



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra

Bakalářská práce

Vývoj výtvarného projevu osob s těžším duševním onemocněním v arteterapeutické skupině

Vypracoval: Lenka Mlejnková
Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout

České Budějovice 2016

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

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

Datum

Podpis studenta

poděkování

Za pomoc, trpělivost a vedení práce děkuji panu PaedDr. Evženu Peroutovi.

Ráda bych také poděkovala klientům, kteří figuruji v této práci a kolegům a kolegyním za povzbuzování a podporu.

Abstrakt

Bakalářská práce sleduje vývoj skupiny osmi klientů s těžším duševním onemocněním převážně z okruhu psychóz, kteří se potkali v průběhu tří let v arteterapeutické skupině Denního sanatoria Břevnov v Praze.

Práce v teoretické části přibližuje složitost onemocnění a meze, které z toho pro psychoterapii vyplývají. Dále se teoretická část zabývá vznikem a vývojem arteterapie, jejíž vývoj se dotýkal i tvorby osob s těžkým duševním onemocněním v léčebnách a ústavech. Navazuje nutnost přístupu v arteterapii a nároky na arteterapeuta.

V části praktické je potom přiblížena konkrétní skupina se svým jedinečným vývojem a příběhy jejích členů. Všímá si však více výtvarné produkce a jejích změn či stagnace ve vývoji působením nemoci, dalších událostí a působením arteterapeutky.

Klíčová slova: schizofrenie, skupinová psychoterapie, arteterapie, výtvarná produkce

Abstrakt

Bachelor thesis follows the development of a group of eight clients with severe mental illness predominantly relating to psychosis who met over three years in the art therapy group in Daily sanatorium Břevnov in Prague. Thesis in theoretical part approaches the complexity of the disease and limits which arises from this complexity for psychotherapy. Furthermore, the theoretical part deals with the formation and evolution of art therapy, the development of which is touching and making people with severe mental illness in hospitals and institutes. Follows need for an approach in art therapy and art therapist demands. In the practical part is then approached a particular group with its unique development and the stories of its members. Notes, however, more artistic production and its changes or stagnation in the development of treatment of the disease, other events and action of art therapist.

Key words: Schizofrenie, group therapy, art therapy, creative production

Obsah

Úvod.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1. schizofrenie.....	8
1.1.1. Výskyt.....	9
1.1.2. Klasifikace.....	9
1.1.2.1. schizofrenie.....	9
1.1.2.2. schizoafektivní poruchy.....	10
1.1.3. Symptomy	11
1.1.3.1. Obranné mechanismy	13
1.1.4. Etiologie	15
1.1.5. Průběh.....	17
1.1.6. Prognóza.....	18
1.1.7. Terapie	19
1.1.7.1. Farmakoterapie.....	19
1.1.7.2. spolupráce rodiny.....	20
1.1.7.3. psychoterapie se zaměřením na schizofrenii.....	20
1.1.7.3.1. Individuální psychoterapie.....	22
1.1.7.3.2. Skupinová psychoterapie.....	22
1.2. Arteterapie.....	24
1.2.1. Vývoj arteterapie.....	26
1.2.1.1. Vývoj arteterapie po psychoanalytické linii.....	26
1.2.1.2. Vývoj arteterapie po psychiatrické linii.....	29
1.2.1.3. Arteterapie v Čechách.....	34
1.2.2. Arteterapie s ohledem na schizofrenní onemocnění.....	35
1.2.2.1. Přístup ke klientům s duševním onemocněním v arteterapii.....	35
1.2.2.2. Nároky na arteterapeuta	36
1.2.2.3. znaky v tvorbě.....	40
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
2.1. cíle a metody.....	43
2.1.1 Cíle práce.....	43
2.1.2. Metody.....	43
2.1.3. Rožnovská metoda.....	43
2.1.4. Využití Rožnovské metody v této práci.....	45

2.2. Kontext skupiny.....	46
2.2.1. Organizace Fokus-Praha a denní stacionář.....	46
2.2.2. Historie skupiny.....	46
2.2.3. Charakter skupiny.....	47
2.2.4. Cíle skupiny	47
2.2.5. Motivace klientů ve skupině.....	47
2.2.6. vedení skupiny, výtvarné vedení, společná témata.....	48
2.3. Příběhy jednotlivých členů skupiny.....	53
2.3.1. Anna.....	53
2.3.2. Karel.....	61
2.3.3. Jirka.....	64
2.3.4. Ivana.....	70
2.3.5. Pavla	74
2.3.6. Michal.....	79
2.3.7. Radim.....	86
2.3.8. Klára.....	89
2.4. Diskuze.....	95
2.4.1. Hodnocení přístupu	95
2.4.2. Změny a vývoj.....	96
Závěr.....	97
Zdroje a literatura.....	99
Obrazová příloha.....	101

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje skupinové arteterapii s lidmi s těžším duševním onemocněním. V první části - teoretické - se věnuji popisu a pokud možno nejnovějším poznatkům z oblasti výzkumu a léčby schizofrenie. Tato nemoc je převažující diagnózou u klientů v souboru, který je zde sledován, je jí tedy věnována největší pozornost. Zabývám se jí od klasifikace po prognózu a obranné mechanismy, které formují její projevy a průběh. Důležitou součástí je i způsob a účinky léčby této nemoci se zaměřením na možnosti psychoterapie, kde se zabývám hlavně psychoterapií skupinovou.

Arteterapii je zde věnována kapitola, ve které je zohledněn její vývoj. Ten je totiž zajímavý vzhledem k cílové skupině zvolené v této práci. Arteterapii pomáhaly vzniknout i psychiatrické léčebny. Tedy lépe řečeno duševně nemocní, kteří malovali jinak než zdravá populace a tak obrazům a jejich tvůrcům byla věnována pozornost nejen v léčebnách, ale i mimo ni. Snad to i přispělo k většímu zájmu o tuto skupinu lidí, kteří i dnes zůstávají na okraji společnosti.

Charakter zařízení ve kterém skupina probíhá však není léčebna ani uzavřené oddělení. Jeho charakteristikou se zabývám už v části praktické. Zde jsou nastíněny problémy, jaké mohou nastat s docházkou a motivací k setrvání ve skupině v ambulantním zařízení. Hlavní část je však věnována jednotlivým klientům a jejich příběhům, a samozřejmě jejich tvorbě. Vzhledem k dlouhému času, po který je tento soubor sledován, je věnována pozornost hlavně změnám a výkyvům či opatrným posunům v tvorbě nebo chování. Je zde i popsán způsob vedení či metody jako podklady využívané pro vedení. Avšak samotná praxe přináší situace, které nelze předem přichystat a lze je zvládat spíš „lidsky“. Proto je způsob práce popsán spíš jako vyprávění, než jako návod či tabulka nebo výzkum. Závěrem se snažím přístupy zobecnit a shrnout.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Těžší duševní onemocnění

Schizofrenie a schizoafektivní poruchy jsou těžká duševní onemocnění, kterým se budu v této kapitole věnovat. Klienti ve skupině, o které zde budu psát, trpí tímto onemocněním především. Pojem těžší duševní onemocnění zde volím proto, že skupina přijímá i klienty s poruchami osobnosti, kterým se věnuji u jednotlivých klientů v praktické části této práce.

1.1. Schizofrenie

Patří do okruhu psychóz ¹ a je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě.²

Nemoc byla popsána v medicínských textech již v období antiky. Prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění byl pojem „dementiae praecox“ poprvé vyřčený v roce 1896 a následně zavedený v roce 1898 Emilem Kraepelinem (1856-1926).³ Domníval se totiž, že podstatným rysem této choroby je deteriorace intelektu v časném věku.⁴

Název schizofrenie pro předmětné psychotické onemocnění použil až v roce 1911 významný švýcarský psychiatr Eugen Bleuer (1857-1939). Ten také zavedl užívání pojmu „primární symptomy“ schizofrenie, kam zařadil: poruchy asociací, poruchy afektivity, autismus a ambivalence.⁵ Odtud Bleuerova čtyři A.

„V popředí choroby není demence, ale především nedostatek spojitosti, syntézy psychických procesů. Afektivita není vyhaslá, ale roztříštěná a polarizovaná na určité přehnaně citlivé body. Také paměťové stopy jsou uchovány, ale jsou mezi sebou nesprávně propojeny. Jednání přestává být zaměřené, je roztříštěné, nesouvislé, nesrozumitelné, právě tak, jako myšlení a řeč. Celková porucha jednoty psychické činnosti znemožňuje zároveň správnou komunikaci s vnějším prostředím“.⁶

1. pozn. V soudobé klasifikaci duševních onemocnění se pojem psychóza již nepoužívá, je nahrazen samostatnými psychopatologickými kategoriemi schizofrenie, poruchy afektivity – F2, F3 v MKN 10. V praxi se ale u profesionálů zabývajících se touto problematikou setkáme stále s označením psychóza. Jejich klienti či pacienti pak dávají přednost označení „nemoc“ či „krize“, což je sice nepřesné, avšak méně stigmatizující. (Západní profesionálové označují klienty termíny „user, consumer“, což je jistě méně ohrožující či „definitivní“ pojmenování.)

http://www.hr-server.cz/common/vlastni_clanek_detail.asp?c_id=119&o_id=1466 Pro tuto práci budu nadále používat pojem psychóza

2. Psychiatrie, J. Raboch, str. 244

3. Psychiatrie, J. Raboch, str. 244

4. Psychiatrie, J. Raboch, str. 16

5. Psychiatrie, J. Raboch, str. 244

6. Imaginární svět, E. Syříštová str 16.

1.1.1. Výskyt

Schizofrenie se vyskytuje ve všech populacích na světě, ve všech geografických oblastech. Výsledky výzkumu potvrzují teorie o tom, že schizofrenie se v různých částech světa vyskytuje s rozdílnou intenzitou /poznámka – Goldner et al. *Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature*, *Can J psychiatry*, 2002, 47, No.9,p.833-843 / ⁷

Celoživotní prevalence je asi 1-1,5%. U mužů začíná schizofrenie nejčastěji mezi 16 a 25 lety, u žen nejčastěji mezi 22 a 34 lety. ⁸

Schizofrenie se poprvé manifestuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti. Určit začátek onemocnění je těžké, protože schizofrenie většinou nezačíná psychotickými symptomy, ale spíše nespecifickými příznaky, jako je iritabilita, neklid, náladovost. ⁹

1.1.2. Klasifikace

Pro potřeby mezinárodní komunikace a každodenní klinické praxe se používají deskriptivní klasifikační systémy ICD-10 (MKN-10) a DSM-IV. ¹⁰

1.1.2.1. Schizofrenie F 20

- Paranoidní schizofrenie (F20.0) – paranoidní bludy obvykle doprovázející sluchové halucinace. Nejčastější forma schizofrenie. Bludy jsou často perzekuční, někdy i velikášské. Často mají organizující vliv nejen na myšlení nemocného, ale i na jeho chování.
- Hebefrenní schizofrenie (F20.1) - (dezorganizovaný typ podle DSM-IV) – Proměnlivé bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování, manýrování, nepřiměřená nálada, inkoherence
- Katatonní schizofrenie (F20.2) – psychomotorické příznaky, hyperkinéze, stupor, povelový automatismus, negativismus. Tělo a končetiny setrvávají v bizarních nebo nastavených polohách a při pasivních pohybech je patrný zvýšený svalový tonus.

7. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 37

8. Psychiatrie, J. Raboch, P. Doubek, str. 245

9. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 39

10. Mezinárodní klasifikace nemocí, přístupné na <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

- Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) - do této kategorie jsou zařazovány stavy, které splňují všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádné z výše uvedených forem nebo mají rysy více z nich.
- Reziduální schizofrenie (F20.4) – odpovídá chronifikaci průběhu onemocnění, kde můžeme dobře rozlišit postup onemocnění od počátečního stadia jasně definovaného typu schizofrenie v jedné či více atakách až k pozdějšímu stavu, který je charakterizován dlouhodobou převahou negativních příznaků, které hůře a málo reagují na léčbu antipsychotiky.
- Postschizofrenní deprese (F20.5) – epizoda depresivní nálady, která vzniká po odeznění floridních schizofrenních příznaků.
- Simplexní schizofrenie (F20.6) – plíživý rozvoj podivínského chování. Je méně častou formou onemocnění, ale prognosticky velmi závažnou. Onemocnění neprobíhá v epizodách, ale jedná se o pozvolný proces, končící trvalou změnou osobnosti nemocného.

1.1.2.2. Schizoafektivní poruchy F 25

Jsou epizodické poruchy, které mají jak afektivní tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Nálada neodpovídající psychickým symptomům u afektivních poruch, neopravňuje k diagnóze schizoafektivní poruchy.

- schizoafektivní porucha, manický typ (F25.0)

Výrazné schizofrenní i manické symptomy – Nálada je nadměrně zvýšená vzhledem k pacientovým poměrům a pohybuje se od lehkovážné žoviálnosti až k téměř neovladatelnému vzrušení. Euforie je doprovázena zvýšenou energií, spějící k zvýšené aktivitě, rychlému toku řeči a snížené potřebě spánku. Jedinec těžko udrží pozornost, je často roztěkaný. Sebevědomí je často přehnané s grandiózními myšlenkami a přehnanou důvěrností. Ztráta normálních sociálních zábran ústí v chování, které je zbytečně riskantní, bezstarostné nebo nepřiměřené k okolnostem a vymyká se charakteru.

- schizoafektivní porucha, depresivní typ (F25.1)

výrazné oba typy symptomů – schizofrenní a depresivní. Depresivní fáze – nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta

chuti k jídlu, a ztráta libida. Podle počtu příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou .

- schizoafektivní porucha, smíšený typ (F25.2)

Cyklická schizofrenie

Smíšená schizofrenní a afektivní psychóza

1.1.3. Symptomy

U schizofrenie se tedy nejčastěji vyskytují bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity, mohou být přítomny katatonní příznaky.¹¹

- Bludy - jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků.(Motlová) Patří mezi poruchy myšlení. Pro blud je typická chorobnost a nevývratnost.

Bludy mohou mít různý obsah i zaměření – perzekuční, paranoidní, somatický, religiózní, grandiózní.

Halucinace - jsou vjemy bez zevně existujícího objektu. Jsou projevem poruchy vnímání. Nejčastěji se vyskytují sluchové halucinace, zrakové halucinace a taktilní. Sluchové potom pacienti popisují jako „hlasy“. Obsah je většinou nepříjemný. Pacienti slyší jeden nebo více hlasů, mužské i ženské, někdy hovořící o pacientovi ve třetí osobě, přičemž je odlišují od vlastních myšlenek. Hlasy se hádají, pacientovi radí, prikazují.¹²

- Dezorganizované myšlení a dezorganizovaná řeč – formální porucha myšlení

Nemocný nedokáže udržet linii hovoru, mluví bez logických souvislostí, obšírné, zabíhavé s důrazem na méně podstatné nebo nepodstatné detaily.¹³

Krajní variantou takového narušení je „slovní salát“, kdy je verbální vyjádření zcela nesouvislé, což znamená, že neexistuje mezi jednotlivými slovy žádná spojitost.¹⁴

- Dezorganizované chování – Důsledkem ztráty soudržnosti afektu, řeči, myšlení a pohybů je více či méně nápadné chování.

- Kognitivní příznaky – snížená schopnost soustředit se, pamatovat si, cokoli plánovat a řešit problémy, provází každou epizodu schizofrenie. Míra kognitivního postižení přímo souvisí s funkční údravou pacientů¹⁵

11. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 21

12. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 23

13. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 250

14. Psychopatologie pro pomáhající profese, M. Vágnerová, str. 179

15. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 250

- Katatonie – katatonní syndrom charakterizují mimovolní pohyby, postoje a úkony, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech (negativismus, povelový automatismus, echopatie). Motorická aktivita může být extrémně zvýšená, protipólem je stupor, při němž se pacient nepohybuje vůbec.

- Poruchy emocí – oploštěná afektivita, apatie a anhedonie patří k negativním příznakům, neadekvátní afekt se řadí spíše mezi pozitivní schizofrenní symptomy.

Citové prožívání lidí trpících schizofrenií se mění, lze jej hodnotit jako nepřiměřené, oploštělé a otupělé. Ke změně emočního prožívání přispívá i porušený kontakt s realitou ¹⁶

- Apatie – nedostatečná motivace – popisují pacienti jako neschopnost „odstartovat“ jakoukoli činnost. Jelikož imponuje jako ztráta vůle, příbuzní mnohdy z neinformovanosti vyžadují, aby se pacient „vzchopil“ a vůlí vše překonal.

- Suicidum – přibližně každý desátý nemocný se schizofrenií ukončí život vlastní rukou. Studie uvádějí, že o sebevraždu se pokusí 25 – 50% pacientů, 4 -13% ji dokoná. ¹⁷

Riziko suicida je vysoké především u mladých pacientů, během prvního roku po stanovení diagnózy.

Příznaky schizofrenie bych ještě ráda doplnila citací z knihy Přehled psychodynamiky od S. Mentzose .. “Celkově vzato se případy a období bez produktivních symptomů, vyskytují mnohem častěji. V těchto případech jsou zásadní jiné symptomy, tzv. Negativní symptomy - nedostatek motivace, prázdnota, neaktivita nebo narušené sebeprožívání - například pocit, že je člověk zvenčí manipulován nebo hypnotizován. K tomu se přidávají tělesné cenestetické (útrobní) vjemy nebo nepříjemný pocit, že do vás všichni „vidí“. V jiných případech převládají poruchy myšlení, iracionální a nijak nesouvisející myšlenková spojení, neologismy, a jiné paradoxy objevující se v řeči a v jednání. Klinický obraz je charakterizován autistickým stažením, odmítáním jakéhokoli kontaktu či jinými podobami velmi častého negativismu, kdy pacient má tendenci udělat vždy opak toho, co od něj ostatní očekávají.”¹⁸

16. Psychopatologie pro pomáhající profese, M.Vágnerová, str. 180

17. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 29

18. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str. 219-220

“Funkce negativismu spočívá pravděpodobně v tom, že se pacient snaží svou trvale ohroženou autonomii a identitu chránit odporem. Pacientův pocit, že do něj někdo vidí, nebo že je hypnotizován, je pravděpodobně kompromisem mezi přáním, aby ho někdo viděl, chtěl, dotýkal se ho a řídil ho na jedné straně a strachem z ovlivnitelnosti a blízkosti, tedy strachem z přitažlivosti atraktivního, vytouženého, ovšem zároveň vysoce nebezpečného (pohlujícího a nedůvěryhodného) objektu na straně druhé.”¹⁹

Tím se dostáváme k důležitému pohledu na projevy tak vážného onemocnění, jako je schizofrenie. Pokud se totiž na ně podíváme jako na ochranný systém a zjistíme, před čím se nemocný vlastně nevědomě chrání, nejsou projevy tak záhadné a nesrozumitelné – tzv. Bláznivé.

1.1.3.1. Obranné mechanismy

Obranné mechanismy v tomto pojetí mají člověka chránit, zabránit zkáze, zranění. Podle S. Mentzose psychotické obranné mechanismy patří k nezralým. Přičemž nezralost obranného mechanismu je měřena stupněm regrese. „Stupeň nezralosti obranného mechanismu je možné rychle odhadnout na základě ceny, kterou musí psychofyzický organismus za proces obrany zaplatit.”²⁰

Psychózy se již na první pohled vyznačují těžkým poškozením já, a to jak z kognitivního, tak i z emocionálního hlediska. Jsou charakterizovány těžkým poškozením a nefunkčností různých funkcí já. Přesto se při bližším pohledu ukazuje, že nefunkčnost není pouhým pasivním výpadkem, nedostatkem nebo deficitem, ale naopak součástí aktivně – i když nevědomě – mobilizovaných ochranných, kompenzačních a obranných mechanismů zaměřených na nelibé a těžko snesitelné intrapsychické napětí a rozrušení.²¹

Podle Evy Syřišťové je počáteční fáze psychózy nejvíc nebezpečná. „Bezmoc, úzkost a agresivní nepřátelské impulsy proti sobě i světu jdou ruku v ruce. Ale i tam, kde osobnosti hrozí rozpad nebo zánik, začínají nezávisle na vůli jedince autonomně pracovat sebezáchovné mechanismy, směřující k obnovení jakési nouzové rovnováhy.

19. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str.220

20. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str.39

21. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str.202

(..) Ke specifickým schizofrenním reakcím patří polarita mezi úplným odvratem od skutečnosti, resp. její subjektivizací a naopak splnutí s ní, objektivizace subjektivního prožívání. Je zvláštností schizofrenních obranných mechanismů, že subjektivní prožitek a imaginace mají povahu objektivní reality a naopak, realita povahu subjektivního prožitku.

(..) Úzkost ze ztráty svého já, úporně zápasí o znovu nalezení sama sebe, jako autonomní a integrované bytosti. Proto také schizofrenní skrytá a intenzivní potřeba splnutí s druhou (reálnou) osobou, je tak často provázena výraznou agresivitou, nepřátelstvím a negativismem.²²

Typickými psychotickými projevy, které jsou nám značně vzdálené a cizí, jsou bludy a halucinace. (jak jsem výše popsala)

Je známo, že se vznikem bludů a halucinací se snižuje počáteční beztvará, vše pohlcující úzkost nemocného. Původní difuzní a strašná úzkost se – i bez léků – sníží v okamžiku, kdy si pacient vytvoří dobře strukturovaný blud!²³

„Blud není pouhým omylem, jak se domnívá stará psychiatrie, ale ani poruchou vnímání reality, jak věří moderní psychiatrie.“Mentzos zde mluví o bludu jako o „emocionálně silně nabitě a postiženým velmi intenzivně obhajovaném přesvědčení nebo víře“ nikoliv o neschopnost nebo omyl. Pacient může být schopen realisticky odhadnout situaci, jen tomu odhadu nevěří. To nazývá fenoménem dvojité evidence .

Připomíná to sice dynamiku hysterické inscenace, ale v tomto případě se podle Mentzose o nic takového nejedná. Psychotické zobrazení na rozdíl od hysterického nebere ohled na realitu, a představuje tedy velmi nákladné pseudořešení, pro které je typické výrazné dysfunkční vnímání reality. Přesto jsou však bludy působivým příkladem funkce v rámci dysfunkčnosti. Jedná se o funkci psychického obranného mechanismu.²⁴

To ale nic nemění na tom, že obecně platí (nejen pro bludy a halucinace), že jen pomalu a nenásilně musíme převádět psychotika z roviny jeho chorobného prožívání do úrovně reality, v níž mu musíme především poskytnout emoční oporu a bezpečné místo v mezilidských vztazích. zde a nyní.²⁵

22.Imaginární svět, E. Syříštová str 17.

23.Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str.216

24. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str.215

25. Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi, I. Strossová, str5.

1.1.4. Etiologie

V současné době vycházíme z toho, že onemocnění schizofrenií je podmíněno multifaktoriálně v koincidenci s mnohočetnými patogenetickými vlivy.²⁶

Na individuální úrovni je nejvýznamnějším rizikovým faktorem příbuzenský poměr k jedinci se schizofrenií. Zatím co celoživotní prevalence schizofrenie v obecné populaci se odhaduje na 1%, opakované studie rodin, adopční studie a výsledky studií dvojčat naznačují přibližně desetkrát vyšší celoživotní riziko onemocnění pro příbuzné.²⁷

I když jeden z rodičů (či sourozenec) má schizofrenii, má dítě 90% naději, že neonemocní. I když onemocnělo jednovaječné dvojče má zhruba 60% naději, že neonemocní. I když onemocněli oba rodiče, má dítě také ještě 60% naději, že neonemocní²⁸

A protože jen velmi málo pacientů má mezi příbuznými prvního stupně nemocného se schizofrenií, lze přičíst genetickému vlivu na populační úrovni relativně malý podíl, tudíž jsou za většinu případů zodpovědné jiné faktory.²⁹

Každý pacient nese určitou míru dispozice, která se pak v běžném životě setkává se zátěží. Pokud má pacient vlohu k selhání adaptivních funkcí duševního života a setká se s dostatečně intenzivní stresovou zátěží, dojde k selhávání v této zátěži.(..) Můžeme říci, že se do určité míry dědí vloha pro onemocnění schizofrenií, ale nikoli schizofrenie jako nemoc.³⁰

Dispozicí může být geneticky podmíněná variace některých enzymových, receptorových nebo proteinových struktur. Dispozice může být i funkční nebo morfologická odchylka získaná v průběhu těhotenství (např. Infekce matky během těhotenství) nebo perinatálně (např. Trauma CNS při komplikovaném porodu).

Zajímavé jsou epidemiologické studie, které shrnují v knize Schizofrenie Koukolík a Motlová. K nejprobádanějším a nejlépe zatím doloženým rizikovým faktorům patří právě komplikace související s těhotenstvím a porodem. Souvislost má infekční onemocnění v těhotenství, nedostatečná výživa plodu, porodní komplikace, kojení. Dalším významně prozkoumaným faktorem je datum a místo narození. Jde o výsledky více než 250 studií, které zjišťují 5 – 8% častější datum narození v zimě a na jaře.³¹

26. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 245

27. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 53

28. (Foitová) /pozn. Zdroj – *National Alliance for the mentally ill: Understanding schizophrenia/*

29. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 53

30. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek 250

31. Schizofrenie, L. Motlová, str. 71

A to na severní polokouli. Je to spojeno zřejmě s prenatálním deficitem vitamínu D. Je však nutno zdůraznit, že se musí spojit více vlivů najednou.

V rozvoji schizofrenie mají nejdůležitější roli neurotransmitery dopamin a serotonin. Při studiu změn hladin neurotransmiterů u nemocných bylo zjištěno, že se vyskytuje jednak zvýšená činnost dopaminergního systému, jednak určitá nerovnováha v souhře dopaminergního a serotoninergního systému.³²

Při nadbytku dopaminu, v některých částech mozku (limbický systém), je současně přenášeno příliš velké množství informací, které mozková kůra nedokáže správně zpracovat. Nemocný pak nedokáže např. odlišit vlastní myšlenky od toho, co slyší. Serotonin ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění a příjem potravy. Z nadbytku dopaminu a vzájemné nerovnováhy působení dopaminu a serotoninu, vznikají různé příznaky psychózy.³³ Na tyto příznaky jsou potom využívány léky.

Mentzos však dodává, že z výzkumů pozdějších (Goto a Grace 2007) jasně vyplývá komplikovanost těchto procesů a následná určitá zdrženlivost ve vztahu ke specifickému významu dopaminu.³⁴

Vliv na průběh a prognózu schizofrenie má i činnost mozku:

(..) Postupné ubývání šedé a bílé mozkové hmoty a s tím korelující zvětšení objemu mozkomíšního moku je fyziologický proces, který je spojen se stárnutím. Pro porovnání jedinců stejného věku se však zjistilo, že pacienti se schizofrenií vykazují mnohem výraznější redukci objemu mozkových struktur s věkem; jde o úbytek šedé mozkové kůry (frontální lalok, thalamus, i celkového objemu šedé hmoty) a korespondující zvětšením objemu mozkomíšního moku (postranní komory a frontální, temporální a parietální sulci). Tyto změny se nejvýrazněji projevují v prvních dvou letech onemocnění. Jsou výrazně akcentovány zejména u určité podmnžiny pacientů, navíc pozitivně korelují s rozvojem kognitivního deficitu.“³⁵

Mentzos se zmiňuje o změnách v mozkové činnosti. ACC – přední cingulární kůra – část zodpovědná za odhalování chyb a sledování konfliktů. U osob se schizofrenií je tato část oslabená. Není však jasné jestli jde o oslabení geneticky dané nebo naopak získané.

32. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 246

33. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 246

34. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str. 233

35. *Prognóza schizofrenie*, Slovák, Španiel, Bankovská Motlová, *Psychiatrie*, ročník 19, 2015, číslo 3, str. 158

Finská studie s adoptivními dětmi však dokázala, že děti schizofrenních matek, které byly adoptovány rodinami s dobře vyváženým komunikačním vzorcem, byly jen výjimečně psychotické, zatímco se dětem se stejnou zátěží, v komunikačně narušených rodinách, psychóza rozvinula. Tím vzniká i doporučení u schizofrenních pacientů systematicky zamezit jejich zatěžování těžkými a mnohoznačnými rozhodnutími.³⁶

K příčinám schizofrenie tedy také logicky patří psychosociální faktory.

Mudr. Foitová píše: „velký význam pro vznik (a později ev. léčení) schizofrenie má nepochybně prostředí, v němž člověk žije: rodina, přátelé, škola či zaměstnání, finanční zabezpečení, bydlení aj. Z těchto zdrojů může pramenit buď podpora a pohoda (ochranné faktory), nebo naopak konflikty, napětí a stres (ohrožující faktory).

Nepříznivé poměry v rodině: příliš přísná kritika (rodičů k dětem); úzkostné ochraňování; uměle udržovaná podoba za cenu zastírání konfliktů; ztráta blízkých osob (odstěhování, rozvod, nemoc, úmrtí aj.); neúplné rodiny, odloučení malých dětí od rodičů, zanedbání výchovy, týrání, sexuální zneužívání.

Škola a práce: napětí ze zkoušek, šikana, izolace, nároky v zaměstnání, obava ze ztráty zaměstnání, nezaměstnanost.

Bydlení: hmotná nouze, nedostatek soukromí, osamělost

Pozitivní stres (velkou zátěží bývají i situace nebo události, na něž se člověk těší a které prožívá kladně): cesta na dovolenou; cesta do zahraničí; svatba; povýšení v práci aj.“³⁷

Průběh i prognóza onemocnění se mohou výrazně zlepšit, pokud se podaří rodinu, příbuzné a ostatní blízké osoby zapojit do rehabilitačních programů a pokud se podaří snížit vyjadřování emocí.³⁸

Rodinná terapie a komunitní péče o osoby trpící schizofrenií je nedílnou součástí léčby.

1.1.5. Průběh

Onemocnění se v premorbidním stadiu klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti.

36. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, (Luc Ciompi), str.236

37. (Foitová) /pozn. Zdroj – *National Alliance for the mentally ill: Understanding schizophrenia/*

38. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek

39. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek

V tomto období si nemocní často stěžují na časté poruchy pozornosti, poruchy spánku, neurčité bolesti hlavy, zad a svalů, zažívací obtíže a pocity celkové slabosti.⁴⁰

Při dalším rozvoji poruchy se rozvíjí a objevují další příznaky, jako je hloubání nad detaily, maličkostmi a nepodstatnými věcmi, často i nové zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštnosti v oblékání a chování i v jídle, rozlady a podrážděnosti, vztahovačnost, úzkost, neklid, výrazněji nespavost nebo změna režimu spánků-bdění. Postupně dochází i k formování a rozvoji bludů a halucinací. Nakonec dojde k plnému propuknutí.

Schizofrenie většinou probíhá jako epizodické onemocnění. Průběh schizofrenie je vysoce variabilní. V progredientním stadiu nemoci se epizody – ataky – schizofrenie střídají s ústupem příznaků. Opakovaná ataka nemoci po první epizodě se nazývá relaps. V dalším průběhu dojde ke zklidnění ve stadiu stabilizace psychopatologie s občasnými dekompenzacemi rezidua.⁴¹

1.1.6. Prognóza

Řadu let se uvádělo pravidlo třetin – jedna třetina se uzdraví, jedné třetině se epizody vracejí a jedna třetina má nepříznivý chronický průběh. Bližší pohled na výsledky studií však ukazuje, že toto pravidlo lze považovat pouze za velmi orientační. Porovnávat výsledky různých longitudinálních studií je mnohdy obtížné, protože záleží na výběru studované populace a celkové koncepci studie.⁴²

Podle článku „Prognóza schizofrenie“ z časopisu Psychiatrie 19/2015/3 str 153 jsou faktory ovlivňující prognózu následující:

velikost postranních komor, úbytek šedé hmoty (zejména ve frontálním a levém temporálním laloku a thalamu), charakter začátku onemocnění, odpověď na léčbu, výskyt relapsů, délka neléčené psychózy, výskyt negativních symptomů, kognitivní deficit, adherence k léčbě, zneužívání návykových látek, premorbidní sociální adaptace a věk pacienta na začátku onemocnění.⁴³

Příznivější prognózu mají nemocní s náhlým začátkem a s přítomností pozitivních příznaků (bludů, halucinací a větší tělesnou aktivitou jako příznaku nemoci). Méně příznivou mají

40. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 247

41. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 247

42. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 51

43 Prognóza schizofrenie, Slovákova, Španiel, Bankovská Motlová in Psychiatrie, ročník 19, 2015, číslo 3, str. 158

naopak onemocnění s plíživým začátkem a přítomností negativních příznaků – snížení emoční a pohybové aktivity. Také, jak už bylo zmíněno, mají příznivější prognózu lidé, kteří mají partnera nebo rodinu a dále ti, kteří mají stálé zaměstnání, studují, mají zachované koníčky a původní styl života.

1.1.7. Terapie

Jak už je patrné z prognózy je schizofrenie léčitelná nemoc. Ale stejně tak, jako má složitý vývoj a mnoho příznaků, není ani léčba jednoduchá. Je potřeba spojit farmakoléčbu, psychoterapii, psychoedukaci pacienta i jeho rodiny. Spolupráce rodiny a jeho nejbližšího okolí s léčbou je velice užitečná, ne-li nezbytná.

1.1.7.1. Farmakoterapie

Antipsychotika - neuroleptika léčí příznaky nemoci, jsou důležité v akutní fázi onemocnění ale i k dlouhodobé prevenci relapsu.

Antipsychotika 1. generace (též pod názvem klasická) byla objevena v 50. letech 20. století. Působily k ovlivnění aktivity dopaminergního systému, působí především na pozitivní příznaky schizofrenie. Klasická antipsychotika způsobují i mnoho nežádoucích účinků. Ty jsou způsobeny tím, že vyvolávají dopaminergní blokádu i v oblastech mozku, které regulují mimovolní pohyblivost a svalové napětí. Může tedy vznikat svalový třes, ztuhlost svalů, nechuť k pohybu, snížení gestikulace a mimiky. Po delší době podávání antipsychotik se mohou objevit i zvláštní mimovolní pohyby nejčastěji kolem očí a úst. Tyto účinky se daly tlumit jinými léky atd.⁴⁴

Antipsychotika 2. generace (atypická antipsychotika) ovlivněním dopaminových i serotoninových receptorů působí léčebně na pozitivní i negativní i kognitivní příznaky a do určité míry ovlivňují i náladu nemocných. Jejich velkou výhodou je, že způsobují méně nežádoucích účinků než klasická antipsychotika.⁴⁵ Byla vyvinuta také již v 50. letech (Klozapin), ale užity až v letech 70.

44. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 253

45. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str. 253

V současné době je léčba psychofarmaky nejčastější a nejrozšířenější metodou při péči o osoby s psychickými poruchami ⁴⁶

1.1.7.2. Spolupráce rodiny

Psychoticky nemocný znamená pro rodinu enormní zátěž a naopak, rodina je čas od času zátěží také pro pacienta - a někdy značnou. Bývá tendence jej infantilizovat v rámci symbiotických vazeb nebo pacienta nutit do role „nebezpečného a neodpovědného šílence“ s tendencí se ho zbavovat. Proto považujeme za velmi žádoucí, aby do terapie - nejlépe v době remise nebo hned během první ataky - byla zahrnuta i rodina pacienta. Jejich společné vedení by pak mělo mít podobu rodinné psychoterapie. Ne vždy to je možné, ale rozhodně lze tento postup doporučit. ⁴⁷

1.1.7.3. Psychoterapie se zaměřením na schizofrenii

V první polovině dvacátého století se psychoterapie v léčbě schizofrenie považovala za extrémní, podobně jako dnes lobotomie (Motlová). Její rozvoj zásadním způsobem ovlivnilo zavedení neuroleptik. ⁴⁸

Tradičně orientovaní psychoanalytici pochybovali o možnosti léčit psychotické nemocné psychoanalýzou. Harry Stack Sullivan⁴⁹ ve třicátých letech používal přístup, který nazval interpersonálním. Předpokládal účinnost terapeutického vztahu, jehož základem je navození pocitu bezpečí a vzájemného sdílení s pacientem, přičemž kladl důraz na nonverbální komunikaci. Domníval se, že intuitivní aspekt terapie, který považoval za velmi důležitý, je možné systematicky studovat. Podobný postoj zastávala Frieda Frommová – Reichmannová, která věnovala celou svoji kariéru psychoterapii psychotických pacientů. Vycházela z přesvědčení, že každý pacient je přístupný psychoterapii. Od konce třicátých let vede psychiatrické sanatorium Chestnut Lodge, v němž pacienti denně podstupovali individuální psychoterapii. ⁵⁰

46. Úvod do psychoterapie, J. Vymětal, 196

47. Úvod do psychoterapie, J. Vymětal, 198-199

48. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 365

49. Vlivný americký psychiatar. Zjistil, že abnormální chování má kořeny v narušených interpersonálních vztazích.

Byl přesvědčen, že je možné ho zlepšit pomocí interpersonální varianty psychodynamické terapie. Terapeut má být zúčastněným pozorovatelem, který během terapeutického sezení používá kombinaci reflexe a angažovanosti

50. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 365

Psychoterapie je nezanedbatelnou součástí terapie schizofrenie, vzhledem k rozsáhlému okruhu problémů, jimž musí pacient čelit: obtíže v mezilidské komunikaci, deprese a potřeba vyrovnat se s mnohdy přetrvávajícími velmi stresujícími psychotickými symptomy.⁵⁰

Těžištěm psychoterapeutické léčby je období po odeznění akutních příznaků psychózy. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Nabízí se zde individuální, skupinová a rodinná terapie. Metody psychoterapeutické práce jsou rozhovor, umělecká práce, dramatizace, psychogymnastika, hraní rolí nebo nácvik dovedností. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.⁵¹

Základem a podmínkou je vytvoření důvěrného, blízkého vztahu, který je zprvu pro nemocného jediným pojátkem s vnějším světem.⁵²

Tento nejdůležitější společný faktor je jedním z hlavních činitelů ovlivňující úspěch psychoterapie. Nejméně za 10% výsledků různých psychoterapií – proč se pacient v psychoterapii zlepší – zodpovídá terapeutický vztah (Horvath a Luborsky, 1993). Shrnutí závěru obsáhlého přehledu literatury o výsledcích psychoterapie (Bergin a Lambert, 1978), vypadá takto: největší rozdíly ve výsledcích terapie se připisují faktorům v klientovi, jako jsou očekávání změny a závažnost poruchy, působící již před vlastní psychoterapií. Terapeutický vztah má druhý největší podíl na klientově změně. Daleko za ním, na třetím místě, jsou techniky.⁵³

Psychoterapie pro psychózou stíženě osoby nemusí být vždy blahodárná, zvláště pokud není výše popsanými nároky respektována, potom může dojít snadno k negativním reakcím. Eva Syřišťová varuje příliš horlivé a necitlivé terapeuty, kteří mohou způsobit klientovi tzv. dekompenzační stadia ta mohou být vyvolána i neopatrným psychoterapeutickým zásahem, kdy se terapeut pokouší přímou analýzou předčasně rozbít pacientovy psychotické obranné mechanismy, aniž zváží jejich významnou, i když dočasnou sebeúdržbovou a sebezáchovnou úlohu. Je nutno velice opatrně a obratně zacházet s těmito způsoby psychotické obrany, jež jsou jiné než u neurotiků, vyrostlé na jiné, daleko křehčí a citlivější půdě, abychom nemocného nesvrhli ještě hlouběji do psychózy a nerozpoutali v něm nezadržitelnou lavinu pustošících sil.⁵⁴

50. Schizofrenie, F. Koukolík, L. Motlová, str. 332

51. Psychiatrie, J. Raboch, Doubek, str.

52. Úvod do psychoterapie, J. Vymětal, str. 97

53. Psychoterapeutické systémy, J.O.Prochaska, J.C.Norcross, str. 19

54. Imaginární svět, E. Syřišťová, str. 75

1.1.7.3. 1. Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je důležitou součástí léčby psychotického pacienta, kdy může pacient lépe a rychleji důvěřovat léčebnému procesu, navázat rychleji terapeutický vztah, protože má terapeuta v daném čase „pro sebe“.

Mnoha pacientům s tímto onemocněním to pomáhá nemoc zvládat. Zrovna tak pomáhá jakýkoliv jiný individuální přístup například sociální pracovníka, casemanagera apod. Nicméně účelem této bakalářské práce je přiblížení práce ve skupině a skupinové arteterapii, proto se individuální psychoterapií podrobně nezabývá. Přesto je jasné, že i ve skupině k individuálnímu přístupu dochází .

1.1.7.3.2. Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie u psychotických poruch má již za sebou poměrně dlouhou historii. Léčba ve skupinových formách u schizofrenií se traduje již od počátků 20. století. Zpočátku zdůrazňovala poskytování informací a některé psychoanalytické prvky.

Podoba skupinové terapie se měnila v závislosti na charakteru psychiatrické péče vůbec: dlouhodobá skupinová psychoterapie v institucích reflektovala dlouhodobé hospitalizace.

K obratu došlo v 50. a 60. letech 20. století po zavedení neuroleptik a příchodu deinstitucionalizace a komunitní péče. Dlouhodobou hospitalizaci vystřídalý krátkodobé pobyty s rovněž krátkodobými skupinovými terapiemi u akutních pacientů. Místo pro dlouhodobější skupinovou léčbu se přeneslo do ambulantní sféry, ambulantních dlouhodobých skupin či denních stacionářů.

Pro pacienty s psychózou se otevřela cesta k možnosti přijmout a nést zodpovědnost za svůj osud a další život, což podstatně lépe umožňuje naplnit cíle skupinové léčby než dlouhý pobyt v instituci, která tuto zodpovědnost do jisté míry snímá a udržuje patologickou narcistickou koluzi mezi pacientem a zařízením, kde instituce odehrává svojí mocí, ponížením a omezovacími prostředky na ni projikované neintegrovane agresivní impulzy pacientů.

Komunitní deinstitucionalizovaná psychiatrie má v tomto smyslu velkou výhodu a může prorazit zakletí této patologické symbiózy.⁵⁵

55. Psychózy, O. Pěč, str 160-161

Skupinová psychoterapie u psychóz má některé specifické rysy a vyžaduje odlišný přístup než skupinová psychoterapie neuróz. U terapeuta je potřebná větší aktivita, podněcování, povzbuzování, podpora a strukturování skupinového dění. Musí vybízet a podněcovat členy k aktivitě. Terapeut nemůže být nedirektivní, musí rozběhnout skupinové dění a udržovat je v chodu. Má zajistit podporu a klást důraz na dění „zde a nyní“⁵⁶

Každá terapeutická skupina s jedinečným seskupením povah a jejich složitým vzájemným působením prochází svým vlastním vývojem. Všichni členové se začnou projevovat ve vztahu k ostatním každý si vytváří svůj vlastní sociální mikrosvět (..) je zřejmé že vzhledem k bohatosti lidské interakce v seskupení několika lidí s různým maladaptivním chováním, bude průběh skupiny po mnoho měsíců nebo let složitý a do značné míry těžko předvídatelný..⁵⁷

Fáze psychoterapeutického procesu ve skupinové psychoterapii osob se schizofrenií podle Syřišťové:

První fáze je cílem navázání terapeutického kontaktu mezi pacientem a terapeutem. Vztah nemocného je zde často ambivalentní. Upínání se ve své bezmocnosti a potřeby nalézt blízký vztah na jedné straně a silné bránění kontaktu na straně druhé. Terapeut se stává postupně komunikačním partnerem, prostředníkem mezi autistickým světem pacienta a realitou, tj. především sociální realitou.

Druhou fází lze označit za fázi hluboké závislosti na terapeutovi.

Navázaný kontakt s terapeutem přechází zpravidla ve vztah extrémní emocionální závislosti na terapeutovi. Jde však spíše o projev sociální úzkosti a bezmocné závislosti než o skutečný sociální vztah. Všechny projevy terapeuta jsou bez kritiky jednoznačně přijímány, je opakovaně vyhledávána terapeutova přítomnost. Může se objevit mezi klienty rivalita, které může přinést ještě hlubší úzkost.

Veškeré chování klienta je v této fázi závislé na psychoterapeutickém vztahu. Ztrácí-li pacient z nějakých důvodů tuto základní vazbu, terapeutický vztah se obrací v opak: stává se jednou z negativních sociálních zkušeností .

Terapeutickým úkolem **třetí fáze** je sociální autonomizace.

Vztah jednoznačné emocionální závislosti na terapeutovi je podobným výrazem extrémní úzkosti jako autistická izolace. Je vztahem blokujícím pacientův autonomní projev v sociální interakci. Třetí fáze psychoterapeutického procesu se vyznačuje negativismem vůči intenzitě

56. Základy psychoterapie, Kratochvíl, str. 248.

57. Teorie a praxe skupinové psychoterapie, I.D. Yalom, str. 303

terapeutického vztahu a bojem o vlastní identitu a autonomii. (..)ve třetí fázi užívá pacient stejných forem obrany proti opačnému extrému: jeho negativismus vyplývá ze strachu z rozplynutí vlastního já v sociální vazbě, z úzkosti o vlastní identitu.

V této fázi je jedno z nejzávažnějších úskalí vedení psychoterapeutického procesu: ponechává-li terapeut pacienta v prolongované závislosti, může následovat regresivní zvrát zpět do nemoci.

Přechod v relativní samostatnost pacienta může probíhat velmi pomalu v souladu s vnitřním zráním osobnosti v terapeutickém procesu. Může však probíhat velmi bouřlivě a intenzivně.

Ve **čtvrté fázi** spočívají úkoly a cíle psychoterapeutického působení v ověřování a upevňování psychoterapií dosažených změn v komunikaci pacientem v orientaci v reálném sociálním prostředí a v přípravě adekvátních sociálních rolí.⁵⁸

1.2. Arteterapie

Definování arteterapie zahájím tím, že je obtížně definovatelná.

Podle M. Šlemínové je arteterapie „hraniční disciplína“. Nejen pro spojení umělecké tvorby s terapií, ale zejména pro její obtížnou zařaditelnost v existujícím systému pomoci (..) Jde o její odlišné filosofické zázemí a z něj vyplývající zásadně odlišné nároky jak na pacienta, tak na terapeuta a zároveň i na systém.“ Líbí se mi jak dál pokračuje, že „tento jiný koncept nemoci a léčení od pacienta požaduje velikou oběť – vzdát se své pasivity ne-mocného, který svůj problém deleguje na lékaře či terapeuta a od něj přijme (nebo nepřijme) lék.“⁵⁹

H. Petzold vystihuje arteterapii jako teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.⁶⁰

58. Skupinová terapie psychóz, E. Syřišťová, str. 66

59. Současná česká arteterapie – 2000, M. Šlemínová, str.29

60. Základy arteterapie, J. Šicková, str. 31

Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným.⁶¹

Arteterapie podle J. Šickové představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění člověka.

K tomu dodává: Jaký je potom rozdíl mezi výtvarným kroužkem pro postižené, speciální výtvarnou výchovou a arteterapeutickou intervencí? Poslední zmíněná aktivita musí být cílená, vedená profesionálním arteterapeutem, který ji řídí, usměrňuje. Umělecký artefakt či vytvoření uměleckého produktu v arteterapii nejsou důležité, rozhodující je proces tvorby, který je integrujícím činitelem v prevenci i v terapii. Arteterapie často léčí sekundární handicap, to znamená, že zmírňuje individuální prožitek znevýhodnění pacienta, klienta, postiženého člověka.⁶²

K lepšímu přiblížení této disciplíny přispěje, jak arteterapie vznikala. I její vznik je více než hraniční. Vyvíjela se pomalu v psychiatrických léčebnách. Kde výtvarná práce byla brána za jakýsi produkt uvězněných a bez zájmu zanechaných „pacientů“. Výtvarná činnost byla postupem času podporována, shromažďována lékaři. Nejdříve pro svoji zvláštnost. Dále pro inspiraci expresionistickým umělcům, aby se konečně začala vnímat jako možnost komunikace, diagnostiky a hlavně léčby člověka stíženého duševním utrpením.

S tím šel samozřejmě i vývoj lepšího přístupu k těmto pacientům. Dalším, souběžným „pomocníkem“ při vzniku arteterapie byl Sigmund Freud. Svůj pojem „snová práce“ rozvinul ve Výkladu snů. Podle tohoto nepřekonatelného výkladu, je sen „hádankou“, příběhem rozbitým do obrazů, tajným přáním bojujícím o vyjádření a vnitřním cenzorem snažícím se je potlačit.“⁶³

61. přístupné na: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

62. Základy arteterapie, J.Šicková, str. 32

63. Umění po roce 1900, str. 52

1.2.1. Vývoj arteterapie

1.2.1.1. Vývoj arteterapie po psychoanalytické linii

P. Janet a S. Freud byli těmi, kdo položili před více než sto lety základy psychoterapii jako samostatnému oboru. Zejména S. Freud. Výrazně ovlivnil další vývoj oboru a podrobnější znalost teorie psychoanalýzy patří k všeobecnému vzdělání každého psychoterapeuta. Řada pozdějších významných osobností psychoterapie a zakladatelů nových směrů byla psychoanalýzou ovlivněna zejména tím, že se s ní kriticky vyrovnávala.⁶⁴

Ve Freudově teorii je tvorba analogická pochodu vytváření neurotických symptomů, umělec svou tvorbou poskytuje pudu náhradní uspokojení a tím se vyhne neuróze. Sen, symptom a umělecké dílo mají analogickou funkci: regulaci pudu. Čím silnější jsou pudové síly, tím mocnější musí být formy sublimace, aby byla „obelstěna vytěsňující činnost kulturní adaptability“. V sublimaci mají původ všechny duchovní činnosti a pud je sublimován, když je původní pudové zaměření obráceno na jiný, kulturně utvářený cíl – v sublimaci pak libido není potlačeno, nýbrž přesunuto.⁶⁵

První psychoanalytici vycházeli v terapii z Freudových raných léčebných postupů, při kterých Freud usiloval o „katarzi“ a „abreakci“ „zaškrčeného afektu“. Odhalování potlačených traumatických událostí (učinit nevědomé vědomým) se pak stalo klíčem k vyléčení nemocí neurotické povahy.

Mnoho dalších analytických terapeutů oceňovalo léčebný potenciál symbolického výtvarného vyjádření a projektivní možnosti hodnocení uměleckých výtvorů. Proto také byla výtvarná tvorba v diagnostice či terapii využívána.

Freud sám výtvarnou tvorbu ve svém přístupu nevyužíval, i když brzy zjistil, že řada jeho pacientů popisuje své vizuální představy. O jedné ze svých analyzantek napsal: „bylo to, jako by pročetla dlouho knihu obrazů“ (Freud in Rubinová). I když pak Freud tuto metodu opustil ve prospěch metody volné asociace, dál své instrukce formuloval velmi názorně a žádal pacienty, aby „se chovali, jako kdyby právě seděli u okna jedoucího vlaku a popisovali spolucestujícímu měnící se výhledy ven“⁶⁶

64. Úvod do psychoterapie, Vymětal J., 30

65. Osobnost a tvorba, Drvota S., str. 206

66. Přístupy v arteterapii, Rubinová, str. 38

Sám přispěl také k diagnostickému chápání umění duševně chorých. Freud podobně jako Francouzský předchůdce Jean-Martin Charcot tento přístup rozšířil v opačném směru a hledal znaky neurózy nebo psychózy v dílech „zdravých“ mistrů, například Leonarda nebo Michelangela.⁶⁷

Na skutečném využití Freudových postřehů o nevědomé komunikaci pomocí tvoření představ a na zapojení arteterapeutických technik do terapie má největší zásluhu pedagožka Margaret Naumburgová.⁶⁸

Naumburgová mnohokrát citovala: „zažíváme jej (sen) převážně prostřednictvím vizuálních představ. Potíží při zprostředkování snů tkví částečně v tom, že musíme tyto představy přeložit do slov: „nevím, jak bych to popsal,,, říká nám často snící osoba, „ale mohl bych to nakreslit.“ (Freud in Rubinová). Jak Naumburgová ráda zdůrazňovala, Freud kreslení do klasické techniky nepočítal, přesto však najdeme kresebný záznam snu při léčbě Wolf Mana: „doplnil to kresbou stromu s vlky, což jeho popis potvrdilo“⁶⁹

V roce 1914 založila tzv. Waldenskou školu, postavenou na principech psychoanalýzy s důrazem na výtvarnou tvorbu (Naumburg, 1928), původně „childrens school „...byla jedním z prvních lidí v Americe , kteří podstoupili analýzu a nechávala všechny učitele této školy , aby analýzou prošil také. Svou práci zahájila v době rané Freudovské éry tzv. Idpsychologie, kdy hlavní terapeutickou snahou bylo „učinit nevědomé vědomým“ . V jejím přístupu ke vzdělávání i pozdějším rozvíjení tohoto, co nazývala dynamickou arteterapií“, bylo tudíž hlavním cílem „uvolňování“ nevědomých obrazů prostřednictvím „spontánního“ uměleckého projevu.⁷⁰

Na základě spolupráce M. Naumburgové s analytikem Nolanem D.C. Lewisem vznikla série publikovaných, případových studií, ve kterých referovala o literatuře kterému výtvarné tvorby v diagnostice a terapii a popsala svou práci s dětmi (1947). v roce 1950 pak knihy věnované práci se schizofreniky.

Edith Kramerová, zakladatelka jedné z prvních teorií arteterapie
V dřívějších textech považovala výtvarnou tvorbu za prostředek k rozšíření lidských zkušeností, protože k nim vytváří protihodnoty.

67. Umění po roce 1900, str. 180

68. Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str.40

69. Freud in Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str.42

70. Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str.40

Jungovská analytická arteterapie je založena na odkrývání nevědomých vlivů základních komplexů lidských instinktů – tzv. Archetypů. Prostředkem léčby je dialog kolektivního nevědomí s pacientovým vědomím založený na práci s pacientovými uměleckými projevy. Cílem léčby je naučit pacienta využívat vlastní imaginaci a umělecké aktivity k sebepoznávání a ke zvládání životních situací.⁷¹

První kdo označil představy, zejména snové, za důležité, byl Freud, ale je zde jistý rozdíl. Freud nakládal se snem, s fantazií či s nevědomými faktory v obraze jako se skládačkou, která se má vyřešit a vysvětlit, zatímco Jung se pokoušel přistupovat k nevědomému obrazu jako k jedinečné jednotce.

Jung si uvědomil psychologickou hodnotu, jež při zkoumání obrazů z nevědomí osobně odhalil, a tak své pacienty začal pobízet, aby vytvářeli vizuální reprezentace svých snů a fantazijního materiálu. Začal s tím již v roce 1917 a dále pak pokračoval během své analytické práce⁷²

Následovníci postupovali obdobně.

Alfred Adler ve své **individuální psychologii** na rozdíl od Freuda považuje za základní hnací sílu člověka potřebu sebeuplatnění a touhu po moci.

V arteterapii jde v tomto kontextu o možnost diagnostikovat z výtvarné produkce klientů pocity méněcennosti, nízkého sebevědomí i sebehodnocení (např. Malé postavy, zejména však při zobrazení sebe, naopak dominantnost ve velikosti některých postav při kresbě rodiny, nebo malý přítlak v kresbě, nevyužití prostoru papíru) a následně – přes zážitek úspěšnosti při výtvarné aktivitě – potenciál měnit sebehodnocení a posilnit sebevědomí klienta.⁷³

Humanistické přístupy v arteterapii

Tento proud staví na předpokladu, že výtvarná činnost sama o sobě i bez dalších verbálních a jakýchkoliv jiných zásahů obsahuje léčebné prvky - posiluje vědomí osobní identity, organizuje percepci a vztah vnitřního a vnějšího světa, uvolňuje potlačené emoce klienta, integruje rozporné síly v člověku a maximálně eliminuje síly destruktivní.

71. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová, str.74

72. Edwards in Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str. 138

73. Základy arteterapie, J.Šicková, str. 36

Terapeut zde působí spíše jako katalyzátor a do procesu terapie nezasahuje instrukcemi , pouze klientovi vytváří podmínky , aby si našel cestu ke zlepšení sám.

Arteterapie je nedirektivní , reflektivní a prožitkovou, artefakt v podstatě není výzvou, aby se s ním dále pracovalo.⁷⁴

Behaviorální arteterapie

Zastánci behaviorální terapie odmítají názor, že problematické chování je „symptodem“, jehož zkladem jsou konflikty živěné nevědomými dynamickými procesy. Behavioristé nahlíží na odchylky v chování jako na naučený jev.⁷⁵

Oblastí zájmu behaviorální arteterapie jsou podle Marie Lhotové úzkostné symptomy vyjádřené ve výtvarné tvorbě. Patří k nim např. omezená barevnost, přemíra tmavých barev, absence doplňkových barev, ohraničování objektů, bílá nezaplňovaná místa mezi objekty, zarámovaný prázdný prostor, ploché obrázky bez perspektivy, nedostatek adaptability na změny témat, zmenšování formátu, stereotypně se opakující prvky či objekty, zborcení linií. Tyto „symptomy“ se stávají předmětem přeučení a změn, tzv. Doplnují se, zaměňují se jinými prvky, nahrazují se jinými formacemi.⁷⁶

Rubinová uvádí, že behaviorální techniky používají všichni arteterapeuti. Například v okamžiku, kdy žádají zablokovaného klienta nebo nesmělé pacienty, aby udělali nějakou čmáranici, čímž je přimějí , aby se do práce s výtvarnými prostředky zapojili. Když tak pacient učiní , je pochvále. To je behaviorální přístup – tzv. Zpevňování⁷⁷

1.2.1.2. Vývoj arteterapie po psychiatrické linii

Počátky arteterapie se zasazují do konce 19. století, kdy v 80. letech francouzští psychiatři Paul-Max Simon a Ambrose Tardieu zveřejnili studie specifik výtvarné produkce duševně nemocných.

74. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová , str.75

75. Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str. 299

76. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová , str.38

77. Přístupy v arteterapii, J.Rubinová, str. 299

„Myšlenka terapeutického využití výtvarné produkce vznikla na základě zájmu odborníků o tvorbu duševně nemocných. V roce 1876 Simon jako první určil dvě zásady zkoumání výtvarného výrazu:

- duševně nemocní malují jinak než zdraví
- charakter jejich výtvarné tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci⁷⁸

Pokud však půjdeme ještě hlouběji do začátků tvorby duševně nemocných lidí, asi bychom nenarazili na žádnou jasnou hranici. M. Rakušanová nás zavede až do středověku. Sama „datuje“ vznik výtvarné činnosti schizofreniků „tak daleko, jak daleko sahá instituce ústavů pro duševně choré sama“

Podle Marie Rakušanové je však podstatná změna náhledu na problematiku výtvarné tvorby duševně nemocných. Přispěli k ní velkou měrou umělci ztotožňující se s ideami romantismu. „Zcela proti vžitým názorům přisuzovali šíleným jedincům výrazně větší schopnost vnímat, prožívat a pociťovat to podstatné ze světa, který nás obklopuje. Jednání šílence, jeho pocity a reakce byly podle romantiků diktovány a určovány jen jeho subjektivními představami, které byly natolik mocné, že se hravě prosadily proti empirickým skutečnostem, kterým se ochotně podrobovala větší, „zdravá“ část společnosti. Subjektivita vize byla tím, co v rámci jejich vlastní tvorby zajímalo Henryho Füsilho (je autorem jednoho z nejranějších záznamů teroru v ústavu pro duševně choré. V roce 1779 vytvořil lavírovanou kresbu *Uprchlík*, ke které připsal „*kresleno podle vzpomínky na reálnou scénu v nemocnici San Spirito v Římě*“) či Francisca Goyu. Oba tito umělci přispěli svým novátorským pohledem na fenomén šílenství také k zahájení neméně složitého a zdoluhavého procesu zhodnocení umění duševně chorých.“⁷⁹

V 18. století se začala také prosazovat moderní psychiatrie s významným přispěním Philippa Pinela, který „sňal duševně nemocným okovy“.

Pinel osvobodil nemocné z podzemních kobek, kde byli často přikováni řetězy ke zdem. Zavedl terapeutický režim spočívající především v psychologickém a pedagogickém působení.⁸⁰

Sám Pinel sbíral obrazy svých pacientů, zaměřoval se podle Rakušanové výhradně jen na ty, kteří již byli umělci, buď akademicky, nebo jinak školení.

78. Šicková-Fabrizi – přístupné na : file:///C:/Users/Acer/Downloads/IPTX_2003_2_11410_0_77286_0_137100.pdf

79. „Umění outsiderů“ a jeho historický, společenský, politický a umělecký kontext, M. Rakušanová in Art brut, sbírka abcd, str. 279

80. Psychiatrie, J. Raboch, str. 16

První kniha věnující se výtvarným produkcím duševně nemocných vyšla v roce 1876, jejím autorem byl již zmíněný **P.M.Simon**. Této problematice věnoval dva články. Přelomová byla sbírka „Umění choromyslných“ od **Marcela Réji**⁸¹ „jež položilo základy toho, co se později začalo nazývat psychopatologie exprese“⁸² Postupně zde zpochybňoval diagnostický přístup E. Kräpelina a E. Bleulera, kteří vykládali tvorbu schizofreniků, jako projev rozbitého vztahu k sobě, ztrátu afektu, narušením subjektivity.

Za průkopníky v éře umění osob s duševní chorobou můžeme považovat **Waltera Morgenthala** a Hanse Prinzhorna. Walter Morgenthaler (1882–1965) působil v letech 1913 až 1920 jako psychiatr v ústavu pro choromyslné v bernském kantonu Waldau. Sbíral práce svého pacienta **Adolfa Wölfliho**, psychotika trpícího častými halucinacemi. Tvorbu sociálně izolovaného pacienta, kterého kultura a umělecké vzdělání neovlivnily.

Morgenthaler obrazy zprvu sbírá jako doklad vývoje pacientova stavu ale také ho zaujme jejich umělecká hodnota, jak píše Edita Žlebková⁸³

V roce 1921 vydává „Ein geistkranker Als kunstler“ - Duševně chorý umělcem

Největší pozornost však vyvolal v roce 1922 **Hans Prinzhorn** s „Bildnerei der geisteskranken“ – Výtvarná tvorba duševně nemocných

Vydání knihy způsobilo velký nárůst zájmu o problematiku a psychopatologii tvorby v dalším desetiletí. Zájem narůstal hlavně mezi profesionálními umělci, psychology, pedagogy a historiky umění.

Toto dílo svým obsahem fascinovalo a také ovlivnilo takové ikony moderního výtvarného i literárního umění, jako byli Paul Klee, Andre Bretona nebo Paul Eluard i Jean Dubuffet. Právě tito umělci se stali zastánci a propagátory surového umění, jako opravdovosti a upřímnosti.⁸⁴

Prinzhorn studoval nejprve dějiny umění na Vídeňské univerzitě, poté přešel k psychiatrii a skončil u psychoanalýzy. Díky tomuto ojedinělému vyškolení byl přijat na heidelberskou psychiatrickou kliniku; tady studoval a rozšiřoval svou sbírku umění, která obsáhla kolem 4500 děl od 435 pacientů, z nichž většina byli schizofrenici z různých ústavů. Prinzhornova kniha obsahovala vedle 187 obrazů z jeho sbírky „teoretickou část“, deset případových studií „schizofrenních mistrů“ a resumé „výsledků a problémů“. Byla tedy velmi výběrová a často si také protiřečila.

81. Marcel Réja byl pseudonym francouzského psychiatra Paula Meniera, který zkoumal tvorbu duševně chorých(umění po roce 1900)

82. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová, str.37

83. Bláznovství v obrazech umění II., E.Žlebková in Arteterapie 16/2008, str.22

84. „Umění outsiderů“ a jeho historický, společenský, politický a umělecký kontext, M. Rakušanová in Art brut, sbírka abcd, str. 285

Prinzhorn se na jedné straně vyhýbal diagnostickému přístupu a nacházel ve schizofrenních obrazech šest „nutkání“, která jsou ale přítomná také ve všech uměleckých kompozicích. Na druhé straně se nesnažil o estetický přístup a vlastně tím varoval před přímým srovnáním se „zdravým“ uměním.⁸⁵

Prinzhorn nicméně odkazoval k van Goghovi, Henri Rousseauovi, Jamesu Ensorovi, Erichu Heckelovi, Oskarovi Kokoschokovi, Alfredu Kubinovi, Emilu Noldemu a Maxovi Pechsteinovi.

A další spojení si vytvořili nejprve modernisté a po nich nepřátelé modernismu – neblaze proslulá byla nacistická výstava „Entartete Kunst“ na níž v roce 1937 byli modernisté jako Klee napadeni na základě spojení s šilenci.⁸⁶

Z modernistů se nejvíce věnovali umění duševně nemocných Paul Klee, Max Ernst a Jean Dubuffet. „často také experimentovali s fyzickými deformacemi, které evokují psychické poruchy více než formální hra.“⁸⁷

Jean Dubuffet se snažil zrušit hranici mezi normálním a abnormálním, avšak zároveň zdůrazňoval protiklad mezi brut – surovým, hrubým a kulturním – protiklad, který civilizaci spíše ratifikuje, než překonává. Dubuffet ve svém vlastním umění často reprodukuje tělesné deformace, které viděl v obrazech schizofreniků. Nevnímal je vůbec jako projev zranění, ale naopak jako nedotčené – právě nezraněné uměleckou kulturou, „kde mimikry hrají jen velmi malou nebo žádnou roli“.⁸⁸

Dubuffet je tvůrce označení art brut, Vytvořil si tento i dnes využívaný a živý pojem k souboru výtvarné tvorby mentálně postižených, duševně nemocných společně s domorodým, naivním a folklorním uměním. Art brut má být opozitum ke „kultivovaný“ a „kulturní“. Brut umělec je postavený do role radikální verze romantického genia osvobozeného od všech konvencí.⁸⁹

V roce 1924 vychází „L'art et la folie“ - Umělecké projevy choromyslných **Jeana Vinchona**. Tato kniha vyšla v r. 1931 i v Čechách v překladu MUDr. Eugena Markalouse. Vinchon je bývalý šéf kliniky a profesor lékařské fakulty pařížské univerzity. V předmluvě v českém překladu od MUDr. Janoty⁹⁰ vyjímám: „Mnoho se hovořilo a hovoří o podobnosti tvorby hypermodernistů s

85. Umění po roce 1900, str. 180 -181

86. Umění po roce 1900, str. 180 -181

87. Umění po roce 1900, str. 180 -181

88. Umění po roce 1900, str. 180 -181

89. Umění po roce 1900, str. 182

90. MUDr. O. Janota, který je autorem práce „Výtvarná díla duševně chorých“ (časopis lékařův českých)

tvorbou duševně choromyslných a díla hypermodernistů jsou často označována prostě za projev choroby. Podobnost tvorby je však většinou jen povrchní a výklad moderních děl choromyslností umělce obyčejně ukvapený a nesprávný.. Kniha se vyjadřuje jak k tehdy diskutovanému rozdílu či podobnosti v tvorbě expresionistů a duševně nemocných pacientů léčených tak k rozboru a znakům v tvorbě nemocných nejen schizofrenií, ale i toxikomanů, osob s demencí.⁹¹

V článku o Guggingu v A2, Pavel Konečný píše o důležitosti změny v přístupu k psychiatrickým pacientům. Citlivější vedení „ke stavům blízkým normálnosti“ pomohlo i nahlížení na obrazy duševně nemocných. „Výtvarné vyjadřování přestávalo být chápáno jako nutkavé jednání a stávalo se arteterapií, následně analyzovanou a interpretovanou jako diagnostická pomoc.“⁹²

Právě **Leo Navratil** přišel ještě jako mladý psychiatr na svém pracovišti v Guggingu s otevřenou podporou opravdové kreativity svých svěřenců. (..) Začátky svérázné cesty spadají do roku 1950, kdy nechal Leo Navratil po svém studijním pobytu v Londýně (inspirován projekčním testem americké psycholožky Karen Machoverové) své blízké, ale i pacienty záměrně vytvářet kresby pro experimentální účely. Již v následujícím roce mezi nimi objevil ke svému překvapení prokazatelně umělecky nadané jedince, jejichž svěží originalitu a původnost mu potvrdil i Jean Dubuffet, s nímž byl od roku 1967 až do jeho smrti v roce 1985 v pravidelném přátelském kontaktu. Mnoho dalších, zejména vídeňských umělců (např. Arnulfa Rainera) přivedl na psychiatrickou kliniku v Guggingu i hluboký zájem o jeho knihu *Schizofrenie a umění (Schizophrenie und Kunst)*, publikovanou v roce 1965.“⁹³

„Dr. Navrátil, na základě své praktické zkušenosti, oponoval představě, že arteterapie nemá nic společného s uměním: „Usiluji o objevení zvláštního talentu pacientů, v první řadě pro léčebné účely: musí být důležité, zdali je osoba schopna samu sebe vyjádřit specifickými prostředky jasným a rozlišitelným způsobem nebo jestli pro ni takové prostředky neexistují.“⁹⁴

91. Umělecké projevy choromyslných, J. Vinchon, str. 10.

92. Gugging je gugging je gugging, Pavel Konečný in A2, 16/2007– přístupné na: <http://www.advojka.cz/archiv/2007/16/gugging-je-gugging-je-gugging>

93. Gugging je gugging je gugging, Pavel Konečný in A2, 16/2007– přístupné na: <http://www.advojka.cz/archiv/2007/16/gugging-je-gugging-je-gugging>

94. Arnheim, The Art of psychotics, Art psychoterapy. Vol. 4 pp. 113-120.

95. Arnheim, The Art of psychotics, Art psychoterapy. Vol. 4 pp. 113-120.

„Poslední připomínky by se měly týkat tohoto hodně diskutovaného vztahu mezi uměleckou tvořivostí a psychózou. Představa „básníkovy šíleného pohledu“ je známá už od starověku a ve více rádobě vědeckém hávu poutala pozornost v 19. století. Naše vlastní diskuze odráží přesvědčení, že psychóza může působit jako katalyzátor uvolňující potenciální zdroje představivosti a formální organizaci. V tomto pohledu, mentální choroba neumí stvořit uměleckého génia, ale poskytuje přístup k nadání uloženému v mysli.“⁹⁵

1.2.1.3. Arteterapie v Čechách

U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V 70. letech vznikla na půdě Psychoterapeutické společnosti ČLS J.E. Purkyně arteterapeutická sekce, založená a vedená PhDr. D. Kocábovou. (..) V průběhu 80. let narůstala popularita arteterapie zvláště mezi studenty a absolventy speciální pedagogiky, neboť arteterapie byla začleněna do plánů výuky a počátkem 90. let zásluhou PhDr. M. Kyzoura bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie. V roce 1994 vznikla Česká arteterapeutická asociace.⁹⁶

ČAA si klade za cíl vytvářet vhodné podmínky pro národní a mezinárodní odbornou komunikaci v arteterapii, organizovat vzdělávací aktivity, výcviky v arteterapii, rozvíjet výzkumnou činnost, připravovat profesní statut. Asociace organizuje od roku 1998 pětiletý sebezkušenostní výcvik v komunitě SUR.

Při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích vznikl v r. 1990 Atelier arteterapie. Založil ho a deset let vedl pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour. Rožnovská škola je koncipována jako výcviková, předpokládající zážitkovou analýzu ve skupině. Klade důraz na praktickou zručnost studentů aplikování poznatků v konkrétní práci s artefaktem v klinickém prostředí nebo v oblasti speciální pedagogiky. Metoda je projektivní, přibližuje se nejvíc k dynamické psychoterapii s jejím kauzálním přístupem. K interpretaci se využívají zadaná témata, která jsou zpracována formou akvarelu a koláže a tzv. Akčním akvarelem.⁹⁷

96. přístupné na: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie/historie-arteterapie>

97. Základy arteterapie, J. Šicková, str. 28

1.2.2. Arteterapie s ohledem na schizofrenní onemocnění

Arteterapie představuje významný speciální přístup začleňovaný zhruba od 40. let v různých variantách do komplexní terapie duševně nemocných. S psychoterapií psychóz, na prvním místě schizofrenie, je spjata velmi těsně. Původní idea terapeutického využití výtvarné produkce byla inspirována právě zájmem o spontánní tvorbu schizofreniků, kteří podle statistik tvoří nejvíce ze všech psychicky nemocných.⁹⁸

1.2.2.1 Přístup ke klientům s duševním onemocněním v arteterapii

Jak již bylo zmíněno ve výše napsaných kapitolách, přístup ke klientům s těžším duševním onemocněním je specifický. V arteterapii se to nemění.

Vzhledem k tomu, že změna výtvarného projevu v průběhu psychózy je ovlivněna stejnými sebezáchovnými mechanismy, které formují psychotikův svět, je pokus o její direktivní ovlivnění riskantní, protože je přinejmenším na překážku vytvoření důvěry k terapeutovi. Direktivní terapeut je nesrozumitelný nebo ohrožující. Jakékoli ovlivnění pacientova vztahu k realitě je možné až po jeho předchozím přijetí.⁹⁹

Nedirektivnost však rozhodně nesmíme zaměnit s nedostatkem snahy pacienta motivovat a pomoci mu zorientovat se například zadáním konkrétních témat. Takový postoj by pacient oprávněně vnímal spíše jako nezájem než jako dobře míněnou snahu o toleranci. Terapeut může tedy sice zadat vyobrazení určitého předmětu, musí být však předem připraven na to, že pacientem vytvořený obraz nebude svým tvarem, barvou ani kompozicí odpovídat jeho vlastnímu vidění, a musí jej být na určitou dobu schopen dokonce spatřit pacientovými očima. Teprve prostřednictvím tohoto přijetí si vytváří prostor pro eventuální možnost pozdějšího, ovšem pouze velmi citlivého ovlivňování.¹⁰⁰

Významnou otázkou u psychóz je, zda interpretovat obraz či nikoliv, už z výše zmíněného textu, je patrné, že „přímá analýza potencuje pacientovu úzkost, vede k nevhodné retraumatizaci, rezultuje většinou v masivní introverzi a prohlubuje dezintegraci osobnosti.

98. Skupinová terapie psychóz, E. Syříšťová, str. 94

99. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti, J.Ledvinová in Arteterapie 02, str. 32-40.

100. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti, J.Ledvinová in Arteterapie 02, str. 32-40.

V kontaktu se schizofreniky jsme často konfrontováni se spontánní produkcí bohatého autistického materiálu, který automaticky proniká do oslabené sféry vědomí. Jeho analytická reprodukce je zcela zbytečná. Provádět jeho psychologickou analýzu v době, kdy pacient není schopen vědomě zvládnout a zkorigovat minulou nebo současnou traumatizující situaci, znamená jen prohloubit jeho bezmocnost a únik do autistického světa“.¹⁰¹

Je však třeba připomenout , že expresivní vstup do symbolu je zároveň katalyzátorem pro uvolnění emocí, které se k němu ve vnitřním světě člověka vážou. Pokud je určitý symbol spjatý s nezvládanými životními obsahy , bývá zpravidla silně nasycen negativními emocemi. Zároveň je okleštěna schopnost s takto vyhraněným prvkem svobodně zacházet, protože čím jsou emoce silnější a hrozivější , tím větší úsilí je vynakládáno na jejich potlačení - obsah svázaný s takto potlačenou emocí pak „není k dispozici“ pro volné použití. Přitom pacient zpravidla o svém skrytém symbolu neví – v opačném případě by s jeho konceptuálním obsahem neměl zásadní potíže, mohl by jej volně a bez nesnází vyjadřovat, byť třeba s jistou bolestí anebo tajně. Náhlé zjevení obrazu spjatého s potlačenými emocionálně nabitými obsahy proto může být doprovázeno nemalým utrpením.

Psychicky nemocný člověk v symbolické situaci se buď musí bránit příliš velkým „chladným“ odstupem , který nadmíru tlumí jeho prožívání a nedovoluje nacházet v symbolické situaci patřičné uspokojení, nebo naopak není schopen zaujmout postačující estetickou distanci a přinejmenším pro určitou, někdy i dlouhou dobu bolestně prožívá skutečné konflikty a skutečná trápení ze znovu zpřítomněné vlastní traumatické minulosti. Čím jsou tyto návraty hlubší, tím důležitější je úloha podprůměrného terapeutického prostředí, které je obklopuje.¹⁰²

1.2.3. Nároky na arteterapeuta

Nároky na terapeuta jsem si vypůjčila ze „Zprávy VÚP s“ 1984 Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi MUDr.Ireny Strossové Cs.c : „Ze zvláštností psychoterapie psychóz, které jsme zde jen stručně nastínili, vyplývají i zvláštní nároky na terapeuta, který psychoterapii psychotiků provádí. O některých jsme se již zmínili: je to především citlivý přístup, značná míra tolerance a trpělivosti a kladný emoční vztah k psychotickým pacientům. Snad základem všeho ostatního je kladný emoční vztah, s nímž souvisí i autentický zájem.

101. Skupinová psychoterapie psychóz, E. Syřišťová, s.52

102. Utváření a interpretování symbolu v arteterapii, J. Slavík in Současná arteterapie, str. 90

Kdo tento vztah k psychotikům má, dokáže k nim jistě i citlivě přistupovat, dokáže svůj opravdový zájem o jejich problémy přiměřeně projevovat a tím snadněji s nimi navazuje kontakt a terapeutický vztah. Schopnost tolerovat jejich negativní projevy se při jistém osobnostním základu dá vypěstovat. Konečně se terapeut při práci s psychotiky musí naučit velké trpělivosti: nesmí očekávat rychlé pokroky a vždy brilantní výsledky. Ani dlouhé týdny bez viditelného efektu ho nesmí odradit (často se drobné změny odehrávají uvnitř pacienta a teprve po delší době se projeví navenek), a "malý" úspěch je také úspěch."¹⁰³

Úkolem terapeuta je sledovat chování každého pacienta a nacházet na něm nějaký kladný prvek, který by terapeut mohl pacientovi sdělit. Mlčícího pacienta může pochválit za to, že vydržel na skupině až do konce, pacienta, který odjede předčasně, pochválit za to, že vydržel dvacet minut. Pacienta, který přišel pozdě, za to, že přece jen přišel. Pasivního pacienta lze ocenit za to, že během sezení dával pozor, pacienta, který poskytoval rady, byť zcela nevhodné, za to, že se snažil pomoci.¹⁰⁴

Co je tedy v terapii nebo arteterapii cílem, jak má tedy terapeut ve skupině s těžce duševně nemocnými postupovat, co je léčbou, nebo podporou míněno? Vracím se zpět do kapitoly Terapie – skupinová psychoterapie – čtyři fáze terapeutického procesu. Pokud je vše ideální, pacient prochází zjednodušeně fázemi: opatrného kontaktu, nabývání důvěry, vzniku závislosti a ulpívavosti, osamostatňování více či méně silnou obranou, a postupně terapeuta opouští, potřebuje ještě podporu v sociálních vztazích mimo terapii a pozvolné ukončování kontaktu. **Cílem terapie** zjednodušeně řečeno může být, aby klient podporu autority v budoucnosti již příliš nepotřeboval a byl si sebou více jistý a měl kvalitní život. Vymětal píše, jde „o obnovu a upevnění schopností žít důstojným životem mezi ostatními lidmi mimo nemocniční zařízení. To vyžaduje od terapeuta nárok nejen na jeho spolehlivost, schopnost propojovat vnější svět se světem nemocného ale i v trpělivosti. Vyžaduje opravdový zájem (nikoliv běžný profesionální) terapeuta o nemocného, jehož plně akceptuje. Úkolem psychoterapeuta je přiblížit se k pacientovi tak, aby pronikl do jeho psychiky a podporoval jej „zevnitř“.

103. Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi, I. Strossova, str. 4

104. Základy psychoterapie, Yalom in S. Kratochvíl, str. 249

Napomáhá postupnému integrování osobnosti a prolomení izolace tím, že je plně k dispozici a dává pacientovi přes své porozumění zažít lidskou blízkost, která je pro psychoticky nemocného důležité psychologické léčivé agens.“¹⁰⁵

Tak vysoký nárok se samozřejmě neobejde bez psychoterapeutovy schopnosti se také starat o sebe. K tomu si dovolím zmínit, že bez supervize, intervize nebo jiné smysluplné podpory kolegů a vlastního zázemí, kde může terapeut kvalitně relaxovat, nelze s takovýmto nasazením pracovat bez psychické újmy a následně bez psychické újmy svých klientů.

Tyto zásady jsou použitelné pro každého psychoterapeuta. Nároky na arteterapeuta v přístupu k lidem s psychózou se nijak neliší. Arteterapeut by měl mít ještě něco navíc. Pracuje s výtvarným projevem a výtvarnou produkcí. Měl by se dle J. Šickové orientovat kromě terapie i v dějinách umění, v psychologii umění, estetice, i v různých výtvarných technikách.¹⁰⁶

„Mluvíme-li o skutečné terapii, pak je nezbytné, aby sám arteterapeut měl hluboké teoretické zázemí. Bude-li on sám schopen (pro sebe) formulovat a vytyčit zákonitosti, koncept, prostě jisté paradigma, vytvoří tak prostor, ve kterém se bude pohybovat i klient. Právě v tomto prostoru se může uskutečnit léčba. (..) je třeba, aby arteterapeut byl schopen svou volbu obhájit, aby se z ní nestala „z nouze ctnost“. Toto vysvětlování se bude ještě dlouho odehrávat jazykem medicíny a vědy, a arteterapeut by ho měl být schopen, má-li se s ostatními kolegy domluvit.“¹⁰⁷

Ráda bych se také věnovala v této kapitole ještě nároku, který je na arteterapeuty často vyvíjen, nebo je samotnými arteterapeuty iniciován.

Vzhledem k tomu, že jako jediná psychoterapie zanechává za sebou stopu ve formě výtvarné produkce, je častou otázkou jestli je vhodné obrazy vystavit. Někdy jsem se s tím setkávala jako s podmínkou možnosti arteterapie v zařízení provádět - je poskytnut výtvarný materiál, prostory, atd. Někdy je to způsobeno přitažlivostí nebo zvědavostí – co se na té arteterapii děje.

Role arteterapeuta je i určité zachovávání bezpečného prostoru pro terapii, potom může být složité obrazy vystavit. Vystavení obrazů může být narušením vztahu, bezpečí, atp. zvláště pod nápisem: výstava duševně nemocných umělců - formulace názvu takové výstavy bývá obtížná.

105. Úvod do psychoterapie, J. Vymětal, str. 197

106. Základy arteterapie, J. Šicková, s. 58

107. Současná arteterapie, M. Šlemínová, str. 31-32

Terapeut se zde může dostat do tlaku – vyhovět požadavkům zaměstnavatele, kolegů či jiných osob a tím dostává do tlaku i svého klienta.

Je pro mě přijatelnější vystavovat práce, kde proces již proběhl a klient terapii ukončil, potom může být výstava dobrým „odchodovým rituálem“.

V této bakalářské práci se setkáte se situací, kdy klienti vystavovali a byli tak zvyklí. Byla to zaběhnutá aktivita z minulosti a přinášela do skupiny zajímavý zásah, změnu, se kterou jsme museli nějak zacházet. Bylo zajímavé, že u některých klientů se produkce v projektu „výstava“ výrazně změnila a více vykazovala znaky duševní poruchy, než v běžné tvorbě. Čímž netvrdím, že propukla akutní fáze nemoci. Je možné, že tu bylo u tvůrců počítáno s lepším hodnocením, zvláště po mnoha letech vystavování.

V opatrnosti k vystavování výtvarné produkce z terapie nacházím ještě oporu v článku: Prostor pro práci s příznakem v arteterapii od M. Kyzoura

„ Chtěl bych v tomto příspěvku upozornit na rizika arteterapeuta – experta – umělce se sklonem pěstovat patientské umění. Dochází zde k témuž paradoxu, jako v létech šedesátých, kdy se razil termín umění dětského. Učitel byl odsouzen žasnout nad dětskou spontaneitou, tvořivostí, nápaditostí..

(..)Výjimečně se vyskytne i kvalitní produkce – a zde začíná být kámen úrazu. Který arteterapeut si dovolí tohoto klienta zprůměrnit. (Ovšem víme, že každá psychoterapie zprůměrnuje, jinak řečeno socializuje.....). Raději to vystavíme na chodbu kliniky a tím ovšem fixujeme symptom. Může to být chápáno jako tzv. zapouzdření, ale nám by mělo jít – být na úkor umění – o kauzální vstup do procesu údravy. Nikoli jenom o dočasné tlumení příznaků.“¹⁰⁸

108. Prostor pro práci s příznakem v arteterapii, M. Kyzour, přístupné na: <http://www.arteterapie.wz.cz/3.html>

1.2.4. Znak ve výtvarné tvorbě osob se schizofrenií

V roce 1920 v době svého nadšení pro umění duševně chorých napsal Klee slavné „Tvůrčí vyznání“, kde se sdílí, jaký měl pro něj význam „primitiv, dítě a duševně chorý: jako obyvatelé „mezisvěta“, který „existuje mezi světy, jež naše smysly vnímají; stále mají – nebo znovu objevili – schopnost vidět“. Klee v tomto výtvarném vyjádření chtěl spatřovat nevinnost vidění ale odhalil intenzitu, která často hraničila s hrůzou – s hrůzou subjektu ztraceného v prostoru jako v *Perspektivně místnosti s obyvateli*, nebo hrůzou viditelných objektů, které se staly bytostmi jako v *Mistrově ložnici (Max Ernst)*.¹⁰⁹

„I nejosamělejší umělec stále zůstává ve styku se světem ...

Schizofrenik je naopak oddělený od lidstva a z definice není ochotný ani schopný obnovit kontakt s ním.. V těchto obrazech cítíme naprostou autistickou izolaci a strašný solipsismus, které zdaleka přesahují meze psychopatického odcizení, a domníváme se, že jsme v nich našli podstatu schizofrenického uspořádání“¹¹⁰

Přibližně v poslední čtvrtině 19. století v oblasti psychiatrie, vykrystalizovala diagnostická metoda, jež spojovala psychoterapii s tvůrčím a expresivním prvkem výtvarné tvorby, kde výtvarná vyjádření byla prostředkem k pochopení řady podob etiologie u různých psychických poruch.¹¹¹

Výtvarný projev duševně nemocných osob má tedy obecně platné prvky výtvarného projevu. Výchozím poznatkem psychiatrů podle M. Lhotové byla skutečnost, že výtvarný projev duševně nemocných vypadá jinak než zdravých a podle určitých znaků lze diagnostikovat chorobu. Dalším poznatkem byla skutečnost, že charakter výtvarné tvorby duševně nemocných se mění podle druhu a vývoje poruchy.¹¹²

Vývoj nemoci na výtvarném zobrazování je dobře patrný u Louise Weina, který pro obveselení své nemocné ženy začal malovat zvířata karikující lidské chování. Jeho obrázky se v anglické společnosti staly velmi oblíbenými, proto je i dnes můžeme snadno najít na různých internetových stránkách. Důvodem této zmínky je, že v důsledku těžkých životních událostí u L. Weina propukla duševní nemoc a na obrázcích koček, které postupně proměňuje až v ornamenty, je to dobře vidět.

109. Umění po roce 1900, s. 182-183

110. Umění po roce 1900), s. 183

111. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová , str.38

112. Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, M.Lhotová , str.38

Helmut Rennert, německý psychiatr, vydal v roce 1962 publikace „Die Merkmale schizophrener Bildnerer“. Definoval kriteria, kterými charakterizoval tvorbu schizofreniků. V knize „Hranice mezi uměním a psychiatrií“ se autor zmiňuje o kritériích H. Rennerta. Předně Rennert rozděluje dvě skupiny kritérií formální a věcné. Formálních sestavuje celkem 34 a věcných 54. V článku v časopise Arteterapie je do 14 kritérií sestavila Jana Ledvinová:

1. Vertikální posun úhlu pohledu
2. Barokně zdobené formy (cukrářský styl)
3. Obrazový salát
4. Využití plochy až k okraji papíru („horror vacui“)
5. Vepsání písmen
6. Kombinace heterogenních materiálů
7. Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty
8. Ornamentální stereotypie
9. Plochu zaplňující iterace figur, symbolů (pravidelně se opakující)
10. Stereotypní opakování, perseverace (nutkavost)
11. Geometrizace a schematizace
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky
13. Ztráta kompozice
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat ¹¹³

K Rennertovým kritériím se staví Hartmut Kraft ve své knize - Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie - kriticky

„Neměli bychom přehlédnout, že tento výčet (kritérií) měl význam pro práci některých pacientů v Prinzhornově době; kvůli změně charakteru nemocnic, kvůli nárůstu terapeutické nabídky (především bychom jmenovali pracovní terapii a tvorbu, resp. expresivní terapii) a kvůli od poloviny 50. let nepřetržitě se rozrůstající farmakoterapii, došlo k obrovské změně způsobu obrazové produkce.

S ohledem na úhrn kreseb a maleb zhotovovaných na dnešních klinikách tak patří charakteristiky stylu popsané Rennertem spíše mezi výjimky!

Vzhledem ke stále novému posouvání hranic umění, bude každý seznam znaků diskutabilní. ¹¹⁴

113. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti, J.Ledvinová in Arteterapie 02, str. 32-40.

114. Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, H. Kraft, str.59-60

H. Kraft varuje před rychlým a nerozvážným posuzováním malého množství obrazů obrazů:

(..)Seznamy znaků, jako ty vypracované Rennertem, se tedy ani nedají použít – resp. zneužít - jako diagnostický nástroj k tomu, aby se na základě jednoho nebo více obrazů stanovila diagnóza autorova duševního stavu. ¹¹⁵

(..)Čistě popisný přístup narazil v Rennertově práci na svou hranici; při pečlivém respektování těchto mezí, jsou popsány znaky ze seznamu bezmocné, například abychom průběžně zaměřili pozornost od prvního celkovému dojmu na jednotlivé formální a obsahové vlastnosti.

V kontextu osobnosti pacienta, jeho životních poměrů, jeho dalších řečových projevů a jeho chování může mít nápadné nahromadění jmenovaných kritérií význam, jak pro stanovení diagnózy, tak také pro posouzení průběhu nemoci. ¹¹⁶

Rakouský psychiatr Leo Navratil přinesl tak například to, že na jedné straně často pozorované přílišné akcenty (v obraze) a na druhé straně nedbalé obrysy souvisí s nejistotou v zacházení s afekty a s možností jejich zaplavením. Na tendence ke geometričnosti nahlížel jako na pokus kompenzovat novým řádem ztrátu reality, k níž došlo během nemoci. ¹¹⁷

115. Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, H. Kraft, str.59-60

116. Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, H. Kraft, str.59-60

117. Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, H. Kraft, str.59-60

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíle a metody

2.1.1. Cíle práce

Popis vývoje nebo změn výtvarné produkce klientů ve skupině a vlivů, které na ni mohou působit. Jedná se zde hlavně o vliv onemocnění, vliv změn v okolí klienta či v samotné skupině a v neposlední řadě ovlivňování působení arteterapeutky.

Tato práce si všímá právě těchto změn a vlivů, které produkci formují.

Vliv arteterapeutky zde má pomoci k nenásilné podpoře klienta v posunu ve výtvarném znázorňování, v reálnější tvorbě, ale i ke zpevňování, verbalizaci svých prožitků, relaxaci, podpoře přirozených vztahů ve skupině.

Práce má také hodnotit vhodnost využití terapeutického přístupu Rožnovské arteterapie v této skupině.

2.1.2. Metody

Využívám k cílům této práce metod pozorování, rozhovoru a srovnávání výtvarné produkce. Všímám si změn v chování i změn výtvarných. Pohled na výtvarnou produkci potom doplňuji kritérii, podle H. Renerta .

Ve výtvarné produkci si všímám si kompozice, barevné ne/vyváženosti, proporcí figur – pokud jsou, kompozice měkkosti či tvrdosti kontur.

Působení arteterapeutky na vývoj výtvarné produkce u klientů je redukováno vzhledem k těžkému duševnímu onemocnění klientů na výtvarné školení, podporu, nabídku a podporu pokud je u klienta snaha k zobrazení reality.

2.1.2.1. Rožnovská metoda

Dnešní rožnovské pojetí propojuje postupy a empiricky získané poznatky svého zakladatele (artefakt zrcadlí smyslovou zkušenost svého autora) s klasickou teorií snové práce (sen jako projev skrytých tendencí, zahalený výraz splněného přání).

Cílem rožnovských postupů je klientův vhled na problém spolu s proměnou v jeho způsobu zobrazování, která je výtvarnou metaforou odpoutání se od dosavadních stereotypů a vůle něco se sebou dělat.

Obraz je zde vnímán jako prostor ke komunikaci v řeči výtvarně symbolické a východiskem pro arteterapeutovy úsudky o momentálním stavu klientovy psychiky (analýza), současně poskytuje materiál k interpretaci, která je podmíněna společným úsilím arteterapeuta a klienta.

Interpretace a metodické intervence zde nejsou cílem ale prostředkem k dosažení posunu ve výtvarném vyjadřování klienta, který chápeme jako metaforu korekce jeho chybných vzorců při vnímání impulsů z vnějšího světa a dysfunkčních stereotypů uplatňovaných v mezilidských vztazích.¹¹⁸

Hlavním smyslem výtvarné činnosti v terapeutické oblasti je emocionální obohacování narušeného vztahu ke skutečnosti. Je-li člověk prolnut životní potřebou blízkého vztahu k reálné skutečnosti a jejího dokonalého poznání, je zapotřebí volit odpovídající výtvarnou formu, tedy konkrétní a figurativní vyjadřování zadaných témat. Iluzivně trojrozměrný artefakt jako rámec pro pěstování a výtvarné odehrávání fantazií, přání a iluzí svého autora je totiž metaforou rozměru jeho mezilidského kontaktu. Absence třetího rozměru (plošnost) nejenže činí z výtvarných reprezentací nezáměrně symboly, ale problém se znázorněním iluze vypovídá i o „všech smysly neohmatané“ skutečnosti, o problémových úsudcích, o nedostatku schopnosti zařazovat jevy do vzájemných vztahů (kauzalita). Výtvarná práce se tedy potom stává hrou znázorněných obsahů a souží jako trenažér pro operace se zobrazovanými skutečnostmi. (..) De facto jediné pravidlo této hry, která s sebou přináší především poznávací aspekt, je kritérium estetické. Poznatky z ontogeneze výtvarného projevu ale prokazují, že ani tuto řeč není možné považovat za „pravou skutečnost“ právě proto, že se mění v závislosti na situaci subjektu (např. Věk, osobní krize a nemoci, atp.). Je tedy prostředkem k vyjádření myšlenky, formou sdělovaného obsahu.¹¹⁹

Klient výtvarně zpracovává představu k zadanému tématu (pohádka, báje, mýty) a arteterapeut v případě potřeby do obrazu vstupuje svou výtvarně metodickou instrukcí, jejímž cílem není klientovu představu bořit, nýbrž pomáhat s její formulací a kultivací.

Arteterapeut je svým metodickým vstupem do klientem rozpracovaného artefaktu schopen ovlivnit výtvarné řešení a jeho konečnou podobu. Cílem metodického vstupu je dospět ke kompozičně a barevně vyváženému artefaktu, který je poměrně realistický, nejlépe iluzivní a figurativní. Metodické připomínky se nejčastěji týkají proporčnosti figur, kompozice, obsazení

118. Rožnovská interpretační arteterapie, M. Kyzour, přístupné na: <http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>

119. Vybraná psychoanalytická pojetí symbolu a vztah primárního procesu a snové práce, M.Kyzour in Arteterapie 15/2007,, str. 16-17

zlatého řezu, barevnosti ve smyslu komplementárních barev, poměru mezi barevnou skvrnou a kresbou, tvrdosti kontur apod.. Artefakt je pak výsledkem mnoha režijních změn, které si je jakoby svými hluchými místy (bloky) vyžádá sám, a je podobenstvím pohybu vrstev zamýšlených a popřených. Žádoucího výsledku je dosahováno „odpouzdřením“ racionálního konceptu vedoucího k výtvarně tuhému projektu, čímž dochází k uvolnění nevědomých pnutí nedestruktivní cestou využitím náhodně vzniklých efektů, kdy náhoda má vypadat jako záměr (a naopak), jestliže ji podrobíme výtvarnému zpracování. Akceptace metodických pokynů a jejich tvořivé uplatnění v dalších artefaktech napomáhá klientovi i ve změně náhledu na příznak a jeho významnost. (E. Perout)¹²⁰

2.1.2.2. Využití Rožnovské metody v této práci

Otázkou samozřejmě je, jak tuto metodu využít ve skupinové práci a s lidmi s těžkým duševním onemocněním. Metoda předpokládá dobré duševní zdraví a také odvahu ji podstoupit. Z vlastní zkušenosti vím, že je možné se metodě dobře a dlouho bránit. Navíc je Rožnovská arteterapie koncipována víc pro individuální práci s klientem ve skupině. Se skupinovou dynamikou příliš nepracuje. Zaměřuje se na roli obrazu a interpretaci v komunikaci arteterapeut – klient. Což nelze zřejmě řešit jinak.

Jak tedy může metoda přispět, nebo je jí třeba zcela odvrhnout? Pro mě osobně to byl nácvik v individuálním přístupu, který jsem do té doby neměla a ze kterého mohu dobře čerpat – jak mluvit, na co se ptát. Mohu využít i výtvarné vedení, které je ve skupině dobře využitelné – jak zasáhnout, co podporovat. V Ateliéru arteterapie jsem se naučila vnímat, jak obraz vystavět a jak pomoci klientovi. K vedení skupiny, podpory skupinových interakcí a vztahování se ve skupině čerpám z psychoterapeutického výcviku v komunitě SUR¹²¹ a mimo jiné i z literatury, o kterou se opírám ve výše popsanych kapitolách.

120. Rožnovská interpretační arteterapie, M. Kyzour citace E. Perouta, přístupné na:

<http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>

121. Skála, Urban Rubeš - Tento typ vzdělávání svým způsobem kopíruje skupinovou psychoterapii a zároveň i model terapeutické komunity. Budoucí psychoterapeut prochází sebezkušenostní: zažívá skupinový proces, je povzbuzován, aby hovořil o svých prožitcích, podobně jako o své minulosti, traumatech, vztazích s blízkými, vztahu sama k sobě. Výcvik je postaven na myšlence, že psychoterapeut musí nejprve dokonale poznat sám sebe – a k tomu je podle této úvahy nejlepším způsobem právě skupinová terapie. Teprve potom může pomáhat druhým. Přístupné na:

<http://psychologie.cz/psychoterapeut-co-je-to-za-cloveka/>, Terapeut - Co je to za člověka, P. Nepustil

2.2. Kontext skupiny

2.2.1. Organizace Fokus – Praha a denní stacionář

Fokus- Praha o.s. je nestátní nezisková organizace s tradicí od roku 1990, sdružující psychoterapeuty, socioterapeuty, pracovní terapeuty, psychology, sociální pracovníky a další pracovníky včetně dobrovolníků. Nabízí komplexní komunitní péči o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním v neústavních podmínkách.

Hájí práva a zájmy lidí s duševní nemocí. Snaží se, aby každý klient odcházel vyrovnanější, silnější ve svých vlastních schopnostech a lépe vybavený pro praktický život. „Svoji práci děláme profesionálně a s úctou a respektem ke každému.“ Jak si můžete přečíst na webových stránkách Fokusu-Praha.¹²²

Fokus – Praha je také rozsáhlá organizace poskytující převážně sociální služby (hlavně podporu v bydlení, zaměstnávání, sociální a právní poradenství, pomoc v krizi, aktivizační služby, poskytované osobám s duševním onemocněním a zdravotní služby.)

Zdravotní služby jsou aktuálně poskytovány v Denním stacionáři (dále jen DS).

Služby jsou poskytovány klientům s onemocněním z okruhu závažných duševních poruch (psychózy, mánie, deprese, těžké neurotické stavy, poruchy osobnosti).

Naším cílem je pomáhat těmto lidem i jejich rodinám lépe porozumět jejich onemocnění, lépe je zvládat, rozvíjet své schopnosti a samozřejmě i měnit a zlepšovat průběh onemocnění. Jádrem služeb je terapeutická komunita denního sanatoria. Pro klienty sestavujeme individuální program, individuální je i míra zapojení do terapeutické komunity.

V jeho prostorách spolupracují ambulantní lékaři – psychiatři, psychoterapeuti, psychiatrické sestry, kliničtí psychologové. Stacionář může také nabídnout expresivní terapie jak v individuální, tak skupinové formě. Kromě arteterapie i dramaterapii, muzikoterapii, taneční a pohybovou terapii a poetoterapii.

2.2.2. Historie skupiny

Skupina sahá svou historií do začátku Denního sanatoria. Zakladatelka skupiny a zároveň Atelieru expresivních terapií byla Dipl.KT. Beate Albrich.

122. přístupné na: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/o-fokusu-praha>

Od roku 2009 jsem arteterapeutickou skupinu převzala. Skupina zůstala v jádru zachována, nesestavovala jsem ji tedy ani jsem členy nevybírala podle nějakého klíče. Přišli ti, kteří měli zájem. Ve skupině jsem byla před předáním na stáži a mohla jsem vidět, jak se tam pracuje. Snažila jsem se zachovat stejné pořádky v zájmu zachování skupiny a péče o klienty, kteří ve skupině už byli dlouho. Ze vzdálenějšího pohledu, bych dnes jednala jinak.

2.2.3. Charakter skupiny

Arteterapeutická skupina v DS by se dala definovat jako malá přirozená sociální skupina. Původně vznikla jako dlouhodobá – časově neohraničená, otevřená skupina. Klienti mohou vstupovat do terapie průběžně a jejich působení nemá časovou hranici, záleží na nich, kdy se se skupinou rozloučí. Její funkce je podpůrná, udržovací, je stabilním prvkem pro člověka s psychózou. Tato otevřenost byla vnímána při vzniku programů v DS jako blahodárná, nestresující, vytvářející zázemí a bezpečí.

2.2.4. Cíle skupiny

„Cílem takto chápané psychoterapeutické skupiny je korekce sociálního chování nemocného ve směru sociální adaptace, která by mu umožnila reálnou uspokojující komunikaci v přirozených podmínkách normální sociální skupiny a plnění sociálních úkolů a rolí, odpovídajících jeho individuálním zvláštnostem. zároveň je terapeutická skupina významným zdrojem pocitů sociálního sebevědomí, jistoty a uspokojení z činnosti.

Cílem terapie u schizofreniků není úplné zrušení specifických forem percepce světa a reaktivity, ale pouze odstranění těch maladaptivních prvků, které jsou pro pacienta a jeho okolí zdrojem utrpení.“¹²³

2.2.5. Motivace klientů ve skupině

Skupinová arteterapie v DS na Břevnově vyžaduje od svých členů určitou komunikační dovednost, a samostatnost ve smyslu pravidelné docházky. Je tu tedy rozdíl od arteterapie v léčebnách a nemocnicích nebo různých domovech, kde je klient na skupinu doprovázen nebo je mu doporučena. Tam vznikají jiná úskalí, klient může být v odporu a nespolupracovat apod. V

123. Skupinová psychoterapie psychóz, E. Syřišťová, str. 60

kurzech, výcvicích a studiu má člen skupiny (i když je to příprava ne terapie, je svým způsobem členem skupiny) motivaci získáním absolutoria nebo osvědčením k výkonu arteterapie. V terapiích, kde si klient za službu zaplatí, se snaží pravidelnou docházkou získat co nejvíce.

Pro člověka, který tedy dobrovolně přichází do DS ze svého domova, má terapii hrazenou pojišťovnou, je potřeba vytvořit prostředí, do kterého přicházet chce, kde něco získává – profituje z něj a zároveň se může časem odpoutat a nezůstat závislým. Nelze tedy využít prostředků jako je odepření osvědčení nebo nevrácení peněz. Není zde nastaven žádný časový limit. Terapeut zde pracuje s klienty, kteří mají motivaci jinou. U některých, se jedná o pestrost a dostupnost výtvarného materiálu, u jiných prostředí, kde se cítí jistí, v bezpečí, protože si na něj zvykli. V této konkrétní skupině se setkávám s uvědomělým vyjádřením právě těchto zmíněných důvodů. Vnímám to jako důvody, za kterými mohou být ale i další. Je však zřejmé, že docházka se vynucuje obtížně a když se objeví nějaká překážka, či nepříjemnost, může klient snadno účast na skupině vzdát. Terapeut, jak již bylo nastíněno v kapitolách -skupinová psychoterapie a nároky na arteterapeuta- musí klientovi pomoci, aby se cítil na skupině dobře, aby mohl důvěřovat terapeutovi i skupině, hlavně v počáteční fázi terapie.

V ambulantních skupinách také terapeut často vnímá problémy svých klientů v oblasti sociální, bydlení a práce. Zde bych chtěla vyzdvihnout důležitou práci sociálních pracovníků a terapeutů, casemanagerů a jiných pracovníků v komunitních službách. Bez jejich kvalitní pomoci by totiž psychoterapie a zde tedy ani arteterapie probíhala složitě.

2.2.6. Vedení skupiny, výtvarné působení, společná témata

S arteterapií v DS zacházím jako s psychoterapeutickým přístupem, využívající možnosti výtvarného artefaktu ke kontaktu, komunikaci i práci na změně. Skupina pracuje s tématy, které přináší klienti formou verbální i výtvarnou, nebo je zadávám podle toho. Je dán i důraz na skupinové dění, na společenství, které vytváříme. Arteterapie zde nenahrazuje výtvarný kurz, nebo zájmovou výtvarnou činnost. Výtvarné dovednosti nejsou podmínkou.

S mým příchodem do skupiny se rozhoduji zachovat stávající strukturu a pravidla. Zdá se mi důležité poskytnout dosavadním členům jistotu, na kterou byli zvyklí a také poskytnout sobě čas na zmapování situace a skupinového dění.

Skupina se bude konat jednou týdně vždy na 1,5 hodiny. Tak, jak bylo dosud zvykem. Skupina je průběžná, otevřená, neohraničená – klienti mohou po předchozí dohodě vstupovat kdykoliv a zůstávají, jak dlouho budou sami potřebovat. Nemají žádný limit.

Struktura setkání také zůstává stejná:

v počáteční fázi 15-20 min. je možnost sdělení s čím kdo přichází, co potřebuje, co je akutní, jak se jim dařilo v týdnu a jestli není něco, k čemu by se vrátili. Event. je možnost nabídnout inspiraci z výstavy nebo jiný vizuální zážitek, který by se dal tvořit.

Zadám téma, které buď vyplývá z počátečního rozhovoru, nebo ho zadám tak, aby pomáhalo vývoji. Tématem může být i výtvarná technika. Potom se asi 60 min klienti věnují tvorbě. V této části je prostor pro moje pozorování a intervence. Individuálně během této doby zasahuji, koriguji nebo pomáhám se zvládnutím materiálu. Někdy se jen zajímám o to co vzniká a nechávám tvorbu volný průběh, to jsem volila hlavně na začátku nebo u klienta, který byl nový. V poslední čtvrt hodině je čas na sdělení průběhu své tvorby, shrnutí, malá výstava. V této části stejně jako v úvodu si klienti berou slovo samostatně, nejsou vyvoláváni. Někteří mají tendenci mluvit o druhém a sebe vynechat. Podporuji, aby mluvili víc za sebe, ale k ostatním se samozřejmě vyjadřovat mohou. Snažím se dávat důraz na přítomné dění.

Někteří přicházejí i hodinu před skupinou, aby už malovali své obrazy, protože se jim skupina zdá příliš krátká na malování. Jiní mají své obrázky hotové už během několika minut a chtějí odejít. Jeden muž pravidelně odchází takto ze skupiny prý už mnoho let. Na úvodu téměř nikdo nic neříká. Na konci každý vyvolává toho druhého.

Skupina je hodně nesourodá a je zde málo možností k interakcím.

Výtvarná práce je netečná k tématům, které zadávám. Přičítám to počáteční nedůvěře. Tím, že nikdo nesděluje, s čím přichází, nebo co potřebuje, je těžké témata zadat aktuálně.

Zadávám **témata** jako *bezpečné místo; prostor, který nás chrání; ochránce*; Nosím materiál těm, co jsou unavení až na stůl, podporuji ty, kteří chtějí jen malovat, protože jsem ráda, že alespoň něco vzniká.

Nejdříve začínám měnit témata, abych tak skupinu rozhýbala - osvědčují se spíš výtvarné techniky, než témata – čerpám z Atelieru arteterapie - rozpíjení barev na mokrému papíře, vosková rezerva, uhlová rezerva

Technika *ohně a vosk* je tedy převzata z voskové rezervy, kterou jsem si vyzkoušela v Atelieru arteterapie u Paed. E. Perouta. Pro klienty skupiny se stává atraktivní a většina ji vyzkouší (obr. č. 22). Patří k technice, která má pomoci se uvolnit. Nekladu zde nároky na výsledek, nevznikají tedy stromy ani jiné konkrétní objekty. Technika má nakonec až rituální charakter. Je zapotřebí zabezpečit oheň tak, aby se ho klienti nebáli (možná přehnaně pečují, ale má to výsledky). *Z jiných nízkoprahových skupin jsem už věděla, že mají klienti z ohně strach. Pomocí zabezpečovacích prvků se daří strach překonat.* Spočívá to v tom, že zapalují od svíčky špejli a tou rozehrívají voskovku. Když se oheň moc rozhoří, mohou špejli odhodit do sklenice s vodou. Po chvíli se ohně bát přestávají a dovolí si víc experimentovat. Využívají různé nástroje a

pomůcky, aby toho vosku bylo víc najednou. Vzniká nakonec opravdu spíš abstrakce, ale klienti sahají po různých barvách i při dokončování akvarelem.

V budoucnosti techniku opakuji a vždy se osvědčí. Také zde funguje skupinová práce. Lidé si musí mezi sebou pomáhat, upozorňují se vzájemně na hořící oheň, obdivují jeden druhého, půjčují si omezený počet výtvarných pomůcek. Mluví na sebe – ano, to je obrovský pokrok! Na konci se daří o obrazech dobře a volně hovořit, terapeut není skoro důležitý. Skupina se nějak vždy „rozehřeje“. Existují i jiné techniky využívající oheň – malování cukrovou vodou a následné zahřívání nad svíčkou, atd..

Na této technice je však vnímatelné, že ji přizpůsobuji možnostem těchto klientů. I když techniku popisuji jako uvolňující aktivitu i zde se projevuje nedůvěra, uzavřenost, úzkost, autismus.

Místo témat o jistotě a bezpečí se teď více soustředím na pravidla a dodržení struktury, což může také přinést určitou jistotu. Začínám pravidlem, že atelier i sklad s materiálem jsou přístupné až se začátkem skupiny. Což se Karla velmi dotklo a přinese koupennou novou barvu, kterou použil. Anna se zlobí, že nic nestihne a žádá, aby se úvodní a závěrečné „povídání“ zrušilo. Nepřistupuji na to i přesto, že nikdo nic neříká. Karel a Anna možná dávají svým chováním najevo něco skrytého, ale faktem také je, že rádi malují. Líbilo by se jim, kdyby toto byl spíš umělecký atelier, oni mohli volně tvořit a já bych se snažila díla prodávat. Zde se zastavuji a potřebuji si ujasnit, jakým směrem chci jít. Jestli chci podporovat umělecké nadání vybraných klientů a nebo být arteterapeutka ve smyslu psychoterapie. Obojí při objemu své práce nestíhám. Nejsem schopná se starat o jejich práce a prodávat je. Takto se svým klientům přizpůsobit nechci. Také si uvědomuji, že Karel s Annou už terapeutickým procesem prošli a jejich stagnace ale i stabilita umožňuje rozvíjet se právě v tvorbě.. Nedokážu však skloubit obojí v jedné skupině – uměleckou práci a akutní klienty, potřebující terapeutickou podporu.

Úvodní čas na sdělení a vybírání tématu se začíná víc zaplňovat. Zatím tedy mluvíme hlavně o tom, jaký kdo měl zážitek z obrazů na výstavách, ale je to úspěch. Mimo jiné i to, že někteří zvláště uzavření a stydliví klienti sami došli na výstavu například do Valdštejnské jízdárny.

Dále jsem pro pocit vyváženosti podporovala skupinu v reálném zobrazování prostoru, objektů, světla a stínu. Tato a příbuzná zadání jsem opakovala v čase několikrát. Většinou přinášela do skupiny zklidnění, soustředění. Je to však úkol obtížný zvláště pro výtvarně neškolené klienty. Někteří řeší úkol pravítkem, jiní zmenšením formátu, či obojím. Nebo, alespoň v prvním roce mé spolupráce, se někteří klienti s tímto zadáním vyrovnávali tvorbou objektu v prostoru. Zdálo se jim to snazší. V tvorbě reality vždy pomáhala předloha, ale i to byl často problém. Zjistila jsem, že lépe pomáhá ne-skutečná předloha – tzn. předloha namalovaná

někým jiným. Pracujeme tedy s reprodukcemi, knihami o umělcích atd. Obr. č. 47, 55, 91, 67, 68. Považuji to za jakýsi předstupeň vidění reálných předmětů. Hlavně jsem byla spokojená s tím, že klienti byli ochotní se do toho pustit. Postavený předmět uprostřed stolu, nebo krajina, objekt či postava z vlastní představivosti, k tvorbě nelákaly.

Společný obraz je vždy pokusem o stmelení, sblížení ve skupině. Pomáhá ve společném prožitku a tím i k pocitu sounáležitosti – nebýt sám. V počátečních fázích se to nedařilo. Spolupráce byla velmi rozpačitá a ten jeden jediný, který o to stál, se ostatními cítil odmítnutý. Přispívalo to tak spíš ke zraňování. V pozdějším období s moji silnou podporou se však spolupráce několikrát podařila a klienti si hodně vážili společného obrazu (Karel, Pavla a Klára).

Ráda bych položila otázky prostřednictvím témat jako *matka a dítě, já partner a jeden z rodičů, nebo rodinnou koláž*, atd. Netroufám si z počátku, ale i když je zadám, jsou nepřijata. Toto bych ráda více přiblížila v kapitole „zhodnocení použití arteterapie vyučované v Atelieru“. Pracujeme s tématy, jako je *stabilita a nestabilita; odpočinek; co mě štve*, avšak nic významného z nich nevyplývá. Potom sami klienti přinášejí téma *hodnota díla = pracnost díla*. Zde se Anna může vyjádřit a vyslovit svoje cítění. Svou výtvarnou činnost (popsanou v kapitole Anna) vnímá jako velmi pracnou a tudíž hodnotnou. Karel přichází na to, že když je jeho výtvarná činnost hodně pracná, cítí se v napětí. Ne všech se ale téma dotýká. Jirka je například tak unavený, že usne na stole. Výtvarnou techniku převzatou z Atelieru arteterapie *uhlová rezerva* nabízím podobně jako voskovou rezervu s úspěchem. Černění je například u Anny velmi uvolňující. Avšak dokončení se jí nedaří, jak chce Obr. č. 10.

Občas se zpětně objevují témata, která jsem zadávala v minulosti. Jako u Anny *matka a dítě, rodina* – v podobě betlému. Nebo při projektu „plátno“, kdy se zase k tématu matky a syna vrací Karel (obr. č. 28). S Ivanou se k tématu dostáváme až v individuálním přístupu po jejím skončení ve skupině (obr. č. 51).

Téma, které je pro mě, jako pro vedoucí skupiny důležité zadat, je *pro co si přicházíte, co dostáváte a jak se ve skupině cítíte?* Zmíním Karla, který má pocit radosti, když vidí krabičku s barvami, které smí použít. Dodává, že se těší na Anniny obrazy. Anna se k svým pocitům nedostane, vytkne mi, že je tu málo odstínů barev kříd. Jirka se cítí ve skupině jako v bezpečí, podobně se tu cítí i Ivana (obr. č. 44.) a Pavla to neví, ale líbí se jí, že to může nevědět a nic se nestane – žádný trest nepřichází. Na tuto otázku všichni odpověděli verbálně i výtvarně tak, jak dovedli. To ukazuje, jak těžké je pro terapeuta skupinu vést.

Dalšími tématy jsou např. *místo bez stresu; malovat, jako když je mi dobře*. Anna (obr. č. 7.). Není však jasné, jestli Annu zadání nějak ovlivnilo. Anna sdílí, že se snaží vždy tak malovat, aby jí bylo dobře. To je srozumitelné, nechce se dostávat k tíživým a bolestným tématům, jako je

partnerství, mateřství, nebo původní rodina. Od obrazů je potom citově odštěpená, nemá k nim žádný vztah.

V zadání – *malujte prostě jinak, než jste zvyklí* – se Karel brání, že by rád měl takové téma zadané předem. Je to téma nejasné. Neví si rady.

Téma, které jsme si dohodli ve spolupráci s německou psychiatrickou léčebnou v Berlíně zní *Hlava*. Je zrovna pro Karla velkou radostí. *Hlava* vnáší do skupiny novou aktivitu. Toto jasné a srozumitelné téma poskytuje oporu a nečekanou tvořivost. Tu si vysvětlují i tím, že obrazy budou vystaveny na Berlínské radnici. Což možná přináší i velký tlak a nárok. S tématem nás ale baví si pohrát. *Hlava* vybízí k portrétu, ale i ke hře se slovem. Vznikají nová témata jako *hlavní*; *Nevím, kde mi hlava stojí*, *Hlava otevřená*, *hlavní město módy*, *hlavně nenápadně* a různé další hříčky. Mohu dodat, že pro německé přátele jsme se stali trochu nesrozumitelní.

Anna a Karel vzali tuto událost velmi vážně a zodpovědně. Ve skupině vznikala rivalita a konkurence. Jediný úspěch ale měla Pavla s uhlovou rezervou a Karel s Hlavním městem módy - koláč Eifelovky, vytvořené ze samých kravat vystříhaných z katalogů. Bohužel obrázky nemám k dispozici.

Už dříve jsem si začala všímat rozdělenosti skupiny. Na nové a dlouhodobé účastníky skupiny. Na tématu hlava se projevila nechuť ke skupinové sounáležitosti. Částečně je to právě výtvarným požadavkem, ale tento problém krystalizuje už delší dobu. Snad lze namítnout, že do této bakalářské práce problematika skupinové dynamiky nepatří, protože se netýká arteterapie a výtvarného vyjadřování přímo. Ale nelze se od ní oddělit, nelze si všímat jen obrazů.

Charakter sdružení, nebo stacionáře, kde se skupina odehrává, je mimo jiné takový, že je útočištěm pro chronické pacienty. Totiž poskytuje jim zázemí. Je otázkou jestli také „chronicitu“ těchto pacientů nepodporuje. Uvědomila jsem si to právě na tomto případě. Když skupina není časově ohraničená a je „věčná“, schopnější klienti sami odcházejí ale ti, co jsou více nemocí postiženi, zůstávají. Tím se skupina logicky časem naplní právě takovými klienty. To se stalo i zde. Nejde jen o Karla, Annu a Jiřího, ale o další tři. Tím je tu šest stálých, pravidelně docházejících klientů, kteří nechtějí žádnou terapii, ale spíš výtvarný klub. Nově příchozích je menšina přicházející po jednom a nemají šanci se ve skupině dočkat nějakého posunu, přijetí nebo nějaké jiné reakce. Také mají strach, že tu zůstanou tak dlouho a raději hned končí. Takto se naplnily i ostatní skupiny ve stacionáři. Problém se v týmu diskutuje velmi bouřlivě, pohled není jednotný, protože je tu velký strach o ty co by měly skupinu ukončit, ale také obava o nově příchozí, kteří potřebují akutní péči. Nikdo, mě nevyjímaje, nemá kapacitu na to, aby vedl ještě jednu skupinu účastníků, kteří jsou stabilní a vlastně už schopni být jen v občasném kontaktu,

jsou již celkem samostatní, svou nemoc zvládají vnímat a včas se o sebe postarat. V budoucnosti se ukázalo časové ohraničení skupiny jako jediné řešení. A chroničtí klienti se ukázali jako zase ne tak úplně chroničtí ale celkem samostatní a sebevědomí.

Zde je tedy v průběhu skupiny důležitý mezník. Konec, prožívání konce, zvědomování pocitů, podpora směrem „ven“ s určitou získanou výbavou. Ukončování je velmi individuální u každého z členů této skupiny a je tedy součástí následujících „Příběhů členů skupiny“

2.3. Příběhy členů skupiny

Na tomto místě si dovolím ještě malou statistiku - během těchto čtyř let prošlo skupinou celkem 32 klientů, z toho čtyři odešli hned po první skupině, šest odešlo ze skupiny od jednoho do dvou měsíců. Deset členů zůstalo po dobu nejméně čtyř let. Ostatní (12) odcházeli v průběhu, ale působili ve skupině nejméně jeden rok.

Pro tuto práci jsem zvolila osm členů – tedy úzký výběr – tito lidé se během čtyř let ve skupině potkali a nějak na sebe reagovali. Zároveň zastupují členy, kteří byli dlouhodobě i ty, kteří přišli později. A také byli ochotní ke spolupráci – tedy poskytnout část svých obrázků pro tuto bakalářskou práci.

Na začátku je jejich vstupní anamnéza, odebraná při začátku naší spolupráce s diagnózou, počátky nemoci, rodinným zázemím atd. V zájmu zachování jejich anonymity jsem změnila jejich jména a neuvádím žádné identifikační údaje. Údaje jsou sebrány ne kvůli posouzení stavu na začátku a na konci, ale k představě o člověku se kterým pracuji.

Uvádím i jejich životní mezníky, pokud jsou mi známy a pokud jsou důležité pro tuto práci. V první řadě se sice zabývám jejich tvorbou, ale není možné ji oddělit od nemoci či zdraví, životních událostí a vzájemného působení ve skupině. Proto jsou spojené i v tomto textu.

V odstavci – „průběh spolupráce, arteterapeutická intervence“ popisují svoje působení a spolupráci s jednotlivými klienty.

Je zde popsáno pozorování chování ve skupině, při tvorbě a sebereflexe přístupu arteterapeutky. Uvádím zde hlavně situace, které přinášejí nějakou změnu odrážející se i na výtvarném projevu. Změna je zde vzhledem k charakteru onemocnění, kterým klienti trpí, nejen k posunu ale i propadu.

2.3.1. ANNA

Anamnéza

věk 54 let

Rodinná A

Oba rodiče osmdesátiletí. Stav přiměřený věku. Žijí u druhé starší dcery nedaleko Prahy. Přestěhovali se za ní v roce 2001 ze Slovenska. Sestra se do Čech provdala v r. 1981. Anna nechtěla zůstat sama, přestěhovala se k sestře také.

V rodině se duševní porucha nevyskytuje.

Vztahy v rodině Anna vnímá jako dobré - jako všude jinde

Vlastní rodinu nemá

Sociální anamnéza

studovala gymnázium a VŠ obor potravinářství

Neměla v dětství žádné psychické potíže. Měla kamarádky, přátele. Vztah s mužem neguje.

Žila devět let před stěhováním za sestrou v samostatném bytě.

Nyní žije v chráněném bydlení Fokusu – Praha o.s. Má kontakty přes několik organizací pomáhajících lidem s duševním onemocněním. Vztahy mimo tuto komunitu nemá. Pracovala v chráněné rukodělné dílně. Nyní je ve starobním důchodu.

Psychiatrická anamnéza

První potíže v posledním ročníku na VŠ. Nechtěla dostudovat. Spolužáci ji museli doprovodit ke zkouškám. Po promoci se zhroutila. Měla strach o svůj život, někdo jí chtěl zavraždit. Od r. 1980 do r. 1985 opakovaně hospitalizovaná, užívala medikaci, pracovala. V r. 1985 převedena do ID, ulevilo se jí a hospitalizace byly asi jednou za pět let.

Nynější onemocnění

Nyní bez relapsů. V roce 2005 hospitalizovaná v psychiatrické léčebně naposledy. Převezena sanitkou, kterou přivolali rodiče. Nerozumí proč.

Nynější psychický stav

vědomí vigilní; orientovaná časem i situací

vnímání bez halucinací

myšlení je adekvátní, souvislé, bez latencí; bez paranoidní nebo bludné produkce

řeč tichá, plynulá, přiléhavá

emotivita přiléhavá

nálada v normě

psychomotorika snižená

náhled na nemoc má

osobnost ovlivněná psychózou

sebevražedné myšlenky nemá

Abúzus

neguje

DG

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Výtvarný projev na začátku naší spolupráce

Anna je ve skupině už čtyři roky. Je to zatím jediná její zkušenost s psychoterapií. Má svůj styl a až stereotypní způsob tvorby i fungování v atelieru. Zůstává většinou u stejného formátu A3 a používá dlouhodobě jeden druh výtvarného materiálu, který časem vymění. Styl se však vždy podobá, tvoří v sériích. Anna je na výtvarnou práci vždy dokonale připravena. Je v atelieru včas, má rozložený malý stolek, na něm barvy, připravený papír na malířském stojanu. Někdy stihne obraz už před začátkem skupiny načrtnout.

Ráda maluje a kreslí květiny ve váze, jejichž okolím se nezabývá. Výrazným znakem jejích výtvarných prací, jsou černé kontury, kterými všechny předměty v obraze zpevní. Plasticita objektů chybí. Většinou mají charakter výšivky, která výtvarnou práci předchází. Nejdříve si koupí předtištěný obraz na plátně, který vyšíje a poté si malou verzi obrázku přinese na skupinu a totéž nakreslí, namaluje. (obr. č. 3,4,5).

Pracuje výhradně se snahou o realistickou kresbu.

Postavy zřejmě kreslit zvládá ale nyní se jim vyhýbá.

Anna používá nyní všechny barvy, žádné z nich se významně nevyhýbá.

Během prvních měsíců naší spolupráce přijdou z výstavy z Berlína obrázky, které Anna malovala asi před dvěma lety. Může být zavádějící, přidávat obrázky do této práce, spolu jsme je nemalovali, přesto jsou zajímavé v kontextu jejího výtvarného vývoje (obr. č.1, 2) a změn. Dávám je sem i proto, že jsou úplně rozdílné od tvorby kterou u od ní aktuálně vidím. Anna sama o nich říká, že jsou na výstavu s tématem „To cizí“. Na obrázcích jsou patrné spirály a geometrizace lidských postav. Prostor chybí nebo je opět geometricky naznačen. Anna si nevzpomíná na to, že by se cítila v době této tvorby nějak jinak. Jinakost obrazů vysvětluje tak, že vždy rozlišuje malování doma (kde tvoří abstraktně), v atelieru a na výstavě.

Stanovení cíle

Vzhledem k tomu, že je Anna již delší čas součástí skupiny a chce jí zůstat i nadále, snažím se zjistit, k čemu arteterapie zatím pomohla. Anna se ve skupině cítí jistě a v bezpečí, má tu vazby a vztahy. Dokázala si během čtyř let najít stabilitu a každá změna, která by se mohla stát v ní

vyvolává úzkost, že by došlo k relapsu a obávanému pobytu v léčebně. Zrovna takový systém si vytvořila i výtvarně, jak popisují výše. Její způsob tvorby ukazuje na zapouzdření, „zaléčení“ a stabilizaci.

Nový přístup by mohl Anně pomoci v jejím systému rozvíjet to, co umí. Tedy víc pracovat s reálnými objekty, proporcemi, barevností, kontextem, aniž by bylo něco dosavadního rozbíjeno. Mohla by získávat větší sebevědomí, víc se dívat na reálný svět, zkoumat ho a zobrazovat co nejvěrněji. Anna ve své stabilitě může posilovat svoji schopnost snést nějaké menší změny.

Průběh spolupráce, arteterapeutická intervence

Anna potřebuje velkou míru jistoty. Přemýšlím, jak ji může získat jinak, aby se uvolnila v malování. Vždy se ujišťuje, jestli je dost barev, jestli jsou „její věci“ na místě. Často se ujišťuje, jestli vše zůstane, jako za minulé arteterapeutky.

Pro Annu je velkým tématem hodnota obrazu, cítí, že když se s obrazem dlouho (několik hodin) a pečlivě zaobírá, má hodnotu. Rychlé uvolněné akvarely nepovažuje za hodnotné, protože u nich odpočívá, což nechce. Na příštím setkání má Anna vždy opět připravenou výšivku

Není zvyklá zapojovat se do skupinového tématu. To, že neví předem, co bude malovat, jí nevyhovuje. Dostává se však do jiného napětí – co se stane, když nesplní úkol zadaný novou arteterapeutkou? Jít do neznáma nebo se držet své jistoty a odporovat tak autoritě?

Na zadání netrvala jsem netrvala, její problém byl tedy zatím vyřešen. Přesto její účast u stolu vítám, když se sama rozhodne. Podporuji jakékoliv její snahy se alespoň trochu zapojit, inspirovat.

Po krátkém čase Anna mění materiál z křídly na temperu, opět se dobře připraví. Do skupiny jí nenutím. Anna si přesto hledá cestu sama a opatrně. Vybírá si náhodně obrázek z časopisu, jako její kolegyně. Líbí se jí Princ Charles vyfotografovaný při jízdě na koni. (obr. č. 6)

Ve skupině to způsobí zájem. Do té doby se ostatní o její obrazy příliš nestarali. Všichni to obdivují a ptají se, kdo to je. Anna se sice směje, ale verbálně vyjadřuje, že je jí nově získaná pozornost nepříjemná.

Anna je do obrazu ponořená ještě několik týdnů, přijímá moji pomoc. Potýká se s proporcemi i prostorem. Podporuji Annu, aby ty černé kontury vynechala, nechávám se trochu unést radostí ze změny a nadějí, že Anna zvládne víc. Pokouším se jí vzít černé kontury výměnou za použití černé na stín nebo aby nějaká část byla opravdu černá. Anna se ale tak výrazně brání, že je jasné, že je to na ni moc. Musím si uvědomit, že na ni nemohu tak naléhat. Ustupuji. Anna se vzdá obrysů na horizontu a pokouší se ztmavit prostor pod koněm, který však

jakoby skákal rovnou do vody .

Svoji silnou obranou ve mně Anna vzbuzuje obavu z toho, že bez černého armování objektů se rozpadne i ona. Její stabilita, kterou si dlouho budovala, závisí na vytvořených a dobře zaběhaných rituálech.

Anna se pokouší o venkovní prostor, i když je horizont vysoko a tvoří ho jakýsi rostlinný ostnatý drát, není to už bílé pole, jako dosud. Anna se hodně soustředí, je unavená. Na perspektivu už jí nezbývá kapacita.

Pak už si Anna zkouší malovat s novou zkušeností sama. Chce lépe zvládnout krajinu. Původní moje intervence ve skupinovém tématu směřuje k vyzkoušení zimní krajiny bez běloby. Anna (i většina skupiny) to ignoruje. Celá skupina, ale Anna nejsilněji, brání se vodovkám. Nechápe, že ve vodovkách není bílá. Jde si pro tempery. Opět hodně hodin a pracně krajinu zpracovává.

Při jejím povzdechu, že je obraz tak studený, využívám situace a nabízím prostor obsadit lidmi. K dětem, které namaluje se můžeme vztahovat. Mohlo by to být její dětství - ona a bratranec. Je to zatím jediný možný vztah, který se ukazuje.

Pozastavuji se nad Anninou tvorbou – květiny ve váze, korunní princ, domy, věže, ..nelze se ubránit symbolickému vyjadřování Anny. Myslím, že je pro Annu užitečné otvírat témata vztahů s muži, s otcem. Anna má však jediný cíl, udržet si rovnováhu. Respektuji to. Jinak je na Anně nebo na ostatních členech skupiny, kdy budou sami schopni mluvit například o svých vztazích.

Na obrázku „Betlém“ (obraz č. 8) mě zaujalo, že postavy rodičů nemají nohy. Končí v jesličkách. To by mohlo rovněž odkazovat k tématu Annou nechtěného odchodu rodičů do Čech. K čemu by bylo dobré, kdyby rodiče nemohli chodit? Mají zůstat v jeslích? Je to záhadné, a Anna sdílí: „myslela jsem paní Lenko, že si toho nevšimnete – spěchala jsem, nohy mi tam překážely, jesle by s nimi tak nevynikly. Obraz i když s postavami je bez prostoru – ten je nahrazen jakýmsi oknem nebo dalším obrazem. Snahou o vyplnění prázdnoty jsou opět ostré objekty tentokrát chomáče slámy, které jsou i v jesličkách.

Po vánocích se Anna těší do skupiny, sdílí, že týden nevyšla vůbec z bytu. Až teď kvůli skupině. Uklízí si v deskách a spoustu obrázků roztrhá a vyhodí. Většinou jde o starší obrazy, náčrty. Nedbá nic z toho, že se jí snažím zastavit. Trhá obrazy s obrovskou silou a vervou.

Nabízím uhlovou rezervu, kde se může vybit při začernování, to jí jde dobře. Anna při nadějně tvorbě hlavy zúzkostní nebo se lekne. Obrátí obrázek a udělá z hlavy vázu s květinami. Vybírání černé barvy jí nejde, jak by si představovala. Okamžitě to vzdává. Je celá umazaná, to se jí také nelíbí. Tak si vezme na pomoc bělobu. Omlouvá se za to. Změna na ni byla příliš radikální ale poradila si.

Podporuji Annu k tomu, aby se pustila do studií portrétů i lidských postav. Přijímá to. Vnímá to jako svou další cestu. Zkouší nejdřív svá oblíbená zátíší. Časem ale nosí i obrázky vytvořené mimo atelier – nádherné studie zvířat v zoo. Nemám k dispozici.

Zadané téma „matka a dítě“ (obr. č 11) Anna přijímá a řeší také právě uhlém. Je otázkou jestli je to předchozí prací s uhlém nebo samotným tématem, že ho volí bez barev. Nabízí se prozkoumat vztah Anny s její matkou, přes Jirkův náročný projev na skupině bohužel nemáme k tomu příležitost. Anna může jen říci, že matka je pro ni tak důležitá, že když se odstěhovala za její mladší sestrou do Čech, nedokázala sama na Slovensku zůstat. Emoce kolem takové velké změny, ale vyjádřit nedokáže.

Anna poprvé sdílí, že jí na skupině není dobře. Jiří je už dlouho v období své mánie a Anna se cítí unavená

V dubnu 2010 musíme splnit zadání na společnou výstavu s podobným zařízením v Berlíně. Tématem „hlava“. Anna je soustředěná, zamyšlená a uzavírá se před námi. Po dlouhé přípravě, těsně před odevzdáním do Berlína, konečně svůj obraz vytvoří. Obraz č. 12 je kopie původního, protože do něj kápala kaňka tuže. Annu to zklamalo, koupila si fixy a obraz předělala. Modrá část jsou číslice stále se opakující od 1 – 9 a červená část jsou písmenka stále se opakující abecedy.

Anna se také poprvé svěřuje s tím, že by se ráda živila jako výtvarnice. Hodně na tuto výstavu sází, doufá v úspěch.

V dlouhém následném období se Anna vrací opět ke květinám ve váze. Změnilo se to, že po mnoha intervencích domalovala květinám alespoň nějaký reálnější kontext. Dokonce obraz odloží bez kontur, ale na příště už je nedočkává, aby je dokončila. Anna poprvé nahlíží, jak je ta potřeba objekty armovat nutková. Říká, že jestli je tam nedá, něco zlého se stane. Je to součást jejího magického myšlení. Vnímá mnoho rituálů, které protkávají její život. Mluví o svém strachu, jistota pro ni znamená rodina, vyžívání a atelier. V chráněném bydlení si nezvykla.

Anna se svěřuje, že nedokáže bez předem připraveného tématu do skupiny vůbec přijít. Je hodně nových členů, kteří přicházejí, střídají se a k tomu přichází každý týden jiná stážistka. Anna to nechce nijak vysvětlovat. Stálí členi Annu podporují. Kdosi z nich ale řekne, že je to jak puzzle (obr. č.14). Pochválím, že se Anna pokusila o exteriér.

Obraz č. 15 – Je to první společné téma, které tvoří se skupinou. Je to dáno tvrdostí zadání. Netroufla si nesplnit ale následně vyjadřovala naštvanost a vztek. Nedala jsem prostor k promluvám na začátku, ale zadala jsem, aby svoje aktuální téma řekli koláží.

Anna je naštvaná ale pomáhá jí to mluvit o svém otci, kterého vnímala stejně, jako muže s dítětem na obrázku – „nešikovného, odmítavého, nevěděl si rady s dcerami. Otec si asi víc přál mít syny“. Zdánlivě nesouvisle se vztahuje k dalším obrázkům na koláži, „Když jsem byla malá

chtěla mít nadpřirozené schopnosti, třeba jako Superman.“

Na jaře ve skupině sdělujeme, že arteterapeutická skupina bude časově ohraničená pro všechny členy. Ti, co jsou tu dlouhodobě, tedy i Anna tu budou moci terapii využít už jen do konce letošního roku.

Anna se vrací ke svým konceptům štěňat, květin a ptáčků. Je uzavřená, nemluví s námi. O své současné tvorbě mluví, jako o snaze udělat něco hezkého.

Na Annu celkem pozitivně působí snaha některých členů skupiny malovat jinak než jsou zvyklí. Dnes nemá předlohu, rozmýšlí se na místě. Pokusí se namalovat ženu, v přírodě (obr. č. 16) Navrhují Anně, aby do obrazu dala ženu i s mužem, aby nebyla sama, aby tam byl vztah. Anna si udrží svůj původní záměr, že je to nějaká mladá dívka, která muže nemá, ale chce nějakého poznat. Cesta, která vede kolem lavičky, jí ho přivede. Obraz vyplňuje tentokrát reálnějším prostorem – stromy, louka, horizont, nebe. Sytost barev je příznivá. Souvislé plochy nelze vytvořit, jsou to spíš „vyčárkovaná“ místa odkazující na úzkost a potřebu kontroly. Také je možné vnímat značnou ostrost, pichlavost (obr. č.17)

Na konci léta na Annu začíná doléhat rozhodnutí o časové hranici skupiny.

Anna podněcuje s Michalem skupinu, že je lepší nepřinášet a nezabývat se nepříjemnými myšlenkami, stavy a smutkem. „Snažím se s tím nikoho neobtěžovat, ale u ostatních to snesu. Chci myslet na hezké věci, snažím se malovat hezké a příjemné obrazy.“

Potom nám oznámí, že už na konci října odejde ze skupiny, doporučuji jí, aby zůstala do konce roku. V rozhovoru proč chce terapii ukončit už teď, sdělí, že je ráda, že nechce chodit domů za tmy.

Proběhlá výstava v Berlíně, Annu zklame, protože nikdo si nekoupil její obraz.

Mluví o svých pocitech, o svém zklamání o přání, aby její obrazy někdo chtěl a koupil a jak je jí to líto. V tuto chvíli se k ní všichni hezky chovají a podporují ji. Pro Annu je to pozitivní zážitek.

Anna si na jednu z posledních skupin nic nepřipravila, přijímá ode mě téma „cesta“ a maluje, jak je v tu chvíli schopna dokonce akvarelem. Sdílí, že se bojí. Maluje „Cestu vinicí“ (obr.č 18). Sedí s ostatními snad poprvé u stolu, ne u stojanu zády jako obvykle. Obraz je bez prostoru, cesta sklopena do půdorysu. Je však výrazně barevný, používá teplé odstíny a nějak zmizely černé kontury. Sdílí, že jde hlavně o abstrakci. „Nemá už cenu se snažit“, když neuspěla na výstavě. Nezáleží na tom, tak se uvolní. Ukáže, jak maluje bez přípravy. Konečně vyzkoušela, jestli bude přijata i s takovým obrazem, který nepromýšlela týden dopředu. Dostává pozitivní zpětnou reakci. Zájem který získává dnes, zvládá dobře a těší jí.

Na příštím setkání se Anna loučí, kreslí znovu bez předlohy, ale drží se pro sebe bezpečnějšího materiálu – obyčejné tužky (obr. č. 19). Vědomě sdílí, že nemusí být připravená,

že to zvládne dobře. Loučí se hlavně s Karlem a Jirkou a terapeutkou. Nechává tu všechny svoje obrazy mě na starost, nechává tu část sebe. Bude dál chodit do volnočasové výtvarné skupiny v Praze.

Po dvou letech měla Anna v jedné malé kavárně výstavu, na kterou mě pozvala. Její obrazy jsou malované čistými barvami, kontury potřebuje stále, ale víc se objevují stíny a obrysy jsou nějak měkčí. Květiny jsou víc v prostoru. Podařilo se jí zvládnout i perspektivu, i když jsou obrázky stále jako vyšité.

Znaky v tvorbě

Annina tvorba má od počátku charakter výšivky. Preciznost, zdlouhavá práce až nutkavost nebo znaky magického myšlení, které slouží jako protipól rozpadu i možného uvolnění a rozletu. Anna působí vyrovnaně, stabilně. Její chování je v normě, nikdy jsem nezaznamenala nic, co by prozrazovalo její těžké onemocnění, až na stále přítomnou úzkost ze změn. Jako další znaky můžeme vnímat určitou stereotypii v tématech, v materiálu, ve způsobu práce – tvoří v sériích.

Znaky, které bychom mohli v její tvorbě vnímat, jako tvorbu člověka se schizofrenií lze nalézt o něco více v těch, určených na výstavu do zahraničí (obr. č.) - geometrizační a schematizační, stereotypní opakování, použití písmen. Výstava je pro ni velký nárok a také velká výzva. Z mého pozorování jsem mohla zjistit u Anny ještě větší uzavřenost, vzrušení. Stres mohl způsobit zhoršení zdravotního stavu, který se potom odrážel i na tvorbě.

Zhodnocení přístupu

Anna potřebovala akceptaci, přijetí, upevnění postavení ve skupině. Teprve poté, byla ochotna mi důvěřovat a pokoušet se o nové nápady či jiný způsob tvorby. Bylo důležité udržovat nenárokovost a volnost v její volbě aktuálního tématu. Přesto se podvolila i tématu, které jsem zadala direktivně. Potom byla v odporu a mohla vyjádřit svůj nesouhlas se mnou a vztek. „Terapeutka přežila“, což mohlo být pro Annu důležitým zjištěním. Více byla schopna se za sebe následně postavit a hájit svou autonomii.

V rámci jejích zvyklostí jsem opatrně ovlivňovala její tvorbu k potřebě lepšího pozorování svého okolí, perspektivy, kontextu, barevnosti, světla a stínu.

Změny v její tvorbě se dějí převážně zásahem zvenčí – podporou arteterapeutky nebo nečekanou událostí

Popis změny, závěr

Pro Annu bylo důležité hlavně nic neměnit. Její požadavek zněl: zůstat v klidu, zůstat stabilní. Po celou dobu docházky do skupiny nemusela být hospitalizovaná a její duševní stav je opravdu relativně stabilní. Skupina splnila svůj účel, dala jí jistotu. Výrazným posunem potom znamenalo tuto jistotu opustit a změnu zvládnout bez relapsu a dokonce se začlenit do skupiny nové.

Anně se však podařilo do obrazu dostat postavu a pracovat víc s reálným prostředím – všimnout si ho, přiblížit se mu, sama vyrazit ven a malovat - doslova. Výtvarný posun se odehrál ve snaze o kontext, ztvárnění prostoru a práci s figurou.

Anna si vyzkoušela velmi jemně se nepřipravovat na tvorbu a zvládnout tak svou nejistotu. Ověřila si, že je tak pro ostatní přijatelná a důležitá kvůli sobě ne kvůli obrazu. Obraz je potom na malém formátu A4, výraznou teplou a čistou barevností. Dokázala vyjádřit svůj pocit, i když nebyl příjemný a zažila, že to ostatní přijali, nebo dokonce sdíleli podobné pocity, tím se dostávala víc do společenství. To je dobrá zkušenost i když o ni vědomě nestála.

2.3.2. KAREL

Anamnéza

věk 56 let

Rodinná A

Matka ani otec již nežijí, sourozence nemá. Rodinnou zátěž neguje.

Sociální anamnéza

Karel se přistěhoval v mládí do Prahy kvůli studiu. Studoval obor módní návrhářství.

Svůj osobní život si úzkostně střeží.

Má svůj okruh přátel, kteří ho hodně podporují. Žije ve společné domácnosti s mužem. Přichází do denního stacionáře s úzkostí a strachem o svého partnera, který je nemocný. Karel se bojí ztráty blízkého člověka.

Psychiatrická anamnéza

Karel onemocněl v souvislosti s nemocí a úmrtím matky. Reaktivně reaguje na stresové situace.

Nynější onemocnění

naposledy hospitalizován před šesti lety po infarktu svého druha. Měl o něj velké obavy

Nynější psychický stav

vědomí vigilní; orientovaný časem i situací

vnímání bez halucinací

myšlení je adekvátní, souvislé, bez latencí; bez paranoidní nebo bludné produkce

řeč plynulá, přiléhavá

emotivita přiléhavá

nálada v normě

náhled na nemoc má

osobnost ovlivněná psychózou

sebevražedné myšlenky nemá

Abúzus

neguje

DG

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Tvorba na počátku

Stejně jako u Anny se mi dostávají do rukou kresby z ložské výstavy v Berlíně. Jsou orientované na to, aby zaujaly umělecky, ale obrázek č. 21 dobře ukazuje, co Karel myslel tím, že jsou jeho obrazy, jako vzory na látky. Chybí prostor, perspektiva a barevnost. Postavy jsou protáhlé, což Karel vysvětluje svým zaměřením v oboru návrhářství. Je ve skupině nejdéle ze všech členů při mém příchodu šest let. Za tu dobu nebyl hospitalizován a považuje skupinu za jeden ze svých pevných bodů v životě. Drží se tvorby, na kterou je zvyklý. Je podobně jako Anna na svoje téma připraven. Je zvyklý na formát A4

Průběh spolupráce, arteterapeutická intervence

Během naší spolupráce se Karel ochotně pouští do různých výtvarných technik – malba voskem, tisk, keramická hlína a stavění různých mechanismů z tvrdého papíru a kovu, akvarel, pastely. Nejraději ale zůstává u akrylu a tempery. Když dojde na projekt „plátno“ je opravdu spokojený.

Pokud se pokusil o krajinu ponechal ji prázdnou a v chladné barevnosti (obr. č. 22). Je však pokrok, že zdařile a bez předloh krajinu zvládl. Dá se předpokládat, že ji malovat dovede. Krajina nezůstala ojedinělým úkazem, volil různou barevnost, ale vždy zůstávala prázdná.

Důležitými tématy jsou např. *místo bez stresu; malovat, jako když je mi dobře*. Karel může poprvé zmínit na terapii svou matku.

Když zadám téma matka a dítě, tak ho registruje, ale nechá si ho na později ztvárnit ho jako pietu (obr. č. 28). Maluje ji několik týdnů. Oproti dřívější barevnosti je tato hodně výrazná, Karel používá čisté barvy. Červená z obrazu až „křičí“. Postavy jsou nepřírozeně protáhlé. Marie

Ježíše spíš nedrží a odvrací se od něj a při bližším pohledu na její obličej se zdá, že se tváří tvrdě, neústupně možná i znechuceně a chybí jí nos. Ježíš má zase ženské rysy a jakoby levitoval. Dovedu si představit, že Karel v mladším věku mohl v obličejí takto vypadat.

Pietu Karel maluje prý kvůli své matce, která mu nedávno zemřela. Byl na ni hodně vázaný přesto, že žili od sebe daleko, nemůže se z toho pořád vzpamatovat, že tu není.

Karlovi se vrací sen o tom, jak je svázaný (ruce a nohy) a musí vyšplhat na horu. Nemůže to nikdy v tom snu zvládnout. Ten sen se mu prý vrací od mládí. „Občas se vrací ale ne teď; chtěl jsem ho tady, ještě než odejdu, ukázat, namalovat, možná najít způsob, co s tím.“ (obr. č. 29)

S Karlem jsme v občasném kontaktu, někdy s námi ještě vystavuje. Chodil také do individuální psychoterapie ke kolegyni, ale pak sám usoudil, že to nepotřebuje.

Znaky v tvorbě, zhodnocení přístupu

Karel se většinou soustředil na dokonalost detailu. Vybíral si na svůj obraz vždy jeden objekt, podobně jako Anna si svůj námět předem připravil a žádal si víc času na malování. Jedním z takových obrazů je například č. 26. Objekt vyplnil celý formát nejčastěji A3.

Koláže Karlovi ke stavbě reálného prostoru nepomohly, snažil se víc o umělecké vyjádření, bez snahy o realitu (obr. č. 27) je zde patrná kombinace částí těla s neživými objekty s podobnými obrazy uspěl na výstavách, což ho povzbuzovalo takto tvořit dál.

Postavy se Karlovi nedařily proporcionálně zvládnout. V případě obr. č. 23 se snažil postavu stále opravovat a přimalovával ji do šířky. Což může ukázat jeho úzkost a perfekcionismus. Na plátně v obraze č. 28 jsou postavy zase manýristicky protáhlé.

Přístup který jsem volila byl spíš opatrný pokus o kontakt. Pravidla, která jsem určila celé skupině, Karel špatně snášel. Pokud mě mohl nějak přijmout a spolupracovat, tak více jako výtvarnici, která by měla hodnotit jeho umělecký projev, než jako terapeutku. Karel byl hodně vázaný na předchozí arteterapeutku a jistě prošel významnými tématy a fázemi s ní. Jeho fungování ve skupině byl spíš pozvolný odchod a opouštění známého a jistého místa.

Popis změny

Z mého pohledu Karel zůstává jak v tvorbě, tak ve svém zdravotním a psychickém stavu stabilní. Nevnímám nějaké větší výkyvy. Je hodně závislý na svých blízkých osobách, což ho činí úzkostným pro strach z jejich ztráty.

Výtvarně byl ochoten přijmout některé výtvarné techniky a pokoušel se pracovat s prostorem.

Jeho vyjádřeným tématem zůstává strach z okolí a nečekaných událostí.

Ukončování jeho působení ve skupině také těžce nesl. Na konci se však Karlovi podařilo vnímat svoje pocity, naštvaní i smutek a sdílet je s velkým dojetím skupiny. Po ukončení byl v kontaktu, docházel do individuální terapie ke kolegovi, kde došlo k dohodě – „že není co řešit“. Karel je zabydlený ve své komunitě, cítí se tam volný a doma.

2.3.3. JIŘÍ

Anamnéza

věk 26 let

Rodinná anamnéza

rodiče oba padesátiletí, mladší sestra s lehkým mentálním postižením.

Matka v adolescenci léčena na psychiatrii

Sociální anamnéza

Žije s původní rodinou v malém bytě.

Svobodný, bezdětný, má přítelkyni

Má dokončené učiliště obor zahradník. Předchozí neúspěšné studium na několika SŠ

Pracuje nyní v chráněném zaměstnání na úklid parků, kde to zvládá

Psychiatrická anamnéza

opožděný psychomotorický vývoj, od 2 let sledován psychologem. V dětství několik úrazů hlavy, v bezvědomí nebyl. 2X měl odklad školní docházky, dislexie. Ve škole byl samotářský, nepřízpůsobivý, oběť šikany

Nynější onemocnění

V 18 letech v průběhu studia na SŠ začala výrazná změna v jeho chování. Nejdříve výrazná úzkost, která přerostla v paranoidně halucinatorní symptomatiku se stavem neklidu. Byl několikrát hospitalizován. Užívá od té doby pravidelně antipsychotika, pro výkyvy nálad přidán zhymostabilizér.

Nynější psychický stav

vědomí lucidní; orientovaný časem i situací

kontakt navazuje bez problémů

vnímání aktuálně bez halucinací, v minulosti auditivní halucinace

myšlení je koherentní, bez bludné produkce

řeč hlasitá, plynulá, občas nesrozumitelná

Hypobulie

psychomotorika mírně zrychlená

osobnost nezralá, s rysy úzkostnými, závislými, přestože v posledních letech došlo k sociálnímu vyzrání, stále přetrvává horší sociální adaptabilita
sebevražedné myšlenky nemá

Abúzus

neguje

DG

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Tvorba na počátku

V počátcích našeho setkávání Jirka často kreslí pastelkami, na malých formátech. Stromy rostoucí přímo z okraje papíru, slunce, oblaka a jednoduše nakreslení ptáci, kterými vyplňuje zbylý prostor papíru (často jich je kolem stovky). Nikdy nekreslí postavy, vyhýbá se jim. Verbálně přijímá moje zadání, nakonec vzniknou znovu ptáci a les (obr. č.30).

U Jirky lze pozorovat vzhledem k jeho dospělému věku a kresbě, výrazné zaostávání ve vývoji. Měl by zvládat postavy, perspektivu, bohatší barevnost.

Pastelka je z počátku jeho výhradní materiál. Barevnost v kombinaci – zelená, hnědá, modrá – se silnou převahou bělosti papíru.

Jirka není moc motivovaný k arteterapii na skupinách je sporadicky a když je tu, je unavený, zamyšlený, někdy usne na stole. Nechává si nosit výtvarný materiál až na stůl. Nedokáže se nadchnout a je těžké ho povzbudit. Přesto je pro něj setrvání ve skupině důležité. Jirka je vždy silně unavený z práce, kde musí zvládat fyzicky namáhavou činnost.

Jeho tvorba vykazuje také úzkost (barevnost) až depresivní ladění, určitou nutkavost v opakování a potřebu vyplnit veškerý prostor papíru. Papír přesto zůstává dost bílý.

Jirka se také vyhýbá postavám, ačkoliv si myslím, že je s lidmi v kontaktu hodně. Možná mu působí kontakt s nimi jisté potíže. Jirka nemá příliš náhled na to, jestli je jeho chování vhodné nebo ne. Někdy působí jako sám pro sebe.

Stanovení cíle arteterapie

Jiřího výtvarný projev zaostává za jeho věkem. Nevládl postavy, prostor sklápí do půdorysu a tvoří stále to samé. Pomoci mu vnímat reálněji prostor, zvládnout postavu a uvolnit jeho výtvarný projev, vnímám jako obrovskou výzvu.. pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Jinak se budu pokoušet vnést do jeho tvorby alespoň jiný výtvarný materiál. Pro další spolupráci je pro mě důležitý rozhovor s Jiřím, kde sděluje, že bude docházet a že o arteterapii stojí. Nemůžeme si však ujasnit, co je arteterapie. Jiří ji vnímá jako „kreslení“. Očekává, že něco nového objeví a

nechce opustit Karla s Annou a ostatní, které zná.

Průběh spolupráce, arteterapeutická intervence

Jirka potřebuje z počátku zůstat ve svém stereotypu. Neberu mu oblíbené pastelky a jeho formát. Občas se pokouším přes různé finty pomoci Jirkovi ke kresbě těla. Když se mu otiskne ruka přes kopírák, je fascinovaný. Je také ochotný uvolnit se, „patlat se“ v hlíně, nebo dělat čmáranice, pokud se ujistí, že výsledek není důležitý. Potom je ochoten vzít si i vodovky nebo tempery a čmárat (obr. č.31). Beru však ohled na jeho únavu.

Jirka si občas postěžuje, jak se doma hádá s otcem, sdílí jeho nepřiměřené požadavky. Podporuji ho, aby se odstěhoval do chráněného bydlení, kde je dostatečná podpora k tomu, aby se osamostatnil. Jirka se silně brání - „nikdy“! Je to také nepřiměřený požadavek.

Na začátku roku 2010 Jirka začíná kreslit jinak (obr. č. 33, 32). Nemá jasno, co to vytvořil, prostě chtěl. Chvilími je to mimozemšťan, chvílemi brýle. Výtvarně je změna patrná na začátku února a ještě v lednu, ale nemoc plně propukne v únoru. Jirka aktivně bere do ruky jiný materiál i bez povzbuzování. Jsou to pastely a suché křídly. Baví ho velká plocha barevné stopy. Používá také větší formát, než je u něj obvyklé. Jasno mám ve chvíli, kdy začne kreslit „sopky“. Potřebuje větší a větší formát. (obr.č.34, 35). Vzpomínal, že sopky maloval v minulosti, kdy se cítil podobně. Chápu z toho, že má svá období – stromů a období sopek. Zprvu se zdá se, že ví, co se s ním děje, později je znát, že není schopen si uvědomit, že je ohrožený.

Postupně se začne Jirka velice hlasitě smát, jeho verbální projev je silný a začíná dlouhé období nepřetržitého mluvení. Jirka je v mánii. S lékařkou konzultuji, co se děje. Má zvýšené léky na stabilizaci. Dovídám se o období Sopek i od ostatních kolegů, kteří Jirku dlouho znají. Trochu mě uklidňuje, že tato období již v minulosti zvládl.

Zpětně jsem se dověděla, že před vypuknutím nemoci mu v práci bylo svěřeno vedení skupiny podobně nemocných kolegů, Jirkovi se to líbilo a měl větší příjem. Bohužel to ale nebyl schopen zvládat, dostával se do časové tísně, kolegové ho neposlouchali a často musel práci udělat úplně sám. Šlo o uklízení parku, listí a sněhu, takže fyzicky náročnější práce. Dlouho si toho u nich v práci nikdo nevšiml, přesto, že šlo o chráněné zaměstnání. Na konci ledna Jirka ve skupině sděluje, že se rozešel s přítelkyní.

„Deprese a mánie se nezjevují z „čistého nebe“, ale jsou často vyvolány závažným odloučením, onemocněním či ztrátou. Tyto a podobné negativní události se velmi typicky vyskytují na začátku depresivních a rovněž manických fází. „¹²⁴

Souběžně se začal hádat s otcem, kterému vadilo, že ve volnu jen leží. Jirka po něm hodil

knihu o schizofrenii, „ať si to přečte“, a tím se rozhořel konflikt. Jirka nakonec z domu odešel, to už nemoc byla v plném proudu. Že se Jirka vzepřel despotickému otci, který má tendenci řídit celou rodinu, je velký zlom. Zůstává ve spojení s matkou a sestrami.

Dál chodí do práce, snaží se udržet ve skupině a jiných aktivitách. Změna bydlení a psychická nestabilita je pro něj dalším ohrožením. Chráněné bydlení navíc není volné, ale Jirka ve svém nastavení není ochoten čekat. Domů nepůjde. Najímá si byt s kamarádem. Nemá brzy peníze, málo jí a nemá už nic čistého na sebe. Na skupinu vždy dorazil s levným salátem, který před malováním zhltnul a i když neměl pohodlí, jako dřív, zdálo se, že je šťastný. Asi jako student poprvé od rodiny na kolejích. Užíval si mejdany a svobodu. Občas telefonoval před skupinou, v dobré náladě, že nepřijde. Musela jsem se potýkat se směsí svých pocitů – se zlostí, že nedodrží dohodu, že je opilý, že terapii nebere vážně („čau Lenko, dneska nejdu na kreslení..“), se strachem o něj, že se to ještě zhorší a něco se mu stane i s radostí, že konečně žije jako normální mladý kluk ..

Když přišel, byl zrychlený, naléhavý.. V tomto období mluvil také o matce. Sdílel, že mu chybí. Kvůli jídlu a čistým věcem, ale také se mu stýskalo.

Jirka situaci však neuvěřitelně zvládal bez hospitalizace. Měl sice podporu lékařky, arte skupiny a psychoterapeuta v podpůrné terapii, ale jakoby prvně stál na vlastních nohou.

Stavros Mentzos popisuje v knize Přehled psychodynamiky: stav manie, kdy „střídání deprese a mánie odpovídá opakující se sekvenci sebeponižujícího podřízení se nadřadění a osudu na jedné straně a iluzornímu popření a excesivnímu sebepřeceňování (krátkodobému) na straně druhé. ...někteří lidé dokážou období povznesené nálady dokonce produktivně využít.¹²⁵

V jeho případě mu tento stav pomohl se osamostatnit. Získat si respekt - hlavně otce.

I když mu jistě bylo často hodně zle.

Výtvarně se úplně mění, je odvážný, bere si mnohem větší formáty. Obsah díla je ale jako jeho řeč, neuspořádaný (obr. č. 35).

Tato situace se začala zklidňovat v listopadu r. 2010, kdy Jirka konečně přešel z různých podnájmů do chráněného bydlení a díky sociálním pracovníkům se stabilizoval.

Další významné období byl pro Jirku ve skupině příchod Michala. Byl jím fascinovaný. Vnímá jeho excentrickou tvorbu a nechal se jí ovlivnit (obr. č. 36). Baví ho, že barva teče na zem.

124. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str. 209

125. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str. 208

V tomto období maluje vodovkami na větší formát, u práce je spokojený, směje se. U Jirky zůstává však dále potřeba vyplnit celý prostor a držet se jednoho motivu, tentokrát ryb (obr. č. 37, 38).

Na těchto obrazech je výrazná rozpitost, Jirka má obvykle s rozpíjením barev velký problém. Tentokrát se nevyhýbá výrazně žluté v kombinaci s krvavě červenou, obraz až září, křičí. Jirka je plný emocí. Směje se, je aktivní až hlučný, uvolněný a pro skupinu zábavný. Vzhledem k tomu, že se brzy unavil, jeho dobrá nálada nepřekročila společensky únosnou mez. Je možné, že Michalova tvorba ho povzbuzuje, aby si sám něco takového vyzkoušel, nebo se opět blíží máníe. Napadá mě, jestli není zamilovaný, ale neptám se. Z mého vnímání to Jirku hodně bavilo. V tomto období také Jirka pravidelně do skupiny dochází.

Víc si všímá na skupině mužů, chce se jim vyrovnat a dostat ocenění hlavně od staršího Karla, kterého vidí, jako zkušeného výtvarníka. Když Karel začne malovat plátno, Jirka se k němu přidá. Chce rady a pomoc. Baví ho praktická stránka přípravy plátna, ale brzy ho to opět dost unaví. Do malby už tolik energie nekládá.

Plátno je výrazně podobné obrazům 37 a 38, akorát se tolik nerozpíjí, což je dáno pastózním materiálem. Rybičky plavou (jsou ztuhlé) v řadách nad sebou v přesných rozestupech. Detaily očí a šupin vynechává.

Ke konci roku 2011 se Jirka postupně stabilizuje a výtvarně se vrací „na začátek“. Opět si žádá výhradně pastelky a malý formát. Obrázek č. 41 - Zážitek z pobytu u přehrady se silně podobá obrázku na začátku naší spolupráce před atakou. Přesto jsou trochu posunuté ve vývoji dál. Dále zobrazuje sklápěním do půdorysu, vytváří rentgenové vidění, ale blesky z mraků a červená ve slunci naznačují určitou vitalitu. A obraz je alespoň složitější než Houby les a ptáci. Pozitivní také je, že obrázek se dále neopakuje ale mění.

V září proběhla výstava skupiny a tam Jirka prodal obrázek „Veselých ryb“ (obr. č. 39), což ho hodně potěšilo a povzbudilo. Už na tomto obrázku je patrné, jak se vrací ke svým oblíbeným motivům ptáků v horním okraji papíru, ale rybky jsou vytvořeny s neobvyklou péčí a zaměřením na detaily a fantazií, což Jirka v minulosti neprojevoval.

Je v tomto období spokojený, sdělil, že má slečnu, se kterou tráví hodně času. V práci je taky spokojený, ztratil sice svou vedoucí funkci, ale ulevilo se mu. Dokázal se také o sebe postarat. Na skupině také vnímám jeho schopnost ohradit se, nechce pomoc od terapeutky – když se mu věnuji, odhání mě, zvládá sám.

Sledované znaky, popis výtvarné změny

I přes chybějící postavy bych řadila jeho výtvarnou produkci do období schematického, které

podle ontogeneze V. Lowenfelda při normálním vývoji spadá do věku 6 – 9 let.¹²⁶

„Sklápění do půdorysu je záznamem pohybu kolem papíru při malování a rovněž je úkazem, který je přípravou a hledáním cesty k použití perspektivy. V tomto období je časté tzv. rentgenové vidění (transparentnost), které podle Luquetových poznatků souvisí s intelektuálním realismem, kdy se jedná o předpokládanou snahu zobrazovat objekty podle toho, co o nich dítě ví, nikoliv, jak je vidí“¹²⁷

Výrazná je jeho orientovanost na menší formáty, pastelky, a většinou si staví papír na delší stranu. Což odkazuje spíše k otevřenosti a stabilitě. Nicméně v období nejprudšího zrychlení a mánie, volí formát na výšku a to několikametrovém.

Síla a jistota linií jsou v obou období také rozdílné. V mánii jde do většího přitlaku, silou a rozhodností.

V období odeznívání příznaků destabilizace se dařilo Jirkovi zajímavě tvořit. Stále potřeboval mít objekty – ryby na větším formátu seřazené, stereotypně opakované, ale byl svolný k vodovějším barvám. Bavilo ho malování. Když dostal v zadání menší formát k tvorbě, více si pohrál s detaily. Únava, která panovala v jeho projevu před vypuknutím mánie mu toto nikdy nedovolila. Postupně příznaky nemoci odeznívaly a Jiří se vracel k materiálu, který používal před tím – pastelky, malý formát. Zatím však nekreslí stromy a ptáky, ale zůstává sdílnější – přehrada s rybami, které se jaksi zmenšili a jsou součástí širšího záběru prostoru – pokusu o znázornění prostoru. Vrací se ale ke své barevnosti – zelená, modrá, hnědá s převahou bílého papíru.

Změna se tedy odehrávala v závislosti na příznacích nemoci a významné změny, do které si v mánii troufl jít – odchod od rodičů.

Zhodnocení přístupu

Přístup, který jsem volila, se změnil z původní podpory k výtvarnému posunu, nabízení barev a materiálů a témat k pomoci malování postav a portrétů, ke zklidňování a stabilizaci. V mánii měl Jirka požadavky na velký formát, ale držel se pastelů. Teprve při odeznívání příznaků mánie jsem si troufla Jirkovi nabízet akvarelové barvy, jiné tekuté a barevně výrazné barvy, či materiály a korigovala jsem přitom formát papíru maximálně na A2.

Postavy a jiné figury se nepodařilo ani vyzkoušet. Jiří to silně odmítal.

126. V.Lowenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby, E. Perout in Arteterapie 9/2005, str.29

127. V.Lowenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby, E. Perout in Arteterapie 9/2005, str.30

Závěr

Na Jirkově tvorbě je možné vnímat změny, kterými prošel. Ve skupině si zažil jaké to je, když ho mají ostatní rádi a přijímají ho i s nemocí. Na psychické stabilitě se odráží stabilita v rodinném prostředí nebo prostředí, kde tráví nejvíce času.

Při odchodu ze skupiny, byl schopen sdělit, že je mu to líto, že končí, ale že se těší na to, co nového přijde. Odchází jako dospělejší, díky odvaze, kterou projevil.

Jirka i nadále dochází do terapeutického programu v DS, ale více zaměřeného na sociální komunikaci a interakci. Výtvarně se nerozvíjí, baví ho teď víc sportování a jeho slečna. Po vypršení služby chráněného bydlení se bohužel neměl kam jinač nastěhovat, než opět k rodičům.

2.3.4. IVANA

Anamnéza

věk 35 let

Rodinná A

Matka 55 otec 60, o deset let mladší sestra. Rodinná zátěž bezvýznamná

Sociální anamnéza

Žije s rodiči v domě nedaleko Prahy. Sestra je vdaná má tři děti.

Studovala gymnázium a VŠ pedagogická – výtvarná výchova

Vnímala se v rodině jako přívazek, který je vděčný za péči ostatních členů. Ivana ale měla i několik dlouhodobých vztahů s muži, s některými žila ve společné domácnosti. Zažila si mnoho napínavých až životu nebezpečných dobrodružství se svou kamarádkou, když cestovaly po světě. Psala básně a ilustrovala jednu knihu.

Psychiatrická anamnéza

V psychiatrické ambulanci od 25 let. První potíže se objevili na konci studia VŠ. Ivana popisuje, že na konci byla hrozně vyčerpaná a v euforii, že to zvládla. Přišly halucinace, zjevovali se různé postavy, ze kterých usuzovala na různá vnuknutí. Tyto stavy se opakovaly v období pocitu štěstí a euforie. Po hospitalizaci a nasazení léků spadla do deprese a beznaděje. Časem se stabilizovala. O její stav pečuje matka, která si přicházející mánie všimne jako první, reaguje hospitalizací. Ivana je často na psychiatrickém oddělení v nemocnici.

Nynější onemocnění

Do skupiny Ivana přichází po odeznělé fázi deprese z psychiatrického oddělení.

Nynější psychický stav

vědomí vigilní; orientovaná časem i situací

vnímání bez halucinací

myšlení je adekvátní, souvislé, bez latencí; bez paranoidní nebo bludné produkce

řeč tichá, plynulá, přiléhavá

emotivita přiléhavá

nálada v normě

psychomotorika snižená

náhled na nemoc má

osobnost ovlivněná psychózou

sebevražedné myšlenky nemá

farmaka

pravidelně užívá, měla mnoho změn v medikaci a trpí silným třesem rukou

Abúzus

neguje

DG

Schizoafrektivní porucha smíšeného typu F 25.2

Tvorba na počátku

Ivana začíná tvorbu ve skupině s tématem „můj prostor“ (obr. č. 42.), sytou tmavě zelenou temperou, silnými štětci.

Další její dílo je objekt „pták“, kterým budí ve skupině pozornost. Snaží se získat si přijetí skupiny, což je těžké. Je úplně nová a s nikým se tu nezná. Nosí na skupinu sušenky, snaží se každému porozumět, ale svoje témata nenosí. Nedokáže mluvit o svých obrazech podobných č. 42 a 43. Vždy zájem a pokusy o výklad skupiny i mě zastaví.

Stanovení cíle arteterapie

Vzhledem k tomu, že Ivana má za sebou výtvarnou průpravu, navrhuji, aby se vrátila k tomu, co už umí. Ivana se ale brání, že se nic nenaučila a malovat neumí. Její zakázka je, stát se arteterapeutkou. Upozorňuji, že nejsme v kurzu ani na výtvarce. Můžeme mluvit o křehkosti její stability a o jejím snadném narušení. Potřebuje hodně podpory a přijetí skupiny.

Průběh, arteterapeutická intervence

Ivana dlouho pokračuje v takto nastavené tvorbě, podporuji ji, aby se pokusila malovat

objekty, postavy, prostor.. Ivana se tomu brání. Chce abstrakci. Nabízím tedy koláže. Ukáže se teprve teď, že Ivana trpí obrovským třesem rukou po lécích. To jí zcela znemožňuje jakýkoliv detail jak stříhat, tak kreslit. Řeší situaci tak, že se nechá znovu hospitalizovat, aby jí změnou léků třesu zbavili. Nepodařilo se. Víc se s tím smiřuje.

Ivana se víc osmělí a zjistí, že její kresba je docela působná i s třesem. Kreslit celkem umí. Nyní se pouští do období detailní kresby. Zmenšila výrazně formát, obtahuje objekty tuší a štětec skoro odložila (obr. 47 Světice). V kolážích se snaží víc o zajímavý výsledek, nijak blíž ke svému prožívání jít nemůže. Vůbec o sobě nemluví (obr. č.44)

Ivaně pomáhá příchod nové členky Pavly, může se s ní ztotožnit, rozumí si, podporují se.

Svoji tvorbu Ivana střídá, oblíbeným motivem jsou nyní „okna“ podobně jako u Pavly (obr. č. 45).

Připomíná si opět svou touhu být arteterapeutkou, doufá, že už to zvládne.

Ivana se během léčby snaží nalézt místo odpovídající jejímu vzdělání a nebo místo arteterapeutky. Když prozradí svou diagnózu, nemá šanci. Prozatím se do řízení dostala její žádost o plný invalidní důchod a ten získala. Ulevilo se jí.

V dubnu si nachází práci v chráněné dílně, ale únava se podepisuje na jejím působení v dílně. Investuje do tvorby a společného sdílení ještě méně než před tím. (Obr. č .48)

Ivana velmi těžko snáší Jirku a jeho akutní stav. Ivana se víc vzdaluje, chodí méně a protože nová práce v chráněné dílně ji také dost vyčerpává, skupinu na konci léta 2010 opouští.

Na jejím chování nezjišťuji žádné výkyvy, které by mi napověděly, že trpí schizoafektivní poruchou. Na první pohled je její nemoc zvládnutější než například u Jirky. Ivana však v mladším věku prožívala nemoc o dost bouřlivěji než dnes. Díky úzkostlivého působení matky, Ivana nemoc řeší hned v zárodku. Když se tak děje, tak zůstává doma, nebo jde do nemocnice a my ji můžeme vidat jen ve stavu, kdy je stabilizovaná nebo subdepressivní.

V ustupujícím napětí ještě Ivana tvoří portréty. Jako jedna z mála ve skupině vyzkouší technikou „uhlové rezervy“ (obr. č. 49) Není ochotná jít víc do detailu. Není jí moc dobře. Obraz 48 je zajímavý svou barevností od oranžové až po ztemnělou - „přezrálou“ červenou. Opět nenacházíme podobnost s někým blízkým, nebo nějakou možnost, jak sdílet ve skupině. Ivana skupinu na vlastní žádost opouští a po kratší době mě kontaktuje se žádostí o individuální arteterapii. Teprve zde je otevřená tématům, do kterých si netroufá ve skupině.

Znaky v tvorbě, popis změn

Výtvarně ve skupině Ivana měla svá období oblíbených motivů – kruhy, geometrické útvary, okna, portréty.

Kapky, které hojně malovala z počátku naší spolupráce jsme později v individuální arteterapii využily, jako prostor k mluvení o potratu a touze po dítěti. Ale také o jejím prostoru, který nemá a který potřebuje plně sdílet se svou matkou – někdy by nejraději byla zase v břiše. Také pozdější obraz „matka a dítě“ na obraze č. 50 může odkazovat k této její události, nebo k jejímu blízkému vztahu s matkou.

Její sklony k dekompenzacím se projevují zrychlením, vysokou aktivitou v oblasti komunikace, navazování vztahů,.. výtvarně se v této době nedaří malovat ani když Ivana propadá do depresivní fáze. Ve fázích začínající mánie se také vždy nechávala hospitalizovat ze strachu matky o její bezpečnost. Naše spolupráce se tedy odehrávala v depresích a stavech přechodných. Stabilizace trvala vždy jen velmi krátce.

Působení arteterapie lze hodnotit spíše obtížně. Je zde možné sledovat posun od uzavřených tvarů, ke kterým se ale Ivana krátce potřebuje vracet, když jí není dobře, k otevřenosti. Perspektiva je oblast, kterou Ivana odmítala, teprve v současnosti ji lehce objevuje. Pokud Ivana dostává zadání malovat postavu, maluje často velmi vzdálené nepřírozeň hubené postavy bez obličejů jako v „Adamovi a Evě“ - obr. č. 53 .

Ivana se brzy unaví, málokdy má sílu malovat něco většího. Pokud chce pracovat na detailu a poctivě vyjádřit třeba postavu, musí mít malý formát.

Soustředění pro ni znamená velký výdej energie.

Barevně z počátku preferuje tmavě zelenou a odstíny modré. Častá chladná barevnost. Někdy se žlutou a oranžovou.

Jak se dostává k reálnějším zobrazením zůstává papír hodně bílý, nedokončený, nebo se bojí výraznějších barev a i když jsou to kvalitní akvarelové barvy, hodně je ředí vodou.

Zhodnocení přístupu

Přístup by se zde dal hodnotit jako dobře navázaný psychoterapeutický vztah. Z toho Ivana čerpá především. Výtvarný přístup, který volím, je v závislosti na jejím zdravotním stavu. Pokud jsem měla možnost zažít silný rozjezd mánie, volila jsem kresbu na malém formátu a zadané téma byla kresba reálného předmětu. Jinak aktivizuji, podporuji barevnost v celé své škále a pokud není Ivana úplně v depresivní fázi, nabízím i „smejvák“ na malém formátu A4/A5. Ivana se u toho může uvolnit, relaxovat. Ve fázi, kdy by měla ze vzniklých skvrn domalovat nějaký obraz, potřebuje hodně podpory, protože už nemá příliš energie a chuti na dokončení. Pokud se

to podaří, hodně si svého obrazu váží obraz. č. 51.

2.3.5. PAVLA

Anamnéza

věk 47 let

Rodinná A

Matka obsese – neléčila se

otec pedant

Rodiče na ni byli přísní, starostliví, zásadoví až přehnaně. Vyrůstala jako jedináček.

Osobní anamnéza

běžné dětské nemoci, angíny, hospitalizace pro meningitidu. Ekzémy, imunitní problémy. Únavový syndrom. Problémy s krční páteří. Bolesti hlavy, měla cystu na šišince – odlišné EEG, brala antiepileptika, pak je vysadila. Opakované spontánní potraty. Hodně tělesných příznaků s nálezy i bez nich, nechce o tom mluvit. Bolesti hlavy.

Bezvědomí neguje

Sociální anamnéza

Studium gymnázium, VŠ práva

Nyní v invalidním důchodu, dříve pracovala u soudu. Během posledních let spíš brigády.

Rozvedená, žije nyní s přítelem a jeho třemi dětmi (14,20,25 let). Cítí se tam trochu proti smečce

Psychiatrická anamnéza

20 let se léčí na psychiatrii. Nyní nic neužívá, raději homeopatika. Pomáhají lázně.

Nynější onemocnění

Obsese začaly na fakultě. Měla strach, že něco zapomněla, nechala něco ve skriptech. Neměla žádný volný čas, byla pořád ve velkém napětí. Psala si věci různě na papírky, pak je páčila, vracela se k tomu..furt dokola. Teprve když si našla o své nemoci knížku, ulevilo se jí.

Za manželem odešla z domu ze dne na den, rodiče by to jinak nevzali.

V MHD pocit, že musí vystoupit, obrovské napětí, že někde něco nechala. Díky terapiím se zlepšily deprese. Nikdy nechodila na KBT. Myla si ruce i 500x za den. ..ve stresech se uklidňuje jídlem.

Nynější psychický stav

vědomí jasné; orientovaná správně všemi kvalitami

kontakt navazuje bez problémů

vnímání bez halucinací

myšlení je koherentní, s obsedantními obsahy; bez paranoidní nebo bludné produkce

řeč plynulá, přiléhavá

emotivita přiměřená, přiléhavá

nálada v normě

psychomotorika snižena

náhled na nemoc má

osobnost anankastická

sebevražedné myšlenky nemá

Abúzus

neguje

DG

Obsedantně kompulzivní porucha F 42.0

Smíšená porucha osobnosti (rysy anankastické, úzkostné, hstrionské) F 61

K diagnóze - obsedantně kompulzivní neuróza

Tato porucha je charakterizována nutkavými a stereotypně se opakujícími myšlenkami (obsesemi) a nebo nutkavými impulzy a nutkavým chováním (kompulzemí). Postižený člověk má silné nutkání provádět obsedantní úkony. Pokud se snaží nutkání odolat, dostaví se silné a nelibé vnitřní napětí a úzkost. Stav úzkosti je zpravidla doprovázen obavami, že se v případě neprovedení úkonů něco stane nějaké jiné osobě. Za takové opomenutí by se pacient cítil vinen. ..například zhasnutí světla má pro pacienta stejný význam, jako smrt jeho otce (zhasne světlo, otec zemře). A proto otočí vypínačem třikrát v protisměru, aby symbolické smrti zabránil nebo ji „zneplatnil“.¹²⁸

Psychodynamická terapie v léčbě anankastických pacientů

Na rozdíl od refrakternosti obsedantně kompulzivní poruchy vzhledem k psychoanalytickým terapiím pacienti s anankastickou poruchou osobnosti mohou mít velké zisky z expresivně vedené analytické léčby. Témata mohou být zpracovávána v individuálním a skupinovém uspořádání. Jednou ze základních premis psychoanalytické léčby anankastických pacientů je jejich silný strach ze ztráty kontroly, koncepce nevědomých (jimi nekontrolovatelných) procesů

128. Přehled psychodynamiky, S. Mentzos, str. 95

jejich obavy oslovuje. Proto se řada anankastických pacientů vyhýbá přijetí základní koncepce dynamických terapií o nevědomých zdrojích prožívání a chování.¹²⁹

Podpůrná psychoterapie

„Léčba by se měla zaměřit na pomoc pacientovi vyrovnat se se svými obavami z blízkosti a agrese, dále na redukci stresu, který si vytvářejí sami vinou perfekcionismu. Vhodný je nácvik porozumění vlastním emocím i jejich asertivnímu vyjádření. Tento bod je citlivý, protože anankastičtí pacienti jsou chyceni do sítě svých myšlenkových racionalizací a emoce vyjadřují velmi málo. Terapeut se nepokouší jako první odkrývat pacientovy emoce, ale začíná tam, kde to pacientovi jde dobře – zaměřuje se na jeho uvažování. Během procházení skrze pacientovy racionalizace a intelektualizace můžeme vytvořit atmosféru pro to, aby pacient sám pocítil potřebu uvědomit si, že to jsou jeho emoce, které ho pohánějí.“¹³⁰

(..)Skupinová terapie může být přínosem zejména pro získávání schopnosti dosáhnout pocitu vřelosti a intimity a snížení přecitlivělosti na odmítání. Učí pacienta vyjadřovat emoce, neskryvat se za intelektualizace, je to však obtížné, protože postižený zpravidla neví, co po něm skupina požaduje. Také ho emoční projevy druhých vyvádějí z míry a on se snaží kontrolovat situaci přes otázky k terapeutovi nebo přes vyjadřování moralizujících postojů. Pokud je skupina k jeho obranám laskavá, vývoj je zpravidla dobrý, postupně si je dovoluje uvolnit a prožívá ve skupině větší a větší intimitu bez potřeby vše kontrolovat.“¹³¹

stanovení cílů v arteterapii

Z počátku volím pro Pavlu podporu, aby vůbec začala malovat, kreslit. Zveřejnit obrázky ve skupině, je pro Pavlu těžké. Kreslí tak, jak se cítí. Postupně chci podpořit to, co vznikne, nějak se od toho odrazit. Pomoci malovat zážitky, věci kolem sebe, příběhy. Nejspíš ale tehdy, až se pro to Pavla rozhodne. Trochu doufám v pomoc skupiny, jejíž někteří členové mohou Pavlu nepřímo povzbudit.

Arteterapie tak může pomoci budovat sebedůvěru a prostor pro sebe. Mám trochu obavy, aby se nesoustředila víc na ostatní a aby měla ze své účasti nějaký profit.

129. Poruchy osobnosti, J. Praško, str. 295

130. Novalis in Poruchy osobnosti, J. Praško, str. 292

131. Poruchy osobnosti, J. Praško, str. 130

Průběh, arteterapeutická intervence

Když je výtvarným tématem skupiny, „jak mi je ve skupině, pro co si přicházím“, je Pavla bezradná a sdílí, že to neví. Je to pro ni náročný úkol, trápí se, chce to vymyslet. Nedá se nic dělat, musí říci, že to neví. Když zjistí, že je to v pořádku, zasměje se a baví jí nevědět ještě hodně dlouho. Uvědomuje si, že v arteterapii nemusí „vědět“, ale může se uvolnit alespoň na svém malém formátu. Svolení k tomu má od terapeutky a skupiny a to na Pavlu působí dobře, nicméně vlastní pocit viny a zpětné hledání „důkazů“ o své nedostatečnosti jí stejně dohánějí a trápí.

Opatrně se snažím působit na Pavlu tak, aby se pokusila namalovat nějaký zážitek, který byl příjemný. Na obraze 57 chce vyjádřit zážitek z kulturní akce, kde zpívaly krojované slečny a nabízeli tradiční moravské koláče.. Obrázek je bez prostoru. Je na něm mnoho zajímavých věcí. postava ženy v zákrytu– jen hlava, „noha v hlavě“ dívky v popředí - jakoby nechápala, jak jsou objekty v prostoru „za sebou“; okno na zemi – jako hrob? .. s květinou, pocit viny? Pohřbená naděje mít dítě? Potraty? Otec, který již nežije? Postavy jsou celkem dobře proporcionálně zvládnuté, ale nemají skoro ruce.

Tato skrytá vyjádření vnímám, ale nijak je Pavle nesdělují. Podporuji a chválím, že se pustila do odvážného obrazu.

Na obrázku č 62. po ukončeném kurzu španělštiny píše – „trochu sama“ – je to výrazné sdělení, Klára se ptá, proč se tak cítí, Pavla má citelně slzy na kraji..

Co Pavla sdílí doopravdy? – ústředním motivem je useknutá hlava ženy, Pavle ne moc podobná, přilepená žena z časopisu v horním levém rohu je Pavle podobná velmi, ale jak sama říká - před dvaceti lety. Na skupině není prostor pro sdělení, Pavla pláče a snaží se utéct ze situace.

Sdílí později, že kurz ukončila testem, který zvládla podle svých slov „jen“ na 70%..

Pavla se vrací do svých rozpadlých obrazů, baví jí téma „hlava“ na výstavu v Berlíně – líbí se jí přísloví „hlava otevřená“ obr.č. 56. V tomto období nabízím též uhlovou rezervu s motivem portréty. Pavle se podaří obrázek velmi pěkně zvládnout. Bohužel není k dispozici, protože s na výstavě v Berlíně prodal (koupila ho paní s psychiatrickým onemocněním též s právní praxí v minulosti). Pro Pavlu to byl spíš šok, než povzbuzení, cítí se nepatřičně, nedokáže svůj úspěch prožít. Získané peníze za obraz přijímá s vyloženou nechutí. Ona a Karel jediní na výstavě v tomto smyslu uspěli.

Pavla sdílí - „že je všechno furt dokola, nedokáže říct ne, nedokáže se ohradit, ochránit. Bojí se být razantní a dostává se do další a další otáčky“

Dávám výtvarně Pavle zadání, aby se víc orientovala na skutečné objekty. V místnosti, na fotografiích, portréty kolegů ve skupině atd.

..Na konci roku 2012 přišlo málo lidí na skupinu ona a dvě ženy. Pavla kreslí moje křeslo se svetrem, „jen tak“(obr. č. 61 ..neuvědomuje si, proč to křeslo kreslila ..ptala jsem se, jestli by to křeslo chtěla? Nebo který objekt je důležitý? Chce se zabalit do mého fialového svetru a v křesle se schoulit.. a pokračuje.. „nó, já už dlouho potřebuju říct, že je mi můj muž nevěrný, vim to už dlouho a nechci ho ztratit, náhodou jsem to zjistila a nechci mu říct, že to vím.“

Její způsob řešení bylo vytvoření iluze, že to nějak řídí. Sleduje jeho poštu a SMS a ví jak se to vyvíjí. V obdobích, kdy se muž s milenkou hádali, se cítila Pavla dobře a naopak. Myslela, že to má pod kontrolou ale nemá, zraňuje jí to velmi, neví co dál... má strach, že když to řekne, budou se dít změny, které nechce a držet už to nezvládá. Pláče. Alespoň tak může pocítit úlevu.

Pavle nedělají moc dobře různá filozofická témata s nejasným výsledkem. Další výtvarný úkol pro Pavlu tedy nacházím opět v opoře v realitě. Nabízím velkoformátové fotografie a nebo oblíbeného malíře, kterého by se pokusila napodobit. Pavla opět bojuje s pocitem nedostatečnosti.

Nevěřím mi, ani ostatním, že je obraz zdařilý, nedokončuje ho. (obr. č. 64) nicméně se víc stabilizuje. Obr. č. 65 si vybírá podle kalendáře a i když má chladnou až deprivacní barevnost, mnoho ostrých hrotů, Pavla k němu má příjemné pocity, protože se váže k zážitku z prázdnin na horách, kde jí bylo dobře.

Na další skupině se vzepře proti Michalovi, apeluje na terapeutu, aby něco udělali, situaci s ním vnímá, jako neúnosnou. Pro Pavlu je to významný pokrok. Michal byl zrovna v procesu odchodu, byl na Pavlu hrubý. Pavla se ochránila.

Znaky v tvorbě

Když sleduji obrázky vcelku, všímám si nejenom jejích oken – křížů, které bych mohla vnímat, jako neustálý pocit viny, kdykoliv jí vztek donutí říci něco „nepěkného“.

Ale všímám si i motivů „poškozených hlav“ - obr. č. 58, 63,62,56 – „hlava otevřená“. Při závěrečném rozhovoru s Pavlou se jí ptám s čím to může souviset. Pavla sdílí, že trpěla často úpornými bolestmi hlavy, byla v dětství hospitalizovaná s meningitidou a v dospělosti měla cystu na šišince. Brala kvůli tomu antiepileptika. Měla také úraz oka a operaci glaukomu, po níž se jí také spustila obrovská bolest hlavy.

Bylo by i na místě přemýšlet, „co má v hlavě“ – na co myslí. Situace s nevěrou manžela stále zůstává stejná a Pavla stále udržuje stejný přístup.. bolí jí z toho hlava..

Nicméně tyto znaky v její tvorbě se časem už neobjevují. Je to i zadáním, které Pavla vždy přijímala a opírala se o něj.

Barevnost Pavliných obrazů je laděná spíš chladně, i když používá červenou je v ní příměs

bílé nebo modré. Nebo je v obraze křiklavá bez doplňku. Často používá fialovou v kombinaci s černou. Teplejší barvy volí ke konci naší spolupráce, jsou ji doporučeny.

Zhodnocení přístupu

V působení na její výtvarný posun jsem si vzala na pomoc také předlohy a reálné předměty – objekty v místnosti, kytice, zátiší, fotografie, obrazy mistrů, apod. Působí jako opora, bez které se Pavla neobejde.

Použití teplejší barevnosti se Pavle dařilo také pomocí předloh.

Pavla zjistila, že dokáže dobře objekt napodobit a víc se věnuje nyní této malbě. Může do malby také vkládat něco svého, pozměňovat ji.

Pavla v závěrečném sdílení nejvíc vyzdvihuje možnost „být nejistá“, dělat chyby, „nevědět“. Výtvarně má dojem, že objevila malování. Je překvapená, že to dokáže a je potěšená, když jí doporučuji malovat dál alespoň v nějakém kurzu. Když obrazy porovnáváme, vidí rozdíl. Končit ve skupině ještě nechce, ale podřizuje se pravidlu tří let.

Dochází nyní pravidelně jednou týdně do verbální individuální psychoterapie.

2.3.6. MICHAL

Anamnéza

věk 21 let

Rodinná A

Rodiče padesátiletí, oba zdraví; sourozenci dvojčata 17 let - zdraví

Nikdo z rodiny nemá potíže.

Osobní anamnéza

komplikovaný porod, přidušen, zlomený klíček, inkubátor. V dětství vážněji nestonal.

Sociální anamnéza

Žije s rodiči a sourozenci. Svobodný, bez přítelkyně, bez delšího vztahu. MŠ i ZŠ bez problémů, chování 1.

Pokoušel se studovat na několika středních školách. Aktuálně neuspěl u maturity na Sociálně správné škole. Pokoušel se o zaměstnání, zatím bez úspěchu pro poruchy soustředění. Není schopen přizpůsobit se požadavkům zaměstnavatele.

Koníčky: sport, karate, filosofie, psychologie..

Psychiatrická anamnéza

poprvé vyšetřován ve třech letech pro neklid a nespavost – po anxiolyticích měl paradoxní

reakci. Ve školním věku diagnostikovány specifické poruchy učení – LMD, dyslexie, dysortografie, dyskalkulie. Též diagnostikováno ADHD. V psychiatrické péči od 15 let. Medikaci odmítal. V r. 2009 diagnostická hospitalizace na psychiatrii se závěrem manického stavu.

Farmakologická anamnéza

Krátce léčen Zyprexou a Lamictalem, hned po odeznění příznaků, léky vysadil. Nyní neužívá žádné léky, odmítá je.

Nynější onemocnění

Symptomy vypadají jako poruchy chování, zvyšující se problémy s koncentrací a pozorností. Ve škole agresivní, neklidný, nesoustředěný, spí dobře. Má plnou hlavu myšlenek.

Nynější psychický stav

Vědomí vigilní; orientovaný všemi kvalitami

Kontakt navazuje rychle a snadno, ale povrchně. Nesoustředí se.

Vnímání bez halucinací

Myšlení na hranici koherence, ale zabíhavý, bludná produkce, vlastní filozoficko-náboženský systém

Emotivita nestabilní, hyperaktivita

Psychomotorika zrychlená

Nálada mírně nadnesená

Náhled na nemoc nemá

Abúzus

nekouří, nepije. Je to proti jeho přesvědčení

DG

Nespecifikovaná schizofrenie F 20.9

dif.dg. Hyperaktivní porucha – aktivity a pozornosti F 90.0

Cíl arteterapie

Po silném váhání, jestli Michala do skupiny přijmout, nakonec přistupuji na to, že to bude těžká práce pro oba a hlavně pro skupinu. Neměla jsem tušení, co všechno se ve skupině bude dít. Lákala mě představa jeho tvorby v naší umírněné, nesdílné skupině a doufala jsem v její rozproudění, což se dělo naprosto nežádoucím způsobem. Pro Michala jsem doufala v přijetí od skupiny - aby mohl získávat důvěru i k jiným lidem. Jeho chuť a schopnost malovat přispívá k možnosti s ním výtvarně pracovat. Vzhledem k jeho neustávajícímu mluvení by mohlo výtvarné soustředění přispět ke zklidnění a vyjádření prožitků i jiným způsobem, možná srozumitelnějším. Arteterapie by mohla přispět k soustředění a vnímání reality, zároveň jeho

způsob tvorby spíš naznačuje potřebu vybití nahromaděnou agresi. Dalším faktorem k přijetí byla bohužel absolutní bezradnost, jak mu pomoci a protože je výtvarně založený – ovšem jak se ukázalo i dramaticky i hudebně – měl by jít do arteterapie.

Počátek tvorby

Michal nastupuje do skupiny v únoru 2011

První obraz je neobvykle na členy skupiny odvážný. Michal nechává ztékát barvy po papíře. Vzniká obličej obr. č. 66.

Je expresivní ve svých vyjádřeních. Zřejmě z ostychu hodnotí neosobně ostatní. Má pocit, že ví, jak na to, což skupinu dráždí a brání se mu. Není příliš v kontaktu s ostatními, těžko se dostává do tématu ignoruje zadání. Není jasné, jak moc nerozumí a jak moc se mu prostě nechce. Práci nedokončí, snaží se udržet terapeuty ve své blízkosti i po ukončení času terapie.

Nejsem si jistá žádnou z diagnóz, kterou se dočítám z anamnézy. Jistá jsem si tím, že je opravdu nezařaditelný. Snažím se tím nezabývat, a přistupovat k němu lidsky. Přesto po počátečních setkáních nemůžu odolat, a napsat sem úryvek z kapitoly psané Arturem Robbinsem v knize Přístupy v Arteterapii, neboť naši spolupráci dokonale vystihuje:

„Hraniční pacient uvízl ve sbližovací fázi separace-individualizace – oné „děsivé dvojky“ – kdy má rodič pocit, že nemůže nic dělat. Dítě, které se chce osamostatnit a přitom se stále bojí samoty, chce se ve stejný moment vydat dvěma rozdílnými směry. Problém spočívá v tom, oddělit se, ale současně zůstat ve spojení. Zatím, co dítě křičí, řve a říká: „Ne!“, jeho touha po nezávislosti je v rozporu s jeho nevyřčenou potřebou být držen potřebou, které se však často zříká, pokouší –li se rodič přijít blíž. U dvouletého dítěte to můžeme pochopit. V případě dospělého pacienta je to matoucí a nesnesitelné. Trvalé kognitivní porozumění tomto problému je pro arteterapeuta nesmírně užitečné. Takový pacient doslova konzumuje jak výtvarný materiál, tak trpělivost. Úkolem arteterapeuta je zachovat si velmi silné a jasné vnímání toho, kam se pacient utíká, když se bojí a „ztrácí“ se pod mračny hladu po pomoci podpoře. Arteterapeut nesmí být zároveň ovlivněn výkyvy mezi podceňováním ani přeceňováním a musí si zachovat cit pro všudypřítomné dělení na dobré a špatné“¹³²

Kolem Michala opravdu běhám, jako kolem dvouletého dítěte. Hází kolem sebe barvy, po zdech, oknech a ostatních lidech. Což se snažím uhlídat. Tím mu věnuji skoro všechnu pozornost. Prostě proto, abych ochránila ostatní. Při ukončování, když mu nedovolím používat

132. Objektivní vztahy a arteterapie, Robbins A. in Přístupy v arteterapii, J. Rubinová, str. 110

dál barvu, kterou lije po zemi, se hlasitě brání: „Ne!, prosím, prosím, prosím, prosím, ..“ někdy si i klekne na zem a obrovsky mi lichotí. Snažím se být laskavá a neústupná. Stejně přetahuji v čase, barvy mizí, svoje emoce držím jen tak tak a ostatní ve skupině mě ztrácí.

Průběh spolupráce, arteterapeutická intervence

V průběhu další spolupráce si všímám, jak je Michal úzkostný a když se nedaří na první pokus „nahodit“, co by se mu líbilo, obraz překrývá nebo dře, dokud to papír unese (obr.č. 68). Častým motivem obrazů jsou Buddhové, nebo bizarní portréty se zubatými ústy a roztékajícími konturami. Barva stéká po stojanu, po zdi, po zemi.. Michalovo bílé oblečení zůstává překvapivě netknuté.

Když je v napětí, maluje, nebo kreslí umírněněji (obr. č.70)

Po několika týdnech Michal kreslí nezvykle propiskou. Je konec školního roku a Michal prozradí, že ho čekají vyrovnávací zkoušky ve škole. Je v silné tenzi (obr. č. 69). Je tichý, zamyšlený. Zkoušky nakonec neudělal a je opět bez školy. Lze vnímat pohnutí, Michal se od toho snaží odstříhnout a maluje opět velmi expresivně – překrývá vrstvy, není spokojený, v obraze by měl být obličej Buddhy (obr. č. 70.). Skupina však dává Michalovi zažít, že s ním soucítí. Michal to přijímá a svěruje se.

Matce zřejmě dochází trpělivost a rozhodne Michalovi přes léto sehnat nějakou brigádu. Michal jde pomáhat do lesa nosit větve. Nejdříve se vyděsím, jestli to Michal zvládne, ale nakonec to může být užitečné – být víc v prostředí mužů.

Matka se o Michala hodně stará, zařizuje vše kolem školy, terapie, ubytování v Praze, přesto, že už je dávno plnoletý. Dokonce ho i omlouvá z terapie, když nemůže přijít. Domluva s Michalem nefunguje, nakonec poprosím matku, aby to za něj nedělala a Michal se začne domlouvat o docházce sám.

Toto vnímám, jako významný posun a Michal i jeho rodina prokázali, že jsou pokroky v Michalově osamostatnění schopni.

Michal se snaží i mě zamotat do svých potřeb. Vždy když zamaže štětce, stěny i okna, nutí mě, abych to po něm umyla. Někdy i ostatní členy. Docílí toho tak, že to prostě neudělá. Jakoby si užíval, co se bude dít. Pozoruji se, jak se mi chce „řvát“, nakonec jsem na místě, hlídám ho a on se mnou může vést své debaty o svém světě.. takže to buď uklidím, nebo s ním strávím další půl hodinu. Konstatuji, že je velice schopný zařídit si situace pro sebe, jak potřebuje. Přestávám se o něj bát a blahopřáním nápadu jeho matky, aby šel pracovat v létě do lesa.

Michal se vrací do skupiny v březnu r. 2012. Opět po domluvě matky. Brigádu zvládl prý dobře, víc nám nepoví. Může mluvit o rodičích sourozencích dvojčatech.

Po pauze se jeho obrazy trochu změnily. Je v nich čistá červená a doplňkové barvy.

Obraz 74 – žena – fascinovaný videem, kde žena hodí mokré vlasy za sebe. Je přitahován ženami. Neví si rady, jak dívku, která se mu líbí, oslovit. Znejišťuje, nepřipadá si dost přitažlivý, zajímavý. Přesto se mu podařilo se s nějakou krásnou slečnou, dát do hovoru ve vlaku. Je potěšený, sdílí to úplně normálně, všichni ve skupině napjatě poslouchají. Michal se i ptá, jak si říct o telefonní číslo, nebo co vlastně má udělat..? směje se a je v rozpacích, že to neudělal.

Členka skupiny, která není v tomto vzorku, má syna v Michalově věku, ptá se ho: „Michale, máš rád svoji maminku?“

Michal bez váhání : „Jasně, naši jsou bezva“

paní reaguje: „A říkáš jí to někdy?“

Michal úplně uvolněně a jakoby nic říká, že „jo“

..

Inspiruje se a maluje matku (obr. č. 73)

Objekt snad postava je průhledná, namalovaná fialovým obrysem na oranžovém podkladně, nad jí jsou žlutá a modrá srdce, pod kterými se postava až kácí. Michal si hraje spíš s barevností a nachází si , že by chtěl umět malovat postavy správněji. Tuto touhu už nedokážeme zúročit.

Zadávám Michalovi téma koláže, myslím, že by mu to mohlo pomoci se soustředit a pokusit se navázat v obrázku nějaké vztahy. Obr. 72 jsou jeho sourozenci - dvojčata. Nabízím jestli to nemůže být on, s kým by mohl být spjatý. Ale tento blízký vztah je mimo něj, cítí se z něj vyloučen. Jako s dvojčaty.

Potom dojde na psychologické vyšetření, které si sám vyžádal, aby konečně vyvrátil, že má psychózu.

Závěr zní: Na podkladě pervazivní vývojové poruchy spojené s poruchou pozornosti se u pacienta vyvinula osobnost s rysy emoční lability, sklony k teatrálnosti a impulzivitě“.

Michal to vnímá jako vysvobození, je rád, že „není blázen“, jak ho často lidé oslovují. Ale není už ochoten porozumět nové diagnóze. Jeho působení ve skupině je zase rozpadlé a náročné.

Michal na základě svojí diagnózy vyhledává jinou organizaci, aby využíval jejich program. Domluvil se na skupině, že terapii zde ukončí. Ale také vyjadřuje, že by tu rád nějak zůstal. Dostává se do hraniční situace. Odejít nedokáže i když chce. Dál dochází a nebývale provokuje, je až agresivní na členky skupiny. Potřebuje být vyhozen. Sám to nedokáže. Když ho v tomto oslovují, je tak nesoustředěný a odmítavý, že není schopen žádného náhledu. Nemám už

trpělivost čekat, dávat mu prostor, aby se posunul sám a dospěle odešel. Limit vypršel, chráním skupinu, která ještě vydržela docházet. Ukončuji Michalovi terapii.

Skupina je z Michala vyčerpaná. Michal obzvlášť útočí na Kláru, se kterou ještě v minulosti vycházel. Poslední obraz č. 75. už nijak nekomentuje. Je velmi agresivní a kolega s ním odchází ze skupiny, aby s ním promluvil. Michalovi to pomáhá se zklidnit, potřebuje nejspíš terapeuta pro sebe víc, než skupinovou terapii.

Znaky v tvorbě, změny

Výtvarně byl Michal velmi zajímavý, jeho obrazům velmi slušel rám a na výstavě by se vyjímaly. Těsně před začátkem výstavy však Michal odstoupil. Uvědomil si, že nechce být na výstavě s tématem „duševní zdraví“ spojován s psychózou. Svěřil se, že se chtěl stát umělcem, to byl vlastně nejsilnější důvod proto, vstoupit do arteterapie. Chce v budoucnu vystavovat sám za sebe ne za nemoc. Tomu jsem rozuměla a respektovala to.

Výtvarně se zabýval obličejí a později se pokoušel i o postavy, většinou nahých žen, torza žen bez hlavy a nohou. Ženské tělo potom působí zase jako obličej. Fantaskní portréty mají výrazný nos a ústa se zuby. Agrese, kterou potřebuje vyjádřit a která také útočí na něj? Výrazné oči nebo prsa u žen mohou odkazovat k přání mít péči jako v dětství.

V obrazech je z počátku viditelná „roztékavost“ - překračování hranic papíru, času, trpělivosti. potřeba provokovat – barva všude kolem, neochota ukončit tvorbu a uklidit po sobě neschopnost posunout se k dospělosti, odpovědnosti sám za sebe, za své jednání.

Různá destrukce papíru – agresivita, obrácená i proti sobě

Vyjádření sexuality ať už vědomě, nebo neuvědomovaně

V úzkosti a strachu o svou budoucnost, je však jeho tvorba extrémně odlišná od té uvolněné. Je tichý, uzavřený. Má malý formát, kreslí propiskou nebo tužkou. Tak prožívá neúspěch ve škole.

Vzhledem k jeho obtížnému diagnostikování jsem si u obrazů chtěla ověřit, jestli se objeví znaky popsané Rennertem. Nejsem schopna s jistotou nějaké sledovat.

Ze závěrečného rozhovoru při ukončování terapie:

Přiznává, že je z ukončení terapie smutný, ale u smutku dlouho nezůstává. Přechází ke svým buddhistickým tématům. Vracíme se k arteterapii a jeho roli ve skupině, v čem mu arteterapie pomohla... ve skupině se cítil jako doma v pokoji se sourozenci, kteří ho umravňují a vykazují do patřičných mezí. Opakovaně se dostává do role zlobivého a provokujícího kluka. Tváří se, že ho tato role baví a přidává k dobru historky, jak provokuje. Procházíme, kde a jak je v dospělé mužské roli.

Z toho jak odcházel a fungoval Michal v našem prostředí je zřejmé, že nenašel způsob jak se spoléhat sám na sebe. Vyžadoval vždy péči druhých, stejně jako mu matka zajišťuje všechny jeho kroky, žádal to samé nevědomě i vědomě po arteterapeutce.

Zhodnocení přístupu

Přístup který jsem volila byla spíš snaha o neústupnost ve vyžadování pravidel. Neměla jsem ale na to vždy kapacitu. Výtvarně jsem měla prostor spíš pro pozorování. Korekce nebo podpora probíhaly obtížně. Michal se nerad nechal ovlivňovat. Nic z cílů, které jsem si zde sama stanovila na začátku se nepodařilo naplnit. Poučila jsem se mimo jiné (bohužel na celé skupině), že není dobře přijímat klienta jen na základě – Kam s ním? Už nemá kam jít.. a podobně.

Působení Michala na skupinu

Ve skupině však docházelo podle mého pozorování k zajímavým interakcím, podnítil k aktivnější tvorbě Jiřího, Radima. Dopomohl ke vzpouře Pavly, která si jinak nechává všechno líbit. Michal však také měl možnost prožívat přijetí, uměl přijmout od ostatních soucit, podporu. Sám ale něco podobného dávat nedovedl, lehce přistoupil k hodnocení, despektu a výsměchu. Tím všechny naštvál a reakcím, které vyvolával potom, nerozuměl.

Doporučila bych v budoucnu práci s celou rodinou v rodinné terapii.

2.3.7. RADIM

Anamnéza

věk 24 let

Rodinná anamnéza

S biologickým otcem není v kontaktu. Nevlastní otec 45 let, matka 43 let. Bratr dvojče a sestra o dva roky mladší. Matka se léčila s depresí. Bratr z úzkostí.

Osobní anamnéza

předčasný porod.

Sociální anamnéza

Na ZŠ byl hodně společně s bratrem, kamarády měl, učil se normálně. Studoval gymnázium a VŠ sociální studia – aktuálně přerušeno.

Bydlí s rodiči a sestrou. Má dlouhodobý vztah s přítelkyní.

Pracovní zkušenosti má z brigád, aktuálně nepracuje.

Psychiatrická anamnéza

cca v 18 letech měl nutkavé myšlenky, léčil se a stále dochází do psychiatrické ambulance. 2X byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Měl hlasy, které se po propuštění vrátili, byl opět znovu hospitalizován.

Nynější onemocnění

Cítí úzkost v tramvaji. Spí dobře. Hlasy teď neslyší. V minulosti měl TS. Nyní sebepoškození neuguje. Cítí se vyčerpaný, unavený.

Nynější psychický stav

vědomí lucidní; orientovaný časem i situací

v kontaktu udržuje odstup

vnímání nelze vyloučit sluchové halucinace

myšlení souvislé, s latencemi; bez paranoidní nebo bludné produkce

odpovědi adekvátní

řeč tichá, je špatně rozumět

emotivita přiléhavá

snížená spontaneita

psychomotorika zpomalená

náhled na nemoc má

osobnost ovlivněná psychózou

sebevražedné myšlenky nemá

Abúzus

dřív jedno pivo, dnes nepije. Dříve vyzkoušel marihuanu

DG

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Radim na první pohled působí sklesle a unaveně. V hlase je tichý, ale pevný. Rád o věcech přemýšlí, někdy se ale až příliš ponoří do své teorie, až „nemůže ven“. Potřebuje potom svou myšlenku sdílet s ostatními a neustálým nutkavým opakováním svoje protějšky v rozhovoru brzy odradí.

Počátek spolupráce

Radim ovlivnil skupinu svými intelektuálními rozmluvami. Nastoupil v období jako Michal a ten si s ním často povídal. Jejich rozhovor byl zajímavý. Když Michal Radima pustil ke slovu, mluvil každý o něčem jiném podobně jako s Jirkou. Společného měli to, že oba hodně přemýšleli, nořili se do svých myšlenek, ve kterých se pak ztráceli a těžko jim bylo rozumět.

První obraz Radim pojmenuje „Dům slunce, žebřík – to je to, co člověk potřebuje k životu“ (obr. č. 76)

cíl arteterapie

Zde vnímám obrovskou potřebu stability, jistoty, důvěry. Radim je tak nejistý, že mám silné obavy, jak arteterapii zvládne. Výtvarně si představuji, že se může držet jasně zadání, odpočine si od svých neutichajících myšlenek, hlasů. Nevnímám jako vhodné pouštět se do interpretací, do těžkých témat - ztráty otce, nemoc matky, atd. Budu se i zde soustředit hlavně na to, co je jisté, o co se může opírat, čemu může důvěřovat.

průběh spolupráce

Radimovi nebývá moc dobře, cítí se polapen svou úzkostí. „Jsem v bublině pohlcen svou myšlenkou. Já tu bublinu nevidím, ale vidí ji ostatní a mohou mi pomoci. Necítím se ztracený, protože ještě dokážu pomoc přijmout.“

Radimovi pomáhám orientovat se v atelieru a podporuji jeho přijetí ve skupině. V tuto chvíli nic lepšího nepotřebuje. Nijak nepodněcuji jeho i tak složité myšlení, snažím se mu pomoci se soustředit jen na tvorbu, která mu přináší radost. Časem se stabilizuje, chce malovat prostor. Zatím bez reálných postav. (obr. 77,78)

Radim byl minulý týden ve škole na přednášce a vytvořil si z ní nový poznatek o nejistotách a jistotách. Pokouší se vystoupit z filozofování k malování. Potřebuje jistotu velkého množství barev a velkého formátu. Potřebuje svůj prostor uzavřít do perspektivy ulice ohraničené domy, které jsou přilepené z vlnité lepenky. Hraje si s barvou baví ho její hustota a kombinuje s uhlím, což mu přijde nové a zajímavé (obr. č. 79).

Radimovi je střídavě špatně a střídavě lépe. Všimnu si ale, že tráví hodně času před skupinou s Michalem. Ten ho snadno „rozloží“. Radim se obtížně brání mnohem aktivnějšímu Michalovi. Dnes se nechce vyčerpávat malováním volí pastely. Obraz má vyjadřovat rozpraskanou suchou poušť a kontrast k ní má být voda – v horní části obrazu. (obr. č. 80)

Snaží se získat ve skupině svůj prostor. (obr. 81) Pracuje oblíbeným materiálem. Bere si prostor, cítí se uvolněný. Baví ho, že zapomíná "nepodstatné detaily" a že vnímá více celek. Během skupiny se "tahá" s Annou o bělobu – což se začíná stávat „oblíbeným rituálem“. Bílá, kterou přimíchá do všech barev ve velkém množství, pro něho znamená „něco nevyřčeného, co může zůstat záhadně skryté“. Ano, vnímám záhadu v tom, že po husté bělobě silně touží další a další člen skupiny. Nakonec se o ni tahají všichni. Nebývale dynamická a kontaktní „hra“. Ta

končí v momentě, kdy barva dojde a veškerá agrese se pouští směrem ke mně. Radim má také zlost, že barvu nejdu hned koupit. Ale nechávám ho v tom. Barva prostě jednou dojde. Jako v životě. Podporuji tvorbu bez běloby, nabízím akvarel, kde není potřebná. U Radima to je přílišná změna, kterou nechce. Nahrazuje příště bělobu jasně žlutou barvou..Radim teď maluje (obr. č. 83) s jakousi manýrou, s rozmachem. Už ne tak hustou barvou, nepotřebuje tolikrát překrývat. Radim také použil trochu čistší barvy. Bílou si ponechává, není však podstatnou složkou husté barvy, jako v předchozích obrazech.

Radim konstatuje, že je mu hůř. Otvírá téma rozchodu s přítelkyní, který se odehrál před časem. Řeší, jak se vídat, jestli budou přátelé, jak mluvit. . Povídá si s Klárou. Vrací se k předchozí tvorbě. Nevyjadřuje lítost smutek.. ale v obraze č.84 je možné zachytit osamělost.. chlad. Inspirací je obraz od van Gogha „pokoj“

Obraz č. 85 tvoří tak, že přenáší pomocí pauzáku portrét ženy z předlohy – z knihy. Chtěla jsem mu tak pomoci nakreslit obličej. Postavy a portréty Radim obchází, neví si s nim rady, ale umět by to chtěl. Tužkou nakreslený podklad domalovává oblíbenými temperami a lepí na silnou vrstvu barev.. domalovává intuitivně.. a je to jeho přítelkyně, stýská se mu.

Radim od září začíná docházet opět na fakultu, má plány, že školu dokončí. Je vcelku stabilizovaný. Na konci roku 2012 se se skupinou loučí, už nestíhá chodit.

Znaky v tvorbě

Shrnula bych jeho práce jako hodně pastózní z přechodem od teplé barevnosti k chladné až pastelové. Měl smysl pro perspektivu a pro zdařilou kompozici. Četné intelektualizace i potřeba dát speciální význam svému obrazu se během naší spolupráce nezmírnily.

Jeho výrazná úzkost se může v potřebě ovládnání struktury barvy ukazovat, také v rámování.

Některé obrazy působí uvolněně, rozmáchnutě (76,83). Je ale potřeba si zde uvědomit, že Radim užíval silné dávky léků. Občas si před skupinou lék na uklidnění vyžádal.

Významným znakem je také kombinace různých materiálů lepenek, koláže různých druhů papíru, vrstvení.

Zhodnocení přístupu

Radim bojoval po dobu, co docházel do skupiny z úzkostmi. Jeho až obsedantní chování – zvláštní filozofické systémy - mu pomáhaly „zůstat pohromadě“. Neměla jsem ambice ani odvahu měnit Radimův styl. Nebylo vhodné jakkoliv ho rozbíjet, znejišťovat a uvolňovat.

Pouze jsem podporovala na úrovni formátu, barevnosti. Když byl nejistý, ujišťovala jsem ho. Radim byl skupinou dobře přijat. Karlovi se jeho obrazy hodně líbily, vyjadřoval mu obdiv. Radim byl ve skupině relativně krátkou dobu. Vzhledem k potřebě jistoty a důvěry, velmi krátkou dobu. Zásahy do jeho výtvarné práce byly velmi jemné, přinášela je spíš skutečná omezení materiálu, času a potřeb ostatních, které snášel obtížně. Radim byl jeden z mála ve skupině, kdo měl zájem přijít na společnou výstavu a ukázat svá díla své rodině, přátelům. Z toho lze usuzovat, že pro něj byl důležitý výsledek na pohled, nemohl se uvolnit a nechat průchod emocím, dostat se k nim. Dalo by se usuzovat, že se jim cítil ohrožený.

2.3.8. KLÁRA

Anamnéza

věk 30 let

Rodinná anamnéza

Věk rodičů neví, jsou zdraví. Mladší sestra docházela do psychiatrického stacionáře, starší sestra je zdravá. Babička užívá antipsychotika.

Dětství: doma strašné peklo, dusno, rodiče je nezvládali, matka hodně křičela. Do třetí třídy raubíř od té doby stažená do sebe.

Nyní vdaná, děti neplánují. Manžel – alkoholismus – nyní abstínuje, užívá léky

Sociální anamnéza

Gymnázium – problémy se soustředěním chodila za školu. Pracovala jako prodavačka, brigády, potom ID a pak už nepracovala.

Bydlí s manželem.

Psychiatrická anamnéza

Bouřlivá puberta. Na gymnáziu nemohla spát, špatně se soustředila. V psychiatrické ambulanci od 16 let. Po dokončení školy přišla první hospitalizace. Potom ještě 5x. Nyní dochází 1x týdně na individuální psychoterapii v jiném zařízení

Užívá psychofarmaka

Nynější onemocnění

Před poslední hospitalizací hodně pracovala, nespala. Přišly bludy, halucinace, skončila v léčebně. Vnímá, že je to hodně samotou – celé dny je doma. Hodně se věnuje koníčkům – malování, web, videa. Ale nemá kontakt s lidmi. V atace cítí hodně úzkost, slyší hlasy. Mluví o ní v televizi, slyší sousedy. Lidi jí vidí do hlavy, povídají si o věcech, které nikomu neřekla. Nemá soukromí. Nejtěžší je, když se to vztahuje na manžela – když věří tomu, že to manžel nějak řídí,

nebo že je někdo jiný.

Nynější psychický stav

vědomí jasné, bdělé; orientovaná správně, trochu dezorientovaná v minulosti

vnímá sluchové halucinace

v kontaktu ochotně, spolupracuje, trochu stažená

myšlení adekvátní, paranoidně perzekuční bludná produkce , částečný náhled

emotivita přiměřená

nálada mírně pokleslá

psychomotorika mírně zpomalená

náhled na nemoc má částečný

osobnost ovlivněná psychózou

sebevražedné myšlenky aktuálně nemá

Abúzus

v pubertě několikrát marihuana, alkohol nepije, kouří 20 cigaret/den

DG

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Výtvarná práce na začátku

Klára přichází v září 2011 a je poslední reprezentantkou vývoje skupiny v této práci.

Svůj projev zahajuje obrázkem č. 86. - necítí se dobře, je roztěkaná, spojuje to se somatickou nemocí, kterou prošla. Svoje pocity ztvárňuje v portrétu s názvem "divočina". Obraz je na malém formátu a je velmi přeplněný. Zpětně k němu dodává, že měla při malování hlasy.

Klára kreslí pastelem, hodně silou s velkou razancí. Která je vnímatelná i akusticky. Je výrazná v barvách, vyplní celý prostor papíru. Je nerada, když je vyzvána, aby o obraze něco řekla. Působí občas zmateně. Mluví tichým hlasem, hodně se přemáhá.

Klára přes sdílený nedostatek kontaktu s jinými lidmi kromě manžela, kreslí postavy, nevyhýbá se portrétům. Vzhledem k tomu, že o nich mluví, jako o snech, myslím si, že o kontaktu s ostatními touží. Nebo se dějí a její subjektivní vnímání je, že by toho mohlo být víc.

Stanovení cíle arteterapie

Klára přichází na doporučení své psychoterapeutky k docházce do nějaké skupiny. Vzhledem k zájmu o malování se rozhoduje pro arte.

Při stanovení jejího cíle ve skupině se zprvu orientuji na její zdravotní stav, jestli pro ní není účast ve skupině víc stresující než pomáhající. Podporuji její důležitost a kontakt s ostatními ve

skupině. Všímám si její bezprostřednosti a schopnosti výtvarně tvořit. Nepozoruji ostych nebo nechuť obraz ukázat, ale velký ostych a nechuť o něm mluvit. Bez získané důvěry ke mně a ke skupině nebude možné pomáhat k nějakým změnám. Mám obavy o její stabilitu. Jako cíl spolu volíme právě získání jistoty a vytvoření vazby na skupinu jako na bezpečné prostředí. Pokud se to Kláře podaří, budu pomáhat k většímu vnímání toho, co je jisté, reálné, na co se může spolehnout. Práce na zátiších, realitě světla a stínu. Nemám ani zájem Kláře sebrat její přirozený výtvarný projev. Uvědomuji si obtížnost a intervenuji z počátku pouze svou vlastní stabilitou v určeném čase a prostoru.

Průběh spolupráce, arteterapeutická intervence

Není jí dobře. Prozrazuje, že hlavně kvůli manželovi. Ale víc neříká. Má hlasy, bojí se cestovat po Praze.

Příště nepřichází a další hodinu sděluje, že jí bylo tak zle, že až na sebevraždu. Napsala dopis a po přečtení viděla, „jaká je to blbost“. Vypadá dnes vyrovnaně, je ráda, že na ni na konci nevychází čas, aby mohla ke své koláži něco říci (obr. č. 89).

Její sdělení ve mně vyvolává strach o ni a opět zvažuji, jestli je arteterapie pro Kláru vhodná. Napadá mě, že by jí mohlo pomoci nějaké ukotvení, jistota.

Klára má svůj jednotný výtvarný styl. Svoje obrazy interpretuje jako zlé sny, divné pocity, o kterých neví, jestli patří reálné události nebo její představě. Vyjadřuje, jak nerada cestuje, bojí se lidí, má halucinace, hlasy.. na skupině to už ale jde, hlasy nastanou, když má zase jít ven. Což je posun od prvního setkání.

Při většině setkání Klára na počátku skupiny sdílí, že jí je špatně, bála se mezi lidi, manžel ji musel přivést a má v sobě léky na uklidnění. Má potíže rozeznat realitu od představ. Ten kdo ji v realitě drží je její muž. Vždy ji uklidní.

Nesnažím se její tvorbu měnit, Klára působí hodně křehce. Teprve v únoru 2012 se Klára na skupině cítí bezpečněji. Přichází to asi dva týdny potom, kdy se mě otevřeně zeptá, jestli si to o ní myslím nebo jestli jsou to jenom její hlasy.. „co?“

„že jsem narcis a že se vám hnusím“¹³³

Klára potřebuje ujištění, že si nic takového o ni nemyslím. Moje ujištění jí uklidňuje. Je to zlomový okamžik, ani ne proto, co jsem jí řekla já, ale že sebrala odvahu a zeptala se.

Mluví o tom, jak tvoří. Předem netuší a nemá představu o barvách, které použije. Vybírá je

133. „U psychóz mohou samy halucinace a paranoidní bludy sloužit, jako prostředek k vyjádření myšlenek a pocitů.“ Psychózy, O. Pěč, str. 167

intuitivně a dělá ji to dobře. Všechno může svobodně ven (obr. č. 87,88). Během roku Kláře často kolísá stav na skupině. Jednou je jí dobře, příště zle.

Zlomem je květnové setkání se sestrou a matkou:

Má před sebou setkání se sestrou: „mám strach, aby na mě sestra nevychrlila něco těžkého o vztahu rodičů“.

Můžete situaci také nějak ovlivnit?

„Sestra je ale také nemocná, takže jí chci spíš ustoupit“.

Tvoří dva propojené stromy duhou (obr. č. 91)

Působí odpočatě, klidně, v realitě. Přidává se k hovoru o rodičích a vrací se k události, kdy měla jít se sestrou na procházku, která se vydařila. Je pozitivní a podporuje ostatní v tom, že vztahy s rodiči se mohou zlepšit. Maluje akvarelem – domov. Jaký by si přála mít. Obrázek hodnotí jako divoký (obr. č.90).

Na obrázku vnímám výraznou pozitivní změnu v barevnosti. Pracovala i s prostorem, perspektiva domu sice nezvládnutá, ale je to úplně jiný obraz. Klára se také dobře cítí a dnes nemusela ani dřít papír, ale vyzkoušela si akvarel a tuž. Zajímá mě, proč dva domy překrývá mladý strom, Kláře interpretace užitek ale nepřinese. Jsem ráda, že je jí lépe.

Klára je na sebe hrdá, že ušla 20 kilometrů v Krkonoších, kde byla s manželem, naproti tomuto zážitku se svěřuje, že má „noční žravku“. Neví o tom, ale manžel jí říká, že chodí v noci vyjít ledničku. Klára se bojí, že se může udusit.

Na příště už říká, že má špatný pocit z manžela, který v jejích představách „řídí okolní svět, tak, aby mi bylo špatně“. Má přitom náhled na to, že to není možné a že to pravda není. Trápí jí, že jí takové pocity přepadají. Může s ním o tom ale mluvit a nechat se ujistit.

Poslední dobou se hodně noří do těchto paranoidních stavů a je jí hodně zle. Říká, že se snaží vracet do reality skrze terapeutky a lékařku, což jí pomáhá. Aby mohla přijít sem, musela vzít Rivotril.

Kreslí z počátku hodně překotně čáry přes čáry a snaží se vytvořit stromy (obr. č.92).

Doporučuji ji reálnou kresbu, Pomáhá jí to „vysadit“ přemýšlení a soustředí se plně na to, aby kresbu zvládla co nejlépe. Pracuje podle předlohy, kterou si sama vybrala. Baví jí to a dělá se jí lépe (obr. č. 93). Skupina je také podpůrná, což jí těší a rozjasňuje. Na konci opět mluví o manželovi reálně a uklidněně.

Za týden při pokusu o reálnou krajinu už úlevu necítí. Nejdřív říká, že byla na Moravě ..je jí dobře.. Při malbě má však hlasy, které jsou nepříjemné. Míchá se jí, co se děje v atelieru skutečně a co jen v její mysli (obr. č. 95). Na obraze pracuje dlouho a mnohokrát barvy vrství,

potom ještě dokončuje pastelem. Nelíbí se jí to. Potřebuje pořád něco přidávat , duhu, černé čáry. Stoupá razance. A na konci mluví o svých pocitech i s razancí v hlase.

Klára má zlost a pomáhá jí to vymalovat například „Matlanici“ (obr.č.96)

Na setkání, kde Pavla sdílí, že jí je muž nevěrný se Klára přidává se svou těžkostí, že je manžel alkoholik. Někdy musí dojít k němu do práce, aby ho vyzvedla. Když manžel potřebuje pomoci, svůj strach z dopravních prostředků už tak necítí. Neví, kdy jí lže a kdy mluví pravdu..

Kreslí fixem, bez jediného volného místa. Je to zlý sen. Kdy viděla hady i po probuzení. Kláře se „daří“ mě i skupinu vyděsit a vyvolat strach o její manželství a stabilitu. Dostává podporu a rady. Zvažuji, jak obraz interpretovat (obr.č.98). Vnímala bych zde, že Klára nemá nikoho jiného blízkého, než svého muže – je mu tak trochu vydána „napospas“ - tedy potom náznak jeho nestability nebo snad nedůvěry v něj, může způsobit v Kláře pocit ohrožení a strach z opuštění, samoty a zranění. Zároveň to vyvolává vlnu pomoci a soucítění od ostatních. Toho může využít.

Zadání: „udělejte s papírem, to co se děje Vám“

Klára mluví otevřeně a drží se myšlenky, kterou chce říci. Mluví o dětech, které asi nebude mít. Má obavy o své neteře, o jejich zdraví a výchovu. Dnes muchlá a ničí papír, který pak vyhodí. Klára se pouští do velmi bolestivých témat, které vyvolává setkání s realitou. K tomu se ještě přidává operace srdce. Sdělí to tak nějak mimochodem. Zřejmě má potíže už delší dobu.

Klářin psychický stav se začíná výrazně zhoršovat (obr. č. 100)

Není jí dobře. Je v úzkosti vnímá hlasy a dostává se do bludných situací. Má na to ale náhled a říká: „musím se hodně držet“. Tvoří podle předlohy mandalu, kterou si předem připravila. (obr. č.101) Je to velká změna v tvorbě. Její úzkost je masivní. Potřebuje obraz několikrát předělávat a ještě dokončovat doma. Obraz se zdá nedokončitelný. Práce na něm nutkává. Tato úzkost byla viditelná už na obraze 95. stejný způsob neklidu, i když obraz vypadá už jinak.

Před operací je jí špatně má obrovský strach. Je pro ni důležité, aby nám mohla po operaci dát vědět, jak dopadla. SMS pošle s viditelnou úlevou. Důvěra, kterou ve skupinu i ve mně má, je velkým pokrokem.

Po úspěšné operaci chce Klára skupinu náhle opustit, cítí, že má na to, aby byla víc se svými kamarády, víc venku. Což zní zdravě.

Zároveň shazuje všechno, k čemu ve skupině došla. Sdílí, že jí na skupině bývalo vždy zle a nechce si nic z toho připomínat.

Na poslední skupině, kterou navštíví zůstává uzavřená, mlčí. Malba je opět hodně expresivní. (obr. č. 97)

Znaky v tvorbě, popis změn v tvorbě a zvolený přístup

Klára z počátku jen kreslí pastelem, na formátu A4 velkou silou, expresivně. Naproti tomu je její verbální projev slabší.

Obrazy jsou hodně expresivní. Tvoří na malém formátu A4

Nevyhýbá se postavám, portrétům. Má svůj styl vyjádření. Postavy jsou „hrnaté, ostré“ proporcčně nevyvážené – větší hlava – přetížená hlava..

Není v nich vnímatelná prostorovost, kompozice. Je možné vysledovat určitý strach z prázdného místa – „horror vacui“ obr. č. 87,88,89

Od obnoveného setkání se svou rodinou, začíná mít Klára v oblibě kresbu a malbu stromů, teplejší barvy, cítí úlevu, uvolnění.

Od obrázku č. 92 se však u Kláry začíná objevovat paranoidní pocit, že jí manžel nějak ovládá „řídí svět tak, aby jí bylo hůř“. Pomáhá jí realistická tvorba, ale následně zúzkostní. Teprve později mi dochází, že soustředění při přesnější kresbě Kláře nedovoluje oblíbenou, nebo potřebnou razanci, zůstává v ní napětí a zlost. Přes období léta jí bylo lépe, těšila se na společnost skupiny a užívala si tvorbu.

Potom se však přiblížila operace srdce, které se Klára velmi bála. To způsobilo velkou změnu tvorby, kterou mimochodem Klára dobře znala a v nějaké blíže nespecifikované minulosti jí využívala. Zmenšila formát a tvoří ornamenty, objevuje se geometrizační, schematizační mandaly, barevnost se výrazně ochuzuje. Vlastně pracuje jen s černou fixou.

Operace a strach snad pomohly být víc v kontaktu s manželem a se starými přáteli. Potom Klára odchází, jakoby se odstříhla od starého života. Zdegradovala svou účast i svou práci ve skupině.

Kláře jsem zasahovala do výtvarné tvorby opatrnou podporou k realističtějšímu zobrazení – to pomáhalo opustit vířící myšlenky a soustředit se jen na obraz. Sdílela, že si odpočinula. Když se jí ale nepodařilo tvar vystihnout, jak chtěla, musela se potýkat s pocitem nedokonalosti, nedostatečnosti a tím se její trýzeň znásobila. Potřebovala potom moji podporu.

Razantní kresba pastelem jí pomáhala zase k abreakci. Pro nabízený akvarel se rozhodla, když byla ve stavu až euforie z nového kontaktu s původní rodinou.

Klára dostávala i hodně terapeutické podpory, ale zdravěji tíhla ke kontaktům ve skupině, kde si později dovedla říci o pomoc a zpětnou vazbu. Přístup, který jsem ke Kláře volila se od původního cíle přesunul právě víc k podpoře vztahů ve skupině. Mimo jiné i tvorbou na společných obrazech s ostatními ve skupině.

2.4. DISKUZE

2.4.1. Zhodnocení přístupu arteterapie ve skupině

K zásahu do výtvarné tvorby přistupuji opatrně, ale přistupuji. Od klientů v této skupině vím, že moje intervence při jejich tvorbě jim byla příjemná a značila můj zájem. Vnímali ji jako oporu, pomoc, péči. To hlavně z počátku našich setkání. Z dalších pozdějších vedení skupin, kde byli klienti o něco sebevědomější, jsem získávala odezvy, že to někdy vadí. Podporovala jsem, aby to sdělovali – nebo aby moje rady neposlechli, když nechtějí. Vnímám to jako jistý pokrok. I když je ve výtvarné práci potřeba se držet svého způsobu. Je však důležité vnímat v které fázi se nacházíme. v počáteční je to ještě nenavázaný vztah, či nedůvěra, v závěrečných fázích, lze mluvit o větším sebevědomí a snaze o osamostatnění.

Neinterpretuji, neanalyzuji obraz. Nezkouším něco, co už, jak je v předchozích kapitolách napsáno, bylo zavrženo. Analýza a přehnané vstupování do přílišné blízkosti a intimity klienta není v tomto případě vhodná a léčivá. Přiznám se však, že jsem měla několikrát touhu se dovědět víc – o Karlově Pietě například. Ale nikam jsem se nedostala. V tomto konkrétním případě jsem si při otázkách na výraz v obličeji Marie uvědomila, jak to Karel může vnímat kriticky, jako výtku. Marie se má asi tvářet jinak, než jsem ji namaloval. Toto asi prožívají všichni na začátku interpretací - vnímat tyto otázky jako výzvu a pomoc k otevření tématu, které je aktuální, nelze. Pro Karla je to ničení jeho práce. Ano Marie na obraze nevypadá, jako známé piety, které trpí, tato se tváří jinak – snad našťavaně, odvrací se.. Je to velice zajímavé a lákavé. Karel se snažil obličeji vyhnout a soustředil se na postavy. Tím se objevilo téma. To, jestli se postavy podobají jemu a jeho matce nevím, a komu se podobají neví ani Karel. Tím mě zastaví. Respektuji. Chválím, podporuji. Tímto chci jen nastínit, že je možnost pro hlubší analýzu a pomoc k uvolnění, a vedení k větší realitě zobrazeného.. Tyto cesty mě lákají – jinak řečeno, vím o tom, ale pro tuto skupinu je to vysoký nárok, který opouštím.

Vedení výtvarné práce vede často k podpoře malovat. Někdy je totiž tendence nemalovat vůbec – ze strachu, studu, odporu. Postupně se snažím k uvolnění a ponechání klienta malovat podle sebe, svým stylem, materiálem a teprve potom vnáším nové možnosti. To asi dělá každý arteterapeut. Tuto fázi však vnímám jako důležitou v práci s touto cílovou skupinou. Snažím se i o přiblížení k akvarelu nebo alespoň vyzkoušení jiného materiálu než jsou pastelky, ne však násilně - o vedení ke zlatému řezu, používání celého spektra barev, malování figury, portrétů a interakcí mezi postavami. Mnoho intervencí nelze provádět. Držím se zásady, že vždy musí mít

ve výtvarné práci klient nějakou jistotu. Buď svůj oblíbený formát a na něm zkoušet jinou techniku, více barevnosti, atd. Nebo oblíbené pastelky, ale vyzkoušet je na větším formátu. Potom se klient může přizpůsobit a hledat nové cesty. Vždy ale může odmítnout. Pokud klient maluje a zapojí se do témat skupiny a občas se pustí do něčeho neznámého, je to velký pokrok.

Důležitým krokem je ale také skupinu opustit. I u klientů těžce duševně nemocných přispívá zážitek „dobrého ukončení“ k léčbě. „Vzájemné, plánované zakončení terapie je pozitivní, nedílnou součástí terapeutické práce, která zahrnuje shrnutí, truchlení a oslavu zahájení další fáze života. Zakončení by mělo být jasné, zřetelné -nikoli vytrácení se. Postavit se zakončení terapie představuje zážitek hranic, konfrontaci s omezeními. Připomíná nám to vzácnou povahu našich vztahů a požadavek skončit s co nejmenší lítostí pociťovanou nad nevykonanou prací, nevyjádřenými emocemi nebo nevyřčenými city a pocity.“¹³⁴ Ukončování je téma, které by se hodilo na rozsáhlejší práci, zde se o něm zmiňuji právě v souvislosti s ustanovením časové hranice v této skupině. Více jsem vysvětlila tuto situaci v kapitole 2.2.5. V tomto souboru klientů bylo ukončování zvládnuto u každého jinak. Je také přiblíženo v individuálních příbězích. Je jistě k diskusi, jestli ponechat klienty po neomezenou dobu v zařízení a udržet je tak stabilní a v jistotě a pod kontrolou, nebo jim pomoci jít dál a nechat je zvládat a žít svůj život s rizikem a menší podporou.

2.4.2. Změny a vývoj

Změn jsem si všímala často při změně zdravotního stavu. U Jirky, který vstoupil do mánie a kde se obrazy proměňovaly ze stereotypních témat a malých formátů v obří plachtu na které byla „sopka“. Bylo vidět jak nemoc propukala a postupně se zase zklidňovala v malé formáty. Jiří však přibral nový materiál, který nikdy nezkoušel – tempery, vodovky. Také ho mánie vyhnala od rodičů do samostatnosti a i když se vše vrátilo zpět do starých kolejí, zkušenost si pamatuje. S Jirkou se nepodařilo posunout výtvarnou tvorbu směrem ke kresbě postav ani portrétů. Podpora pro něj znamenala tlak. I teď mě napadá spousta možností, jak ho přimět postavy vyzkoušet, ale vím, jak bylo složité pomoci mu vstoupit alespoň trochu do neznáma. Změny ne tak výrazné však byly patrné i u ostatních – Michal ve stresové situaci kreslil propiskou a když byl naštvaný, tak barvami nešetřil. Jeho úzkost se ukazovala v prodřeném nebo stále přemalovávaném obraze. Výtvarně jsem ho nedovedla téměř vést. Byla jsem často jen "policajtem" který hlídá, aby neumazal barvami i ostatní, aby uklidil, skončil včas ,atp.

134. I.D. Yalom, Teorie a praxe skupinové psychoterapie,, str. 373

O vývoji bych ráda mluvila u Ivany, která z uzavřených kruhů sytě barevných přešla k figurám a pokusu o interakce mezi nimi. Mohla mluvit o těžkém tématu mateřství a až symbiotické vazbě se svou matkou. Její vývoj výtvarný je ale podmíněn individuální arteterapií, do které ze skupiny přešla.

Je možné říci, že u každého klienta došlo k nějakému vývoji. Bohužel u Anny a Karla byl donucen časovou hranicí skupiny. Oba dva by potřebovali možnost stabilního prostoru, kam mohou docházet stále malovat, tak jak chtějí. Ale naše skutečné možnosti jsou jiné. Anna si takové místo dokázala najít jinde. Karel zjistil, že nechce být v nějaké organizaci.

Klára si výtvarně vyzkoušela pojmout reálný prostor a stromy. Zde mě zaujalo, že jí bylo při kreslení lépe. Soustředila se na kresbu natolik, že jí nepříjemné myšlenky přestaly obtěžovat. Tento poznatek jsem aplikovala i v jiných případech a často se osvědčil, zde u Kláry to však není řešení na dlouhou dobu. Na konci naší spolupráce propadá zřejmě i vlivem somatické nemoci do silné úzkosti a nakonec skupinu narychlo opouští.

Pavla v kresbě reality nebo pokusu o ni, měla ze sebe dobrý pocit a nemusela řešit, jaké téma malovat. Potřebovala zadání srozumitelné a jednoznačné. Jak si mohla vybrat, ztrácela se. Když se ale v tématu na skupině „ztratila“, věděla, že jí nikdo nevynadá. Teprve v klidu a přijetí byla ochotna výtvarně experimentovat a mít na sebe nějaký nárok. Radimovi bylo často špatně před skupinou, měl silnou úzkost. Při malbě se ale rozpouštěla a dobrá, přijímající odezva ho zklidnila. Nemohl si předem jasně zadat, co namaluje. Vždy nechával malbu vzniknout postupně a náhodně. Tím se trochu vyhýbal případnému zážitku neúspěchu.

Je možné na tato shrnutí pohlížet jako na malé, neznatelné pokroky. Vzhledem k cílům Rožnovské arteterapie. Uvědomuji si, že jsem nastavená vnímat i drobné změny jako významný pokrok. Což je nutnost, pokud chci zažít radost ze své práce. Vzhledem k tomu, že zaměření této skupiny vyžaduje hodně podpory a povzbuzení, je třeba každý pokrok verbalizovat a pomoci k radosti ze sebe samozřejmě i klientovi.

ZÁVĚR

Nemohu na závěr vyvodit z této bakalářské práce žádný srozumitelný výtvarný postup nebo snad návod, jak působit ve skupině osob s psychózou. Vždy je to jiné, každý člověk je individuální i ve své nemoci. Obecný přístup, který chci zdůraznit, je respekt ke křehkosti, znalosti o nemoci, o psychoterapii, o výtvarné práci. S tímto vědomím potom přistupovat lidsky bez velkých ambicí. Arteterapeut a arteterapeutická skupina je totiž možná v tuto chvíli šance

na nepoznanou důvěru, kterou si může klient přenést i dále z psychoterapeutického zařízení do širšího světa. Jinak řečeno je nejdůležitějším obecným přístupem soustředit svou energii na vytvoření hodnotného psychoterapeutického vztahu s klienty.

Rožnovská metoda arteterapie je zde užitečná pro arteterapeuta v tom, že má znalosti, může si všímat a rozumět víc obrazu i tomu, co se skrytě odehrává, kde se s klientem nachází. Je také dobře využitelná ve výtvarném vedení směrem k ztvárnění reálného světa. Což považuji za užitečné. Arteterapeut je vyškolen k zasahování do díla tak, aby se klient cítil podporován nikoliv přeučován. I tato metoda by měla však, stejně jako jiné metody, být pouze prostředkem a pomocníkem psychoterapeutického vlivu.

Na závěr chci citovat z knihy „Skupinová Psychoterapie psychóz“ kde (v kapitole Metoda účinné psychoterapeutické techniky a prostředky skupinové psychoterapie schizofrenie) Blanka Bouchalová shrnuje:¹³⁵

Při užívání jednotlivých komunikačních prostředků, podnětů a technik považujeme za žádoucí, aby formy komunikace a charakter užívaných podnětů respektoval pozvolný přechod od schizofrenní mnohdy až symbolické imaginace k podnětům konkrétní sociální reality, podobně jak je zdůrazňováno v procesu individuální psychoterapie. Jen tak psychoterapeutický proces pozvolna nabývá své korekční funkce a přestává být schizofrenním jedincem percipován jako násilí ohrožující jeho psychickou rovnováhu a obranné mechanismy.

135. Bouchalová B. in Skupinová Psychoterapie psychóz, E. Syřišťová, str. 69

ZDROJE A LITERATURA

Arnheim R., The Art of psychotics, Art psychoterapy. Vol. 4 pp. 113-120. Pergamon Press. 1977.

Printed in the LM.A.

Doubek P., Schizofrenie in Raboch J., Psychiatrie, Praha: Karolinum, 2013, ISBN 978-80-246-1985-9

Drvota S., Osobnost a tvorba, Avicenum, 1973, ISBN 80-042-73

Edwards M., Jungiánská analytická arteterapie in Rubinová J., Přístupy v arteterapii, Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-093-5

Foitová Z., Schizofrenie -brožura, Praha: Fokus Praha, 2002

Foster H., Krausová R., Bois Y., Buchloh B., Umění po roce 1900, Praha: Slovart, 2007, ISBN 978-80-7209-952-8

Kratochvíl S., Základy psychoterapie, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-122-0

Kyzour M., Vybraná psychoanalytická pojetí symbolu a vztah primárního procesu a snové práce in Arteterapie 15/2007, Praha: ČAA 2007

Kraft H., Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, Köln, Dumont Verlag, 1998, ISBN 3-7691-04-8

Konečný P., Gugging je gugging je gugging, Pavel Konečný in A2, 16/2007

Ledvinová, J., Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti in Arteterapie, 2000/2, 32-40.

Lhotová M., Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010, ISBN 978-80-7394-209-0

Mentzos S., Dynamika duševní nemoci, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-992-5

Mentzos S., Přehled psychodynamiky, Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0018-5

Motlová L., Koukolík F., Schizofrenie, Praha: Galén, 2004, ISBN 80-7262-277-3

Norcross J.C., Prochaska J.O., Psychoterapeutické systémy, Praha: Grada, 2001, ISBN 80-7169-766-4

Perout E., V.Lowenfeld a jeho pojetí ontogeneze dětské kresby, Arteterapie 9/2005

Pěč O., Probstová V., Psychózy, Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-253-3

Praško J., Poruchy osobnosti, Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-558-5

Raboch J., Psychiatrie, Praha: Karolinum, 2013, ISBN 978-80-246-1985-9

Rakušanová M., umění outsiderů in Decharme B., Art brut, Praha: abcd 2006, ISBN 80-239-7240-5

Robbins A., Objektivní vztahy a arteterapie, Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-093-5

Rothová E., Behaviorální arteterapie in Rubinová J., Přístupy v arteterapii, Praha: Triton, 2008,

ISBN 978-80-7387-093-5

Rubínová J., Přístupy v arteterapii, Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-093-5

Slováková, Španiel, Bankovská Motlová, Prognóza schizofrenie in Psychiatrie, ročník 19, 2015, číslo 3, str. 158

Slavík J., Utváření a interpretování symbolu v arteterapii in Současná arteterapie, UK Praha, 2000, ISBN 80-7290-004-8

Strossová I., Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi, Praha: Výzkumný ústav Psychiatrický, 1984

Syřišková E., Skupinová psychoterapie psychóz, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989

Syřišková E., Imaginární svět, Praha: Mladá fronta, 1977

Šlemínová M., Dnešní česká arteterapie in Současná arteterapie, UK Praha, 2000, ISBN 80-7290-004-8

Šicková J., Základy arteterapie, Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-616-0

Vágnerová M., Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-678-0

Vinčon J., Umělecké projevy choromyslných, Svazek 11, Praha: Orbis, 1931

Vymětal J., Úvod do psychoterapie, Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2667-0

Yalom I.D., Teorie a praxe skupinové psychoterapie, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-304-8

Žlebková E., Bláznovství v obrazech umění II., Arteterapie 16/2008

internetové zdroje

Mezinárodní klasifikace nemocí, staženo dne 12.3.2016, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Arteterapie – ČAA, staženo dne 12.6.2016 : <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

Šicková-Fabrice, staženo dne 1.8. 2014

file:///C:/Users/Acer/Downloads/IPTX_2003_2_11410_0_77286_0_137100.pdf

Gugging je gugging je gugging, Pavel Konečný in A2, 16/2007, staženo dne 4.5. 2015:

<http://www.advojka.cz/archiv/2007/16/gugging-je-gugging-je-gugging>

historie arteterapie – ČAA , staženo dne 12.6. 2016: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie/historie-arteterapie>

Prostor pro práci s příznakem v arteterapii, M. Kyzour, staženo dne 15.4. 2016:

<http://www.arteterapie.wz.cz/3.html>

Rožnovská interpretační arteterapie, M. Kyzour, staženo dne 15.4.2016 :

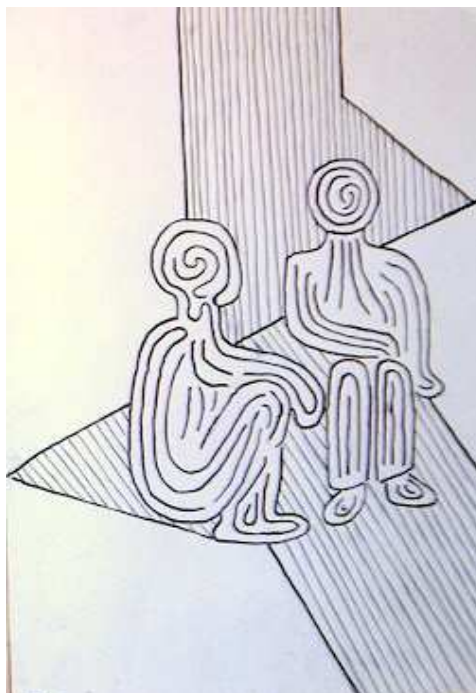
<http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>

Psychoterapeut - Co je to za člověka, P. Nepustil, 2011, staženo dne 12.6.2016 :

<http://psychologie.cz/psychoterapeut-co-je-to-za-cloveka/>

Portál Fokusu Praha, přístupné na: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/o-fokusu-praha>

OBRAZOVÁ PŘÍLOHA



1. bez názvu - 210x197 mm



2. zátiší - 420x197 mm



3. Květiny A3



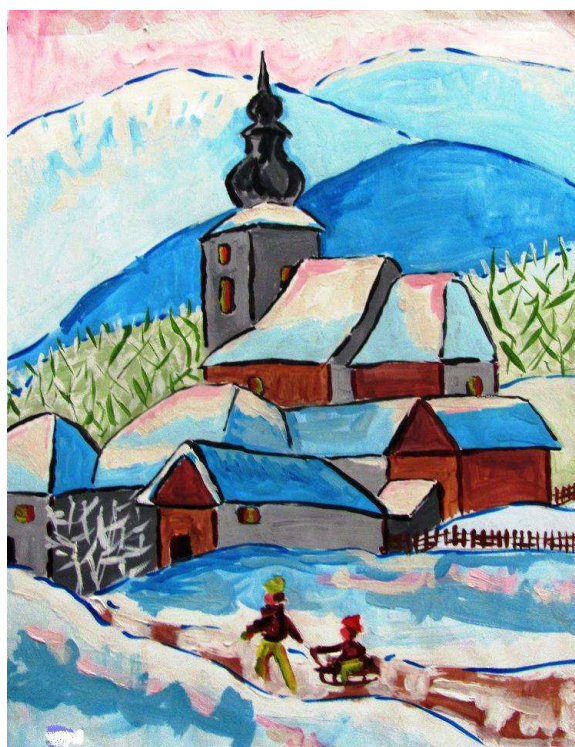
4. Náves - A3



5. květiny – A3



6. Muž na koni -A2



7. bez názvu – A3



8. Betlém - A3



9. květiny - A3



10. portrét - A3



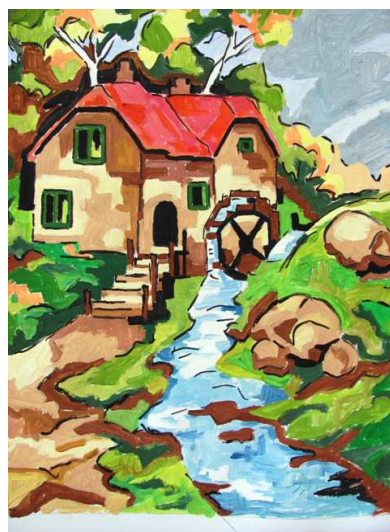
11. matka a dítě - A3



12. bez názvu – A2



13. květiny – A3



14. mlýn- A3



15. bez názvu - A3



16. pejsci - A3



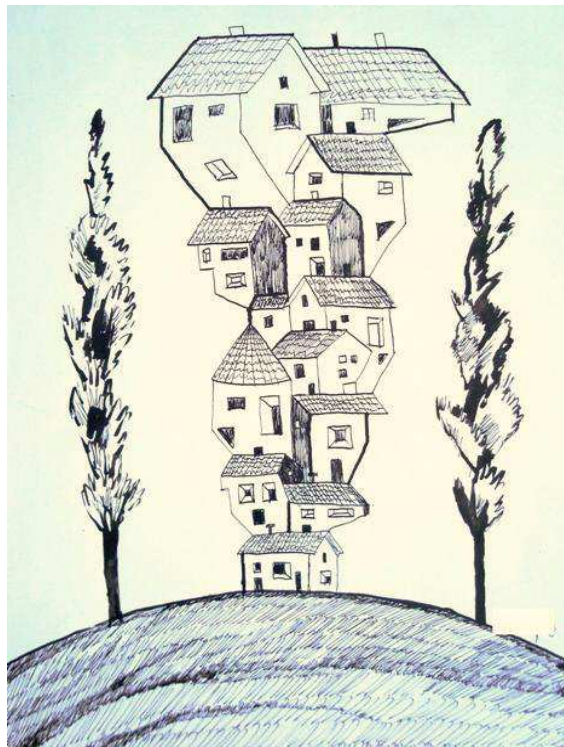
17. žena na lavičce - A2



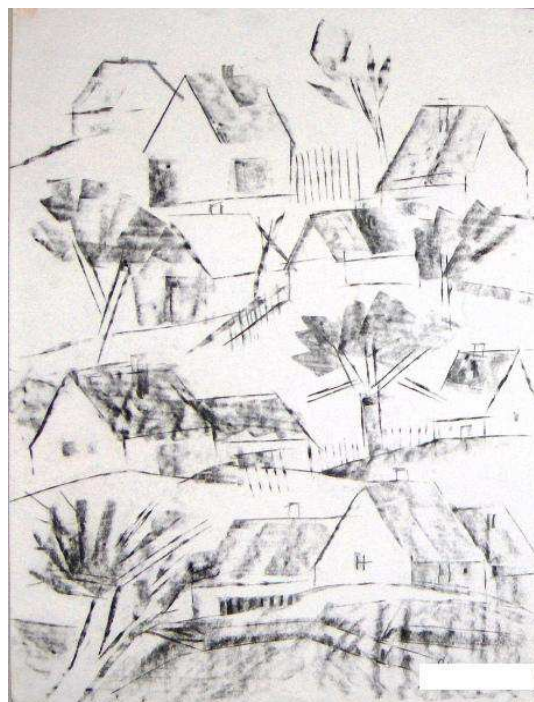
18. Cesta vinicí - A4



19. bez názvu A4



20. bez názvu A2



21. bez názvu - A2



22. Krajina - A2



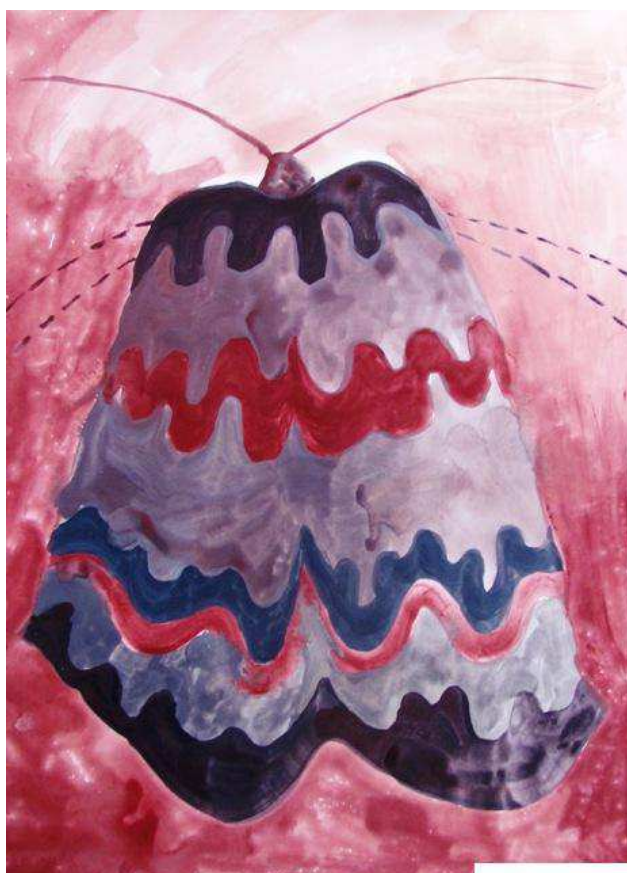
23. zdravící muž - A3



24. stromy - A3



25. zlo - A4



26. stužkonoska - A3



27. ze série obrazů Hlavní město módy - A3



28. pieta, plátno, akryl 70x50cm



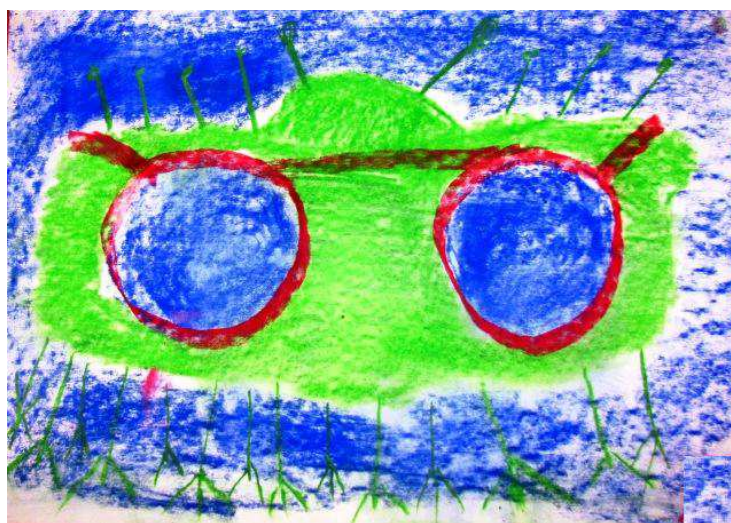
29. sen - A3



30. stromy a ptáci - A4



31. bez názvu - A3



32. brýle/ mimozemšťan - A2



33. sopka - A3



34. sopka - 250 cm x 100 cm



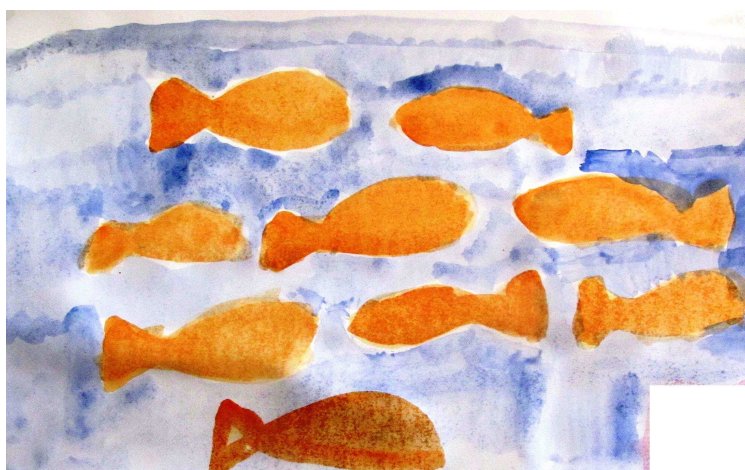
35. mánie – A2



36. červená - A3



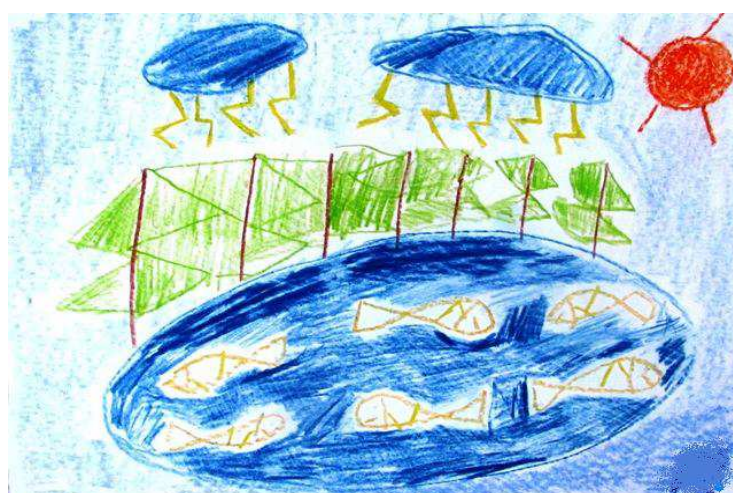
37. „ryby v moři“ A2



38. „ryby“ A2



39. veselé rybičky - A3



40. přehrada - A4



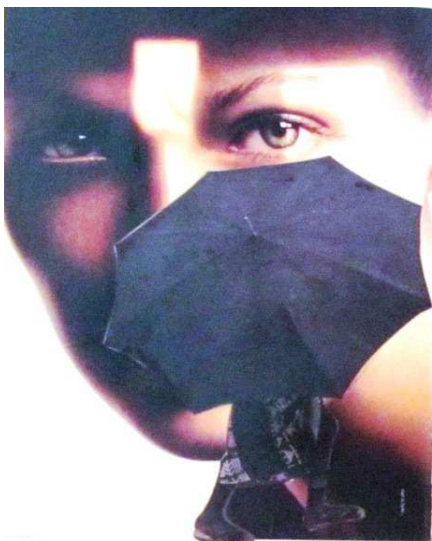
41. přehrada - A4



42. kapka 2009



43. kapka 2009



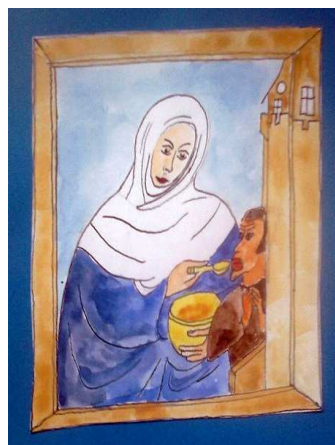
44. bez názvu



45. okna 11.2. 2010



46. portrét podle J. Čapka - A4



47. světice - 20x30cm



48. spirála - 20x20cm



49. portrét - A4



50. matka a dítě - A2



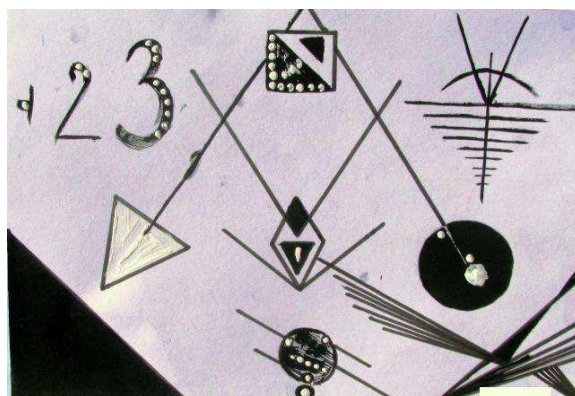
51. žena s ještěrkou - A5



52. já a máma a sestra - A3



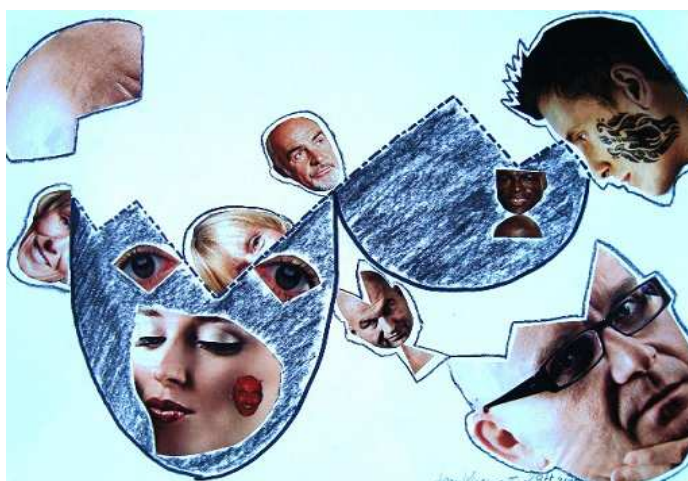
53. Adam a Eva - A3



54. bez názvu - A4



55. To, co mě trápí - A4



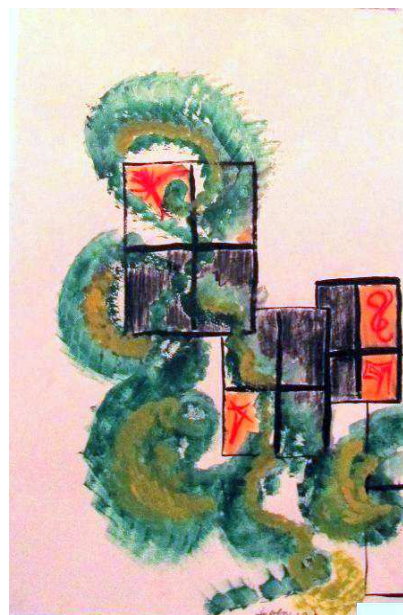
56. „hlava otevřená“ - A4



57. „dnešní odpoledne“ A2



58. autoportrét - A3



59. „nevim“ - A2



60. bez názvu



61. křeslo arteterapeutky A3



62. trochu sama A3



63. jak se cítím - A2



64. Podle Matisse - A4



65. zimní krajina A4



66. bez názvu A2



67. bez názvu A2



68. bez názvu A2



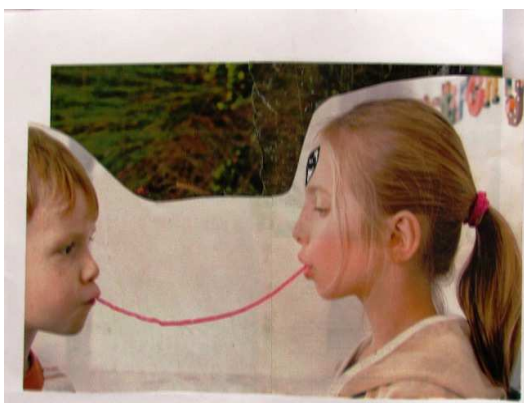
69. bez názvu A4



70. Budha 20x100cm



71. bez názvu A1



72. bez názvu A4



73. Máma A2



74. žena s vlasy A3



75. bez názvu A2



Dům, slunce, žebřík – A2



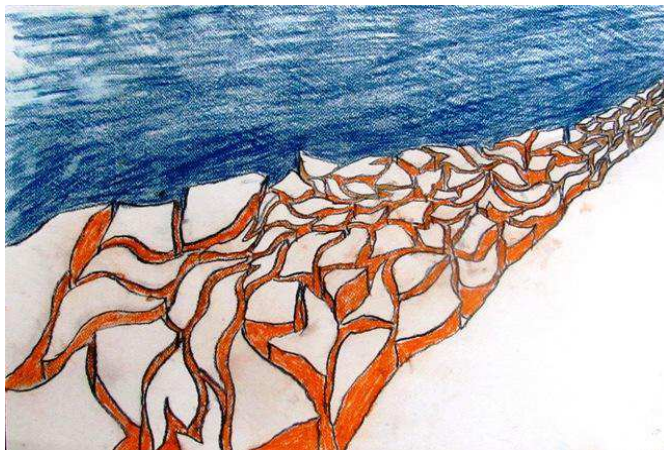
76.
77. bez názvu - A3



78. Kvetoucí stromy A3



79. bez názvu A3



80. suchá země a voda A2



81. bez názvu A3



82. bez názvu A2



83. bez názvu A2



84. Pokoj – samota – van Gogh A2



85. portrét A2



86. autoportrét A3



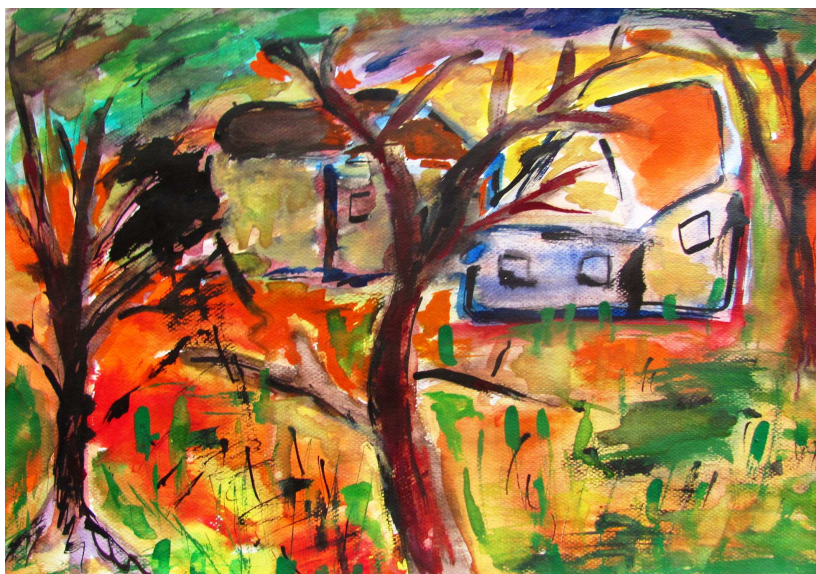
87. bez názvu A4



88. bez názvu A4



89. koláž A3



90. domov, jak si přeji mít A4



91. stromy A4



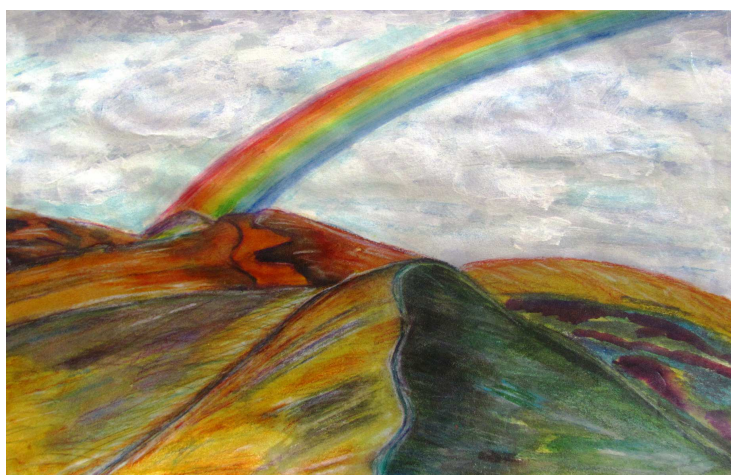
92. stromy A4



93. Stromy A4



94. Stromy A4



95. bez názvu A4



96. „matlanice“ - A2



97. Louka A3



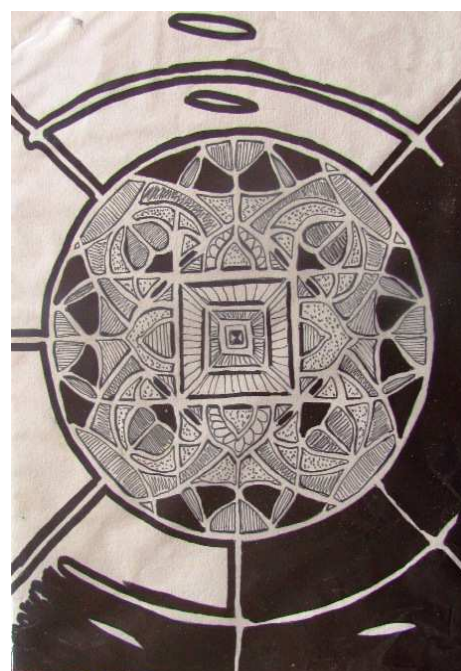
98. Zlý sen s hady A4



99. bez názvu A4



100. bez názvu A4



101. mandala A4