do budoucnosti, pohyb). Chudý výtvarný projev stažený k okrajům čtvrtky, dole čára země a nahoře čára nebe z obláčků a na vše se dívá slunce. Vše předkreslil tužkou a posléze se zeptal na barvu listů a mraků. Doporučila jsem mu podívat se z okna a pochválila nakreslené. Nezasahovala jsem do tvorby, jednoho z prvních artefaktů, pro náš začínající terapeutický vztah.

Další tématická kresba: květiny. Kdo chtěl, mohl kreslit nebo malovat podle předlohy z kalendáře. Pepa tvořil sám. Obr. č. 2 je plošný, bez objemu, už používá větší paletu barev. Na spodní lince vpravo velký květináč a vlevo menší černý květináč s miskou. Jako u dítěte okolo tří let, jsou důležité věci veliké - hieratický způsob - gotika, o velikosti rozhoduje prožívání. Naučil se kreslit květinu, opakuje červenou kouli na stonku s lístky, řazené vedle sebe. Kombinace černá + červená - agrese, konflikt. Vše je vykreslené a obtažené - kontrola. Nepřekrývá a dekorativně vyplnil plochu vzduchem, sluncem a ptáky. Neživé věci (slunce) s rysy bytostí - antropomorfismus, preschematické období. Ptáky jako ležatou trojku převzal od tvořícího souseda. Svůj výtvar hrdě zakončil velkým podpisem a věnoval mi jej.

Jednou jsem Pepovi náhodně předložila akvarelové barvy, nejprve nechtěl, odmítal, ale pouští se do tvorby, evidentně zaskočen. Sáhl po menší čtvrtce A4, jinak maloval na A3. Obr. č. 3 s tématem: můj dům - můj hrad je chudý, plošný, bez objemu, nevyvážený, jsou zde nahodilé jednotliviny a dusivá, těžká atmosféra. Schematicky namaloval stejný hnědý dům, strom, linku země i podpis - dogmatismus (ranný školní věk), nepracoval s barvou. Chybí vzdušnost jako na předchozím obrázku, bojí se rozpití, náhody, nepřekrývá. Dům upoutá černou střechou (depresivní fáze či situační rozladěnost), s kouřícími komíny (ventily), jinak je prostorově prázdný. V prázdných oknech a u dveří jsou mohutné kliky (co má a je zavřené?). C. G. Jung vidí v domě obraz lidské osobnosti; člověk jako dům, ve sklepě je naše podvědomí, na střeše naše vědomí. Oslabená barevnost bývá známkou organicity, oslabené vitality. Tento obrázek je vydřený, z třesoucích se linií, hnědočernou kombinací prosvětluje žluté slunce a modré mraky na horním okraji čtvrtky. Dílo odložil a nekomunikoval, jen čekal na svou kávu. Prevence před deprivací je ergoterapie, Pepovi udělala dobře odpolední vycházka, kde jsme byli společně, akceptuje, že žádný učený z nebe nespadl a dovednosti je potřeba trénovat. Také se svěřil, že měl návštěvu - nevlastního bratra. Přinesl mu pytlík pomerančů. Ani jsem se nedověděla, jak se jmenuje, Pepa vůbec nehovoří o rodině, kromě dědy.

Po dlouhé době autentické tvorby opět akvarel v kombinaci s pastelem. Téma: já a partner, přítel. Na obr. č. 4 Pepa a děda, sebe stvořil v zeleném, je zde chladnost barev - deprivace, také svědčí o emoční nezralosti, egocentričnosti (obě postavy stejně veliké). Kresba představuje koncept nikoli vnímané, druhá postava ve středu obrázku je děda. Jsou na procházce v lese. Objekty jsou postaveny na základní linku, proti nim čára nebe, s prostorem mezi představujícím vzduch. Prostředí je z jednotlivin: strom v trávě (ukotveno) a modrý obdélník (vzduch) - symbolizováno, stále bez překrývání. Postavy jsou neproporční, en face s prvky těla z profilu - Egypt, velká hlava a výrazné rysy tváře, zvláště oči (žurnalismus), uši a rty (vidím, slyším a nedokojená ústa). Těla vytvořil geometrickými obrazci, chybějící ruce jsou useknuté (bezkontaktnost, deprivací symptomatika). Po namalování slunce, které vyšlo také zelené (díky špatně

vymytému štětcí), šáhl Pepa po červené pastelce a překreslil jej, spontánně přidal i stromy.

V době léta on a ona, obr. č. 5. Pepa je na identifikačním místě a ona (?), jdou se koupat. Koncept je podobný jako na předchozím obrázku, soustředil se hlavně na postavy, chybí prostor, je zde jen vzduch se sluncem a ptáci. Postavy jsou neproporční, mají přehřáté obličeje, on i paže. ...je horko, proto, on má krátké tričko a mají kšiltovky (mají pod čepicí). Nápadná je bezkontaktnost rukou i postav. Oblečení jsou do hnědé (při ztrátě otce, šetrnost, atd.) U ženy nadměrná velikost hlavy (větší důraz), atributy ženy ztvárnil květinami a sukní (rentgenové vidění, schématické období, ranný školní věk) a k mé nelibosti prsa rád dokreslil soused. Mezi postavy umístil Pepa svůj podpis. Z pozdější Pepovy tvorby vybírám obdobný obrázek č. 12, akvarel muž a žena. Žena je opět větší, má zvýrazněné vlasy a rty, oblečena je v červeném tričku a hnědé sukni. Muž je na identifikačním místě, jsou u něj nápadné velké uši, oba mají nákupní tašku, chybí zde začlenění do kontextu, podstatné jsou jen postavy řazené na spodní linku. Obdoba u neurotiků, často nesnesou náhodu - vykreslují, obtahují, nechtějí dělat akvarely a Pepa je nejistý, když nemá své mantinely.

K pobytu na rekreačním zařízení Mrhal se vztahují situační obrázky č. 6, 7, a 8. Pepa zde byl v kolektivu uživatelů a personálu jen z 2. oddělení, je zde jiná celodenní činnost. Na obr. č. 6 sběr hub v lese při odpolední vycházce. Poprvé racionálně nakreslil v pásech (schématické období) nad sebou řadu jehličnatých stromů a hřibů (geometrize a schematizace). Houba je falický symbol. Objevuje se zde prostorová prázdnota (regres), na vše se dívá oranžové slunce (sourozenecké, hašteřivé, spory dětí na pískovišti). Pravidla hry se i zde mění ze dne na den. Ohraničené barvy - kontrola, i zde se hlídá. Na vycházky chodí velice rád a s dědou chodíval na houby, pozná jen hříbky a dva také našel. Obrázek č. 7 je obdoba předešlého, má větší paletu barev, doplnil jej domy a květinami (červené - nabírání vitality), čarou nebe (schizoidní, maminkovskou) spolu se sluncem (v doplňkové barvě, či barevná nadsázka), prostor tvoří vzduch a houby rostoucí v pichlavé trávě (nejistý v chůzi). V obrázku č. 8 Pepa

původně nakreslil pásy, pro názornost jsem zasáhla do tvorby, přestříhli jsme jej. Původně dolní obrázek přikládáme nalevo, situačně stejně za naším oploceným pozemkem je les a v něm veverky, jako jedna na obrázku (zvířata symbol pudů a instinktů). První zvířátko, jež Pepa nakreslil, krom ptáků (ležaté trojky), je zde také poprvé kombinace listnatých a jehličnatých stromů. Les v sobě může skrývat něco tajemného (hlubiny - podvědomí). Dívá se na nás postava - žena v modrém, což je staniční sestra (modrá uniforma, respekt, autorita, později změnil obsazení - mám to být já) se zvýrazněnými rty, jinak chudou barevností. Postava je z ánfasu (psychická deprivace u starších dětí) a bezkontaktnost (ruce jako koule). Pepa byl na Mrhale rád. K tomuto období se také váže posun k já-ty, začal mi říkat křestním jménem a občas mi tyknul.

Obr. č. 9 Dominanta je nákladní auto, které jede, svítí si na cestu a kouří se mu z výfuku. Technická „klukovská“ záležitost. Vidíme (rentgenově) šoféra i s detailem volantu. Jede k pěknému vysokému stromu, po tenké (oranžové) cestě, do budoucnosti. Žlutý náklad'ák (touha prosadit se) doplněn oranžovou (aby se něco dělo), s černým podvozkem (protažená puberta), on řídí (jsem autoritou, kultivovaná vitalita). Je tady auto a les v prostoru, vzduch, mraky nenalepené na okraji, barevnost daná pastelem. V této době Pepa kreslil osobní a nákladní auta, také traktory, vlaky, letadla, lodě v návaznosti na svou představivost. Dominantní technika v prvním plánu, s nárůstem detailů. Je problém se zachycením pohybu, chybí objem, překrývání, prostor je nahrazen několika plány (několik základních linek). Chválím jej, vyhovují mu pastelky, stihl za dopoledne namalovat i tři obrázky a věnoval mi je. Je vstřícnější i k ostatním, galantní k ženám, rozvíjí se sociální cítění. Obrázek č. 10 je modrý akvarel, plující loďka. Cesta lodi je poklidná, ale může být ovlivněna třeba změnou počasí, což nemůžeme ovlivnit, jako život nebo nemoc (podvědomí). Bez vody by nebylo na světě života, voda odráží stav duše. Loďka poklidně pluje na vlnkách, jako ta ryba ve vodě, ve větru se vznášejí ptáci, vane podle plachtoví zleva doprava, v podpalubí se svítí, někdo tam je. Voda je zvýrazněna intenzitou modré, opouští spodní linku a má objem, loď je dominantna, chybí horizont, není antropomorfní slunce. Pepa úzkostlivě dbá na čistotu,

rád se sprchuje, ale na Mrhale do bazénu nechtěl, jen se nechal přemluvit k projížďce lodí. Tento obrázek měl Pepa na výstavě.

K podzimnímu tématu se váže obrázek č. 11, podzimní sběr ovoce. Opět prostor v pásech, v prvním plánu dominantní ovocné stromy s jablky. Strom má mohutný kmen s velkou ohraničenou, zapouzdřenou korunou a nutkavým vykreslením listů, je bez větví. Nápadná je neadekvátní velikost plodů jablek (symbol plodnosti - prs, Adam a Eva). Tenzí situace, všimni si, (červená, zelená). Pod stromy jsou nahodile fialové květiny (matka, žena, také emocionální nezralost, fialová a zelená, dvojí věk). Prostředí je symbolizováno. Chybí postavy. V dalším pásu je náš domov a slunce, které je jako na většině obrázků dvojité obkreslené - armování, člověk to dělá z bezpečnostních důvodů, kdyby se tento rituál porušil, něco se rozjede.

K podzimu se váže i obrázek č. 13. Černý dům s růžovou v oknech (symptomatické barvy), komíny od domu drží slunce, u levého rohu domu je kopeček (hrobeček) uhlí. Zpoza plotu (obrana) nás sleduje necelá červená postava, držící se kmenu stromu (první překrývání), s děsivým výrazem ve tváři Červenočerná kombinace (agresivita) může naznačovat blížící se start psychózy. Patologická je koruna stromu s roztácejícími se listy a plody, vše co se v produkci točí, což je i obličej a slunce se vzduchem. Jde o amorfnost objektů s vydřenou linií (pozor!). V této době u Pepova spolubydlícího propukla ataka nemoci (verbálně i brachiálně obtěžoval) a byl odeslán do psychiatrické léčebny. Po čase si na něj Pepa kuse stěžoval.

Na zvýšení sebevědomí Pepa kreslil voskovkami sebe. Obrázek č. 14 s názvem: já. Jako jeden z mála je na výšku, a na malém formátu čtvrtky A4. Postava má lepší proporce oproti dřívějším obrázkům, nohy a ruce se protáhly, což je velký posun. V obličejí jsou zvýrazněné oči a ústa, na hlavě má čepici. Stojící postava má pokrčenou levou paži a koleno, což by nasvědčovalo náznaku pohybu nebo levostrannému postižení Pepy. Nadměrně zvýraznil ruce, už se je naučil kreslit, levá menší ruka chrání či zakrývá přirození a pravá větší, napřažená s rozevřenou dlaní čeká na ni (fialový

okraj čtvrtky). Pro formu si postavu předkreslil, nevidíme už rentgenově tělo, svetr je sytě zelený - očekávání a kalhoty černé - puberta, zelenočervené ruce - citová, psychická deprivace. Pro větší barevnost a detail doplnil červený límec a nehty, přidal hnědé knoflíky a poopravil boty. Na úkor postavy nutkavě vykreslil plochu a čekal na kávu. Prostor je vyplněn vzduchem, je plošný, nepoužívá objem. Tento obrázek byl také na výstavě. Obrázek č. 15 je fotka postav z modelíny. Pepa zpracovával velikost figury a trojrozměrný moment názorně, haptickou zkušeností. Kontakt s touto hmotou mu byl nepříjemný.

Obrázek č. 16: co mám rád. Pepa rád jezdil autobusem, který namaloval. Autobus jede po lesní cestě směrem do Kájova, odkud Pepa pochází, a navíc bydleli u autobusové zastávky, proto snad i obsahově neadekvátní značka u cesty. Z hovoru také vyplynulo, že by se tam ještě rád podíval. Tato akvarelová kresba je jedna z nejzdařilejších, má horizont, už širší podvědomí o prostředí. Pepa se nakreslil jako jeden z účastníků jízdy (normálně už by měl být profil). Touha po domově svědčí i o hnědozelené barevnosti autobusu (závislost na původní rodině, hlavně dědovi). Události jsou spíše charakterizovány. Modré nebe je stažené k horizontu a svítí veliké slunce, aby vyplnil prostor. Při tvorbě má Pepa trpělivost, počká až mu akvarelové barvy zaschnou a nezašpiní se. Ve středu kresby vidíme velký podpis, v krajině jeho mládí.

Poslední mnou vybraný obrázek č. 17 navazuje na předchozí téma, je nakreslen pastelkami, které Pepa preferuje, na formátu čtvrtky A1. Je zde rozvoj formálního konceptu, který je znovu a znovu opakován. Schéma je změněno pouze, jedná-li se o významný moment, zde Pepa řídí hromadný dopravní prostředek - autobus. Dvojdímenzionální objekty jsou postaveny na základní linku, která je protažena, s prostorem představujícím vzduch. Perspektiva je pásová, jen s malým překrýváním, prostředí je symbolizováno -formou stromů, hub, ptáků apod. Dominanta je zvýrazněna, snaha o vyjádření hloubky. Tělo je obvykle tvořeno geometrickými obrazy, bez uvědomění si kloubů a pohybů těla. Velká plocha obrázku je na úkor barevnosti - jedna

barva na celé ploše hlavy. Pepa je v období kresebného realismu (9 - 12 let), nechá se výtvarně poučit, což je patrné z výběru jeho autentické produkce a maluje rád.

Ukázka tvorby KTC, č. 1 - 7, všechny na jistotu, stabilitu, v pohodě než pochopil první zadání. Všechna kolečka jsou špatně vybarvena, probleskuje bílá, chce ovlivnit, manipulovat.

Č. 3: černá, puberta - vzpoura vůči spolubydlícímu, uvnitř skryté hádky, chtěl by zazářit, suverénní a partnera plné vůle a pochopení, okolo svých problémů tvoří hradbu.

Č. 4: energii s agresivitou proti anarchii a vzpouře, hádky se spolubydlícím, okrádal jej a uvnitř touží po klidu a míru.

Č. 5: vystřídáno pocitem symptomu, velká touha, aby vynikl a zářil před nějakým chlapem (spolubydlícím), v té době se prohlubuje vztah ke mně, pokud cítí symptomy, hledá u mě prohlubující vztah klient - terapeut, velké puntíky, je v pohodě.

Č. 6: cítí se jako malý nezralý kluk, vůči své lásce chce zářit a uvnitř sebe touží být mužem.

Č. 7: z nezralosti postupem času přesun k tyrkysově modré, jeho protějšek je ochotný, má plnou náruč dobré vůle a pochopení pro něho, uvnitř láska s agresivitou, žlutý kroužek uprostřed bílý, chtěl by zářit a ovládat, mezikruží, láska a agresivita je největší, vztah ke mně silný a velmi intenzivní, vyladil jej do tyrkysově modré (zelenomodré), což je nejlepší, co se u něj za celou terapii docílilo a harmonie, soulad v roli partnera, okolo své lásky staví hradbu, aby to nikdo neviděl.

Vzhledem k nestandardnosti KTC je zadávám příležitostně, pro odmítavý postoj klienta, jsou pro něj zátěží (neumí puntík a číslovat), jen po vzájemné dohodě.

b) klientka B

Jarka se narodila roku 1957. Při porodu zjištěn rozštěp páteře, do roka byla operována, má paraplegii dolních končetin s inkontinencí. Je osoba s těžkou mentální retardací a s epilepsií. Prodělala operaci pánve a je obesní. Rodiče žijí, matka má nervové a psychické onemocnění, otec srdeční onemocnění. Je z pěti sester druhá

nejmladší. Rodina se o ni nemohla postarat, proto vyrůstala a byla vychovávána po ústavech, z dostupné dokumentace zjišťuji, že je nevzdělatelná. Je upoutána na invalidní vozík, zbavená svéprávnosti. Navštěvují ji dvě sestry s matkou.

Bývá první na terapii, sama si vybírá činnosti a u žádné dlouho nevydrží, je ohromný manipulát. Má infantilní projev, je žoviální, citlivě vnímá a reaguje na chování okolí vůči vlastní osobě. Za splněný úkol pochvala a ocenění v podobě kávy je pro ni motivací pro další činnost. Ráda kreslí a slovně tvorbu doprovází, proto jsem si ji vybrala pro svoji práci.

Na obrázku č. 1 pejsek, kterého mají doma, tématické zadání: mé oblíbené zvíře. Jarka geometricky nakreslila na levé straně čtvrtky stojícího hnědého pejska, který se na nás dívá, má nos a vyplazený jazyk. Jarka má nefunkční dolní končetiny a u psa správně umístila packy, jen dolní zobrazila také menší. Vprostřed obrázku je jehličnatý strom a nad ním oživé slunce. Chudý výtvarný projev, prostorová prázdnota, objekty jsou neuspořádané, prostředí je symbolizováno. Chybí ukotvení na základní linku-zelenou travu, čára nebe, plošné vybarvení. Kresba zobrazuje koncept, nikoli vnímané. Dominantní je pes.

Osoby s mentální retardací nerozlišují třetí dimenzi a perspektivu.

Na obrázku č. 2: Vánoce. Na středu obrázku je ozdobený vánoční stromek ve stojanu, na pravé straně má barevné ozdoby, koule a na levé straně a špičce jsou žluté ozdoby. V horní polovině stromku je dominantou šest svíček, nejsou ještě rozsvícené. Okolo stromku jsou do oblouku rozmístěné různé, barevně provedené krabice s dárky. Opět chybí plošné vybarvení. V dolní části obrázku je velký medvěd, kterého si Jarka přála, má vybarvení i plošné, kromě hlavy, neadekvátně červené snad z úzkosti, zda jej dostane od staniční sestry. Medvědi se velice pečlivě starají o svá mláďata. Jarky medvěd má výrazně delší horní packy. Obrázek je chudý, složený z jednotlivin, což naznačuje sníženou schopnost navazovat sociální vztahy, opakování určitých

vztahových vzorců a jejich rigidnost, stejně jako předešlý převažuje k levě straně. Jarka vyžaduje dárky, na obrázku č. 3 znovu opakuje vánoční atmosféru, nadělování dárků, dokonce dva ozdobené a vybarvené stromky. Menší stojí uprostřed a velký na stolku. Vánoce jsou v zimě a v zimě se staví sněhulák, který se na nás dívá z levé poloviny obrázku. Je zobrazen ze dvou koulí, a to největší hlavy a menšího těla, chybí třetí základní koule, ukotvení. Na tělo sněhuláka nasedají z pravé strany dva pahýly jako ruce. Obrázek je obdoba předešlých dvou. U dolního okraje vlevo je Jarčin podpis.

Téma obrázku č. 4: já a přítel. Ostatní výtvarníci v ateliéru většinou ztvárnili postavu muže a ženy, jen Jarka a ještě jeden muž ztvárnili sebe a zvíře coby přítele. Neměla nikdy partnera. (Na autentickém obrázku je celá postava i psi, ale chybným přenosem přišli o polovinu těla, vypadají ustrženi). Postava je tvořena z geometrických obrazců, paže nasedají správně na tělo, ruka je tvořena ze čtyř prstů. Nohy jsou oproti pažím poloviční, tak jako u Jarky, neschopny chůze. Naopak hlava je větší než tělo, velikostí zdůraznila důležitost. Dívají se na nás modrá očka s přehnanými řasami, červený puntík je nos, ústa tvoří červená linka mezi zdravíčky, velké červené jsou i uši; občas slyší, co nemá. Vlasy nasedají po obvodu hlavy jako trčící dráty, váže se k epilepsii. Postupně vybarvila celé tělo oranžovou (vztahuje se k dětským hrátkám na hřišti či závislost na jídle), vlasy hnědou (otcovský vrstevník, kultivovaná vitalita). Tři pejsci v pravé dolní třetině obrázku jsou obdoba psa z obr. č. 1, dva jsou plošně vybarvení a třetí je tečkovaný dalmatin, kterého vlastní staniční sestra oddělí. Vykreslením oranžového schématu postavy a psů vzniká objem. Postava je oblečena do oranžového svetru a má oranžovo-hnědě kostkované rukávy, nohy jsou ztvárněny symbolicky oranžovou pastelkou. Umístění postavy je ve 2/3 výšky obrázku, zbytek plochy je prázdný. Tento a předchozí obrázek je na šířku.

Jiný druh obrázku je č. 5: můj dům, můj hrad. Nápadně mi připomíná náš domov, pohled ze dvora, jižní strana. Celý výtvar je plošně vybarven, je rozšířená čára země, na ni nasedají domy. Překrývá je dominantní postava Jarky z en face, používají jej většinou psychicky deprivované děti. Na severní straně za hlavní budovou je cesta a

parkoviště, proto snad nakresleno nahoře, vzadu, neadekvátně nad hlavou auto. Čára nebe je stažena dolů, plocha je vyplněna vzduchem, na levé straně obrázku zeleně naznačen les. Domy jsou chybně plošně ztvárněné, levý je vysoký a užší, s malou střechou a pravý je široký a nižší, s mohutnou, vysokou střechou. Mají kombinaci barev - dětské hřiště. Neadekvátně nasedají střechy a komíny. Červená okna a střechy svědčí o vitalitě až agresivitě, citové angažovanosti, přetlaku či úzkosti. I přes problematiku s prostorem jsem Jarku chválila, což ji posiluje k další tvorbě.

Jeden z posledních obrázků je č. 6 a č. 7 - namalován akvarelem, prstovou technikou, na výšku. Obrázek č. 6: já v dešti. Ač má zažité chybné schéma postavy, je neproporční, tvořena geometrickými obrazci, kdy dolní polovina těla připomíná její vozík, má prázdné tělo modře, kyslíkem zamřížované, rozpálené paže se schématem modrých prstů svědčí o vitalitě se snahou vyhovět, co si přeje, důležitá s barevnou nadsázkou ztvárněná hlava chráněná deštníkem, je pěkná. Zpoza mraků vystupuje slunce a spolu s posledními kapkami deště vytvořilo duhu a ozónový opar. Vlaha probudí jarní přírodu, posílí zvířata a povznese Jarčinu dušičku. Deštník je ochrana obdoba je slunečník, oblý tvar připodobňuje prs, chybí jí matka.

Barvy se nacházejí všude kolem nás, přestože jim nevěnujeme zvláštní pozornost, ovlivňují naše podvědomí. Neverbální komunikace řečí barev je výrazem intuitivního ztvárnění emocí, vztahů a prožitků. Poslední obrázek. já a partner je toho dokladem. Jarce vyhovuje akvarel.

Je zde uvědomění si vlastní kresby, více detailů, události jsou charakterizovány. Čára nebe a čára země se stahuje, vzniká vybarvená plocha. Dominanta je zvýrazněna, snaha o vyjádření hloubky. Zůstává přehánění proporcí pro dodání důrazu, je větší strukturnost postav a méně pokřivení a vynechávání. Objevuje se překrývání objektů.

Rozvíjí se sociální citění (myšlení). Jarka je v období kresebného realismu, prepuberta (9 - 12 let). Vhodným působením a opakováním naučeného lze dosáhnout výrazného zlepšení, jak je vidět na obrázcích.

Ukázka KTC: Č. 1 - nezvládnutí zadání, kolečka jsou špatně ztvárněna;
Č. 2 - nejistota, postavení na výšku, ona je hašteřivá, potřebuje k sobě partnera, ale s potřebou vyhovět za každou cenu, chce zazářit, perspektivně nezralá na úrovni dítěte, touží po chlapovi-partnerovi.

Vzhledem k již zmiňované nestandardnosti KTC zadávám málokdy.

c) klientka C

Jarka se narodila roku 1952, trpí paranoidní schizofrenií, má hypertenzi, coxartrózu, potíže se strumou. Je kuřačka, toho času byla na vyšetření plic a nález je zhoubný nádor. Na čtení má brýle. V roce 2005 prodělala operaci pravé kyčle, má kovový kloub. Byla mnohokrát hospitalizovaná na psychiatrii a v psychiatrických léčebnách.

Vyrůstala v úplné rodině, rodiče již nežijí, matka ethylička s epilepsií, otec nemocné srdce, on byl hodný. Má mladší sestru o 4 a půl roku, která se také léčí pro psychické problémy. Obě jsou svobodné, bezdětné. Jarka žila čtyři roky s přítelem, který byl mladší než ona. V době její hospitalizace, na psychiatrickém oddělení nemocnice, náhle zemřel na infarkt myokardu. Do školy chodila ráda, chodila do kroužku kreslení, má ekonomickou školu bez maturity. Pracovala jako sekretářka u firmy, v Praze, ale práce jí nešla. Přestěhovala se do Českých Budějovic, pracovala v Charitě, jako prodavačka. Od 21let se léčí na psychiatrii. Následoval invalidní důchod, dále byla umístěna v Domově důchodců H.Stropnice, pak přesídlila do domova Libníč, bydlí na 5.stanici. Pobírá invalidní důchod. Je v kontaktu se sestrou, která pravidelně jezdí na návštěvy. Jejím snem je: „ještě se podívat do rodného Vimperku,...jestli on to dovolí.“ Zda Bůh nebo našeptávající hlasy mi už nechtěla říct. Je samotářská, sedí na pokoji a háčkuje nebo plete, čte si nebo luští křížovky, či jen tak hledí na pohyb v chodě. Chodí na

kulturní akce v rámci domova a po výplatě na nákup pro sebe a sousedku do místního obchodu. Dochází příležitostně na ergoterapii, ale na pozvání, také na relaxaci a školu hrou. V ateliéru ráda maluje pastelkami, s jejím svolením stvoří akvarel. Častá je věta: „...s dovolením, musím si odskočit, já přijdu.“ odchází a někdy už nepříjde. Příležitostně se zeptám proč nepřišla, sdělí: „...jo vidíte!“ Zvolila jsem si ji pro její období neadekvátních výbuchů smíchu a ochotu pomoci oproti izolovanosti ve svém psychotickém světě.

Veškerá Jarky produkce je symbolická, schematická, plošná, ze zdvojených obrysů jednotlivin, postavy má většinou se zdvojeně provedeným egyptským profilem, necelou postavou, dbá na detail a jiné.

Tematicky zaměřený obrázek č.1.:Velikonoce, svátky jara. Na straně já, identifikačním místě je polopostava mladého muže v zeleném, z profilu a drží pomlázku s výraznou mašlí. Nad hlavou má prázdný zdvojený bublinový mrak, fialový(myslí na ženu). Na straně ty je polopostava červené ženy z profilu, podává muži ošatku ozdobených vajec. Vejce symbol počátku něčeho nového, zrození. Obě schématické postavy jsou červené, s velkou hlavou, mají žluté zářivé vlasy, u muže jsou nápadná zvýrazněná ústa a u ženy naopak, s náznakem úsměvu, oba mají potlačený nos. Plocha je tvořena náznakem a růžově, symptomaticky, či barevnou nadsázkou, chybí napojení hlavy a těla, spojení. Barevnost je odkloněna od věčné konstanty, intuitivní práce, barva je výraz emocí. Ve fialové barvě ženy je ztvárněn ve středu obrázku stůl s vázou a barevnými květinami. Fialové jsou i zdvojené, plošně vybarvené mraky a mezi nimi je slunce naopak nevybarvené, prázdné. Některé prvky v Jarčině obrázku jsou jako u dítěte v preschematickém období, 4-7 let. Důležité věci jsou veliké-hieratický způsob-gotika, o velikosti rozhoduje prožívání, Jarka nechce překrývat, „...on si to nepřeje, nechci ho rozzlobit.“ Dekorativní vyplňování prostoru, izolované jednotlivosti, kdy dítě nechápe obrázek jako celek. U ranného školního věku, schématické období, zobrazení profilu, nevnímá kvalitu odstínů, a jiné. Nebo u pubescenta,12-14 let, věk zdůvodňování, pseudo-naturalistické období. Neúplné umístění postavy v prvním plánu, pozornost je věnována individualitě, náznak pohybu, pracuje s iluzivním prostorem, práce s detailem(rysy tváře, výraz obličeje,vlasy),

schopnost karikaturního vyjádření a prostor subjektivní, kreslí jako účastník události(spíš haptický typ, jako Jarka) nebo podvědomí hloubky, jako by události přihlíželo(vizuální typ). Kresby mohou být se psaným textem. Autentická projekce do věcí a událostí.

Tematicky zaměřený obrázek č.2.:Pohádka-Šípková Růženka. Růženka se dívá na zámek, jde o netradičně pojaté zpracování pohádky, veškerý prostor dekorativně vyplňují větvíčky růží, s velkým množstvím květů a žádným trnem. Kytíčky-ztotožnění se s ženskou rolí. Na místě já je opakující se polopostava, dívka Růženka, i s podpisem. Má zdvojený obrys profilu obličeje, obdobně jako na předešlém obrázku a jsou zvýrazněné rty a modré oči, zářivá žlutá barva vlas(racionalita), špičatá brada a potlačen nos. Velká hlava s protáhlým krkem nasedá na tělo, šaty v barvě oranžové dětské a fialové ženské rukávy. Na levé straně obrázku až k hornímu okraji plave zářící zámek s věží mimo objekt. Hradby(obrana), okna jsou prázdná, chybí vstupní vrata. Princ může být zakletý v podobě šedivého psíka či zajíce. Zvířata jsou symboly našich pudů a instinktů, přisuzujeme jim lidské vlastnosti: skáče jako zajíc, štěká jako pes,... Vše na obrázku je bez prostorových vztahů, izolované jednotliviny, dále geometrizace a schematizace, prostor je vyplněn ornamentem-dekorem(horor vakui).

Obrázek č.3:Pohádka-Červená Karkulka. V levé dolní polovině, blíže středu je červeně v obrysech načrtnutý en face Karkulky, agresivně vyčuhující zpoza červeného plotu. Obličej má plošně oranžově vybarven a dívá se prázdným pohledem, vlevo. Vedle ní je fialový profil obličeje.V pravé horní polovině blíže středu je medvěd. V obrysech je červený, plošně hnědý, chybí mu dolní část těla a má gesto tlapy:pojd' ke mně. Sleduje nás prázdným pohledem. Vedle něj je jakási červená agresivní maska. Prostor je vyplněn světle zelenými neúplnými náčrty, profilů obličeje, geometrickými obrazci-abstrakcí, písmenem A a B, v levém horním prostoru je mašle, vše je chaotické. Jarka vytvořila obrázek během chvilky a odešla z ateliéru.

Obě dvě témata: pro ženy a dívky, problém menstruace, vztah k matce, agresivita, snění o sexualitě, pudovost. Interpretaci si dělám sama pro sebe.

Další obrázek č.4.: Mikuláš, anděl a čert. Svatý Mikuláš v rouchu, nahrbeně stojí z en face nad košem s ovocem a slepicí. V ruce drží autentickou berli-průvodce na cestě. Obličej je hnědě načrtnut, zavřené oči -čárky, nos a ústa s náznakem úsměvu, má dlouhé vlasy a vousy. Drapérie je vykreslena barevně a plošně. Jsou zvýrazněné ruce. Celý je orámován černou barvou. V pravé polovině obrázku je černý čerto-anděl o hlavu větší než Mikuláš. Jarka nejprve ztvárnila anděla v rouchu a bez křídel, odešla na cigaretu a dokončila postavu atributy čerta:rohy, ze rtů se stal velký, vyplazený, černý jazyk červeně vybarvený, paže svázala řetězem, do rukou vložila metly, objekt oblekla do černé kožešiny a obrys vlasů získal také na objemu. Mezi postavami stojí na úběžníku stůl s kouřícími šálky, nad nimi jsou pršící mraky. Úběžník dělí prostor na spodní část s květinami a horní část a to vlevo sněží, uprostřed a vpravo prší. Je zde zobrazeno plno protikladů, je originální. Obrázek je s nárůstem barevnosti, detailů, vnímání obličeje, citem pro drapérii, snaha o zachycení perspektivy, události jsou spíše charakterizovány, vyjádření hloubky skrze velikost objektů-kresebný realismus,9-12 let, prepuberta.

Obrázek č.5.:Strom života. Rozvlněný zelený stromek bez ukotvení, spíše jen větvička s plochými listy a slzami. Zelený akvarel, infantilní prázdný obrázek, vytvořený na výšku.

Další obrázek č.6.: já a partner. Symbolicky provedena obličejová část hlavy, egyptský profil, bez vlasové části, rozpůlená hlava. Černý obrys, červená plocha a červené zorničky, jsou jako opáření, agresivita může naznačovat blížící se start psychózy. On vpravo, na čele má černý puntík, (kombinace červeně černá:agresivita, konflikt, tvrdost v kontaktu) a nad čelem jakési červené šrámy. Amorfnost spodní poloviny objektu-rozpíjí se, neudržený tvar, z úst vychází červený oblak, výdech. Neurčité rozpíjení-smyté traumatické sdělení. Má potlačený nos, orgán, kterým cítíme nebo větríme a různé další asociace, také falický symbol. Ona vlevo, je menší, obdoba jeho, nad čelem má červený puntík na který nasedá červená hvězda. Červená hlava-její problém. Mezi oběma, uprostřed obrázku jsou překrývající se prsteny, symbol spojenectví a přátelství, druhý pár prstenů leží spolu s hvězdami u dolního okraje obrázku. Hvězda jako ukazatel cesty-betlémská. Uprostřed jsou také dvě černé

překrývající se stuhy, či hřbitovní náhrobek s křížkem(on zemřel). Prostor je vyplněn abstrakcí. Haptický typ tvoří subjektivní interpretace, nenaturalistické ztvárnění, zachycení nálady, redukce a zkreslení prostoru pro dodání důrazu. Vizuální typ tvoří vizuální detaily, světlo a stín., perspektivu a uvědomění si atmosféry.

Na ukázkou uvádím autentickou tvorbu čtyř ročních období se čtyřikrát já a on.

Ukázka KTC:barvy od více k méně, na identifikačním místě teplé barvy, manipuluje. Č.1:identifikuje se s mladým mužem a perspektivně se cítí velice mladá, s potřebou lásky, uvnitř touha zazářit,představit se, dochází ke shodě KTC a dramaterapie, peníze a trocha hysterie.

Č.2: anarchie, vzpoura, drobné hádky ke mně, nadhodnocuje se.

Nerozumí významu KTC a odmítá jej.

VII. ZÁVĚR

Činnost v ateliéru vychází z toho, že se v domově nachází široká škála uživatelů s různými intelektovými možnostmi a schopnostmi komunikace. Emočně kognitivní rozpor, kdy 50ti letý dospělý tvoří jako 12ti leté dítě.

Základem pro veškerou činnost v ateliéru je dobrý terapeutický vztah s jedincem i v celé skupině, pocit sounáležitosti a uspokojení. Terapeut podněcuje a povzbuzuje spontánní aktivitu a zdůrazňuje naprostou svobodu při formování výtvarných objektů. Tvořivá arteterapeutická činnost je chápána jako integrující činitel osobnosti, jako výchova k pozitivnímu myšlení a ke konstruktivnímu jednání. Vzhledem k onemocnění tvořících akceptuji nerealistické konstrukce a dialog tvořícího. Zlepšením mentální úrovně se zlepšuje chuť tvořit a naučené dovednosti se musí neustále trénovat, podporovat v učení. Pokud tomu tak není, své dovednosti a návyky ztrácí a postupně upadají. Chybou by byli nařízení a návody. Zajímavý je i rozpor mezi zdravotnickou diagnózou a mezi tím, čím tvořící doopravdy jsou, jak se jeví okolí, jací jsou na oddělení a v ateliéru. Toto můžu doložit právě svou kasuistikou u zvolených uživatelů.

Arteterapie nabízí odreagování i sebevyjádření prostřednictvím alternativní, symbolické a neverbální komunikace na cestě ke zlepšení duševního zdraví., napomáhá k intelektuálnímu, citovému a duševnímu rozvoji, jak je tomu i u Pepi, Jarky a druhé

Jarky.

Opět zdůrazňuji, že není důležitý výsledný produkt, ale samotný proces tvorby s kladnými terapeutickými dopady.

Arteterapii vřele doporučuji za vhodnou metodu léčení u osob mentálně postižených, tak zatížených psychózami, až po silně emotivní jedince.

VIII. PŘÍLOHA

Obrázky klient A



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17

KTC č.1



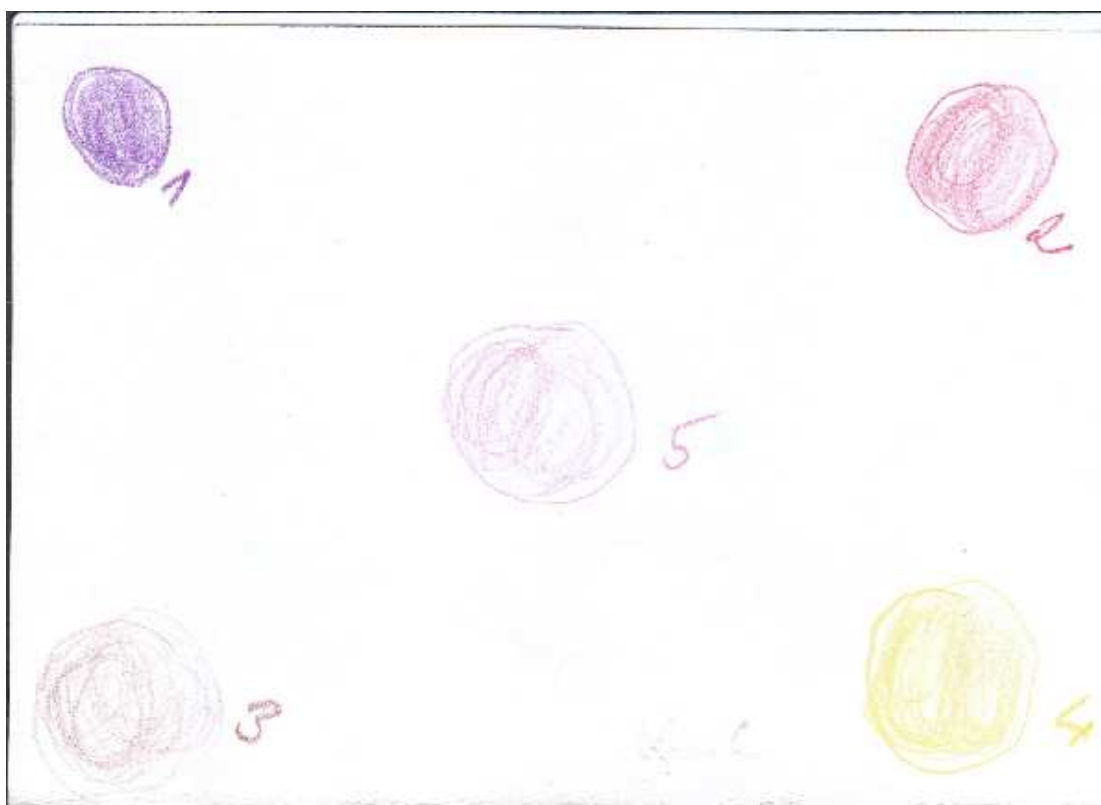
KTC č.2

KTC č.3



KTC č.4

KTC č.5



KTC č.6



KTC č.7

Obrázky klientka B



1



2



5



6



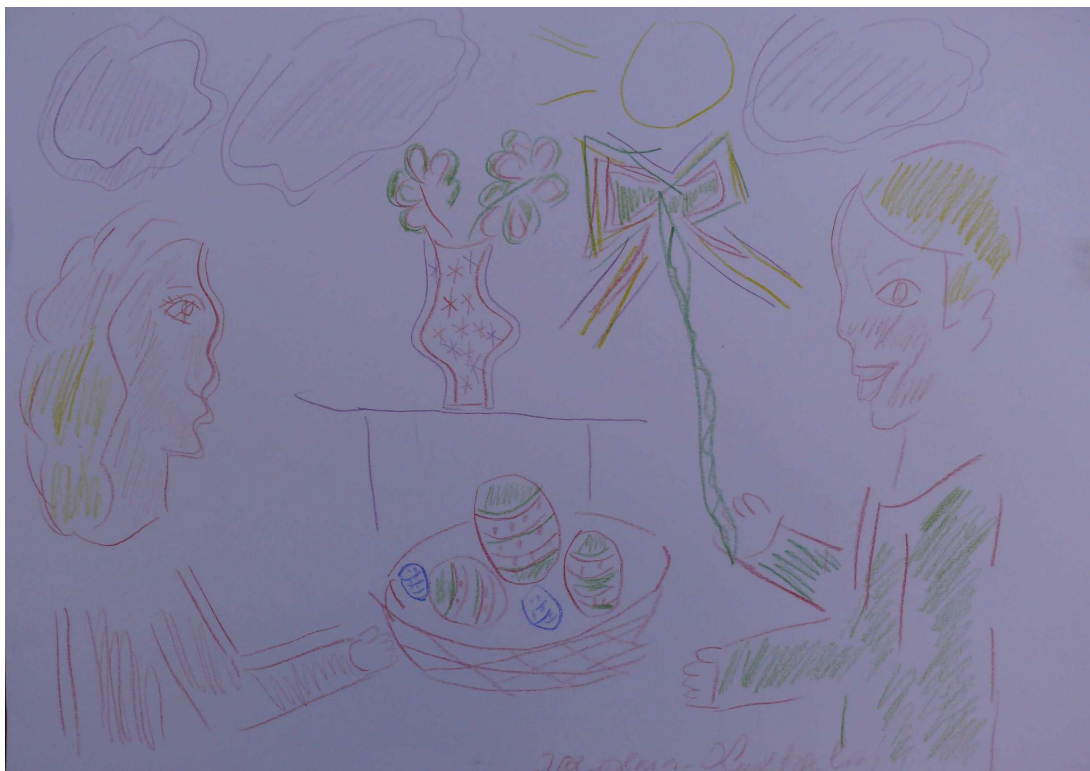
7

KTC č.1



KTC č.2

Obrázky klientka C



1



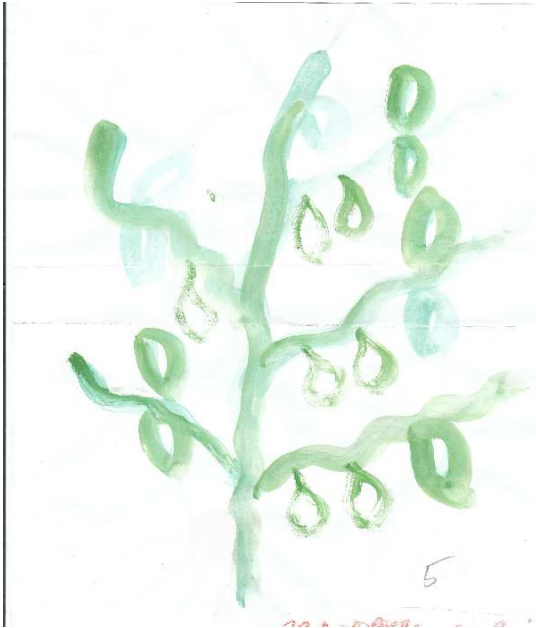
2



3



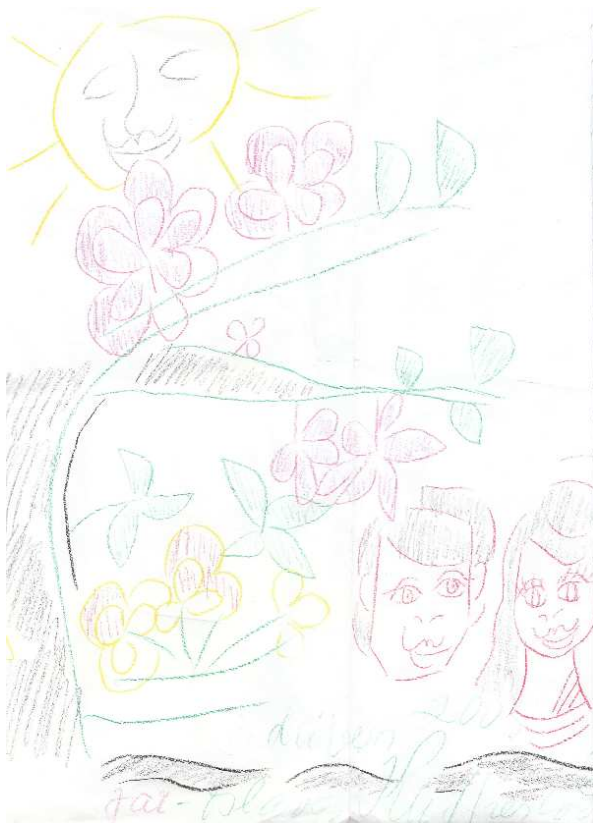
4



5



6



7



8

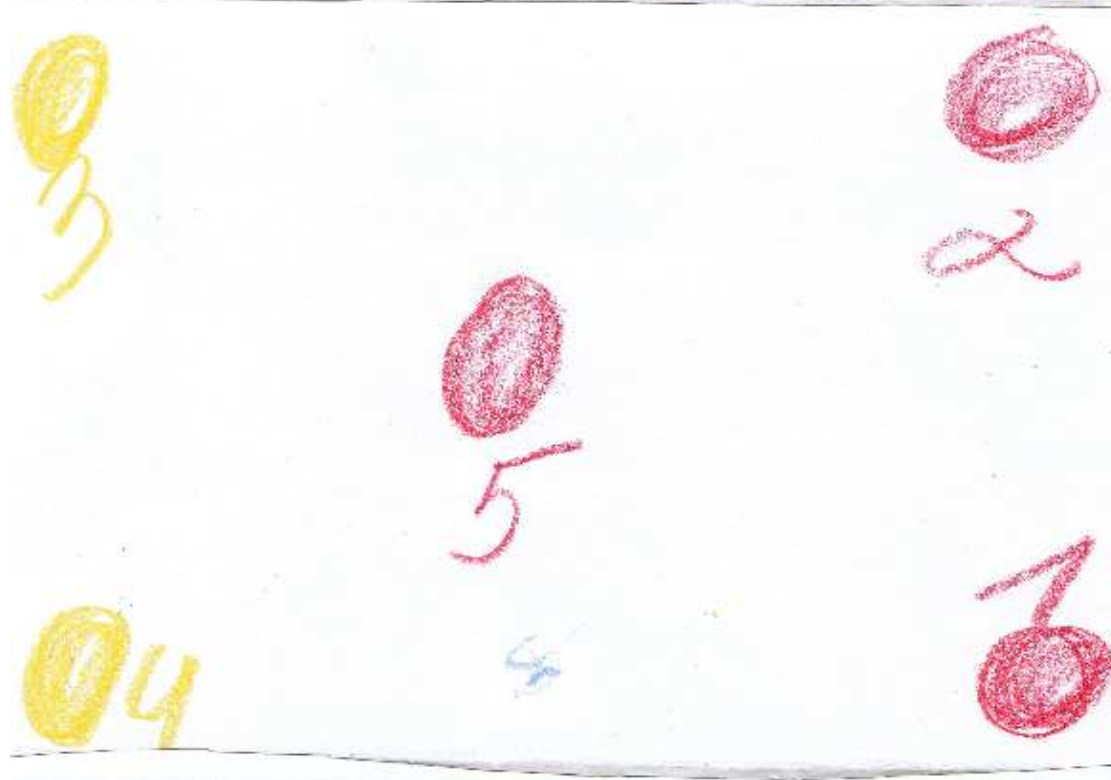


9



10

KTC č.1



KTC č.2

IX. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DAVID, J. Výtvarná výchova jako symbolický a duchovní fenomén. Fantisk Polička, 1993
- GARDNER, H. Dimenze myšlení. Teorie rozmanitých inteligencí. Portál, 2000
- GIMBEL, T. Léčení barvami. Gemma, 1993
- HILDEBRAND, A. Problém formy ve výtvarném umění. Triáda, 2004
- HLADÍLEK, M. Úvodní kapitoly ke studiu pedagogiky. Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Praha, 1995
- JEBAVÁ, J. Arteterapie. Karolinum Praha, 1997
- KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Portál Praha, 1997
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Portál Praha, 2002
- MATĚJČEK, J. Speciální psychologie. H + H Praha, 1992
- MYSLIVEČEK, J. Speciální psychologie. SNP Praha, 1965
- NAKONEČNÝ, M. Lexikon psychologie. Praha, 1995
- PEROUT, E. Výtvarná metodik a kultivace v rožnovské arteterapie. Arteterapie I/5
- READ, H. Výchova uměním. Odeon Praha, 1967
- SIŘIŠŤOVÁ, E. Možnosti a meze psychoterapie u schizofrenních onemocnění. NČSAV Praha, 1965
- SIŘIŠŤOVÁ, E. et al. Skupinová terapie psychóz. SPN Praha, 1990
- SIŘIŠŤOVÁ, E. et al. Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením. Avicenum Praha 1989
- ŠVARCOVÁ, I. Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžkým mentálním postižením. Septima, 1994
- UŽDIL, J. Čáry, klikyháky, panáči a auta. SPN Praha, 1994
- UŽDIL, J. Výtvarný projev a výchova. SPN Praha 1976
- VÁGNEROVÁ, M. Psychologie pro pomáhající profese. Portál Praha, 1999
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Karolinum Praha, 1999
- ZVOLSKÝ, P. Speciální psychiatrie. Karolinum Praha, 1997

