

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

ARTETERAPIE JAKO FORMA REHABILITACE

DUŠEVNÍ PORUCHY

2008

Jméno autora: Valentýna Hubal

Vedoucí práce: PhDr. Rostislav Nesnídal

Abstrakt

The aim of this bachelor's thesis is to point out the method of artetherapy used by rehabilitation process of mental disease.

Artetherapy contribute to better state of health, prevent an acute state of disease from recuring and so prevent subsequent hospitalization. Fine arts contribute to better quality of life and to recovery of psychological, physical and mental health.

The task of artetherapy is a revival of balance and integration of all segments of psyche, contact with a reality.

Anotace

Cílem bakalářské práce je poukázat na metodu arteterapie při rehabilitačním procesu duševní poruchy.

Arteterapeutická činnost přispívá ke zlepšení zdravotního stavu, zamezuje dalším návratům akutních stavů nemoci a následné hospitalizaci. Výtvarné aktivity přispívají ke zvýšení kvality života, k obnově psychického, fyzického i duševního zdraví.

Úkolem arteterapeutické práce je oživení rovnováhy a integrace všech složek psychiky, kontakt s realitou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Arteterapie jako forma rehabilitace duševní poruchy** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Rostislavu Nesnídalovi za odborné vedení, cenné, inspirativní rady a pomoc při zpracování této práce. Dále děkuji všem učitelům, a dalším pedagogům Ateliéru arteterapie, kteří se v průběhu vzniku této práce vyjadřovali k výtvarné produkci.

OBSAH:

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Normalita	9
1.2 Abnormalita	9
1.3 Definice duševního zdraví	10
1.4 Definice duševní nemoci	10
1.5 Duševní poruchy	11
1.5.1 Rozdělení duševních poruch	12
1.5.2 Příčiny vzniku - etiologie	12
1.6 Schizofrenie	14
1.6.1 Pojem a definice	15
1.6.2 Historie	15
1.6.3 Formy onemocnění schizofrenií	16
1.6.4 Symptomatika	18
1.6.5 Etiologie	20
1.6.6 Průběh a léčba schizofrenie	20
1.7 Vymezení pojmu rehabilitace	21
1.7.1 Rehabilitace duševně nemocných	22
1.8 Psychoterapie	23
1.9 Arteterapie	23
1.9.1 Arteterapie s duševně nemocnými	25
1.9.2 Výtvarný projev psychotiku	26
2. Cíl práce a hypotézy	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Hypotézy práce	27
3. Metodika	28
3.1 Použitá metoda	28
3.2 Charakteristika souboru	28
3.3 Rožnovská metoda	29
3.3.1 Metodika rožnovské arteterapie	29
3.3.2 Analýza	30
3.3.3 Interpretace	30
4. Výsledky	32
5. Diskuse	56
6. Závěr	58
7. Seznam odborné literatury	60

8.	Klíčová slova	62
9.	Obrazová příloha.....	63

Úvod

Motto: *"Společnost izoluje duševně nemocného, aby se v něm nemusela poznat"*
(Michael Foucault).

Téma své bakalářské práce **Arteterapie jako forma rehabilitace duševní poruchy** jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. Šílenství provází lidskou společnost od nepaměti a je jedním z jevů, se kterým se musí vypořádat a reagovat na něj. Během vzniku práce jsem musela přemýšlet nad řadou problémů, z nichž první a největší byl ten, jak tvorbu duševně nemocného uchopit, roztrždit, klasifikovat, jak s ní vůbec zacházet. Jedná se o oblast nesmírně širokou a komplikovanou.

Duševně nemocní stále prožívají vnitřní zmatek a úzkost ze světa, který je obklopuje. Pravidla reality jsou pro ně těžko uchopitelná. Prostřednictvím arteterapeutického působení jsem si kladla za úkol, aby přes výtvarnou tvorbu nemocná našla svůj vlastní záchytný bod jistoty, který by ji provázel při pocitu bezpečí, zakotvenosti a řadu ve světě zmatku.

V teoretické části se nejprve věnuji rozboru vývoje současného pojetí duševních nemocí - problematice schizofrenie obecně. Pak navazují kapitoly zaměřenými na oblast arteterapie, která přímo souvisí s výtvarným projevem.

Zajímalo mě, zda a do jaké míry se ve výtvarných pracích nemocného projeví specifika jeho postižení. Dále jsem se snažila vysledovat, jak se bude výtvarný projev proměňovat během relativně dlouhého období dvou let. Zabývala jsem se také tím, nakolik se poodhalí osobní svět prožitků a její vztah k okolnímu světu.

1. Současný stav

1.1 Normalita

Pojem *normalita* je značně relativní. Duševní zdraví definujeme pomocí vlastností, které „zdravý“ jedinec vykazuje ve větším rozsahu než „nemocný“. Podle Atkinsona (2) jedná se o:

přiměřené vnímání reality,
schopnost ovládat své chování,
sebeúcta a akceptace,
schopnost vytvářet citové vazby
čínorodost.

Obecně se tedy dá říct, že vymezení normality závisí na úrovni poznání v dané společnosti. Stává se, že mnohé projevy jsou považovány v určité společnosti za abnormální, jelikož jsou pro dané místo a čas nesrozumitelné. Bývá tomu tehdy, když jsou extrémně nápadné a upoutávají pozornost. V takových případech převládne emoční složka a neznámé je odmítáno, protože vyvolává strach a nejistotu. V pojetí normality hraje podstatnou úlohu časový faktor, neboť normativní kritéria se v průběhu vývoje společnosti mění vlivem zákonitě probíhající dynamiky (Vágnerová, 2000)

1.2 Abnormalita

Slovo *abnormální* znamená „vzdálený od normy.“ Atkinson uvádí, že většina pokusu o definici normality je založená na jedné nebo více následujících kritériích:

1. *Odchylka od statistické normy*, kdy abnormálním je odklání od společenského průměru.
2. *Odchylka od sociální normy*, kdy se chování odchyluje od určitých měřítek neboli norem sociálního chování.
3. *Maladaptivnost chování*, neboli jak velký neblahý vliv má chování jedince na něj samotného a jaké dopady má na společnost.
4. *Osobní potíže*. Při hodnocení je kladen důraz na subjektivní vnímání pocitů strádání. Zastánci čtvrtého kritéria uvažují o abnormalitě spíše

z hlediska subjektivních pocitů strádání, než z hlediska chování jednotlivce. (**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**)

Hartl (4) popisuje abnormalitu jako zvláštnost, nepravidelnost, neobvyklost, mimořádnost, odchylku od tradičního jevu.

Jednou z nabízejících se možností, jak definovat pojem *duševní nemoc* je vymezit ho proti pojmu *duševní zdraví*.

1.3 Definice duševního zdraví

V psychologickém slovníku Pavel Hartl pojímá duševní zdraví jako schopnost adaptace na prostředí a situace, přijímání všeho, co život přináší včetně sexuality a jiných podob pudového a citového života, umění rozeznávat je a v sociálním kontextu kontrolovat.

Duševním zdravím dle S.Freuda (1922) je schopnost pracovat, milovat a hrát si. Rakouská psycholožka Marie Jahodová v roce 1955 vytvořila šest kategorií, které vymezuje duševní zdraví jako:

- a) pozitivní postoj jedince vůči sobě samému
- b) zdravý růst a stupeň sebeaktualizace,
- c) vyvinuté ústřední syntetizující funkce,
- d) autonomie,
- e) přiměřené vnímání reality,
- f) zvládání vnějšího prostředí.(4)

1.4 Definice duševní nemoci

„Podle Americké psychiatrické asociace (APA) je duševní porucha takovým vzorcem chování nebo psychologickým syndromem u dané osoby, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce alespoň v jedné z důležitých životní oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest nebo vede ke ztrátě pocitu svobody.“ (Raboch et al., 2001).

Jako klinicky prokazatelnou změnu duševní aktivity, která vyřazuje člověka ze společenského života, práce či zodpovědnosti při právních úkonech, charakterizovala duševní poruchu Světová zdravotnická organizace (WHO).

Pavel Hartl uvádí, že duševní nemoc je choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyperfunkce, hypofunkce, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce. (4)

Podle Malé (10) „duševní nemoc je dřívější označení pro duševní poruchu charakterizovanou klinicky rozpoznatelným souborem příznaků nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocitem tísně.“

Podle Foucaulta (3) „...duševní choroba je současně únikem do té nejhorší subjektivity i pádem do té nejhorší objektivity.“ On vidí chorobný svět jako „svět soukromý“, který se nápadně podobá snu. Chorobným dá se označit ne zcela přesné vidění světa, které nerespektuje základní rysy tohoto světa a realitu.

V širším pojetí duševní onemocnění znamená, že změna některých psychických procesů projevující se v prožívání a chování člověka, znesnadňuje jeho interakci s jeho sociálním okolím. Duševně nemocní lidé ztrácí nebo nikdy nenabyli sociální dovednosti potřebné k získání a udržení zaměstnání, mezilidských vztahů, bydlení a péči o sebe.

Počet osob s duševním onemocněním je těžko odhadnutelný. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) trpí každý pátý člověk duševním onemocněním (včetně lehkých forem). Odhaduje se tedy, že v každé rodině je někdo, kdo trpí duševními problémy.

1.5 Duševní poruchy

Duševní poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti. Zjednodušeně si můžeme představit určité kontinuum, kdy na jednom pólu máme zdravého člověka, pak jsou lidi s různými neurotickými obtížemi a na opačném pólu jsou lidi nemocní psychózou. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.

1.5.1 Rozdělení duševních poruch

Rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10, která u nás vstoupila v platnost v roce 1993:

- F00-F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20-F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40-F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 mentální retardace (duševní opoždění)
- F80-F89 poruchy psychického vývoje
- F90-F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
- F99 nespecifikovaná duševní porucha (Raboch et al., 2001)

„Systematicky lze duševní nemoci podle původu rozdělit do tří hlavních skupin. První tvoří *funkční* poruchy. U nich je postižena výhradně funkce mozku. Tím se liší od druhé skupiny, takzvaných *organických* poruch. Zde je duševní porucha důsledkem jiného onemocnění nervového systému, například nádoru, zánětu, mrtvice nebo úrazu. Poslední skupinou jsou *symptomatické* poruchy. Ty se objevují jakou součástí jiných celkových onemocnění organismu.“ (25)

1.5.2. Příčiny vzniku - etiologie

Podle Atkinsona (**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**) existují čtyři základní hlediska příčin vzniku duševní poruchy.

Biologické hledisko také nazývané medicínský nebo biologický model zdůrazňuje myšlenku, že poruchy chování, myšlení a emoční poruchy jsou zapříčiněny poruchami tělesnými. Badatelé hlásící se k tomuto přístupu hledají dědičné odchylky, které mohou jedince predisponovat k jisté duševní poruše. Na tomto staví psychiatrie a její medikace.

Psychoanalytické hledisko zdůrazňuje význam nevědomých konfliktů, pocházejících z raného dětství a používají obranných mechanismů ke zvládnutí úzkosti vyvolané vytěsněnými impulzy a emocemi. Přivedení nevědomých konfliktu a emocí do vědomí pravděpodobně odstraní maladaptivní používání obranných mechanismů, a tím i poruchu.

Behaviorální hledisko zkoumá, jak dochází k podmiňování strachu a jakou úlohu při vzniku a přetrvávání nepřiměřeného chování hraje upevňování. Behaviorální přístup posuzuje duševní poruchy z hlediska teorie učení a předpokládá, že nevhodné vzorce chování jsou naučené.

Kognitivní hledisko zastává názor, že některé duševní poruchy jsou výsledkem porušených poznávacích procesů, a mohou tedy být zmírněny změnou těchto chybných kognitivních procesů. Zkoumá, jakým způsobem lidé přemýšlejí, jakým hodnotí stresovou situaci a strategii na zvládnutí této situace. Neklade tak velký důraz na skryté motivace, emoce a konflikty, jak je to v případě psychoanalytického přístupu, ale na vědomé kognitivní procesy.(2)

Psychodynamické faktory

Abychom komplexně pochopili symbolický význam příznaků, je nutné především porozumět pacientovým konfliktům, přáním a dynamice jeho osobnosti. Vnitřní zážitky a zkušenosti nemocného znamenají obvykle matoucí a vše ostatní zakrývající příliv vjemů, na který pacient reaguje primitivními obrannými mechanismy. Mezi tyto obranné mechanismy patří (17) :

a) psychotická projekce - vnitřní pocity agrese, sexuality, chaosu či zmatenosti jsou projikovány do vnějšího světa. Nemocný ho chápe jako vnější síly působící proti němu. Dochází zde tedy k porušení hranic mezi vnitřními prožitky a podněty okolního světa

b) reaktivní formování - obrácení rušivých myšlenek či impulsů v jejich opak

c) psychotické odmítání - zahrnuje transformaci matoucích podnětů v bludy a halucinace.(5)

1.6 Schizofrenie

V této kapitole najdeme teoretické uchopení termínu schizofrenie. Dále specifikuji nejpoužívanější klasifikaci tohoto onemocnění a zároveň podávám přehled nejčastějších příčin postižení.

Epidemiologické výzkumy svědčí pro poměrně rovnoměrný výskyt schizofrenie ve všech částech světa – přibližně 0.5-1 ze 100 lidí onemocní touto nemocí. U mužů a žen je schizofrenie stejně častá. Vzniká obvykle v mladém věku, nejčastěji v období adolescence, může se však vyskytnout i v dětství a v rané dospělosti.

1.6.1 Pojem a definice

Tento pojem pochází z řečtiny *schizo-* štěpím, a *frén-*mysl, tedy rozštěp mysli.

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch, která je charakterizovaná závažným narušením většiny základních psychických funkcí. Narušuje schopnosti nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Vede k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu, ke ztrátě kontaktu s realitou. Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění.

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“(24)

Často probíhá jako epizodické onemocnění, to znamená, že se často projevuje v epizodách (v psychotických krizích - atakách), či posléze v opakovaných relápech (znovuvzplanutí choroby). Průběh může být velmi různorodý, stejně tak jako prognóza. Obecně se počítá třetinové pravidlo: jedna třetina nemocných se vyléčí po první atace, druhá třetina má opakované relápy (návraty onemocnění), a poslední třetina patří do chronického průběhu nemoci.

„Psychózu můžeme...označit jako "onemocnění ega", protože dominuje jeho snížená soudržnost, narušení hranice self, neschopnost rozlišovat self od ne-self, což má za následek odpovídající obranné a kompenzační mechanismy.“(Mentzos, 2005)

1.6.2. Historie

Pojem „schizofrenie“ byl vytvořen v roce 1911 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem a měl nahradit Kraepelinův výraz *dementia praecox*.

Ve Francii v polovině 19. století popsal B. A. Morel tento stav jako „náhlé znehybnění všech duševních schopností“ u mladých jedinců, u kterých je z hlediska pozorovatele „veškerá naděje na uzdravení“, avšak podrobné vyšetření vede k závěru, že „jejich smutným osudem bude demence“. V Německu se předčasná demence pojí zejména se jménem Emila Kraepelina.

Kraepelin pokládal selhání intelektuálních schopností v mladém věku a s ním spojené chýtrání osobnosti až do celkového úpadku za charakteristický společných příznaků několika do té doby samostatně popisovaných onemocnění: katatonie charakterizované motoricky podivným chováním, paranoie projevující se stihomamem, hebefrenie s projevy nezvladatelné a rozpustilé potrhlosti a opravdové předčasné demence. Příznaky těchto onemocnění se mnohokrát objevovaly v sekvenci nebo i společně u stejných nemocných. Často směřovaly ke sociálnímu skluzu postižených do stavu, ve kterém nebyli schopni jasně a cílevědomě jednat a chovat se.

Velký vliv na diagnostiku schizofrenie měla práce dalšího německého psychiatra Kurta Schneidera, profesora z Heidelberu, jež popsal tzv. *symptomy prvního řádu* – vysílání a zveřejňování myšlenek, bludné interpretace, ozvučování, prožitky ovlivňování zvnějšku a řadu dalších. Většina z nich je dnes počítána k charakteristickým příznakům schizofrenie, uvedeným mezi diagnosticky významnými příznaky. Přestože příznaky prvního řádu poměrně přesně vymezovaly schizofrenní onemocnění, vyskytují se i u jiných diagnóz. Dosavadní úsilí najít jednoznačné, nezbytně nutné příznaky pro diagnózu schizofrenie byla stále neúspěšná. Psychiatři si pořád víc uvědomovali, že jistota jejich diagnóz je nevysoká. Tuto skutečnost prokazuje například fakt, že schizofrenik v USA se stal psychopatem ve Velké Británii. Tyto rozpory pramenily zejména z rozdílných přístupů škol a jejich předních profesorů, kdy stejné pojmy byly používány v různorodém smyslu a s odlišným výsledkem v různých zemích. Tato neurčitost a nadměrná variabilita v diagnostice vedly koncem 60. let k velké Mezinárodní pilotní studii schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia

– IPSS). Studie proběhla v letech 1969 – 1976 a byli v ní vyšetřeni pacienti z geograficky a kulturně velmi odlišných center od Moskvy přes Washington, Prahu, Dánsko, Kolumbii, Indii po Čínu. Pacienti byli vyšetřeni standardním způsobem. Ke zpracování dat byl použit diagnostický počítačový program CATEGO. Ve skupině nemocných diagnostikovaných jako nemocní se schizofrenií se nejčastěji vyskytovaly symptomy uvedené v tab.1. Výrazněji se od ostatních lišila jen centra ve Washingtonu a Moskvě, ve kterých převládalo poněkud širší pojetí schizofrenie.

Epidemiologická práce na přelomu 60. a 70. let posílily snahu psychiatru o vzájemnou domluvu. V americkém diagnostickém manuálu v r.1980 (DSM - III) schizofrenie byla popsána pomocí jednoznačných kritérií. Diagnostická vodítka pro schizofrenii najdeme v 10. verzi Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace v r.1992. (Raboch et al., 2001).

Symptom (%)	Frekvence	Symptom (%)	Frekvence
Ztráta náhledu	97	Halucinace druhé osoby	65
Sluchová halucinace	74	Bludné ladění	64
Vztahovačnost	70	Persekuční bludy	64
Podezřívavost	66	Cizí (vkládané) myšlenky	52
Plochá emotivita	66	Ozvučené myšlenky	50

Tab. 1 Procentuální zastoupení nejčastějších symptomů u schizofrenie (Podle Mezinárodní pilotní studie schizofrenie, WHO, 1973); (Raboch et al., 2001)

1.6.3 Formy onemocnění schizofrenií

MKN-10 se operacionální definicí schizofrenie záměrně vyhýbá jednoznačnému objasnění etiologie a vlastně jen popisuje typické příznaky onemocnění.

■ F20 Schizofrenie

- F20.0 Paranoidní schizofrenie

- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Simplexní schizofrenie
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná

Nejčastější formy schizofrenie:

Paranoidní schizofrenie (F20.0)

Vyskytuje se nejčastěji a projevuje se bludným myšlením, vztahovačností, halucinacemi, které se liší mírou uspořádaností a naléhavostí podle průběhového stadia onemocnění. *Bludy* obsahují témata velikašská i perzekuční. Na prožívání a na myšlení nemocného mají často řízený vliv. Podílí se na symbolickém vysvětlení reality (symbolické myšlení). Nemocný se snaží ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek (magické myšlení). Charakteristické jsou *halucinace* sluchové a taky kombinované. (Raboch et al., 2001)

Nemocný je přesvědčen o tom, že je někým sledován, ovlivňován. Je patologicky podezíravý, vztahovačný, může se objevit nezdravá žárlivost. Halucinace, především sluchové, na nemocného útočí, v podobě hlasů, které něco přikazují, potvrzují jeho blud, který se obvykle vztahuje nejen k nadpřirozeným bytostem např. mimozemšťanům, ale i ke skutečným lidem, členům rodiny apod. Nemocní paranoidní schizofrenií jsou emočně spíše otupělí, mívají poruchy vůle. Časté inkoherentní (nesouvislé) uvažování v akutní fázi. Tato forma schizofrenie se rozvíjí v pozdějším věku, zpravidla okolo 40 let. (Vágnerová, 2004)

Halucinace mohou být chuťové nebo taktilní, kdy pacient např. cítí jed v potravě nebo je ozařován paprsky údajných nepřátel. Z tohoto důvodu často dochází ke slovnímu nebo fyzickému napadnutí „domnělého“ nepřítele, který o nemoci útočníka nemá ani tušení.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1)

Dezorganizovaný typ schizofrenie. Charakterizuje se vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou, nevypočitatelnými projevy, které vedou ke fragmentaci (rozkouskování) chování. Pacient se často chová manýrované, nápadně a nepřiléhavé se projevuje i v ustrojení. (Raboch et al., 2001).

Halucinace bývají častěji zrakové než sluchové. Přehánění se pubertální projevy chování, dovádí se až k absurdnímu, nepřiléhavému chování. Případné bludy jsou pouze doprovodné, útržkovité, nesystematické. Nepřiměřené vtipkování až koprolalie je charakteristické. Vzniká v období adolescence a rané dospělosti, mezi 15 a 25 lety.

Katatonní schizofrenie (F20.2)

U tohoto typu jsou v popředí poruchy psychomotoriky. Projevují se nadměrnou vzrušeností, neklidem, nebo nerovnoměrným útlumem motoriky. Je charakteristický katatonní stupor, napodobování a negativismus, povelový automatismus. (Raboch et al., 2001).

Simplexní schizofrenie (F20.6)

Poměrně málo častá, ale prognosticky závažná forma onemocnění je charakterizována změnami v chování s úpadkem vůle, zlhostejněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí (Raboch et al., 2001).

U této formy schizofrenie nebývají bludy ani halucinace. Její prognóza je však velmi nepříznivá, postupně se rozvíjí rozvrat osobnosti se ztrátou zájmů, temperamentu a vede poměrně brzy k defektu ve formě demence. Pro simplexní schizofrenii je charakteristické postupné stažení se ze sociálních situací, redukce volní složky, oploštěná emotivita.

1.6.4. Symptomatika

Schizofrenní symptomy (příznaky) jsou vnějším projevem nebo kompenzací narušené duševní funkce. Poruchy myšlení a jednání považujeme za základní příznaky schizofrenie.

K diagnostikování schizofrenie je nezbytná přítomnost jednoho z následujících příznaků, který se musí vyskytovat po dobu alespoň jednoho měsíce:

1. slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odnímání nebo nebo vkládání myšlenek, jejich zveřejňování, ovládání druhých osob na dálku pomocí telepatie, hypnózy),
2. bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity,
3. slyšení hlasů, které komentují myšlenky a chování pacienta, resp. o něm hovoří,
4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře,

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících:

1. přetrvávající halucinace
2. formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy),
3. katatonní projevy (produktivní příznaky, tj. bizarní pohyby, grimasování, povolený automatismus, stereotypie, impulzivní činy, nebo příznaky neproduktivní formy jako je stupor, *flexibilitas cerea*, negativismus),
4. negativní příznaky (autismus, emoční otupělost až vyhaslost, alogie = ochuzení myšlení, apatie),
5. nápadné změny v chování (nečinnost, bezcílnost, přerušení sociálních kontaktů, citové vyhasnutí, ztráta zájmů)(Pavlovský, 2003)

Negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. Vedle příznaků negativních (bod 4) se hovoří i o příznacích pozitivních, kterými se rozumějí bludy, halucinace, formální poruchy myšlení, nápadnosti v chování.

Bleuler uvádí jako primární schizofrenní příznaky poruchy *asociací* (asociativní přeskoky, rozvolnění, fragmentace, paralogie), poruchy *afektivity* (inadekvátnost, otupělost), *autismus* a *ambivalence* (současná existence protichůdných pocitů) (4A). Negativní příznaky nebývají primárně tak stresující a nápadné jako příznaky pozitivní. Většinou se vyvíjejí časem během delšího období nemoci a jsou prozatím hůře léčitelné.

Obecně můžeme hovořit o jakési vychudlosti citů s neprožíváním svého jednání. Primární příznaky jsou pro onemocnění typické.

Pozitivní příznaky znamenají nadměrné, nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí.

1.6.5 Etiologie

Příčina, která vede ke vzniku onemocnění, není ještě známa, ale předpokládá se, že velkou roli zde hraje dědičnost, chemické faktory, povahové vlastností a výchova.

Podle Vágnerové (21) původ schizofrenie je rozdílný, obvykle jde o následek oboustranného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Na vzniku onemocnění má významný vliv jakým způsobem jedinec zpracuje zátěž.

Obvyklý názor etiologie chápal proces vzniku onemocnění jako následek patogenní události na zdravý organismus, ale od poloviny 70. let je schizofrenie posuzovaná jako důsledek vzájemného působení dvou činitelů, zátěže (stresu) a dispozice (zranitelnosti). (Raboch et al., 2001). Tato teorie předpokládá, že dědičná nebo získaná vloha má podíl na selhání adaptivních funkcí psychické existence působením zátěže. Neadaptabilní chování a prožívání vede k poklesu odolnosti jednotlivce, a k vyústění do klinického projevu onemocnění.

1.6.6. Průběh a léčba schizofrenie

Schizofrenie může probíhat:

- v atakách (epizodách), po kterých dojde k částečné nebo úplné remisi (vymizení projevů nemoci), případně k přetrvávajícímu defektu, který může být stacionární nebo progredující,
- nebo chronicky bez výraznějšího zlepšení.(13)

Schizofrenie je choroba, která potřebuje odbornou léčbu. Medikace obecně slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. K léčbě schizofrenie se dnes používá hlavně farmakoterapie, a to v podobě antipsychotik neboli neuroleptik, které potlačují halucinace. V akutní fázi je nutná hospitalizace. Teprve díky působení antipsychotik je umožněno cílené psychoterapeutické ovlivnění schizofrenních pacientů. Bohužel léky mají řadu vedlejších účinků. Po farmakoterapii následuje psychosociální a pracovní rehabilitace.

Léčba schizofrenie je komplexní, dlouhodobá a probíhá na třech úrovních – biologické (psychofarmakologická), psychologické (psychoterapie, psychoedukace) a sociální.

Kombinovaná léčba má významnější účinky než farmakoterapie samotná. Hlavní zbraní v boji s touto nemocí jsou léky, avšak ty nezmohou všechno. Je třeba myslet na rehabilitaci, která má pět velkých okruhů terapeutických technik k nimž patří i arteterapie.

1.7. Vymezení pojmu rehabilitace

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje rehabilitaci jako obnovu optimálního nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Rehabilitace je vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém. Jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů s funkčním omezením způsobených úrazem, onemocněním nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života (9).

Při vymezení pojmu rehabilitace nám může pomoci i definice Hartla (4), který rehabilitaci spojuje s péčí o zpětné začlenění jedince do každodenního života po odeznění příznaků duševního onemocnění.

1.7.1 Rehabilitace duševně nemocných

Psychosociální rehabilitace se speciálně zabývá chronickými psychiatrickými pacienty. Tzn. lidmi s dlouhotrvající nebo trvalou psychosociální dysfunkcí s původem v duševní nemoci.

Rehabilitace využívá poznatků z řady vědeckých oborů: lékařské psychologie, sociální hygieny, fyzioterapie, léčebné rehabilitace, psychologie a sociální psychiatrie.

Spojuje soubor medicínských, psychologických, sociálních a dalších vědomostí s cílem zabezpečit integraci a případnou re-integraci nemocného v sociálním prostředí. Oproti rehabilitaci v somatické medicíně má rehabilitace duševně nemocných řadu zvláštností a odlišností, které vyplývají právě ze zajišťování integrace jedince s jeho sociálním prostředím. U duševně nemocných je třeba upravit vztah nemocného k sobě samému, ke své nemoci, uspořádat narušené funkce a návyky, průčeschnost, přizpůsobit vzájemné vztahy nemocného k nejbližším osobám a ostatním členům sociálního systému. Rehabilitace psychiatrických pacientů využívá v malých skupinách klientů metod psychoterapie, psychologie, pedagogiky a sociologie. Rehabilitace je zaměřena především na dlouhodobě duševně nemocné - nejnáročnější klientelu psychiatrické péče. (26)

Ke specifickým prostředkům léčebné rehabilitace patří:

- a) léčebná tělesná výchova (dále jen LTV), pohybová léčba = kinezioterapie
- b) fyzikální terapie
- c) ergoterapie

K prostředkům úzké spolupráce léčebné rehabilitace patří:

- d) psychodiagnostika (metody kvalitativní – klinické nebo psychometrické – testové); psychoterapie
- e) dietoterapie
- f) arteterapie
- g) animoterapie (hipoterapie, canisterapie)
- h) muzikoterapie

- i) další možné postupy související s léčebnou rehabilitací (25)

1.8 Psychoterapie

Psychoterapii tak můžeme definovat zhruba takto: Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.(24)

Psychoterapie obsahuje takové formy léčby, při kterých se používají psychologické prostředky. Jádrem je *podpora zdravých částí osobnosti*. Cílem psychoterapie je, aby se pacient mohl opět cítit sám sebou, rozumět si a zároveň aby našel správný vztah k druhým lidem a k jednání s nimi. Důležité je také získání zkušeností, jak se chránit před novými schizofrenními krizemi (15).

1.9 Arteterapie

Slovo arteterapie pochází ze spojení latinského *ars* – umění a řeckého *terape* – léčba, léčení. Z hlediska doslovného překladu můžeme tedy hovořit o arteterapii jako o léčbě uměním.

Arteterapie spojuje dvě velké oblasti: psychoterapii a výtvarné umění. Samotné skloubení těchto oborů není jednoduché a přináší řadu otázek a hledání. Jako poměrně mladý samostatný psychoterapeutický obor se arteterapie snaží najít nejvhodnější cesty jak pomoci člověku. Vznikají nové teoretické koncepce, metody, techniky. Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného vyjádření jako nejpodstatnějšího prostředku poznání a ovlivnění psychiky jedince a mezilidských vztahů. Můžeme ji klasifikovat jako formu psychoterapie, kdy prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace a komunikace. Arteterapie spojuje psychoterapii a vizuální umění v tvořivém procesu, je aktem duševní hygieny. Podporuje celkový rozvoj osobnosti v duchovní, citové či intelektuální

oblasti. Při výtvarném postupu myšlenky, vnitřní konflikty a pocity promítají se do vizuální formy.

Metodu arteterapie bychom nejbližší mohli zařadit mezi analýzu produktů činnosti.

Začátky arteterapeutických aspektů se dá vysledovat již v uměleckých formách pravěku i přírodních národů, kde mělo dominantní úlohu magické myšlení. Také ve starověkém Egyptě, Řecku a později i v arabském světě byla známa myšlenka využít umění k léčení různých duševních obtíží. Řecký filozof Aristoteles (IV.st. Př.n. l.), který jako první zkoumal různé emocionální stavy v souvislosti s dramatickým uměním, bývá považován za „otce“ arteterapie. Ve starém Římě Celsius Aurelius (I.st.) využíval v léčebném procesu vedle divadla také hudbu.

Prvním významným lékařem, který se zabýval uměleckou činností svých pacientů, byl v 19. století A. Tardieu. Zásadní práci udělal Hans Prinzhorn, který v Heidelbergu ve 20. letech shromáždil sbírku několika tisíc obrazů a objektů, která je dodnes známa pod jeho jménem a i v současnosti způsobila v USA rozruch. Zakladatel sbírky již na počátku pronesl tato prorocká slova: "Výtvarné představy našich pacientů reagují na nejtajnější úzkosti a tendence naší doby, a proto se tolik podobají modernímu umění."(12)

Až s rozvojem psychiatrie kryjí se vědecké základy arteterapie. Počátkem 20. století byla položena současná metodologická a koncepční východiska arteterapie S. Freudem a C. G. Jungem. Protlačovali ji většinou výtvarníci, kteří byli zaškoleni v psychoterapii a hledali cesty jak tyto dvě disciplíny propojit a uplatnit coby léčebný prostředek. Hlavními průkopníky arteterapie byli : M. Naumburgová, C. Lewis, E. Kramerová a další.

Po druhé světové válce je již arteterapie jako specializovaný obor využívána v rámci nejrůznějších psychologických škol i mimo ně. V ČR se arteterapie začala využívat v 50.letech v psychoterapeutických a léčebných zařízeních jako součást psychoterapie. Počátkem 90.let zásluhou PhDr. M. Kyzoura bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie. V roce 1994 u nás vznikla Česká arteterapeutická asociace jako samostatné profesní sdružení (ČAA).

Arteterapie u nás dosud nemá jasně vyhraněný profesní statut, zřetelné vymezení ani normy. V rolích arteterapeuta působí absolventi rozsáhlé škály oborů - psychologové, speciální a výtvarní pedagogové, lékaři, střední zdravotnický personál. Je možné ji studovat na Jihočeské univerzitě formou bakalářského studia, je součástí výuky na fakultách pedagogických, ale i některých lékařských a filozofických. Pokud se jedná o postgraduální studium, ČAA pořádá od r. 1998 pětiletý sebezkušnostní komunitní výcvik, kursy a dílny, zaměřené na seznámení s arteterapeutickými technikami.

1.9.1 Arteterapie s duševně nemocnými

Arteterapie s klienty s duševními poruchami si klade za cíl pomoci těmto lidem prostřednictvím umělecké tvorby reflektovat své problémy – hněv, depresi, chaos, strach, zoufalství – a integrovat je jako součást sebe sama. Pacienti často neumějí vysvětlit svůj vlastní hněv, ale když jej namalují, jsou schopni jej komentovat. Umělecká reflexe funguje jako most mezi pacientovým vnitřním prožíváním a jím samým k lepšímu pochopení jeho situace (20).

„Předpokladem psychoterapie u řady schizofrenních případů je prolomení autistických obranných bariér prostřednictvím terapeutického vztahu.“ (Syřišťová, 1980) U psychotiků je v první fázi důležité navázání kontaktu, třeba i formou malování. Metodika práce v arteterapeutickém ateliéru s duševně nemocnými je odlišná – pracuje se bez interpretací, nevhodné jsou i některé techniky, zvláště ty, které podporují asociační vybavování nevědomých obsahů.. Úzkostným pacientům pomáhá v překonávání tenzí pravidelná malba vodovými barvami, při které není možná přesná kontrola nad rozpíjejícími se barvami.

„U rozpracovaného artefaktu lze ovlivnit výtvarné řešení a jeho konečnou podobu – změnit tak klientův náhled na příznak a jeho významnost. Tento přístup lze uplatnit u kterékoli klientely, specifický je u klientely psychotické.“ (Perout, 2004)

Pacienti s těžkou, psychotickou formou deprese téměř nikdy nejsou schopni tvorby. Změna může nastat až při mírném zlepšení stavu, ale i pak je kresba zrcadlovým obrazem jejich vnitřního světa, pustého, šedého, zbaveného zdroje energie. Pokud se u

melancholika energie počíná objevovat (na kresbě to bývá signalizováno červenou barvou), je nutno zvážit riziko, že se jí v první fázi použije k realizaci suicidia. Bludy a halucinace pro psychotika mají obrannou povahu a nesmíme mu je tedy vymlouvat, aniž bychom mu za ně poskytli jako náhražku opěrný bod v realitě.

1.9.2.Výtvarný projev psychotiku

„ Pokud se budeme snažit o systematicčnost při popisu hlavních znaků schizofrenní tvorby, učiníme to nejlépe poukazem na práci H. Rennerta (10), ve které autor vyjmenovává 14 kritérií, která jsou pro tuto tvorbu významná:

Vertikální posun úhlu pohledu

Barokně zdobené formy (cukrářský styl)

Obrazový salát

Využití plochy až k okraji papíru (“horror vacui”)

Vepsání písmen

Kombinace heterogenních materiálů

Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty

Ornamentální stereotypie

Plochu zaplňující iterace figur, symbolů

Stereotypní opakování, perseverace

Geometrizace a schematizace

Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky

Ztráta kompozice

Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat“(8)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je poukázat na metodu arteterapie při rehabilitačním procesu duševní poruchy. Úkolem práce je navození rovnováhy a integrace všech složek psychiky a kontakt s realitou.

2.2 Hypotézy práce

1. Arteterapeutická činnost přispívá ke zlepšení zdravotního stavu
2. V důsledku arteterapie odpadají intrapsychická napětí a úzkosti.
3. Tvořivý proces může se stát důležitým krokem osobního vývoje při rehabilitaci, obzvláště pro lidi s uměleckým talentem.
4. Arteterapie se podílí při psychosociální rehabilitaci, dává možnost duševně nemocným být osobnostmi a vyniknout.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

Má bakalářská práce patří do oblasti výzkumu kvalitativního. Práce je centrována na jednoho člověka.

Při arteterapeutické práci jsem se soustředila na využívání výtvarných technik jako prostředku komunikačním, jako záměrné manuální aktivity propojené se zážitkem autorství, který upevňuje u klienta dojem sebeakceptace, mění myšlenkové stereotypy v kladném významu. Arteterapie je zde využívána jako podpůrná léčebná technika. Hlavní důraz jsem kladla na složku činnostní (na malování), tedy proces. Při tvorbě se používaly různé výtvarné techniky, především akvarel, tempera, anilinové barvy, voskovky. Jsou to techniky tzv. rožnovské školy. Seznámení s novými technikami a postupy přináší další impulsy právě pro rozvoj možných kreativních poloh nemocných.

3.2. Charakteristika souboru

Bakalářská práce je cílena na kasuistiku jedné klientky. Opírá se o kresebné a malebné výtvary klientky, trpící schizofrenií.

Pani K, narozená 1964. Pravidelně dochází na kontroly k ošetřujícímu psychiatrovi, je v invalidním důchodě, během léčby chodí na arteterapii. Lečí se od roku 1995, od 30 let. Schizoafektivní psychóza přešla do formy paranoidní schizofrenie. Je dlouhodobě medikovaná neuroleptiky (léky, které upravují chorobně narušené myšlení, vnímání, chování a jednání) a antidepresiva (léky upravující chorobně pokleslou náladu).

Je rozvedená, má 2 dospělé dcery. Bydlí v rodinném domku společně s přítelem, dcerami a maminkou.

3.3. Rožnovská metoda

Rožnovská arteterapie využívá teoretické poznatky dynamicky orientované psychoterapie. Výrazným aspektem rožnovské arteterapie, který ji odlišuje od ostatních arteterapeutických směrů a činí ji ojedinělou, je předpoklad, že při změně výtvarného projevu klienta, změníme i jeho samého. Rožnovská arteterapeutická škola klade velký důraz na prožitek a vlastní zkušenost.

Rožnovské pojetí vychází z toho, že klient do výtvarného projevu promítá své nevědomé procesy, zkušenosti z raného dětství, své city, potřeby, motivy, konflikty apod. Celý arteterapeutický proces se odvíjí od základního prvku, kterým je artefakt. V tvořivém procesu je potom konflikt ještě jednou prožitý, rozpuštěný a integrovaný. V obraze autor řeší svou aktuální životní problematiku, a to nejen na půdorysu předvědomých vzpomínek, ale i nevědomých přání, která se promítají do výtvarně označovaných prvků a tím pádem z nich činí symboly. Adekvátní změna výtvarného projevu dává impuls ke změně v příslušné části nevědomé složky osobnosti a také obráceně. Odhalování nevědomých obsahů odpovídá Freudově metodě práce se snem. Výklad snů publikoval Sigmund Freud jako součást psychoanalytické metody, která se stala základem pro všechny směry dynamické psychoterapie, k nimž se do jisté míry řadí i projektivní arteterapie. Psychoanalytická teorie nachází za původem tvořivosti kompenzační mechanismus (sublimace ve Freudovském pojetí). Freud napsal několik studií o umění. Umění nazýval „cestičkou, která vede zpět do reality.“

3.3.1. Metodika rožnovské arteterapie

Výtvarné metodické vedení zakládá se na znalosti charakteristik ontogenetického a také fylogenetického vývoje - vlastně vývoje „výtvarného výrazu“, jeho odrazů ve výtvarném vyjádření. Ve výtvarném projevu lze nalézt odezvu aktuálního způsobu vnímání a prožívání okolního světa jedincem. Díky tomu lze rozeznat konflikty a rozpory, které při slovním sdělování mohou být jen těžko uchopitelné. Metodický zásah je prostředkem k dosažení posunu ve výtvarném sdělení - životě klienta, ale není cílem.

Aniž bychom museli pojmenovávat těžko verbalizovatelné obsahy, sdělovat obtížně sdělitelné, pracujeme s člověkem zprostředkovaně přes jeho obraz, přes harmonizaci jeho výtvarného výrazu, tj. použitím doplňkových barev, aplikace celé barevné palety, změnou chybné kompozice, využitím perspektivy, po obsahové stránce zalidněním na obrazech či setkáním s obvyklými aktuálními tématy lidského života ve vlastním, zatím výtvarném prostoru.

3.3.2 Analýza

Při *analýze* vzniklých artefaktů se zaměřujeme na výtvarnou řeč „...jako *formu* vyjadřované myšlenky. Sledujeme záměr a volbu užitých výrazových prostředků při realizaci, tedy jakým způsobem autor výtvarně zpracovává svou myšlenku. Na této úrovni chápeme artefakt, resp. jejich řadu jako podobenství autorova pohybu a úrovně prosazování se ve světě a usuzujeme na míru distance mezi realitou psychickou a objektivní. Při analýze využíváme empiricky získaných poznatků rožnovské školy týkajících se ontogeneze výtvarného projevu, výtvarné metafory poruch emočního a kognitivního vývoje, psychopatologie výtvarného projevu atp.“ (Kyzour, 2008)

3.3.3 Interpretace

Oproti tomu „*Interpretace* artefaktu (KTC, tématických akvarelů a koláží, „smejváků“) a snů je orientovaná na *obsah* sdělení, tedy na zobrazenou, resp. vizualizovanou myšlenku. Že obraz je stejně jako sen produktem duševní dynamiky, výrazem napětí mezi (vnitřními) psychickými vrstvami tvůrce, je základní interpretační paradigma. I když je interpretace zaměřena na to, aby z nevědomého činila vědomé, z potlačeného připuštěné, byla by samoučelnou, pokud by nevedla ke klientově reflexi, k identifikaci výrazu symboliky v jeho životních peripetiích (náhled).“ (Kyzour, 2008)

Při práci se schizofreniky musíme respektovat její jistá pravidla nejen při výtvarně metodickém vedení, kdy upřednostňujeme výtvarné označování (ilustrativní pojetí) před výtvarnou symbolizací (rozpíjení, práce s náhodou atp. – kdy, jak říkal doktor Kyzour starší, někdy musíme akceptovat v ruce malujícího psychotika i pravítko) a především jsme velmi opatrní při případné interpretaci, protože zde hrozí

riziko posílení nežádoucích psychotických mechanismu. Je žádoucí používat analýzu nepřímou, jelikož analýza přímá nese v sobě nebezpečí spojená s posílením úzkostí klienta, může prohloubit dezintegraci, obnovit či posílit autistickou introverzi.

„Většina autorů se shoduje v názoru, že analýza zaměřená na evokaci a rozbor traumatických prožitků a situací, jež mnohdy mohou mít podíl na patogenezi psychotického procesu, je u schizofrenního onemocnění jako terapeutická strategie nevhodná nebo při nejmenším velice riskantní.“ (Syřišťová, 1989)

4. Výsledky

Na začátku terapie je zapotřebí respektovat klienta a pracovat pouze s tím, co je nám ochoten sdělit. Je to předpoklad k vytváření atmosféry důvěry. O terapii ve své práci nehovořím záměrně. Cítím se zatím spíše v roli pozorovatele.

„Individuální terapie, probíhající na ostrůvku léčebné atmosféry mezi pacientem a terapeutem, dává léčbě základní linii porozumění, podpory a vedení k autonomii“. Při navázání kontaktu „...se člověk ujišťuje, že opravdu existuje a není sám, získává představu o tom, jaký je, jaké jsou jeho možnosti i nedostatky, učí se rozumět sobě i druhému.“(6)

Dovolím si uvést své postřehy z výtvarného procesu s paní K.

Ve svých kresbách od začátku kreslí sebe, snad jako důkaz, že není schopna uniknout z prožitků svého individuálního osudu. Klientka trpí kolísáním nálad s převažujícími stavy úzkostí, pocitů viny, neschopnosti komunikace. Během malování dostává určitá doporučení, většinou v podobě nabídek, co by obrázek vylepšilo. Direktivních instrukcí jsem se snažila vyvarovat. Ty by nejspíše vyvolaly odpor.

Při vzniku obrazu jsou nejdůležitějšími prvky linie a barva. V artefaktu chápeme linku jako produkt racionality a barvu jako zástupce emocí. To proto mají velký význam v našem emocionálním, ale i praktickém životě.

Specifické výrazové rysy charakteristické pro klientku:

Monochromní drobná úzkostná kresba, ztracená v nekontaktním, prázdném prostoru. Kresebnost a ornamentalismus, opakovaná dualita a záliba ve znázorňování některých motivů (oči, spirály, slzy, kříže...)

Stereotypní, bezradné kompozice – převážně centrální, zapouzdřující. V kresbě jsou zastoupeny buď úplně prázdné nebo jen bezúčelně zaplněné plochy.

Zobrazení obličeje: rozpůlené tváři, tvař zobrazena ve směsi dekorativních, ornamentálních prvků. Klientka se vyhýbá znázornění celé postavy. Tělo a tělesno je pro psychotika problém.

Artefakty vykazují smuteční až depresivní ladění.

Strnulost zastaveného času.

Nízká vztahovost mezi jednotlivými prvky.

Někdy je kresebný projev naprosto rozbitý, roztříštěný, podobá se primitivní, neuspořádané změti čar. Prelogické myšlení schizofrenika má sklon k symbolizaci myšlení, tedy ke zhuštění a splývání představ. Hovoříme zde o převažující primárně procesuálním myšlení.

Často uvedeným znakem schizofrenie je smíšený profil, který je typickým znakem dětské kresby. Předměty se stávají transparentními, je vidět orgány, pozadí i další postavy. V mnohé schizofrenní výtvarné produkci lze naopak pozorovat tendence ke geometrizaci a „pravoúhlému schématu krásy“. Geometrizované utváření je projevem velmi elementárních, primárních tendencí duševního aparátu. Schizofrenik může geometrickou stylizaci tlumit afektivní neklid.

Paní K. upřednostňuje grafický způsob znázornění – tužku, propisovací pero. Kresba tužkou, fixou, perokresba vyžaduje přesnost, vytrvalost, jemnost. Tato technika umožňuje ponořit se do sebe a své činnosti, a proto ji schizofrenici mají v oblibě.

Obr. 1, „Tulipán.“

První artefakt je zpracován tužkou. S formátem A4 pracuje „na výšku“. Postavení čtvrtky na výšku upozorňuje na preferenci vertikální komunikace před horizontální – upřednostňuje intrapsychický rozměr před vztahovým.

V tomto artefaktu se autorka pokouší o stínování. Při kresbě ale nepracovala s pozadím, což jakoby evokovalo její vytrženost z kontextu, z časoprostoru. Získáváme pocit, jako kdyby byl při kresbě tulipán pouhou inspirací k práci s tvarem, a to s důrazem na esovitě prohnuté křivky vyvažované ostrostí projikovanou do listů. Barokní zaoblování, "kroucenost" tvary, ostré esovité listy a dynamika může jednoduchým příkladem *stylizačního výrazového schématu*.

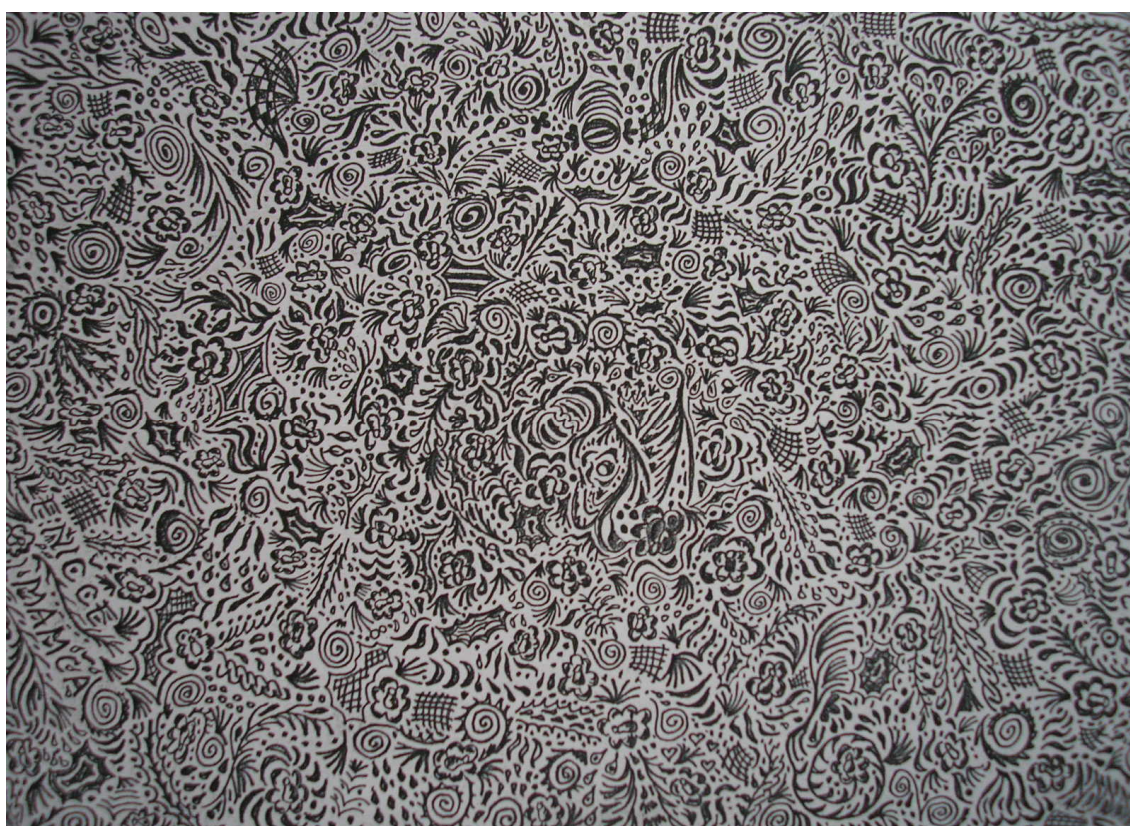
Tulipán je nápadný záplavou očí. Je to klasický výraz schizofrenie. Dle Rennerta bývají v produkci psychotický nemocných oči výrazem akustických halucinací. Proto předpokládám, že „hlasy“ mou klientku mohou pronásledovat.



Hledáme-li v kresbě dominantu, lze ji pozorovat v levém horním kvadrantu, kde je těch očí nejvíce a kam autorka „klade váhu“. Toto místo nám připomíná dívčí obličej, který jako by byl složen z několika dalších.

Obr. 2 „Ornament“

Jde o kresbu na formátu A4, který je důsledně, do posledního místečka zaplněn především ornamentálními prvky, doplněnými o vepsaná písmena. Přezdobený výtvar je obvykle obsahově chudý, strnulý a nevynalézavý, bez perspektivy, bez kompozice, bez zlatého řezu. Tento projev chápeme jako výtvarnou metaforu psychotického nastavení, hrůzy z prázdnoty, tzv. *horror vacui*. V těchto případech se autorka obrázku snaží formát zaplnit beze zbytku, nutkavě až do posledního místa.



Převažující ornamentální stereotypie je příznakem perseverace - nutkavého setrvávání v myšlekových stereotypech. Obrázek mi připomíná zdobenou mřížku, pletivo. Napadlo mne, že mříž je podoba zoufalé, uzavřené kleci, ze které nejde uniknout.

Napadá mne analogie této kresby s dětským výtvarným projevem. Jakoby v ní šlo o přenesenou formu toho stadia dětského výtvarného projevu, kdy se dítě snaží

nějak strukturovat plochu. Toto období spadá do věku zhruba od jednoho do tří let, do období čáranic, kdy podle V. Lowenfelda vlastní začátky kresby spočívají především v seznamování se dítěte s tužkou a papírem, se stopou, kterou tužka na papíře zanechává. Jde o zřejmou výtvarnou metaforu touhy dítěte strukturovat okolní svět a zanechat v něm svůj otisk. Výtvarný projev tohoto období je úzce spjat s dětským egocentrismem a strach z prázdné plochy by mohl být výrazem úzkosti ze ztráty (odchodu) „rotující“, tím pádem stále přítomné matky. I když se jedná o čmárání, jde o tvořivou hru. Pro dítě je v tomto stádiu důležitější proces čmárání než výsledná kresba.

Obr. 3. „Klid po bouři“



Obrázek klientka nakreslila na A4. Formát na „na výšku“ je nesen vertikálou odrážející napětím mezi nahoře - dole.

Kresba působí jistou prázdnotou, jako by byla nedokončená. Budí dojem napětí a úzkostí z náhle nepochopitelného obrazu světa. Pokud se klientka barevně nevyjadřuje, lze uvažovat o citové prázdnotě.

Hlava působí poněkud metafyzicky. Obrazová kompozice je posunuta nahoru, což chápeme jako metaforu ztráty kontaktu s reálným světem a prodlévání ve světě fantazií.

Hlava je redukována na obličejovou část, chybí velká část čela a ornamentální prvky v těchto místech pak v pozorovateli budí dojem, jako by šlo o vytržený mozek z hlavy. Rovněž si nelze nepovšimnout ostře řezaných očních víček, přičemž vlastní oči jsou trochu prázdné, bez emocí, jako i ty by vykazovaly ztrátu kontaktu s okolním (živoucím) světem. Ústa hlavy jsou úzká a tvrdá, působí studeně. Lze usuzovat ne nechuť ke komunikaci stejně jako k tělesně prožívanému vztahu.

Opomenutí uší a poměrně tvrdé linie kolem hlavy vypovídají spíš než o vlastní patologii o uzavřenosti vůči smyslovým vjemům, resp. o uzavřenosti před stimuly vnějšího světa. Ke stejným úvahám vede i jistý trychtýř zastupující neznázorněné tělo. Jako by svíral krk oné hlavy, která pak nemůže mluvit.

Obr. 4 “Mandaly“ - „Vědma“, „Hledání“

O zapouzdřenosti klientky vypovídají další dva obrázky s klasickou středovou kompozicí ve tvaru mandaly. K. stále kreslí, používá formát A4.

Zejména kresba Vědmy umístěná přesně v pomyslném středu svědčí to o rigiditě v chování, která je kompenzací úzkosti a nejistoty.

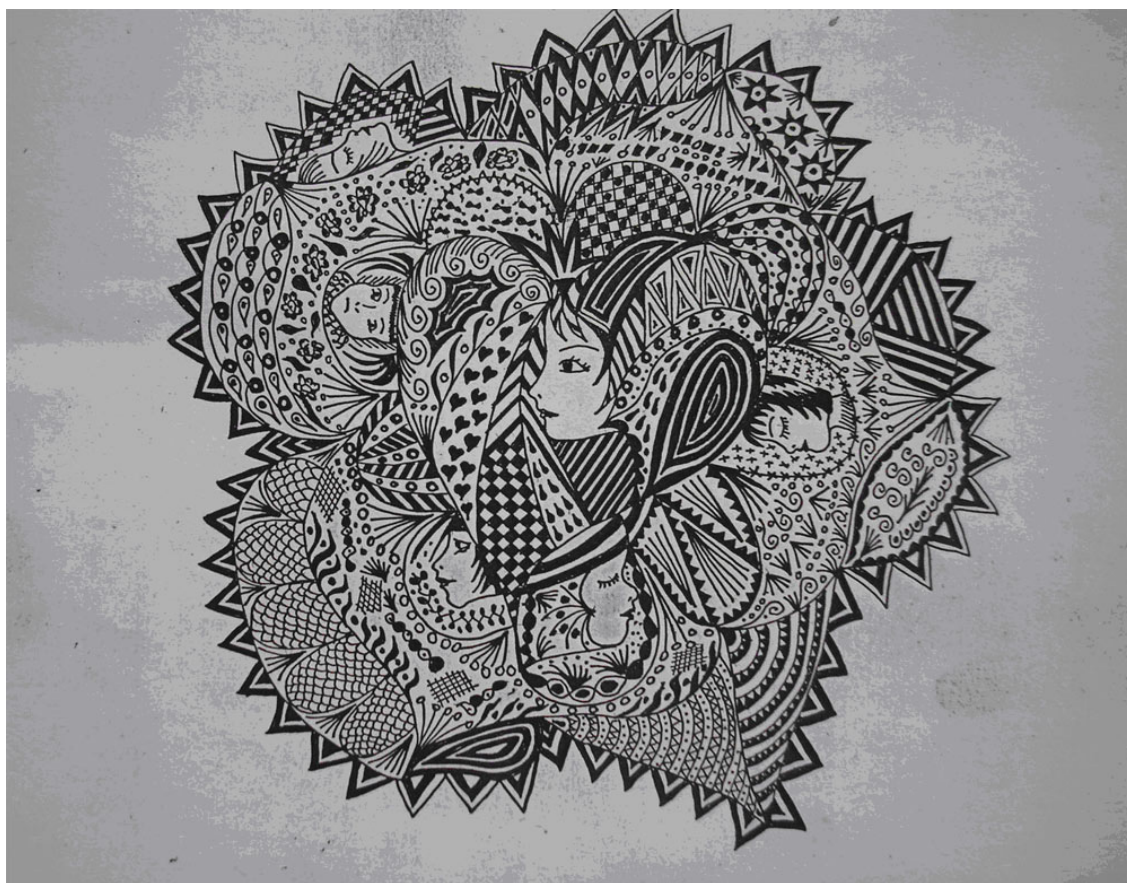
Kresebný styl naznačuje velkou potřebu kontroly, zde nad výtvarným dílem. Neustálá tendence konfrontovat vnější svět a jeho stimuly s jeho vnitřním obrazem vysiluje, vede ke ztrátě vitální energie. V této situaci je připuštění náhody doslova ohrožující, včetně její výtvarné podoby.

Její grafický projev je stále černobílý. Toto monochromní vidění klientky je výrazem jejího pocitu o žití v nekontaktním černobílém světě, o její tendenci vnímat

černobíle i skutečnost kolem sebe – tedy objekty a situace jako zcela špatné a zavrženíhodné anebo naopak jako ideální a dokonalé.

Mandala, která v tvorbě běžné populace svědčí o ne vždy žádoucím úniku do nitra před životní dynamikou, stává se v psychotikově tvorbě bezpečným útočištěm, kde má individualita možnost opětovného sebevytvoření. Často se mluví o potřebě člověka najít ztracenou cestu ke svému středu, k vnitřnímu zdroji síly, který opět sjednotí rozptýlenou duševní energii a tím dá jeho bytosti celistvost.

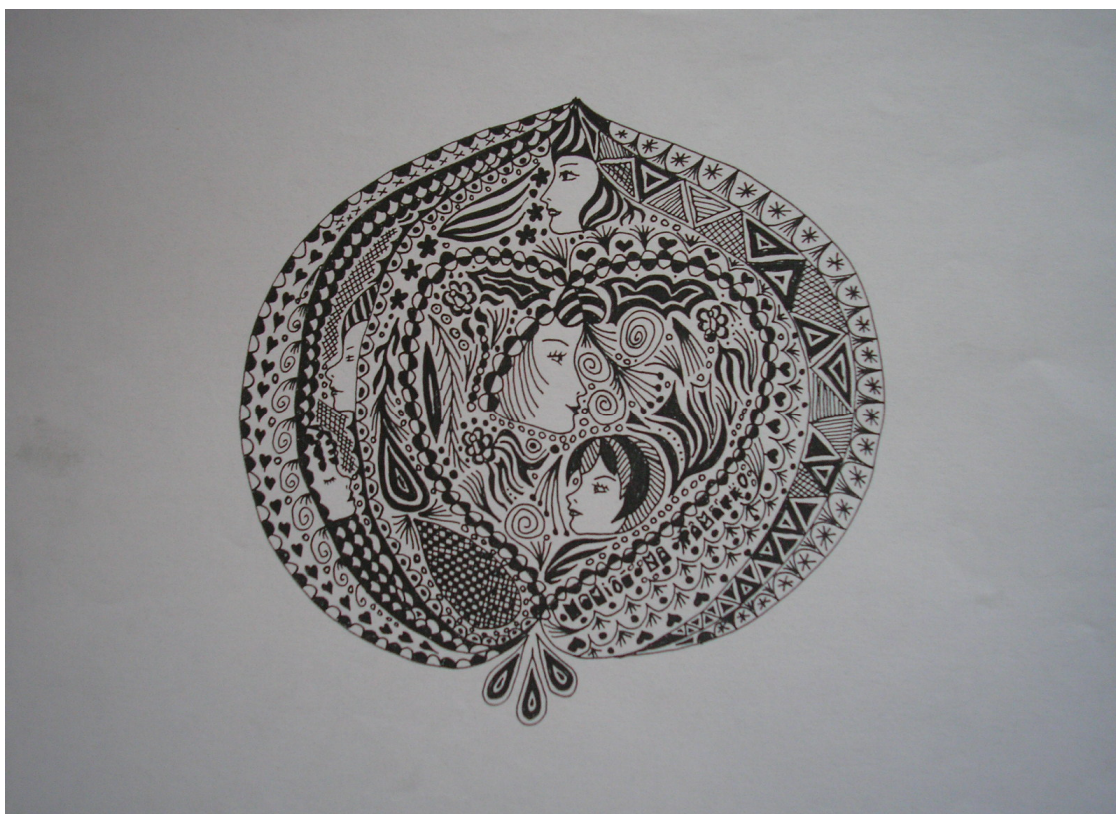
Zdá se, že mandala psychotikovi umožňuje vytýčit svým bezbřehým psychickým procesům nějaké hranice, samozřejmě za cenu jisté izolace od vnějšího světa.



„**Vědma**“, ve které autorka hojně využívá ornamentu ve směsi s ženskými tvářemi, má útočně zubatý rámeček. Působí agresivně, hostilně. Klientka hojně využívá ornamentu ve směsi s lidskými bytostmi. Výtvarný čas je zastavený.

Výtvarný projev K. je už stereotypní. Klientka stále opakuje jednoduché osvojené tvary, prosazuje nacvičený obrazový „typ“ i tam, kde jeho přítomnost není na místě. Myslím, že jsou to znaky naplňující podstatu tzv. *nepravého ornamentu*. Nepravý ornament nebo zobrazovací automatismus často zakrývá určité mezery v představivosti a v myšlení. Často ho používají děti v preschematickém období.

„**Hledání**“ je o něco „měkčí“, připomíná mi kapku nebo slzu, v které se klientka uzavřela.



Metodický : Nabídnout větší plochu než A4, použít barvu.

Obr. 5. „Barevná mandala.“

Klientka poprvé maluje barvami a používá větší formát. Aby nebyl přechod od kresby k malbě tak prudký, nabídla jsem ji zkusit voskovky. Pani K. vybrala si formát na šířku – začíná brát v úvahu protějšek. Dalo by se uvažovat o projevu snahy k v navazování kontaktu s prostředím, naději na začátek dialogu s terapeutem, však zároveň blokový. Kompozičně je obrázek mírně posunut obrázek doprava, na stranu Já.



Sleduji proces vzniku. Nejprve K. obkreslila obrysy mandaly a následně začíná uprostřed malovat ženskou hlavu otočenou doleva. Lze to považovat za projev regresivních, zároveň však i výše zmíněných komunikačních tendencí, snad směrem k minulosti a matce, případně k terapeutce.

Je zde množství dekorativních geometrických prvků. Začínají v šedomodrých – chladných, „citově neangažovaných“ vlasech. Ženský obličej zpracovaný jako profil je zleva rámován červenou linií, která působí dojmem červené rány.

Mandala působí agresivně, převazují fialově žlutá barevnost, doplněná červenou, tmavozelenou a oranžovou. Z patologických barev se objevila jedovatá sýrově žlutá). Hlava je obklopena tmavozelenou (perspektivní tenze). Snad je to výrazem strachu z budoucnosti, z okolí, ale také možná překřikované úzkosti. Ženský profil obklopující fialové a žluté trojúhelníky evokují jak sevřenost, tak zároveň i možnou autorčinu útočnost ve vztahu k okolí.

Obr. 6 „Žebrák“



Klientce se nechce moc verbálně komunikovat. To bylo motivem k tomu, abych klientce navrhla téma „Sdělování“. Vrátila se znova k menšímu formátu A4, „na výšku“. Nakreslila postavu v plášti s hnědou hůlkou, kterou drží v pravé ruce. Postava je znázorněna z anfasu, je celá zahalená a působí jaksi nehmotně. Jako by to vyjadřovalo odtrženost duše od těla, distanci vůči tělu a smyslovému vnímání. Obrisy utvořila černou fixou. Kontext (prostor) je omezen na pozadí zpracované nádechem fialové. Moc se ji nechce pustit barvy (emoce) do vodového podkladu, maluje nasucho, spíše kreslí. Přesto je zde jasně patrná snaha o stínování. Krom hnědé v žebrákově holi je fialová v pozadí jedinou skutečnou barvou. Bílá v obrázku totiž zcela dominuje.

V obrázku je málo detailu. Jejich nedostatek často svědčí o odvratu z vnějšího světa.

Ptala jsem se jestli je to ženská postava nebo mužská. Odpověď : „Je to žebrák“. Za nějaký čas jsem klientku vyzvala, aby namalovala to, co jí žebrák povídá.

Obr. 7. „S kočkou“

Toto je jeden z prvních obrázků, které paní K. zpracovala vodovými barvami na A 3, na výšku. Centrální kompozici ale neopustila. Pro pozadí použila čistou „šťavnatou“ fialovou barvu, která s ohledem na skrytou (intimní) myšlenku v obrázku zřejmě vyjadřuje jistou tajemnou atmosféru kolem symbolizovaného aktu s „kočičkou“, snad při myšlenkách spojených s „žebrákem“. (Po dokončení obrázku mi autorka sdělovala, že k tomu, co je na obrázku, jí nutí žebrák.)

O vlivu zela přirozených instinktů vypovídá kočka, výtvarně zpracovaná tak, jako by byla plyšovou hračkou, které vůbec nevadí, že je škrcena. Na druhou stranu ostré drápy na kočičích tlapkách spolu s červenými ranami na ruce vypovídají o trestných myšlenkových pochodech, které jsou spjaty s touto symbolizovanou myšlenkou. Lidské ruce jsou znázorněny dosti geometricky, jsou tvrdě orámované a svým umístěním na ploše připomínají svastiku.



Obrázek „S kočkou“ může být jakousi „přípravou“, kde pozadí autorka různou kvalitou fialové strukturuje a tak předjímá pokusy o znázornění prostoru.

Další metodický postup: vést klientku k opuštění centrální kompozice a ke snaze budovat prostor.

Obr. 8 „Další kočka“

V dalším obrázku se klientka konečně pokouší o prostor. Obrázek je na šířku, ve formátu A3. Autorka změnila kompozici, ale jistým problémem je to, že se obrázek dá rozpůlit. Jako by i realita byla půlena. Barevnost obrázku je v jistém smyslu nerealistická, zcela chybí červená, která je suplována růžovou. Do červené se jí nechce. Proto ji lomí.



Převládají pásy, řazení na linku. Co je důležité, to je velké - významová neboli hieratická perspektiva, kdy výrazné je to, co je emočně a prožitkové významné.

Obrázek může odpovídat výtvarnému projevu dítěte ve věku dítěti kolem 6 – 7 let, kdy dítě začíná uvažovat o perspektivě.

V budování prostoru je ještě značně citelná bezradnost. Prázdná krajina bývá metaforou nepodnětného života a míry zkušenosti klienta s životním prostorem. Od takto zpracovaného prostředí ještě dotyčná neočekává uspokojení.

Na identifikačním místě je kočka, které se na oranžové cestě příliš nechce v pohybu doleva (do minulosti, k matce, k protějšku). Má velké výrazné oči. Na straně protějšku namalovala strom, palma - z cizího prostředí. Způsob, jakým ten strom namalovala, vyjadřuje to, jak chápe protějšek – jako trnitá chapadla.

Obr.10 „Mezi stromy“.



Klientka začala pracovat v horní části obrázku. Z celého zpracování je cítit bezradnost a také strach z barvy – bílá, povětšinou dysfunkční, je opět zcela převládající. S naznačením perspektivy je problém. Absentuje horizont. Tím vším

působí obrázek poněkud ploše. Dalo by se říct, že se obrázek rozpadá. Klientka není psychicky v nejlepší formě. Její tahy štětcem jsou energické, až agresivní.

Dva stromy ve světle hnědé barevnosti, které jsou z celého obrázku snad nejvíce transparentní, jsou špičaté, pichlavé, bez listů, podporují úvahy o štěpení. Nemají čím dýchat. Evokují ruce. Mezi nimi, zleva od naznačené modré postavy jakoby se vynořoval obličej, který je de facto stromy rámován.

Představu obličeje generují dva domy, jako by ve vzduchu, mající přibližně stejnou barevnost jako postava na identifikačním místě. Prvky prvního plánu (stromy a postava) jsou řazeny na spodní linku. Poměrně malá postava dítěte v pravém rohu může svědčit o jistých pocitech nedostačivosti a méněcennosti, samozřejmě i o touze po ztraceném dětství. Toto dítě je bez tváře, má větev v levé ruce, přičemž je jeho pravice schována za stromem. Nabízejí se jistě zajímavé postřehy k latentnímu obsahu situace podpořené poněkud roztaženými nohama dítěte, nicméně zůstaňme v bezpečných vodách a vyjadřujme se k problémům v kontaktu.

Pokud jsou obrázky, tak jako tento, příliš snové a vše se jakoby vznáší, volím témata „uzemňující“, včetně práce se světlem, resp. se stíny. To v konečném důsledku vede k lepšímu pochopení i uchopení okolního světa. V metodických instrukcích se budu zaměřovat na kontrastnější barevnost a větší propracování prostoru.

Zkusila jsem „smejvák“ – akční vymývaný akvarel. Práce s barvou na mokrému podkladu totiž spolehlivě zaručí vznik náhod, v nichž se nejlépe zrcadlí obsahy nevědomí skrývající potencionální patologii. U psychotiků veškeré metody, které by mohly porušit jejich ochranné území, je velice riskantní, v případě že pro ně klient sám se nerozhodl. Tato technika byla pro ni zajímavá. Ze zpětného pohledu je mi však jasné riziko těchto postupů, kdy schizofrenik potřebuje své latentní obsahy vědomím cenzurovat, blokovat a nikoli prostřednictvím smejků ozřejmovat.

Obr. 9 „Smejvák“

Formát je opět na výšku. Obrázek je barevně zajímavý, v obrázku neužívá modrou ani její oranžový doplněk. Barvy jsou čisté a převládají fialová, žlutá, červená a

zelená. Fialová může být odkazem k autorčině tvořivému potenciálu. Je ale blokována žlutou, která se tak trochu začíná špinit. Žlutá uprostřed obrázku často poukazuje na tzv. „nehybnou bytost“. Na druhou stranu –dvě proti sobě plovoucí ryby se jakoby snaží problém „rozpohybovat“. Ta horní z nich je totiž na úhlopříčce.

Latentní obsah odkazuje k problematice párových tělesných orgánů.



Obr. 11. „Práce na zahradě“

Je na šířku. S barvou není zacházeno jednoznačně plošně - zvláště bych ocenila první pokusy o modelaci pomocí světla a stínu, patrnou nepřiklad na stromě a na postavě. Nelze neocenit také snahu o iluzi prostoru odstupňováním sytosti barev směrem od popředí obrázku k jeho horizontu.



Na obrázku jsou patrné dva plány – pokus o perspektivní zpracování. Na spodní lince je strnulá, loutkovitě působící postava oráče.

Na hlavě má modrou čepici, což snad vyjadřuje autorčinu potřebu chránit si svůj vnitřní svět. To, že postava na rozdíl od koně nemá naznačené oči, nos či ústa, je upozorněním na symboliku. Do leva orientovanou situaci orby (odhlédneme-li od latentního obsahu) lze považovat za výraz potřeby návratu k matce – snad řešit nevyřešené. Hlava je vzhledem k tělu příliš velká, oranžová, ozářená sluncem – oráč je dítětem.

Na identifikačním místě autorka znázornila strom. Jeho větve jsou sklopeny dolů, co může vypovídat o pesimismu. Kořeny u stromu jsou venku, jakoby přesazené.

Podstatné je na obrázku to, že klientka začíná ztvárňovat profil. Z poněkud nakloněné postavy, jejích kráčejících nohou a popruhů zpracovaných tak, že tvoří náznak úhlopříčky, vzniká neúmyslný náznak pohybu. Zobrazení pohybu se začíná objevovat většinou u kreseb dětí kolem devátého roku.

Na obrázku je zvláštní atmosféra, podvečer. V horní levé části obrázku je velké oranžové zapadající slunce – psychotický rys. V obloze je ponejvíce symptomatická růžová, což může být vyjádřením ztráty energie.

Obr. 12 „Mořská pana“



Artefakt je zpracován na šířku. Je v něm jasně patrná snaha o realistickou formu znázornění. Obraz je malován do mokrého podkladu. I když se v něm objevuje pásovitost, je zde jasně patrná snaha o perspektivní zobrazení. Autorka vyjádřila

hloubku prostoru zmenšováním plachetnic do dálky. V obrázku nás zaujme nápadně červené slunce a spirály na mořské hladině.

Snažila sem se vest klientku k tomu, aby používala barvy, které jí chyběly v předchozích artefaktech. Vyšla mi vstříc a snažila se využívat celou barevnou škálu, teplé i studené barvy, pracovat s komplementárními barvami. Snad i proto je barevnost tak výrazná a zajímavá a obrázek působí rozvolněně a je projasněný. Převládajícími barvami jsou však modrá s červenou.

V obrázku se zobrazené prvky překrývají. Spirály vpředu na modré hladině vyjadřují autorčino pnutí k ornamentu. Velmi nápadné jsou špičaté kopce ve zvýrazněném oranžovohnědém provedení. Způsob jejich provedení evokuje zuby, případně ostrá špičatá prsa. Odstíny hnědé, kterou klientka použila na plachetnicích v levé části svého obrázku, mají charakter takzvané přepálené, „kultivované agresivity“, vědomě tlumeného naštvání.

Mořská pana se vznáší nad modrou hladinou. Modrá se více prosvětluje (projevuje se více dobré vůle). Poprvé je na identifikačním místě umístěna ženská (dívčí) postava v oranžové a světle zelené, tedy „tématicky“ odpovídající barevností. Obličej má oči a pus, nikoli však nos, což odkazuje k reliktním prepubertálního věku. Postava má výrazné žluté (až zlato evokující) vlasy, které jsou ozářeny sluncem. Odhlédneme-li od psychopatologické vrstvy tohoto výrazu, jakoby vyjadřovaly autorčinu touhu být viděna a zářit.

Obr. 13 „Pálení čarodějnic.“

Zvolený formát je na šířku se středovou kompozicí. Autorka pracuje do mokrého podkladu, čímž mizí tahy štětcem. Autorce se povedlo vystihnout svěží a vzdušnou jarní atmosféru. Snaží se o budování prostoru. Je otázkou, zda na identifikačním místě umístila autorka žensky působícího kluka či děvče s klukovským potenciálem.

Autorka zachovává zrcadlové postavení, postavy se zvýrazněnými očima a ústy mají přirozenou tělovou barvu a jsou řazeny na spodní linku. Jejich geometrizace, hranatost nám připomíná dětský „kubismus“ (analytický způsob zobrazení). Může se jednat o relikty análně-sadistického stadia psychosexuálního vývoje.

Při ztvárňování postav používá profil, který je výrazem socializace a začínající schopnosti kooperace. Profil je situační (hlava a tělo zepředu, nohy ze strany, podobně jako je tomu v umění Egypta). Postavy začínají být ve vzájemném vztahu. Nekomunikují jen očima, ale drží se i za ruce. Pohyb postav je ale stále loutkovitý. Výtvarný posun lze spatřit v překrývání figur v levé části obrázku a ve snaze o pohyb.



Ze symptomatických barev vyskytuje se růžová, nebe na horizontu se také začíná špinit.

Obr.14 “Šípkova Růženka“

Formát je na šířku. Je patrný posun v kompozici. Předně je zde narušena centrální kompozice. Zmizely pásy. Objevil se náznak *mateřské* (katolické) úhlopříčky, což přidává obrázku dynamiku je zřejmým posunem ve výtvarném výrazu. Autorka experimentuje s prostorovými vztahy. Objekty se překrývají a zmenšují do dálky. Je znatelná barevná i lineární perspektiva. Dalo by se říci, že již autorka zvládla 3 plány, trojrozměrnost skutečnosti, smyslově uchopitelnou realitu. Pochopila princip světla a stínu. Prvky už nejsou řazený na základní linku. Proporce figur nejsou už tak dětské.



Autorka vnímá potenciál barev při utváření prostorové iluze, používá teplé zelené tóny vpředu, studené tóny vzadu, čímž umocňuje dojem perspektivy. Červená se zelenou vytváří dynamiku a pohyb v artefaktu. Tím, že je princ posunut za keř, je podpořen iluzivní rozměr obrázku. V pozadí jsou zeleno modré hory symbolizující období mateřství.

Nad horami na obloze je zapadající žluto-oranžové slunce, které vrhá stín na spící postavu, na prince a na všechno kolem. Stíny u keře na předním planu jsou tmavší, čím víc se oddalují, tím jsou světlejší. Klientka vnímá barevné změny s ohledem na prostorovou vzdálenost, obrázek dostává hloubku.

Šipková Růženka spí. Má fialové šaty, v obličeji zvýrazněné řasy. Spodek princovy postavy, která je na identifikačním místě, se ukrývá za keřem. Fialová barevnost, tvar keře připomínající sukni, za kterou princ stojí, to spolu s dívčí tváří prince vybízí k úvahám nad kvalitou přenosu, resp. o intimním rozměru vztahu autorky ke své arteterapeutce. Princ je zámkem v pozadí jakoby zaškatulkován.

Nezdá se, že by princ měl potřebu Růženku probudit. Svou zbraní míří na svou hlavu.

Obr.15 „Čas netopýrů.“

Formát je na šířku. Autorka prostor budovala pomocí zmenšujících se černých ptáků. Všechno se roztáčí kolem slunce. Je bledě žluté a jako by na ně netopýři útočili. Může být náznakem roztáčejících se nevědomých struktur.



Slunce je svým způsobem uzavřeno do hnědých skal, jako by se autorka snažila sevřít prostor. Skály jsou orámované černou. Tato barevná kombinace je velice „nazbrojená“. Celý tento obrázek by mohl upozorňovat na blížící se psychotickou ataku. Stejně tak by ale mohl být výrazem vzpomínek na stav, který předcházel jejímu pokusu o sebevraždu. Ve skalách na identifikačním místě lze pozorovat žebráka, který klientku dle jejích slov obtěžuje.

Obr.16 „Motýl“



Zvolila formát na šířku. Jde o téměř centrální kompozici. Motýl je jen mírně posunut doleva, na stranu Ty, směrem k minulosti, resp. regresi. Je obklopen bílými vytečkovanými kytkami. Lze tak uvažovat o úzkosti a obsesích. Motýl je zpracován tak, jako kdyby autorka projevovala vědomou snahu využívat úhlopříček s cílem podpořit dynamiku v obrázku. Svým způsobem bezkontextový motýl vypovídá o jejím pobývání ve světě fantazií, mimo dosah reálného světa, který je v různé míře chápán jako ohrožující.

Opět se vyskytuje černohnědá barevnost, na straně Já se barvy hodně špiní.

Obr.17 „Stromy“



Stromy jsou řazeny na základní linku. Klientka se vrací ke stereotypii. Na druhou stranu uvažuje o perspektivě a způsob zpracování stromů svým způsobem vyvažuje pásovitost v obraze, i když za cenu jisté pravoúhlosti. Stromy jako by moc živé nebyly – schází jim listí. Jsou zpracovány tak trochu „čínsky“. Jsou ostré a v některých místech mají větve až kroučící se.

Na obraze lze jistě ocenit jeho barevnost.

5. Diskuse

Cílem mé arteterapeutické práce bylo vytvoření rovnováhy a integrace všech složek psychiky duševně nemocné. Prostřednictvím arteterapeutického působení jsem se snažila ve výtvarné produkci klientky mobilizovat potřebu reality, která by převažovala nad dřívějšími magickými a fantasijními prvky. Cesta z psychózy může mít výtvarnou analogii v cestě z nereálného světa až k neuměle nakreslené váze s kyticí.

Potvrdilo se mi, že arteterapeutická činnost přispívá ke zlepšení zdravotního stavu duševně nemocné. Při zhoršení psychického stavu, nemocní ve většině případu nejsou schopni tvořivé činností. Tento závěr odpovídá odborným sdělením. Zdravotní stav klientky se nezhoršil. Během provádění terapie v rozsahu dvou let nebyla klientka hospitalizovaná. Můžeme předpokládat, že medikace je přiměřená. Za dva roky práce došlo ke zřejmému výtvarnému a pravděpodobně i osobnostnímu posunu. Tedy hypotéza 1. se potvrdila plným rozsahu.

Hypotéza č.2: v důsledku arteterapie odpadají intrapsychická napětí a úzkosti se také potvrdila v plném rozsahu. Důkazem je tvorba klientky. Ve tvorbě lze vysledovat velký pokrok, jenž klientka udělala - od téměř křečovitěho předkreslování tužkou v úzkostlivé snaze o přesnost, až po uvolněnou malbu širokým štětcem. Výtvarná produkce získala na velikosti formátu i na barevnosti. Klientka dokonale zvládá i velká plátna, její tvorba je především figurativní, i když stejně ráda maluje i kytice. Vhodně zvolený metodický přístup působí na odstraňování nežádoucích tenzí, předchází např. destruktivnímu chování, snižuje prožívanou psychickou zátěž, odstraňuje úzkostné stavy, posiluje pocit uspokojení a sounáležitosti.

Z mých zkušeností v průběhu práce s konkrétní osobou vyplývá, že pozitivní hodnocení vlastní tvorby, vede ke zvýšení motivace do další činnosti.

Tvořivý proces může se stát důležitým krokem osobního vývoje při rehabilitaci, obzvláště pro lidi s uměleckým talentem. Z vlastní zkušenosti se mohu domnívat, že ani dosažení určité výtvarné úrovně zde není nijak zvlášť trvalé, a je velmi závislé na aktuálním stavu klienta a především na jeho aktuální interakci s terapeutem. Pod

přímým vedením a podporou vznikala nesrovnatelně harmoničtější díla, než pokud klient tvoří jen tak sám pro sebe.

Pani K. v průběhu dvou let získávala sebevědomí ve výtvarném projevu, zbavovala se strachu a odporu. I přes počáteční obavy, jsem se zde setkala s nadšením a chutí k tvořivé práci.

Při vlastní výtvarné práci zažívala klientka radost z práce, úspěch a zvyšovala své sebevědomí a sebehodnocení. Jedná se o dlouhodobý proces a kladné výsledky se nedostaví ihned. Poznala jsem, že jeden z nejučinnějších faktorů zdárné spolupráce je navázání upřímného a otevřeného kontaktu.

V pozici arteterapeuta jsem výtvarnou aktivitu pojímala i jako děj smysluplného činnosti, zabývání se něčím, z čeho vznikne hmatatelný výsledek. Je důležité, že arteterapie umožňovala klientce vyhledávat v sobě nové, doposud neznáme způsoby sebevyjádření. Zpětným sdělením bylo od nemocné překvapení nad sebou sama. Nadšením, co je schopna stvořit a jak se dokáže výtvarně projevit. V této spojitosti považují za značně přínosnou i možnost uskutečnění veřejné výstavy, kde budou představena výtvarná díla klientky, která vznikla za dva roky arteterapeutického působení.

V nejbližší době máme v plánu osvojení techniky olejomalby.

Z výsledku mého arteterapeutického působení plyne, že se jedná o velmi vhodný způsob terapeutické činnosti s touto klientelou, co vede ke zlepšení sociálního fungování ve vztazích, zvýšení spokojenosti v životě.

6. Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřená na možnosti využití arteterapie při rehabilitace duševní poruchy – schizofrenie. Úkolem mé arteterapeutické práce je oživení rovnováhy a integrace všech složek psychiky nemocného a o kontakt s realitou.

Vzpomenu-li si dnes po své dvouleté arteterapeutické praxi na mé první pocity, přiznám se, že byly značně spojeny s mými představami v asociaci s obavami ze spolupráce s touto klientkou. Na druhou stranu mně moc lákala příležitost alespoň trochu proniknout do duševního světa této nemocné. Byla lákavá pro mě i komunikace prostřednictvím výtvarného projevu s duševně nemocným.

Přibližně dva roky jsem s klientkou arteterapeutický pracovala a snažila se zapojovat nové poznatky ze svého studia, které mi pomohlo postihnout a poznat svět nemocné klientky a zažít změny, které jsem předem nemohla předpokládat. Ze začátku jsem vyžadovala velice málo. Chtěla jsem překonat komunikační bariéru a dát klientce prožít když ne potěšení, tak přinejmenším uspokojení z tvoření a následné pochvaly. Výtvarnou analogií se paní K. učila, že interakce ve výtvarném vyjádření může být metaforou reálného života.

Nemocná zprvu odmítala pracovat s barvami. Preferovala kresbu tužkou, maximálně pastelkami. Tyto výtvarné materiály ji umožňovaly kontrolu výtvarného projevu. Zaměřovala se na detail, její tvorba měla občas až obsedantní charakter. Obrázky korespondovaly s pocity stísněnosti, se strachem a pocity napětí. Zpočátku jsem ji učila zacházet s vodovkami, vysvětlovala jsem jak se barvy míchají atd. Postupně jsem se snažila o projasnění barev, pak jsme přešly na tematické práce, později jsem ji vedla k malování postav, které z počátku odmítala. Co se týká výtvarného posunu, shledávám pokrok ve více ohledech, a to jak v použití barev, zpracování prostoru i lidské postavy.

Potvrzuje se mi, že každý trvalejší posun u klienta je pravděpodobný jen při dlouhodobém spojení a předpokládá jeho důvěru a uvědomělou součinnost. Snažila jsem se získat důvěru, která by se mohla transformovat i do trvalejšího terapeutického vztahu. Potvrdilo se mi, že direktivní terapeut je nesrozumitelný nebo ohrožující. Uvědomila jsem si, že jestli chceme-li vejít v kontakt s duševně nemocným, pochopit

ho, a být mu užitečný, je nutné se oprostit od všech předsudků, které nám vnucují nesprávný pohled na duševní chorobu.

Materiál, který jsem práci s klientkou získala je poměrně rozmanitý a dokládá posun ve výtvarném výrazu. Výtvarná aktivita byla pro ni neohrožující, většinou motivující a nevnímala ji jako terapii.

Arteterapeutická práce s paní K. trvala dva roky. Domnívám se, že pokroky, které má klientka udělala během tohoto období, vypovídají o možnosti využití rožnovské arteterapie s nemocnými schizofrenií. Metodika rožnovské arteterapie, pokud ji vhodně přizpůsobíme, je skutečně použitelná pro klienty s tak závažným onemocněním, jakým se jeví schizofrenie. Podstatným momentem v arteterapii je posun a změna ve výtvarném vyjadřování. Tato pomáhá ke změně chování klienta, ke zmírnění či v nejlepším případě vymizení patologických příznaků, při zlepšení dorozumívání a harmonizaci nejisté osobnosti.

V práci s klientkou budu pokračovat. V nejbližší době mám v úmyslu seznámit klientku s technikou olejomalby, o kterou klientka má zájem. Připravuje svojí první výstavu.

7. Seznam odborné literatury

1. Angerová Y., Švestková O.. Rehabilitace v ČR. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. Praha: 2006, roč.2, č 3, ISSN 1801-464X.
2. Atkinson, Richard C., et al. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-85605-35-X.
3. Foucault , M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha; Liberec : Dauphin, 1997. ISBN 80-86019-30-6.
4. Hartl, Pavel, Hartlová, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
5. Höschl, C.: *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H & H ,1996. ISBN 80-85-787-96-2
6. Kalina, K. Jak žít s psychózou. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
7. Kondáš, O., Kratochvíl, S., Syřišřová, E. *Psychoterapia a reedukácia*. Martin: Osveta, 1989. ISBN 80-217-0014-9.
8. Ledvinová J. *Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti*
Dostupné z.: <http://casopiscaa.wz.cz/cas02.htm>
9. Lippertová-Grünerová, M., Pfeiffer, J., Švestková, O. *Neurorehabilitace* , 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.
10. Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. Praha: Portal, 2002. ISBN 80-7178-700-0
11. Mentzos, S.: *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portal, 2005. ISBN 80-7178- 992-5.
12. Nesvadba J. *SF v medicíně* .Koncept přednášky, Düsseldorf '93
13. Pavlovský, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing. 2001. ISBN 80-247-0181-2.
14. Perout E.,: *Spojité nádoby výtvarné kultivace a metodiky v rožnovské arteterapii*. Arteterapie,1/5:2004. ISSN 1214-4460

15. Praško, J. – Bareš, M. – Horáček, J. – Seifertová, D. – Šípek, J. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1
16. Raboch J., Zvolský P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2001 ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
17. Raboch, J. *Psychiatrie-minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN: 80- 7254-746-1
18. Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha : Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0
19. Syřišťová, E. : *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha: SPN, 1980.
20. Šicková-Fabrice, J. *Základy artterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0
21. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6
22. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
23. Votava, Jiří, et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
24. Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanal. nakl. J. Kocourek, 1997. ISBN-80-86123-02-2
25. https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/58_1860.html
26. <http://www.braillnet.cz/fokus/>

8. Klíčová slova

Arteterapie

Analýza

Interakce

Psychoterapie

Rehabilitace

Rožnovská arteterapie

Schizofrenie

Výtvarný projev

9. Obrazová příloha

