



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Ateliér arteterapie

Bakalářská práce

EMOCE V OBRAZECH PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

Arteterapie v léčbě afektivních poruch a emočně nestabilní poruchy
osobnosti

EMOTIONS IN PSYCHIATRIC PATIENTS' ARTWORK

Art therapy in treatment of affective disorders and emotionally unstable
personality disorder

Vypracovala: Bc. Jana Heidingerová
Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout

České Budějovice 2019

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

Abstrakt práce

Název práce:	Emoce v obrazech psychiatrických pacientů
Podnázev práce:	Arteterapie v léčbě afektivních poruch a emočně nestabilní poruchy osobnosti
Autor práce:	Bc. Jana Heidingerová
Vedoucí práce:	PaedDr. Evžen Perout
Počet stran:	118
Počet zdrojů:	37

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá tématem emocí a jejich vlivu na výtvarný projev, dále detekcí znaků v tvorbě vypovídajících o emočním prožívání autorů artefaktů. Zkoumány jsou v této práci artefakty psychiatrických pacientů hospitalizovaných pro léčbu afektivních poruch nebo emočně nestabilní poruchy osobnosti. Práce popisuje podobnosti a rozdíly v projevech emocí ve výtvarné tvorbě u pacientů s různými diagnózami spadajícími pod výše uvedené diagnostické kategorie. V rámci teoretické i praktické části se práce snaží zmapovat charakteristické znaky výtvarného projevu těchto pacientů a zároveň i nastínit vhodné techniky a náměty pro arteterapeutickou činnost s nimi.

Teoretická část shrnuje nejdůležitější termíny, funkce a teorie emocí, popisuje stručně z psychologického hlediska emoční vývoj jedince, dále se zabývá arteterapií s psychiatrickými pacienty od historie po současnost, uvádí rovněž arteterapeutická východiska a způsoby práce Rožnovské školy. V dalších kapitolách obsahuje popis emočních projevů ve výtvarné produkci obecně a popis specifík arteterapeutické činnosti s klienty s afektivní poruchou nebo emočně nestabilní poruchou osobnosti.

Empirická část zahrnuje čtyři kazuistiky pacientů z Psychiatrické nemocnice Bohnice s diagnózou afektivní poruchy nebo emočně nestabilní poruchy osobnosti a interpretační východiska u každé z nich. Dále obsahuje na základě zkoumání celkem 88 artefaktů odpovědi na tři výzkumné otázky týkající se vhodných námětů a technik pro práci s těmito klienty, charakteristických prvků ve výtvarné tvorbě pro jednotlivé diagnózy a znaků v tvorbě vypovídajících o emočním prožívání. Výsledky poukazují na určité odlišnosti v tvorbě pacientů s jednotlivými diagnózami. Vzhledem k omezenému výzkumnému vzorku a použitým metodám nelze výsledky této práce zobecňovat. Závěry této práce však mohou být námětem pro další studie.

Klíčová slova: arteterapie, emoce, afektivní poruchy, emočně nestabilní porucha osobnosti

Abstract of the thesis

Title: Emotions in psychiatric patients' artwork
Subtitle: Art therapy in treatment of affective disorders and emotionally unstable personality disorder
Author: Bc. Jana Heidingerová
Supervisor: PaedDr. Evžen Perout
Number of pages: 118
Number of references: 37

Abstract: The presented bachelor thesis deals with the topic of emotions and its influence on the artwork, as well as with the detection of the specific emotional expression of the authors in their artefacts. In this work, artefacts of psychiatric patients hospitalized for the treatment of affective disorders or emotionally unstable personality disorders are explored. The thesis describes similarities and differences in the manifestation of emotions in the artwork of patients with various diagnosis belonging to the diagnostic categories mentioned above. Both, the theoretical and the empirical part try to map the characteristic features of the art expression of these patients and at the same time to outline appropriate techniques and topics for practising art therapy with them.

The theoretical part summarizes the most important terms, functions and theories of emotions, emotional development and a summary of art therapy with psychiatric patients describing the evolution from history to the present containing the Roznov art therapy school. In the following chapter there is a description of emotional manifestations in artwork in general and a description of the specifics of art therapy with clients with affective disorder or emotionally unstable personality disorder.

The empirical part includes four case reports of patients from the Psychiatric Hospital Bohnice with a diagnosis of affective disorder or emotionally unstable personality disorder and interpretative basis for each. Furthermore, based on a total of 88 artefacts, it contains answers to three research questions concerning suitable topics and techniques for working with these clients, characteristic elements in their artwork according to their diagnosis and signs of emotions in the artwork in general. The results point to some differences in patient's art expression according to their diagnosis. Due to the limited size of the research sample and the methods used, it is not advisable to generalize the outcomes of this paper. However, the conclusions of the thesis may serve a topic for further studies.

Key words: art therapy, emotions, affective disorders, emotionally unstable personality disorder



Obrázek 1: Volné téma. Muž, 36 let, Diagnóza F30.2

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PaedDr. Evženovi Peroutovi za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady při jejím zpracování a za vstřícnost. Dále pak arteterapeutům působícím v Psychiatrické nemocnici Bohnice, především Bc. Ludmile Josefusové, za ochotu ke spolupráci při vedení ateliérů a za poskytnutí materiálů, ze kterých jsem, mimo jiné, čerpala. V neposlední řadě děkuji všem pacientům z PNB, kteří se se mnou podělili o své životní příběhy a artefakty.

OBSAH

I ÚVOD.....	10
II TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EMOCE	11
1.1 Terminologie emocí	11
1.2 Dělení emocí	11
1.3 Složky emocí.....	13
1.4 Teorie emocí.....	13
1.5 Funkce emocí	13
1.6 Ontogeneze emocí.....	14
2 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	16
2.1 Úvod.....	16
2.2 Afektivní poruchy	17
2.2.1 Schéma dělení afektivních poruch dle MKN-10 (2018):.....	17
2.2.2 Epidemiologie a etiologie afektivních poruch	19
2.2.3 Léčba afektivních poruch.....	20
2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69).....	20
2.3.1 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3).....	21
2.3.1.1 Léčba poruchy osobnosti emočně nestabilní.....	22
3 ARTETERAPIE S PSYCHIATRICKÝMI PACIENTY	25
3.1 Úvod.....	25
3.2 Základní pojmy	25
3.3 Historie: počátky arteterapie v léčebných zařízeních.....	27

3.4 Arteterapeutické přístupy	29
3.4.1 Psychoanalýza a psychoanalytická terapie.....	29
3.4.2 Rogeriánská arteterapie	30
3.4.3 Další přístupy (dle psychoterapeutických škol)	30
3.4.4 Přístupy podle záměru a účinné složky	30
3.4.5 Vývojové aspekty	31
3.5 Současnost.....	36
3.5.1 Rozdílné formy arteterapie v léčebných zařízeních	36
3.5.2 Rožnovský arteterapeutický přístup	37
3.6 Cíle arteterapie u pacientů s duševními poruchami	39
4 EMOČNÍ PROJEVY VE VÝTVARNÉ PRODUKCI.....	39
4.1 Emoce v obrazech	39
4.1.1 Gestický přístup, grafický styl klienta	39
4.1.2 Barvy	40
4.2 Norma vs. patologie	42
4.3 Emoce v obrazech psychiatrických pacientů	45
5 SPECIFIKA ARTETERAPIE S KLIENTY S AFEKTIVNÍ PORUCHOU	
A S KLIENTY S EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI....	45
5.1 Úvod.....	45
5.2 Arteterapeutické techniky	46
5.2.1 Výběr materiálu a barev	46
5.2.2 Techniky.....	46
5.3 Náměty k výtvarnému zpracování	47

5.4 Specifika výtvarné produkce klientů s afektivní poruchou a klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti.....	50
5.4.1 Typické znaky a projevy v tvorbě klientů s afektivní poruchou	51
5.4.2 Typické znaky a projevy v tvorbě klientů s emočně nestabilní p. o. ...	52
5.4.3 Shrnutí vhodných technik, přístupů a námětů.....	52
III EMPIRICKÁ ČÁST	56
6 METODOLOGIE	56
6.1 Výzkumné cíle a otázky	56
6.2 Výzkumný design a metoda	56
6.3 Charakteristika a sběr výzkumných dat	57
6.3.1 Výzkumný vzorek	57
6.3.2 Sběr dat.....	58
6.4 Etické aspekty výzkumu	58
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	58
7.1 Kazuistiky	58
7.1.1 Kazuistika 1.....	59
7.1.2 Kazuistika 2.....	63
7.1.3 Kazuistika 3.....	70
7.1.4 Kazuistika 4.....	79
7.2 Náměty a techniky používané při práci s klienty s dg. F30-F39 a F60.3.....	92
7.3 Charakteristické prvky v artefaktech klientů s dg. F30-F39 a F60.3.....	94
7.3.1 Afektivní poruchy (F30-F39).....	94
7.3.2 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)	101
7.4 Faktory v artefaktech vypovídající o emočním prožívání autorů	105

IV DISKUZE.....	108
V ZÁVĚR	109
8 REFERENCE.....	111
9 SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A PŘÍLOH.....	114
10 PŘÍLOHY	110

I ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem emocí ve výtvarné produkci, a to obecně v rovině detekce znaků v tvorbě vypovídajících o emočním prožívání autora i specificky zkoumáním charakteristik výtvarné tvorby psychiatrických pacientů s diagnózou afektivní poruchy nebo emočně nestabilní poruchy osobnosti.

Pro přiblížení problematiky je v teoretické části popsán vývoj přístupu k umění od jeho společenské funkce, přes takzvané umění pro umění a dále receptivní arteterapii pozorováním artefaktů až po abreakční potenciál vlastní tvorby. Emoce jsou spojeny se způsobem zpracování námětu, kde je možné všimnout si barevnosti výsledku, užití gestických prvků, rychlosti vytvoření obrazu či velikosti formátu a využitého prostoru, jsou ale spojeny i s obsahem artefaktu. Ke zkoumání obsahu artefaktu slouží v arteterapii interpretační rovina. Teoretická část práce nastiňuje rovněž vývoj arteterapie jako oboru od původního záměru, kterým byla diferenciální diagnostika psychiatrických pacientů převážně s onemocněním schizofrenního okruhu podle jejich spontánních kreseb až po účel terapeutický, který má arteterapie dnes a který je možné dělit na arteterapii receptivní a produktivní, jak už bylo avizováno, přičemž u arteterapie produktivní může být následně aplikován i interpretační přístup. V podkapitole popisující jednotlivé arteterapeutické přístupy je popsán i Rožnovský přístup, který je vyučován v Ateliéru arteterapie na Jihočeské univerzitě a cílí přímo na interpretační práci s výtvarnou produkcí klienta.

Tato práce si klade za cíl popsat emoční projevy ve výtvarné produkci, dále charakteristické znaky tvorby pacientů s výše zmíněnými diagnózami, stejně tak jako specifika při arteterapeutické činnosti s těmito klienty a vhodné výtvarné techniky a náměty využitelné v praxi. Teoretická i empirická část práce poukazuje na fakt, že znaky typické pro tvorbu klientů s afektivní poruchou či emočně nestabilní poruchou osobnosti jsou odlišné pro jednotlivé specifické diagnózy spadající pod dané diagnostické kategorie, dále odvislé od aktuální fáze onemocnění, ale i od situačních vlivů a kvality terapeutického vztahu.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 EMOCE

1.1 Terminologie emocí

Je obtížné vysvětlit pojem emoce s použitím pouze jedné definice. Jde o křehké a velmi proměnlivé jevy, které jsou situačně podmíněné a subjektivně vnímané. Souvisí s lidským chováním a například i s motivací (Plháková, 2007). Na emoce lze pohlížet z různých úhlů pohledu podle rozličných teorií emocí, které jsou zmíněny v této kapitole.

Hartl a Hartlová (2015) popisují emoce jako rozmanitou škálu citových prožitků, které jsou propojeny s fyziologickými procesy. Protože jde o jevy evolučně starší nežli rozvinuté kognitivní schopnosti u dospělého člověka současné doby, mají na naše chování stále velký vliv, i když se je například snažíme potlačit. Nakonečný (2012) též popisuje emoce jako velmi komplexní fenomén, sestávající se ze specifických fyziologických změn, chování a z prožívání situací (citů). Připomíná jejich původní biologický význam, tzn. adaptivní reakci na důležité životní situace.

Mozkové koreláty lidských citů

Sídlo emocí nalezneme v lidském mozku v oblasti s názvem limbický systém. Limbický systém se skládá z amygdaly, hipokampu, septa, hypothalamu a jde o vývojově druhou nejstarší část mozku. Evolučně nejstarší je takzvaný plazí mozek zajišťující základní životní funkce, jako je například dýchání, nejnovější a společný pouze člověku a vyšším savcům je neokortex, spojovaný s verbální pamětí a řečí (Plháková, 2007).

1.2 Dělení emocí

Emoce je možné dělit na afekty, emoce, emoční epizody, nálady, pocity. Mezi těmito termíny laická veřejnost jen obtížně rozlišuje, každý má však svůj specifický význam. Emoce dělíme podle jejich intenzity a délky trvání na následující (Nakonečný, 2012):

Afekt

V kontextu českého jazyka je afekt často zaměňován se slovem emoce. V psychologické literatuře se tento termín používá jednak pro zvláště intenzivní cit, který je mnohokrát doprovázen i výraznými fyzickými reakcemi a ztrátou kontroly (Plháková, 2007), dále pak jako nadřazený pojem pro termíny emoce, emoční epizoda a nálada (Scherer 1984, in

Stuchlíková 2007). Tyto tři termíny spojuje valenční aspekt emoce, možnost jejího hodnocení na škále od pozitivní po negativní.

Emoce

Emoce je možné rozdělit na více kategorií. Hartl a Hartlová (2015) rozlišují emoce základní, složité a prekognitivní, přičemž mezi základní řadí kromě prvotní novorozenecké libosti a nelibosti dále radost, smutek, strach, zlost, překvapení, znechucení, důvěru a lásku.

Primární emoce jsou základní, vrozené, evolučně nejstarší a nejsilnější, zároveň jde podle mnohých výzkumů o emoce kulturně univerzální (Tomkins Ekman & Friesen in Plháková, 2007). Složité, respektive komplexní emoce, nebo také vyšší city se skládají z více základních emocí a jsou většinou vzniklé na bázi nějaké sociální situace (například závist nebo žárlivost), dále také na bázi vztahování se k sobě samému. Existují hypotézy, že jde spíše o emoce naučené a sociokulturně ovlivněné. Prekognitivní emoce jsou výrazem pro emoce, které jsou rychlejší než kognitivní zhodnocení situace, jdou kratší cestou přímo do limbického systému bez zapojení kortexu. Tento popis odpovídá z evolučního hlediska emocím základním. Naproti tomu k pocítění komplexních emocí je většinou zapotřebí kognitivní zhodnocení situace (Plháková, 2007).

Emoční epizoda

Emoční epizodu odlišujeme od emoce délkou trvání a obsahem, emoční epizoda je delší než emoce, vzniká delší dobu, než emoce a sama o sobě může obsahovat více různých emocí najednou nebo po sobě navazujících. Ilustrováno na příkladu může jít třeba o partnerskou hádku, která trvá delší časový úsek a zahrnuje v sobě více druhů emocí (Stuchlíková, 2007).

Nálada

Stuchlíková (2007) přirovnává pro bližší pochopení a rozlišení termínů emoce a nálada náladu ke klimatu a emoci k počasí. Klíčem k odlišení je doba trvání. Právě z tohoto důvodu je nálada obvykle méně intenzivní než emoce Plháková (2007).

Pocit

Motlová a Koukolík (2006) popisují pocit jako emoci, emoční vnímání, nebo postoj, například pocit radosti. Zároveň však jako schopnost vnímat dotek, nebo stav vědomí či neurčitého uvědomování si. Jde tedy o poněkud nešťastný pojem, co se mnohoznačnosti jeho výkladu týče.

1.3 Složky emocí

Stuchlíková (2007) popisuje ve své knize základní Wundtovy charakteristiky emocí, podle kterých jednotlivé z nich definujeme:

- valence (hodnocení emoce od libosti po nelibost),
- arousal (míra vzrušení, nabuzení),
- charakter zážitku (napětí / uvolnění).

Dále autorka zmiňuje mezi složkami emocí následující body:

- **Subjektivní prožitek**, a to jak na bázi valence (libé a nelibé), tak na bázi kognitivního zhodnocení (usouzený význam kontextu).
- **Fyziologická odezva**, (nejdříve neuronální a poté tělesná reakce).
- **Emoční výraz**, jako specifická fyziologická reakce.
- **Iniciace k aktivitě**, kdy dochází k připravenosti k určitému jednání a řešení situace s úzkou vazbou na motivaci.

Kassin (2007) shrnuje emoce jako soubor sestávající se z jednotlivých složek: arousalu (fyziologického vzrušení či nabuzení), z vnějších reakcí, chování atd. a z vlastního kognitivního zhodnocení situace.

1.4 Teorie emocí

Existuje mnoho teorií emocí, některé se zabývají vznikem emocí, jiné zase jejich funkcí. Jsou teorie, které se opírají o stejná fakta, další si protirečí. Teorie emocí je možné podle zaměření rozdělit do tří velkých skupin. Jde o přístupy orientované na emocionální prožívání člověka, na fyziologický aspekt emocí a na přístupy zabývající se emočními výrazy a projevy chování (Stuchlíková, 2007). Plháková (2007) popisuje mezi nejdůležitějšími teoriemi emocí teorie fyziologické, kognitivní, evoluční a psychodynamické.

1.5 Funkce emocí

Plháková (2007) zmiňuje tyto nejpodstatnější funkce lidských emocí:

- Motivační systém (emoce motivují a ovlivňují chování).
- Zpětnovazební kontrola (na základě radosti či smutku vnímáme své úspěchy a neúspěchy).
- Vnější projevy emocí jako prostředek neverbální komunikace s druhými.

- Evoluční funkce a regulace fyziologické aktivace podle potřeby momentální situace (útok, útěk, zmrznutí, kdysi podstatná reakce pro přežití).
- Signální funkce a predikce (na základě Damasioových somatických markerů si podle pocitů v těle při myšlence na budoucí situaci můžeme říci, jestli má pro nás bude mít pozitivní, nebo spíše negativní dopad).

Emoční inteligence, empatie, teorie mysli

Mezi další funkce emocí patří emoční inteligence, schopnost empatie a teorie mysli. Hartl & Hartlová (2015) zmiňují důležitost emoční inteligence pro adekvátní jednání v určitých situacích. Jde o poměrně mladý termín, který vznikl v 70. letech 20. století na podkladu humanistické psychologie a zkoumání jeho obsahu je stále v procesu, hodnocení míry emoční inteligence proto není zatím jednotné. Definice se ale zatím shodují v tom ohledu, že emoční inteligence usnadňuje sebereflexi, jednání s druhými lidmi, navazování vztahů a zvládání každodenních problémů.

Schopnost empatie je považována za součást emoční inteligence a jde o nezbytnou výbavu všech zaměstnanců v pomáhajících profesích. Lidé s vysokou mírou empatie jsou schopni lépe porozumět sami sobě ale i druhým, vcítit se do jejich problémů a v důsledku toho například i v rámci možností předvídat jejich chování (Hartl & Hartlová, 2015).

Teorie mysli je termín pro pojmenování určitého způsobu uvažování o druhých lidech, který nám není vlastní od narození, ale s postupem času se ho učíme. Kolem čtvrtého roku věku jsme schopni pochopit, že všichni okolo nemají stejný pohled na svět, jako my a mají i svá vlastní přání, obavy, motivy a názory. Jsme schopni logicky si odvodit, že pokud se nová důležitá informace dostala například pouze k nám a ke kolegovi ne, bylo by vhodné ho o tom spravit. Nepředpokládáme na rozdíl od dětí automaticky to, že kolega má stejnou informaci jako my, že kouká na svět našima očima a sdílí naše myšlenky (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

1.6 Ontogeneze emocí

Primárními lidskými emocemi jsou libost a nelibost, které se pak s rozvojem kognitivních funkcí diferenciuje na základní emoce a později komplexní. Plháková (2007) popisuje první reflexní úsměv ve vztahu k pocitu libosti na rozhraní novorozeneckého a kojeneckého období, který je pak následován prvním úsměvem sociálním, podmíněným interakcí dítěte s pečující osobou, kdy dítě reaguje na blízkost pečující osoby a rysy lidské tváře.

Fraibergová (2002) se ve své knize věnuje dětskému vývoji z pohledu psychoanalýzy. Popisuje obdobně první dětský úsměv spojený s libostí a pocitem nasycení, dále kolem konce druhého měsíce první úsměv sociální, který je ale vztahován k lidem obecně, dítě ještě nemá

kapacitu rozpoznat matku od ostatních osob, jeho kognice, konkrétně paměť ještě není natolik vyvinuta. Zároveň píše autorka o tom, jak první dětské projevy smutku a hněvu nejsou vázány na konkrétní osobu (matku, která nenese lahev), nýbrž jsou instinktivně vyvolány nenasycením potřeby obecně (*Mám hlad!*). Ve fázi, kdy dítě ještě nerozpoznává zrakovými vjemy matku od ostatních osob je pro něj nejdůležitější fyzický kontakt. Intimní fyzický kontakt s matkou, případně fyzický kontakt s jinou pečující osobou se dítě naučí spojovat s příjemnými pocity, s ochranou a bezpečím. Autorka vyslovuje přesvědčení, že osobnostní stabilita a psychická odolnost v dospělosti je spojena s optimálním prožitím této životní fáze a křehkost nervového systému nesouvisí tolik s neurologickým vývojem v dětství, jako spíše s nedostatkem pocitu bezpečí a lásky. Děti bez mateřské péče v dětství bývají popudlivější a více vystrašené.

Další úrovní vývoje je období, kdy je dítě schopno rozpoznat matku / pečující osobu od dalších osob. Cizím osobám pak úsměv nevěnuje tak snadno a dožaduje se přítomnosti matky / známého obličeje. Dalším úkolem dítěte je rozlišování mezi jeho vlastním tělem a okolními objekty, kterému se učí pomocí experimentů. Pomalu zjišťuje, že strčení si vlastního palce do pusy nabízí jiné vjemy, než když „ožužlává“ například hračku, nebo palec někoho jiného. Postupně se učí odlišovat JÁ pocity od pocitů ostatních. Zároveň se musí naučit rozlišovat mezi skutečným objektem a svou vnitřní představou objektu. Dítě objevuje samo sebe a zkoumá vnější svět skrze matku. Ta je mu primárním zdrojem uspokojení potřeb v raném dětství, je pro něj reprezentací okolního světa. Fyzický kontakt s matčíným i vlastním tělem umožňují dítěti diferenciaci vjemů a umožňují pozdější schopnost vnímat vlastní pocity. Děti v ústavní výchově bývají ochuzeny o blízkost matky / pečující osoby a z tohoto důvodu i vývojově opožděny. Zůstávají dlouho na úrovni primárního uspokojování potřeb a neposouvají se k vývoji dalších duševních procesů. Období spojené s citovým přilnutím k matce a vznikem vztahové vazby je nutně provázáno i separační úzkostí, které je dítě vystaveno, když se matka vzdálí. Komplikované prožití tohoto vývojového období trvajícího zhruba do tří let věku dítěte může mít za následek nezdravý osobnostní vývoj. Úzkost ze zmizení matky je větší v případě, že dítě ještě nedisponuje vědomím stálosti objektu, které se vyvíjí ve věku od devíti do osmnácti měsíců. Dítě se učí, že předmět či osoba může stále existovat i poté, co zmizí z dohledu (schované předměty, osoba ve vedlejší místnosti).

2 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

2.1 Úvod

Termín duševní porucha popisují Hartl a Hartlová (2015) v souvislosti s definicí Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, též WHO) jako soubor klinicky prokazatelných změn v psychické činnosti, které mohou postupně člověka eliminovat z pracovního procesu, jeho společenského života či ho zbavit odpovědnosti při právních úkonech. V širším kontextu je možno chápat duševní onemocnění jako změny v některých psychických procesech, které se ve výsledku projevují zejména v myšlení, cítění a behaviorálním projevu člověka. Jde o změny znesnadňující nemocnému jedinci adekvátní adaptaci na okolní svět a také interakce s druhými lidmi. Jako nejčastější důvody vzniku duševních poruch jsou uváděny tyto příčiny:

- genetické,
- organické,
- chemické,
- působení vědomých i nevědomých konfliktů,
- chybné učení,
- vlivy situace a prostředí.

Výskytem nejpočetnější v běžné populaci jsou poruchy úzkostné spolu s poruchami vyvolanými návykovými látkami. Dále pak poruchy nálady. Méně častými jsou poruchy osobnosti nebo například poruchy schizofrenního okruhu (Hartl & Hartlová, 2015). Dušek a Večeřová–Procházková (2015) zmiňují ve své publikaci výčet základních modelů, kterými bylo k duševním chorobám přistupováno v minulosti a jsou stále aktuální. Jde o model morální (behaviorální), zaměřený na učení žádoucím vzorcům chování, model biomedicínský (lékařský), biopsychosociální, psychoanalytický, handicapově-defektivní, kde se spíše, než na vyléčení cílí na účinnou rehabilitaci a model rodinně-interakční, v rámci kterého se léčí celá rodina, nikoliv pouze identifikovaný pacient. Výše zmíněné modely duševních poruch nabízejí různé úhly pohledu na problematiku lidské psychiky a na řešení problémů vzniklých v důsledku duševního onemocnění.

Tato práce se svým zaměřením týká především pacientů s afektivními poruchami a poruchou emočně nestabilní hraničního typu, které jsou popsány v následujících podkapitolách.

2.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy neboli poruchy nálady mohou být chápány jako zastřešující pojem pro deprese, mánie, či střídání manických a depresivních fází (Hartl & Hartlová, 2015). Podle MKN-10 (2018) je porucha nálady (F30-F39) definována jako změna nálady či afektivity směrem k depresi nebo k euforii, to vše může být doprovázeno úzkostí a změnou celkové aktivity, není to však podmínkou. U afektivních poruch jsou udávány tři stupně závažnosti, mírný, středně těžký a těžký, přičemž manie spolu s těžkou depresí jsou krajními konci bipolárního afektivního spektra. Většina poruch nálady má tendenci k recidivám a mohou k nim být přidružené poruchy kognitivních funkcí, somatické poruchy, bludy atd. Nástup manické či depresivní fáze může být a často bývá vyvolán náhlou stresovou událostí nebo situací. Afektivní poruchy dělíme podle charakteru emočního prožívání a délky trvání poruchy. Vágnerová (2014) popisuje afektivní poruchy jako chorobné nálady, které neodpovídají životní situaci nemocného.

U popisu afektivních poruch je třeba odlišovat symptomy a syndromy, poruchy emotivity od afektivních poruch. Existuje psychopatologie obecná zabývající se symptomy a psychopatologie speciální, zabývající se syndromy a poruchami. Symptomy jsou součástí jednotlivých poruch, například hypomanická nálada (symptom) může být přidruženým jevem u schizofrenie (porucha) atd. **Poruchy emotivity**, které nejsou předmětem této práce, dělíme takto (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006):

- poruchy afektů (afektivní raptus, hypersenzitivita): kratší a intenzivnější, než nálada
- poruchy nálad (dysforická nálada, apatická nálada): delší než afekt ale menší intenzita
- poruchy citů (emoční deprivace, antisociální city)

Afektivní poruchy je zastřešující pojem, který zahrnuje tyto hlavní diagnostické kategorie: manická fáze (F30), bipolární afektivní porucha (F31), depresivní fáze (F32), periodická depresivní porucha (F33), perzistentní afektivní poruchy (F34), jiné afektivní poruchy (F38), neurčená afektivní porucha (F39) a jejich podkategorie.

2.2.1 Schéma dělení afektivních poruch dle MKN-10 (2018):

Manická fáze (F30)

„Manie je pestrý cirkusový stav postavený nad jámou deprese.“ (Kalina, 1987 in Vágnerová, 2014, s. 351)

Výraz mánie můžeme charakterizovat jako souhrnný název pro soubor symptomů schizoafektivních psychóz, projevující se nejčastěji změnami nálad, tendenci k prožívání euforie, logorheou, zvýšenou až přehnanou sebedůvěrou, nadměrnou aktivitou psychickou i motorickou, zvýšenou hlučností a dráždivostí, absencí potřeby spánku, agresivitou či tendencí riskovat (Hartl & Hartlová, 2015).

Podkategorie:

- Hypomanie (F30.0)
- Manie bez psychotických symptomů (F30.1)
- Manie s psychotickými symptomy (F30.2)
- Jiné manické fáze (F30.8)
- Manická fáze NS (nespecifikovaná, F30.9)

Bipolární afektivní porucha (F31)

Pro bipolární poruchu je charakteristické střídání dvou a více fází, při kterých je nálada pacienta i aktivita pacienta výrazně narušena (výrazně zvýšená či výrazně snižená od manie po depresi). I pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie bez depresivních fází se zařazuje jako bipolární (MKN 10, 2018).

Podkategorie:

- BAP, současná fáze hypomanická (F31.0)
- BAP, současná fáze manická bez psychotických symptomů (F31.1)
- BAP, současná fáze manická s psychotickými symptomy (F31.2)
- BAP, současná fáze lehká nebo střední deprese (F31.3)
- BAP, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů (F31.4)
- BAP, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy (F31.5)
- BAP, současná fáze smíšená (F31.6)
- BAP, v současné době v remisi (F31.7)
- Jiné bipolární afektivní poruchy (F31.8)
- Bipolární afektivní porucha NS (F31.9)

Depresivní fáze (F32)

Pojem deprese lze popsat jako specifický duševní stav charakteristický chorobnými pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí. Dále patří mezi nejčastější symptomy tohoto onemocnění zpomalení duševních i tělesných procesů, abulie, ztráta zájmu a apatie, snížené sebevědomí a sebeobviňování, prožívání úzkostí, poruchy spánku, nechutenství či markantní výkyvy tělesné hmotnosti (Hartl & Hartlová, 2015).

Podkategorie:

- Lehká depresivní fáze (F32.0)
- Středně těžká depresivní fáze (F32.1)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)
- Jiné depresivní fáze (F32.8)
- Depresivní fáze NS (F32.9)

Periodická depresivní porucha (F33)

Tato porucha je charakteristická opětovnými vracejícími se depresivními fázemi bez výskytu fází manických, může se objevit nanejvýš hypomanický stav (lehké zvýšení nálady), který se může dostavit bezprostředně po skončení depresivní fáze a také určitou dobu po začátku antidepressivní léčby (MKN 10, 2018).

Podkategorie:

- PDP, současná fáze lehká (F33.0)
- PDP, současná fáze středně těžká (F33.1)
- PDP, současná fáze těžká, bez psychotických příznaků (F33.2)
- PDP, současná fáze těžká, s psychotickými příznaky (F33.3)
- PDP, v současné době v remisi (F33.4)
- Jiné periodické depresivní poruchy (F33.8)
- PDP NS (F33.9)

Perzistentní afektivní poruchy (F34)

Perzistentní afektivní poruchy je označení pro kolísající poruchy nálady, z nichž ale žádné nejsou tak závažné, aby mohly být označeny jako hypomanické, nebo lehce depresivní (MKN 10, 2018).

Podkategorie:

- Cyklotymie (F34.0)
- Dystymie (F34.1)
- Jiné perzistentní afektivní poruchy (F34.8)
- Perzistentní afektivní porucha NS (F34.9)

2.2.2 Epidemiologie a etiologie afektivních poruch

Z afektivních poruch má největší výskyt v populaci deprese (340 milionů lidí celosvětově). U celoživotní prevalence deprese zmiňují autoři v průměru 16 %, kdy u žen je toto číslo vyšší (do 25 %) než u mužů (do 12 %). Celoživotní prevalence u bipolární afektivní poruchy se pohybuje mezi 1 až 2 %. BAP tvoří 10-20 % všech poruch nálady.

Co se týče etiologie, není dosud jasná. Na vzniku afektivních poruch se podílí faktory biologické, genetické i psychosociální. Mezi biologické faktory řadíme změněnou či nedostatečnou činnost neurotransmiterů, endokrinní poruchy, narušený imunitní systém atd. Genetické faktory jsou výrazněji prokazatelné u BAP, přesto je i u depresivní poruchy genetická komponenta významná, jak dokazují studie dvojčat a rodinných příslušníků obecně. Mezi psychosociální faktory počítáme situace a události, které mohou být zátěžové a onemocnění iniciovat. Při rekurentních poruchách nálad nejsou poté v průběhu tolik významné (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006).

2.2.3 Léčba afektivních poruch

V těžší formě jde o závažné poruchy s vysokým rizikem suicidálního jednání. Standardem je farmakologická léčba (antidepresiva, u BAP například lithium, antipsychotika). Psychoterapie sama o sobě může pomoci pouze u lehčích forem afektivních poruch, jako nejefektivnější se ukázala je kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie pacienty motivuje a poskytuje jim podporu a porozumění, které urychlují a usnadňují léčbu a pacienta motivují. Nejčastěji je aplikována kognitivně-behaviorální terapie, protože má v krátkém čase potenciál přinést viditelné a ověřitelné pozitivní výsledky. Tato psychoterapie zahrnuje edukaci o poruše pro pacienta i rodinu, nácvik zklidnění dechu i relaxace, případně expozici a kognitivní restrukturalizaci negativních automatických myšlenek, plán řešení problémů, přípravu na budoucnost. Autoři (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006) dále zmiňují možnost užití dynamické či Rogersovské terapie. Dynamická psychoterapie napomáhá řešení problémů a intrapsychických konfliktů založených na osobnosti dotyčného, Rogersovská terapie poskytuje bezpodmínečné přijetí.

2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)

Osobnost představuje soubor psychických i fyzických vlastností, který je pro každého jedince individuální a který se utváří postupně v průběhu duševního i tělesného vývoje. Tyto vlastnosti tvořící strukturu osobnosti člověka jsou částečně vrozené a částečně získané. Vrozené dispozice nazýváme temperamentem (výsledkem genetických a dalších biologických faktorů) a získané pak charakterem (výsledkem vývojových a environmentálních vlivů).

U diagnostické skupiny poruch osobnosti bývají tyto charakterové i temperamentové rysy výrazně odlišné od normy. Jde většinou o hluboce zakořeněné a terapii rezistentní vzorce chování, které se objevují jako reakce na široké spektrum osobních a sociálních situací (Praško a kol., 2003). Smolík (1996) udává u těchto poruch celkovou prevalenci 6-9 % v běžné populaci.

2.3.1 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)

Pro emočně nestabilní poruchu osobnosti je charakteristický výrazný sklon jednat impulzivně bez uvážení následků jednání, nedostatek sebekontroly, dále celková afektivní instabilita, neschopnost plánovat a dodržovat závazky, občasným jevem jsou výbuchy hněvu a agresivní jednání. Jsou popsány dvě podoby této poruchy osobnosti, typ impulzivní a typ hraniční (Hartl & Hartlová, 2015).

Impulzivní typ

U typu impulzivního je výrazná zejména tendence k impulzivnímu jednání, nedostatečná sebekontrola a nezvažování následků. Běžné je u této poruchy například užívání násilí či zastrašování například v případě, je-li jedinec druhými kritizován apod. (Praško a kol., 2003).

Hraniční typ

*„Za trochu lásky šel bych světa kraj
šel s hlavou odkrytou a šel bych bosý
šel v ledu – ale v duši věčný máj,
šel vichřicí – však slyšel zpívat kosy,
šel pouští – a měl v srdci perly rosy.
Za trochu lásky šel bych světa kraj,
jak ten, kdo zpívá u dveří a prosí.“*

(Vrchlický, 2009, s. 41)

Termín hraniční (*borderline*) původně vyjadřoval označení psychické poruchy na pomezí mezi poruchou osobnosti a psychotickým onemocněním (Hartl & Hartlová, 2015). Praško a kol. (2003, s. 73) popisují strategie a typická přesvědčení pro hraniční poruchu osobnosti:

- „*Jsem vadný / bezmocný / zraněný / špatný.*“
- „*Druzí lidé mě zradí, opustí, nedá se jim věřit.*“
- „*Kdyby to záviselo jen na mě, nepřežil bych. Když budu věřit druhým, opustí mě. Když budu závislý na druhých, přežiji, ale nakonec budu opuštěn.*“
- Kolísání mezi extrémami v sociálním chování (přílišná náklonnost vs. nenávisť).

Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti se vyznačuje tím, že mají pacienti kromě narušené emoční regulace ještě nejasné či narušené představy o sobě samém (identita a sebepojetí, cíle, motivace) a o okolí (důvěryhodné vs. zavržení hodné). Pacienti s touto

poruchou mívají chronické pocity prázdnoty, které jsou střídány prudkými změnami v afektivitě. Afektivní krize bývají často spojeny s mezilidskými, rodinnými a zejména partnerskými vztahy. Nejbližší okolí často „neustojí“ to, jakým způsobem se proměňuje vztah hraničního člověka k nim na černobílé škále od nekritického přijetí po nenávist a například pocit zrady (lidé jsou buď dobří, nebo zlí a nic mezi tím). Nechybí racionální kognitivní zhodnocení situace, intelekt bývá často průměrný či nadprůměrný, emoční regulace je však dysfunkční. Tento rozpor umožňuje pacientovi uvědomit si své jednání a o to více pak může sám sebe odsuzovat. Hraniční pacient se pak, v důsledku negativního vztahu k sobě samému, nebo ve snaze vyhnout se opuštěnosti, manipulovat okolím, či ve snaze „cítit alespoň něco“ a odvést pozornost od bolesti psychické k bolesti fyzické uchyluje k sebepoškozování, nebo až k sebevražedným tendencím. Život těchto pacientů lze přirovnat k dramaticky napsanému seriálu, přestože se setkají s banálním problémem, emočně na něj reagují jako na krizi (Grambal, Praško a Kasalová, 2017).

Etiologie není u tohoto onemocnění jednoznačná, zvažován je podíl organicity (prenatální a perinatální poškození, encefalitida), ale především environmentální faktory, jakými jsou emoční labilita rodičů a problematická výchova v dětství (odmítání a trestání či hyperprotektivita), týrání a zneužívání. Jde o poměrně častou poruchu, která v populaci postihuje až 2-3 % lidí, z toho častější je u žen (2:1). Průběh bývá kolísavý a dlouhodobý, často spojený s depresemi, sebepoškozováním, sebevražednými pokusy a abúzem návykových látek. Někdy jsou přítomny i dočasné psychotické stavy (Praško a kol., 2003).

2.3.1.1 Léčba poruchy osobnosti emočně nestabilní

Neurobiologická východiska

Vzhledem k faktu, že se další kapitoly této práce věnují mimo jiné i arteterapii a terapii pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti, pokládám za podstatné zmínit na tomto místě neurobiologická východiska terapie poruch osobnosti s poukázáním na nevhodnost nebo naopak přínosnost některých konkrétních postupů. V úvodu této podkapitoly o poruchách osobnosti bylo zmíněno, že poruchy osobnosti prostupují temperamentovou i charakterovou stránku člověka. Charakterové stránky osobnosti jsou propojeny s křehkým mechanismem předávání informací neokortikálních systémů rychlé neurotransmise, založených na neurotransmiterech glutamátu a GABA a jsou velmi plastické. Je zde tedy potenciál ovlivnit je novou zkušeností, kterou nabízejí některé psychoterapeutické přístupy. Jako nejúčinnější se jeví ty přístupy, které fungují na bázi učení a nabízejí klientovi možnost „přeučení“ maladaptivních schémat reality a vzorců chování novými, z hlediska psychického

zdraví adekvátnějšími. Jedná se především o kognitivní terapii s použitím kognitivní restrukturalizace. Dále jsou v této oblasti považovány za velmi funkční interpretace a konfrontace v psychodynamicky orientované psychoterapii, gestalt terapii a obecně skupinové terapii.

Co se týče temperamentu, není už psychoterapeutický potenciál ke změně tak velký. Neurobiologické mechanismy temperamentu nejsou vědomí přímo přístupné a působení na ně je možné buď pomalou a postupnou emoční rekonstrukcí emočního vývoje, která může být náročná, nebo pomocí vyhasínání původních emočních vzorců takzvanou habituací a podmiňování emočních vzorců nových, například expoziční léčbou. Výše uvedené principy jsou součástí jak dynamické psychoterapie, tak například kognitivně-behaviorální terapie. Léčba poruch temperamentových dimenzí staví však převážně na farmakoterapii, a to z toho důvodu, že odchylky od normy v temperamentové rovině jsou vývojovou zkušeností ovlivněny jen asi z poloviny (Praško a kol., 2003).

Psychodynamický přístup v léčbě poruch osobnosti

Nejdůležitějším nástrojem terapeuta v psychodynamické terapii s klientem s poruchou osobnosti je interpretace. Ta nabízí klientovi možnost náhledu na jeho vlastní potíže a na uvědomění si možných rozdílů mezi sebepercepcí a reflexí terapeuta a okolí. Cílem terapie je převést do vědomí pacientovy nevědomé konflikty a motivace a zvýšit tím jeho kompetenci je zvládnout. Je potřeba při tom brát v úvahu přenosové a protipřenosové jevy, kterých je žádoucí optimálním způsobem v zájmu psychoterapeutického vývoje klienta využít (Praško a kol., 2003).

Rubinová (2008) popisuje přenos a protipřenos jako dva důležité nástroje, přenos je způsob, jakým pacient reaguje na terapeuta a jak ho vnímá a cítí se v terapeutově přítomnosti, u protipřenosu jde o terapeutovo vnímání pacienta a terapeutovy pocity. Původně byly tyto jevy považovány za rušivé a při terapii nežádoucí, dnes již víme, že dokážou napovědět mnohé o pacientovi i terapeutovi a mohou být velmi přínosné. Autorka je dále toho názoru, že psychoanalytické vzdělání a přístup pomáhá arteterapeutovi zjistit, na jaké vývojové úrovni ve výtvarném projevu klient zůstal a proč, jaké jsou jeho obranné mechanismy a čemu se brání. Psychoanalytický přístup v arteterapii je velmi obohacující pro možnost „vhledu“ kterou klientovi na své problémy nabízí, je drahocenným nástrojem změny. Mimo jiné i z toho důvodu, že je výtvarná tvorba konkrétního a vizuálního charakteru a k možnosti „nahlédnutí“ přímo vybízí.

Lhotová a Perout (2018) popisují takzvaný lateralizovaný přenos a protipřenos, který

se uplatňuje v arteterapii. Jde o stejný přenosový a protipřenosový jev popsany výše, ale svedený stranou přes artefakt, není tedy pociťován napřímo. Objektem přenosové vazby je obraz.

Skupinová vs. individuální psychoterapie

Nejčastějším přístupem, který je uplatňován při léčbě poruch osobnosti v psychiatrických léčebnách či nemocnicích je, pomineme-li farmakoterapii, skupinová dynamická psychoterapie. Z dosavadních výzkumů, kterých však nebylo mnoho lze říci, že přináší podobný výsledek, jako terapie individuální, který se však díky skupinové dynamice dostavuje v kratším čase a tím je výhodnější pro pacienta a šetří i energii psychoterapeuta (Fuhriman a Burlingame, 1994, in Praško a kol., 2003). Skupinová terapie s hraničním pacientem (pacienty) může být smysluplná z toho důvodu, že sytí nadměrnou touhu po pozornosti, kterou tito lidé mají, a navíc nese s sebou výhody skupinové dynamiky. Nevýhodou je, že hraniční pacient dovede poštvat a zmobilizovat celou skupinu proti terapeutovi. Individuální psychoterapie s pacientem s hraniční poruchou osobnosti je pro terapeuta také velkou výzvou. Tento pacient velmi výrazně prožívá přenosové jevy a terapeut se může dočkat častých „*acting out*“ scén, na jedné straně devalvování vlastní osoby, na druhé straně přílišné adorace až svádění se sexuálním podtextem. Z tohoto důvodu je častá přítomnost i silného protipřenosu, který by si terapeut měl uvědomovat (Grambal, Praško a Kasalová, 2017).

Nácvik regulace emocí

Velmi přínosnou technikou pro emočně labilní pacienty může být nácvik regulace emocí, který lze provádět různými způsoby, například na bázi změny životního stylu ke zdravějšímu (spánek, vyvážený poměr aktivit), relaxace či kognitivní restrukturalizace. Labilní pacienti se obvykle snaží sami své emoce potlačovat, v souladu s požadavky okolí, což vede v důsledku k tomu, že nad nimi ztrácejí kontrolu a přichází emoční výbuch, nebo naopak zdánlivá emoční oploštělost. Zvládnutí regulace emocí je obtížné samo o sobě, navíc někteří pacienti nechtějí omezovat svoji emocionalitu, protože by tím dali za pravdu okolí, které je toho názoru, že jejich emocionalita není v pořádku a vymyká se kontrole (Praško a kol., 2003).

Shrnutí

Bohužel je tomu tak, že je léčba poruch osobnosti obecně považována za velmi zdlouhavou a náročnou, ne-li nemožnou, přestože výše popsaná fakta by měla svědčit o opaku. Problémem může být nedůvěřivost pacientů vůči léčbě, kteří se obávají takzvaného „značkování“

(labelling) a reagují preventivně v obraně tak, že si sami „označují“ psychiatrickou i psychoterapeutickou léčbu jako takovou a nejsou motivováni k dosažení změny. Klíčem je tedy navázání kvalitního terapeutického vztahu (Praško a kol., 2003).

3 ARTETERAPIE S PSYCHIATRICKÝMI PACIENTY

3.1 Úvod

Důležitost obsahu i způsobu zpracování artefaktů namalovaných psychiatrickými pacienty si již mnoho let uvědomují psychologové, psychiatři, psychoterapeuti i arteterapeuti. Od počátku fascinace odborné i laické veřejnosti tvorbou tehdy „choromyslných“ pacientů se mnohé změnilo, od původních diferenciatně diagnostických účelů umění pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a nemocnicích se dostáváme až k účelům terapeutickým, a to v různých formách. Dnes již víme, že výtvarný projev může velmi konkrétně poukazovat na symptomatologii pacientova onemocnění. Chronologická sbírka více kreseb může arteterapeutovi poskytnout výpověď o průběhu a vývoji pacientovy choroby. Potřeba výtvarně tvořit někdy vzniká, zejména u psychotických pacientů, se zhoršením symptomů a spontánně mizí se zlepšením stavu (Šicková-Fabrice, 2016).

3.2 Základní pojmy

Arteterapie

„Arteterapie se zaměřuje na psychické poruchy či obtíže pacienta s cílem léčebně na ně působit a směřovat k jejich redukci; jde tedy o léčení.“ (Lhotová, 2010, s. 24)

„Arteterapie 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 života.“ (Šicková-Fabrice, 2016, s. 61)

Hartl a Hartlová (2015) zmiňují pojem arteterapie (art's therapy) jako termín použitý prvně J. M. Charcotem v 2. pol. 19. století. Dále tento pojem definují jako používání uměleckých technik a prostředků za účelem provádění psychologické diagnostiky a psychoterapie, jako nástroj pro etopedickou činnost, sociální práci atd. Vzhledem k tomu, že se pro tuto činnost využívá zejména malířských a kreslicích postupů a technik, význam slova arteterapie se v českém jazyce postupně zúžil na léčebný potenciál právě malování a kreslení. Původně však bylo možné zahrnout pod termín arteterapie i muzikoterapii, biblioterapii apod. v současné době řazené spolu s arteterapií pod expresivní terapii. Arteterapie může mít dále formu receptivní a expresivní, což znamená, že léčebný potenciál má jednak výtvarná tvorba, ale také „pouhé“ pozorování a vnímání artefaktů.

Lhotová (2010) připomíná, že výtvarný projev je součástí lidské kultury už od pravěku. Dále popisuje, že navzdory tomuto faktu je arteterapie poměrně mladou disciplínou, která se začala více vyvíjet až ke konci 19. století, kdy jeden z jejích průkopníků, P. M. Simon, formuloval dva klíčové aspekty: zaprvé tvrzení, že duševně nemocní tvoří jinak než zdraví a zadruhé tvrzení, že se výtvarná tvorba nemocného proměňuje v průběhu choroby v souvislosti s druhem a vývojem jeho duševního onemocnění. Tyto dva názory, respektive koncept odlišnosti a koncept změny jsou pro diagnostiku a léčbu formou psychoterapie či arteterapie důležitými dodnes. Vyplývá z nich, že je možné výtvarnou tvorbu považovat za přímou expresi aktuálních duševních obsahů člověka, měnící se v souladu se intrapsychickými změnami. Následně byl z výše uvedených tvrzení vyvozen předpoklad, že stejně jako je tomu v behaviorální terapii díky principu učení a změny chování, lze v arteterapii dosáhnout léčebného efektu prací s výtvarným projevem jedince a jeho změnou (zdokonalováním). **Arteterapie spojuje účinek výtvarné tvorby s účinkem psychoterapie. Dále je třeba se pro komplexní pochopení klienta zaměřit kromě obsahu artefaktů i na proces vytváření artefaktů a vývoj výtvarné tvorby v čase.**

Šicková-Fabrici (2016) rozlišuje postupně po sobě vniklé termíny, které osvětlují význam umění, *L'art pour l'art*, *L'art pour l'homme* a *L'art pour la santé*:

- *L'art pour l'art* (umění pro umění)
Tento termín vznikl odmítnutím společenské funkce, kterou umění mělo a zvýrazněním hodnoty umění s konstatováním, že cílem umění je umění samo a není prvořadé ho hodnotit.
- *L'art pour l'homme* (umění pro člověka)
Tato kategorie představuje umění, jako něco, co by mělo přinášet užitek a pozitivní pocity člověku, například při pozorování artefaktů. Termín tedy souvisí s takzvanou receptivní arteterapií.
- *L'art pour la santé* (umění pro zdraví)
Uměním pro zdraví je myšlen předpoklad, že v sobě umění skrývá nejen léčivý, ale i preventivní potenciál. Cílem tohoto umění je mobilizovat v člověku touhu po smyslu, změně, naději, harmonizaci vztahů a okolí, v němž žije atd. a to buď receptivním, nebo expresivním způsobem, při tvoření.

Artefakt

Výsledkem arteterapeutické činnosti na straně klienta je jeho výtvar, artefakt. Jde o obraz, nebo o předmět, který může nabývat nejrůznějších tvarů, barev či podob v souvislosti

s použitými technikami a výtvarnými prostředky. Artefakt může sloužit k neverbální komunikaci s okolím, nebo být podkladem pro komunikaci verbální, a tedy být použit i pro interpretační rovinu arteterapie a psychoterapeutické účely (Hartl & Hartlová, 2015).

Psychiatrický pacient

Psychiatrickým pacientem je v této bakalářské práci míněna osoba s duševní chorobou, konkrétně s diagnózou spadající do kategorie afektivní poruchy (F30-39 dle MKN 10), nebo s emočně nestabilní poruchou osobnosti (F60.3), dále osoba, která je hospitalizována v psychiatrické léčebně / nemocnici.

Projekce

Projekce má své místo v popisu základních pojmů z toho důvodu, že je v arteterapii, především v Rožnovském pojetí arteterapie, které je popsáno v podkapitole 5.2.1 jedním ze základních principů umožňujících úspěšnou psychoterapeutickou léčbu. Projekce je mechanismem, v rámci kterého promítá jedinec své duševní obsahy, zvláště ty nepřijatelné, do jiných osob nebo sociálních dějů, externalizuje tím (nežádoucí) myšlenky, motivy, přání či obavy navenek mimo sebe, v arteterapii do výtvarného vyjádření (Lhotová a Perout, 2018).

Abreakce, katarze

Abreakce a katarze jsou pojmy důležité pro práci s emocemi v rámci arteterapie. Abreakční potenciál má tvorba sama o sobě, kdy umožňuje odreagování a uvolnění se skrze výtvarnou tvorbu za použití různých médií, ztvárnění různých témat atd. Katarzi popisují Hartl a Hartlová (2015) jako ozdravný zážitek, který klientovi umožňuje zbavení se výčitek a negativních pocitů, dále je tento termín možno chápat v psychoanalytickém kontextu jako osvobození se od intrapsychických konfliktů, a tedy i vnitřního napětí a stresu, jako prostředek k uvolnění zadržované zlosti, agrese apod. Umělecké techniky usnadňují sublimaci napětí a potíží u klientů, kteří mají problémy například s impulsivitou (Šicková-Fabrice, 2016). Katarzi popisuje Rubinová (2008) jako zážitek očištění a uvolnění po proběhlém emočním výbuchu (například hněvu).

3.3 Historie: počátky arteterapie v léčebných zařízeních

Výtvarná tvorba jedinců s psychiatrickým onemocněním poutala pozornost již od dob, kdy byly osoby s duševní poruchou ještě označovány především jako „šilenci“. Mezi první zmínky o tomto tématu patří i Sokratovy (496–399 př. n. l.) úvahy o vztahu šílenství a vysokých uměleckých kvalit díla. Sokrates se domníval, že pouze technická zdatnost není dostačující, aby se z člověka stal opravdu dobrý umělec, ale že spontaneita a svoboda obsažená v tvorbě

„šilenců“ může kvalitu díla výrazně pozvednout, a to i nad kvalitu tvorby technicky zdatného autora. První odborné studie zkoumající vztah duševních chorob a kreativity pochází z počátku 19. století. O uměleckém nadání u osob se specifickými duševními onemocněními pojednává americký psychiatr žijící na přelomu 18. a 19. století, Benjamin Rush. V Evropě té doby se tématem zabývali zejména němečtí, francouzští a italští lékaři, především psychiatři, jmenovitě například Jacques-Joseph Moreau, nebo lékař Cesare Lombroso. Lombroso tvrdil, že u lidí s duševním onemocněním dochází vlivem jejich onemocnění k rozvoji tvořivosti a originality. Zároveň ve své publikaci z roku 1888 popisuje 13 znaků charakterizujících dle něj tvorbu duševně chorých jedinců (Stehlíková Babyrádová, 2017).

Jak už bylo výše naznačeno, souvislost mezi výtvarným projevem a duševními obsahy jedince začala u pacientů s psychickým onemocněním hledat koncem 19. století zprvu psychiatrie a následně i psychologie, a to nejdříve se zaměřením na (diferenciální) diagnostiku pacientů a až posléze se zaměřením na využívání výtvarné tvorby k terapii. Terapeuticky byla výtvarná činnost využívána nejprve pro svůj abreakční potenciál, pro terapii tvořením, pro uvolnění psychického napětí. Výrazně později se objevil záměr zahrnout do arteterapie i interpretační rovinu a diskusi s pacientem nad jeho artefaktem s cílem terapeutického působení. Vývoj využívání arteterapie v léčbě psychiatrických pacientů je spojen s postupně rostoucím zájmem o tvorbu duševně nemocných koncem 19. století, zejména o tvorbu psychotických pacientů. Zájem převážně o tuto skupinu pacientů vydržel až do konce 1. třetiny století dvacátého, později se začala arteterapie rozšiřovat co se klientů a využití obecně týče. Autorem první knihy vydané na téma výtvarné tvorby „choromyslných“ byl v roce 1876 P. M. Simon, dále následovala například publikace *Umění choromyslných (L'art chez les fous)* od Marcela Reji, nebo pak v roce 1922 obsáhlá studie psychiatra Hanze Prinzhorna, ve které se soustředil na shromáždění a deskripci tvorby převážně psychotických pacientů tvořících v léčebných zařízeních (Lhotová, 2010). Hans Prinzhorn shrnul klíčové motivace k výtvarné tvorbě do pěti ohruhů: tendence k metafyzickému vyjádření, potřeba schematizovat zažité a viděné, pud hrát si, pud zdobit a v neposlední řadě tendenci k řádu, respektive k vizualizaci řádu (Stehlíková Babyrádová, 2017).

Lhotová (2010) uvádí, že dalšími důležitými milníky ve vývoji arteterapie byly Psychiatrický kongres v roce 1950 spojený s výstavou psychopatologického umění, vydání knihy Roberta Volmata *L'art psychopatologique* a založení Mezinárodní společnosti psychopatologie výrazu (SIPE – Société internationale de psychopathologie de l'expression) spolu se založením Volmatovy výtvarné dílny určené k léčbě expresí pro psychicky nemocné pacienty. Dle Šickové-Fabrici (2016) pokračoval vývoj umění obecně přes francouzského

malíře Jeana Debuffeta, díky kterému známe výraz „*L'art brut*“ (hrubé, neškolené umění). Tento termín je z hlediska této bakalářské práce důležitý hlavně proto, že ho jeho autor spojoval se syrovým uměním vycházejícím z nitra jednak u neškolených umělců, ale také u duševně nemocných, nešlo však o arteterapii.

Odborný rozvoj arteterapie jako oboru pak nastal ve třicátých až čtyřicátých letech dvacátého století, kdy v USA Margareta Naumburgová jako první ve svém přístupu nazývaném dynamicky orientovaná arteterapie použila termín *Art Therapy*. Tato událost je mnohými považována za oficiální počátek oboru arteterapie, jak ho známe dnes (Rubinová, 2008).

3.4 Arteterapeutické přístupy

Arteterapeutická praxe je komplikovaným a náročným světem a procesem kladoucím nemalé požadavky na terapeuta, proto je vhodné mít pro práci s klienty v zásobě rozličné nástroje a techniky a zároveň být seznámen s různými teoretickými přístupy v arteterapii pro vytvoření si svého vlastního (Rubinová, 2008).

3.4.1 Psychoanalýza a psychoanalytická terapie

„Zažíváme jej (sen) převážně prostřednictvím vizuálních představ... Potíž 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, 1916-1917, in Rubinová, 2008, s. 38-39)

Metodologické pojetí a forma současné arteterapie začaly vznikat počátkem 20. století v souvislosti se vznikem psychoanalýzy a s přispěním Sigmunda Freuda a Carla Gustava Junga. Freudovi bylo výtvarné umění a umění obecně velmi blízké a psychoanalýza byla prvním směrem, který začal systematicky zkoumat nejdříve tvorbu umělců a poté pacientů. Předmětem zkoumání bylo převážně hledání skrytých nevědomých obsahů a motivací, které autora dovedly k vytvoření díla. Sny byly podle Sigmunda Freuda královskou cestou do nevědomí a výtvarná díla jakousi variantou snů či neurotických fantazií. Podobně tedy hledal manifestní i latentní obsah ve snech i v umělecké tvorbě. Psychoanalýza vysvětlovala tyto latentní, nevědomé obsahy v souvislosti s pudovou stránkou člověka, sexualitou, destruktivitou, neurózami a psychosexuálním vývojem od raného dětství. Podle Freudova psychoanalytického modelu je do nevědomí vytěsňený intrapsychický konflikt externalizován do výtvarné podoby stejně jako do snu včetně zakódování sdělení do příznačných symbolů, metafor a dalších prvků, kterými sny i výtvarná tvorba obchází cenzuru vědomého já (Lhotová, 2010).

Arteterapie jako způsob léčení vychází z obrazu o sobě a o světě, které jedinec má a které je schopen výtvarně ztvárnit. Je spjata s kulturou, symbolikou a rituály, archetypy a hlubinnými vrstvami lidské osobnosti ve smyslu fylogenetickém i ontogenetickém. Tyto hlubinné vrstvy jsou nejnáchylnější ke vzniku duševních poruch projevujících se ve výsledku intrapersonálně emočně či psychosomaticky, nebo interpersonálně v sociálním kontaktu (Kyzour, 1994 in Lhotová, 2010). Archetyp, nebo také praobraz či pravzor je termínem C. G. Junga vyjadřujícím označení pro prvek, který je nedílnou součástí takzvaného kolektivního nevědomí. Jde o nejstarší, transkulturní sdílené zkušenosti lidstva, se kterými se můžeme setkat v našich fantaziích a snech, o jakési pravzory lidského chování, které se stále opakují (Hartl & Hartlová, 2015). Carl Gustav Jung se mimo jiné zajímal o vnitřní zdroje představ a ve svém pojetí arteterapie využíval hojně metafor, jde o přístup, který je u arteterapeutů aktuální dodnes. Psychoanalytický směr obohatil Jung o pozitivní aspekty nevědomí jako tvůrčího potenciálu a o nevědomí kolektivní, korespondující s kulturními a archetypálními kořeny lidstva na úrovni fylogenetické i ontogenetické, jak bylo popsáno výše (Lhotová, 2010).

3.4.2 Rogeriánská arteterapie

Protipólem k psychoanalytické a později hlubinné arteterapii je arteterapie Rogeriánská. Jde o propojení arteterapie a humanistického psychologického směru pojmenovaného podle jeho průkopníka Carla Rogerse. Tento směr si zakládá na autosanačním potenciálu tvorby jako takové, bez výtvarných instrukcí od arteterapeuta. Interpretace považuje rovněž za nežádoucí. Prioritou je bezpodmínečné přijetí klienta a jeho rozvíjení skrze prožívání tvoření a sebe v procesu tvorby (Lhotová, 2010).

3.4.3 Další přístupy (dle psychoterapeutických škol)

Šicková-Fabrice (2016) popisuje kromě výše jmenovaných dvou přístupů v arteterapii i další, spojené s psychoterapeutickými směry, například Adlerovu individuální psychologii a její prolnutí do arteterapie, dále gestaltově orientovanou arteterapii, logoterapii a kognitivně-behaviorální terapii, tyto směry však nejsou hlavním předmětem této bakalářské práce.

3.4.4 Přístupy podle záměru a účinné složky

Přístupy v arteterapii můžeme dělit například podle odkazů na jednotlivé psychoterapeutické školy (viz podkapitoly 3.2.2 až 3.2.4), nebo jako Lhotová (2010), která popisuje Joanidisovo rozdělení přístupů v arteterapii z roku 1973 na kreativistický, integrativní, činnostní, projektivní a sublimační.

Kreativistický

Kreativistický přístup vychází z tvořivé podstaty člověka, která směřuje k naplnění lidské potřeby seberealizace, autenticity a sebepřesahu. Výtvarná tvorba může být prostředkem, jak aktivizovat pacientovy schopnosti (koncentraci pozornosti, flexibilitu, originalitu, abstraktní myšlení, schopnost analýzy a syntézy atd.). Tento přístup podporuje u pacientů kreativitu a tvůrčí postupy v řešení problémů na papíře i v životě.

Integrativní

Předpokladem pro funkčnost integrativního přístupu je názor, že v každém momentu tvorby je člověk plně integrován, což lze pozitivně využít i v životě jedince mimo tvorbu. Integrativní přístup zdůrazňuje sjednocení emocionality i myšlení, percepce i motoriky. Výtvarné aktivity sjednocují lidskou psychiku.

Činnostní

Činností přístup je zaměřen na pracovní složku a umožňuje pacientovi vytvořit si skrze tvorbu nové návyky a stereotypy. Jedince může sám sebe rozvinout novým pohledem na věc, novým zájmem, zároveň mu činnost pomáhá odpoutat se od své nemoci, patologických myšlenek a stavů. Hlavní činností terapeuta je zde motivování klienta k tvorbě.

Projektivní

Projektivní přístup, jak už název napovídá, je postaven na principu projekce nevědomých obsahů do výtvarné tvorby autora. Podněcuje a sleduje promítání citů a motivů do tvorby. Vychází z psychoanalytického pojetí a opírá se o významy symbolů apod.

Sublimační

Sublimační přístup zdůrazňuje možnost ventilovat skrze výtvarnou činnost potlačené pudové impulsy. Založen je na jejich zvládnutí a sociálně žádoucím přepracování.

3.4.5 Vývojové aspekty

Vývoj osobnostní

Psychoanalytická teorie objektivních vztahů, kterou se zabýval **D.W. Winnicott** nám včetně jeho konceptu tvořivosti a hry (1971) pomáhá porozumět, jak se lidé v několika vývojových fázích od dětství po dospělost vztahují k sobě a k okolnímu světu. Základními koncepty této teorie jsou:

- **Objekt**, který představuje člověka = cíl pocitů nebo záměrů.
- **Self, já** je vědomá i nevědomá mentální reprezentace sebe sama.
- **Vztah** označuje vazbu mezi self a objekty, které ovlivňují osobu v přítomnosti a vychází z minulosti (dřívějších vztahů, vzpomínek).

Winnicottovo pojetí je pro arteterapeuty důležité z hlediska popisu proměn lidského nazírání na sebe a na svět, které je možné propojit s fázemi výtvarného vývoje a odpovídajícími psychoterapeutickými technikami. Člověk od dětství odlišuje mezi objektivně vnímaným a subjektivními představami, mezi sebou a druhými osobami (vyjma stadií v raném dětství, kdy například považuje matku či nejbližší pečující osobu za součást sebe samého). Pokud u klienta vnímání sebe / druhých / mezilidských vztahů neodpovídá jeho věku a realitě, je možné spatřit odraz této skutečnosti i ve výtvarné tvorbě daného jedince, například skrze projevy, které označujeme jako regresní (navrácení se na úroveň výtvarné exprese odpovídající v něčem určitému dětskému věku, například ztvárněním postav či perspektivy). Dítě si skrze objektivní percepci realitu testuje, například iluzi. Iluze je základem vzniku přechodového prostoru mezi vnitřní a vnější realitou, do kterého dítě s přibývajícím věkem stále více integruje požadavky vnější reality. Člověk má podle Winnicotta schopnost být tvůrcem vlastního společenského světa, potřebuje k tomu ale úspěšné vyrovnání se s vývojovými úkoly z minulosti (za všechny jmenujme například úspěšné a správně načasované odloučení od matky/primární pečující osoby). **Winnicott dále tvrdí, že výtvarná tvorba sama o sobě bez arteterapeutických intervencí nedokáže napravit vývojové nedostatky.**

Překonávání jednotlivých vývojových fází pro optimální vývoj osobnosti připomíná **teorii Osmi věků člověka Erika Eriksona** (Drapela, 1997). Autor rozdělil lidský život od narození po stáří do osmi fází. Každá z fází reprezentuje určité věkové období a obsahuje pro dané období zásadní psychosociální konflikt, který jedinec musí vyřešit. Úspěšným zvládnutím dané vývojové fáze získává jedinec takzvanou ctnost či schopnost potřebnou a využitelnou pro další život. Jde o teorii založenou na neopsychoanalýze a důležitosti interpersonálních vztahů v životě člověka.

Tabulka 1 : Periodizace lidského vývoje dle Erika Eriksona (Drapela, 1997):

Přibližný věk	Konflikt	Ctnost	Důležité osoby
0–2 roky	důvěra x nedůvěra	naděje	matka (pečující osoba)
2-3 roky	autonomie x stud	vůle	rodiče
4-5 let	iniciativa x vina	záměr (cíl)	rodina
5-12 let	snaživost × méněcennost	kompetence	sousedství, škola
13-19 let	identita x zmatení rolí	věrnost	vrstevníci, vzory
20-39 let	intimita × izolace	láska	partner, přátelé
40-64 let	generativita x stagnace	péče	domov, zaměstnání
65-smrt	integrita x zoufalství	moudrost	blízcí lidé, svět

Další vývojovou teorií osobnosti, ze které mimo jiné čerpá projektivně-intervenční arteterapie, která je zároveň předmětem této práce, je **teorie psychosexuálního vývoje podle Sigmunda Freuda spolu s jeho topografickým a strukturálním modelem osobnosti**. Stručný popis těchto základních psychoanalytických teorií, které lze detailně popsán nalézt v odborné literatuře (Drapela, 1997; Mitchell a Blacková, 1999) je zde uveden pro lepší dokreslení možností interpretačních postupů u projektivně-intervenční arteterapie.

Psychosexuální vývoj

Freudova osobnostní teorie je založena především na existenci libida, principu slasti a snahy o její dosažení. Myšlení a jednání člověka je determinováno jeho pudovou stránkou, konkrétně pudy Erós (pud života, sexuality) a Thanatós (pud smrti, destruktivity). V teorii psychosexuálního vývoje popisuje Freud celkem 5 stadií rozdělených podle věku na: orální (0 – 1 rok), anální (1,5 – 3 roky), falické (3 - 6 let), latentní (6 – 12 let) a genitální (12 - 16 let). Každé stadium má svou klíčovou zónu zájmu na vlastním těle (až na latentní) a klíčový způsob dosahování uspokojení, slasti. Freud popsal typologie jedinců, kteří neprošli tímto vývojem optimálním způsobem a zůstali fixováni v některém z období, např. souvislost

takzvané orální fixace a kouření či přejídání se v dospělosti. S touto teorií se také pojí termíny jako Oidipův a Elekťin komplex.

Topografický model osobnosti

Tento model pracuje s metaforou ledovce a vychází z tvrzení, že JÁ má kromě vědomé i předvědomou a nevědomou složku:

- **Vědomí** (špička ledovce nad hladinou)
Jedinec si plně uvědomuje, myšlenky, uvědomované vzpomínky.
- **Předvědomí**
Myšlenky a zážitky, které si člověk dříve uvědomoval, ale pak byly zapomenuty, lze si je zpětně vybavit.
- **Nevědomí** (největší část ukrytá pod hladinou vody)
Vytěsněná nevědomá přání, představy, motivy.

Strukturální model osobnosti

Dále dělí Freud lidskou osobnost na tři složky/struktury, které jsou ve vzájemné interakci a jejichž (intrapsychické) konflikty jedinec řeší:

- ID (ONO): nevědomé, iracionální, řídí se principem slasti (pudy), chce být ihned uspokojeno
- EGO (JÁ): vědomé, racionální, řídí se principem reality, tvoří kompromisy mezi ID a SUPEREGO
- SUPEREGO (NADJÁ): má svou nevědomou i vědomou část, řídí se principem dokonalosti, je hlasem svědomí a tvoří se ze zákazů a příkazů slýchaných v dětství, jde o zvnitřnělá (například morální) přesvědčení

Katexe je pak označení pro proudění libida z ID ke zdroji uspokojení a antikatexe naopak protichůdná energie vznikající v EGO nebo SUPEREGO složce, bránící okamžitému uspokojení potřeb. Intrapersonální konflikty jednotlivých osobnostních struktur pak mohou připomínat například dialog (vnitřního) rodiče a dítěte. Na tomto principu je postavena transakční analýza.

Transakční analýzou se zabýval především její zakladatel, americký psychiatr Eric Berne. Jde o integrativní psychologický přístup a směr psychoterapie, vycházející z psychodynamického, kognitivně-behaviorálního a humanistického přístupu. Transakční

analýza je postavena především na mezilidské komunikaci a v rámci teorie popisuje tři komunikační roviny, které všichni ke komunikaci se sebou i s druhými lidmi využíváme, jde o osobnostní roviny Rodič, Dospělý a Dítě (Berne, 2012).

Vývoj výtvarné exprese

V souladu s kognitivním, motorickým a osobnostním vývojem se proměňuje i podoba výtvarné exprese jedince. Jak už bylo nastíněno výše u Winnicotta, znalost jednotlivých stupňů vývoje výtvarné exprese je pro arteterapeuta důležitá z hlediska toho, že dospělí ne vždy tvoří na úrovni dospělé kresby nebo malby a případné (i ojedinělé) nedostatky a návraty k dětské tvorbě mohou arteterapeutovi napovědět o charakteru klientova problému. Lhotová a Perout (2018) zmiňují vývojové pojetí výtvarné exprese podle rakouského pedagoga **V. Löwenfelda**, které je dodnes považováno za významné:

- Období čáranic (2-4 roky)
- Preschematické období (4-7 let)
- Schematické období (7-9 let)
- Kresebný realismus (9-12 let)
- Pseudorealistické období (12-14 let)
- Období adolescentní tvorby (14-17 let)

Vzhledem k souvislostem výtvarné ontogeneze a psychomotorického vývoje u dětí je na místě uvést i teorii kognitivního vývoje dětí švýcarského psychologa **Jeanu Piageta**, který se zaměřil na popis vývoje myšlení a kognitivních schopností u dětí obecně. Vývoj rozdělil na fázi senzomotorickou, předoperační, stadium konkrétních operací a stadium formálních operací (Piaget, 2014).

„Projektivně-intervenční arteterapie pracuje s vývojovým modelem, který předpokládá absolvování jednotlivých výtvarných etap. ... Vývojový proces není vnímán pouze jako lineární, ale předpokládá schopnost inspirativních návratů, bez nichž ubývá autenticity a tvořivosti. Jako patologický je vnímán opak, kdy dojde k ustrnutí či vynechání některých vývojových etap. Do těchto etap je pak nutné se v rámci terapie výtvarně vracet.“ (Lhotová a Perout, 2018, s.55). Pro srovnání uvádí autoři vedle Löwenfeldovy teorie i teorii **PhDr. Milana Kyzoura st.**, který dělí výtvarnou ontogenezi na egocentrické období (4-8 let), objektivní období (8-13 let) a reflexivní období (13-18 let). V Česku realizovaný výzkum prokázal souvislost mezi výtvarnou ontogenezí a redukcí symptomů nemoci (Lhotová, 2010).

Vývoj duševního onemocnění

Při arteterapeutické činnosti s klienty s duševním onemocněním je třeba brát v úvahu proměnlivost jejich nemoci a přihlídnout k jejich aktuálnímu psychickému stavu, například při výběru vhodných technik a námětů. Baštecká a Goldmann (2001) popisují dělení jednotlivých fází nemoci s využitím následujících pojmů:

- **Latentní fáze** – fáze před prvním propuknutím nemoci, bez příznaků.
- **Prodromální / incipientní příznaky** – předzvěst onemocnění, přítomnost pouze některých symptomů.
- **Floridní / akutní příznaky** – plně rozvinuté příznaky poruchy.
- **Ataka (epizoda)** – útok choroby, akutní fáze, například u schizofrenie, manie atd.
- **Rekurentní porucha** – periodicky se navracající příznaky poruchy, př.: rekurentní deprese.
- **Chronická porucha** – dlouhodobé, vleklé onemocnění, opakem je akutní stav.
- **Remise** – vymizení projevů nemoci mezi epizodami.
- **Relaps** – nový výskyt příznaků nemoci po dočasném vymizení.

3.5 Současnost

Od původních diagnostických záměrů přes terapii založenou na výtvarné expresi a abreakci při malování začalo být postupně na arteterapii nahlíženo jako na nástroj, který umožňuje všimnout si iniciačních bodů pro další komunikaci s klientem, na nástroj, který umožňuje vedení klienta ke změně ve výtvarné tvorbě a tím ve výsledku i ke změně jeho intrapsychických obsahů a konfliktů, které prožívá, ať už vědomě či nevědomě. S artefakty se v době rozpadu psychoanalýzy pracovalo jako s materiálem, který umožňuje nahlédnutí do nevědomého světa klienta, do obsahů jinak nedostupných. Tak je tomu i nyní. Některé arteterapeutické směry čerpají z hlubinné psychologie, jiné kladou důraz na abreakční prožitkový potenciál při tvorbě. Základem je předpoklad, že každý jedinec je nezávisle na intelektu, národnosti, pohlaví či duševním onemocnění schopen alespoň v omezené míře projíkovat své vnitřní obsahy do vizuálních tvarů a kompozic (Šicková-Fabrizi, 2016).

3.5.1 Rozdílné formy arteterapie v léčebných zařízeních

Arteterapie může mít různé formy, může být zaměřená na odhalování skrytých myšlenkových obsahů jedince, nebo na podpoření skupinové dynamiky ve skupině pravidelně se setkávajících pacientů. Nutno podotknout, že se arteterapie s pacienty v jednotlivých

léčebných zařízeních liší podle toho, kdo ji provádí. Velmi záleží na osobnosti a vzdělání, případně výcviku arteterapeuta, který pak svou školu uplatňuje při práci s klienty. Podle toho, a i podle jeho časových možností má arteterapie například buď individuální, nebo skupinovou podobu, je zaměřená spíše na tvorbu samotnou, nebo interpretačně, trvá jednou týdně 60 minut, nebo i dvakrát týdně dvě hodiny. Arteterapeut se může setkávat pravidelně se skupinami lidí se stejnou diagnózou, nebo pracovat v otevřeném ateliéru a potkávat dopředu neohlášené zájemce o výtvarnou činnost, docházet na lůžkové oddělení či pracovat s ambulantními pacienty atd. Od počtu a charakteru klientů se odvíjí i témata, která s nimi arteterapeut může zpracovávat (Šicková-Fabricsi, 2016).

3.5.2 Rožnovský arteterapeutický přístup

Vznik Rožnovské arteterapie

V Čechách je za první výrazný arteterapeutický počín považováno založení Ateliéru arteterapie v Českých Budějovicích PhDr. Milanem Kyzourem starším, který se věnoval takzvané Rožnovské arteterapii (jde o směr pojmenovaný podle místa vzniku a setkávání členů ateliéru). Rožnovská arteterapie se řadí mezi terapie expresivní, pracuje s klientovým vyjádřením sebe sama za použití výtvarných prostředků a technik. Opírá se o užívání akvarelové malby, vedení klienta k postupným žádoucím změnám v jeho výtvarné tvorbě (které pak přesahují i do jeho života) a o interpretace artefaktů, symbolických významů, topografického rozvržení obrázku, znázornění prostoru atd. Vedle léčebného působení může mít Rožnovská arteterapie i svůj diagnostický rozměr (Šicková-Fabricsi, 2016). Prvotní podoba metodiky Rožnovské arteterapie byla směřována na klientelu s problematikou závislosti v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, a také spojena s praxí u pacientů z tehdejšího „Oddělení neuróz“ v nemocnici v Českých Budějovicích. Jde tedy o metodiku určenou původně pro specifický okruh klientů, pro klienty s jiným typem duševního onemocnění, zejména například klienty psychotické musí být tato metodika modifikována v souladu s jejich diagnózou a principem beneficence i non-maleficence. Co se týče výše v podkapitole jmenovaných psychoterapeutických směrů, Rožnovská škola čerpá převážně z těch dynamických, patrný je ale i určitý kognitivně-behaviorální vliv a možnost užití (Lhotová, 2010).

Techniky a náměty využívané v Rožnovském přístupu

Lhotová a Perout (2018) popisují ve své publikaci takzvanou projektivně-intervenční arteterapii, související s původním Rožnovským pojetím. Projektivně intervenční arteterapie zahrnuje práci s tematickými i akčními akvarely a kolážemi, asociačními čaranicemi a

kombinováním technik (tuš, voskovky atd.). Jde primárně o techniky, které nepředpokládají u klienta orientaci na výsledek, ale na proces tvorby, nejsou tedy svazující z hlediska hodnocení. Arteterapie může být zaměřena i na posun v sebepojetí přes postupné úpravy výtvarného výrazu. Tato změna výtvarného vyjadřování se považuje za spojenou s následnou změnou v psychice a celkově v životě klienta. V tomto směru je větší dynamičnost a uvolněnost považována za žádoucí pro dosažení změny v problematických životních oblastech. Pohled na vlastní artefakty, ve kterých je zachycen proces změn mnohdy klientovi umožňuje lepší náhled, sebereflexi a pochopení svých problémů (Lhotová, 2010).

Co se námětů týče, Rožnovský směr čerpá z klasických pohádek a mytologie, tato témata umožňují vyjádření vlastních psychických obsahů a zkušeností na papír, který má funkci projekčního plátna. Mytologické a biblické náměty jsou užitečné zejména při hledání archetypů a archetypálních obsahů, které lze následně využít v interpretacích. Mezi pohádkové náměty patří například Šípková Růženka, Červená Karkulka, Perníková chaloupka a další. Dále využívá Rožnovská arteterapie témat mapujících mezilidské vztahy (Já a jeden z rodičů, Matka a dítě, Otcův svět). Z interpretačního hlediska je pro arteterapeuta důležité nejen to, jak klient artefakt ztvárnil, ale i jaký moment z příběhu / pohádky / mýtu si vybral a proč. Například vícero ztvárnění příběhu o Šípkové Růžence od různých klientů se může navzájem velmi lišit v závislosti na zobrazeném momentu z příběhu, od sudiček u kolébky, přes Růženku, na kterou ještě čeká nebezpečí, spící Růženku, princův boj s růžovým houštím až po polibek a shledání Růžinky s princem. Výběr konkrétní fáze příběhu lze vztahovat k aktuálně prožívaným psychickým obsahům klienta i k jeho minulým zážitkům a zkušenostem (Lhotová, 2010).

Interpretační možnosti, psychoanalytická rovina a symbolika

Základem pro porozumění je interpretace symbolů obsažených v tvorbě klienta. Interpretace se dále zaměřuje také na použití barev a barevných kombinací, případně na chybějící barvy, na zacházení s prostorem a celkovou kompozici, na grafičnost vs. uvolněnost výtvarného projevu, na opakující se motivy atd. Významná mohou být například i výtvarná ztvárnění v rozporu se zadáním, vynechání podstatných obsahů souvisejících s tématem a další takzvané „chybné úkony“. S jednotlivými prvky v obrázku lze pracovat pro porozumění individuálně s klientem, nebo se obrátit na skupinu například pro využití volných asociací. Interpretační obsah vytváří terapeut s klientem, který se interpretaci aktivně podílí, jde o dialog.

3.6 Cíle arteterapie u pacientů s duševními poruchami

Dle Šickové-Fabrici (2016) si arteterapie u duševně nemocných dává za cíl především:

- možnost sublimovat negativní prožitky,
- možnost korekce neadekvátních či unáhlených závěrů, které vedou jedince k chaotickému myšlení a jednání,
- možnost náhledu na onemocnění a lepší vnímání reality,
- poskytnutí naděje na změnu a zkonkretizování vize lepší budoucnosti.

Arteterapie má potenciál pomoci psychiatrickým pacientům reflektovat jednak jejich životní problémy, ale také například jejich emoce a prožitky a naučit se s nimi lépe pracovat. Arteterapeut musí být však v kontaktu s pacientem s duševní poruchou mimořádně empatický a pohotový, protože tvorba i reakce takového pacienta se obvykle výrazně vymykají normě.

„Jelikož obraz předchází slovu, prostřednictvím obrazů (a také pohybu těla) je možné vyvolat nevědomé stránky osobnosti a vnést je do světla vědomí. Výsledkem je porozumění a často léčivý účinek. K tomu ovšem dochází jen tehdy, pokud přijmeme důsledky svého porozumění a promítneme je do svého života.“ (Rubinová, 2008, s. 159)

4 EMOČNÍ PROJEVY VE VÝTVARNÉ PRODUKCI

4.1 Emoce v obrazech

Arteterapie nabízí skrze výtvarnou tvorbu prostředí k emočnímu uvolnění, je příležitostí ke zpracování minulých traumatických událostí a současných stresorů. Toto uvolnění může vést ke konfrontaci s vlastními problémy v oblasti prožívání ústící v korektivní emoční zkušenost, abreakci či katarzi. Výtvarným zpracováním je umožněné znovuprožítí situací nebo vztahů, které pacienta v minulosti traumatizovaly či jinak výrazně ovlivnily, formovaly. Emoce lze sledovat v obraze skrze níže uvedené zástupce (užité barvy, kresebný styl), nebo lze také mapovat jejich prožívání u klienta sledováním procesu tvorby (Lhotová, 2010).

4.1.1 Gestický přístup, grafický styl klienta

Co se týče kresebného projevu klienta, potažmo gestického přístupu k malbě, lze sledovat více faktorů, které vypovídají mimo jiné i o autorově emočním ladění, mezi nimi například (Šicková-Fabrici, 2016):

- **oblé** (pohoda, měkkost a pohodlí, klid) **vs. ostré tvary** (agrese, napětí, hněv),
- **nepřerušované** (jistota, dobré kognitivní či psychomotorické schopnosti) **vs. rozpadající se linie** (například u psychotických či neurodegenerativních onemocnění),

- **logické vs. chaotické uspořádání linií, čaranic atd.**
- **rozsah využití podkladu** (může vypovídat o sebevědomí, momentální úrovni aktivity a motivaci),
- **přítlak na tužku / štětec** (větší přítlak signalizuje silné emoce).

Lhotová a Perout (2018) zmiňují gestický přístup v kontextu akčního umění a takzvaných akčních (gestických) akvarelů, o nichž je psáno níže, v podkapitole 5.2.

4.1.2 Barvy

Byl prokázán vliv barev a jejich kombinací na psychický a následně i fyzický stav člověka. Některé barvy aktivizují, zvyšují tepovou frekvenci a tělesnou teplotu, jiné mají naopak uklidňující účinek. **Barvy jsou v arteterapii rovněž spojeny s intenzitou a stavem emočního života** (Šicková-Fabrice, 2016).

„Citový obsah barev je dán jejich psychofyzilogickou povahou, jako například sytost/bledost, světlost/tmavost, měkkost/tvrdost, teplo/chlad, klid/vzrušivost. Je podmíněn také individuální zkušeností s konkrétní barvou obsazenou určitou zážitkovou kvalitou. Dalšími aspekty jsou asociativní význam, symbolický význam a výtvarná hodnota sama o sobě.“ (Lhotová a Perout, 2018, s.149)

Významy barev

Emoce lze odlišovat podle arousalu (míry nabuzení) a valence na škále od pozitivní po negativní. Barvy odlišujeme podle tónů (obsahu světla a stínu), podle toho, jestli jde o barvy teplé či studené, základní či odvozené, v barevných kombinacích komplementární atp. Lhotová a Perout (2018) popisují v souladu s Lüscherem (1994) barevnou typologii významů takto:

Teplé barvy (červená, oranžová, žlutá) navozují subjektivní pocit tepla a světla a s přibývajícím osvětlením získávají na intenzitě. Naproti tomu **studené barvy** (modrá, specifické odstíny zelené), získávají větší intenzitu s menším osvětlením. Jsou prostředkem pro vyjádření menší emoční angažovanosti, neurčitosti a zdrženlivosti. **Světlé barvy** jsou vnímány jako věkově mladší a u **tmavých barev** se jako jedno z interpretačních východisk předpokládá, že čím větší je v nich podíl černé, tím větší úzkostnost autor zažívá. Některé barevné kombinace mají ale v tomto ohledu větší vypovídající hodnotu, než samotná černá. Mimo významy jednotlivých barev se v arteterapii tedy přihlíží i ke klientem často používaným barevným kombinacím ve snaze zachytit typické vzorce a případně doplnit chybějící barvy, nebo vyvážit některé barvy barvami komplementárními. Použití **doplňkových barev** totiž může mít na klienta **harmonizační efekt**.

Následující nastínění významu jednotlivých barev je stručné a pouze orientační, symbolika jednotlivých barev a jejich odstínů je s ohledem na kulturní a historické kontexty mnohem rozsáhlejší.

Bílá je barvou čistoty a nevinnosti, zároveň může symbolizovat i emoční odstup (jako další achromatické barvy, černá a šedá), chladnou odtažitou inteligenci i určitou dávku manipulace. Může být i barvou slavnostní, smutku a zesnulých, v závislosti na dané kultuře. Nevytváří hranice, je to barva souhlasu.

Naproti tomu **černá** je barvou kladení odporu, odmítnutí, vzdoru. Jde o barvu typickou pro pubertální věk. Kulturně specificky pro Evropu může být považována za barvu smuteční, zároveň o černé uvažujeme v souvislosti s úzkostností a depresivním laděním (například s vyšším podílem černé v dalších barvách).

Šedá barva vyjadřuje emoční odstup, neutralitu, status quo. Může se vyskytovat například u pacientů se zájmem neříkat nic o svých prožitcích a emočních obsazích.

Červená barva bývá spojována s energií (od pozitivní po negativní, ve smyslu od erotična po agresivitu). Jde o barvu životní síly, krve, ohně, o barvu aktivních lidí se schopností se rozhodnout.

Fialová je ambivalentní barvou spojující v sobě klid modré a energii červené, mužský a ženský princip, možná z toho důvodu je označována za barvu mateřskou a pečovatelskou. Zároveň je to barva symbolizující magické myšlení, mystično, transcendenci a sebezpřesah, stejně jako i nevyhraněnou identitu (v pubertě).

Růžová bývá v literatuře popisována ve spojitosti se symptomy nemoci, s potřebou péče a pozornosti, s vědomím vlastní bezbrannosti, s neochotou připustit si dospělý věk.

Modrá je barvou dobré vůle, hlubokých citů, klidu, koncentrace, nebe a moře, symbolizuje pocit sounáležitosti a vnitřní emocionální integrity.

Zelená má širokou škálu odstínů od teplých po chladné. Tato barva symbolizuje přírodu, od zrodu po zánik, od světle zeleného poupěte po tmavě zelené schnoucí a opadávající listy. Světlá hráškově zelená barva se pojí věkově s obdobím prepuberty a její preference u dospělého stejně jako u růžové vypovídá o určité nezralosti. Zelenou barvu lze spojovat s vůlí a snahou o sebezprosažení, o váženost vlastní osoby a houževnatost.

Žlutá bývá spojována se Sluncem. Jde o takzvanou „pódiovou“ barvu reprezentativních extravertů, hledačů senzací, kteří přelétavě putují od jednoho zážitku k druhému, ale o žádnou věc se nezajímají do hloubky. Z tohoto důvodu se jí někdy přezdívá také „novinářská barva“. Zároveň je žlutá spojená se světlem, s budoucností, s vyhlídkami, nadějí a optimismem.

Oranžová se vztahuje k sourozeneckým vztahům a rivalitě, bývá také spojována s oralitou a závislostní problematikou, dále s komunikací obecně. Vývojově se pojí s předškolním věkem.

Hnědá je barvou pravidel a řádu, plnění úkolů, svědomitosti, zároveň je považována za barvu otcovskou a za barvu symbolizující bezpečí a jistotu domova. Symbolizuje pohodlí, nebo také touhu po odpočinku.

4.2 Norma vs. patologie

Za možný signál patologie přenesený do výtvarného projevu či přinejmenším za upozornění, kterému je vhodné věnovat pozornost, lze považovat i specifickou barevnost artefaktů. Jde například o barvy zásadně „ušpiněné“ černou, hnědou a šedou, barvy výrazně zářivé či nadužívané oproti ostatním, barvy v tvorbě vynechávané nebo jen zřídka zastoupené a při použití nevýrazné, odstíny barev připomínající nezdravé, například jedovaté (specifický odstín kombinace zelené a žluté až sírově žluté), dále barevnost připomínající mrtvé tělo či odumřelou kůži (od růžové a fialové po hnědou až černou), odstíny růžové jako symptomů (nejen) tělesných potíží, bizarně užitá červeno-zelené kombinace jako výraz tenze, tmavě zeleno-modrá a někdy až do černa dovedená depresivní kombinace (Lüscher 1994; Lhotová a Perout, 2018). Interpretace významů by měla být odvozena od kontextu a rozhovoru s klientem. Barevné patologie se odvíjí od významů popsanych v předchozí podkapitole u jednotlivých barev. Dále je možné interpretovat pouze význam barev a jejich kombinací, nebo se ještě lépe zaměřit i na obrazec, na kterém je barva použita. Jde-li o oblečení na postavě, o dům, o rostlinu atd. Palouček (2012) popisuje dopodrobna problémy s jednotlivými barvami a možné interpretace případu, když je klient vynechává. Dále je možné povšimnou si, specificky u psychiatrických pacientů s afektivními výkyvy, extrémních pojetí výtvarné exprese, a to jak v barevnosti, tak v gestice. Detailnější popis je v následující kapitole. Co se týče zjišťování případné patologie podle vývojových fází výtvarné tvorby, je jako patologické vnímáno, když dojde u pacienta k ustrnutí či vynechání některých vývojových etap. Vývojové etapy jsou popsány v podkapitole 3.4.5.

Lhotová a Perout (2018) zmiňují mezi základními kategoriemi, ve kterých jsou pozorovatelné problematické významy (napříč onemocněními) 1. geometrizaci a schematizaci, 2. kompozici a 3. fyziognomii postav a zvířat. S ohledem na téma této práce je na místě spíše uvažovat o problematice spojené se vztahem k realitě, tedy narušení schopnosti realitu vnímat a vzniklých výrazových deformacích ve vztahu k realitě. Jako příklad pro tuto

problematiku je možné uvést Rennertovu charakteristiku tvorby duševně nemocných (1962), která popisuje 14 typických znaků:

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. Ornametální stereotypie.
9. Plochu zaplňující iterace figur, symbolů.
10. Stereotypní opakování, perseverace.
11. Geometrizace a schematizace.
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky.
13. Ztráta kompozice.
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat.

Šicková-Fabrizi (2016) popisuje problematický charakter arteterapeutického výzkumu, na jehož základě by se daly odlišit výrazně psychopatologické projevy od normy. Problémy plynou z těch důvodů, že arteterapie je metodou využívající projekci a je založená na subjektivitě významů pro každého jedince zvlášť. Artefakty mohou být a často jsou ovlivněny individuálními zkušenostmi klientů, které není možné generalizovat, zároveň je výsledná podoba artefaktu ovlivněna mnoha dalšími činiteli, jako například mírou kreativity a originálního myšlení autora, motivací, nejen dlouhodobým psychickým stavem a osobnostními rysy, ale také momentální náladou a například i tělesným zdravím a pocity. Artefakty lze tedy obtížně kvantifikovat ve smyslu hodnotícím a srovnávacím, přestože existují pro ten účel vytvořené škály (Sheppard-Prattovu škálu zmiňují Lhotová a Perout, 2018). Největší mezerou arteterapeutického výzkumu je ale fakt, že existuje mnoho sbírek umění psychiatrických pacientů, ale zdaleka ne alespoň vyrovnaný počet zkoumaných artefaktů od psychicky zdravých jedinců, aby bylo možno obě skupiny rovnocenně porovnat. Jak již je popsáno v kapitole 3, většina psychiatrů a později i psychologů a arteterapeutů se od konce 19. století v kontextu výtvarné tvorby zaměřovala na práci s pacienty s poruchou schizofrenního okruhu. Sbírký artefaktů zdravých jedinců chybí.

Pro alespoň rámcové odlišení normy od patologie je tedy doporučováno užívat spíše

k tomu učené metody, jako jsou například projektivní testy osobnosti (kresebné, ale např. i verbální) spadající pod psychologickou diagnostiku. U těchto testů lze totiž, i když v menší míře, než je tomu u objektivních testů osobnosti, sledovat jejich reliabilitu a validitu. Reliabilitu testujeme například metodou test-retest nebo split-half. Validitu můžeme zjišťovat s pomocí korelací výsledků metody s výsledky metody jiné, která má vysokou validitu. Dále například u některých testů korelují jejich výsledky se skutečnou diagnózou pacienta. I administrace testových metod probíhá optimálně u každého klienta za stejných podmínek, je tím tedy alespoň částečně ošetřena objektivita testujícího, který má možnost postupovat podle manuálu. Problém pak nastává u vyhodnocování projektivních metod, stejně tak jako v arteterapii při interpretaci. Některé projektivní metody totiž mají jednotný vyhodnocovací systém, a je možné výsledky kvantifikovat, u jiných projektivních metod vznikly od dob jejich zveřejnění různé výkladové školy a vyhodnocovací přístupy, výsledky se tedy mohou značně lišit (například Tematický apercepční test).

Rozdíl mezi arteterapeutickými postupy a projektivní psychologickou diagnostikou je ten, že v případě projektivních metod proběhla standardizace a jsou k dispozici normy, se kterými je možné klienty srovnávat. Adekvátní normy (podle osob stejné národnosti nebo aktuální a ne zastaralé) bohužel nejsou u všech projektivních testových metod, jedná se tedy o oblast, která bude potřebovat v budoucnu doplnění a aktualizace. Dalším významným rozdílem je fakt, že psychologické diagnostické metody nemůže používat arteterapeut bez odpovídajícího psychologického vzdělání a že k diagnostickým úvahám, které vzejdou z výsledků psychologického vyšetření není možné dojít na základě arteterapie, respektive arteterapie jako taková by neměla být prostředkem k diagnostice osobnosti, nebo alespoň ne jediným. **Projektivní testy osobnosti slouží k diagnostice, k vytvoření ucelenějšího komplexnějšího obrazu o klientovi, než mohou poskytnout samostatně objektivní osobnostní testy. Arteterapie je především terapeutický přístup.** Najbrtová a kol. (2017) rozděluje projektivní metody v psychologické diagnostice na metody verbální, grafické a manipulační. Mezi verbálními uvádějí jako nepodstatnější Rorschachovu metodu, která má s využitím současného Exnerova systému interpretace a administrace vysokou validitu a výsledky korelující s diagnózou pacienta, dále pak Tematicko-apercepční test (Morganová a Murray, 1943), Rosenzweigův obrázkový frustrační test (1945) a rovněž verbálně projektivní metodu slovních asociací a nedokončených vět. Mezi grafické (kresebné) metody autoři řadí kresby postavy: Draw a Man Test (Goodenoughová, 1926), Draw a Person Test (Machoverová, 1949), Figure Drawing Test (Baltrusch, 1956) a Dynamický test kresby lidské postavy (Hárdy, 1992), dále Warteggův kresebný test (1939), Test stromu (Koch,

1949; Altman, 1998), Test tří stromů (Corboz; Svoboda a kol., 2013) a Dům-strom-člověk test (Buck, 1948). V neposlední řadě do této kategorie patří i kresba rodiny a její modifikace, kresba začarované rodiny, kterou u nás zavedl profesor Zdeněk Matějček. Mezi metody volby pak patří například Lüscherův barvový test (1949), Test barevně sémantického diferenciálu (Ščepichin, 1992), nebo Test ruky (Wagner, 1978). Projektivní osobnostní testy a metody je vždy vhodné doplnit následným „inquiry“, tedy rozhovorem s klientem nad obsahem jeho odpovědí a objektivními diagnostickými testy osobnosti.

4.3 Emoce v obrazech psychiatrických pacientů

Obecně lze říct, že se tvorba psychiatrických pacientů pohybuje obvykle ve dvou extrémních polohách, jedna z nich reprezentuje obrazy, které budí dojem prázdnoty a odrážejí svým zpracováním i obsahem pacientovy pocity osamělosti v zajetí duševního onemocnění, nezávisle na diagnóze. Druhým protipólem jsou obrazy nabitě energií typické například pro manické či psychotické pacienty, na kterých se vyskytují barvy a přemíra dekorativních prvků a detailů, což je výrazně odlišuje od normy. Pacient se na jednu stranu může cítit prázdň a sám na svůj problém a na druhou stranu přeplněn symptomy své nemoci (Šicková-Fabrizi, 2016). Další popis emočních projevů v obrazech psychiatrických pacientů závisí na charakteru onemocnění pacienta (diagnóze, pokud je stanovena) a aktuálním průběhu onemocnění. Popis specifik pro afektivní poruchy a emočně nestabilní poruchu osobnosti je nastíněn v další kapitole.

5 SPECIFIKA ARTETERAPIE S KLIENTY S AFEKTIVNÍ PORUCHOU A S KLIENTY S EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

„Lidé rostou stejně jako rostliny. Jedni ve světle, jiní ve stínu. Je mnoho těch, kteří potřebují stín, ne světlo.“

C. G. Jung (2010, Liber primus, I. Znovunalezení duše)

5.1 Úvod

V této kapitole jsou nastíněny různé arteterapeutické přístupy, techniky a náměty, které lze při práci s pacienty s afektivní poruchou, případně s emočně nestabilní poruchou, využít. Dále je v této kapitole uveden popis specifik výtvarné produkce klientů s afektivní poruchou a klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti. V závěru kapitoly je zhodnoceno, které z uvedených mohou mít pro tuto klientelu největší přínos.

5.2 Arteterapeutické techniky

5.2.1 Výběr materiálu a barev

Výběr vhodného materiálu může být u některých klientů velmi podstatný. Charakter materiálu na omak, jeho tvrdost nebo naopak poddajnost může mnohé citlivější klienty k tvorbě buď povzbudit, nebo je demotivovat. Je tedy třeba znát a respektovat v tomto ohledu přání a potřeby klienta. Pracovat je možné s papírem specifickým pro zvolené barevné medium (např. akvarelový papír), s keramickou hlinou, se dřevem, s kamenem, s dalšími přírodními materiály (listy, květy, větvičky), s útržky a výstřižky novin, časopisů, balicích papírů atd. Dále je možné pracovat s nejrůznějšími barvami od akvarelových přes tempery až po akryl a olejomalbu (Stehlíková Babyrádová, 2017).

5.2.2 Techniky

Obecně je u arteterapeutických technik na místě uvažovat o jejich vhodnosti ve vztahu k diagnóze pacienta, dále je třeba rozlišit, v jaké fázi onemocnění se daný jedinec aktuálně nachází a v souladu s jeho aktuální náladou, mírou aktivity atd. zvolit vhodnou techniku. Specifika jsou popsána v podkapitole 5.4.3.

Akvarel

Akvarelová technika je v projektivně-intervenční arteterapii využívána zejména pro omezení auto-cenzury a zmírnění kontroly nad obrázkem. Voda učí klienta pracovat s náhodou, eliminuje neurotický perfekcionismus a dává více prostoru nevědomým obsahům, aby se dostaly na povrch (Lhotová a Perout, 2018).

Akční akvarel

Lhotová (2010) popisuje techniku akčního akvarelu jako přínosnou ve spojitosti s vyplavováním (negativních) emocí, s katarzí a abreakcí. Klient má možnost necenzurovaně vyjádřit (nejen) své emoce prostřednictvím barevných skvrn nanášených na akvarelový papír, které jsou postupně vymývány a přidávány v dalších vrstvách. Ve výsledku se optimálně dostavuje úleva či pocit vyrovnaní se s danou situací. Jde o techniku, kdy je vodou rozmýváno a odplavováno vše nadbytečné, o techniku, která cílí na omezení vlivu neurotické kontroly. Ve finále zbývá jen autentický podklad, se kterým se dá dále pracovat hledáním obrazců ve skvrnách a následným dotvářením artefaktu. Hledání obsahů v barevných skvrnách připomíná již zmíněnou projektivní verbální psychologickou diagnostickou metodu Rorschachův test z roku 1921.

Uhlová rezerva

Kompletním zakrytím papíru černým uhlím a následným gumováním obrazu vzniká takzvaná uhlová rezerva. Tu je možné využít jako techniku ke zpracování autoportrétu, nebo portrétů druhých osob. Může jít o zajímavé téma z hlediska práce se začernovacím médiem, zašpinění sebe i prostoru okolo, dále metaforicky z hlediska osvětlování temných prostor, tato technika má potenciál pro práci s identitou a sebepojetím, umožňující idealizovat si vlastní osobu, ale zároveň korektivně vnímat tento idealizovaný portrét sebe sama (Lhotová a Perout, 2018).

Koláže

Jde o techniku vystřihávání či vytrhávání a následně nalepování výstřižků a útržků na podložku, vytváření obrazu z obrazů, dávání nové perspektivy původnímu kontextu. Koláž lze kombinovat s výtvarnými technikami pomocí dokreslování nalepeného. I zde je přítomen prvek náhody, a navíc jde o snazší techniku, než je vlastní akvarelová produkce, klient pouze využívá již existujících obrázků a nemusí produkovat své vlastní, pouze dává výstřižky do nových souvislostí, což je pro mnohé lákavější forma, než je malování. Úkolem arteterapeuta je pak rozkrývání významů koláže (Lhotová a Perout, 2018).

5.3 Náměty k výtvarnému zpracování

Šicková-Fabrice (2016) uvádí základní dělení nejčastěji užívaných témat na:

- pohádky a archetypální motivy (např. Šípková Růženka, Medúza),
- osobní témata spjatá s individuálním životem klienta (např. Já a můj svět, Rodinná koláž, Matčin svět a Otcův svět),
- témata založená na volných asociacích.

Témata vztažená k tradicím, (církevním) svátkům, ročnímu období

Takzvaná Rožnovská arteterapie zahrnuje do výběru témat i náměty spoluprožívané všemi lidmi v souvislosti s kulturou a tradicemi, svátky, církevními svátky, ročními obdobími, nebo na témata spjatá s přítomností a realitou (počasí, politika, kulturní a sportovní dění atd.). Tato témata slouží především k ukotvení klienta v životních situacích a v realitě. Klient si do těchto zdánlivě všeobecných a pro všechny stejných námětů může projíkovat své individuální obsahy a ty odpovídajícím originálním způsobem ztvárnit (Lhotová, 2010).

Mytologie a archetypy

Témata pro výtvarnou i další uměleckou činnost, zejména ta kulturně univerzální a také o autorovi – klientovi nejvíce vypovídající pochází z dlouhé, více než tisícileté lidské historie.

Čerpají z bohaté lidské zkušenosti, která se odráží v nejrozličnějších mýtech, bájích a pověstech. Tyto příběhy jsou zachycením jakési moudrosti lidstva.

Častým námětem se v arteterapeutické práci s klienty stávají archetypy, především ve smyslu archetypů hrdinů a s nimi spojených příběhů. Tyto příběhy znázorňují často klíčové situace, zkoušky a rozhodnutí, ale i vývojové psychické problémy, se kterými se musíme vypořádávat i v reálném životě a mohou nám tedy být projekčním polem, inspirací, i napomáhat korektivní zkušenosti. Konkrétními náměty s využitím pro klienty jsou tedy ve výsledku dílčí fáze těchto příběhů. Zachycování životní dynamiky s archetypálním kontextem v obrazech je nástrojem k sebevyjádření.

Dalším využívaným motivem v souvislosti s archetypem hrdiny a s kulturní historií je téma „putování“. Jde opět o hrdinovo cestování za specifickými cíli a vykonávání různých dílčích úkolů během této cesty. Během tohoto putování se hrdina obvykle setkává s různými bytostmi, ať už negativními (ježibaba, nestvůry jako saň, bazilišek apod.), nebo pozitivními. Nezáměrné vynořování těchto témat i cílené zaměření se na podobné motivy a obsahy v rámci arteterapie je součástí léčebného procesu vedoucího k uzdravení duše.

„... znovuprožívání reálně odsunutého nevyřešeného konfliktu v imaginaci očišťuje a uvolňuje prostor pro další psychický vývoj.“ (Stehlíková Babyrádová, 2017, s. 79)

Religiózní náměty a motivy

„Zvláštním tematickým okruhem jsou náměty související s všeobecně platnými religiózními symboly, na nichž je založeno jungiánské pojetí psychoterapie. V arteterapii nejde přímo o deklaraci náboženského citění ve smyslu vyznávání skupinového kultu, ale o zkonkrétnění víry v nadosobní přesahy lidské existence. Víra v nadosobní přesahy našeho bytí se může stát hybnou silou léčení duše. Božstvo není tak vyjadřováno a chápáno jako autorita, ke které je třeba vzhlížet, ale spíše jako ztělesnění určitého životního řádu. Návrat k tomuto řádu bývá jedním z klíčových úkolů psychoterapie. Zobrazování řádu je tedy cestou k vyrovnaní se s osobnostní labilitou alespoň v procesu tvorby.“ (Stehlíková Babyrádová, 2017, s. 76)

Pohádky

Specifickou kategorií příběhů, které mohou v některých ohledech svým obsahem připomínat též mytologii a které rovněž pojednávají o různých smyšlených a kouzelných bytostech již zmíněných výše, jsou pohádky. Bettelheim (2000) považuje pohádky za literární útvar, který hraje nenahraditelnou roli v životech dětí i dospělých. Je toho názoru, že pohádky vedou děti k objevování vlastní identity, rozvíjí jejich představivost, ukazují jim, že úspěšného osudu lze

dosáhnout i na úkor všech překážek, které mohou v průběhu života přijít, mají tedy jakousi motivační funkci. Zároveň mohou svým obsahem působit výchovně a varovně před některými situacemi a chováním. Děti si v pohádkách mohou najít své vzory a ideály, inspiraci. Bettelheim odlišuje pohádky od mýtů a bajek, které v sobě nesou lety nashromážděnou lidovou moudrost a informují čtenáře o tom, jak se optimálně chovat. Pohádky mají podle něj ještě něco navíc mimo tento obsah. Něčím navíc je zde myšlena souvislost se čtenářovým vnitřním prožíváním, nejde pouze o příběhy popisující vnější realitu. Díky pohádkovým příběhům se mohou vnitřní duševní obsahy stát vnějšími a srozumitelnějšími, to vše jejich zobrazením s použitím příběhu a postav v něm vystupujících.

„Pohádka je léčivá tehdy, jestliže pacient pomocí meditace o tom, co příběh vypovídá o něm samotném a jeho vnitřních konfliktech v daném okamžiku života, nalezne svá vlastní řešení. Obsah zvoleného příběhu nemá většinou nic společného s pacientovým vnějším životem, zato se úzce týká jeho niterných problémů, které se jeví jako nepochopitelné a tudíž neřešitelné.“ (Bettelheim, 2000, s. 27)

V Jungovském pojetí je pohádka možno chápat jako poselství a vyjádření vnitřního, bytostného já, *das Selbst*, stejně jako mýty a sny. Pohádky mají psychotherapeutický i výchovný potenciál, a to jak pro děti, tak pro vnitřní děti v nás dospělých. Obsahují archetypy v jejich nejjednodušší a nejčistší podobě (Von Franz, M. L., & Běťák, L., 1998).

Vlastní zážitky

Dalším neméně důležitým souborem námětů jsou témata autobiografická. Klient implicitně vybírá a ztvárňuje téma podle svých aktuálních prožitků, dojmů a čerstvých vzpomínek, ale také především na základě minulých zážitků, například z období dětství a dospívání.

Krajina (duše)

Sebevvyjádření v umění může mít i formu projekce vlastních psychických stavů do krajiny, jako tomu bylo například v romantismu, expresionismu či symbolismu. S motivem krajiny se dá pracovat z hlediska ztvárňování minulosti – vzpomínek na určité prostředí, které si klient vybere jako náměty pro tvorbu v souvislosti s aktuálním psychickým rozpoložením a potřebami. Dále lze s námětem krajiny pracovat na rovině přítomné, kdy klient zachycuje na papír to, co reálně vnímá a kotví se tím v každodenní realitě, nebo také na rovině budoucnosti. Představy o budoucnosti a vizualizace míst, po kterých klient touží, kde chce žít, nebo která chce časem navštívit či vybudovat můžou být šancí k vytvoření si konkrétnější představy, k uchopení a později i následování vlastní vize. Vizualizace, zvědomení si a zpracování cílů, snů, přání a představ o budoucnosti, všechny tyto aktivity mohou být ve výsledku nástrojem,

který klienta posune o krok blíže k uskutečnění oné pozitivní vize: „*Schopnost vizualizovat budoucí je předstupněm realizace našich přání.*“ (Stehlíková Babyrádová, 2017, s. 193).

Téma krajiny má výpovědní potenciál i z hlediska podvědomí klienta, k jehož obsahům odkazují v souladu s psychoanalytickou psychoterapií například zobrazené prostory lesa, jeskyně, hlubin oceánu apod.

Masky

Téma masky a jejich vytváření může v arteterapii sloužit ke zmapování aktuálního psychického ladění klienta, ale stejně tak může vypovědět i o charakteru celkového a dlouhodobého psychického stavu. U této techniky je třeba postupovat opatrně a brát v úvahu možné nežádoucí reakce klienta na vlastní výtvar. (Stehlíková Babyrádová, 2017). Šicková-Fabrici (2016) zmiňuje ještě dynamičtější a s větší projekcí spjatou možnost následného využití hotových masek ke konverzaci ve skupině klientů, k přehrání „divadla“ v závislosti na významu jednotlivých masek, které si klienti zvolili ke ztvárnění. Masky jsou technikou konfrontace se svým já, myšlenkami a pocity, se vzpomínkami, identifikacemi s druhými, asociacemi.

Modelovat lze i autoportrét, či například portrét souseda ve skupině, a to i se zavřenýma očima, se zaměřením na pociťovou stránku. Přínosným může být i modelování emocí.

5.4 Specifika výtvarné produkce klientů s afektivní poruchou a klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti

Jak je popsáno dále v této kapitole, při práci s klienty s diagnózou afektivní porucha nebo emočně nestabilní porucha osobnosti je nutné zabývat se mimo jiné zejména emocemi a jejich projevy ve výtvarné tvorbě, některé klienty je třeba spíše povzbuzovat a aktivizovat, jiné zklidnit a pomoci jim soustředit se na témata pro ně podstatná. Je nutné brát zřetel na fázi onemocnění, aktuální ladění, jestli je pacient například v akutním stavu s psychotickými příznaky, nebo v remisi, od toho se pak odvíjí použití technik a námětů (Šicková-Fabrici, 2016).

Obranné mechanismy

S emocemi, fyziologickou aktivací vyvolanou emočním prožíváním a se snahou zmírnit, potlačit či odstranit nepříjemné emoce a prožitky, vyvolané například stresovými situacemi se pojí obranné mechanismy, je dobré o nich vědět a u klientů s nimi terapeuticky pracovat (Praško a kol., 2003).

Katarzní a abreakční potenciál

Už Sigmund Freud připisoval katarzi, konkrétně v podobě dramatu, podstatnou roli v prevenci neuróz. Katarzi pak jako techniku používal i v rámci psychoanalýzy, kdy vedl své pacienty k citlivým momentům z jejich života a následně podněcoval jejich otevření se a na konec reflektování proběhlé situace (Stehlíková Babyrádová, 2017). Velkým přínosem pro klienta může být porozumění vlastním pocitům díky vyjádření se na papíře a následný nácvik zvládání emocí. Rubinová (2008) popisuje ve své knize kazuistiky a mezi nimi i případ autistického chlapce, který měl problémy se zvládáním hněvu a během jednoho ze sezení prostorově ztvárňoval téma „Imaginace“ se kterým si poradil tak, že vytvořil z modelíny smyšlené vesmírné tvory, kteří spolu válčili. Momentem vhledu bylo, když si chlapec uvědomil, že jde o model – externalizaci jeho pocitů, jeho intrapsychického konfliktu, který vytvořil ve 3D provedení a který najednou existoval fyzicky, mimo jeho hlavu a myšlenky a bylo tedy snazší o něm hovořit.

5.4.1 Typické znaky a projevy v tvorbě klientů s afektivní poruchou

Bipolární afektivní porucha

Pro pacienty s **manickým typem** této poruchy je charakteristické ztvárňování sexuálních témat a symbolů, euforická zpracování a náměty. Ze stylu kresby či malby je patrný neklid a rozrušení, někdy z barevnosti, z přítlaku na tužku (syty vodových barev), dále mohou obrazy působit chaoticky a neuspořádaně, energie je často znatelná i z dynamického zpracování, když obraz vzniká rychlými, neuspořádanými, ostrými tahy.

Kresby pacientů s **depresivním typem** této poruchy obsahují spíše tmavší barvy nebo barvy celkově postrádají, převažuje zaměření na celek a nejsou vyjádřeny detaily, může se objevovat zobrazení nahoty, je často patrné sebeovládání a kontrola a zároveň oproti tomu málo vložené energie (Šicková-Fabrice, 2016).

Preference barev u psychiatrických pacientů s maní / depresí

Wadesonová (1980, in Šicková-Fabrice, 2016) zabývající se arteterapií s dospělými pacienty popisuje u manických pacientů oblibu výrazných až „divokých“ a převážně teplých barev. Naopak u depresivních pacientů vnímá jako častější používání tmavých až temných barev, nebo také jejich úplné vynechávání a výtvarná tvorba pouze za použití černobílé škály, což souvisí i s nedostatkem energie a apatií depresivních pacientů. Varovným signálem může být u depresivního pacienta náhlé používání červené barvy přítomné zároveň v kontextu ústupu až vymizení symptomů nemoci. Červenou můžeme v souladu s výše popsanou symbolikou brát jako barvu energizující, jako podnět k akci a rozhodnosti. Úkolem arteterapeuta pak je,

aby zjistil, o jakou energii, respektive k jaké akci směřovanou energií jde. Ústup symptomů u deprese může být spojen se suicidálními myšlenkami a definitivním rozhodnutím, které přináší úlevu a krátkodobé zlepšení stavu pacienta, srovnatelné s tichem před bouří.

5.4.2 Typické znaky a projevy v tvorbě klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti

Šicková-Fabrici (2016) popisuje ve své knize dvě kazuistiky hraničních klientů, dívky (13 let) a muže (26 let), kteří měli problém s vymezením si vlastních hranic a prostoru na papíře i v reálném životě. V první kazuistice je zmíněno, jak potřebovala klientka zážitek dotyku a fyzického kontaktu s dalšími dětmi (přetahování, přetlačování), aby byla schopna posunout svůj výtvarný projev a místo profilového zobrazení postav začala používat pohled en face. Dalším důležitým milníkem byla změna v pojmenovávání zprvu stereotypních postav, které dívka na počátku pojmenovávala pohádkovými jmény a na konci po zážitku kontaktu nesly postavy jména klientčinych spolužáků, jde tedy zároveň o jakési ukotvení v reálném světě.

Klientova kazuistika vypráví o tom, jak si mladý muž definoval svou identitu a díky terapeutce se učil skrze výtvarnou tvorbu zobrazovat sebe stejně sebevědomě, jako své jednovaječné dvojče – bratra, o kterém měl dojem, že je ve všem úspěšnější. Klíčové bylo, aby si klient dovil s postupem času zabírat na papíře stejný prostor, jako dává svému bratrovi, i stejnou barevnou výraznost. Zároveň aby se pokusil malováním či modelováním ztvárnit postavy tak, aby bylo jasné, že mají navázán kontakt (oční, fyzický) a nevyhýbal se této situaci, která mohla přinést pozitivní změnu v jejich vztahu.

Jak bylo uvedeno v podkapitole 2.3.1, hraniční bylo původně pojmenování pro onemocnění na rozhraní poruchy osobnosti a psychotické poruchy. Tvorba hraničního pacienta může někdy skutečně obsahovat i prvky typické pro psychotické, např. schizofrenní pacienty, a to v situaci, kdy hraniční pacient zažívá psychózu, která může být součástí jeho poruchy, je však časově i intenzitou omezena oproti těm, které zažívají psychotičtí pacienti. Dále je pro hraniční pacienty typické „vymezení hranic“ a rozčlenění papíru na část svou a část pro druhé, případně „černobílé“ pojetí některých postav (dobrý/zlý) v souladu s popisem jejich vnímání světa, uvedeným také v podkapitole 2.3.1.

5.4.3 Shrnutí vhodných technik, přístupů a námětů

Základem pro účinnost arteterapie je však i u této skupiny klientů především psychoterapeutický vztah. „*Arteterapeut je tím, kdo má pacientovi pomoci maximálně uvolnit vědomou kontrolu obsahu artefaktu a jeho následným dešifrováním pomoci získat vhled do nejhlubších vrstev osobnosti pacienta a tím usnadnit psychoterapeutickou změnu.*“ (Kyzour, 1996 in Lhotová, 2010, s. 29) K tomuto názoru se přiklání i Lhotová a Perout (2018).

Rubinová (2008) zmiňuje, že by arteterapeut neměl bránit klientům v situačním a krátkodobém silném prožívání negativních emocí, které umožní změnu. Měl by pro tyto situace vytvořit vhodné podmínky v podobě bezpečného a příjemného prostředí.

Snahou arteterapeuta by dále při práci s výše zmíněnými klienty i při práci s klienty obecně mělo být dosažení kompozičně i barevně vyváženého artefaktu odkazujícího na realitu, respektive realisticky pojatého. Připomínky by se měly vztahovat například k proporcionalitě figur, ke kompozici, zlatému řezu, perspektivě apod. (Šicková-Fabricsi, 2016). Autorka dále popisuje vhodné postupy pro práci s klienty s různými diagnózami:

Depresivní (apatický) pacient

Na místě je zadání jednodušších úkolů, které nevyžadují mimořádnou koncentraci či schopnosti. Jednodušší, než malba je pro tyto pacienty například ztvárnění koláže. Každou, i malou iniciativu depresivních a apatických pacientů je třeba povzbudit a pacienta motivovat.

Pokud má depresivní pacient tendenci se obviňovat a má k sobě spíše negativní vztah, je dobré volit nejdříve materiály s nižší hodnotou, aby neměl pocit, že „pro něj je tak hezkých materiálů a barev škoda“. Také je třeba zvolit jasně téma, i zde brání pacientova apatie dostatečné kreativitě při výběru námětu. Autorka navrhuje zpočátku volbu fádních, monotónních témat, na které je potřeba více času a zdržení se chvály a hodnocení. Jako první úspěch vnímá to, když pacient začne po nějaké době vyjadřovat hostilitu a agresivitu a není už tolik apatický. Jako vhodné médium pak vnímá například keramickou hlínu.

Dalším bodem, který autorka zmiňuje, je potřeba depresivních pacientů „nalézt vlastní tvar“, která může být naplněna skrze práci s keramickou hlínou a vytváření například autoportrétu či postavy. Tyto techniky jsou vhodné také proto, že s sebou nesou prostor ke změně a určitou dynamiku, která může depresivního pacienta povzbudit (Šicková-Fabricsi, 2016).

Rubinová (2008) považuje depresivní pacienty stejně jako hraniční za příklad štěpení, ve srovnání s druhou skupinou se ale liší kvalitativně. Pacienti s tímto typem afektivní poruchy se podle ní, stejně jako hraniční, zastavili na úrovni sblížování s druhými a nejsou schopni v mysli propojit dobré a zlé. Jsou ale fixováni na silně negativní podněty a zapuzují vše dobré. Práci arteterapeuta by mělo být umožnit depresivním pacientům skrze výtvarnou tvorbu nalézt sebeúctu, sílu a energii. Korektivní zkušenost založenou na tom, že něco dokázali, podporuje nalezení ztraceného dobrého JÁ. Dále autorka popisuje, že ne vždy je pacient vzhledem ke svému psychickému stavu schopen tvořit. Na příkladu kazuistiky však dokládá, že i v případě těžké deprese má pro klienta pouhá účast bez zapojení se na

arteterapeutických skupinách smysl, vzhledem k tomu, že je schopen pasivně vnímat, co se děje a jaké obrazy vytvořili další lidé a později si vzpomenout, ačkoliv při setkání nebyl schopen interakce. Dále má docházení na skupiny i přes aktuální neschopnost tvořit pro klienta aktivizační a sociální funkci.

Důležité je také správné načasování terapie. Beck (1991) například varuje, že „mnoho depresivních pacientů je svými depresivními myšlenkami natolik zahlceno, že jejich další zkoumání může jejich negativní dopad na náladu ještě posílit.“ Beck proto doporučuje zaměřit se nejdříve na posílení cílené aktivity, která povede ke změně negativního posuzování vlastních schopností, a až poté se přímo soustředit na myšlenky, které se pojí s depresí.

Lhotová a Perout (2018) popisují jako vhodná témata pro pacienty s depresivní poruchou či sebedestruktivními tendencemi zpracování sebe samého ve smyslu autoportrétu, celé postavy, vlastní krajiny, krajiny dětství a různých témat vyvolávajících vzpomínky.

Manický pacient

Je potřeba ohlídat a snížit počet prvků, které by mohly pacienta rozrušit ještě více, než už je, a to od prostředí po zadané téma. Témata by měly vyvolávat spíše příjemné vzpomínky. Zároveň se můžeme pokusit pacienta zklidnit s využitím uklidňujících barev. Vhodná je individuální terapie, protože pacient dokáže snadno ovlivnit a vyrušovat ostatní členy skupiny a zadání snadných úkolů, protože u komplikovanějších pacient delší dobu nevydrží. Má tak pocit úspěšného dokončení práce. Důležité jsou jasné instrukce bez možnosti volby, která by pacienta také mohla rozrušit (Šicková-Fabrice, 2016).

Emočně nestabilní porucha – impulzivní typ

S impulzivními pacienty je žádoucí pracovat podobně jako s manickými, ale s ohledem na stabilnější osobnostní podklad poruchy, kterým se liší od proměnlivých manických stavů. Vzhledem k tomu, že jde o poruchu osobnosti, která je oproti afektivní poruše trvalejšího a závažnějšího charakteru a pacienti nebývají medikováni tolik, jako například maniční pacienti, je vhodné pracovat s impulsivními lidmi i na bázi kognitivně-behaviorální ve smyslu nácviku zvládání emocí, případně kognitivní restrukturalizace některých emocí vyvolávajících situací. Jako prostředek ke zvýšení sebeovládání (i sebeúcty u depresivních pacientů) lze použít pozitivní auto-imaginaci (Šicková-Fabrice, 2016; Rubinová, 2008). S impulzivními až agresivními pacienty se doporučuje například stejná technika, jako při arteterapeutické práci s vězni či sexuálními devianty, kde mohou adekvátním způsobem ventilovat a sublimovat své emoce, a to tesání soch do kamene (Liebmannová, 2010).

Emočně nestabilní porucha – hraniční typ

Rubinová (2008) popisuje ve své knize práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Zmiňuje možnost traumatizace u těchto klientů jako součást jejich osobní historie, a to nejen v období dospívání, ale i v období raného dětství a vytváření attachmentu (vztahové vazby), což souvisí s etiologií tohoto onemocnění popsanou v podkapitole 2.3.1. Z tohoto důvodu je vhodné poskytovat těmto klientům pevné bezpečné hranice, protože si často nestihli během dosavadního života definovat své já (self) ve vztahu k druhým lidem. Protože jsou jejich světy chaotické a nepřehledné, je třeba kromě terapeutova přijetí a podpory zároveň i srozumitelnost, interpretace, které klientovi pomohou pochopit sebe i druhé a nalézt spojení s vnější realitou. Hraniční klient dle autorky uvízl ve fázi separace-individuace, poslední ze tří fází, která podle Margaret Mahlerové následuje po 1. normální autistické fázi (novorozenec do 2 měsíců, vnímá sám sebe) a 2. normální symbiotické fázi (do 4. měsíce, pocit splynutí s matkou, neoddělitelnosti). Jedinec nezvládá odpojit se od druhé osoby a zároveň zůstat ve spojení, touha po nezávislosti a objevování je v rozporu s potřebou být někým držen, objat, opečováván. Toto chování je srozumitelné u dvouletého dítěte, nikoliv však u dospělého jedince. Tito pacienti mají dle Rubinové velkou spotřebu výtvarného materiálu i terapeutovy trpělivosti. Jak bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, pro pacienty s afektivními poruchami či emoční labilitou jsou typické obranné mechanismy. Hraniční pacient často využívá projektní identifikace (identifikace s tím, co projikujeme navenek), obranu v podobě introjekce a popření. Je nutné těmto jevům věnovat pozornost a konfrontovat ho s nimi. Pasivní přístup není pro tyto pacienty podpůrným prostředím.

Jako konkrétní techniku pro budování vztahu mezi klientem a arteterapeutem popisuje Rubinová například společné malování obrazu (ve dvou), které nazývá obrazovým dialogem. Možné „agování“ těchto specifických klientů a jeho (sebe)destruktivní projevy v obrazech vnímá jako možné varování pro terapeuta a podnět k okamžitému řešení, zároveň ale také jako pozitivní aspekt situace, že klient má odvahu a důvěru se svěřit a je zde možnost na obsahu a prožitcích klienta společně pracovat.

Liebmann (2010) zmiňuje jako vhodná témata a techniky pro chronické i akutní psychiatrické pacienty zkoumání výtvarných médií, obecná témata, témata zaměřená na koncentraci a paměť (obzvláště u depresí), dále jednodušší náměty z oblasti sebepercepce, například „přání“ a skupinové obrazy.

Lhotová a Perout (2018) popisují jako vhodná při práci s hraničním pacientem témata vztažená k hledání a utváření vlastní identity.

III EMPIRICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE

6.1 Výzkumné cíle a otázky

Výzkum této bakalářské práce se věnuje obrazům psychiatrických pacientů, jde převážně o akvarely, případně o kresby pastely, tužkou či pastelkami. Výzkum si klade za cíl popsat vhodné a používané techniky a náměty pro práci s klienty s afektivními poruchami a s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Dalším cílem je zmapování charakteristik a typických znaků pro tvorbu obou skupin pacientů, stejně tak jako aspektů reprezentujících emoce v artefaktech.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké náměty a techniky jsou používány při arteterapeutické práci s pacienty s afektivními poruchami a s pacienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké charakteristiky mají artefakty pacientů s afektivními poruchami a artefakty pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké faktory v artefaktech vypovídají o emočním prožívání autorů?

Výzkum byl uchopen kvalitativně. První část obsahuje čtyři kazuistiky s popisem krátké anamnézy klientů, získané z lékařských epikríz a s analýzou jejich artefaktů. Další součástí výzkumu jsou obrázky pacientů ze stejného zařízení, ale jiných oddělení, kteří se také účastnili arteterapie a svou diagnózou spadají do výzkumného záměru této bakalářské práce. Tyto artefakty jsou roztrženy podle malovaných témat. Interpretační kontexty zmíněné u obrázků / kazuistik vycházejí z analýzy dat a odvíjí se od způsobů, které jsou vyučovány v Ateliéru arteterapie Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity. Mají kvalitativní charakter a jejich výčet usiluje o splnění druhého a třetího výzkumného cíle.

6.2 Výzkumný design a metoda

K výzkumným zjištěním byla využita metoda analýzy dokumentů, kterou Hendl (2005) označuje za využitelnou v kvalitativním i kvantitativním postupu analýzy dat s ohledem na výstupy analýzy. Jak už bylo zmíněno, design této práce je kvalitativní s ohledem na interpretační obsahy podle metodiky Rožnovské arteterapie. Metoda analýzy dokumentů spočívá v (Mayring, 1990 in Hendl, 2005):

1. Definice výzkumných otázek.
2. Definice dokumentu a určení postupu při sběru dokumentů.
3. Pramenná kritika (posouzení kvality dokumentů).
4. Interpretace dokumentů zaměřená na hledání odpovědi na položené otázky a vypracování zprávy.

Za dokumenty považujeme: knihy, novinové články, záznamy projevů, deníky, plakáty a **obrazy**. Dále můžeme za dokumenty považovat veškeré stopy lidské existence.

6.3 Charakteristika a sběr výzkumných dat

6.3.1 Výzkumný vzorek

Byl zvolen záměrný výběr vzorku podle kritéria, jednalo se konkrétně o metodu záměrného (účelového) výběru přes instituci a kritérium pro přijetí artefaktů do výzkumu byla diagnóza pacienta (afektivní porucha, nebo emočně nestabilní porucha osobnosti).

Výzkumný vzorek se skládal z pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Všichni splňovali diagnostické kritérium, šlo tedy o pacienty s afektivní poruchou, nebo emočně nestabilní poruchou osobnosti. Celkem je v práci použito **88** artefaktů od **43** pacientů. Nejvíce artefaktů od jednoho pacienta bylo celkem 14, dále 9, 8, 7, 5, 3, 3 a 3. Ostatní poskytli jeden artefakt. Práce vznikala při spolupráci s pacienty ze třech oddělení. První bylo oddělení s číslem 27 nazvané Neklid, kam arteterapeut dochází, protože mají pacienti omezené vycházky. Jde o uzavřené oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou pro své duševní onemocnění afektivního typu (viz afektivní poruchy) nebezpeční pro sebe či své okolí. Další částí výzkumného vzorku jsou pacienti z oddělení 30, nazvané jako Následná péče, kde jsou hospitalizováni pacienti všech diagnóz, pro terapeutické aktivity jsou ale rozděleni do skupin podle onemocnění (červená, modrá, žlutá atd.). Pro účely této práce byl materiál sbírán pouze u skupiny pacientů s afektivními poruchami (červená skupina), z materiálů nasbíraných v této skupině vznikly i čtyři kazuistiky. Poslední skupinu tvoří pacienti s emočně nestabilní poruchou osobnosti, kteří byli hospitalizováni na Terapeutickém oddělení číslo 3 a svoje artefakty docházeli tvořit do arteterapeutického ateliéru.

Vzhledem k malému počtu osob ve vzorku byli zahrnuti i někteří pacienti, kteří splňovali daná výše uvedená kritéria, ale měli například ještě jednu diagnózu navíc (pacienti s duálními diagnózami typu depresivní fáze a závislost na alkoholu atd.). Dále pacienti, kteří měli kromě výzkumem požadovaných diagnóz i psychotické příznaky.

6.3.2 Sběr dat

Pohle Hendla (2005) se dokumenty řadí mezi takzvaná sekundární data. Podle jejich typu je rozdělujeme na data virtuální, úřední, osobní atd. Výtvarné artefakty, které byly použity pro tento výzkum jsou daty osobními. Sběr dat probíhal nenáhodně, bylo nutné dodržet stanovená kritéria (viz výše). Garantem praxí v Psychiatrické nemocnici Bohnice byla určena oddělení, kde se stážista může pohybovat a arteterapeuty byli určeni klienti, které je možné oslovit ohledně výzkumu. Nafocení artefaktů probíhalo po osobním setkání s klientem nebo s arteterapeutem po poučení o účelu výzkumu a podepsání informovaného souhlasu. S některými klienty pak proběhl i rozhovor nad artefakty. Podmínkou pro zařazení díla do výzkumu byla diagnóza pacienta. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Respondenti byli osloveni, zda by pro potřeby této práce poskytli své artefakty k ofocení. O možnosti zapojení se do výzkumu se dozvěděli prostřednictvím oslovení v rámci pravidelné arteterapie, která byla součástí jejich časového rozvrhu v nemocnici.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Všichni autoři a arteterapeuti propůjčili své obrazy k účelům výzkumu zcela dobrovolně. Pokaždé proběhlo obeznámení s cíli práce a podepsání informovaného souhlasu. Zároveň byli klienti i arteterapeuti poučeni, že nebude ofocená tvorba nijak dál šířena a ujištění o anonymitě, tedy že nikde nebudou zveřejněna jejich jména. Anamnestická data použitá v kazuistikách byla poskytnuta arteterapeuty pro anonymní využití. Některé údaje pochází z rozhovorů s klienty nad jejich tvorbou.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu popisují čtyři kazuistiky a dále se zaměřují v jednotlivých podkapitolách na zodpovězení tří výzkumných otázek, kterým se snaží dosáhnout předem stanovených cílů této práce.

7.1 Kazuistiky

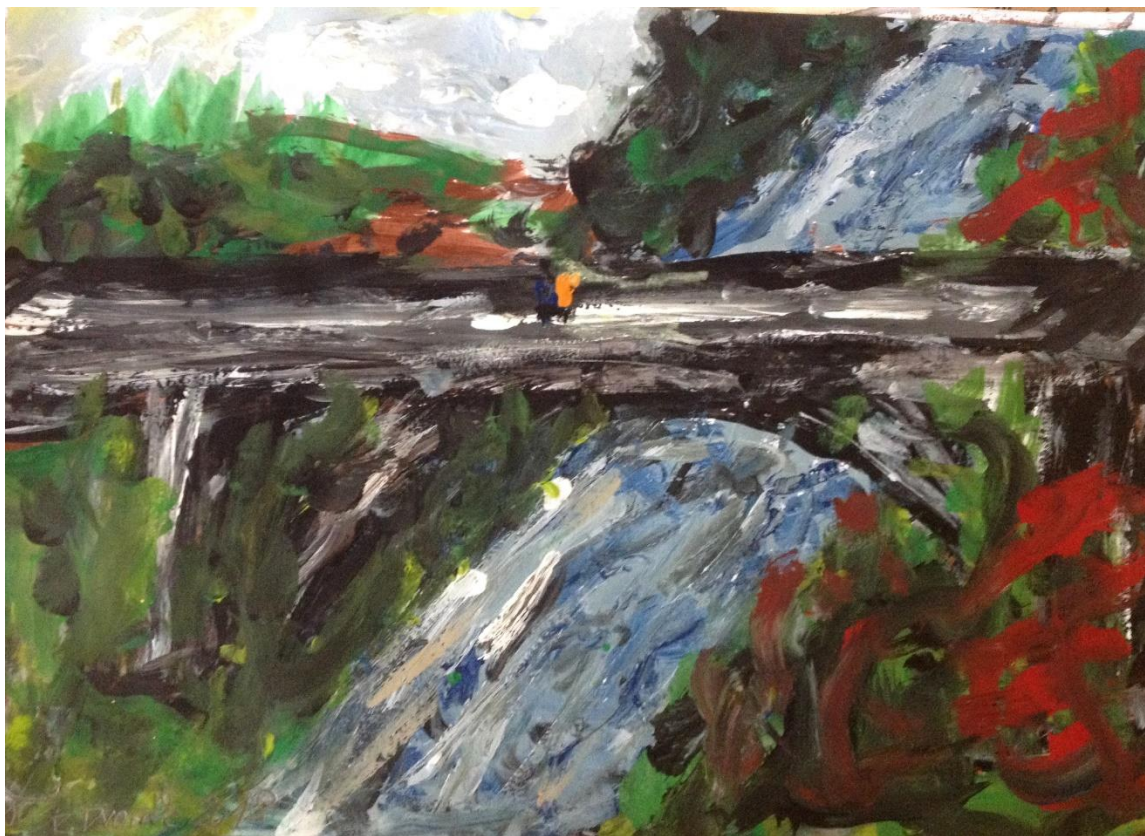
Vedle souborné analýzy více vybraných artefaktů roztríděných podle témat a diagnóz jejich autorů byl v souladu s kvalitativním designem výzkumu zvolen ještě kazuistický rozbor produkce čtyřech pacientů. Tento přístup je podstatný, jelikož je v souladu s principy Rožnovské arteterapeutické školy. Se všemi čtyřmi klienty bylo totiž možné vést alespoň krátký rozhovor ohledně jejich artefaktů, sledovat je při výtvarné tvorbě a arteterapeuticky intervenovat, zároveň poskytli k interpretačním účelům více než jeden artefakt. Jak už bylo

zmíněno v kapitole 6 (a dále bude i v podkapitole 7.2), s klienty z oddělení 30, 27 a 3 se v rámci arteterapie pracuje v Psychiatrické nemocnici Bohnice podle Rožnovské metodiky, původní zaměření tohoto směru je totiž využitelné i při práci s klienty s afektivními poruchami či emočně nestabilní poruchou osobnosti, kdy je možné tradiční přístup obohatit například na poli témat o některé náměty více související s emocemi a stejně tak je tomu i s technikami. Specifický postup je však nutné dodržovat u klientů s jednou z výše zmíněných diagnóz, pokud trpí zároveň i psychotickými příznaky. Kazuistiky shrnují anamnestické údaje, dále důležité momenty z tvorby daných klientů a z jejich verbálních i nonverbálních projevů v rámci tvoření v ateliéru. Zároveň zahrnují i možná další doporučení a nápady pro práci s uvedenými klienty.

7.1.1 Kazuistika 1

Muž, 51 let, 2. hospitalizace v PNB, přijat s diagnózou 32.1 (Středně těžká depresivní fáze), poprvé byl hospitalizován před několika lety po závažném pokusu o sebevraždu, podruhé přišel sám pro zhoršení symptomů deprese, na doporučení praktické lékařky. Na oddělení se v rámci arteterapie projevuje jako depresivní, abulický, bez známek tenze, avšak občas velmi hovorný a sarkastický, pociťuje ztrátu smyslu života, plně orientován, bez psychotických příznaků, suicidální myšlenky neguje. Má sníženou chuť k jídlu a zhoršený spánek. Žije sám, nespokojen s tím, že nemá partnerku. Aktuálně pobírá invalidní důchod. Podle lékařů je účelem jeho hospitalizace stabilizace stavu a aktivizace skrze farmakoterapii a psychoterapii.

Artefakty k 1. kazuistice



Obrázek 2: Most



Obrázek 3 : Boj s drakem



Obrázek 4: Perníková chaloupka

Interpretační východiska

Obrázek 2 byl namalován velmi rychle a energicky s použitím akrylových barev, štětců i prstů. Jde o téma most. Autor namaloval na mostě sebe (vlevo v tmavě modré) a potenciální budoucí partnerku vpravo (v oranžové). Ztvárnění takto malých postav oproti okolí, které jsou skoro pohlceny krajinou souvisí často výrazně s depresivní symptomatikou. Klient popsal artefakt jako cestu přes most zprava do leva, z divoké nebezpečné krajiny do hezčích míst, do klidu. Je patrné rozdělení artefaktu na dvě (takzvané TY a JÁ) poloviny, zatímco levá má nebe a jinou perspektivu, pravou polovinu zabírá řeka a chybí horizont. Rozdělení na ty a já polovinu může symbolicky vypovídat o tom, jak autor vnímá sebe vs. okolí, nebo o tom, co prožívá uvnitř a jak se prezentuje navenek, vůči okolí. Voda obecně je interpretačně spojena s pudovou energií, až sexualitou, řeka na obrázku je poměrně dravá, má více energie než například potok. O energii vypovídá i divoká změť červených čar vpravo dole na významném, podpisovém místě. Otázkou pak je, zda jde o energii skutečně pociťovanou, nebo o přání. Červená barva je mimo jiné také spojována se sexualitou. Autorův verbální popis cesty zprava do leva je neobvyklý, obvykle máme tendenci vnímat levou stranu artefaktu jako spojenou s minulostí a postavy směřujeme doprava, do budoucna. Toto vnímání stran je ale individuální záležitostí, autor může mít implicitně pocit, že budoucí je na levé straně obrázku, nebo je záměrem cesta zpět do minulosti. Na tomto artefaktu je každopádně z interpretačního hlediska

zajímavá dvojí perspektiva, kdy autor dělí realitu na dva světy, dále ona cesta z budoucna do minula, kterou by ale bylo potřeba ještě ověřit následným doptáním se klienta, poté využití sytých barev a energických gest, což vypovídá o zapojení emocí do výtvarné exprese a je pro depresivního pacienta neobvyklé, následně také energie skrytá v obsahu obrázku (symbolika řeky a červené barvy). Podoba artefaktu svědčí o zdařilé aktivizaci klienta, která byla jedním ze záměrů arteterapie. Přání klienta dostat se na levou polovinu obrázku s klidným nebem a horizontem může vypovídat o potřebě zbavení se psychických potíží spojených s duševním onemocněním, o touze po klidu. Most samotný moc bezpečí neposkytuje, vzhledem k faktu, že postrádá zábradlí a budí dojem, že jsou na něm postavy uvězněny, protože ani jeden konec nikam nevede. Levá část artefaktu obsahuje zajímavě ztvárněnou perspektivu a atmosféru na obzoru, výhled, zatímco „těžkou“ pravou část s navrstvenými barvami by v rámci terapeutické intervence bylo možné doporučit vymýt a znovu zpracovat.

Na obrázku číslo 3 je patrný autorův humorný a někdy až sarkastický přístup k jeho aktuálnímu životu a okolí. Namísto boje s drakem ztvárnil akvarelem situaci, kdy s drakem nebojuje, nýbrž se s ním přátelsky baví u piva. Toto ztvárnění může vypovídat o autorově pocitu, že zlo už přemohl, nepotřebuje s ním bojovat, případně se ho pokouší obelstít. Na místě by byla otázka, zda se o to snaží s pomocí alkoholu. Dále by bylo dobré nepředpokládat automaticky, že drak symbolizuje autorovu duševní chorobu a zlo či problémy, které jsou spojeny s jeho životem a doptat se na to, jestli by za postavu draka dosadil nějakou osobu, podle toho by se odvíjela následná interpretace. I na tomto artefaktu je patrné rozdělení obrázku do dvou polovin, levé a pravé. Levá, patřící drakovi má červené pozadí. Jak už bylo zmíněno výše, červená symbolizuje mimo jiné energii na škále od sexuality po agresivitu. Vnímá autor draka stále jako ohrožení? Autorova strana obrázku má žluté pozadí, které může vzhledem k symbolice dané barvy být považováno za ukazatel autorovy hovornosti, extravertizace a potřebě „být na pódiu“ a bavit okolí, například svým smyslem pro humor až sarkasmem, který může být prostředkem pro vyrovnání se se symptomy nemoci. Úvahy o vítězství nad situací a o tom, koho či co vlastně symbolizuje drak, jestli osobu, nebezpečí, nemoc nebo pokušení, sílu a energii, tyto interpretační obsahy se odvíjí od faktu, že autor sebe i draka „posadil na trůn“ atypickým ztvárněním židlí. Na obrázku se jeho alter-ego tváří spokojeně s danou situací.

Na obrázku číslo 4 je způsobem provedení patrná menší autorova koncentrace (způsobená například zaplavením emocí) či menší motivace ke zpracování tématu, které mu mohlo nějakým způsobem (pro svůj obsah nebo vlivem aktuálního naladění) nevyhovovat. Také je možné, že mu téma vyhovovalo velmi a artefakt proto vytvářel rychle. Podoba

artefaktu, jako u všech ostatních obrázků a klientů, může samozřejmě souviset s aktuálním vývojem duševního onemocnění, viz fáze onemocnění popsané v teoretické části (3.4.5). Každopádně jde o výraznou změnu oproti předchozím dvěma artefaktům. Na obrázku rozeznáme jednu postavu jdoucí do lesa, chybí další postavy či chaloupka (ztvárnění intrapsychické reality, vlastní osobnosti, poměrů v primární rodině – domov). Uprostřed artefaktu je opět předělující motiv, který připomíná řeku tekoucí z/do pravého horního rohu artefaktu. Tento motiv byl popsán i u prvního obrázku. Růžové nebe v levém horním rohu může mít symptomatický charakter. Zajímavé je i provedení stromů, které svou na jednu stranu nekonkrétností a na druhou stranu stereotypií dává možnost hledání dalších obrysů a postav, jako je tomu například u akčních akvarelů. Artefakt celý je orientován spíše doleva, což může svědčit o potřebě návratu do minulosti, regresi, menší ochotě ke změně a větší stabilitě současné situace, co se duševního onemocnění týče.

U tohoto klienta by měla být prvořadá arteterapeutická práce směřovaná k podpoře, k umožnění náhledu na jeho současný život a k dodání odvahy ke změnám, které žádá. Měla by klienta aktivizovat vzhledem k povaze jeho onemocnění, zároveň by ale také bylo vhodné monitorování zvýšené aktivity a rozhodnosti v obrázcích spojené s úbytkem symptomů, vzhledem k jeho historii sebevražedných myšlenek a pokusu.

7.1.2 Kazuistika 2

Žena, 58 let. 3. hospitalizace v PNB. Na oddělení Následné péče aktuálně přeložena z takzvaného Chronického pavilonu. Nejdříve jí byla diagnostikována F61 (Smíšená porucha osobnosti) včetně anxiózně depresivní dekompenzace (symptomů), poté F34.1 (Dystymie). Klientka má dospělé dceru. V anamnéze šikana v dětství (zlomená ruka), šikana v práci, psychické i fyzické týrání bývalým manželem. Má za sebou opakované sebevražedné pokusy. Paní si svévolně upravuje skutečnosti tak, jak se jí hodí, teatrálně strhává pozornost na sebe, je patrné manipulativní jednání, specifická porucha osobnosti však zatím nebyla diagnostikována, aktuálně jsou v plánu další komplexní psychiatrická a psychologická vyšetření. Na skupinách převládá propad v psychickém stavu k depresi, emoční labilita, úzkost, ruminace a negativismus, který se nedaří terapií zlomit. K poslední hospitalizaci byla přijata pro sebevražedné myšlenky, které nyní neguje.

Artefakty k 2. kazuistice



Obrázek 5: Šípková Růženka



Obrázek 6: Volné téma, abstrakce



Obrázek 7: Zkoušení techniky, skleněné kuličky namočené v inkoustu I



Obrázek 8: Zkoušení techniky, skleněné kuličky namočené v inkoustu II



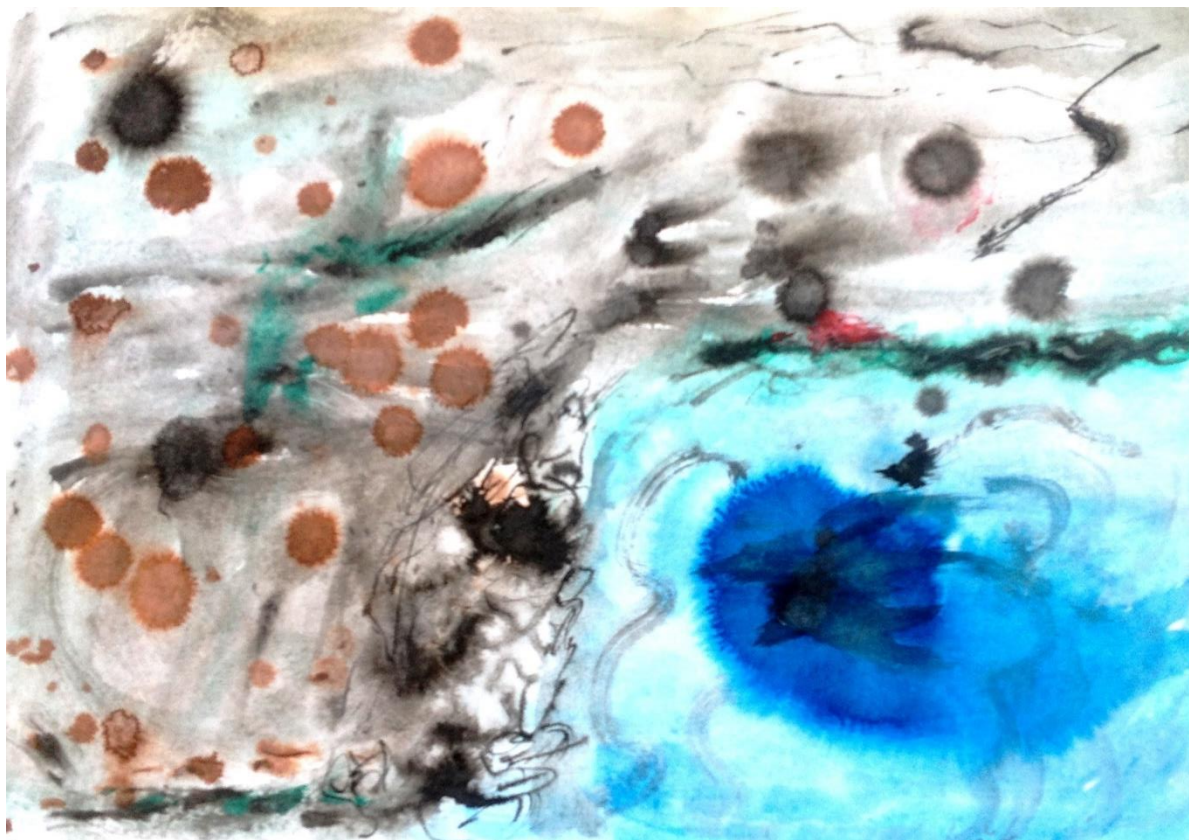
Obrázek 9: Obloha I



Obrázek 10: Obloha II



Obrázek 11: První školní den



Obrázek 12: Zážitek z dětství

Interpretační východiska

Obrázek 5 popsala klientka jako Šípkovou Růženku v zahradě plné rudých růží, která se houpe na houpačce. Pokud bychom přistoupili na tento výklad, je patrné regresní nahlížení na artefakt z více perspektiv. Použití sytých červených a zelených odstínů dosažených zapíjením tuše vypovídá barevnou kombinací o určité tenzi a sytosti barev o hloubce emočního prožívání autorky. Červené skvrny připomínají krev, zejména ty, které jsou součástí tvaru připomínajícího bránu či pergolu, který obklopuje a odděluje postavu-Růženku od zbytku obrázku. Zde je možné uvažovat nad propojením obsahu obrázku a autorčinými zkušenostmi s domácím násilím a pokusy o sebevraždu. S potřebou chránit se před nebezpečím v podobě červených skvrn a obrazců připomínajících obličejů svým vymezeným prostorem, barikádou. V podobném kontextu by bylo možné interpretovat i červenou - krev, nebo ležící Růženku (autorku) a nejspíš „pískoviště“, které na první pohled připomíná spíše vykopaný hrob, nebo náhrobní kámen. Celý obrázek působí dojmem spíše utonulé Růženky. Vodní symbolika je popsána u kazuistiky 1. **Obrázek 6**, který vznikl při volné tvorbě může souviset s autorčinou zacykleností a ruminací, tendencí neustále se vracet v kruhu k negativním událostem jejího života, neustále si v přítomnosti připomínat minulost. Kruhy vyplněné barevnými kružnicemi jsou tři, z toho jeden působí nedokončeně. Mohli bychom se autorky ptát, co jí kruhy připomínají a proč jsou právě tři, jestli v podobě kruhů a jejich počtu vidí souvislost s nějakými životními událostmi. **Obrázky 7 a 8** jsou výsledky zkoušení nové techniky, kdy se skleněné kuličky namočené do barevných inkoustů nechaly kutálet po papíře (vloženém do krabice) aby tak vytvářely vzniklé obrazce. Klientka si tuto techniku velmi užila a po dokončení obrázek ještě polila vodou. Následně popisovala (v souladu s principem například akčního akvarelu) co v daných artefaktech vidí. **Na obrázku 8** popsala vzniklý kruhovitý útvar uprostřed jako krvavé slunce a pokračovala ulpíváním na představě, že „všichni jsou hluchí“, neslyší její nářek, ona ví, že je všechno špatné, nelze to vyjádřit slovy, pouze takto přes papír. Popisovala tornádo, beznaděj a smrt. Bylo tedy nutné jí pro prevenci zhoršení stavu zastavit v těchto sílících negativních volných asociacích a ruminaci a odvést její pozornost k něčemu jinému.

Doporučení pro práci s touto klientkou by mohlo být držení se konkrétních témat v artefaktech, řešení reálných minulých či přítomných situací v jejím životě pro získání náhledu a alespoň dočasné vyhnutí se abstrakci a akčním technikám, které „roztáčí nekonečné spirály“. Výkladu tornád a spirál je věnována část podkapitoly 5.4.2, **protože jde o prvky charakteristické i pro pacienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Záleží však na aktuálním psychickém stavu klienty. Dalším možným a pro klientku méně**

náročným východiskem pro arteterapeutickou činnost by případně mohlo být malování zaměřené spíše na expresivní složku, nikoliv obsahovou a následný interpretační postup, pro vyhnutí se ruminacím. Vhodné by také mohlo být prozatímní ponechání anilinových vodovek k dispozici. Tyto specifické vodové barvy umožňují svým výrazným pigmentem i klientům, kteří barvy téměř nepoužívají s vynaložením malého úsilí zakomponovat alespoň omezený barevný prvek do svého artefaktu, i pár tahů štětcem je dostatečně výrazných. Jde o cestu, která umožňuje časem přechod na klasické akvarelové barvy a na začátku pomáhá například depresivním klientům zbavit se strachu či odporu z barev a vytvořit artefakty, které by s klasickými vodovými barvami nevytvořili. **Dalším krokem by pak mohlo být zpracování barev (a tím i vyjádření emocí) do kontextu reality, do realisticky zpracovaných konkrétních témat.** Obrázky 9 a 10 vznikly v rámci jedné hodiny na téma Obloha. Jestliže je možné spojovat dění na obloze s aktuálním psychickým děním, je obrázek 9 spíše depresivní, těžké černé nebe před bouřkou, nebo za bouřky. Později na něj autorka dodělala „krvavé cákance“. Tato prodleva v dokončení obrázku a jeho následné dokončení tímto způsobem může být (jako jednou z možností) vysvětleno agravační symptomů a po zhodnocení obrázku a pauze další přidání na dramatictosti. To by souviselo s autorčíným manipulativním jednáním a strháváním pozornosti na sebe. Tyto interpretační obsahy se však vztahují k procesu vzniku obrázku, který byl náhodně zachycen, nikoliv k jeho obsahu. Obrázek 9 může připomínat spíše vodu a záplavy. Na místě by byla otázka, čím se cítí autorka zaplavena, jestli svými emocemi? Druhá obloha byla vytvořena anilinovými barvami v kombinaci s klasickými vodovkami. Z interpretačního hlediska je zajímavá především její barevnost. Artefakt je rozdělen uhlopříčně (dle takzvané otcovské uhlopříčky) na levou horní a pravou spodní část, kdy levý horní roh působí díky zvoleným barvám až psychedelicky a pravá polovina včetně podpisového místa autorky připomíná odumřelou tkáň lidského těla. Celkově artefakt působí nezdravým dojmem.

Na obrázku 11 je opět vidět více pohledů / perspektiv najednou. Dominantou obrázku je strom na pravé straně nakreslený en face, který může symbolizovat autorčinu osobnost z hlediska výkladu podle Baumtestu (Koch), nebo mužskou autoritu (je i na konci otcovské uhlopříčky). Může se zdát, že šedé květiny nakreslené v podobě šípů na něj míří, útočí. Na identifikačním místě autorky je žebřík, což nabízí interpretační otázky typu odkud a kam je potřeba vylézt, vyškrábat se, proč. Dále by otázky mohly být směřovány na jedinou postavu na obrázku, jestli se plazí po čtyřech, nebo leží, nebo jde a proč tomu tak je. Záměrem bylo nejspíše namalovat postavu jdoucí do / ze školy, nakonec se však autorka ztvárnila na všech čtyřech končetinách, což může vypovídat o prožívání situace. Škola pro ni nebyla přívětivým

prostředím, jak je popsáno v úvodu kazuistiky, byla často šikanována. Kruhový útvar vyobrazený uprostřed reprezentující fontánu může připomínat lidskou postavu a tvarem fontány autorčin sklon k neustálému „běhání v kruhu“ svých potíží. Zobrazení fontány je věnována až neurotická pozornost (vytečkování).

K poslednímu obrázku od této autorky (12) se pojí příběh, který k němu na skupině vyprávěla. Tématem byl zážitek z dětství a autorka popisovala, jak se jako dítě na dovolené u moře ztratila rodičům a ve skalách u břehu si poranila kotník. Na obrázku jsou tedy podle ní skály, moře a její postava (černá tečka obklopená krvavou skvrnou), s poraněnou nohou. Interpretačně významná je už volba obsahu ke ztvárnění tohoto tématu. Zranění nebývá obvyklou asociací k zážitku z dětství a v případě této autorky se může zdát, že se zranění, ať už fyzická nebo psychická prolínají celým jejím životem i tvorbou. Obrázek 12 má hnědo-černo-modrou barevnost. Kapky a cákance tuší budí dojem stařeckých skvrn na kůži či staré fotografie s kazy. Jde o expresivní způsob pojetí který, jak už bylo nepřímou uvedenou výše je autorky oblíbený a techniku zapíjení inkoustových skvrn či rozmývání obrázku vodou praktikuje často v souladu s jejím emočním prožíváním. Obrázek je spíše chaotického uspořádání, což rovněž může odkazovat na prožívané emoce. Připomíná spíše akční akvarel, uprostřed v dolní části skvrny připomínají realistické oko a obličej. Celkově budí obrázek dojem více přítomných hledících očí, na danou vzpomínku? Větší plochu obrázku zabírá černo-hnědá barevná kombinace, která má jako jeden ze symbolických významů tvrdé prosazování řádu, nebo naopak například negativní vztah k tomuto řádu a pravidlům ze strany autorky. Hnědá je barvou otcovskou, barvou domova. **Další interpretační otázky pro klientku by se týkaly pravděpodobně jejího vztahu s rodiči. Nerealistické ztvárnění obrázku vypovídá o obtížnosti realistického ztvárnění vzpomínky z dětství.**

7.1.3 Kazuistika 3

Žena, 22 let. 8. hospitalizace v PNB, kdy na oddělení Závislostí byla tou dobou pro abúzus alkoholu současně hospitalizována její matka, kterou pacientka chodila navštěvovat. Diagnóza F31.6 (BAP, Smíšená fáze), dále F60.3 (Emočně nestabilní porucha osobnosti). Pacientka je po většinu času klidná, přátelská a spolupracující, s akcentovanými rysy emočně nestabilními, nálada v normě, místy nedodrží společenský odstup, v souvislosti s poruchou má tendenci přilnout k personálu. Reflektuje nízké sebevědomí v důsledku nárůstu hmotnosti po medikaci, dále vysoké nároky na sebe. Idealizuje si rodiče. Má sklony řešit mnoho věcí naráz a pak se hroutit z toho, že nic nestíhá a nedělá tak dobře, jak by chtěla. Má zaměstnání v tréninkové prádelně a v rámci ergoterapie se učí vařit. Dochází na individuální i skupinovou psychoterapii a arteterapii.

Artefakty ke 3. kazuistice



Obrázek 13: Oblíbená pohádka : O svatební kraje



Obrázek 14: Šípková Růženka



Obrázek 15: Obloha I



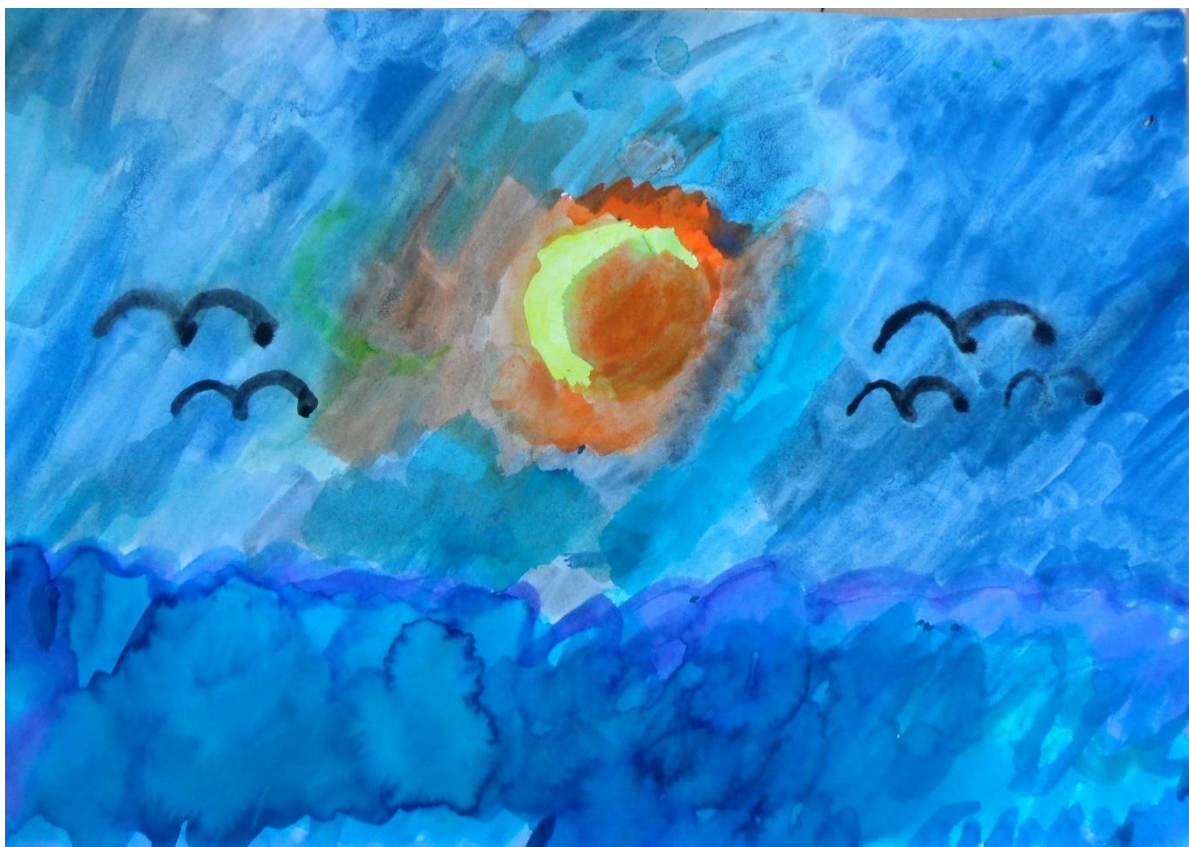
Obrázek 16: Obloha II



Obrázek 17: Most



Obrázek 18: Krajina



Obrázek 19: Obloha III



Obrázek 20: Boj s drakem



Obrázek 21: Zážitek z dětství

Interpretační východiska

Artefakty autorky působí obsahově i zpracováním spíše dětským dojmem, navzdory jejímu dospělému věku a faktu, že maluje ráda a často. Vzhledem k charakteru jejího onemocnění je pro ni jistý regres v chování se na oddělení k personálu i k (starším) pacientům běžný. Obrázek 13 znázorňuje autorčinu nejoblíbenější pohádku s názvem O svatební kraje. Autorka uvedla k obrázku komentář, že jde v dějové linii vlastně o princeznu, která nechtěla být sama sebou. Tento komentář je pro autorku také charakteristický. Pohádka vypráví především o dospívání, učení se trpělivosti a o vážených dospělých autoritách, což jsou pro autorku důležitá témata. Na obrázku je vidět šipkami znázorněný děj pohádky. **Chybí ukotvení, postavy a předměty létají v prostoru, obrázek je rozložen na fragmenty, což může vypovídat o vztahu autorky k realitě.** Některé předměty jsou nakresleny jen jako obrys tužkou, jiné jsou vybarveny, lze tedy předpokládat, že ty vybarvené jsou pro autorku významnější. Útržky látky svým vzhledem připomínají spíše dva k sobě otočené profily a růžový nástroj na výrobu krajky připomíná na první pohled spíše ženské poprsí. Autorka v době namalování tohoto obrázku hodně řešila svou matku, hospitalizovanou také v PNB, jak bylo zmíněno. Zároveň si ji, nejspíš i v souladu se svojí emočně nestabilní poruchou velmi idealizuje. Celé ztvárnění pohádky připomíná nakreslenou ideální cestu autorčím životem, ve kterou možná doufá, a to z toho důvodu, že ženskou

postavu na obrázku nakreslila sobě velmi podobou, přestože herečka ve filmu měla téměř černé vlasy a hnědé oči, hrad vypadá spíše jako dům a královská koruna, meč a žezlo nejsou mezi (emočně) důležitými – vybarvenými předměty, z pohledu diváka jde tedy spíše o reálný příběh. **Obrázek 14** znázorňuje Šípkovou Růženku, na které je na první pohled nápadné její poprsí, zdůraznění ženskosti může souviset s mentálním věkem autorky a jejím aktuálním dospíváním, nebo s tématem mateřským zmíněným v předchozím obrázku. Obrázek je opět ztvárněn regresně, tentokrát co se uchopení krajiny a perspektivy týče (hnědá linie pro zemi na dolním okraji papíru a na ní kopec, na kterém je postaven hrad, nebe chybí). I zde hrad vypadá spíše jako dům. Není oproti zbytku obrázku vybarven, což může vypovídat o nepřítomnosti domova v autorčině životě, nebo o domově který se rýsuje jen v představách? **Postava Růženky má ruce za zády, respektive jí chybí dlaně, což může poukazovat na autorčinu neangažovanost v dění, bezmocnost, dávání rukou pryč od tématu / problému.** Ruce za zády má jediná ženská postava na obrázku i na artefaktu číslo 21. Květin na obrázku je 21, což může souviset například s autorčíným věkem. Růženka je na obrázku obrostlá až svázaná trním ale usmívá se – cítí se tak autorka? Co ji svazuje a znemožňuje jednání? Další dva obrázky vznikly na téma obloha.

Na obrázku 15 vidíme zapadající či vycházející slunce za mořskou hladinou. Co se symboliky týče, moře může být považováno za symbol nevědomí, pudové energie, sexuality (jako vodní živel obecně), hladina je klidná, nerozbouraná, což může vypovídat o aktuálním ladění klientky. Slunce je symbol energie, síly, života, světla (i naděje), je spojován spíše s mužským principem, oproti luně, která je na druhém obrázku. Na obrázku je slunce žhnoucí více barvami a jakoby protipólem k ohni je klidná tmavá voda. Tento obrázek může vystihovat klientčino kolísání od jednoho pólu k druhému v rámci bipolární afektivní poruchy, nebo celkově emoční lability, která je spojená i s emočně nestabilní poruchou osobnosti, její druhou diagnózou. **Na obrázku 16** vidíme už zmíněný měsíc odpovídající spíše ženskému principu, možná související s matkou klientky, který je zašpiněn šedou barvou, a ačkoliv nebylo nejspíš záměrem namalovat měsíc v novu, nedá se o něm říct, že by svítil jako úplněk. Totéž platí pro hvězdy, které jsou vlivem vrstvení žluté pastelky přes modrou také špinavě žluté. Měsíc má částečný, nejasný obrys a tvar. **Pokud se budeme držet hypotézy, že měsíc skutečně symbolizuje klientčinu matku, (nebo nějakou ženu v jejím životě, případně i její ženské sebepojetí), je nejasný, zastřený, bez kontur udávajících tvar, což může přinést další interpretační východiska. Špinavá žlutá může vypovídat o nějakým způsobem ztížené komunikaci, o tom, že hvězdy přes svou zář nejsou vidět, nesvítil dost, což může souviset například s autorčíným postojem – malováním sebe s rukama za zády / bez dlaní.**

K obrázku na téma most (17), které upravila na „most přes minulost“, vyprávěla klientka příběh, jak se vyrovnává s odchodem prarodičů, které na obrázku symbolicky znázornila jako záhonky na jejich zahrádce, jak musela přejít most a jít dál. **Sama sebe znázornila jako srdce, stejně jako na obrázku 20 (Boj s drakem).** Tento způsob sebezprezentace na obrázcích je podle Šickové -Fabrici (2016) charakteristický pro citově deprivované děti či pro emočně labilní klienty. Srdci znázornila i cestu, kterou šlo a kterou půjde. Stejně nalinkovaně, jako na jejím prvním obrázku (13). Most (17) je malován suchými pastely. Na první pohled upoutají až nezdravě jedovatě působící zelené (zeleno žluté a zeleno modré) odstíny trávníku a vody, které klientka použila. Zvýrazněný až „jedovatý“ zelenožlutý odstín je v přírodě varovným znakem a nejinak tomu může být i v klientské produkci. Na obrázku je výrazné rozdělení řekou na stranu pravou a levou, na stranu TY a JÁ, jak už bylo zmíněno u první kazuistiky. Perspektiva je na tomto obrázku opět nezvládnutá, je použit pohled z ptačí perspektivy na most a stromy jsou zobrazeny z pohledu en face, což opět může vypovídat o pomyslném návratu do dětského věku. Za pozornost stojí i stromy, v levé polovině obrázku se nachází starý, na pohled nemocný či suchý strom s holými ulámanými větvemi, zrcadlově na druhé straně jsou stromy mladé a zelené. Stromy můžeme interpretačně vztahovat k sebepojetí či k druhým lidem (viz poznámky výše o Baumtestu a o stromu jako mužském symbolu). V tomto případě s TY stranou vlevo a JÁ stranou vpravo by se dalo říci, že autorka vnímá TY polovinu a starý strom na ní jako polovinu starou / nemocnou atd. Oproti rozkvetlé pravé polovině obrázku, se stromy a srdíčky. Bylo by vhodné zeptat se klientky na obsazení stromu, nebo na asociace ke stromu (nalevo). Kromě srdíček je patrné zde i na dalších obrázcích zkratkovité komiksové vyjádření i pro vrány na obloze a vlnky v řece, může jít o další signál, že se autorka nachází mentálně spíše v pubertálním věku, navzdory chronologickému.

Vhodnou arteterapeutickou intervencí by v jejím případě z hlediska Rožnovské arteterapie mohlo být vedení k reálné tvorbě (pokusit se zobrazit realistické postavy a svou postavu namísto srdíček, kreslení reálných vran namísto zvlněné karikaturní zkratky), rozvolnit tuto stylizaci a umožnit autentický projev. Také by bylo dobré zaměřit se na reálné ztvárnění perspektivy. Vrány, připomínající pubertu na obzoru a květiny připomínající stopy ptáků jsou vidět na artefaktech 18 a 19.

Obrázek 18 je podstatný hlavně z toho důvodu, že jde o první akvarel. Přesto nebo možná právě proto se autorka pokoušela práci vodových barev kontrolovat, což je patrné zejména na ohraničení kopců tahem a na bílých místech kolem větví stromů. Stromy mají atypický tvar, připomínají svými silnými kmeny spíše baobaby. Kořeny jsou „useklé“,

respektive nejsou vůbec viditelné, což může vypovídat o odříznutí se od primární rodiny a tloušťka kmene o odolnosti a obranách stromu /autorky v průběhu růstu / dospívání. **Na artefaktu 19** jako by se klientka nemohla rozhodnout, jestli namaluje měsíc, nebo slunce. Z interpretačního hlediska bychom se u tohoto faktu mohli pozastavit a vrátit se k významům slunce a měsíce popsaným výše.

Obrázek Boj s drakem (20) popsala klientka jako svůj neoblíbený, protože „nemá ráda slovo bojovat“, na což by se dalo také interpretačně v rozhovoru navázat. Dále kritizovala sama sebe za to, že drak nevypadá jako drak, ale spíše jako kaktus. **Z tohoto důvodu by v budoucnu mohlo být pro klientku přínosné vyzkoušet si ztvárnit například téma Medúzy, aby měla možnost vyjádřit skrze tvorbu i negativní emoce.** I zde klientka znázornila sebe jako růžové srdce (viz výše). Na obrázku jsou patrné nejspíš nezáměrně namalované falické symboly (na podpisovém místě vpravo dole, domky na levé polovině obrázku), což může interpretačně souviset i s tryskající fontánou uprostřed (viz význam vodního živlu výše). I na tomto obrázku jsou použity dvě perspektivy, shora a en face pohled.

Zážitek z dětství (21) vypráví o cestě do Disneylandu, kterou klientka s matkou absolvovala jako dítě a na kterou moc ráda vzpomíná. Můžeme si povšimnout, že i zde je srdce, které ohraničuje hlavní obsah obrázku uprostřed. **Toto srdce je obklopeno duhovým ohňostrojem, což může vypovídat o klientčině emoční labilitě, nebo o emočně nabitě situaci, stejně jako tornáda na obrázku, která klientka popisuje jako „cesty“.** Celý zámek je jakoby v plamenech. Klientka sama sebe znázornila jako princeznu a opět s rukama za zády, navíc je zde patrná nestabilita – nemá nohy, nestojí nohama na zemi. Sebepojetí v souvislosti se zobrazováním princezen a obliba fialové či růžové barvy je do určitého věku nesymptomatickým jevem souvisejícím u dívek s homoerotickou fází vývoje. Preference růžové a fialové jako dívčí identifikační barvy se objevuje už například v předškolním a následně školním věku, částečně i ve věku pubertálním. Autorce je 22 let, přes své průměrné až lehce nadprůměrné IQ se z hlediska výtvarné exprese jeví jako emočně nevyzrálá (cca na 12 let), je patrný emočně-kognitivní rozpor ve vývoji, který je charakteristický pro pacienty s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti. Některé artefakty postrádají kontext a působí s ohledem na fragmentizaci neuceleně, což může vypovídat o autorčině řešení kontextů a vztahovosti v běžném životě a v interpersonálních vztazích. S těmito fakty lze nadále terapeuticky pracovat.

7.1.4 Kazuistika 4

Žena, 43 let. Opakovaně v PNB. Diagnóza nejprve F61 (Smíšená porucha osobnosti), poté F60.3. (Emočně nestabilní porucha osobnosti). Je rozvedená, s bývalým manželem má syna, syn věkově první stupeň ZŠ. V současné době má partnera, který se o syna stará, zatímco je hospitalizována. Důvodem k poslední hospitalizaci bylo zhoršení stavu poté, co syn odjel na svůj první letní tábor, dále kvůli partnerským neshodám. Předtím sebevražedný pokus / sebepoškození. Pacientka klidná, slušná, bystrá, spolupracující, ale ostražitá. Emotivita aktuálně plošší, mírná anxieta, subdepresivní ladění bez suicidálních úvah a akcentované osobnostní rysy. Nález na magnetické rezonanci – nespecifická gliová ložiska v bílé hmotě v oblasti frontálního laloku. V rámci arteterapie se jeví jako milá, ochotná spolupracovat, ráda maluje, vyžaduje oceňování a chválu.

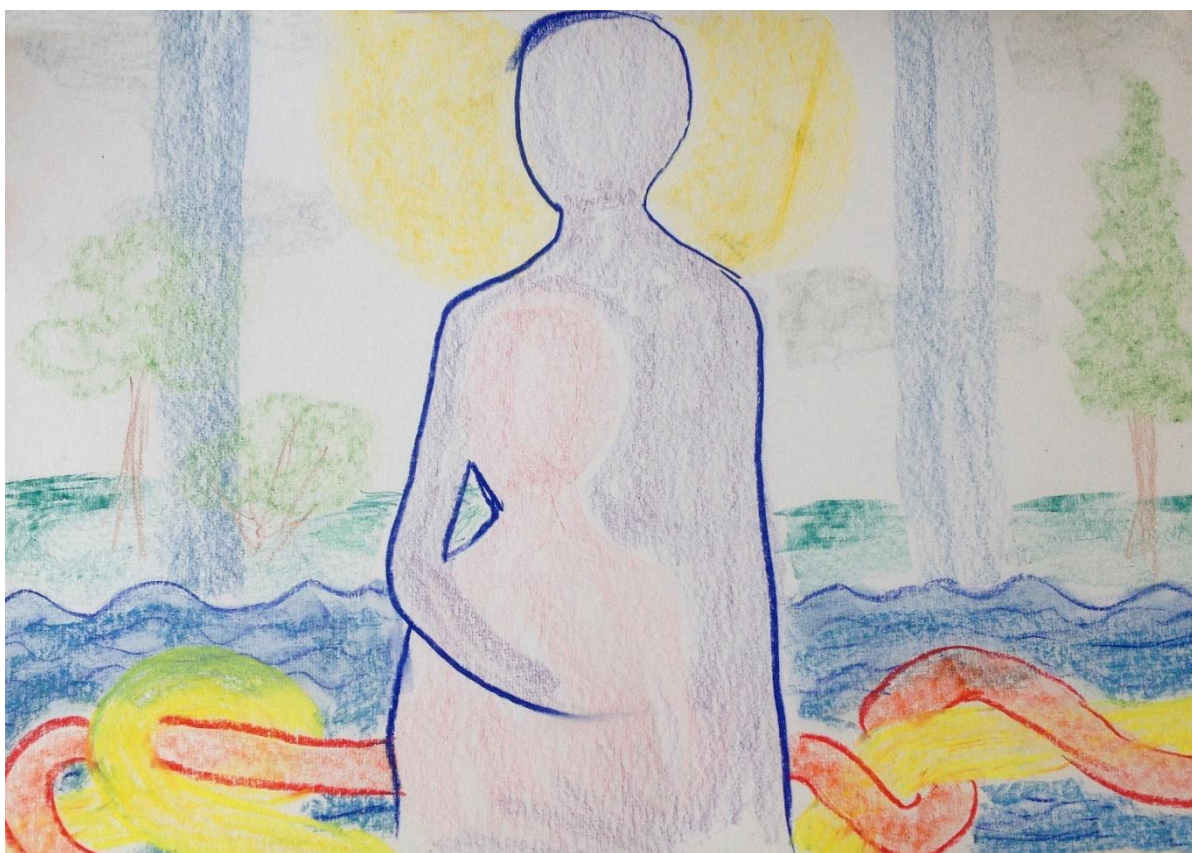
Artefakty ke 4. kazuistice



Obrázek 22: Volné téma



Obrázek 23: Oblíbená pohádka: Křemílek a Vochomůrka



Obrázek 24: Matka a dítě



Obrázek 25: Autoportrét



Obrázek 26: Boj s drakem



Obrázek 27: Adam a Eva



Obrázek 28 : Kvinternocolor



Obrázek 29: Akční akvarel



Obrázek 30: Dokreslování výstřižku z novin



Obrázek 31: Špatný zážitek



Obrázek 32: Krajina, práce s perspektivou



Obrázek 33: Uhlová rezerva



Obrázek 34: Hezký zážitek



Obrázek 35: Obloha

Interpretační východiska

Klientka č. 4 docházela do ateliéru často, oblíbila si arteterapii a k výzkumu poskytla nejvíce artefaktů ze všech. **Obrázek 22** byl vytvořen spontánně na volné téma v rámci pauzy mezi hodinami arteterapie. Autorka na něm znázornila svou aktuální situaci, sebe, jak odpočívá, v rámci hospitalizace. Brala svůj pobyt v psychiatrické nemocnici jako spíše jako odpočinek od starostí, dovolenou. Na obrázku na první pohled upoutá množství oranžových kulatých útvarů na obloze, které připomínají několik sluncí. Jde o nekonkrétní výplň oblohy, která působí dojmem, že autorka potřebovala něčím pro interpretaci ne příliš významným zaplnit prostor. Může souviset i s takzvaným horror vacui fenoménem, zmíněným v teoretické části práce, nebo interpretačním obsahem spirálovitých útvarů, který je popsán v podkapitole 7.3.2. Dominantní oranžová barva může vypovídat například o sourozeneckých vztazích a rivalitě, bývá také spojována s oralitou a závislostní problematikou, dále s komunikací obecně, někdy až s histriónskými rysy. Dominantou obrazu je květina, která je, na rozdíl od autoportrétu autorky, barevná. Barvy okvětních lístků jsou dosti atypické, kombinace růžové a fialové se vyskytuje i u KTC (kvinterncolor testu), obrázek 28, kde je blíže popsána. Důraz na florální motivy, případně „výplň bílých míst“ z listů se objevuje napříč celou tvorbou autorky. U obrázku 22 je zřejmé, že klientka věnovala více času a práce části reprezentující oblohu, která

je spjata s emocemi a představami a na prvním plánu (trávníku) si nedala tolik záležet. První plán v topografickém výkladu symbolizuje realitu a přítomné dění. Otázky v rámci interpretace by se týkaly například faktu, že se autorka nakreslila černobíle a okolí je pestrobarevné, dále oné dominantní květiny, smyslu sluncí na obloze (mužský princip, viz výše), nebo smyslu modré koule, kterou si nakreslila na prsou.

Obrázek 23 měl být ztvárněním klientčiny oblíbené pohádky Křemílek a Vochomůrka. Při analyzování výsledku vyvstává otázka, jestli autorka nepochopila zadání, nevzpomněla si na obsah příběhů o Křemílkovi a Vochomůrkovi, nebo byla markantní změna obsahu záměrem a způsobem, jak na sebe upoutat pozornost, což by souviselo i s prvním autorčíným obrázkem. Jde na obrázku 23 o demonstraci problému? Kdo jsou ti lidé, které autorka nakreslila jako tři pohádkové bytosti, jednu zjevně mrtvou, druhou jako plačící, možná znázorňující ducha a třetí jako pohřbívající prvního a smějící se celé situaci? Z hlediska další interpretace by bylo vhodné tyto postavy obsadit. Je možné, že byl obrázek využit jako prostředek k vybití agrese či hněvu, nebo že zobrazuje nějakou konkrétní situaci z klientčina života (v agravované formě). Na obrázku můžeme vidět i biblickou symboliku (duši v podobě odlétající holubice). Dále opět dekorativní prvek z listů. Obloha je vybarvena v expresivním gestickém stylu, první plán je opět mnohem méně výrazný.

Obrázek 24 (Matka a dítě) má tendenci podobně šokovat, jako ten předchozí. Klientka na jednu stranu na skupině popisuje velmi blízký vztah ke svému synovi a vyčítá si své sebevražedné pokusy a sebepoškozování (které ale nemá v anamnéze zaznamenané), protože tím syn dle jejích slov trpí, na druhou stranu jí nevádí být hospitalizována v PNB, zatímco se o jejího syna stará její matka a její současný partner. Na obrázku nakreslila sebe a svého syna v symbióze na první pohled v jednom těle, neoddělené jinak než barvou. Matka je modrá a syn růžový. Vyžaduje v jejích očích hodně péče? Vnímá ho jako od sebe neoddělitelného? Postava matky má za hlavou slunce, zdá se, jako by si autorka nakreslila svatozář. Podobně je tomu i u obrázků 23 a 29, na obrázku 26 je propojení hlavy a slunce také zřejmé. Když se vrátíme k obrázku matky a dítěte, všimneme si dvou sloupů, vodní hladiny a provazovitých červeno žlutých útvarů, které jsou propleteny a mohou připomínat s ohledem na téma například pupeční šňůru. Jejich barevnost je výrazná, interpretačně možná až „příliš horká“. Dva sloupy v pozadí mohou reprezentovat na symbolické rovině dvě postavy. O významu vody v obrázku toho bylo napsáno více u předchozích kazuistik. Tento obrázek, stejně jako artefakt 31, který je popsán níže, budí dojem, že autorka svého syna sice fyzicky před několika lety porodila a oddělila se od něj, ale na úrovni myšlenek ho nosí stále v sobě. Postavy nemají obličej, nevíme tedy, jak se tváří a co asi prožívají. Dalším artefaktem je **autoportrét (25)**. I

ten klientka pojala zajímavě, a to pravděpodobně v souvislosti se svou diagnózou. Nakreslila své dobré já (vlevo) a své zlé já (vpravo, uprostřed obrázku). Proč má postava vlevo v ruce injekci a opasek s písmenem S ve stylu „Supermana“ bez rozhovoru nezjistíme. Zajímavé je, že autorka nakreslila obě postavy v černé, která může vyjadřovat vzdor, stejně tak jako smutek. Postava vlevo drží za ruku tu vpravo, obtočenou černým provazem. Působí dojmem, že se možná snaží pomoci druhé, vysvobodit ji injekcí z černého sevření a ze světa, který hraje na pozadí všemi barvami. Tento svět může mít souvislost s emoční labilitou. Postavy si nejsou vzhledově úplně podobné, na místě by bylo zeptat se klientky, kde vidí sebe a koho vidí na místě druhé osoby. Je například možné, že žena vlevo je, kvůli vzhledu, autorky mladší já? Nebo jde o někoho ze zdravotnického personálu? Každopádně obrázek spíše než realistickým dojmem působí snově. Není v něm vyobrazen prostor, pouze barevné plochy. Dominantou jsou postavy. Barevné pruhy na pozadí spíše než duhu – most – pozitivní úkaz připomínají střídání počasí, nálad, protože nemají tvar. Na žlutém pruhu můžeme vidět cosi co připomíná palmu, otázkou je, jestli je možné ji v tomto kontextu považovat za symbol vyjadřující pocit viny? Nebo například za symbol odcizení v rodinném kontextu?

Obrázek 26 (Boj s drakem) zobrazuje draka momentálně spícího, či mrtvého a na něm sedící autorku. Toto gesto vypovídá symbolicky o drakově momentálním přemožení či zkrocení. Zajímavé je na obrázku propojení Slunce, hlavy postavy a draka skrze světelný proud žluté barvy, začínající u Slunce a končící v drakovi červenými hvězdičkami / jiskřičkami. Toto zpracování tématu napovídá o propojení draka s autorčíným sebepojetím. Je drak tím, co dřímá v ní, je drak tím, co způsobuje, že autorka (postava na obrázku) vypadá ustaraně, smutně, jako s bolestí hlavy / s hlavou položenou do dlaní? Čím je pak ono žluté světlo a červené jiskřičky? **Nabízí se spojitost mezi autorčinou diagnózou, emoční labilitou a tímto zobrazením žluto-oranžovo-růžovo-červené energie, prostupující draka i postavu. Útvary za postavou (skalka) působí svou barevností ohořele. Skálu (chladný, drsný a nepřístupný prvek), i když mnohem menší, najdeme i na obrázku 27, na kterém z ní „vyrůstají“ dvě oproti okolí gigantické postavy, které mají znázorňovat Adama a Evu. Místo obličejů mají zelenou a modrou skvrnu, drží se za ruce a sedí se zkříženýma nohama. Těla mají bezbarvá, připomínají spíše sochy. Co nám chce autorka skrze toto provedení Adama a Evy, připomínající spíše giganty z antických bájí a pověstí, říci? Světle modrá barva v obličejích Adama může být výrazem dobré vůle, oproti symbolice tmavě zelené a tmavší modré barvy, vztahující se k depresivnímu ladění, dominantou tohoto obrázku je však opět velké Slunce. Tmavě zelená sama o sobě může odkazovat k vyššímu věku, nebo k touze po uznání a prosazení se. Autorka opět zdůraznila motiv listů, které mají na obrázku spíše dekorativní**

funkci (viz obrázek Křemílek a Vochomůrka 23, nebo obrázek Volné téma 22, kde jsou dekorativní oranžová kolečka). **Toto „vymalovávání prostoru dekorativními a neurčitými prvky“ je popsáno v Rennertově charakteristice tvorby duševně nemocných (1962), zmíněné v teoretické části. Šicková-Fabrice (2016) jej zmiňuje i u pacientů s organickým poškozením.**

Interpretačně by bylo zajímavé rozebírat s autorkou, proč nakreslila Adama a Evu ne jako dvě živé bytosti, ale jako dva giganty budící dojem soch. Z čeho zkameněli? Proč nemají tvář? Není nám určeno vědět, jak se tváří? Jde o další obrázek, který obsahuje fantaskní motivy neodpovídající realitě. Jedním ze směrů, kam se dále v arteterapii s touto klientkou vydat, by mohlo být větší kladení důrazu na realitu, ukotvení, který by klientce pomohlo vymanit se na chvíli ze světa svých představ a nahlédnout na reálný život, který žije.

Dalším **obrázkem (28)** je KTC (takzvaný kvinterncolor test). Můžeme si všimnout preference fialové barvy, kterou autorka použila na dvě kolečka z pěti i na číslování, kromě středového bodu. Fialová je ambivalentní barvou spojující v sobě klid modré a energii červené, mužský a ženský princip, možná z toho důvodu je označována za barvu mateřskou a **pečovatelskou**. Péče jako téma se týká i strany autorky, tak strany papíru věnované protějšku /druhým lidem. **Otázka je pak, jestli jde o péči poskytovanou, nebo přijímanou.** Pořadím nejprve vytvořila klientka takzvanou otcovskou uhlopříčku, sebe (kolečko na podpisovém místě) nakreslila až nakonec, což může vypovídat o jisté míře upozaďování se. Zároveň kolečko vpravo dole vybarvila růžovou barvou, kterou v jejím věku můžeme vnímat jako vlastní dojem o nedospělosti, nebo jako barvu symptomatickou, případně jako **demonstraci potřeby péče**, což by souviselo s pečující fialovou barvou na levé dolní (TY) straně obrázku. **Aktuálnost problému a ochota ho řešit je znázorněna žlutým centrálním kolečkem s pořadovým číslem 1, připomínajícím dominantní slunce na klientčiných obrázcích. Zároveň může žlutá vypovídat i o potřebě být vidět.** Barevnost je velmi podobná květině z klientčina prvního obrázku. Formát papíru je na šířku což vypovídá o větší stabilitě problému (menšímu potenciálu ke změně). Stejně tak potvrzení barevné volby (fialová). Růžová je spojena s určitou dávkou bílé barvy, kterou vidíme i na samostatném 4. kolečku. Ta může vypovídat o tom, že je druhá strana (TY) buď manipulována, nebo manipulující, případně neprojevující jasně své emoce.

U akčního akvarelu **(29)** se na podpisovém místě autorky objevuje postava se svatozáří. Tvar připomínající svatozář má klientka i na obrázku 23 a 24. **Obrázek 30** je dokreslením novinového výstřižku. Z volby dokončení krajiny je patrné, že jde o poměrně

dramatické zpracování. **Podnětem k zamyšlení by mohla být klientčina tendence dělat z běžných situací dramatické.**

Dalším obrázkem je **Špatný zážitek (31)**, ve kterém klientka opětovně znázornila svého syna uvnitř sebe (obrázek 24, Matka a dítě). Artefakt komentovala na skupině tak, že jde o zobrazení jejího posledního sebevražedného pokusu, kdy zůstalo jen u pořezení zápěstí nůžkami, kvůli kterému odběhla schovat se do nejbližší autobusové zastávky, aby nebyla doma. Dále skupině sdělila, že si toto své impulsivní chování a neschopnost se ovládnout vyčítá a že svého syna znázornila na obrázku také, protože je to on, kdo jejím chováním trpí. Zmiňuje synovu závislost na ní. **Otázkou a námětem pro další interpretace by mohlo být, do jaké míry jde o synovu závislost na ní a do jaké míry je ona závislá na něm**, například s ohledem na růžové (barevně) sebepojetí. **S neovladatelným impulsivním myšlením a v důsledku jednáním by mohl korespondovat fakt, že si autorka na obrázku nakreslila bouřkové mraky, ze kterých žlutě prší, jako součást hlavy.** Na artefaktu je zobrazena krev, která vytéká postavě z oblasti hlavy dolů. Jsou vidět i zmíněné nůžky. **Krev pochází z jiné části než ze zápěstí, působí, jako by ji klientka zvracela. Mohli bychom se ptát: Z čeho je postavě na obrázku špatně? Paradoxem je zde příjemná barevná krajina s kopci a květinami oproti dramatické scéně uprostřed artefaktu**, stejně tak tomu bylo u Křemílka a Vochomůrky, artefaktu, který autorka dozdobila zelenými lístky, ty se vyskytují i na obrázku Adam a Eva. Ke studii krajiny autorka na skupině řekla, že se z původní cesty v předloze stala během malování řeka, bavily jsme se potom, čím je pro ní řeka a s čím jí má spojenou. Řeku je možné vnímat jako mnohem dynamičtější prvek i co se symbolického významu týče a je pravděpodobné, že řeka byla klientce bližší než původně viděná cesta vzhledem k její diagnóze.

Uhlovou rezervu (33) popisovala klientka jako negativní zážitek vzhledem k technice a k výsledku. Nelíbila se jí práce s uhlem a nelíbil se jí způsob, jakým znázornila sebe samu. Nesnadný průběh při práci s touto technikou může svědčit o negativním sebepojetí i o určité míře skryté agrese (ať už vůči sobě nebo vůči okolí). Nedostatečný pocit vlastní hodnoty v souvislosti s nadměrnou potřebou péče a pozornosti může vypovídat o specifických osobnostních rysech, konkrétně narcistních. Vzhledem k potenciálu uhlové rezervy jako techniky pro pacienty ujasňující si vlastní identitu popsaném v teoretické části práce jde ale pro klientku o důležitou zkušenost. Zároveň jde o pokus přiblížení se realitě, které ve svých metaforických, někdy až fantaskních artefaktech uniká.

Obrázek 34 má být vzpomínkou na **Hezký zážitek**. Klientka ho popsala jako

dovolenou se svým stávajícím partnerem u moře. Postavy opět nemají obličej, není poznat, kdo je muž a kdo je žena. Je patrné hojné využití bílé barvy, hvězdice v písku i mraky na obloze jsou vytvořeny překrytím bílé barvy přes modrou a hnědou. Také jsou na artefaktu patrná bílá místa. Obrázek není dokončen do okrajů a prázdná místa tvoří bílý rám, což může svědčit o jisté míře neurotičnosti a potřebě kontrolovat výsledek, případně nezobrazit příliš mnoho, stejně tak i s ohledem na využití bílé barvy. Bez tmavě modré linky na obzoru by se obrázek jevil jako velmi nevýrazný.

Poslední obrázek od klientky na téma **Obloha (35)** se podobá již zmíněnému motivu modrého mraku a žlutého deště z obrázku Špatný zážitek (31). Přestože autorka chtěla nejspíš znázornit Slunce, které prosvítá skrz mraky, na první pohled vypadá motiv na obrázku spíše jako zlatý déšť. Zlatý déšť je symbolicky spojován s energií světla, transcendencí, znovuzrozením. Pojí se také s mýtickými postavami Perseem, Danaé a Diem, kdy byl prostředkem pro oplodnění Danaé a vznik Persea. Z hlediska barevné kombinace může tento obrázek vypovídat o určitém dilematu mezi introverzí a extraverzí, mezi akcí a klidem, dále také o emočním ladění klientky. Mraky mohou připomínat šedobílé struktury nalezené při rezonanci v autorčině mozku.

Klientka vzhledem ke svému vystupování na skupinách i vzhledem k obsahu tvorby potřebuje větší míru pozornosti a chvály než někteří další klienti ve skupině. Poskytování podpory a pozornosti je pro vytvoření bezpečného terapeutického vztahu s klientem důležité, konkrétně u pacientů s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti by ale mělo mít své hranice, jak bylo osvětleno v teoretické části práce. Vymezení hranic činí i pro člověka s touto duševní poruchou ze světa srozumitelnější místo. Důraz na žlutou barvu, zlatá slunce jako dominanty a dramatizaci situací může vypovídat o narcistních rysech, zvláště pak v kombinaci s černým (negativistickým) sebepojetím. Dále by bylo v případě této klientky vhodné alespoň pro začátek zaměřením se na realitu, případně na dodržování určitých pokynů při malování (například u tématu Adama a Evy znázornění i stromu i jablka a hada atd.). Po získání důvěry v rámci navázání dobrého terapeutického vztahu je možné pokračovat tématy a technikami pro vymezení identity (viz uhlová rezerva), nebo tématy, o kterých je klientce zatím nepříjemné hovořit (například vytvořením studené koláže).

7.2 Náměty a techniky používané při práci s klienty s diagnózou F30-F39 a F60.3

Z ofocených artefaktů je patrné, že i přes spolupráci celkem se třemi arteterapeuty a přes sběr dat na více místech se v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB) používají na třech různých odděleních obdobná témata a techniky, což lze připisovat faktu, že jsou všichni tamější arteterapeuti bývalými studenty / absolventy oboru Arteterapie na Jihočeské univerzitě. Není zde tedy ojedinělý výskyt témat používaných v Rožnovské arteterapii popsané v teoretické části práce, jako jsou například tradiční pohádky (Šípková Růženka, Perníková chaloupka), mýty a biblické příběhy (Adama a Eva), nebo témata spojená s tradicemi a ročním obdobím (Pálení čarodějnic). Co se technik týče, i tam si můžeme povšimnout souvislosti, klienti pracují s akvarelem, akčním akvarelem, vytvářejí koláže, uhlové rezervy. Navíc je častější výskyt práce s pastely a pastelkami, a to často z časových důvodů vzhledem k tomu, že arteterapie má v rámci programu omezenou časovou dotaci.

V teoretické části je zmíněna nutnost odlišovat mezi jednotlivými fázemi klientovy duševní nemoci a z hlediska toho volit optimální techniky, které klientovi neuškodí a zároveň mají potenciál pomoci. U afektivních poruch jde například o zklidnění a pokus o ukotvení u manických pacientů, o aktivizování pacientů depresivních, o využití abreakčních technik, které umožní uvolnění a vyplavení emocí pozitivních i negativních. Konkrétně jde například o akční akvarel nebo práci s tuší a akrylem (artefakty 2, 5, 7, 8, 12, 29). U emočně nestabilních pacientů je důležité získání představy o sebepojetí, získání náhledu na vlastní afektivitu, ale i přidání větší srozumitelnosti do interpersonálních vztahů, čehož můžeme dosáhnout kvalitním terapeutickým vztahem a dodržováním hranic.

Pro interpretační účely a z hlediska obsahu výsledných obrázků, které byly vytvořeny, se jako vhodná ukázala mimo výše zmíněná témata i náměty jako Boj s drakem, Obloha, Živly, či Autoportrét (v provedení klasickém, nebo jako uhlová rezerva). Boj s drakem (viz kazuistiky) umožnil klientům vyjádřit na papír svůj přístup k tomu, co je ohrožuje, kdy někteří si draka spojili se svou duševní chorobou. V textu jde o artefakty 3, 20 a 26. Obloha je vhodným tématem pro vyjádření emocí v souladu s topografickým členěním artefaktu podle Rožnovského arteterapeutického přístupu, kdy první plán na obrázku znázorňuje bezprostřední realitu a současný moment, druhý plán přítomné dění v širším časovém rozptýlu a centrální problém a rovina nebe a oblohy souvisí s výhledy, plány do budoucna, ale i s emočním prožíváním a náladou. Není náhoda, že klienti využívají pro vyjádření svých emocí skrze oblohu metafory počasí (artefakty 9, 10, 15, 16, 19, 22, 31, 35), je totiž stejně

proměnlivé, jako můžou být i lidské emoce, jak už bylo zmíněno v teoretické části práce. Stejně tak i zamyšlením se nad sebou a vyjádřením svého temperamentu na papír s použitím motivu jednoho ze čtyř živlů získáváme přehled o sebezpojetí autora a jeho emotivitě (artefakty 78 a 79). Sebezpojetí a vymezování si vlastní identity je velmi důležité pro pacienty s diagnózou deprese i s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti, jak bylo nastíněno v teoretické části. Při interpretacích je důležité mít na vědomí, že průběh nemoci je proměnlivý a interpretace nejsou vhodné například pro pacienty, kteří aktuálně zažívají manickou fázi s psychotickými příznaky. Zároveň pro pacienty s těžkou depresí je před nástupem efektu farmakoterapie obtížné udržet pozornost nad interpretačními obsahy. Dalším tématem, které bylo v PNB hojně využíváno zejména při práci s klienty s afektivními poruchami, byla Sopka. Toto téma opět umožňuje náhled na vlastní afektivitu.



Obrázek 36: Sopky

7.3 Charakteristické prvky v artefaktech klientů s diagnózou F30-F39 a F60.3

Níže jsou uvedeny fotografie artefaktů rozdělené podle diagnóz klientů, pod každou diagnózou jsou artefakty pro přehlednost ještě řazeny za sebou podle témat. Na konci obou podkapitol vztahujících se k charakteristikám tvorby pacientů s určitou diagnózou je i shrnutí zjištění pro danou diagnózu.

7.3.1 Afektivní poruchy (F30-F39)

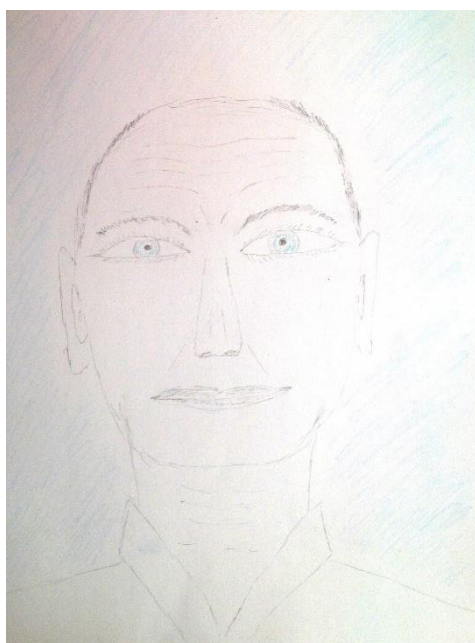
Autoportrét



Obrázek 37: Muž, 36 let, F30.2



Obrázek 38: Žena, 40 let, F32.2



Obrázek 39: Muž, 52 let, F32



Obrázek 40: Žena, 25 let, F31.2



Obrázek 41: Žena, 39 let, F33.2

Obrázek 42: Muž, 35 let, F32.2



Obrázek 43: Muž, 48 let, F30.1, první a druhá strana obrázku



Obrázek 44: Muž, 28 let, F31.4

Obrázek 45: Muž, 42 let, F33.2

Šípková Růženka



Obrázek 46 : žena, 37 let, F33



Obrázek 47 : žena, 41 let, F33.3



Obrázek 48 : žena, 57 let, F32.1



Obrázek 49 : žena, 44 let, F33.2



Obrázek 50 : žena, 25 let, F31.2



Obrázek 51 : žena, 52 let, F32.1



Obrázek 52 : žena, 36let, F33.0



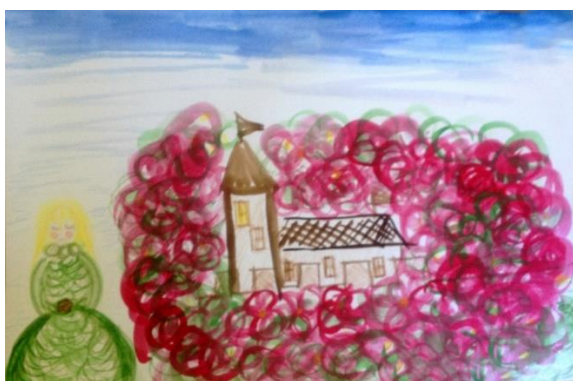
Obrázek 53 : žena, 41 let, F32.0



Obrázek 54 : muž, 38 let, F31.3



Obrázek 55 : žena, 32 let, F31.0



Obrázek 56 : žena, 56 let, F34.1



Obrázek 57 : muž, 61 let, F33.0



Obrázek 58 : muž, 35 let, F31.1



Obrázek 59 : žena, 49 let, F32.2

Perníková chaloupka



Obrázek 60 : muž, 33 let, F32.3



Obrázek 61 : muž, 41 let, F34.1



Obrázek 62 : muž, 39 let, F32.3



Obrázek 63 : žena, 35 let, F30.1



Obrázek 64 : žena, 44 let, F33.2



Obrázek 65: žena, 25 let, F31.2

Pálení čarodějnic



Obrázek 66 : žena, 23 let, F30.0



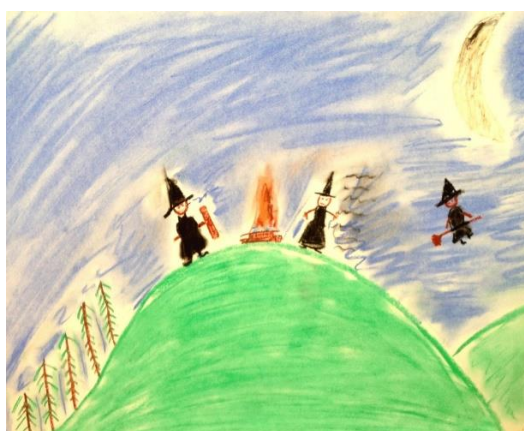
Obrázek 67 : žena, 40 let, F32.2



Obrázek 68 : žena, 66 let, F32.3



Obrázek 69 : žena, 33 let, F32.1



Obrázek 70 : muž, 37 let, F33.1



Obrázek 71 : muž, 32 let, F30.1

Shrnutí

Artefakty zde v podkapitole i některé artefakty v první a druhé kazuistice (pacienti s afektivními poruchami) jsou si v několika ohledech podobné. Charakteristické znaky pro tvorbu pacientů s afektivními poruchami jsou popsány v následujících odstavcích. Vzhledem k tomu, že označení afektivní poruchy je poměrně rozsáhlé a zahrnující široké spektrum poruch, je nutné odlišovat od sebe tvorbu pacientů například s depresivní a s manickou fází.

Obrázky depresivních klientů jsou charakteristické spíše menší angažovaností při malování v důsledku onemocnění, tedy i menším přtlakem na tužku a celkově světlejším obrázkem, kresbou tužkou nebo pastelkami s menším využitím barev, použitím spíše linií nežli barevných ploch (viz obrázky 39, 60, 62 a 64). Na autoportrétu s číslem 38 klientka takto ztvárnila sebe samu a do okolí kolem hlavy přidala hvězdičky, které mohou souviset s aktuálním emočním rozpoložením.

Protipólem k tomuto způsobu výtvarné exprese je tvorba pacientů manických či bipolárních s aktuální manickou fází, pro které je charakteristické naopak používání výrazných sytých barev a energických gest při tvoření, která jsou patrná v obrázcích v podobě ostrých nekontrolovaných linií (obrázky 2, 37, 40, 43, 45, 50, 63, 61, 71), další charakteristický prvek spočívá v chaotičnosti uspořádání artefaktu (obrázky 4, 43 a 45). Často se vyskytujícím jevem je rovněž u této skupiny pacientů **motiv ohně v artefaktech**, případně ohořelosti krajiny apod., což také může souviset s projevy silných emocí a jejich následky (obrázky 63, 65, 66 a 71). Je logické, že například téma Pálení čarodějnic vede klienta k vytvoření artefaktu, na kterém je znázorněn oheň. Na některých obrázcích je však motiv ohně pojat velmi specificky a neobvykle. U obrázku číslo 65 jde o Perníkovou chaloupku, u 66 jde o Pálení čarodějnic, kde vidíme dokonce dva ohně a nad nimi ještě hořící Slunce. Na obrázku depresivní pacientky č. 67 je hlavní důraz přenesen na oheň vedle kterého postavy jako by pobledly, nemají barvu. S manickými pacienty můžou být, kvůli charakteru jejich duševního onemocnění spojovány i **projevy agrese v obrázcích** (drápy a krev na obrázku 50, nůž na podpisovém místě na obrázku 55, krev na obrázku 5 a 9, dále jsou ostré, špičaté útvary či využití černé barvy nápadné na obrázcích 40, 45, 63 a 71). Celkově se u afektivních poruch nezávisle na dělení na manické a depresivní můžou objevit, stejně jako u jiných duševních poruch **známky určité stereotypie ve výtvarném gestu, nutková potřeba zaplnit plochu** atd. Tyto jevy mohou svědčit mimo jiné i o organickém poškození (obrázky 54, 56). **Dalším jevem souvisejícím spíše s duševním onemocněním obecně, než s afektivní poruchou může být nepochopení tématu, nebo záměrná snaha upoutat pozornost pro budoucí interpretace neobvyklým obsahem**, např. autoportrét v podobě

stromu s depresivně laděnou barevností i tvarem (obrázek 42), dále útvar připomínající ducha v pohádce o Šípkové Růžence (49), Šípková Růženka, která se píchne o nůž (55) apod.

7.3.2 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)



Obrázek 72 a 73 : žena, 21 let, Sebepojetí / podpis na skupinovém obraze



Obrázek 74 a 75: žena, 21 let, Sebepojetí / podpis na skupinovém obraze



Obrázek 76 : žena, 35 let, Vizitka



Obrázek 77 : žena, 21 let, Vizitka



Obrázek 78 : žena 35 let, Živly



Obrázek 79 : : žena, 21 let, Živly



Obrázek 80 : žena, 32 let, Sen



Obrázek 81 : žena, 25 let, První školní den



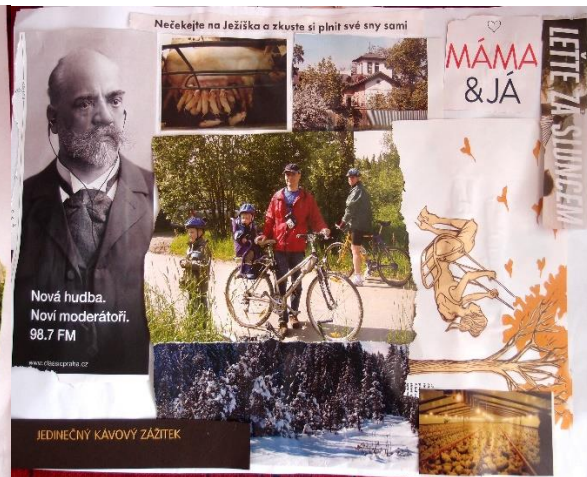
Obrázek 82 : žena, 20 let, Sen



Obrázek 83 : žena, 47 let, Sen



Obrázek 84 : žena, 35 let, Pozitivní koláž



Obrázek 85 : žena, 21 let, Pozitivní koláž

Shrnutí

Toto shrnutí se týká obrázků z podkapitoly 7.3.2 a zároveň i kazuistiky 3 a 4 vzhledem k charakteru duševního onemocnění obou klientek. Při srovnání těchto obrázků je možné zachytit více společných znaků v tvorbě, které se vyskytují u emočně nestabilní poruchy osobnosti. Jedním z nich je v kazuistice číslo 3 popsané **znázorňování sebe jako srdce**, které najdeme na více obrázcích celkem u dvou klientek. Třetí klientka k zobrazení sebe použila stylem kresby „komiksové zkratky“ **včetně velkých úst a očí s důrazem na obočí a vlasy**, které jsou v literatuře zmíněny spolu se srdcem ve stejné souvislosti. **Tento způsob sebeprezentace na obrázcích je podle Šickové-Fabrici (2016) charakteristický pro citově deprivované děti či pro emočně labilní klienty (obrázky 17, 20, 21, 74 a 76).** U kazuistiky 3 už byl popsán **rozpor mezi emočním a kognitivním vývojem typický pro tuto poruchu**, kdy inteligence a kognice obecně je obvykle na minimálně průměrné úrovni, ale emoční vývoj bývá opožděn.

Obrázky bez kontextu a ukotvení v chaotickém uspořádání (13, 21, 72, 76, 77 a 81) mohou, jak už bylo uvedeno také u popisu kazuistiky číslo 3, vypovídat o sociální nezralosti ve vnímání vztahů a o riziku ztráty vztahu k reálným vazbám.

Rozpolcení hraničních (emočně nestabilních) pacientů a rozdělení světa na dvě poloviny (na polovinu TY a JÁ) či na černý a bílý (dobrý a zlý) svět je dalším znakem, který můžeme vidět například na obrázku 81 a 25.

Obrázky 72, 73, 74 a 75 jsou od jedné autorky. Jde o její část papíru, který v rámci arteterapeutických skupin sdílela s dalšími 7-9 lidmi a každý měl přitom zanechat na papíře svůj „odkaz / podpis“. Poprvé sama sebe znázornila jako růžovo-fialový hyacint odtržený od kořenů, což může mít interpretační význam ve vztahu k jejím rodinným kořenům a **vykořeněnosti / odtržení od kořenů**. Fialovo-růžová barevnost vypovídá symbolicky například o poskytování a přijímání péče. Dále znázornila sebe jako prázdného, pouze obrysem vykresleného panáčkujícího lachtana na krychli, což může vypovídat o určitém **exhibicionismu a potřebě pozornosti, další interpretační obsahy s sebou nese nevybarvenost**. Příště pak pojala autorka svůj podpis na společném papíře jako **znázornění prostředků, které jí posloužily při posledním pokusu o sebevraždu (alkohol, léky a okno)**. Dále sama sebe zobrazila jako **srdce**, tento symbol již byl popsán výše. Na posledním obrázku vidíme **vícebarevné tornádo a vedle něj symbol pro nekonečno. Toto může vypovídat o autorčině náhledu na vlastní emoční dynamiku a vědomí nekonečnosti procesu nemoci.**

Při zvoleném tématu Živly nakreslily dvě emočně nestabilní pacientky sebe jako oheň (obrázky 78 a 79), což by odpovídalo i souvislostem se zobrazováním ohně afektivními

pacienty, popsaným v předchozí podkapitole. **Jedna z nich, možná ze strachu z tohoto svého ohně měla potřebu ohraničit ho černou čarou, je však patrné, že oheň se nepodařilo uzavřít zcela (79).** Oheň vlevo má sám podobu spirály, oheň vpravo je kruhovitým útvarem ohraničen. **Tornáda (21 a 75) a spirály (6, 21, 22, 25, 73, 75, 78, 79, 83)** mohou vypovídat o emočním rozpoložení, nebo o určitém riziku jednak setrvávání v cyklickém kruhu (např. obtíží, chování), dále pak o rizikovém „roztáčení“ symptomů k horšímu a horšímu stavu, případně navracení se k minulosti (kdy záleží na směru rotace). **Obecně může jít o zobrazení nekontrolovatelného pohybu nevědomých struktur, který může být ohrožujícím pro vědomou složku, to vše může vést k narušení vztahu k realitě.**

Stejně jako u afektivních poruch, i u emočně nestabilní poruchy osobnosti mohou být přidruženy (dočasně) **psychotické příznaky**. Obrázek 82 nese stopy této problematiky například ve ztvárnění křesla po pravé straně dole.

7.4 Faktory v artefaktech vypovídající o emočním prožívání autorů

Podle teoretické části dělíme emoce například dle valence na pozitivní a negativní a na silnější a slabší z hlediska arousalu (míry nabuzení). Ve výtvarné tvorbě jsou dle teorie emoční projevy spojeny s **barevností artefaktů** (přítomnou či chybějící) a s **gestickým projevem** (energickým či méně), podle toho, v jaké oblasti valence a arousalu se nacházíme. V souladu s tímto pohledem na problematiku jsou výsledky výzkumu popsány v podkapitole 7.3. Je patrné, že **klienti s poruchou z depresivního spektra tvoří jinak oproti klientům v manické fázi, stejně tak tvorba klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti má svá specifika. Kromě rozdílů ve využití barev a gestickém přístupu jsou zde ale i některé faktory společné ve výtvarném projevu všem těmto diagnostickým kategoriím. Jde například o chaotické uspořádání obrázku, nepozornost a (ne)záměrný odklon od tradiční náplně tématu (příběhu), menší míra realističnosti v kresbě / malbě a propojení s realitou v dekompenzovaném stavu, cenzura v projevu spojená s negativními emocemi, rychlost ve zpracování námětu atd. Všechny tyto jevy už byly zmíněny v předchozích podkapitolách a shodují se ve většině i s teoretickými podklady.**

Fáze onemocnění

Jak už bylo v této práci několikrát zmíněno a detailněji popsáno v teoretické části, při zkoumání artefaktů duševně nemocných klientů a při arteterapii s nimi je nutné brát v úvahu **fázi onemocnění**, ve které se aktuálně nacházejí. Kontext aktuální fáze onemocnění a psychického stavu klienta je podstatný nejen pro správnou volbu námětů a technik, ale i pro případnou interpretaci artefaktů.

Výsledky odpovídají předpokladům v teoretické části. Z obrázků klientů z akutního oddělení s názvem Neklid bylo více patrné tápání v reálném světě (například nápis „Lost in this world“ na obrázku 41), než u pacientů z oddělení Následné péče, kteří už se připravovali na propuštění domů a byli stabilizováni. V obrázcích těchto klientů se častěji objevují reálné prvky, jako dům se zahradou a garáží místo zámku apod. (obrázky 52, 57, 58, 59, 61). Na obrázku 52 autorka místo prince a princezny dle svých slov nezáměrně namalovala sebe (v modro zelené) a svou matku, ležící, o kterou se po návratu z nemocnice bude muset starat.

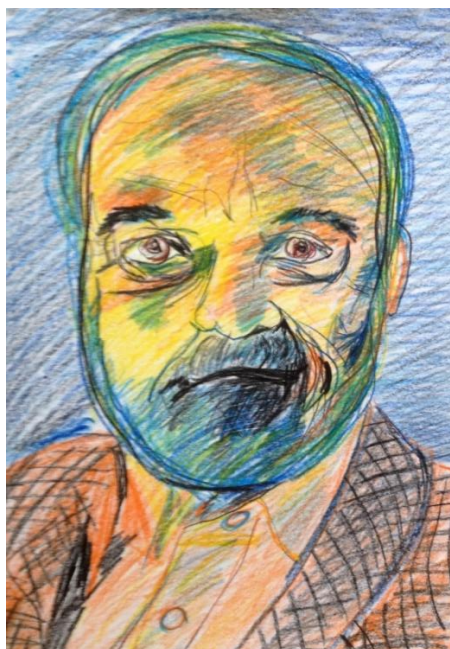
Vývoj výtvarné exprese v souladu s vývojem choroby je možné pozorovat a demonstrovat například na tvorbě opakovaně a dlouhodobě hospitalizovaného klienta s mánií (muž, 36 let, diagnóza F30.2), který tvoří jinak v různých fázích své nemoci. Jde o tyto artefakty: 1 (také 87), 86, 88 a 89. Na obrázku 86 je patrná jistá míra defragmentace obsahu, dále se zdá, že jsou jednotlivé objekty v pohybu. To může vypovídat o faktu, že se „něco děje“, o procesu rozkladu reality z pohledu klienta. Obrázek 87 (1) namaloval klient na formát A1 během 40 minut, při dekompenzovaném stavu. Šlo o fázi onemocnění krátce po hospitalizaci, kdy se u něj začaly objevovat první příznaky v souvislosti s jeho diagnózou (Manie s psychotickými symptomy, F30.2). Z obrázku je patrná antropomorfní architektura a úzkost v ní zobrazená spolu s expresivní barevností, budovy jako by měly sloužit jako hradba vůči vnějšku. Na obrázcích z fáze remise (88 a 89) je možné pozorovat určité zklidnění výtvarného projevu v souladu s psychickými obsahy a větší realističnost zobrazení. Obrázek 88 však narušeným necelistvým pojetím levého oka (z pohledu diváka) a diagonálně „rozpůleným obličejem“, což je viditelné například na úsměvu, spolu s atypickou barevností (i 89) prozrazují, že porucha může být stále přítomna. Akcentovaná žlutá barva v tvorbě doplněná například o oranžovou nebo červenou může být takzvaným „přetopeným kotlem“, který může naznačovat riziko psychóz či atak obecně.



Obrázek 86: Šípková Růže. Akutní fáze



Obrázek 87: Volné téma. Prodromální fáze



Obrázek 88: Portrét podle fotografie., remise



Obrázek 89: Most, remise

IV DISKUZE

Cílem teoretické části i výzkumu bylo komplexně zmapovat problematiku, nikoliv dosáhnout zobecnitelných výsledků, čemuž odpovídá i kvalitativní charakter výzkumu. Výstupy výzkumu jsou svou kvalitativní podobou v souladu s užitou metodou, interpretačním postupem aplikovaným v rámci Rožnovského přístupu, který je vyučován na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity. Jde tedy spíše o studii, která může sloužit jako inspirace k dalším, konkrétnějším výzkumným záměrům.

Mezi nedostatky ovlivněné specifickou podobou výzkumného vzorku (hospitalizovaní psychiatrickí pacienti s konkrétní diagnózou docházející na arteterapii) patří malý počet vzorku vyplývající z daných specifíků, který byl rozšířen zahrnutím pacientů, kteří sice splňovali daná výše uvedená kritéria, ale měli ještě jednu diagnózu navíc (například pacienti s duálními diagnózami typu depresivní fáze a závislost na alkoholu), dále pacientů, kteří měli kromě výzkumem požadovaných diagnóz i psychotické příznaky. Dalším nedostatkem je fakt, že z časových důvodů nebylo možné vést doplňující rozhovory se všemi 43 pacienty, proto jsou součástí empirické části práce pouze čtyři kazuistiky. Ani u těchto kazuistik nešlo z důvodu ochrany osobních údajů a nařízení nemocnice vztahující se na studentské praxe o rozhovory s pacienty, jako spíše o doplňující informace k artefaktům od pacientů, pozorování při arteterapeutických skupinách a lékařské epikrízy. Výhodou kazuistik je detailnější přístup, jako nevýhodu lze hodnotit variabilní zásobu technik a témat u každého jedince s ohledem na jeho přítomnost či nepřítomnost na hodinách ateliéru. Volba témat se taktéž řídila dnem v ateliéru a nebylo možné vnášet nové prvky. Celkový počet artefaktů využitých v této práci je 88, od některých klientů byl však získán pouze jeden artefakt, což je pro interpretační závěry, možnost srovnání a výzkum v širším kontextu nevyhovující. Co se týče zastoupení obou skupin klientů, významně více artefaktů bylo získáno od klientů s afektivními poruchami, vzhledem k jejich koncentraci na specializovaném oddělení. Jako pozitivum lze hodnotit fakt, že všichni klienti byli hospitalizováni ve stejném zařízení a měli tedy podobné podmínky při vytváření artefaktů. Z výzkumných cílů i závěru je patrné, že téma zvolené pro tuto práci je poměrně komplexní. Otázkou je, zdali by nebylo pro další výzkum v této oblasti adekvátnější rozdělení a zkonkretizování tématu například volbou pouze jednoho námětu obrázků, pouze jedné diagnostické podkategorie (například Depresivní fáze), nebo zaměření se pouze na jednu kazuistiku atp.

V ZÁVĚR

Původním obecným záměrem této práce bylo propojit svět arteterapie se světem psychiatrických pacientů se specifickými diagnózami: afektivními poruchami a emočně nestabilní poruchou osobnosti. Jde o záměr, který vznikl převážně z toho důvodu, že v teoretické i praktické části práce zmiňovaný Rožnovský arteterapeutický přístup je primárně orientován na terapeutickou činnost s duševně zdravými klienty bez psychiatrické diagnózy či s klienty neurotickými, případně na problematiku závislostí. Čerpá přitom ze svých základů postavených na práci s pacienty z tehdejšího Oddělení neuróz nemocnice v Českých Budějovicích a s pacienty léčícími se ze závislostí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. I historie arteterapie jako oboru a první sbírky výtvarné produkce psychiatrických pacientů jsou spojeny spíše s lidmi trpícími jednou z forem schizofrenie, jak je popsáno v teoretické části. Afektivní poruchy a emočně nestabilní porucha osobnosti jsou tedy relativně málo probádané oblasti. V současné praxi se ale arteterapie používá jako součást léčby v psychiatrických zařízeních i pro klienty s jinými diagnózami, nežli je schizofrenie či závislosti, afektivní poruchy i emočně nestabilní poruchu osobnosti nevyjímaje, je tedy důležité umět s těmito klienty arteterapeuticky pracovat. Práce přináší proto kromě ověření teoretických tvrzení, že je navzdory původním záměrům a zkušenostem možné využívat Rožnovský přístup i v arteterapii afektivních poruch a emočně nestabilní poruchy osobnosti i příklady témat a technik, o které je možné tradiční přístup doplnit. Dále dokládá odlišnosti v tvorbě klientů s ohledem na diagnózu a v souladu s aktuální fází jejich onemocnění a upozorňuje na nutnost přizpůsobení Rožnovské arteterapeutické metodiky v případech, kdy je klientovo duševní onemocnění ve fázi akutní a má například přidružené psychotické symptomy, které limitují interpretační možnosti a potenciál změny. Rozdílný přístup je také nutné volit v souladu s charakterem onemocnění, spadajícím pod výše uvedené diagnózy, například aktivizující přístup k depresivním pacientům.

Z výsledků práce, které ovšem nelze pro kvalitativní charakter výzkumu a další důvody zmíněné v diskusi zobecňovat, je patrné, že jsou určité pozorovatelné znaky emocí ve výtvarném projevu, dále že arteterapie nabízí určité náměty a techniky, které jsou pro práci se zvolenou skupinou klientů více vhodné, nežli jiné z hlediska abreakčního (expresivní rovina) i interpretačního (obsahová rovina) a také, že jsou znatelné rozdíly ve výtvarné produkci klientů podle jejich specifické diagnózy i podle aktuální fáze, ve které se jejich onemocnění zrovna nachází, což odpovídá procesu vývoje duševní choroby. Tyto rozdíly lze spatřovat například ve volené barevnosti, v charakteru gestických prvků, ve velikosti formátu a rychlosti

zpracování námětu, v určitých opakujících se motivech a jejich symbolických významech a souvislostech s ohledem na výtvarnou ontogenezi jedince atd. Dále odpovídají praktická pozorování popsaná v kazuistikách teoretickým podkladům například ohledně vhodnosti skupinové arteterapie u pacientů s afektivními poruchami bez psychotických příznaků a naopak nevhodnosti u pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti.

Téma Emoce v obrazech psychiatrických pacientů je poměrně obsáhlé a věnující se dané oblasti v celé šíři, dalším výzkumným záměrem by tedy mohlo být například zúžení problematiky na srovnání artefaktů této specifické skupiny klientů s artefakty kontrolní skupiny bez psychiatrické diagnózy, nebo srovnání artefaktů pacientů s diagnózou F30-F39 a F60.3 s artefakty rovněž psychiatrických pacientů, ale s jinými diagnózami, pro odlišení jevů korespondujících s psychiatrickým onemocněním obecně a jevů souvisejících pouze s emoční labilitou, depresivním či manickým laděním.

8 REFERENCE

- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
- Beck, A. T. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books.
- Berne, E. (2012). *Transakční analýza v psychoterapii: klasická příručka k jejím základům*. Brno: Emitos.
- Bettelheim, B. (2000). *Za tajemstvím pohádek: proč a jak je číst v dnešní době*. Praha: Lidové noviny.
- Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti: S. Freud, C. G. Jung, A. Adler, K. Horney, H. S. Sullivan, E. Fromm, E. H. Erikson, J. Dollard, N. E. Miller, R. B. Cattell, K. Lewin, C. R. Rogers, K. Gold*. Praha: Portál.
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Fraibergová, S. (2002). *Magické roky: jak pochopit a řešit problémy raného dětství*. Praha: Triton.
- Freud, S. (2002). *Spisy z let 1913-1917*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
- Grambal, A., Praško J., & Kasalová P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Jung, C. G. (2010). *Červená kniha: Liber Novus*. Praha: Portál.
- Kassin, S. M. (2007). *Psychologie*. Brno: Computer Press.
- Lhotová, M. & Perout, E. (2018). *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál.

- Lhotová, M. (2010). *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta.
- Liebmannová, M. (2010). *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál.
- Lüscher, M. (1994). *Lüscherova klinická diagnostika, příručka k testu*. Překlad a úprava: J. Dan. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. (2018). *Tabelární část*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
- Mitchell, S. A. & Blacková, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2006). *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K. & Čáp, D. (2017). *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Praha: Portál.
- Nakonečný, M. (2012). *Emoce*. Praha: Triton.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- Piaget, J. & Inhelderová, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Praško, J., Herman, E., Horáček, J., Houbová, P., Kosová, J., Možný, P., Pašková, B., Preiss, M. & Šlepecký, M. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Rennert, H. (1962). *Die Merkmale schizophrener Bildnerie*. Jena: G. Fischer.
- Rubinová, J. A. (2008). *Přístupy v arteterapii*. Praha: Triton.

- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy–průvodce klasifikací, nástin nosologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Stehlíková Babyrádová, H. (2017). *Z hloubi duše: psychologické aspekty výtvarného projevu*. Praha: Dokořán.
- Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Šicková-Fabrice, J. (2016). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Von Franz, M. L. & Běťák, L. (1998). *Psychologický výklad pohádek: smysl pohádkových vyprávění podle jungovské archetypové psychologie*. Praha: Portál.
- Vrchlický, J. (2009). *Okna v bouři*. Brno: Tribun EU.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.

9 SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A PŘÍLOH

Tabulka 1: Periodizace lidského vývoje dle Erika Eriksona,	33
Obrázek 1: Volné téma. Muž, 36 let, Diagnóza F30.2	5
Obrázek 2: Most	60
Obrázek 3 : Boj s drakem	60
Obrázek 4: Perníková chaloupka.....	61
Obrázek 5: Šípková Růženka	64
Obrázek 6: Volné téma, abstrakce.....	64
Obrázek 7: Zkoušení techniky, skleněné kuličky namočené v inkoustu I	65
Obrázek 8: Zkoušení techniky, skleněné kuličky namočené v inkoustu II	65
Obrázek 9: Obloha I	66
Obrázek 10: Obloha II	66
Obrázek 11: První školní den	67
Obrázek 12: Zážitek z dětství	67
Obrázek 13: Oblíbená pohádka : O svatební krajce	71
Obrázek 14: Šípková Růženka	71
Obrázek 15: Obloha I	72
Obrázek 16: Obloha II.....	72
Obrázek 17: Most	73
Obrázek 18: Krajina	73
Obrázek 19: Obloha III.....	74
Obrázek 20: Boj s drakem	74
Obrázek 21: Zážitek z dětství	75
Obrázek 22: Volné téma.....	79
Obrázek 23: Oblíbená pohádka: Křemílek a Vochomůrka	80
Obrázek 24: Matka a dítě	80
Obrázek 25: Autoportrét.....	81
Obrázek 26: Boj s drakem	81
Obrázek 27: Adam a Eva.....	82
Obrázek 28 : Kvinternocolor	82
Obrázek 29: Akční akvarel.....	83
Obrázek 30: Dokreslování výstřižku z novin	83

Obrázek 31: Špatný zážitek	84
Obrázek 32: Krajina, práce s perspektivou.....	84
Obrázek 33: Uhlová rezerva	85
Obrázek 34: Hezký zážitek.....	85
Obrázek 35: Obloha.....	86
Obrázek 36: Sopky	93
Obrázek 37: Muž, 36 let, F30.2	94
Obrázek 38: Žena, 40 let, F32.2.....	94
Obrázek 39: Muž, 52 let, F32.....	94
Obrázek 40: Žena, 25 let, F31.2	94
Obrázek 41: Žena, 39 let, F33.2.....	95
Obrázek 42: Muž, 35 let, F32.2.....	95
Obrázek 43: Muž, 48, let, F30.1, první a druhá strana obrázku	95
Obrázek 44: Muž, 28 let, F31.4.....	95
Obrázek 45: Muž, 42 let, F33.2.....	95
Obrázek 46 : žena, 37 let, F33.....	96
Obrázek 47 : žena, 41 let, F33.3.....	96
Obrázek 48 : žena, 57 let, F32.1.....	96
Obrázek 49 : žena, 44 let, F33.2.....	96
Obrázek 50 : žena, 25 let, F31.2.....	96
Obrázek 51 : žena, 52 let, F32.1.....	96
Obrázek 52 : žena, 36let, F33.0.....	97
Obrázek 53 : žena, 41 let, F32.0.....	97
Obrázek 54 : muž, 38 let, F31.3	97
Obrázek 55 : žena, 32 let, F31.0.....	97
Obrázek 56 : žena, 56 let, F34.1.....	97
Obrázek 57 : muž, 61 let, F33.0.....	97
Obrázek 58 : muž, 35 let, F31.1.....	97
Obrázek 59 : žena, 49 let, F32.2.....	97
Obrázek 60 :muž, 33 let, F32.3.....	98
Obrázek 61 : muž, 41 let, F34.1.....	98
Obrázek 62 : muž, 39 let, F32.3.....	98
Obrázek 63 : žena, 35 let, F30.1.....	98
Obrázek 64 :žena, 44 let, F33.2.....	98

Obrázek 65: žena, 25 let, F31.2.....	98
Obrázek 66 : žena, 23 let, F30.0.....	99
Obrázek 67 : žena, 40 let, F32.2.....	99
Obrázek 68 : žena, 66 let, F32.3.....	99
Obrázek 69 : žena, 33 let, F32.1.....	99
Obrázek 70 : muž, 37 let, F33.1.....	99
Obrázek 71 : muž, 32 let, F30.1.....	99
Obrázek 72 a 73 : žena, 21 let, Sebepojetí / podpis na skupinovém obrazu	1011
Obrázek 74 a 75: žena, 21 let, Sebepojetí / podpis na skupinovém obrazu	101
Obrázek 76 : žena, 35 let, Vizitka.....	102
Obrázek 77 : žena, 21 let, Vizitka.....	102
Obrázek 78 : žena 35 let, Živly.....	102
Obrázek 79 : : žena, 21 let, Živly.	102
Obrázek 80 : žena, 32 let, Sen	102
Obrázek 81 : žena, 25 let, První školní den.....	103
Obrázek 82 : žena, 20 let, Sen.....	103
Obrázek 83 : žena, 47 let, Sen.....	103
Obrázek 84 : žena, 35 let, Pozitivní koláž.....	103
Obrázek 85 : žena, 21 let, Pozitivní koláž.....	103
Obrázek 86: Šípková Růženka. Akutní fáze.....	106
Obrázek 87: Volné téma. Prodromální fáze	107
Obrázek 88: Portrét podle fotografie., remise	107
Obrázek 89: Most, remise.....	107
 Příloha 1: Vzory informovaného souhlasu pro pacienta a pro terapeuta.....	 117; 118

10 PŘÍLOHY

Příloha 1: Vzory informovaného souhlasu pro pacienta a pro terapeuta

Vzor informovaného souhlasu pro pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s anonymním použitím artefaktů pro účely bakalářské práce na téma: „*Emoce v obrazech psychiatrických pacientů*“. Jedním z hlavních cílů této práce je zmapování efektivity a vhodnosti jednotlivých arteterapeutických technik pro následnou možnost zkvalitnění arteterapeutické práce s určitou skupinou klientů.

Pro Vaši ochranu nebudou v práci zveřejněny žádné potenciálně identifikující údaje (jméno, příjmení, bydliště atd.). Pouze základní sociodemografické údaje (věk, pohlaví) a diagnóza.

Podle zákona č. 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s anonymním použitím artefaktů pro účely bakalářské práce na téma: „*Emoce v obrazech psychiatrických pacientů*“. Jedním z hlavních cílů této práce je zmapování efektivity a vhodnosti jednotlivých arteterapeutických technik pro následnou možnost zkvalitnění arteterapeutické práce s určitou skupinou klientů.

Pro ochranu klientů nebudou v práci zveřejněny žádné jejich potenciálně identifikující údaje (jméno, příjmení, bydliště atd.). Pouze základní sociodemografické údaje (věk, pohlaví) a diagnóza.

Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji jako arteterapeut souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu pro účely výše zmíněné bakalářské práce.

V dne Podpis: