Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Využití arteterapie a artefiletiky u osob s duševním onemocněním

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Čejková
Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Hradec Králové 2016

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor:	**Bc. Jana Čejková**
Studium:	**P13139**
Studijní program:	**N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor:	**Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení**
Název diplomové práce:	**Využití arteterapie a artefiletiky u osob s duševním onemocněním**
Název diplomové práce AJ:	**The use of art therapy and artephiletics for persons with mental illness**

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem diplomové práce je poukázat na možnosti přístupů v léčbě osob duševně nemocných zejména prostřednictvím výtvarného projevu. Teoretická část analýzou textu poskytuje informace o historii arteterapie, jejich formách a možnostech využití metod a technik. Specifikuje rozdíl mezi arteterapií a artefiletikou, i prostor, kde se oba přístupy prolínají. Dále charakterizuje požadavky kladené na osobnost arteterapeuta a popisuje průběh arteterapeutického sezení. V další kapitole se zabývá terapeutickými přístupy, které se využívají ve speciální pedagogice. Samostatná kapitola je věnována charakteristikám jednotlivých kategorií duševních onemocnění. Praktická část využívá kvalitativní metody pozorování a zpracovává kazuistiky čtyř vybraných pacientů Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové s různými diagnózami. Cílem praktické části je využití arteterapeutických technik u jednotlivých pacientů, ale i vyjádření obrazu nemoci pomocí výtvarného projevu

Anotace:

Cílem diplomové práce je poukázat na možnosti přístupů v léčbě osob duševně nemocných zejména prostřednictvím výtvarného projevu. Teoretická část analýzou textu poskytuje informace o historii arteterapie, jejich formách a možnostech využití metod a technik. Specifikuje rozdíl mezi arteterapií a artefiletikou, i prostor, kde se oba přístupy prolínají. Dále charakterizuje požadavky kladené na osobnost arteterapeuta a popisuje průběh arteterapeutického sezení. V další kapitole se zabývá terapeutickými přístupy, které se využívají ve speciální pedagogice. Samostatná kapitola je věnována charakteristikám jednotlivých kategorií duševních onemocnění. Praktická část využívá kvalitativní metody pozorování a zpracovává kazuistiky čtyř vybraných pacientů Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové s různými diagnózami. Cílem praktické části je využití arteterapeutických technik u jednotlivých pacientů, ale i vyjádření obrazu nemoci pomocí výtvarného projevu

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	**PhDr. Lenka Neubauerová**
Oponent:	**PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.**

Datum zadání závěrečné práce: **12.3.2014**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

…….

V Litomyšli dne 26.2. 2016 Bc. Jana Čejková

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování diplomové práce a Mgr. et Bc. Haně Vojtíškové za sdílení zkušeností z arteterapeutické praxe. Poděkování patří také zařízením Královéhradeckého kraje poskytujícím péči osobám s duševním onemocněním a zejména pacientům, bez nichž by práce nemohla vzniknout. Neméně důležité poděkování patří také mojí rodině, přátelům a kolegům, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou.

Anotace

ČEKOVÁ, Jana. Využití arteterapie a artefiletiky u osob s duševním onemocněním. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 162 s. Diplomová práce.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit jakých výtvarných technik a prostředků lze využít u osob s duševním onemocněním v akutní péči s pozitivním dopadem na rozvoj osobnosti a zlepšení kvality života. Teoretická část pojednává o možnostech příčin vzniku duševních onemocnění. Stručně a přehledně charakterizuje jednotlivé kategorie poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Okrajově se zabývá současnou situací psychiatrické péče a problematikou stigmatizace nemocných. Věnuje se vymezení pojmů arteterapie a artefiletiky včetně pomyslné hranice, kde se tyto disciplíny prolínají. Vystihuje možnosti využití a cíle, které směřují zejména k reedukaci a resocializaci. Seznamuje se strukturou akutní péče a formami terapeutických a rehabilitačních přístupů na Psychiatrické klinice, kde je realizována praktická část. Kvalitativní výzkum je postaven na výtvarné tvorbě pacientů a podložen zpracovanými kazuistikami. Námětem pro další zkoumání se stává návaznost arteterapie i prvků arteterapie a nabídka možností rehabilitace u osob s demencí v následné péči. Prostřednictvím kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření jsou ověřovány ve zdravotnických a sociálních službách Královéhradeckého kraje.

Klíčová slova: duševní onemocnění, výtvarný projev, rozvoj osobnosti

Annotation

ČEKOVÁ, Jana. The Use of Arts Therapy and Arts Philetics for Persons with Mental Illness. Hradec Králové: Pedagogical faculty of University of Hradec Králové, 2016. 162 pp. Diploma Thesis.

The main aim of this thesis is to find out with which art therapeutic means and techniques it is possible to influence personality development of persons with mental health issues in acute care in a positive way. The theoretical part of this thesis describes possible causes of mental disorder origins. It describes individual disorder categories according to the International Classification of Diseases Code (ICD). It marginally touches the contemporary situation of psychiatric care and problems of persons with mental health issues who are being stigmatized. It defines the concept of art therapy and art philetics including the imaginary borderline where these two disciplines overlap. The thesis depicts the opportunities for the usage of art therapy and art philetics which particularly aim to re-educate and re-socialise persons with mental health issues. The thesis also describes the structure of acute care at the Psychiatry clinic where my qualitative research based on patients' art work and supported by medical case histories took place. The research method substantiated that art therapy and its elements in follow-up care in the medical and social services of the Hradec Králové County provide possibilities of rehabilitation of persons suffering from dementia.

Key words: mental health problems, art work, personal development

OBSAH

1 ÚVOD 14

2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH A PROBLEMATIKA STIGMATU 16

2.1 Přehled hlavních kategorií duševních poruch dle MKN - 10 16

2.2 Aktuální a ryze alarmující data 16

2.3 Příčiny vzniku duševních onemocnění 18

2.4 Přehledová charakteristika duševních poruch 19

2.4.1 Organické duševní poruchy včetně symptomatických 19

2.4.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek 23

2.4.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy 26

2.4.4 Afektivní poruchy 30

2.4.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy 31

2.4.6 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory 36

2.4.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých 38

2.4.8 Mentální retardace 42

2.4.9 Poruchy psychického vývoje 45

2.4.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání 46

2.5 Postoj společnosti a problematika stigmatizace osob s duševním onemocněním 47

3 VÝZNAM ARTETERAPIE A ARTEFILETIKY 49

3.1 Vymezení pojmu arteterapie 49

3.2 Vymezení pojmu artefiletika 50

3.3 Hranice mezi arteterapií a artefiletikou 52

3.3.1 Shodné oblasti 52

3.3.2 Rozdílné oblasti 53

3.4 Pohled do historie 53

3.5 Možnosti využití a cíle arteterapie 57

3.6 Typy arteterapie 59

3.7 Formy arteterapie 60

3.8 Cílové skupiny 62

3.9 Arteterapie u osob s duševním onemocněním a její specifické cíle 63

3.9.1 Specifika výtvarného projevu u osob s duševním onemocněním 64

3.10 Průběh arteterapeutického sezení 66
3.11 Výtvarné materiály 67
3.12 Výtvarné metody, techniky a prostředky 69
3.12.1 Metody v arteterapii 69
3.12.2 Výtvarné techniky 70
3.12.3 Výtvarné prostředky 71
3.13 Profesní vymezení a požadavky kladené na osobnost arteterapeuta 76

4 STRUKTURA PÉČE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE A TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V PSYCHIATRII 78
4.1 Struktura ambulantní a lůžkové péče 78
4.1.1 Nedobrovolná hospitalizace 80
4.1.2 Personální obsazení v akutní péči 80
4.2 Terapeutické a rehabilitační přístupy 81
4.2.1 Biologická léčba 82
4.2.2 Psychoterapie 83
4.2.3 Expresivní terapie 84
4.2.4 Fyzioterapie 86
4.2.5 Ergoterapie 87
4.2.6 Bazální stimulace 88
4.2.7 Psychosociální rehabilitace 88
4.2.8 Psychoedukace 89
4.2.9 Zooterapie 90
4.3 Systém ucelené rehabilitace v péči o osoby s duševním onemocněním 90

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ 91
5.1 Cíle výzkumného šetření 91
5.2 Metodika výzkumu 91
5.3 Kvalitativní výzkum 92
5.3.1 Použitá metoda výzkumu 92
5.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru 92
5.3.3 Metodika sběru dat a použité techniky 92
5.3.4 Kazuistika č. 1 94
5.3.5 Kazuistika č. 2 102
5.3.6 Kazuistika č. 3 108
5.3.7 Kazuistika č. 4 115

5.3.8 Kazuistika č. 5 120
5.3.9 Další výtvarné prostředky využívané v rehabilitaci osob s duševním onemocněním 124
5.4 Kvantitativní výzkum 128
5.4.1 Použitá metoda výzkumu 128
5.4.2 Výzkumné otázky 128
5.4.3 Charakteristika zkoumaného souboru 128
5.4.4 Metodika sběru dat a vyhodnocení dotazníkového šetření 128
5.4.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření 129

6 DISKUZE 144

7 ZÁVĚR 153

8 SEZNAM PRAMENŮ A LITARATURY 156

9 SEZNAM PŘÍLOH 162

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Typ zařízení…… 130

Tabulka č. 2: Arteterapie a artefiletika jako samostatná součást léčebného procesu…… 131

Tabulka č. 3: Využití prvků arteterapie v jiných aktivitách…… 132

Tabulka č. 4: Aktivity s využitím prvků arteterapie…… 133

Tabulka č. 5: Přínos arteterapie a artefiletiky…….. 135

Tabulka č. 6: Profesní zaměření zaměstnanců využívajících techniky a prvky arteterapie……. 138

Tabulka č. 7: Kategorie onemocnění využívající techniky arteterapie… 140

Tabulka č. 8: Možnosti využití dalších metod u osob s demencí……. 142

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Procentuální zastoupení typů zařízení
pro osoby s duševním onemocněním v Královéhradeckém kraji…… 130

Graf č. 2: Procentuální vyjádření arteterapie a artefiletiky
jako samostatné součásti léčebného procesu……131

Graf č. 3: Procentuální vyjádření využívání prvků arteterapie
v jiných aktivitách……132

Graf č. 4: Procentuální zastoupení možností činností
s uplatněním prvků arteterapie…….133

Graf č. 5: Procentuální vyjádření přínosů arteterapie a artefiletiky
u pacientů/uživatelů s duševním onemocněním z pohledu personálu……136

Graf č. 6: Procentuální zastoupení profesí
pracujících s technikami a prvky arteterapie……... 138

Graf č. 7: Procentuální zastoupení kategorií onemocnění
využívající techniky arteterapie……..140

Graf č. 8: Procentuální vyjádření využití dalších metod u osob s demencí…… 142

SEZNAM ODBORNÝCH TERMÍNŮ

Acetylcholin - látka zprostředkovávající přenos nervových vzruchů

Akcentace – zvýraznění

Analgetika – skupiny léčiv snižující vnímání bolesti

Antidepresiva – skupiny léčiv užívající se k léčbě deprese

Antiepileptika – skupiny léčiv užívajících se k léčbě epilepsie

Antipsychotika – skupiny léčiv užívajících se k léčbě onemocnění projevující se poruchami myšlení a vnímání

Anxiolytika – skupina léčiv užívající se k léčbě úzkostných stavů

Artróza – nezánětlivé kloubní onemocnění vedoucí k zániku chrupavky

Aspirace – snaha, úsilí

Ateroskleróza – ucpávání tepen látkou tukové povahy

Atrofie – zmenšení fyziologicky vyvinutého orgánu

Benzodiazepiny – skupina návykových léků z řady anxiolytik a hypnotik

Deteriorace - zhoršení

Dezintegrace – rozpad

Diuretika – skupiny léčiv podporující vylučování moči

Enkopréza – neschopnost kontroly vyprazdňování stolice po 4. roce věku dítěte

Enuréza – neschopnost kontroly močení po 4. roce věku dítěte

Exekutivní psychické funkce – schopnost plánování, řešení problémů, rozhodování

Flexibilita – pružnost

Glaukom – zelený zákal

Hemiparéza – částečné ochrnutí poloviny těla

Hypercholesterolémie – zvýšená hladina cholesterolu v krvi

Hyperprotektivní – nadměrně ochranitelský

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypnotika – skupina léčiv podporující spánek

Hypotenze – nízký krevní tlak

Hypoxie – nedostatek kyslíku

Inkoherence – nesouvislé myšlení, narušení logických, formálních i obsahových vazeb řeči

Integrita - celistvost

Interakce – vzájemné působení

Interpretace – výklad, podání

Ireverzibilní - nevratný

Ischemie – nedokrevnost orgánu nebo tkání

Komplementární – doplňující

Konvergentní – sbíhavý

Lanugo – ochmýření plodu po narození

Neurodegenerativní – úpadek schopností nervového systému

Nootropika – skupina léčiv užívaná ke zlepšení prokrvení a metabolismu centrální nervové soustavy a kognitivních funkcí

Pankreatitida – zánětlivé onemocnění slinivky břišní

Paranoia – vztahovačnost, podezíravost

Parenterální – výživa dodávaná mimo trávicí trakt přímo do krevního řečiště

Parere – krátké písemné sdělení o stavu pacienta sepsaná lékařem

Patogeneze – chorobné změny v organismu

Percepce - vnímání

Progresivní – postupující

Protrahovaný - vleklý

Psychosomatický – psychicky ovlivňující fyziologický proces nebo jev

Reflexe – zrcadlení, poznání

Relaps – znovuvzplanutí nemoci

Salutogeneze – podpora zdraví

Strabismus - šilhavost

Sublimační – přenesení zájmu sociálně přijatelným směrem

Suicidium - sebevražda

Symptom – příznak

Vaskulární – cévní

1 ÚVOD

Uměním a tvořivou činností jsme obklopeni ze všech stran, každý den a po celý život. Vzhledem k současnému životnímu stylu pro přehlcení povinnostmi bohužel často lidé nedokážou krásy umění naplno vnímat a považují je za automatické. Položme si například otázku, kolik uměleckých artefaktů nás provází cestou do zaměstnání? V tomto případě mám na mysli majestátní tvorbu. Domnívám se, že většina z nás si ji ani neuvědomuje. Natož pak drobné tvořivé momenty, které praktikujeme často sami např. dekorace v našich domovech, styl oblékání, používání módních doplňků, spontánní kreslení při přednáškách aj.

Již od dětství nám byla vštěpována hodnota umění. Zavzpomínejme, když jsme se školou navštěvovali výstavy soch a obrazů, chodili po muzeích, hradech a zámcích a obdivovali historické skvosty. V hodinách výtvarné výchovy jsme chodili sedat do přírody a hráli si s paletou na malíře. Faktem je, že nejen ve své profesi, ale i v soukromí se setkávám s lidmi, jejichž vzpomínky na hodiny výtvarné výchovy jsou spojeny s důrazem na výtvarně estetický dril, hodnocení a porovnávání kvality artefaktů se spolužáky a následně jejich utkvělým přesvědčením o neschopnosti výtvarné tvorby. Často se setkávám s vyjádřením: „já kreslit neumím, to po mně nechtějte.“ Dříve jsem do této skupiny lidí patřila i já, než jsem sama vzala štětec do ruky a poznala, jak rozmanitý potenciál v sobě produktivní výtvarná činnost skýtá a může pomoci ve zdraví i v nemoci.

Téma diplomové práce jsem zvolila z několika důvodů. Po absolvování specializačního studia pracuji již necelých 12 let jako psychiatrická sestra na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a arteterapii přihlížím po celou dobu mé praxe. Pod vedením zkušené kvalifikované arteterapeutky je u některých pacientů arteterapie indikována lékařem a je součástí léčebného procesu. Jako sestra se podílím nejen na léčbě, ale i rehabilitaci osob s duševním onemocněním a prvky arteterapie jsou vhodným nástrojem pro její realizaci. Sama výtvarnou tvorbu využívám v rámci psychohygieny. Po absolvování krátkodobého certifikovaného kurzu je i mým pomocníkem při ventilaci emocí a zdrojem uvolnění.

Cílem diplomové práce je poukázat na možnosti využití arteterapie a artefiletiky u osob s duševním onemocněním. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole poskytuji ucelený přehled jednotlivých kategorií duševních onemocnění se stručnou charakteristikou, uvádím statistická data týkající se alarmujícího stavu akutní a následné psychiatrické péče v České republice a zmiňuji problematiku stigmatizace u této specifické skupiny osob. Další kapitola je věnována oblasti arteterapie a artefiletiky včetně vymezení pojmů, cílů a prostoru, kde dochází k prolínání obou přístupů. Lehce nahlížím do historie, zaměřuji se na specifika výtvarného projevu u osob s duševním onemocněním, formy arteterapie, průběh arteterapeutického sezení, využívané techniky a osobnostní předpoklady arteterapeuta včetně jeho odborných kompetencí. Poslední kapitola je věnována struktuře psychiatrické péče na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a terapeutickým přístupům využívaných nejen ve speciální pedagogice, ale i v psychiatrii.

Hlavním cílem praktické části je zjistit spektrum možností využití výtvarných technik a prostředků u osob s duševním onemocněním v akutní péči a ověřit pozitivní dopad arteterapie a prvků arteterapie na rozvoj osobnosti, a tím na zlepšení kvality života. Dílčími cíli je zjistit, je-li arteterapie využívána i v následné péči zdravotnických a sociálních služeb a zjistit nabídku možností aktivizace a rehabilitačních činností v dlouhodobé péči osob s demencí. Praktická část je rozdělena do dvou částí. Kvalitativní část výzkumu obsahuje na základě analýzy dokumentace vypracované kazuistiky u pacientů s různými typy duševního onemocnění hospitalizovaných na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Dále je předmětem zkoumání využití výtvarných technik a prostředků a samotná výtvarná tvorba pacientů. Kvantitativní část pomocí dotazníkového šetření oslovuje zařízení zdravotnických i sociálních služeb v Královéhradeckém kraji pro osoby s duševním onemocněním.

Přínosem diplomové práce je poskytnout pracovníkům v sociálních i zdravotnických službách ucelený přehled informací a možností využití výtvarné činnosti u osob s duševním onemocněním v rámci jejich aktivizace či rehabilitace, a tím napomoci například k inspiraci a obohacení jejich práce.

2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH A PROBLEMATIKA STIGMATU

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala s účinností od 1. ledna 1993 desátou revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN - 10), která je pro Českou republiku závazná od roku 1994 a průběžně prochází aktualizacemi. Poslední aktualizovaná verze je platná od 1. dubna 2014 (MKN-10 I. díl Tabelární část [online]. 2014 [cit2015-08-24]. Dostupné z: http://www.usis.cz/cz/mkn/seznam html.)

2.1 Přehled hlavních kategorií duševních poruch dle MKN - 10

F00 - F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10 - F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 - F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 - F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 - F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50 - F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 - F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 - F79 Mentální retardace
F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
F90 - F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99 Neurčená duševní porucha

2.2 Aktuální a ryze alarmující data

Duševní onemocnění spolu s kardiovaskulárními a onkologickými chorobami nejvíce zasahují lidskou populaci v současné době. Studie (Witchen et al., 2011 in

Mareš, Vachková, 2011, s. 27 - 28) uvádí, že ve státech Evropské unie každý rok propukne duševní onemocnění u 38,2% populace, což je v přepočtu 168,4 miliónů lidí. Je třeba předpokládat, že určitá část populace, která se ostýchá hovořit o svých obtížích, není do studie zahrnuta. Nejčetnější výskyt je zaznamenám u úzkostných poruch (14%), dále u poruch spánku (7%), deprese (6,9%), somatoformní poruchy (6,3%), poruchy pozornosti a hyperkinetické poruchy (5%) závislosti na psychoaktivních látkách (4%), demence ve stáří (1 - 30% v závislosti na věku).

V České republice v roce 2012 zajišťovalo psychiatrickou péči 30 psychiatrických oddělení v rámci nemocnic (1408 lůžek) a 21 psychiatrických nemocnic tzn. zařízení ústavní péče (dříve léčebny). Celkem bylo k dispozici 10 423 lůžek pro akutní a následnou péči. Pro děti bylo dostupných 626 lůžek, z toho 250 lůžek bylo součástí tří psychiatrických nemocnic pro děti (Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2012 [online]. 2013 [cit. 2015-08-22]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_45). Aktuální informace nejsou prozatím dostupné*, ale pravděpodobně se počet lůžek příliš nezměnil. Tato fakta s sebou přináší zamyšlení nad zoufalou situací. Lze jen doufat, že plánovaná transformace v psychiatrické péči přinese modernizaci léty nedotčeného systému v podobě deinstitucionalizace. To znamená vybudování většího počtu denních stacionářů, krizových intervenčních center, komunitních center, chráněných dílen a chráněných bydlení pro osoby s duševním onemocněním, možnosti terénní psychiatrické péče. Tímto se předpokládá celkové zkvalitnění péče a systému ucelené rehabilitace osob s duševním onemocněním.*

Nárůst výskytu duševních onemocnění stoupá obecně vzhledem k celkovému zhoršení kvality života, narušení sociálních vazeb zejména s rodinou a blízkými, nedostatku pracovních příležitostí, neschopností smysluplného vyplnění volného času, narušením sebepojetí a obtížného včlenění do společnosti. Nemalý podíl si nesou náklady na léčbu a mnohdy i zpoždění včasného začátku léčby (Skorunka in Mareš, Vachková, 2011).

2.3 Příčiny vzniku duševních onemocnění

Na vzniku duševních onemocnění se dle Höschla a kol. (1997) uplatňují vlivy biologické (genetické faktory, křehkost organismu) a psychosociální (výchovný styl, psychotraumata, dlouhodobý stres, kvalita mezilidských vztahů). Jedná se o tzv. bio - psycho - sociální model, jehož kombinací vzniká zranitelnost, která je podkladem pro rozvoj nemoci v době zátěže. Spouštěčem bývají náhlé životní změny, traumatické zážitky, dlouhodobá psychická zátěž. Průběh duševního onemocnění je ovlivňován a udržován zejména emočními prožitky nejbližších a stigmatem nemocného.

Na vývoji v dětství se významně podílí psychosociální události v životě dítěte, ať už se jedná o rozvod rodičů, konfliktní vztahy v rodině, onemocnění či úmrtí blízké osoby. Výchova by měla tedy splňovat kritéria přiměřenosti a důslednosti. Autoritativní styl výchovy může vést k pozdějším pocitům méněcennosti, pocitům viny a depresivnímu prožívání. Naopak hyperprotektivní styl výchovy může mít souvislost se sebestředností a společensky nepřizpůsobivým chováním (Höschl, 1997).

Škola tvoří také výrazný podíl pro budoucí psychickou odolnost a míru frustrační tolerance. Na jednu stranu může být posilujícím prostředím prostřednictvím soudržnosti kolektivu vrstevníků, na druhou stranu může být prostředím ohrožujícím sebevědomí dítěte např. špatným prospěchem nebo šikanou.

Významné faktory pro pozdější vznik duševního onemocnění tvoří rodinné a sociální prostředí v raném období života. Chování dospělého však nemají na svědomí pouze zkušenosti z dětství, nýbrž předpoklady, které je třeba v tomto období splnit. Jedná se o pocit bezpečí, lásky, zajišťování a uspokojování potřeb, fyzický kontakt s dospělým zejména s matkou, adekvátně podnětné prostředí atd. Chybění některého z předpokladů vede k citové deprivaci, která může být důsledkem vzniku poruchy. Nestabilní a konfliktní rodinné prostředí negativně působí na možnost časného odeznění nemoci a zvyšuje četnost relapsů (Höschl, 1997).

2.4 Přehledová charakteristika duševních poruch

Stručně představím charakteristiky jednotlivých onemocnění dle MKN – 10 s odkazy na publikace zabývající se danou problematikou podrobněji.

2.4.1 Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 – F09)

Jedná se o skupinu poruch související s přímým nebo zprostředkovaným poškozením centrální nervové soustavy. Příčinou může být atrofie mozkové tkáně, zánětlivé onemocnění mozku, nádor mozku, úraz hlavy, poruchy výživy mozku na podkladě infekčním, toxickém či metabolickém (Kafka a kol., 1998).

Höschl a kol. (1997, s. 49) řadí do kategorie organických duševních poruch demence, deliria, jiné duševní poruchy a poruchy osobnosti a chování.

Dle MKN – 10 (2001) je demence definována jako: *„syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku, tzn. kognitivních funkcí. Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí obvykle doprovází, někdy také předchází, zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“*

Pidrman in Hanuš a kol. (2000, s. 21) rozděluje demence do třech oblastí:

1. atroficko-degenerativní
2. ischemicko-vaskulární
3. sekundární (symptomatické)

2.4.1.1 Demence u Alzheimerovy choroby (F00)

Jedná se o neurodegenerativní ireverzibilní onemocnění s plíživým začátkem a rozvojem do několika let. Callone et al. (2008) uvádí rozmezí 8 - 20 let. V závislosti na zdravotním stavu a sociálních podmínkách může být období rozvoje nemoci podstatně kratší. Je nejčastější příčinou všech demencí (50 - 70%). Raboch, Pavlovský (2001) rozlišují podle doby vzniku dvě formy demence Alzheimerova typu. F00.0 s časným

začátkem před 65. rokem života a s pozdním začátkem F00.1 po 65. roce života, přičemž nejčastěji lze pozorovat příznaky kolem 80. roku života.

Strukturální změnou je redukce v počtu neuronů, tvorba plaků bílkovinné povahy. Ubývá acetylcholin, který mozek potřebuje k přenosu nervových vzruchů. Mozek je celkově zmenšený, závity jsou zúženy, rýhy rozšířeny. Nejvíce změn je zaznamenáno v čelním a týlním laloku. Atrofie postihuje bílou hmotu a bazální ganglia (Koukolík Jirák, 1998).

V prvním stádiu nemoci je u všech pacientů přítomna porucha krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť je zachována (vybavují si vzpomínky z mládí), porucha orientace v prostoru (bloudí v méně známém prostoru), přechodná dezorientace v čase (není schopen vybavit si den a rok), pokles aktivity a nálady.

Ve druhém stádiu se objevuje postupná dezorientace, porucha řeči, motoriky a percepce.

Ve třetím stádiu dochází k úplné dezintegraci všech psychických funkcí. Pacient ztrácí schopnost komunikace, vydává nesrozumitelné zvuky nebo nemluví vůbec a celkově fyzicky chátrá. Jsou přítomny poruchy chůze a není schopen sebeobsluhy, je odkázán na pomoc okolí. Často se objevují poruchy chování, agresivita, stavy zmatenosti. Vyskytují se i paranoidní bludy a zrakově sluchové halucinace, deprese a úzkost (Callone et al., 2008).

2.4.1.2 Vaskulární demence (F01)

Vaskulární demence vzniká na podkladě ischemických změn centrální nervové soustavy. Jedná se o aterosklerotické postižení mozkových tepen. Rizikovými faktory jsou poruchy metabolismu tuků, hypertenze, špatný životní styl, kouření, nadužívání alkoholu, genetické dispozice, dlouhodobá stresová zátěž (Bayer; Reban, 1996).

Raboch, Pavlovský (2001) uvádí následující typy vaskulární demence:

a) ***s akutním začátkem (F01.0)*** - k demenci dojde následkem cévní mozkové příhody v příčinné souvislosti s krvácením, nedokrevností či ucpání cévy krevní sraženinou. Bývá přítomen velký neurologický nález v podobě centrální hemiparézy, poruchy řeči, šlachových reflexů, změny zrakové ostrosti.

b) ***multiinfarktová demence (F01.1)*** - zpočátku se objevují stížnosti na svalovou slabost a únavu, zhoršení vštípivosti paměti, rozhodnosti, pokles celkové výkonnosti a životní energie, poruchy spánku. Je patrná emoční labilita, objevují se zlostné afekty. Objevují se přechodné fatické poruchy, lehké parézy, které se zpravidla upraví.

c) ***subkortikální forma (F01.2)*** - neboli Binswangerova choroba značí v podkorových oblastech přítomnost vaskulárních a ischemických změny. Objevuje se zpomalení psychomotorického tempa, nerozhodnost. Demence nedosahuje velké hloubky.

d) ***smíšená forma (F01.3)*** zahrnuje poškození korových a podkorových oblastí současně s ischemizací.

Multiinfarktová forma může být zkomplikována výskytem stavů zmatenosti zejména ve večerních a nočních hodinách. Jedná se o přechodné kvalitativní poruchy vědomí projevující se dezorientací místem, časem, situací, ale i osobou. Jedinec bývá úzkostný, objevují se zrakové a sluchově - verbální halucinace a paranoia. Tato symptomatika bývá projevem zhoršené funkce CNS v důsledku hypotenze, dehydratace, počáteční kardiální dekompenzace atd. Výskyt stavů zmatenosti není úměrný pokročilosti demence, delirium může propuknout i u nenápadných vaskulárních změn pokud je přítomná výše uvedená symptomatika. (Raboch, Pavlovský, 2001)

2.4.1.3 Demence u chorob klasifikovaných jinde (F02)

Demence jako příznak či následek somatických onemocnění rozmanitých příčin vzniku se vyskytuje u Pickovy choroby, Creutzfeldt - Jakobovy choroby, Huntingtonovy choroby, Parkinsonovy choroby, u infekce HIV (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kolektiv, 1994). Autoři nabízejí podrobnější výklad v publikaci *Gerontopsychiatrie*.

2.4.1.4 Nespecifikovaná demence (F03)

Tuto kategorii obsazují poruchy splňující kritéria demence, ale nelze přesně určit její typ (Pidrman in Hanuš a kol., 2000).

2.4.1.5 Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami (F04)

Jedná se o vzácný syndrom způsobený nejčastěji úrazy hlavy s krvácením do mozku, příp. dočasnou hypoxií. Vyšetření objektivně nasvědčují poškození mozku. Projevuje se zhoršením vštípivosti paměti a výbavnosti minulých zkušeností v zachované chronologii. Objevují se konfabulace a výkyvy emocí. Krátkodobá paměť není porušena. Není přítomna porucha pozornosti ani pokles intelektu (Hrdlička; Hrdličková, 1999).

2.4.1.6 Delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými drogami (F05)

Vyskytuje se jako projev závažných somatických onemocnění např. infekčního onemocnění s horečkami, srdeční dekompenzace u vaskulární demence s dehydratací u seniorů, chronického onemocnění ledvin atd. Charakteristickým projevem je kvalitativní porucha vědomí s rozmanitými příznaky. Vyskytují se poruchy orientace všemi kvalitami, poruchy paměti a pozornosti, psychomotorický neklid až agresivní chování často ovlivněné vizuálními halucinacemi, myšlení je nesouvislé, nálada bývá úzkostně depresivní, nápadnost v poruše spánkového rytmu. Intenzita kolísá během dne. Stav se zhoršuje v nočních hodinách (Gelder; Mayou; Geddes, 2005).

2.4.1.7 Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění (F06)

Raboch; Pavlovský (2001, s. 50) uvádí, že tato klasifikace zahrnuje: *„organicky podmíněné syndromy psychotického rázu, organické afektivní poruchy a organické disociativní poruchy. Příčinou všech těchto poruch je mozková nebo jiná somatická porucha.“* Za vznikem duševního onemocnění stojí závažný průběh chorob virového původu (např. chřipky, všech typů hepatitid, AIDS, klíšťové encefalitidy, vztekliny), bakteriálního původu (skvrnitého tyfu, břišního tyfu), parazitárního původu (tasemnice). Z tělesných onemocnění je nutno uvést onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, chronická onemocnění ledvin, chronické plicní nemoci, srdeční onemocnění atd. Nejčastějšími projevy jsou depresivní ladění, úzkostné prožívání, stavy vyčerpanosti, poruchy spánku, poruchy pozornosti, psychomotorický neklid (Raboch; Pavlovský, 2001).

2.4.1.8 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku (F07)

V důsledku poškození mozku (úraz hlavy, virové onemocnění, epilepsie, dětská mozková obrna) dochází k trvalým a nezvratným změnám osobnostních rysů. Jedná se obvykle o poruchy v oblasti motivace, koncentrace na vybranou činnost, plánování a chronologickém postupu činností. Okruh zájmů bývá zúžen na minimum, někdy preference jediné oblasti zájmů (politika, náboženství). Myšlení bývá zabíhavé, objevují se výkyvy nálad, tendence k impulzivitě a neadekvátnímu chování, nadužívání návykových látek, ztráta zábran v oblasti sexuality. Za nejzávažnější je považováno poškození čelního laloku mozku, kdy se změna struktury osobnosti projeví nejvýrazněji (Jirák in Höschl; Libiger; Švestka, 2002).

2.4.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 - F19)

„Drogy jsou chemické látky, přírodní nebo syntetické povahy, které poměrně rychle vyvolají změnu prožívání, působí psychoaktivně a současně mohou vytvářet chorobnou závislost“ (Kafka a kol., 1998, s. 209). Čížek in Hanuš a kol., 2000, s. 43

dodává, že návykové látky jsou: *„obvykle zneužívané pro své účinky bez ohledu na zdravotní a jiné následky.“*

Pojmy vyskytující se v souvislosti se způsoby a charakterem vzniklých poruch, jenž mají v MKN - 10 své zastoupení jsou: akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, delirium, psychotické poruchy, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (Raboch, Pavlovský, 2001).

Stručně charakterizuji vymezené pojmy:

a) **akutní intoxikace** je dle MKN - 10 (2001) dočasný stav po požití či aplikaci návykové látky projevující se poruchou psychických funkcí na úrovni myšlení, vnímání, prožívání, aktivity, chování a občasně i vědomí.

b) **škodlivé užívání** má za následek poškození organismu v důsledku dlouhodobého užívání návykové látky projevující se na tělesné (např. jaterní cirhóza) nebo duševní úrovni (např. depresivní stavy v opilosti). Často zasahuje i do sociální oblasti ve formě nesouhlasu okolí, manželských konfliktů a problémech v zaměstnání (Nešpor in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

c) **syndrom závislosti** je diagnostikován, pokud jsou během posledního roku splněna tři diagnostická kritéria ze šesti: silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v kontrole (začátku, množství a ukončení) užívání látky, po snížení nebo odnětí užívané látky dojde k rozvoji somatického odvykacího stavu, zvyšuje se tolerance, dochází k zanedbávání povinností a zájmů ve prospěch užívání návykové látky a pokračovaní v užívání návykové látky i přes jasný důkaz škodlivých následků (Nešpor in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 559).

d) **odvykací stav** neboli dříve používán termín abstinenční syndrom vzniká na základě rapidního snížení nebo odnětí návykové látky a vyznačuje se postupným rozvojem rozmanitých somatických a psychických příznaků. Za komplikace jsou

považovány křečové záchvaty a delirium (Nešpor in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

e) **delirium** je charakterizováno kvalitativní poruchou vědomí doprovázené dezorientací časem a místem, poruchou krátkodobé paměti, poruchami vnímání (nejčastěji zrakové halucinace děsivého charakteru zahrnující lidi nebo zvířata; vyskytují se však i sluchové a hmatové), poruchami myšlení (bludy) bázlivostí a neklidem. Z tělesných obtíží je patrný výrazný třes rukou, nadměrné pocení, zrychlená srdeční akce, zvýšený krevní tlak, rozšířené zornice, nespavost. Dochází k dehydrataci a minerálové nerovnováze. Příznaky jsou výraznější v noci. Akutní stav odeznívá do 4 dnů (Gelder, Mayou, Geddes, 2005).

f) **psychotické poruchy** (tzv. toxické psychózy) jsou dočasné a dochází k nim po bezprostředním požití návykové látky. Vyskytují se živé častěji sluchové halucinace, paranoidně persekuční bludy s pocity pronásledování a ohrožení, dále pocity strachu nebo naopak nadšení (Nešpor in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

g) **amnestický syndrom** je trvalá porucha typická u chronického alkoholismu projevující se výrazným zhoršením vštípivosti a krátkodobé paměti (Raboch, Pavlovský, 2001).

h) **reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem** znamená, že i přes odeznění akutní intoxikace nadále přetrvávají psychotické příznaky. Do této kategorie spadají tzv. flashbacky, neboli znovuprožití totožných stavů jako po bezprostředním užití návykové látky, vyskytující se u abstinujících osob (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.2.1 Přehled kategorií poruch vyvolaných psychoaktivními látkami (MKN – 10):

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu (F10)
Poruchy vyvolané požíváním opioidů (F11)
Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů (F12)

Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik (F13)
Poruchy vyvolané požíváním kokainu (F14)
Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (F15)
Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů (F16)
Poruchy vyvolané užíváním tabáku (F17)
Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel (F18)
Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek (F19)

Konkrétně se problematikou závislostí včetně časné intervence, léčby a následné péče zabývá Kamil Kalina a kol. v publikaci *Základy klinické adiktologie* (2008), která je velmi přehledně zpracována.

2.4.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29)

2.4.3.1 Schizofrenie (F20)

Schizofrenie je považována za nejzávažnější psychotickou poruchu dlouhodobého charakteru postihující 1% populace. První projevy nemoci se objevují v pozdní adolescenci a mladé dospělosti, ale není vyloučen začátek v dětství. Původ onemocnění není zcela jasný, ale podíl na vzniku nemoci je multifaktoriální. (Pečeňák a kol., 2005).

David, Cutting (1997) se podrobně zabývají otázkou neuropsychologie. Poznamenávají nemalý vliv genetických faktorů na vzniku schizofrenie. Kupříkladu pokud má jeden z rodičů schizofrenii, riziko onemocnění je 12%. V případě jednovaječných dvojčat je riziko 50%. Změny na mozku jsou charakterizovány anatomickými odchylkami zejména v limbickém systému. Je zaznamenáno méně bílé hmoty a nižší počet neuronů. Souvislost autoři nacházejí i v dysfunkci neurotransmiterů, konkrétně dopaminu a serotoninu. Uvedené anomálie mohou být vývojové, prenatálně či perinatálně posttraumatické. Integrita psychických funkcí je porušena a nejvíce zvýrazněna v období dozrávání centrální nervové soustavy.

Raboch, Pavlovský (2001, s. 78) považuje za základní pozitivní příznaky:

- slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odnímání nebo vkládání myšlenek a jejich vysílání)
- bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky
- halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, příp. o něm rozmlouvají
- bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře
- formální poruchy myšlení (nesouvislé myšlení - inkoherence, zárazy, neologismy)
- nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost)

Dále autoři uvádí příznaky negativní v podobě apatie, emoční oploštělosti až vyhaslosti.

Pro zpřesnění vysvětlím často zaměňované pojmy halucinace a blud dle Rabocha, Pavlovského (2001, s. 15, 21).

a) ***halucinace*** je neadekvátní vjem bez vnějšího podnětu, o jehož správnosti je nemocný nevyvratitelně přesvědčen. Podle smyslů jsou děleny na sluchové, zrakové, čichové, hmatové a tělové. Dále jsou rozlišovány halucinace elementární zahrnující pouze slyšitelné tóny, viditelné jiskry a komplexní, kdy nemocný vnímá celé hovory nebo scény. Speciální kategorii tvoří intrapsychické halucinace vyznačující se pocitem vkládání myšlenek, ovládáním na dálku.

b) ***blud*** je řazen do kvalitativních poruch myšlení a charakterizován mylným obsahem, nesprávným úsudkem a chorobným přesvědčením, které neodpovídá skutečnosti. Ovlivňuje postoje a jednání. Nelze vyvrátit jakýmkoliv teoretickým nebo praktickým důkazem. Dle obsahu je lze obecně dělit na makromanické (sebevyvýšené, pocity vlastní výjimečnosti), mikromanické (sebeponižující, sebeobviňující, ruinační) a paranoidní (vztahovačné, žárlivecké, pocity pronásledování, ohrožení

Schizofrenii Kučerová (2010 dle MKN - 10) klasifikuje na následující formy:

a) ***paranoidní schizofrenie (F20.0)*** je nejčastější forma onemocnění projevující se paranoidní bludnou symptomatikou, sluchovými a intrapsychickými halucinacemi včetně podoby telepatických schopností. V chování může dominovat podrážděnost a agresivita vůči „nepřátelům".

b) ***hebefrenní schizofrenie (F20.1)*** je charakteristická pro mladý věk. Typický je výskyt negativních příznaků v podobě výkyvů v náladě, nevyzpytatelného chování, dezorganizovaného myšlení, tendencí k pseudofilozofování a sociální izolace. Pokud se vyskytnou bludy a halucinace, tak v prchavé intenzitě.

c) ***katatonní schizofrenie (F20.2)*** je vzácná forma projevující se výrazným psychomotorickým neklidem, impulzivním jednáním, pohybovými a řečovými stereotypiemi.

d) ***nediferencovaná schizofrenie (F20.3)*** nelze jednoznačně zařadit do třech předešlých forem.

e) ***postschizofrenní deprese (F20.4)*** znamená, že příznaky deprese jsou patrny při přetrvávající schizofrenní symptomatice.

f) ***reziduální schizofrenie (F20.5)*** neboli zbytková je charakterizována tím, že po odeznění pozitivních příznaků přetrvávají příznaky negativní zejména zpomalení psychomotorického tempa, nevýkonnost, snížení sebepéče, obsahově chudá řeč atd.

g) ***simplexní schizofrenie (F20.6),*** kde je typický protrahovaný rozvoj nápadností v chování včetně nedodržování společenských konvencí s následnou sociální izolací. Nejsou přítomny pozitivní příznaky.

2.4.3.2 Schizotypní porucha (F21)

Příznaky v mnohém připomínají schizofrenii, avšak nedosahují diagnosticky požadované hloubky. Vyskytuje se nápadná nedůvěra, citová oploštělost, vyhýbání se sociálním kontaktům, prchavá psychotická produkce (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.3.3 Trvalé duševní poruchy s bludy (F22)

Dominuje porucha myšlení s přítomností jednoho či více bludů. Za vznikem stojí obvykle zátěžová situace. Ostatní psychické procesy nebývají porušeny (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.3.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)

Nápadně svým projevem připomínají schizofrenii. Rozdíl je v délce trvání, která v tomto případě nepřesáhne jeden měsíc. Vzniká během dvou týdnu po prožitém psychotraumatu např. po nečekaném úmrtí člena rodiny (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.3.5 Indukovaná porucha s bludy (F24)

Vzácná porucha, při které dochází k přejímání bludů osobou či více osobami za vlastní. Osoby jsou k nemocnému v těsném vztahu, podporují se v bludném systému navzájem a často s nemocným žijí v sociální izolaci. V případě oddělení osob dochází ke spontánní úzdravě (Höschl a kol., 1997).

2.4.3.6 Schizoafektivní poruchy (F25)

„Je onemocnění, při kterém se vyskytují poruchy nálady a schizofrenní příznaky současně nebo v rozmezí nejvýše několika dnů“ (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 399). Klasifikace vymezuje manický typ (F25.0), depresivní typ (F25.1) a smíšený typ (F25.2).

2.4.4 Afektivní poruchy (F30 - F39)

2.4.4.1 Manická fáze (F30)

Podle závažnosti se rozlišuje hypománie, mánie bez psychotických příznaků a mánie s psychotickými příznaky (MKN - 10, 2001). Jedná se o syndrom, který se stává součástí bipolární afektivní poruchy a může zvrátit depresivní fázi. Hlavními příznaky jsou nadměrně radostná nálada nebo popudlivost, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, zvýšená aktivita, roztěkanost, společensky nevhodné chování, snížená potřeba spánku, zvýšení chuti k jídlu, zvýšená sexuální žádostivost, myšlenkový trysk, obšírný obsah řeči (Gelder, Mayou, Geddes, 2006, s. 101). Nemocní jsou svým nápadným chováním pro okolí obtížní. Dožadují se pozornosti, nadměrně telefonují a utrácejí, často rozdávají peníze, přeceňují své síly, riskují. Styl oblečení a líčení vypovídá o jejich prožívání, tzn. jsou velmi výstředně laděni do pestrobarevných často nevhodných kombinací. Jsou-li nemocní podrážděni, dochází k výlevům zlosti. Zvýšené sebevědomí může nabýt hloubky bludu. Nemocní pak „vynikají“ v oblastech, kterým nerozumí, např. komponují hudební díla a spojují se s významnými osobnostmi (Látalová, 2010).

2.4.4.2 Bipolární afektivní porucha (F31)

„Je celoživotní onemocnění charakteristické opakovanými epizodami poruchy nálady“ (Látalová, 2010, s. 55). Je diagnostikována, pokud se vyskytly alespoň dvě epizody deprese nebo mánie, avšak vždy musí být splněno kritérium manické epizody. Dále je specifikována dle přítomnosti příznaků na manický typ, depresivní typ a smíšený typ. První záchyt není ovlivněn věkem. Vznik manické fáze je náhlý, trvající týdny až několik měsíců. Depresivní fáze nastupují pozvolna a trvají déle, někdy více než půl roku. Frekvence fází jsou měnlivé. Čím déle nemoc člověka doprovází, tím kratší je remise a delší období deprese (Látalová, 2010).

2.4.4.3 Depresivní fáze (F32)

Dle závažnosti se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou. Deprese je považována za nejhůře prožívané duševní onemocnění. Limituje člověka v sebepéči a aktivitě. Nálada je skleslá až plačtivá, psychomotorické tempo zpomalené, sebevědomí

snížené. Nemocný není schopen na základě zpomaleného myšlení přiměřeného rozhodování. Myšlenky jsou pesimistické plné obav, vedoucí k beznaději a zoufalství. Objevují se pocity smutku a bezvýchodnosti. Zájmy a koníčky jsou dotyčnému lhostejné. Přetrvává nezájem o sebe, rodinu a okolí na základě snížené sebedůvěry a důvěry k ostatním. Izolují se od společnosti. Odmítají vycházet z domu, později vstávat z lůžka. Spánek bývá přerušovaný a nekvalitní, nedodá potřebnou energii. Chuť k jídlu je obvykle snížená, což se odrazí na nemalém úbytku hmotnosti. Motivace je ztlumena a dominuje přesvědčení o ztrátě smyslu života. Objevuje se sebeobviňování. Myšlenky o vlastní neschopnosti a bezcennosti mohou vyústit k sebevražedným úvahám. Deprese je nejrizikovější v počtu dokonaných sebevražd (Koníková in Vavrušová a kol., 2008).

2.4.4.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33)

„Porucha je charakterizovaná opakovanými epizodami deprese bez samostatných fází povznesené nálady a zvýšené aktivity, které splňují kritéria pro mánii“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 438). Symptomatika je popsána výše.

2.4.4.5 Trvalé poruchy nálady (F34)

Jedná se o nepřetržité kolísání nálad, které však nedosahuje kritérií manické nebo depresivní fáze, avšak omezuje nemocného v běžném životě. Do této kategorie poruch patří cyklothymie (F34.0), která se vyznačuje opakovanými stavy deprese a hypománie v délce trvání více než 2 roky a dysthymie (F34.1), která je provázena dlouhotrvající (alespoň 2 roky) depresivní náladou menší intenzity (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 - 49)

2.4.5.1 Fobické úzkostné poruchy (F40)

Raboch, Pavlovský (2001) uvádí, že strach je přirozenou součástí našeho prožívání. Pokud však přesáhne svoji intenzitu natolik, že omezuje běžné fungování v životě, nebo že se dotyčný začne vyhýbat věcem či situacím, kterých se běžně lidé nebojí, jedná se o fobii. Jedinec si uvědomuje nepřiměřenost nebo nesmyslnost strachu

vzhledem k vyvolávajícímu podnětu. Kosová, Praško in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 482 popisují fobie jako: *„duševní poruchy, při nichž je strach, často přecházející v paniku, vyvolán konkrétními situacemi nebo objekty, které nejsou ve skutečnosti nebezpečné.“* MKN-10 (2001) rozlišuje fobické poruchy na agorafobii, sociální fobii a specifické fobie.

a) ***agorafobie (F40.0)*** - Praško a kol., (1998, s. 6) charakterizují agorafobii jako strach z otevřených prostranství, ale i uzavřených prostor (dříve klaustrofobie). Specifikují projevy agorafobie, kterými jsou nejběžněji strach z cestování, strach z nakupování ve velkých obchodních centrech, čekání ve frontě, v davu, strach ze samoty v prostředí domova, strach opustit domov i na kratší vzdálenost, strach z návštěvy kina, divadla, restaurace, strach z mostů, tunelů, výtahů. Dochází k vyhýbání se nepříjemným situacím, rozvoji úzkosti až paniky. Dle Praškové, Praška (2000, s. 59, 60) se „*fobie váže k očekávání něčeho nepříjemného, co by se mohlo v daném místě přihodit. Zvyšuje se při uvědomění si nemožnosti úniku. Jedinci automaticky předpokládají, že pokud by se jim nepodařilo z dané situace uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa: přestanou se ovládat, omdlí, budou se chovat trapně.“*

b) ***sociální fobie (F40.1)*** - lidé trpící sociální fobií se potýkají s nepřiměřeným strachem ze situací, kdy mohou být pozorováni nebo hodnoceni okolím. Doprovází je snížené sebehodnocení a obavy z kritiky. Úzkost se zvyšuje např. při stravování před ostatními, mluvení a telefonování na veřejnosti či při setkání s neznámými lidmi. Pacienti jsou tak silně přesvědčeni o nápadnosti příznaků úzkosti, které je dovedou k vyhýbavému chování až k sociální izolaci. Jedinci často unikají ke konzumaci alkoholu nebo nadužívání anxiolytik, které rozpouštějí úzkost. (Kosová, Praško in Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

c) ***specifické fobie (F40.2)*** - Raboch, Pavlovský (2001) je uvádí ve třech kategoriích: strach ze zvířat (pavouci, plazi, hmyz), situační fobie (strach z výšek, létání), fobie z poranění (ošetření, injekce).

2.4.5.2 Jiné úzkostné poruchy (F41)

Mezi jiné úzkostné poruchy jsou řazeny panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně depresivní porucha.

a) ***panická porucha (41.0)*** - jedná se o opakující se stavy masivní úzkosti, které vznikají náhle a nepředvídatelně a nemají vazbu k žádné konkrétní situaci. Příznaky panické úzkosti jsou pestré. Z tělesných příznaků se objevuje svalové napětí, zrychlené dýchání, třes celého těla nebo jednotlivých částí, bušení srdce, zrychlená akce srdeční, tíha za hrudní kostí, nadměrné pocení, pocit na zvracení, závratě, brnění končetin a rtů, sevření v oblasti krku, rozostřené vidění. Psychické příznaky představují pocit ohrožení, strach, katastrofické scénáře, poruchy soustředění, podrážděnost, lekavost, anticipační úzkost (z očekávání). Myšlenky ovládá strach z kolapsu, smrti, ztráty sebekontroly a zešílení. Doba trvání je řádově v minutách, výjimečně může trvat až 2 hodiny. Po té přichází únava a vyčerpání a následně strach z další ataky (Praško, Prašková, Vašková, Vyskočilová, 2006).

b) ***generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)*** - hlavním rysem této poruchy je dlouhotrvající plynulá úzkost trvající minimálně 6 měsíců. Nadmíru obavné myšlenky týkající se běžných denních záležitostí vedoucí k únavě a nepříjemným tělesným projevů stěžují nemocnému život (Prašková, Praško, 2000).

c) ***smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2)*** - zde se prolínají projevy úzkosti i deprese, ale intenzita příznaků nesplňuje kritéria pro samostatnou diagnózu afektivní nebo úzkostné poruchy (Prašková, Praško, 2000).

2.4.5.3 Obsedantně kompulzivní porucha (F42)

Kosová, Praško in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 494 uvádí: *„Obsedantně kompulzivní porucha je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a způsobují svému nositeli výraznou nepohodu a tíseň, kterou*

se pak snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi či rituály).“ Příkladem obsese je opakovaná myšlenka vážného infekčního onemocnění a kompulzí je opakované umývání a nadměrná dezinfekce sebe i prostředí. Rituály jsou pro pacienta časově náročné úkony, které ho omezují v povinnostech, ale i v běžné aktivitě. Pacient si je vědom svého konání a jeho jednání zmírňuje úzkostné stavy (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.5.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Dle MKN - 10 (2001) jde o poruchy v návaznosti na zátěžovou situaci, traumatizující událost nebo dlouhodobý stres, kde selhaly strategie úspěšného vyrovnání, které mají za následek omezenou společenskou angažovanost. Do této kategorie spadá akutní reakce na stres (F43.0), posttraumatická stresová porucha (F43.1) a porucha přizpůsobení (F43.2).

2.4.5.5 Dissociativní (konverzní) poruchy (F44)

Tyto poruchy byly dříve popisovány jako hysterické. Podstatou je porušení oblasti vědomí prostřednictvím potlačeného konfliktu či vyjádření nepřijatelných potřeb. Příznaky dělí Kafka a kol. (1998) do tří oblastí. První z nich jsou dissociativní záchvaty podobné epileptickým, objevují se tonicko - klonické křeče, někdy přechodná zástava dechu nebo hyperventilace, avšak nedochází k pokousání a pomočení. Druhá oblast zahrnuje snížené sebevědomí v ambivalenci s přeceňováním a narušené sebeuvědomování. Třetí oblast představuje poruchy sociální vztahů. Dotyčný líčí zážitky přehnaně a jeho přesvědčivost je neoblomná. Cílem je potřeba vyniknout a ukázat svoji „druhou tvář“. Raboch, Pavlovský (2001) uvádí, že pestrost příznaků vede k určitému sociálnímu zisku, např. osoba závislá na partnerovi přestane chodit či „přijde“ o zrak, aby od ní partner neodešel. Veškerá vyšetření nenasvědčují tělesné poruše, která by objasňovala původ příznaků. Do kategorie dissociativních poruch jsou zahrnuty dissociativní amnézie (F44.0), dissociativní fuga (F44.1), dissociativní stupor (F44.2), trans a stavy posedlosti (F44.3), dissociativní poruchy motoriky (F44.4), dissociativní křeče (F44.5), dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické (F44.6) a jiné dissociativní poruchy (F44.8).

2.4.5.6 Somatoformní poruchy (F45)

Při těchto poruchách dochází k četným somatickým steskům bez objektivního patologického nálezu. Pacienti popisují obvykle nejrůznější typy intenzivních a rozsáhlých bolestí, nadměrnou únavu a vegetativní projevy. Tělesné projevy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že ho negativně ovlivňují v sociálním a pracovním fungování. Dochází k opakovanému ujišťování nedůvěřivého pacienta lékařem, že se nejedná o tělesné onemocnění. Příznaky nejsou vědomě kontrolovány. Pacient nesimuluje, jak se může na první pohled zdát (Libigerová in Hanuš a kol., 2000). V kategorii somatoformních poruch je dle MKN - 10 obsažena somatizační porucha (F45.0), hypochondrická porucha (F45.2), somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3), přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4).

2.4.5.7 Jiné neurotické poruchy (F48)

Do kategorie jiných neurotických poruch je řazena neurastenie a depersonalizační a derealizační syndrom.

a) ***neurastenie (F48.0)*** - vyznačuje se dvojí podobou dle převažujících příznaků. V prvním případě jde o stížnosti na nadměrnou únavu po psychické zátěži spojenou se sníženou pracovní výkonností. V případě druhém převažují pocity tělesné únavy a fyzické slabosti až do pocitů vyčerpání po minimální tělesné zátěži. Oba typy doprovází svalové bolesti a pocity napětí (Raboch, Pavlovský, 2001).

b) ***depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)*** - často se objevují v kombinaci s úzkostnou nebo depresivní poruchou. Vyznačují se pocity neskutečna ve vlastním prožívání, a to ve smyslu odcizení myšlenek, oddělení psychického a tělesného prožívání, které působí ploše a neatraktivně. Prožitky přirovnávají např. ke hře na jevišti v zamlženém oparu. Jedinci jsou kritičtí k tomu, že se nejedná o realitu. Je zachován náhled.

2.4.6 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59)

2.4.6.1 Poruchy příjmu potravy (F50)

Poruchy příjmu potravy jsou řazeny mezi nejčetnější onemocnění teenagerů. Běžnější výskyt je u dívek, ale postihuje i chlapce. Základním prvkem je porucha myšlení a jednání v kontextu s jídlem a porucha vnímání vzhledu vlastního těla (Raboch, Pavlovský, 2001). Papežová (2010, s. 48) doplňuje, že podíl na vzniku onemocnění mají perfekcionismus, impulzivita, depresivní a úzkostné poruchy a negativní emocionalita. Nejznámějšími a nejdiskutovatelnějšími poruchami jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Katona, Cooper, Robertson (2008) v této kategorii navíc představují obezitu, která se vyznačuje BMI nad 30 a zdůrazňují kulturní rozdíly s nejvyšší prevalencí v USA. Dále upozorňují na piku neboli pojídání nestravitelných předmětů, které se objevuje u osob s autismem nebo schizofrenií. Z českých odborníků se podrobně danou problematikou zabývá Hana Papežová (ed.) v publikaci *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdiciplinární přístup (2010).*

a) ***mentální anorexie (F50.0)*** - v popředí je vědomé snižování hmotnosti v důsledku strachu z nadváhy s konečným výsledkem podvýživy a nekritičnosti k vlastnímu tělesnému vzhledu. Obvykle se spouští po redukčních dietách u osob s hmotností v pásmu normy nebo s lehkou nadváhou. V souvislosti s příjmem potravy se objevuje manipulace, lhaní, podvádění, zamlčování potíží, zneužívání projímadel a diuretik. Typická je nadměrná tělesná aktivita. Tělesnými příznaky jsou bledá kůže, jemné ochlupení připomínající lanugo, padání vlasů, kazivost zubů, snížená srdeční akce a krevní tlak, zimomřivost, ztráta menstruace. Dochází k metabolickým a endokrinním změnám (Papežová, 2010).

b) ***mentální bulimie (F50.2)*** - základními charakteristikami jsou zaobírání se myšlenkami na jídlo a neodolatelná touha jíst. Důsledkem je opakující se záchvatovité přejídání (až 25x vyšší kalorický příjem než je norma), výčitky svědomí a přehnaná kontrola hmotnosti. K zamezení váhového přírůstku

dochází prostřednictvím mechanicky či spontánně vyvolaného zvracení a zneužívání projímadel a diuretik. Tělesná hmotnost bývá dle BMI v normě nebo v pásmu lehké nadváhy. Pacienti si stěžují na nevýkonnost a únavu, mírné otoky končetin. Bývá poškozený chrup. Není výjimkou nadužívání návykových látek, krádeže jídla a sebepoškozování (Papežová, 2010).

2.4.6.2 Neorganické poruchy spánku (F51)

Poruchy spánku dělí Láznička in Hanuš a kol. (2000) do dvou oblastí. První z nich je dyssomnie tzn. porucha kvality a časování spánku na základě emočního prožívání. Je sem řazena insomnie (dlouhodobá porucha kvality nebo množství spánku zahrnující problémy s usínání, časté noční probouzení nebo nedostatečný pocit odpočinku po ranním probuzení), hypersomnie (nadměrná denní ospalost i po dostatečném nočním spánku omezující pacienta v běžné výkonnosti) a poruchy rytmu spánek-bdění (potřeba spánku v neobvyklou denní dobu než je společensky a kulturně akceptováno). Druhou oblast tvoří parasomnie tzn. *„abnormální epizodické události, ke kterým dochází v průběhu spánku, v dětství souvisí s vývojem, v dospělosti jsou psychogenní“* (s. 199). Do této kategorie jsou řazeny somnambulismus (změna stavu vědomí a reaktivity, osoba vstává z lůžka, stereotypně se hýbe, chodí po místnosti, nereaguje na oslovení), spánkové noční děsy (opakované epizody masivního děsu a paniky s neklidem a hlasitým verbálním projevem a následným usnutím, na událost si pacient nepamatuje), noční můry (živé sny, na jejichž úzkostný a ohrožující obsah si pacient podrobně vzpomíná, není přítomen motorický neklid ani křik).

2.4.6.3 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí (F52)

Vzhledem k léčbě ve specializovaných ambulancích dané poruchy blíže nespecifikuji a odkazuji na publikaci *Sexuologie* (Weiss, P. a kol., 2010, s. 339 - 363).

2.4.6.4 Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím neklasifikované jinde (F53)

MKN - 10 (2001) je rozlišuje na lehké, těžké, jiné a nespecifikované.

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

2.4.7.1 Specifické poruchy osobnosti (F60)

Porucha osobnosti je stav trvalého charakteru projevující se již v dětství nebo adolescenci nadměrným nebo nepříznivým zvýrazněním povahových vlastností. Ty se odchylují v oblasti emocionality, temperamentu, pudů, vůle a charakteru, a to maladaptivním nebo nápadně rušivým chováním. Genetický podíl vzhledem k predispozici poruchy osobnosti hraje nemalou roli. Pro vývoj každé osobnosti je nejdůležitější primární rodina, dále škola, vrstevníci a v současné době i média. K dekompenzaci stavu dochází v reakci na zátěžové situace. Ve stáří se zvýrazněné povahové rysy a chování zmírňují (Gelder, Mayou, Geddes, 2005).

a) ***paranoidní porucha osobnosti (F60.0)*** - tito lidé jsou nápadní nadměrnou citlivostí vůči vlastní osobě. Dominuje vztahovačnost, podezíravost, patologická žárlivost, neustálý boj za svá práva bez ohledu na situaci, neschopnost pochopit přátelská gesta. Veškeré dění okolo nich považují za spiklenectví. Hosák in Hanuš a kol. (2000, s. 228) konstatuje, že: *„řada nemocných s paranoidní poruchou osobnosti tráví svůj život v pracovních, občanských a soudních sporech, kterým věnují veškeré úsilí a energii, takže je tím deformován jejich život osobní a rodinný, zájmy a záliby a širší sociální vazby.“*

b) ***schizoidní porucha osobnosti (F60.1)*** - původně byla považována za předstupeň schizofrenie. Přibližuje se svými projevy simplexní formě. Vyznačuje se prchlivostí, neschopností prožívat a vyjadřovat pozitivní i negativní emoce, respektovat společenské zvyklosti, poruchou sociability. Nálada je oploštělá, reaktivita chudá. Nejraději tráví čas sami a hloubají ve svých fantaziích. Širší veřejnost je označuje za „podivíny“ (Raboch, Pavlovský, 2001).

c) ***disociální porucha osobnosti (F60.2)*** - osoby s touto poruchou striktně odmítají společenské konvence. Charakteristická je absence empatie a zájmu o city druhých. Jejich frustrační tolerance je nízká, dochází tak snadno k výbuchům zlosti. Jejich jednání je konfliktní se sklonem k obviňování druhých a vzhledem

k neprožívání vlastních pocitů viny dokážou své jednání rozumově odůvodnit a omluvit. Největší podíl tito lidé zaujímají ve výkonu trestu (Hosák in Hanuš a kol. 2000).

d) ***emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)*** - typické je impulzivní jednání bez ohledu na důsledky. Nálada je nestabilní, často se měnící. Rozlišují se dva typy: impulzivní typ, který ve svém obraze představuje neschopnost kontroly často neuváženého a ohrožujícího jednání, výbuchy zlosti jsou zejména ve chvílích kritiky okolí, obtíže v plánování a nemožnost setrvání a dokončení činnosti. Hraniční typ se vyznačuje poruchou sebeuvědomování, pocity prázdnoty jsou propojeny s nevyhraněností a nestálostí vztahů a zájmů. Citové vztahy bývají krátkodobé, ale intenzivně prožívané. Emoční krize řeší sebepoškozováním nebo sebevražednými pokusy (Hosák in Hanuš, 2000).

e) ***histriónská porucha osobnosti (F60.4)*** - v popředí je potřeba vyzdvihování vlastní osobnosti všemi dostupnými prostředky, touha vyniknout a upoutat pozornost. Nápadný je dramatický až teatrální projev (sebedramatizace) obohacený výstředním oblečením a líčením. Manipulují pro svůj zisk, často bájivě lžou. Dokážou rozvrátit kolektiv pomluvami a stížnostmi, když se jim nedaří sebeprosazení či nejsou dostatečně oceněni okolím. Egocentrismus zastírá potřebu zájmu o prožitky druhých. Konfliktní partnerské vztahy jsou okořeněny bouřlivými scénami zahrnující láskyplné projevy, ale i projevy masivní nenávisti. V sexuálním životě je obvykle sužují různé typy dysfunkcí (Kafka a kol., 1998).

f) ***anankastická porucha osobnosti (F60.5)*** - podstatou této poruchy je perfekcionismus projevující se dlouhodobým přesně promyšleným plánováním, opakovanými kontrolami již provedené činnosti, ulpíváním na detailech, neschopností rozhodování a vnitřním neklidem. Pracovní výkonnost je upřednostňována před ostatními činnostmi, které ostatním bývají zdrojem potěšení. Mají obtíže ve vyjadřování emocí, tudíž partnerský vztah neřadí na přední příčky svých zájmů. Změny plánů jim činí velké potíže vzhledem k jejich

nepružnosti. Mohou se objevit vtíravé myšlenky a u některých osob dochází k rozvoji obsedantně kompulzivní poruchy (Raboch, Pavlovský, 2001).

g) ***anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)*** - osoby trpící pocity nejistoty, méněcennosti a sociální nedostačivosti doprovází silné vnitřní napětí a obavy z odmítnutí. Možností jak se vyvarovat nepříjemným příznakům je vyhnout se situacím, které mohou úzkost způsobit. Vyhýbavá osobnost podle Kafky (1998, s. 147) má určité znaky: strach z každé situace, v které nebyl akceptován; nerad zaujímá ve společnosti významnější postavení a nepřijímá typ práce, která by mohla být zdrojem nepochopení; trápí se pro vlastní nedostatky a zlehčuje své úspěchy.

h) ***závislá porucha osobnosti (F60.7)*** - závislost se projevuje neschopností převzetí plné zodpovědnosti za sebe a vlastní rozhodování. Trápí je pocity bezmocnosti, nedůvěra v budoucnost, strach ze samoty. Často podřizují své potřeby a zájmy osobě, na které jsou závislí. Opakovaně se ujišťují o pevnosti a stabilitě vztahu. Nevyhledávají konflikty a často ze svého selhání viní ostatní osoby (Raboch, Pavlovský, 2001).

2.4.7.2 Smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61)

Vyskytují se osobnostní rysy několika specifických poruch osobnosti. Nepřevažují však natolik, aby byla stanovena konkrétní diagnóza (Hosák in Hanuš a kol, 2000).

2.4.7.3 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku (F62)

Do této kategorie je zařazena dle MKN - 10 Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti (F62.0) např. po živelných katastrofách, mučení v zajetí únosců, po teroristických útocích. Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění (F60.1.).

2.4.7.4 Návykové a impulzivní poruchy (F63)

Patologické hráčství (F63.0) neboli hraní hazardních her se vyskytuje v opakovaných epizodách na úkor zájmů, práci i rodině, o které postupně jedinec přichází. Nutkání k hraní je náhlé, prudké a neovlivnitelné. Dotyčný zvyšuje sázky, aby dostal zpět prohrané peníze, měl prostředky na další hru a dosáhl uspokojení. Dochází k zadlužování, nezřídka k páchání trestných činů (krádeže, loupeže). Často se vyskytuje v kombinaci závislosti na alkoholu. Je zde vyšší riziko sebevražedného jednání (Nešpor in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Do kategorie poruch F63 dále MKN - 10 (2001) zahrnuje Patologické zakládání požárů (F63.1) neboli pyromanii, Patologické kradení (F63.2) neboli kleptomanii, Trichotilomanii (F63.3) neboli nutkavé vytrhávání vlasů a Jiné návykové a impulzivní poruchy (F63.8**)** např. workoholismus, oniomanie neboli závislost na nakupování a shromažďování nepotřebných věcí.

2.4.7.5 Poruchy pohlavní identity (F64)

Vzhledem k léčbě pacientů na specializovaných pracovištích uvádím pouze přehled poruch dle MKN - 10: Transsexualismus (F64.0), Transvestitismus dvojí role (F64.1), Porucha pohlavní identity v dětství (F64.2), Jiné poruchy pohlavní identity (F64.8).

2.4.7.6 Poruchy sexuální preference (F65)

Uvádím dle MKN - 10 pouze přehledově**:** Fetišismus (F65.0), Fetišistický transvestitismus (F65.1), Exhibicionismus (65.2), Voyeurství (F65.3), Pedofilie (F65.4), Sadomasochismus (F65.5), Mnohočetné poruchy sexuální preference (F65.6), Jiné poruchy sexuální preference (F65.8).

Odkazuji na publikaci *Sexuologie* (Weiss, P. a kol., 2010 s. 469 – 509), kde je výstižná charakteristika poruch F64 a F65.

2.4.8 Mentální retardace (F70 - F79)

„Mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince. Díky genetickému a organickému poškození nebo souhrou sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence a jsou přítomny poruchy abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti a motivace, chápání a orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky. Zasahuje i do oblasti sociální, jde o komplex narušení adaptivního chování“ (Dytrich, Hrdlička, Lorenc, Malá, Matějček, Provazníková in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 803).

2.4.8.1 Lehká mentální retardace (F70)

U osob s lehkou mentální retardací, kde je inteligenční kvocient (IQ) stanoven v hodnotách 50 - 69 je patrné lehké zpomalení psychomotorického vývoje a sociálních dovedností. Obtíže se projeví zejména v období povinné školní docházky, vzhledem k funkčnímu oslabení psychických procesů. Lze pozorovat opožděný vývoj řeči s přítomností poruch řečové komunikace a chudší slovní zásobou, specifické poruchy učení. Zpracování informací je konkrétní s omezenou schopností abstrakce. Navzdory lehkému opoždění hrubé a jemné motoriky je patrna mírná neobratnost. Jedinci bývají úzkostní, emočně labilní se sklonem k impulzivnímu chování. Adaptabilita v důsledku emoční a sociální nezralosti bývá narušena. V dospělosti užívají řeč účelně, jsou nezávislí v sebepéči (Láznička, Panoušek in Hanuš a kol., 2000).

Dlouhá, Dlouhý, Neubauerová, Sýkorová, Dostálková (2013) uvádí, že vzdělávání je možné v běžné základní škole formou individuální nebo skupinové integrace nebo v základní škole praktické podle přílohy pro vzdělávání žáků s lehkou mentální retardací Rámcového vzdělávacího programu základní vzdělávání (RVP ZV - LMP). Cílem je dosáhnout co největší úrovně znalostí a příprava k profesi. V praktické škole se na základě osvojení znalostí a manuálních dovedností pak mohou vyučit v jednoduchých učebních oborech. Uplatnění nachází při pomocných pracích v sociální sféře, zdravotnictví, ve výrobě.

V současné době je vzdělávání těchto osob předmětem mnoha diskusí. Hovoří se o zrušení RVP ZV - LMP a základních škol praktických z rozličných důvodu jako jsou diskriminace žáků romského etnika, kteří jsou často do tohoto vzdělávacího programu zařazováni, dále pak prostá nepotřebnost přílohy, systém dvojsečného vzdělávání, diskriminace žáků s lehkým mentálním postižením v rámci segregace apod. Z mého pohledu si tato skupina osob, která tvoří 80% z celkového počtu osob s mentální retardací, zaslouží rovný přístup ke vzdělávání podle vysoce kvalitně zpracovaného odborného vzdělávacího materiálu. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT) stanovilo podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění zákona č. 82/2015 vyhlášku č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, kde již nejsou žáci kategorizování dle postižení, ale na základě rovnoprávného přístupu potřebují podpůrná opatření k plnohodnotnému naplnění možností vzdělávání. Jednotným cílem školské reformy je inkluzivní vzdělávání. (Novela školského zákona [online]. 2015 [cit. 2015-09-17]. Dostupné z: http://www.zmenyzakonu.cz/vyber.aspx?k=82/2015%20Sb.

2.4.8.2 Středně těžká mentální retardace (F71)

Láznička, Panoušek in Hanuš a kol. (2000) uvádí, že u osob s IQ 35 - 49 dochází k opoždění rozvoje komunikačních dovedností a myšlení, které výrazně přetrvává až do dospělosti. Omezena je také schopnost v oblasti sebeobsluhy a manuální zručnosti. Rozdíly ve schopnostech často v důsledku organické příčiny jsou však značné. Jak konstatují titíž autoři (s. 266): *„mnozí jedinci bývají plně mobilní, fyzicky aktivní a dosahují vyšší úrovně v senzomotorických dovednostech, na druhé straně řeč bývá velmi jednoduchá. Jindy jsou verbální schopnosti a schopnosti sociální interakce lépe rozvinuty a naopak jsou značné poruchy senzomotorické koordinace.“* Výskyt přidružených onemocnění např. poruchy pervazivní vývojové poruchy, epilepsie a tělesná postižení či onemocnění významně ovlivňují soubor příznaků. Jejich emocionalita je nestálá, chování nevyzpytatelné.

Dlouhá, Dlouhý, Neubauerová, Sýkorová, Dostálová (2013) poznamenává, že vzdělávání probíhá obvykle v základní škole speciální. Po úspěšném ukončení základů

vzdělání mohou pokračovat v praktické škole jednoleté. Osvojí si akademické dovednosti na úrovni 4. třídy základní školy tzn. základy trivia, pracovní a sebeobslužné dovednosti. Mentální věk je 6 - 9 let. Obvykle navštěvují denní stacionáře nebo pracují s dohledem v chráněných dílnách. Výskyt je 12% z celkového počtu mentální retardace.

2.4.8.3 Těžká mentální retardace (F72)

IQ je měřeno v rozmezí 20 - 34. Mentální věk je 3 - 6 let. Příčina je organická s výskytem symptomů poruchy centrální nervové soustavy. Již v předškolním období je patrné výrazné opoždění v oblasti řeči a psychomotoriky. Řeč je obvykle jednoslovná, pohyby nekoordinované, výrazná je porucha pozornosti, výkyvy nálad a impulzivita. V oblasti sebeobsluhy jsou osoby výrazně limitovány. Někteří jedinci nejsou schopny dosáhnout základních hygienických návyků. Strava je podávána speciálně upravená pomocí láhve nebo sondy, mnohdy i intravenózně (Láznička, Panoušek in Hanuš a kol., 2000).

Před nástupem povinné školní docházky v základní škole speciální se během odkladu mohou děti vzdělávat v přípravném stupni, který trvá 1 - 3 roky a nadále v základní škole speciální. Na zlepšení kvality života se podílí včasná edukace. Zastoupení v kategorii mentální retardace je v tomto případě 7% (Dlouhá, Dlouhý, Neubauerová, Sýkorová, Dostálová, 2013).

2.4.8.4 Hluboká mentální retardace (F73)

IQ je těžce měřitelné, odhadováno pod hodnotu 20. Převážná část osob vykazuje na základě organického podkladu těžké neurologické poruchy, tělesná a smyslová postižení. Schopnost komunikace je minimální na nesrozumitelné neverbální úrovni. Někteří vyhoví jednoduchým výzvám. Jedinci jsou převážně imobilní a inkontinentní s mizivou schopností sebepéče. Často se objevují stereotypní pohyby a sebepoškozování.

Vzdělávání je uskutečňováno v rehabilitačních třídách základní školy speciální. Cílem je naučit jedince alespoň malým dílem přispět v oblasti sebeobsluhy a domácích

prací. Z celkového počtu mentální retardace zaujímá 1% (Dlouhá, Dlouhý, Neubauerová, Sýkorová, Dostálová, 2013).

2.4.8.5 Jiné mentální retardace (F78)

Používá se v případě nemožnosti stanovení určitého stupně retardace pro přidružené tělesné nebo smyslové postižení nebo u těžkých poruch chování (Láznička, Panoušek in Hanuš a kol., 2000).

Dalšími kategoriemi poruch se zabývá dětská a dorostová psychiatrie. Ve své praxi se s dětskými pacienty nesetkávám. Psychiatrická klinika v Hradci Králové poskytuje dětem a dospívajícím péči pouze ve sféře ambulantní.

Uvádím pouze přehled poruch dle MKN-10 in Barker (2007) a odkazuji na odbornou literaturu *Základy dětské psychiatrie.*

2.4.9 Poruchy psychického vývoje (F80 - F89)

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80)
Specifické vývojové poruchy školních dovedností (F81) - specifická porucha čtení (F81.0), specifická porucha psaní a výslovnosti (F81.1), specifická porucha počítání (F81.2), smíšená porucha školních dovedností (F81.3), jiné vývojové poruchy školních dovedností (F81.8).

Specifická vývojová porucha motorických funkcí (F82)
Smíšené specifické vývojové poruchy (F83)

Pervazivní vývojové poruchy (F84) - dětský autismus (F84.0), atypický autismus (F84.1), Rettův syndrom (F84.2), jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3), hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4), Aspergerův syndrom (F84.5), jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)

2.4.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98)

a) ***hyperkinetické poruchy (F90)*** - porucha aktivity a pozornosti (F90.0), hyperkinetická porucha chování (F90.1), jiné hyperkinetické poruchy chování (F90.8)

b) ***poruchy chování (F91)*** - porucha chování vázaná na vztahy v rodině (F91.0), nesocializovaná porucha chování (F91.1), socializovaná porucha chování (F91.2), opoziční vzdorovité chování (F91.3), jiné poruchy chování (F91.8)

c) ***smíšené poruchy chování a emocí (F92)*** - depresivní porucha chování (F92.0), jiné smíšené poruchy chování a emocí (F92.8)

d) ***emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93)*** - separační úzkostná porucha v dětství (F93.0), fobická anxiózní porucha v dětství (F93.1), sociální anxiózní porucha v dětství (F93.2), porucha sourozenecké rivality (F93.3), jiné dětské emoční poruchy (F93.8)

e) ***poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání (F94)*** - elektivní mutismus (F94.0), reaktivní porucha příchylnosti dětí (F94.1), porucha desinhibovaných vztahů u dětí (F94.2), jiné dětské poruchy sociálních funkcí (F94.8)

f) ***tiky (F95)*** - přechodná tiková porucha (F95.0), chronické motorické nebo vokální tiky (F95.1), kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (F95.2), jiné druhy tiků (F95.8)

g) ***jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (F98)*** - neorganická enuréza (F98.0), neorganická enkopréza (F98.1), poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku (F98.2), pika kojenců a dětí (F98.3),

stereotypní pohybové poruchy (F98.4), koktavost (F98.5), brebtavost (F98.6), jiné určené poruchy chování (F98.8), neurčené poruchy chování (F98.9)

2.5 Postoj společnosti a problematika stigmatizace osob s duševním onemocněním

V určitých historických obdobích, výrazně ve středověku převažovaly negativní postoje společnosti vůči osobám s duševním onemocněním. Nápadné projevy v chování budily pozornost a vyvolávaly pocity strachu a nepochopení. Proto byly ústavy pro choromyslné situovány co nejdále od měst. Následkem izolace bylo přetrvávání negativních předsudků společnosti vůči této skupině lidí. Vzhledem k postupnému rozvoji poznatků, možnostem léčby a sociálně rehabilitačních aktivit došlo ke zlepšení situace. Dosud však úplně z povědomí lidí nevymizely.

Velký podíl na vnímání osob s duševním onemocněním nesou média pro nadměrné přehánění rizik, poukazování na možná nebezpečí a časté reportáže zaměřené na trestnou činnost těchto osob. Hlavním cílem médií je sugestivní formou zvýšit sledovanost diváků. Touto formou je posíleno veřejné stigma, které vede např. k častému odmítání žádostí o zaměstnání. Na základě opakovaných negativních zkušeností dochází k odmítání navazování sociálních kontaktů, stranění od společnosti. Dochází k ovlivňování sebepojetí ve smyslu ponížení, selhání a pocitů vlastní nedostačivostí (Skorunka in Mareš, Vachková, 2011).

Zdrojem destigmatizace jsou např. preventivně edukační programy (Preduka), webové stránky (stopstigma.cz) a organizace poskytující krizovou pomoc (občanské sdružení Anabell), služby následné péče a sociální rehabilitace (Péče o duševní zdraví), centrum denních aktivit a aktivizační služby nabízející nejen dostupnost informací, sdílení zkušeností pacientů i jejich rodinných příslušníků, ale i poradenské služby. Součástí redukce negativních postojů společnosti je i sdílení zkušeností skrze výtvarnou literární tvorbu, zejména formou autobiografických děl. Za zmínku stojí publikace Markéty Bednářové *Ve stínech za zrcadlem aneb o životě s psychózou* referující o

nelehkém pobytu v psychiatrické léčebně, metodách léčby, prožitcích v boji s psychotickým onemocněním a procesu uzdravování. Poukazuje na důležitost podpory okolí a možnosti zlepšení kvality života.

Významným faktorem destigmatizace je zvýšení gramotnosti týkající se duševního zdraví. Základním cílem psychoedukace je poskytnout informace pacientům a jejich rodinám, naučit rozvíjet schopnost rozpoznávání počátečních příznaků onemocnění, porozumění nepříjemných prožitků a upevnit povědomí o dostupných zdrojích informací (publikace, internet, besedy) a pomoci (kontakty na psychiatry, psychology a organizace).

3 VÝZNAM ARTETERAPIE A ARTEFILETIKY

3.1 Vymezení pojmu arteterapie

Termín arteterapie jak už z názvu vyplývá je nejobecněji vykládán jako léčba uměním (z latinského ars = umění; z řeckého therapeia = léčení, ošetřování). Dle názoru Kulky (2008) však nebyl zvolen přesný termín, neboť v anglosaských zemích je slovem art vyjádřeno především umění výtvarné, přičemž shodný termín je výrazem pro umění obecně. Anglický termín art therapy přešel do české terminologie.

Arteterapii lze chápat v širším a užším pojetí. V širším smyslu znamená využití jakýchkoliv uměleckých forem, ať už se jedná o hudbu, tanec, divadlo, prózu či poezii spojenou s výtvarným uměním. V současné době se pro toto širší pojetí užívá pojem expresivní terapie. V užším smyslu je chápána jako terapie prostřednictvím výtvarných prostředků (Potměšilová, Sobková, 2012).

V odborné literatuře nacházíme celou řadu definic. Než uvedu základní a nejčetněji užívané je nutné si uvědomit, že její nekonkrétně vymezený přesah do výtvarného umění, výchovy a psychoterapie ji činí hraniční disciplínou.

Zicha (1981) arteterapii nazývá speciální estetickou výchovou. Vymezuje ji jako záměrné působení na úpravu narušené činnosti organismu pomocí psychologických a speciálně pedagogických prvků, které jsou svébytné, co do umělecké činnosti či procesu umělecké tvorby.

Česká arteterapeutická asociace (ČAA) uvádí definici: *„Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Kromě toho jsou arteterapeutické aktivity využitelné v primární, sekundární a terciální prevenci i v následné péči v oblasti zdravotnictví, sociální péče, výchovy a*

vzdělávání u dětí i dospělých.“ (Definice a cíle arteterapie [online]. 2012 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&22).

„Arteterapie je také zvláštní formou psychoterapie prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti. Je to organizovaný, cílený terapeutický proces, realizovaný individuálně či ve skupině, který řídí a usměrňuje speciálně školená osoba - arteterapeut.“ (Hanus in Šicková - Fabrici, 2002, s. 31).

Jedná se tedy o navrácení do harmonického stavu s vlastní osobou i okolím. Umělecký produkt tzv. výtvarný artefakt nepředstavuje centrum důležitosti, rozhodný je proces samotné tvorby, který je integrujícím činitelem v terapii, prevenci i diagnostice (Šicková - Fabrici, 2002).

3.2 Vymezení pojmu artefiletika

S arteterapií úzce souvisí pojem artefiletika. V polovině 90. letech minulého století se termín objevuje v publikacích Jana Slavíka, který je považován za autora této disciplíny u nás. V názvosloví lze najít dvě významové oblasti, které upřesňuje Slavík (1997, s. 169): ars = umění a „filetický“ = odvození od jména vychovatele egyptského krále Phileta z Kou, jehož výchovná práce spojovala teoretické, umělecké a duchovní aktivity.

Artefiletiku obecně řečeno výchovu uměním definuje Slavík (1997, s. 167) jako: *„zvláštní pojetí výtvarné nebo v širším smyslu expresivní výchovy, která se dotýká hranic arteterapie a obrací se především k autentickému zážitkovému poznávání člověka a jeho kultury, k rozvíjení emocionálních, sociálních a tvořivých stránek osobnosti.“*

Z pohledu metodiky uvádí, že je *„založena na psycho-didaktickém využití dvou navzájem spjatých aktivit: exprese - výrazového tvůrčího projevu, a reflexe - náhledu na to, co bylo zažito a vytvořeno. Výrazový projev v podobě umělecké aktivity poskytuje*

příležitost k bohatému vyjádření jejich vlastních zkušeností, poznatků, přání, citů.“ (Slavík, 2001, s. 173)

Artefiletika je tedy nejčastěji uplatňována ve výchově a vzdělávání. Důraz je kladen na tvořivost, expresivitu, prožitek při výtvarné činnosti a následnou reflexi neboli sebepoznávání (Lhotová, 2010).

Jak jsem již uvedla arteterapie i artefiletika jsou disciplínami řadící se mezi tzv. expresivní terapie. Expresí se obecně rozumí výrazový prostředek, spontánnost zážitek či prožitek. Slavík (1997, s. 104 - 105) expresi definuje jako: *„specifickou, citově zabarvenou strukturovanou reprezentaci vnitřního světa člověka, která je spontánním nástrojem individuality. Dává prostor k jedinečnosti a seberealizaci prostřednictvím fantazie.“*

Artefiletika není přiřazována k oboru psychoterapie. Pracuje na poli pedagogickém, a přesto dosahuje obdobných výsledků. Podporuje a rozvíjí psychosociální dovednosti, tzn. vztah k sobě a k druhým, komunikaci, napomáhá zvyšovat frustrační toleranci (Slavík, 2001).

Umělecká tvorba neboli výrazová hra umožňuje prostřednictvím výtvarného zážitku uvědomění si sebe samého v kontextu poznávání světa. Jelikož v artefiletice nesmí chybět zpětná vazba, aplikuje se metodický postup reflektivního dialogu. Principem je reflexe vlastního prožitku z umělecké tvorby. Pomáhá nacházet shodný či rozdílný pohled na situaci. Celá skupina sedící v kruhu je zapojena do porovnávání názorů a zkušeností. Rozvoj dialogu je podporován otázkami typu: „Jak na mě artefakt působí?, Co pro mě znamená?, Jak to vidíš ty?“. Výsledkem je rozvoj tvořivého myšlení, hlubší sebepoznání, bližší poznání osob ve skupině, podpora vyjádření vlastního názoru, trénink trpělivosti, naslouchání druhému a učení se respektování rozdílných názorů (Slavík, 2001).

Artefiletika pracuje nejen s patogenetickou komponentou, to znamená, nedosahuje cílů pouze odstraňováním nežádoucího, ale také hledá, využívá a posiluje

žádoucí tzv. salutogenetické faktory, které udržují člověka při zdraví. Je tedy třeba vyzdvihnout rovnocennou důležitost obou komponent a zejména preventivní charakter (Závora, 2010).

3.3 Hranice mezi arteterapií a artefiletikou

Kde se nachází pomyslná hranice mezi těmito disciplínami? Pro zpřesnění a lepší porozumění uvedu společné oblasti i stěžejně odlišné oblasti arteterapie a artefiletiky.

3.3.1 Shodné oblasti

Na vzniku výtvarných artefaktů se v arteterapii i artefiletice uplatňuje rozvoj kreativního potenciálu jedince a proces tvorby. Tyto elementy jsou považovány za základní součást obou disciplín a nazývány výtvarným projevem. Za nejdůležitější je pojímán vlastní tvůrčí proces nikoliv výsledný výtvor. Tento fakt uvádí Slavík (2001, s. 13) v souvislosti s cílem artefiletiky jako: *„učit se symbolicky vyjadřovat, poznávat a zároveň citlivě vnímat sebe a svět prostřednictvím uměleckých zážitků vycházejících z vlastního tvořivého procesu.“*

Za shodnou oblast Slavík a Škaloudová považují některé cíle a metody práce, které jsou primárně zaměřeny na sebereflexi a psychosociální rozvoj za účelem růstu osobnosti skrze uměleckou výrazovou hru. Uplatňovány jsou výtvarná tvorba, dramatizace, animace uměleckého díla, vnímání soustředěné na estetický zážitek spojené s reflektivním dialogem tzn. s interpretací zážitků. Oproti verbální složce komunikace je velmi významný i neverbální aspekt komunikace (Artefiletika-reflektivní pojetí výchovy uměním [online]. 23.1.2001 [cit.2015-07-16]. Dostupné z: http://www.kritickemysleni.cz/klisty.php?co=28/!artefiletika).

Dále je ve shodě přítomnost zážitků typu flow, což autor pojmu Csikszenthmihalyi in Kirchner (2009) charakterizuje jako intenzivní zaujetí hladce

plynoucí uskutečňované činnosti s přítomností příjemných a radostných prožitků za naprosté soustředěnosti a nemožnosti tak ubírat mysl negativním směrem.

3.3.2 Rozdílné oblasti

Nejvýznamnější odlišností arteterapie a artefiletiky je uplatnění ve dvou vzdálených směrech, a to v léčbě a ve výchově.

Arteterapie má terapeutický motiv. Je součástí léčebného působení na psychiku pacienta/uživatele s cílem reedukace a resocializace. Zahrnuje zájem o anamnestické údaje jedince, diagnostiku a terapeutický proces. Klade důraz na odkrývání patologických procesů, příznaků nemoci, interpretaci, pomáhá zpracovávat nevědomé konflikty. Terminologie se váže k psychoterapii (Lhotová, 2010).

Artefiletika má motiv edukační. Prostřednictvím využití tvůrčích možností výtvarného projevu a rozvoje uměleckého potenciálu a kultivace osobnosti se také uplatňuje v prevenci rozvoje či vzniku psychosociálních problémů u rizikových osob. Důraz je kladen na sebepoznávání, poznávání druhých, společný dialog a na vlastní proces tvorby. Napomáhá zpracovávat nefunkční vztahy ve skupině. Má tedy salutogenetický (podpůrný, posilující) výraz. Terminologie je vázána k pedagogice, filozofii a estetice. Vztahuje se ke kultuře (Lhotová, 2010). Pro ucelený a praktický přehled odkazuji na přílohu A.

3.4 Pohled do historie

Z dochovaných nálezů je zjevné, že výtvarné umění provázelo člověka od nepaměti. Jedná-li se o starověké, v jistém ohledu pravěké jeskynní nástěnné malby položme si otázku, co mohlo vést tehdejší kultury k výrazovým prostředkům? Úvah můžeme nalézt několik. Zcela jistě zde mohl být uplatněn vztah k okolnímu prostředí, pravděpodobně mohlo jít o formu vyjádření silných emočních prožitků zejména z lovu, ale mohlo se jednat o formu informačního sdělení pro další generace nebo šlo prosté

zdobení příbytků. Umělecký význam byl spatřován také v rituálním malování na obličej často spojený s válečnými či léčebnými obřady, které pravděpodobně vedly k získání moci nebo dodání potřebné síly k boji. Výtvarná tvorba také nepochybně sloužila ke komunikaci s nadpozemským světem, v čemž se odrážel náboženský charakter. Na artefaktech bylo možné pozorovat vývoj rozmanitých lidských kultur (Campbellová, 1993).

Estetický počin je znázorněn na jednoduchých vrypech do hliněných nádob či barevných vzorech tkaných nástěnných koberců. Pro některé kultury byla umělecká tvorba náplní běžného života. Pro jiné kultury bylo umění dáno do vínku pouze výjimečným jedincům, které bylo spojováno s magickými úlohami, což často souviselo s kulturní symbolikou barev, tvarů nebo celých kompozičních sestav. Uplatnění nacházely např. léčebné sošky (Slavík in Potměšilová, 2010).

Pokusy léčení duševních chorob prostřednictvím hudby a divadla pochází již z antiky. První písemná zmínka je obsažena v biblickém příběhu o duševně nemocném králi Saulovi, který byl léčen hrou na harfu (Zicha, 1981). Dle výše uvedených definic se jedná o arteterapii v širším významu, respektive spíše o muzikoterapii.

U zrodu arteterapie stál Celius Aurelius, který ve 2. století našeho letopočtu zavedl do léčebného procesu hudbu, recitaci básní a divadelní etudy s mytologickou tématikou. Výběr se odvíjel od stupně postižení či nemoci (Zicha, 1981).

V období středověku vystřídala lidské metody krutost a surovost v podobě nezájmu a izolace. Duševní onemocnění bylo považováno za posedlost ďáblem, zakotvení ve zlu a prázdnotě, nečistotu či zbavení rozumu. Jedinou účinnou strategií bylo nemocné jedince vytrhnout ze společnosti. Jednou z možností bylo vyhnání do lesů, kde často dokonali svůj osud. Využívalo se tzv. „lodí bláznů“, které pluly po říčních cestách a jejichž návratnost byla minimální. Oproti tomu tzv. „věže bláznů“ sloužily jako placené galerie, kam se zdraví lidé chodili na blázny dívat. Společnost se tímto bránila přijmout těžce duševně nemocné. Dle Černouška (1994) existovala tedy detenční instituce pohyblivá zajišťující odklon duševně nemocných od společnosti a na

straně druhé pevná stavba sloužící k uvěznění. V tomto období se hojně využívalo zaříkávání a exorcismu, nasazování hmyzu do šatů, pálení žhavým kusem železa, ponořování do studené vody, přivazování ke kůlu apod. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Období novověku přineslo změnu v přístupu k duševně nemocným ve smyslu humanity a lidskosti. Významné datum ukotvené v psychiatrii je 11. září 1793, kdy francouzský psychiatr Phillipe Pinel „sejmul okovy" duševně nemocným, vyvedl je z podzemí na světlo a vzduch a zejména zajistil péči a právo na svobodu. Propagoval lidský důstojný přístup s důrazem na léčbu a pochopení (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Černoušek (1994) však zdůrazňuje, že se jedná o polopravdu. Tehdy Pinel osvobodil 13 vybraných šílenců, což byl pouhý zlomek všech uvězněných a experimentálně vyzkoušel morální léčbu s důrazem na vliv přírody. Dal tedy základ k uvědomění si úcty k lidským hodnotám, k podpoře pracovní činnosti, která se v léčbě pozitivně osvědčila a k organizaci spolupráce nemocných a ošetřovatelů. Šílenci již od této doby byli nazýváni nemocnými lidmi.

Dějinami umění se táhne poznání, že někteří lidé tvoří odlišně a jejich styl a svět je jiný. Počátky a rozvoj arteterapie spojený s psychopatologií se zrodily ze zájmu o tvorbu nemocných schizofrenií. Zicha (1981) uvádí, že Max Simon v roce 1876 charakterizoval dvě zásady:

1. duševně nemocní malují jinak než zdraví lidé
2. charakter výtvarných projevů se mění podle druhu a způsobu jejich choroby

„Na přelomu 19. a 20. století se pak objevují někteří duševně nemocní malíři, kteří se stali nedílnou součástí moderního umění. Jejich dílo umožnilo lidem náhled do světa lidí, kteří trpěli duševní poruchou. Za všechny je možné uvést např. Edvarda Muncha či Vincenta van Gogha." (Potměšilová, Sobková, 2012, s. 14).

Ve 20. letech 20. století navázal Hans Prinzhorn na výzkum Maxe Simona a shromáždil práce svých pacientů. Sbírka arterfaktů je použita v autorově publikaci

Bildnerei der Geisteskranken (1922), která byla přeložena do českého jazyka a pod názvem *Výtvarná tvorba duševně nemocných* (2009) zprostředkovává českému čtenáři zážitek v oblasti historie, kultury, psychiatrie a zejména humanismu. Část sbírky se však nedochovala a byla za 2. světové války zničena. Dochovaná díla byla vystavována po celém světě. První využití kresby v psychoterapii se datuje rokem 1926 H. Morgensteinovou. Po té dochází k širšímu uplatňování léčebných účinků kresby a objasňování uměleckých výtvorů. V druhé polovině 20. století se arteterapie rozděluje dle cílových skupin a směrů v psychoterapii (Potměšilová, Sobková, 2012).

Za zmínku stojí osobnost francouzského malíře Jeana Debuffeta, který v 70. letech založil muzeum duševně nemocných a vyzýval odborníky, aby tvorbu duševně nemocných a dětí nebraly na lehkou váhu. K jeho názoru se přikláněl i rakouský psychiatr Leo Navrátil. V této době se věnuje výtvarné práci se slabozrakými a nevidomými Viktor Löwenfeld, který dělí populaci na vizuální a haptický typ (Šicková - Fabrici, 2002).

V České republice je arteterapie součástí psychoterapie v různých léčebných zařízeních od 50. let. V 80. letech narůstal zájem o studium zejména v řadách studentů speciální pedagogiky. Arteterapie tak byla začleněna do plánů výuky (Potměšilová, Sobková, 2012).

Na počátku 90. let díky PhDr. Milanu Kyzourovi bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie. V roce 1994 vznikla Česká arteterapeutická asociace jako profesní sdružení, ale určena je všem zájemcům o daný obor. Cílem je zkvalitnění arteterapie na našem území a zabezpečení kooperace s dalšími expresivními terapiemi (Potměšilová, Sobková, 2012).

Arteterapie je v dnešní době mnohdy považována za samostatný obor, který se oddělil z psychoterapie, avšak některé postupy z psychoterapie vycházejí. Prvky arteterapie se využívají v rehabilitaci osob s duševním onemocněním.

3.5 Možnosti využití a cíle arteterapie

Arteterapii Šicková - Fabrici (2002) rozděluje dle aktivity účastníka na:

a) ***receptivní*** - jedná se o záměrné vnímání uměleckého díla prostřednictvím fotografií, výstav v muzeích a galeriích. Cílem je prostřednictvím vcítění a projekce vlastních pocitů do uměleckého díla lepší sebepochopení a poznání pocitů druhých lidí.

b) ***produktivní*** - znamená vlastní tvořivou činnost (malba, kresba, práce s hlínou).

Tvořivá činnost a umění je pomocným prostředkem k léčení, rehabilitaci a seberozvoji. Podporuje tedy nejen tělesné zdraví, ale i zdraví psychické. Lhotová (2010, s. 40) shrnuje možnosti arteterapie do několika oblastí:

- tvorba jako odpočinek
- tvorba jako prostředek aktivizace
- tvorba jako obohacení
- tvorba jako prostředek sdělování
- tvorba jako prostředek odvádění od destruktivního chování
- tvorba jako prostředek rozvoje, růstu intelektuálního, citového, duchovního
- tvorba jako prostředek zlepšení kvality života
- tvorba jako diagnostický prostředek
- tvorba jako terapeutický prostředek

Konkrétní cíle jsou formulovány na základě možností využití arteterapie v souvislosti s potřebami, životní situací a věkem pacientů/uživatelů.

Liebmann (2010) a Lhotová (2010, s. 41) přehledně dělí cíle na individuální a sociální a popisují jejich významy:

a) individuální cíle:

- uvolnění
- tvořivost a spontaneita
- svoboda rozhodování
- budování důvěry
- sebevnímání a sebeprožívání (reflexe)
- vizuální uspořádání zážitků, zkušeností
- verbální organizace
- poznání vlastních možností
- přiměřené sebehodnocení
- růst osobní svobody a motivace
- svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů nebo konfliktů
- rozvoj fantazie
- celkový rozvoj osobnosti

b) sociální cíle:

- vnímání a přijetí druhých lidí
- vyjádření jejich hodnoty a ocenění
- navázání kontaktů
- zapojení do skupiny
- spolupráce ve skupině
- komunikace
- sdílení a společné řešení problémů
- sounáležitost (skupinová koheze)
- reflexe vlastního fungování ve skupině
- pochopení vztahů
- společenská důvěra
- vytváření sociální podpory

Slavík (2001) uvádí, že obecné cíle jsou směřovány k reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturaci či integraci osobnosti. Pro potřeby osob je nadále konkretizuje na:

- redukci psychické tenze
- uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů
- odblokování komunikačních kanálů
- relaxaci, odreagování se a uvolnění
- interakci osobnostních složek
- celkovou socializaci osobnosti
- úpravu aspirace
- nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle

3.6 Typy arteterapie

Od stanovených cílů se odrážejí přístupy neboli typy arteterapie, které Zicha (1981) rozděluje podle primárních terapeutických faktorů, jež se často prolínají:

a) ***kreativistický typ*** – z humanistické podstaty v každém z nás dřímá skrytá pasivní schopnost tvořivosti a aktivním způsobem výtvarné produkce ji lze uvolnit a probudit. Za vhodných podmínek v tomto spočívá význam výchovných a terapeutických účinků vedoucích k uspokojení tendencí k seberealizaci.

b) ***integrativní typ*** – tvořivá činnost je hnacím motorem psychiky. Lidská psychika je integrována v oblasti motoriky, smyslového vnímání, emocionality, představivosti a myšlení. Integrovaná je celá struktura osobnosti skrze estetické vnímání. Tvořivost je v souladu s psychickým komfortem a zdravím, a tedy protipólem nemoci či poruchy.

c) ***činnostní typ*** – činnost je základem pro rozvoj a upevňování lidského zdraví a rozvoje. To znamená, že tlumí nezdravé reakce a stereotypy, odpoutává

pozornost od patologických myšlenek a stavů a zvýrazňuje pozitivní vnímání a emoce.

d) ***projektivní typ*** – není pouze vyjádřením intrapsychických konfliktů, ale vyjadřuje osobnost jako celek. Sleduje sebepochopení, náhled a objektivní změny na základě podpory interpretace pacientovy/uživatelovy výtvarné tvorby.

e) ***sublimační typ*** – cílem je přeměna či náhrada instinktivních impulzů chování na společensky přijatelné prostřednictvím odblokování sublimačních kanálů tvořivou činností. Hledá způsoby uvolnění napětí, odreagování.

f) ***komunikativní typ*** – výtvarná tvorba jako prostředek vyjádření těžce sdělitelných obsahů. U osob s narušenou komunikační schopností jako forma kompenzace či reedukace expresivní složky řeči.

g) ***systémový typ*** - jedná se o prolínání teorie a metodologie věd pedagogických, psychologických a filozofických vycházejících z osobnosti pacienta/uživatele za účelem léčebného a výchovného účinku.

3.7 Formy arteterapie

Potměšilová in Müller a kol. (2014) rozlišuje z hlediska přístupu dvě formy práce s pacienty/uživateli:

1. ***Individuální arteterapie*** - terapeut pracuje s jednou osobou po vzájemné dohodě na způsobu práce, frekvenci a celkové délce trvání. Mezi arteterapeutem a pacientem/uživatelem vzniká terapeutický vztah, který je podstatný pro vzájemnou spolupráci a je založen na respektování určitých pravidel: (Potměšilová in Müller, 2014, s. 88)

- přirozenost ze strany terapeuta
- respektování osobnosti pacienta/uživatele včetně práva na neříkání pravdy ze strany pacienta
- terapeutický vztah je postaven na principu jednosměrného zrcadla (terapeut nesděluje své problémy)
- jít tak daleko v tématu, jak je pacient/uživatel ochoten a připraven
- soustředit se na pacienta/uživatele
- komunikovat srozumitelnou formou

Individuální formu arteterapie lze využít u osob, jejichž chování by mohlo ostatní pacienty/uživatele ve skupině negativně ovlivnit např. vyvolat agresivní jednání nebo u osob, kde je potřeba z hlediska závažnosti problému volit individuální přístup (Horňáková, 1999).

2. ***Skupinová arteterapie*** - pro terapeuta je náročnější z hlediska většího počtu pacientů/uživatelů, se kterými pracuje. Skýtá řadu výhod, ale má i své nevýhody. Liebmann (2010) popisuje výhody převážně sociálního charakteru:

    - sociální učení probíhá snadněji
    - lidé s podobným charakterem potíží si mohou poskytnout vzájemnou pomoc, podpořit se a pocítit sounáležitost
    - sdělení zpětných vazeb ve skupině je podnětné a poučné
    - členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role a vidí reakce ostatních
    - skupina je vhodnější pro lidi, jejichž prožitky v individuální terapii jsou intenzivní
    - svobodnější dělení moci a zodpovědnosti
    - ekonomický efekt je spatřován v pomoci většímu počtu lidí najednou

    Nevýhody skupinové arteterapie spatřuje Brown in Liebmann (2010) v:

    - zachování horší diskrétnosti oproti individuální formě

- organizační náročnosti a větší obratnosti terapeuta
- poskytování menší individuální pozornosti
- riziku označení jednotlivce „nálepkou“ např. toxikomani, alkoholici, které se těžko zbavuje
- riziku vyhýbání se nepříjemným tématům tím, že se na někoho „schovají“

Skupinu tvoří průměrně 6-12 členů. V tomto počtu je ideální možnost udržení neverbálního i verbálního kontaktu se všemi členy skupiny, lze dosáhnout skupinové soudržnosti, interakce a zvládání skupinových úkolů. Každý má časový prostor k vyjádření v diskusi.

3.8 Cílové skupiny

Arteterapie i její prvky a artefiletika jsou aplikovatelné u osob všech věkových kategorií. Jsou efektivní součástí léčby i edukace. Podílí se na podpoře harmonického vývoje jedince a na zkvalitnění života u jedinců s vývojovým, tělesným a mentálním postižením, sociálním znevýhodněním, s tělesným nebo duševním onemocněním.

Pozitivní efekt arteterapie nacházíme u dětí se specifickými poruchami učení a chování, kde je cílem posílit sebevědomí, motivaci a učení sebekontrole (Šicková - Fabrici, 2002).

Cílem práce s dospívajícími vzhledem k jejich citlivosti a zranitelnosti je zejména formování ke zdravé sebekritice, rozvoj empatie a altruismu, budování zdravých vztahů, rozvoj zdravé sexuality. Nejvyužívanějšími tématy jsou - Jak se vidím, Jak mě vidí rodiče, Jak mě rodiče trestají, Jak trestám rodiče, Jak bych se potrestal, kdybych byl svým rodičem (Šicková - Fabrici, 2002).

Využití arteterapie má u dospělých i seniorů nejen léčebný, ale i rehabilitační charakter. Napomáhá k vyrovnávání se stářím spojeného především s úbytkem

fyzických sil, uvědomění sebehodnoty, slouží k tréninku kognitivních funkcí a jemné motoriky, aktivizaci, posílení vitality a stimulaci kreativity (Šicková - Fabrici, 2002).

3.9 Arteterapie u osob s duševním onemocněním a její specifické cíle

Arteterapie u této skupiny osob je často považována za atraktivní vzhledem k její rozmanitosti.

„Původní idea terapeutického využití výtvarné produkce byla inspirována právě zájmem o spontánní tvorbu schizofreniků, kteří podle statistik tvoří nejvíce ze všech psychicky nemocných.“ (Syřišťová a kol., 1989, s. 108).

Výtvarný projev z pohledu formální i obsahové stránky specificky poukazuje a vyjadřuje příznaky onemocnění, které často ohlašují začínající psychotický proces nebo recidivu dříve, než jsou klinicky či psychologicky postižitelné. Kresby v průběhu času poskytují náhled na vývoj nemoci (Šicková - Fabrici, 2002).

Specifické cíle dle Šickové-Fabrici (2002, s. 76):

- příležitost pro sublimaci negativních prožitků
- korekce nepřiměřených, předčasných, zmatených úvěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování a lepší pochopení vlastní situace
- poskytnutí reálného pohledu na svoji nemoc
- nabídka vize změn a chápání událostí i naděje na vyléčení
- pomoc v reflexi svých pocitů - hněv, smutek, zoufalství, strach a integrovat je jako součást sebe

Dle Syřišťové a kol. (1989) zabývající se především výtvarnou tvorbou osob se schizofrenií je cílem sebevyjádření, zpřístupnění a usnadnění komunikace, jelikož expresivní tvorba je mnohdy jediným výrazovým prostředkem. Pod vlivem příznaků

(bludné či halucinatorní vnímání reality) lze těžko prožívání vyjádřit verbálně. Problémem pro nemocné je navazování vztahů obvyklým způsobem. „*Je třeba dát jim možnost, aby se svým dílem (tvořením) projevili, aby začali existovat tím, že v jejich projevu a s jejich projevem či vyjádřením přijímáme, že se stáváme spolutvůrci, hledači a spoluinterprety jejich tvoření a života.“* (s. 109)

3.9.1 Specifika výtvarného projevu u osob s duševním onemocněním

U osob s psychotickou poruchou či schizofrenií je pro práci významnější formální stránka výtvarného projevu (zaplnění plochy, volba barev, tvarů) oproti úzkostným poruchám, kde je kladen důraz na obsahová kritéria (Šicková - Fabrici, 2002).

V důsledku změněné psychiky se v kresbách objevují typické znaky, které se často jeví jako významné. Záleží však na druhu a fázi onemocnění.

U nemocných osob se schizofrenií bývá plocha nápadně přeplněná ornamentálními stereotypiemi, které připomínají barokní výzdobu. Ulpívání na motivech, figurách či symbolech v celém prostoru bývá časté stejně jako vpravování písma nebo textů či kombinace člověka s neživými předměty (Syřišťová a kol. 1989). Projev bývá abstraktní s nevýraznými liniemi, často s geometrickou kompozicí a nápadně barevný (příloha B, obr. č. 1). Obsahová stránka je plochá a chudá (Wiedemann, Žiak in Zicha, 1981). Šicková - Fabrici (2002) uvádí častý výskyt symboliky smrti, utrpení, zdeformovaných částí těla, dokonalého zpracování se zaměřením na detail. Pro příklad osoba se simplexní schizofrenií není schopna zpracovat prostor a použít více než dvě barvy, což bývá dáno celkovou zploštělostí vnímání a prožívání. Osoba s paranoidní schizofrenií naopak zpracovává celý prostor v několika vrstvách (příloha B, obr. č. 2), že je velmi náročné rozlišit, co v určité fázi bylo použito za tvary. Wadeson (2010) také popisuje tzv. strach z prázdna neboli horror vacui, který můžeme pozorovat v příloze B na obr. č. 1., 2.

Dle Wadesona (2010) je u osob s depresí a s depresivní fází bipolární afektivní poruchy častý strohý projev s převahou tmavých barev, chybí detailní vyjádření a je zřejmý nedostatek využité energie (příloha C, obr. č. 3). Někdy naopak osoby s depresí využívají dokonalého zpracování detailu, a to v přítomnosti úzkostného prožívání. Konstruktivního využití plochy nejsou schopné.

U osob v manické fázi bipolární afektivní poruchy vzhledem k problémům s udržením hranic je tedy i plocha zcela neuspořádaně zaplněna. Využívají pestré škály barev, styl je volný o velké dynamice pohybu, témata jsou rozverná, rozjařená, často se sexuální symbolikou (příloha D, obr. č. 4). Nejsou schopni zaměřit pozornost na detail, proto jsou jejich díla převážně velmi symbolická.

Ve výtvarném projevu můžeme pozorovat dva protipóly. Na jedné straně formálně i obsahově chudé artefakty s dominujícími pocity osamělosti, strachu a prázdnoty a na straně druhé barevně a tvarově kypré artefakty. „*Mnozí autoři (Žiak, Widermann, Wadeson) se domnívají, že kreativita takto trpících lidí je patologickým procesem mnohdy nedotčená, ba dokonce je až vyburcovaná.“* (Šicková - Fabrici, 2002, s. 77). Často pacienti s duševním onemocněním mají nutkání tvořit pouze v atace nemoci.

Specifika výtvarného projevu osob s mentální retardací jsou dána vývojem kresby z hlediska časové linie, který je narušen stupněm postižení a v hodnocení kresby zásadní. Ve výtvarném projevu je nápadná deformovanost tvarů, nesouměrnost proporcí jednotlivých částí, což se nejvýrazněji projevuje v kresbě postavy jako nadměrná velikost hlavy nebo chybějící části těla. Na první pohled je patrné, že se vymykají přirozeným znakům. Představivost je značně porušena. Objekty stojí samostatně a proporcionálně nezávisle např. člověk je srovnatelně velký jako dům. Osoba s mentální retardací těžko zkoordinuje senzomotorickou činnost. Dále se v projevu uplatňují rozumové deficity, takže se v kresbách např. vyskytuje několik sluncí, neodpovídají počty končetin u zvířat apod. Osoby s mentálním postižením jsou fixované na stereotypní vyjadřování, to znamená, že kreslí neustále např. auta, domy či květiny. Nápadný bývá nejistý nebo tenzní přítlak (Kurejovský in Zicha, 1981).

3.10 Průběh arteterapeutického sezení

Průběh arteterapeutického sezení Šicková - Fabrici in Müller (2005, s. 67) srov. Liebmann (2010, s. 36 - 37) dělí na tři části, které se odvíjejí od osobnosti arteterapeuta:

1. ***úvodní rozehřívací část***
2. ***vlastní činnost***
3. ***diskuse a zakončení skupiny***

Na začátku sezení je vhodné uvolnit atmosféru a navodit pocit uvolnění s cílem překrytí dojmů z posledního sezení a vytvoření prostoru pro nové zážitky. Terapeut by měl vysvětlit podstatu arteterapie a zdůraznit význam spontánní tvorby nikoliv výtvarného umění. Skupina by se měla dohodnout na pravidlech fungování. Důležité je zapojit do činnosti všechny zúčastněné. V případě, že se někteří neznají je na místě představení včetně arteterapeuta a do rozehřívací části zahrnout seznamovací techniky formou hry se jmény. Dále se zařazují pohybové nebo relaxační techniky. Pokud terapeut zvolí výtvarnou techniku, která není všem známá, v průběhu úvodní části seznámí zúčastněné s technikou a využitím materiálu prostřednictvím jednoduchých výtvarných úkolů (Liebmann, 2010).

Časově ohraničená vlastní činnost znamená stržení pozornosti a ponoření do činnosti bez rušivých vlivů. Pro zintenzivnění zážitku se využívá pravidla „beze slov“, kdy skupina při práci mlčí. Měly by být odstraněny nebo alespoň utlumeny veškeré okolní rušivé vlivy. Terapeut musí být připraven na to, že někteří účastnící budou delší dobu přemýšlet, co tvořit. Pozoruje neverbální projevy a chování zúčastněných. Jeho úkolem je navést pomocí otázek jedince k tvorbě, podpořit za účelem snížení napětí. Ve skupině jsou jedinci, kteří pracují rychlejším či pomalejším tempem. Terapeut včas upozorní na blížící se konec tvorby. Artefakt nemusí být za každou cenu dokončen (Liebmann, 2010).

Samotná diskuse má svá pravidla, která se odvíjí od velikosti skupiny. Nejběžněji používaný způsob je, že se každý vyjádří ke svému dílu. Podle domluvy povinně nebo dobrovolně. Terapeut může vyzvat někoho ze skupiny, aby začal, a ostatní v kruhu postupně pokračují nebo vyzve dalšího ze skupiny. V případě velkého počtu účastníků jsou pacienty nebo terapeutem vybrána dvě až tři díla. Diskuse je velmi cenná v poskytování zpětné vazby, kdy ostatní referují pocity směrem k dotyčnému. Ostatní tedy reagují ve smyslu, jak na ně artefakt působí, od čehož se odvíjí vnímání chování a prožívání dotyčného. Zpětná vazba slouží k sebereflexi a následně napomáhá k sebezdokonalování. Nejvýznamnějším počinem je sdělení, jakým způsobem autor vnímá své dílo a co jím chtěl vyjádřit (Liebmann, 2010).

Na závěr je vhodné celé sezení zhodnotit a poděkovat za účast. Úklid je prováděn skupinově. Terapeut si musí být jistý, že se všichni cítí optimálně k dalšímu zapojení do běžných denní činností. V případě změny stavu poskytne intervenci. Vlastní ukončení by mělo probíhat v poklidné a příjemné náladě (Liebmann, 2010).

3.11 Výtvarné materiály

Potměšilová, Sobková (2012) se zabývají otázkou, zda je lepší větší či menší různorodost materiálu. Větší spektrum materiálu nabízí možnost výběru podle potřeb pacientů/uživatelů, menší množství podněcuje rozvoj fantazie. Jednak záleží charakteru skupiny, se kterou pracujeme a na cíli práce, který si stanovíme.

Materiál hraje významnou roli ve výtvarné tvorbě. Má schopnost zaujmout, stimulovat smyslové vnímání a emocionální prožívání. Tím napomáhá ulehčit nebo uvolnit sebereflexi. *„Výtvarný materiál je v arteterapii chápaný jako jeden z důležitých partnerů v tvořivém arteterapeutickém procesu, s kterým je třeba spolupracovat, respektovat ho a dokonce s ním i vyjednávat.“* (Šicková - Fabrici in Müller, 2005, s. 72)

Šicková - Fabrici in Müller (2005, s. 73) dělí materiály dle struktury na měkké, křehké a tvrdé. Dále používá dělení materiálu podle možností prostorového vnímání, tj.

dvojdimenzionální a trojdimenzionální uvedené v příloze E. Upozorňuje i na netradiční využívání materiálů jako je sádra, sklo a fotografie.

Výtvarné materiály Campbellová (1998, s. 188 - 190) rozděluje do několika kategorií podle účelu použití:

a) ***základní sada*** - barvy (temperové, vodové, anilinové), štětce (všech velikostí, zejména středně velké a velké), houbičky (na malování a tisknutí), olejové pastelky, suché křídové pastely, palety (na míchání barev), uhly, rudky, papíry (čtvrtky a silnější papíry různých velikostí a barev), role hnědého balicího papíru, kancelářský papír, lepicí páska, nádobky na vodu (zavařovací sklenice, kelímky od jogurtů).

b) ***potřeby na modelování*** - modelovací (keramická) hlína, samovytvrzující hmota, plastelína, dřevěné desky jako podložky, nástroje na modelování, modelovací těsto.

c) ***materiál na koláž*** - staré časopisy, plakáty, noviny, bavlnky, nitě, provázky, knoflíky, stužky, ozdobné flitry, semínka, luštěniny, těstoviny, staré fotografie, kousky látek, listy, větvičky, škeble, mušle, kamínky, lepidlo, štětce na lepidlo, nůžky.

d) ***zbytkový materiál*** - zbytky kůže, semiše, kartónů, plastu. Špalíky a kovové předměty, nalezené předměty, katónové trubky na papír.

e) ***doplňkový materiál*** - ve vodě rozpustné pastelky a pastely, akrylové barvy, papírové ručníky, tiskařské válečky, pastelky, tužky, pracovní pláště nebo zástěry, písek. Fotoaparát, CD přehrávač, počítač.

3.12 Výtvarné metody, techniky a prostředky

Rozlišení termínu metoda a technika je z pohledu arteterapie velmi významné. Metodou se rozumí soubor postupů vedoucích k danému cíli. Technika je konkrétní postup, který arteterapeut volí na základě metody nebo problémů jedince či skupiny (Potměšilová in Müller a kol., 2014). Arteterapeutické techniky jsou realizovány prostřednictvím výtvarných prostředků.

3.12.1 Metody v arteterapii

Šicková - Fabrici (2002, s. 125) uvádí šest základních metod: imaginace, animace, koncentrace, restrukturalizace, transformace, rekonstrukce.

a) **imaginace** – jinak řečeno vizualizace napomáhá vstupu do hlubin lidské psychiky. Dochází k oživování fantazie a na základě rozvoje vnitřních obrazů z nevědomí také ke zpracování informací a emocí. K objasnění přispívá výtvarná tvorba v podobě kreslení, malování nebo modelování. Výtvarné dílo je považováno za prostředek uchopení vnitřních prožitků z hlediska situace, času a popisu (Potměšilová, Sobková, 2012).

b) **animace** – jedná se o metodu rozhovoru probíhající ve třetí osobě. Terapeut nebo pacient se ztotožní s částí artefaktu nebo kompletním artefaktem a komunikuje jménem výtvarného díla nebo přes předmět. Zajišťuje tak pocit bezpečí. Nehovoří se o problému přímo. Metoda se využívá u uzavřených úzkostných osob, u osob s psychotraumatem (Potměšilová in Müller a kol., 2014).

c) **koncentrace** – umožňuje čas na urovnání myšlenek a pocitů prostřednictvím cíleného soustředění. Nejčastěji se v souvislosti s touto metodu využívá tvoření mandal. Termín mandala pochází ze sanskrtu a znamená kruh či kolo, které jsou symbolem nekonečna. Mandaly se u osob v psychickém dyskomfortu objevují ve spontánní tvorbě. Technika má široké spektrum možností využití od

zpracování výtvarného přes použití přírodních materiálů (písek, kamínky, rýže, obilniny, luštěniny) po znázornění prostorové (Potměšilová in Müller a kol., 2014).

d) **restrukturalizace** – metoda se používá u osob, které nemají schopnost jiného úhlu pohledu na daný problém či situaci. Řešení je stereotypní a nefunkční. Cílem je obraz rozbít na kousky a poskládat obraz jiný, což umožní nový vhled a možnost aktivního nalezení funkčního řešení (Potměšilová, Sobková, 2012).

e) **tansformace** – metoda pracuje s několika druhy uměleckých děl. Cílem je převedení pocitů z jednoho díla do druhého. Nejčastěji z hudby nebo literárního textu do výtvarného díla. Využívá se v práci s dospělými (Šicková-Fabrici, 2002).

f) **rekonstrukce** – pracuje s částí artefaktu, který pacient dotváří podle vlastních prožitků. Dochází k rozvoji tvořivosti a fantazie. Často se využívá dokreslovaná koláž. Úkolem je dotvořit druhou část obrázku např. fotografii poloviny obličeje. Metoda se využívá u osob s mentálním postižením či kognitivní poruchou, u osob uzavřených a závislých na návykových látkách (Potměšilová, Sobková, 2012).

3.12.2 Výtvarné techniky

Konkrétní postup práce je vybírán na základě cíle a potřeb. Potměšilová in Müller (2014, s. 105) je dělí podle zaměření na:

a) **úvodní techniky** – cílem je navodit pocit bezpečí a důvěry, eliminovat strach z výtvarného projevu.

b) **techniky zaměřené na práci s problémem** – u osob s duševním onemocněním jsou zaměřené na rozvoj efektivní komunikace, vytváření a

udržení mezilidských vztahů, podporu sociability a socializace, budování zodpovědnosti.

c) **techniky zaměřené na práci s jedním tématem** – hlubší poznání podstaty problému. Cílem je vytváření funkčních vztahů ve skupině, budování úcty k druhým.

d) **techniky zaměřené na rozvoj osobnosti** – upevňování žádoucích vzorů chování a prevence sociálněpatologických jevů.

e) **techniky zaměřené na práci s klienty se speciálními potřebami** – techniky využívající se u osob se zdravotním postižením. Jedná se o specifické postupy jednotlivých kategorií postižení, které jsou dány rozsahem daného postižení. U osob se sluchovým postižením se arteterapeutické techniky využívají pro rozvoj komunikačních strategií. Osoby se zrakovým postižením jako osvědčenou techniku využívají reliéfní kresbu a hmatové modelování. Osoby s tělesným postižením směřujeme k uvolňování napětí, rozvoji jemné motoriky a podpoře sebedůvěry. Osobám s mentálním postižením napomáháme výtvarnými technikami často spojenými s tanečními a pohybovými prvky k posílení sebepojetí a pocitu společenské důležitosti a angažovanosti. U osob s narušenou komunikační schopností slouží arteterapie jako komunikační prostředek s cílem zmírnění strachu a podpory sebevědomí v komunikaci. Výsledný artefakt je možné za dobročinnými účely vystavit nebo prodat.

3.12.3 Výtvarné prostředky

Výtvarný prostředek můžeme charakterizovat jako způsob provedení výtvarného artefaktu. Šicková - Fabrici in Müller (2005) řadí mezi dvojdimenzionální arteterapeutická média koláž, kresbu a malbu. Mezi trojdimenzionální práci s keramickou hlínou, dřevem a kamenem.

3.12.3.1 Dvojdimenzionální média

3.12.3.1.1 Kresba

Kresba je charakterizována jako časové a materiálově nenáročné médium s výrazem bezprostředního vyjádření emocionálního stavu. Využívá práci s tužkou, tuší. (Šicková - Fabrici in Müller, 2005). Kresba je využívána jako diagnostický nástroj v kresebných testech ve vztahu k psychomotorickému vývoji dítěte na základě vývojových stádií dětské kresby. Podrobněji se tímto tématem zabývá Přinosilová v publikaci *Diagnostika ve speciální pedagogice* (2007).

3.12.3.1.2 Malba

Malba využívá barev, které dle Šickové - Fabrici (2002) mají trojí význam:

1. *kulturní* – ve starém Egyptě byly architektonické skvosty pomalovávány černou, červenou, žlutou, zelenou a modrofialovou barvou. Červená barva byla symbolem vítězství a života. Bílá barva představovala čistotu a svátost. Černá barva zdůrazňovala negativa, temnotu, smrt, ale také byla spojována s časem. V čínské kultuře naopak bílá barva představovala symbol smrti. Ve všech kulturách byla modrá barva výrazem klidu, harmonie, hloubky a nekonečna. Zelená barva pak souladem s přírodou, nadějí a nesmrtelností.

2. *estetický* – pestrobarevné přírodní jevy nabízejí širokou škálu dojmů. Hrají zde roli soubory psychických procesů, nejen tedy vizuální obraz, ale také kognitivní zpracování neboli poznání, prožívání a hodnocení.

3. *psychologický* – barva představuje intenzitu a stav emočního prožívání. Barvy a jejich kombinace mohou individuálně ovlivňovat psychické a fyzické zdraví.

Základní barvy jsou červená, modrá a žlutá. Komplementární barvy k nim jsou zelená, oranžová a fialová. Pro zajímavost, první barva pojmenovaná člověkem byla červená a poslední modrá (Baleka, 1999).

V malbě se používají barvy temperové, vodové, prstové, barevné pastely, voskové křídy a pastelové křídy. Symbolika barev napomáhá terapeutovi rozpoznat emoční naladění člověka.

Červená barva dle Šickové - Fabrici (2002) symbolizuje sílu, vitalitu a život. Oblíbená je v dětském věku a preferují ji děti s ADHD. Podněcuje sexuální žádostivost. Kulka (2008) dodává, že je ztělesněním dynamiky, vášně a lásky, podnikavosti a tvořivosti, dále symbolem krve, požáru, útoku, agrese a převratu. Zicha (1981) popisuje vnímání červené barvy v kontextu se somatickou rovinou zvýšení srdeční akce, zvýšení krevního tlaku, zrychlení dechu.

Modrá je studenou barvou vyjadřující klid, sounáležitost, jemnost, spokojenost, touhu a věrnost. Symbolizuje nebe a moře, bezhraničnost, nekonečnost a nedosažitelnost (Kulka, 2008). Má relaxační charakter, fyziologické funkce jsou zklidněny a regenerační mechanismy fungují na plné obrátky (Zicha, 1981). Jestliže se vyskytuje v neobvyklých odstínech a kompozicích, může upozornit na prožité trauma (Šicková - Fabrici, 2002).

Žlutá je povzbuzující teplou barvou symbolizující záři slunce. Vyjadřuje veselost, radost a vzrušení. V odstínu zlaté představuje bohatství, důstojnost a úctu. V prostředí často signalizuje překážku. Vyvolává uvolnění a rozšíření cév. Též je barvou narcisů, tudíž i vyhledávána osobnostmi s narcistickými rysy (Zicha, 1981).

Zelená barva působí harmonizačně, vyvolává klid a rovnováhu prostřednictvím životaschopné přírody. Symbolizuje hrdost, jistotu, naději a bezpečí. Vyjadřuje stálost, pevnost a rigiditu vůči změně. Pozitivně ovlivňuje nervový systém (Kulka, 2008). Považuje se za barvu lidí se silným sociálním cítěním. Velké množství zelené barvy zejména v kombinaci s hnědou (khaki) může např. u vojáků způsobit depresivní prožitky. Diagnosticky je přínosné seskupení zelené a červené barvy ve výstředních kombinacích např. červenozelený déšť u dětí týraných a sexuálně zneužívaných. Vývojově může upozornit na emoční nezralost (Šicková - Fabrici, 2002).

Oranžová barva vzniká smícháním červené a žluté barvy. Dodává teplo a energii. Pozitivně ovlivňuje osoby netečné a lhostejné, pozvedá náladu, odstraňuje únavu. Vyhledávají ji lidé s extrovertní povahou. Symbolizuje vzdorovitost a nebojácnost. Může vyjadřovat i pocit neštěstí. Povzbuzuje chuť k jídlu a paradoxně ji vyhledávají pacientky s poruchou příjmu potravy (Šicková - Fabrici, 2002).

Fialová je směsí červené a modré barvy. Pokládá se za barvu spirituality, jelikož si nese nádech tajemství a mystiky. Symbolizuje důstojnost, nadřazenost, ale i potlačenou touhu (Kulka, 2008). Tuto barvu preferují jedinci mentálně, emocionálně a sociálně nezralí a děti kolem šestého roku života (Luscher in Zicha, 1981).

Bílá barva symbolizuje počátek života, světlo, panenskou čistotu, plodnost, ale také naivitu a nevinnost. Preference bílé barvy může ukazovat na perfekcionismus. Diagnosticky je významné použití bílé barvy na bílý podklad, což může být vyjádřením potlačování nebo ukrývání něčeho nepříjemného či výrazem odporu uvědomění si vlastních pocitů. Vyjadřuje také kultivovanost emocí, proto ji oblékají zdravotníci tzv. „kultivovaná čistota“ (Šicková - Fabrici, 2002).

Černá barva vyjadřuje v naší kultuře smutek, pocity prázdnoty. Symbolizuje zastavení, tmu, konec, smrt. Výlučné používání černé barvy prozrazuje utrpení, depresivní prožívání nebo protest. Může být výrazem kompenzačních mechanismů tzv. „volání o pomoc“ u pubescentů nebo osob s poruchami chování, kteří často jednají impulzivně, bez rozmyslu (Šicková - Fabrici, 2002).

Hnědá barva zemitosti, pokory. Je barvou zodpovědných a odolných jedinců. V oblibě ji mají také osoby s depresí (Šicková-Fabrici, 2002). Vyhledávají ji lidé s potížemi tělesného charakteru, kteří prostřednictvím této barvy (ale také pomocí růžové a fialové) vyjadřují tělesné potíže, potřebu smyslových podnětů, potřebu bezpečí a tělesného komfortu (Zicha, 1981).

Šedá barva dle Kulky (2008) vyjadřuje pohodu, nestranný postoj, neúčast a může být příjemným pozadím pro ostatní barvy. Šicková - Fabrici (2002) dodává, že

šedá barva snižuje intenzitu barvy okolní. Preference je typická pro pracovně vytížené lidi. V kombinaci s hnědou a černou barvou je spatřována v kresbách traumatizovaných dětí z dětských domovů a osob s depresí.

Růžová je jemnějším odstínem červené barvy. Vyjadřuje barvu těla. Symbolizuje lásku a nezralost tzv. „pohled na svět růžovými brýlemi“. V kresbách ji mohou použít osoby s tělesnou nemocí (Šicková - Fabrici, 2002).

3.12.3.1.3 Koláž

Koláž můžeme charakterizovat jako vlepování různorodých materiálů na bílý nebo barevný papír. Nejčastěji se používají staré časopisy, noviny, pohlednice, kalendáře a letáky. Vystřihují se obrázky, textové útržky a lepidlem se nalepují na dostatečně velkou plochu. Uplatňují se kreativní mechanismy, vzniká nový artefakt. Použitím různých materiálů je možné vytvořit plastický reliéfní obraz (Šicková - Fabrici in Müller, 2005).

3.12.3.2 Trojdimenzionální média

Práce s keramickou hlínou se odborně nazývá terraterapie. Hlínu Šicková - Fabrici in Pipeková, Vítková (2001) označuje jako fascinující materiál pro její širokospektré terapeutické účinky a rozmanité možnosti práce. Hlína se dá mačkat, házet, tvarovat, modelovat, otiskovat. Napomáhá k eliminaci strachu, napětí a agresivního chování. Rozvíjí představivost a trojdimenzionální vnímání. Má relaxační potenciál. Kompenzuje verbální řeč a poškozený zrak. Rehabilituje jemnou motoriku. Výhodou tohoto foremného materiálu je trvalá oprava nebo celková změna výtvoru. Tím dává prostor k zažití úspěchu a posílení sebevědomí. Obrovský význam má ve využití osobami se zrakovým postižením, neboť modelování z hlíny napomáhá k učení prostorového vnímání. Českým odborníkem, který předává v publikaci *Arteterapie se zrakově postiženými* (2005) své zkušenosti a zdůrazňuje přínos práce s keramickou hlínou na poli edukace a terapeutického působení je Evžen Perout. Hmatové modelování soch začíná pedagog a osoba se zrakovým postižením hmatem sleduje jeho ruce. Používá se sochařská hlína. Při činnosti se oba aktéři střídají. V závěrečné části pedagog odstraní přebytečnou hlínu. Socha se vypálí, ale neglazuruje. Po vypálení se

socha stává tvrdá a drsná. Může chvíli trvat, než si osoba se zrakovým postižením vlastní dílo pozná. Publikace je doplněna vybranými kazuistikami a fotografiemi tvorby.

U osob s mentálním a tělesným postižením se používá práce s hlínou v kombinaci s pohybovou terapií k vytváření sebeobrazu, a to prostřednictvím zážitků skrze své tělo.

3.13 Profesní vymezení a požadavky kladené na osobnost arteterapeuta

Profese arteterapeuta není dosud v České republice legislativně vymezena. Česká arteterapeutická asociace uvádí, že arteterapie nemá jasně vyhraněný profesní statut, zřetelné vymezení ani pravidla. V rolích arteterapeutů tedy nacházíme např. speciální a výtvarné pedagogy, psychology, lékaře, střední zdravotnický personál. To znamená, že z hlediska platových tabulek je nevyspecifikována a nezařazena. (*Definice a cíle arteterapie* [online]. 2012 [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&22)

Vzdělávání v oboru arteterapie je možné několika způsoby (Potměšilová, Sobková, 2012):

1. kombinovanou formou tříletého bakalářského studia samostatného oboru Arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
2. pětiletým sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem realizovaným Českou arteterapeutickou asociací
3. čtyřsemestrálním studiem v rámci celoživotního vzdělávání na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně,
4. formou dlouhodobých vzdělávacích kurzů akreditovanými pracovišti – např. dvouletým kurzem dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti uplatnění arteterapie v rámci školských poradenských služeb, systematickým dvouletým kurzem v arteterapii a artefiletice vzdělávací instituce Cultio, třísemestrálním kurzem o rozsahu 480 hodin Akademie Alternativa Olomouc,

třísemestrálním volitelným kurzem Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v rámci magisterského studia speciální pedagogiky atd.

5. formou krátkodobých certifikovaných kurzů s cílem seznámení s arteterapeutickými technikami
6. formou přednášek a seminářů v rámci vysokoškolského studia na katedrách speciální pedagogiky, psychologie, filozofie, teologie, sociální práce atd.

Samostatné studium arteterapie neopravňuje k jiným činnostem než arteterapeutickým pod odborným dohledem, protože nenahrazuje vzdělání v ostatních oborech (pedagogika, speciální pedagogika, sociální pedagogika, psychologie, medicína, rehabilitace, psychoterapie atd.). Z uvedeného vyplývá, že se od arteterapeuta očekává vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, psychologie, výtvarného umění a výtvarné výchovy a dokončený sebezkušenostní výcvik v arteterapii.

Arteterapeut by měl mít znalosti o mechanismech fungování lidské psychiky, o různých typech postižení a přístupu k těmto lidem, měl by umět vhodně zvolit arteterapeutické techniky a mít povědomí o výtvarném umění a dějinách umění (Šicková - Fabrici, 2002).

Z hlediska osobnostních kvalit by měla dominovat komunikativnost a soulad mezi verbálním a neverbálním projevem, umění použití strategií k navázání či rozvoji komunikace, rozhodnost, schopnost empatie, zájem, důvěryhodnost, která je nezbytná k navázání vztahu. Dále takt, citlivost a navození pocitu bezpečí k ukončení komunikace či vztahu s pacientem/uživatelem (Potměšilová, Sobková, 2012).

4 STRUKTURA PÉČE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE A TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V PSYCHIATRII

Psychiatrická klinika poskytuje a zajišťuje:

- léčebně preventivní péči hospitalizovaným pacientům a pacientům v ambulantní péči v oborech psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, adiktologie a klinické psychologie
- celoživotní vzdělávání zdravotnických a ostatních pracovníků pracujících ve zdravotnictví
- výuku studentů bakalářského a magisterského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, specializační postgraduální přípravu a přípravu v doktorském studijním programu psychiatrie
- aplikovaný klinický výzkum v souladu s pravidly Ministerstva zdravotnictví, Státním ústavem pro kontrolu léčiv a grantovými agenturami
- posudkovou a soudně znaleckou činnost

4.1 Struktura ambulantní a lůžkové péče

Klinika je rozdělena na ambulantní a lůžkovou část. Všeobecná ambulantní péče je dle věku rozdělena pro děti a mladistvé, dospělé. Specializované poradny se věnují léčbě pacientů s psychotickými poruchami, s afektivními poruchami, s poruchami spánku a biorytmů. Specializovaná ambulance pro pacienty se závislostí na psychoaktivních látkách poskytuje substituční program a skupinovou psychoterapii. Do ambulantní sféry spadá denní stacionář pro pacienty s úzkostnými poruchami, který staví péči na psychoterapii a sociálně rehabilitačních aktivitách. Vzhledem k personální tísni byl zrušen denní stacionář pro pacienty s psychotickou poruchou.

Lůžková část je určena pouze pro dospělé pacienty a zahrnuje tři oddělení s celkovou kapacitou 62 lůžek.

Oddělení A tzv. „akutní“ je koedukované, uzavřené oddělení s kapacitou 15 lůžek a je určeno k léčbě pacientů v akutní fázi psychotického onemocnění afektivního nebo schizofrenního spektra, organických poruch (delirium nasedající na demenci), těžkých psychických stavů se suicidálním jednáním, těžkých odvykacích stavů. Nejčastěji využívané léčebné metody jsou farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, arteterapie, činnostní terapie.

Uzavřené oddělení B tzv. „doléčovací“ je koedukované oddělení s kapacitou 25 lůžek, kam jsou obvykle překládáni pacienti z oddělení A ke stabilizaci stavu a přijímáni pacienti s organickými poruchami, psychotickými poruchami, afektivními poruchami se suicidálními rozvahami, poruchami příjmu potravy. Léčba je mimo farmakoterapie postavena na režimu dne, individuální psychoterapii, arteterapii, pracovní terapii, psychosociální rehabilitaci. Obě uzavřená oddělení pečují o pacienty soběstačné, částečně soběstačné a imobilní, nezřídka i s četnými somatickými obtížemi.

Oddělení C je otevřené, koedukované s kapacitou 22 lůžek. Pacienti jsou soběstační. Pobyt je indikován nejčastěji pacientům s úzkostnými a afektivními poruchami, s poruchami osobnosti, s poruchami příjmu potravy. Kontraindikacemi jsou onemocnění psychotického charakteru, riziko sebevražedného jednání, těžké psychické a tělesné stavy. Základem léčby je režimová léčba v terapeutické komunitě, individuální a skupinová psychoterapie, arteterapie, pracovní terapie, psychoedukace a rehabilitace. Pacienti pracují ve skupině rehabilitační nebo psychoterapeutické.

Délka hospitalizace je omezena na maximální počet 54 dní, které podléhají úhradě z veřejného zdravotního pojištění. Po ukončení hospitalizace pacienti přechází buď do ambulantní péče, nebo pokud to přetrvávající zhoršený zdravotní stav vyžaduje, jsou překládání k následnému doléčení v Psychiatrické nemocnici.

56 lůžek následné péče pro pacienty se závislostí je na detašovaném oddělení v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích.

4.1.1 Nedobrovolná hospitalizace

Duševní porucha s sebou nese riziko, že klient může být nebezpečný sobě nebo okolí. Tuto problematiku vymezuje §38 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., dále je zahrnuta v Listině práv a svobod a v občanském soudním řádu. V případě reálné hrozby agresivního jednání ze strany pacienta, a to bezprostředním ohrožováním svého života či zdraví, života nebo majetku jiných osob lze požádat o asistenci Policii ČR. Klient tak z rozhodnutí lékaře může být tzv. zadržen proti své vůli, tzn. nedobrovolně hospitalizován na uzavřeném oddělení. V tomto případě je povinností lékaře do 24 hod. písemně obeznámit soud v místě, kde se nachází psychiatrické zařízení. Soud musí do 7 dnů od zadržení rozhodnout o oprávněnosti tohoto učinění na základě návštěvy pracovníka soudu ve zdravotnickém zařízení, rozhovorem s klientem a informacemi ošetřujícího lékaře. Doba nedobrovolné hospitalizace je limitována třemi měsíci a v případě pokračování musí soud rozhodnout o přípustnosti dalšího zadržování. O zrušení nedobrovolné hospitalizace může požádat sám pacient, který svolně podepíše dobrovolný vstup a tuto skutečnost je třeba nahlásit opět soudu, který nařízení zruší. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu lze dobrovolnou léčbu zrušit a převést ji stejným postupem na léčbu nedobrovolnou. Může se stát, že pacient v době nedobrovolné hospitalizace ze zdravotnického zařízení uprchne, v tomto případě je nutné bezprostředně kontaktovat Policii ČR.

4.1.2 Personální obsazení v akutní péči

Personální obsazení v lůžkové péči je již po dlouhou dobu neúměrné k počtu pacientů. Každé oddělení má svého vedoucího lékaře, 2 sekundární lékaře a 1 psychologa s dokončeným nebo započatým psychoterapeutickým výcvikem. Někteří lékaři mají též psychoterapeutický výcvik. Na každém z uzavřených oddělení je staniční sestra a nestabilně celkem 11 směnujících sester a 6 sanitářů. Na otevřeném oddělení pracuje staniční sestra a 6 směnujících sester. Většina sester absolvovala v rámci celoživotního vzdělávání studium specializačního programu Ošetřovatelská péče v psychiatrii ukončené atestační zkouškou z psychiatrie. 2 sestry absolvovaly vyšší odborné studium oboru Diplomovaná sestra pro psychiatrii ukončené absolutoriem.

Sestry průběžně procházejí certifikovanými kurzy a své znalosti využívají v praxi. Nejčastěji se jedná o kurzy zaměřené na péči o agresivního pacienta, psychosociální intervenci, bazální stimulaci, relaxační techniky. Na 62 pacientů připadá 1 arteterapeutka s psychoterapeutickým výcvikem, 1 ergoterapeutka a 1 fyzioterapeutka, která dochází za pacienty i jiných klinik a 2 sociální pracovnice. Veškeré terapie podléhají ordinaci lékaře. V úvahu je zapotřebí brát i možná tělesná, mentální či smyslová postižení pacientů.

4.2 Terapeutické a rehabilitační přístupy

V praxi se denně setkávám s různými formami terapeutických metod, které se prolínají a napomáhají pacientům v léčbě nemoci, rehabilitaci a postupné resocializaci. Jsou jimi:

a) ***biologická léčba*** (psychofarmakologická léčba, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, spánková deprivace)
b) ***psychoterapie*** (expoziční metody, zvládání úzkosti a tenze)
c) ***expresivní terapie*** (arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, psychogymnastika, taneční a pohybová terapie)
d) ***fyzioterapie*** (léčebná tělesná výchova, polohování, masáže, mobilizační techniky)
e) ***ergoterapie*** (rukodělné činnosti)
f) ***specializované fyzioterapeutické a edukační přístupy*** (bazální stimulace)
g) ***psychorehabilitace*** (kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie)
h) ***psychosociální rehabilitace*** (nácvik a trénink sociálních dovedností, řešení problémů)
i) ***psychoedukace***
j) ***zooterapie***

Společnými znaky všech terapií jsou (Müller, 2014):

- realizace v určitém prostředí a čase (psychiatrické oddělení, denní stacionář, ambulance)

- variabilita organizačních forem (individuální, skupinová, rodinná, párová)
- vychází z odborného přístupu terapeuta a jeho osobnostních kvalit
- odvíjí se od věku, příčin a příznaků nemoci
- primární zaměření na psychickou nebo tělesnou změnu podle zdroje obtíží
- působí léčivě, preventivně a rehabilitačně

4.2.1 Biologická léčba

Biologické metody jsou důležité v akutní fázi onemocnění zejména ke zmírnění příznaků či nepříznivého průběhu onemocnění. Cílem je prevence znovuvzplanutí nemoci a prodloužení remise.

a) **psychofarmakologická léčba** - dle Höschla, Libegera, Švestky (2002) ovlivňuje psychické procesy a upravuje duševní stav prostřednictvím chemicky upravených látek. Podle mechanismu účinku je můžeme rozdělit do několika základních skupin (antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, nootropika a kognitiva, psychostimulancia, stabilizátory nálady - thymoprofylaktika).

b) **elektrokonvulzivní terapie** – dle Dörnera, Ploga (1999) zjednodušeně znamená umělé vyvolání epileptického záchvatu prostřednictvím elektrické energie. Seifertová in Höschl, Libiger, Švestka (2002) upřesňuje, že se jedná o neinvazivní výkon prováděný v krátkodobé celkové anestezii a myorelaxaci, jehož principem je krátkodobá bitemporální aplikace modulovaného stejnosměrného proudu do mozku, který vyvolá tonicko-klonické křeče příčně pruhovaného svalstva a změny v centrální nervové soustavě s mohutným antidepresivním a antipsychotickým účinkem. Indikuje se u onemocnění rezistentních na farmakologicku léčbu, nejčastěji u těžkých depresivních stavů, mánií a katatonní formy schizofrenie. Provádí se 3x týdně v rozmezí 6-10 výkonů dle stavu pacienta.

c) **fototerapie** - je léčebná metoda indikovaná nejčastěji u pacientů s lehkou depresí a sezónní afektivní poruchou. Užívá jasného bílého světla v intenzitě 5000 luxů po dobu jedné hodiny v časných ranních hodinách za účelem snížení hladiny nočního melatoninu, úpravě schématu spánek-bdění a podpoře účinku antidepresiv (Höschl, 1997).

d) **spánková deprivace** - méně často používaná metoda, která má po 24. hodinové absenci spánku krátkodobý antidepresivní účinek a krátkodobě upravuje přechodné poruchy spánku (Höschl, 1997).

e) **repetitivní transkraniální magnetická stimulace** - je stále považována za výzkumnou metodu a uplatňována pouze na některých pracovištích. Principem je užití silného magnetu, který přes lebku prostřednictvím vzniku magnetického pole uskutečňuje elektrostimulaci neuronů v mozkové kůře. Nejčetněji se využívá u pacientů s depresí, dále v léčbě schizofrenie, mánie a obsedantně kompulzivní poruchy. Provádí se 1x denně v 10. sezení (Balon in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

4.2.2 Psychoterapie

Trefně Dörner, Plog (1999, s. 325) zdůrazňují, že: *„Lidé často psychoterapii vnímají jako něco, co musí přinést pomoc. Když jedna metoda selže, zkoušejí další a další a stále očekávají, že příští metoda bude konečně lepší, a že ta pravá musí existovat.“*

Za psychoterapii je považována odborná cíleně zaměřená činnost, aplikovaná psychologickými prostředky, s cílem pomoci změnit myšlení, chování, emoční i tělesné prožívání, dlouhodobě i osobnostní strukturu sociálně adekvátním směrem, dále podporuje zvládání konfliktních situací a provází pacienta k osobní spokojenosti. Psychologickým prostředkem je nejen verbální a neverbální komunikace mezi pacientem a terapeutem, ale zásadně vztah založený na důvěře, motivace pacienta a jeho pozitivní očekávání, učení a skupinová interakce. Je dlouhodobým procesem

procházející primárně oblastí poradenství, následně krizové intervence a po té psychoterapií (Kratochvíl, 2005).

Terapeuti na klinice pracují ve směrech kognitivně-behaviorální psychoterapie, gestalt terapie, logoterapie a psychoanalýzy - rogeriánský přístup. Uvědomme si, že psychoterapie nikdy neléčí vlastní proces onemocnění. Napomáhá a učí člověka zamýšlet se, nahlížet a jinak uspořádat své jednání v běžných situacích, které činí obtíže a ovlivňují kvalitu života negativním směrem.

Nejčastěji používanými metodami jsou expoziční metody, kdy se pacienti z otevřeného oddělení 1x týdně vystavují situacím, které jim v běžném životě činí obtíže a vyhýbají se jim (jízda MHD, návštěva obchodních center, vyřízení úředních záležitostí) nebo se vyhýbají zpracovávání svého terapeutického tématu (psaní dopisu např. zemřelým rodičům, vytvoření konkrétního plánu do budoucnosti, vypracování harmonogramu činností). Nácvik relaxačních technik je uplatňován sestrami 1x denně ve formě autogenního tréninku a Jacobsonovy progresivní relaxace. V rámci sesterských skupin jsou pacienti edukováni o významu úzkosti a možnostech její eliminace. Provádíme nácvik relaxačního dýchání s prvky jógy.

4.2.3 Expresivní terapie

a) **arteterapie** - vyjádření pomocí uměleckých prostředků (malování, kreslení, modelování) probíhá s arteterapeutkou 2x týdně pro pacienty z otevřeného oddělení a 2x týdně pro pacienty z uzavřeného oddělení. Probíhá skupinovou formou. Ambulantně mohou pacienti pokračovat v individuální formě. Prvky arteterapie využívají sestry v sesterských rehabilitačních skupinách.

b) **muzikoterapie** - Simon in Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009, s. 23) definuje muzikoterapii v užším významu jako: *„specifickou léčebnou psychoterapeutickou metodu, která užívá specifického hudebně-komunikativního média receptivního i aktivního, aby docílila terapeutických efektů při léčení neuróz, psychosomatických poruch a neuropsychiatrických onemocnění.“*

Jelikož nemáme kvalifikovaného muzikoterapeuta, využíváme prvky muzikoterapie skupinovou formou v rámci rehabilitačních skupin se sestrou. K vyjádření emocí používáme Orffovo instrumentárium, kterým se také doprovází pacienti při každodenním ranním zpívání. Máme k dispozici kytaru a klávesy, které často podněcují pacienty k znovunalezení smysluplného využití volného času. K odpočinku slouží CD s relaxační hudbou, k ranní rozcvičce CD s dynamickou hudbou. Pro uvolnění v kombinaci s pohybem využíváme karaoke. Hudba má blahodárné účinky na lidský organismus: snižuje strach a napětí, redukuje bolest, zvyšuje fyzickou kondici, podporuje motivaci k léčbě a sebevyjádření, je účinnou antistresovou strategií, umožňuje ventilaci emocí.

c) **biblioterapie** - Majzlanová in Müller a kol. (2014, s. 198) charakterizuje biblioterapii jako: *„záměrné, systematické a cílevědomé terapeutickovýchovné působení jednotlivými složkami literárního projevu.“* K terapeutické intervenci je využíváno psaného textu různých žánrů od básní přes povídky, legendy, balady a pohádky po komedie a tragédie. Na uzavřených odděleních a otevřeném oddělení jsou prvky biblioterapie praktikovány sestrami 2x týdně. Výběr materiálu je převážně zacílen psychoedukačně a relaxačně. Na otevřeném oddělení v rámci psychoher zařazujeme tvůrčí psaní a součástí režimu je i biblioterapeutické psaní deníku. Cílem je touto formou naučit pacienta ventilovat napětí, pojmenovat emoce a získat alespoň částečnou kontrolu nad prožíváním. Dovoluje pacientovi „vypovídat se“ o jeho obavách, traumatech či snech. Výhodou expresivního psaní je hmotná podoba a možnost kdykoliv se vrátit zpět do vzpomínek. Umožňuje důvěrnou komunikaci mezi pacientem a terapeutem.

d) **psychogymnastika** - jako pomocná psychoterapeutická metoda využívá neverbálního sdělení prostřednictvím pantomimy. Dochází ke zpracování aktuálního terapeutického tématu obvykle v kontextu s mezilidskými vztahy. Využívá prostoru a vzdálenosti jako obrazného vyjádření sociální blízkosti a uvědomění si vlastních vzorců chování. Trénují se náhradní formy reakcí (Hanušová in Vymětal a kol., 2007).

e) **taneční a pohybová terapie -** předpokladem této terapie je propojení pohybu a emocí s cílem uvědomění si vztahů těla a duše, a to bez ohledu na estetickou stránku (Payneová, 1999). Na otevřeném oddělení zařazujeme 1x týdně v rámci skupin se sestrou prvky kreativního pohybu, kde využíváme techniky zmíněné autorky. Zaměřujeme se tělesné vjemy, zejména uvědomění napětí v jednotlivých svalových skupinách a schopnost ho uvolnit, rozvíjet sebekontrolu a ovládání těla tzn. redukovat agresivitu, umožnit rytmický pohyb v prostoru, věnovat pozornost dýchání, pracovat s hlasem, rozvíjet důvěru ve skupině, prozkoumávat osobní prostor.

4.2.4 Fyzioterapie

Dle Koláře (2010) je významným aspektem pohyb spojený s tělesným prožitkem. Upevňování zdraví a správné pohybové vzorce jsou tedy nezbytné pro zvýšení celkové odolnosti organismu. Pokud nastane změna v pohybu těla, můžeme očekávat odpovídající změnu v psychice. Aktivní pohybová činnost rozvíjí osobnost člověka, jeho sebevnímání a sebehodnocení. Cílem je tedy efektivnější uvědomění vlastního těla, způsobu jakým je pohybu dosahováno, zlepšení koordinace pohybů a neméně důležité je i nalézání nových pohybových stereotypů. Pohybová aktivita pak často působí jako regulátor psychického napětí a navozuje uvolnění.

U většiny pacientů je indikována léčebná tělesná výchova (LTV) ve formě individuální nebo skupinové. Individuální LTV zahrnuje kineziologické vyšetření, stanovení fyzioterapeutické diagnózy, odborné testy, např. svalový test, stanovení krátkodobého a dlouhodobého plánu léčby. Jsou využívány měkké techniky. Uvolnění šíjového svalstva přispívá k úlevě tenzní bolesti hlavy, která je zejména u pacientů s úzkostí častá. V rámci fyzikální terapie bývá nabízena vodoléčba - perličkové a vířivé koupele, která byla paradoxně možná ve staré zástavbě kliniky a v nové bohužel chybí. Skupinová LTV probíhá formou kolektivního cvičení v tělocvičně a patří mezi pohybové terapie v tématicky zaměřených skupinách pro jednotlivé léčebné indikace. Obsahem jsou speciální cvičení zaměřena na obnovu funkce pohybového aparátu (např.

kondiční cvičení, vertebroterapie, škola zad, cvičení na míčích, pohybové hry apod.). Probíhá na uzavřených a otevřeném oddělení denně.

Neméně důležitá je edukační činnost zahrnující poradenství a edukace pacienta za účelem udržení nebo obnovy pohybových funkcí, včetně informování a poradenství rodinných příslušníků. Bez aktivní spolupráce klienta se efekt léčebné rehabilitace neobejde.

Po ukončení hospitalizace je některým pacientům doporučována balneopsychiatrie neboli lázeňská léčba osob s duševním onemocněním, kterou zajišťují Priessnitzovy léčebné lázně v Jeseníku.

4.2.5 Ergoterapie

Rada ergoterapeutů evropských zemí (2000) in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová (2009, s. 13) uvádí, že *„cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života.“*

Ergoterapie je zařazována na uzavřených oddělení 3x - 5x týdně a na otevřeném oddělení 2x týdně. Přestože by měla být ergoterapie zacílena také na běžné denní činnosti (hygiena, stravování, oblékání, mobilita); nácvik sociálních dovedností (nakupování, telefonování, zacházení s financemi, příprava jídla, domácí práce), tak největší část práce je věnována kondiční ergoterapii. Dle Jelínkové, Krivošíkové, Šajtarové (2009) je jejím úkolem vytvoření smysluplného naplnění volného času, pocitu sounáležitosti s okolím, odpoutání pozornosti od nepříjemných prožitků spojených s duševním onemocněním. Tímto dochází k pozitivnímu ovlivnění psychiky člověka a podpoře vnímání vlastní důležitosti. Významným aspektem je udržování, případně rozvíjení stávajících schopností pacienta.

Pacienti se věnují rukodělným činnostem, pracují s různorodým materiálem. Oblíbené je u žen pletení, háčkování, výroba šperků z korálků, výroba dekoračních předmětů, zdobení květináčů ubrouskovou technikou atd. U mužů převažuje pletení z proutí, rámování obrázků, výrobky z kartónů.

4.2.6 Bazální stimulace

Tento pedagogicko - ošetřovatelský koncept využívají sestry na uzavřených odděleních u imobilních pacientů a pacientů s demencí. Dle autorů konceptu Fröhlicha a Biensteinové in Zikl (2014) je základními cíli přiměřenou stimulací umožnění sebevnímání a vnímání okolního světa, poskytování pocitů bezpečí a jistoty, podpora v navázání vztahu a komunikace, zažití úspěchu z vykonané činnosti, zlepšení funkce organismu a zachování života. Vzhledem k vybavení oddělení pomůckami jsou prováděny techniky somatické stimulace, a to zejména masáže a polohování.

4.2.7 Psychosociální rehabilitace

Napomáhá pacientovi k rozvoji motivace, vůle a postojů k aktivní spolupráci, a tím i k ovlivnění nemoci pozitivním směrem a následně k dosažení přijetí a vyrovnání s vlastním osudem. Cílem je podpora samostatnosti prostřednictvím rozvoje zachovaných schopností, ale i naučení nových dovedností, a tím přispět ke zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. (Hátlová, Suchá, 2005).

a) **kognitivní rehabilitace** - využívá se u osob s demencí k procvičování vštípivosti a výbavnosti krátkodobé paměti. Dále u osob s depresí a úzkostnými poruchami zejména k tréninku udržení pozornosti. Psycholog i sestry využívají k práci speciální baterii pomůcek.

b) **reminiscenční terapie** - je aktivizační metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavovaní prostřednictvím různých podnětů. Vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována a je možné s ní pracovat. Terapii provádí psycholog i školené sestry.

c) **nácvik sociálních dovedností** - trénink praktických činností, zejména vaření a práce s počítačem probíhá v prostorách ergoterapie. Ve cvičné kuchyňce pacienti vaří jednoduchá jídla, prostírají a hromadně stolují. Dále mají k dispozici počítače s internetem, které kromě svojí potřeby využívají také k vyhledávání pracovních nabídek. Se sociální pracovnicí vyřizují v terénu úřední záležitosti, učí se hospodařit s penězi.

d) **zábavní a společenské aktivity** - na uzavřených odděleních, pokud čas a pracovní vytížení dovolí, využívají sanitáři společenské hry a sportovní aktivity k vyplnění volného času pacientů. Z her vítězí, Člověče, nezlob se, pexeso, puzzle a dáma. Ze sportovních aktivit je k dispozici stolní tenis a stolní fotbal. Na otevřeném oddělení volí sestry společenské hry a sportovní aktivity k jednak k aktivizaci, ale zároveň k odpoutání pozornosti od problémů. Oblíbenými společenskými hrami jsou Activity, Scrabble, Twistter, puzzle, šachy, hlavolamy, vědomostní hry atd. Sportovní činnost je realizována převážně venku. S pacienty hrajeme pétanque, kroket, badminton, soft tenis, frisbee. V prostorách oddělení je rotoped, stolní tenis a k dispozici pacienti mají boxovací pytel k ventilaci napětí.

4.2.8 Psychoedukace

Je zajištění informovanosti pacienta i jeho rodiny o povaze symptomů a vysvětlení vzniku, vývoje a průběhu onemocnění včetně nácviku rozpoznání raných varovných příznaků. Zdůrazňuje také význam preventivních opatření ve smyslu uspořádání režimu dne, pravidelného užívání léků, možnostech rehabilitační péče, socioterapeutických klubech a odkazuje na ambulantní psychoedukační programy, týkající se pacientů se schizofrenií např. Preduka - preventivní edukační program proti relapsů psychózy (Bankovská, Motlová a kol., 2012). K edukaci je kompetentní lékař. Edukace pacientů s psychotickým onemocněním probíhá individuálně. Pacienty s úzkostnými a afektivními poruchami 1x týdně edukuje lékař ve skupinové formě.

4.2.9 Zooterapie

Kohoutek in Müller a kol. (2014, s. 450) vystihuje definici zooterapie (animoterapie) jako: *„léčbu pomocí zvířat zahrnující péči o ně, hlazení, dotýkání, kontakt s nimi, komunikaci přes zvíře. Využívá interakci člověka a zvířete.“* Vzhledem ke klinickému pracovišti Fakultní nemocnice a k hygienickým nařízením není možné u pacientů na klinice využívat hipoterapii, canisterapii či felinoterapii. V letošním roce však došlo k povolení ornitoterapie a pacienti na akutním oddělení ve venkovním atriu mají voliéru s andulkami, o které se pod dohledem personálu starají a dělají jim společnost při pobytu venku.

4.3 Systém ucelené rehabilitace v péči o osoby s duševním onemocněním

Veškeré terapie využívané v psychiatrické péči jsou nedílnou součástí ucelené rehabilitace neboli komplexní rehabilitační péče osob s duševním onemocněním. Jak výstižně charakterizuje Müller (2014, s. 22) jedná se o: *„souhrn aktivit zaměřených na předcházení, zmírnění či odstranění problému jedince (nemoci, zdravotního postižení, psychosociálního ohrožení), včetně jeho nepříznivých důsledků (projevujících se ve snížených schopnostech či neschopnosti běžné životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách, s cílem dosažení maximálního možného zapojení do života.“* Ucelená rehabilitace je vzájemné propojení a sladění aktivit odborníků, kteří se podílejí na cílené podpoře daného jedince. Jedná se o lékaře speciality, sestry specialistky, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka a speciálního pedagoga tvořící spolupracující tým. Jak poznamenávají Dörner, Plog (1999, s. 30, 31): *„Tým je teprve tehdy terapeuticky účinný, když všichni členové disponují alespoň částečně srovnatelnými zkušenostmi s pacienty a se sebou samými. Tehdy mohou být nosné, jak individuální zvláštnosti každého jednotlivého člena, tak speciální znalosti a dovednosti svého profesního vzdělání.“*

Systém akutní péče vzhledem ke krátkodobosti a přechodnosti pobytu by měl sloužit jako „přípravná stanice“. Nutno si uvědomit, že ucelená rehabilitace je proces dlouhodobý a lépe praktikovatelný v zařízeních následné péče.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíle výzkumného šetření

Cíli diplomové práce bylo zjistit:

1. ***Hlavní cíl:***

   a) jakých výtvarných technik a prostředků můžeme využít pro rozvoj osobnosti u osob s duševním onemocněním v akutní péči, a kterých oblastí se pozitivně dotýkají ve smyslu zlepšení kvality života.

2. ***Dílčí cíle:***

   b) zda jsou arteterapie a prvky arteterapie uplatňovány i v následné péči osob s duševním onemocněním

   c) zda je v dlouhodobé péči pro osoby s demencí k dispozici dostatek rehabilitačních aktivit, které lze přizpůsobovat individuálním potřebám člověka.

5.2 Metodika výzkumu

Diplomová práce zahrnuje kvalitativní i kvantitativní výzkumné metody. Výhodou kvalitativního výzkumu je otevřenost vůči zkoumaným jevům a použití metod. Za pomocí subjektivity, která tvoří jednu ze zásad, je třeba velké míry empatie se zkoumaným jevem. Z pomoci racionálního strategického uvažování hledáme souvislosti a vytváříme teorie. Další z výhod je vyšší validita, avšak na úkor nízké reliabilitě. Z důvodu zvýšení reliability jsem jako doplňkovou metodu ve svém výzkumu použila techniku dotazníkového šetření.

5.3 Kvalitativní výzkum

5.3.1 Použitá metoda výzkumu

Středobodem kvalitativních výzkumných metod je člověk s cílem porozumění nejen jemu, ale i prostředí a událostem, které ho životem provází. Prostřednictvím analýzy osobních dokumentů získávám podrobnější informace a vhled zasahující hlouběji do dané problematiky. Vypracovala jsem kazuistiky u vybraných pacientů s různými kategoriemi diagnóz a pomocí zúčastněného pozorování a nestrukturovaného rozhovoru zanalyzovala projevy výtvarné činnosti a jejich dopady na psychiku jedince.

5.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

V kvalitativní části výzkumu jsem pracovala formou individuální i skupinovou s pacienty dvou uzavřených a jednoho otevřeného oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové na základě jejich souhlasu. Pacienty jsem vybírala na základě rozmanitosti jejich onemocnění, v různých věkových kategoriích, s ohledem na první či opakovaný kontakt s psychiatrickým zařízením a akutní či plánovanou hospitalizaci.

5.3.3 Metodika sběru dat a použité techniky

Součástí zdravotnické dokumentace je mimo jiné i souhlas s nahlížením do dokumentace, který pacient při přijetí buď potvrdí, nebo odmítne. Dále je součástí souhlas pacienta umožňující možnost anonymně využívat a prezentovat jejich výtvarnou tvorbu. Souhlas jsem měla od pacientů i ústní formou s informací, že jejich jména budou smyšlena v rámci zachování jejich anonymity.

U závažných psychických onemocnění, kdy pacienti nejsou schopni náhledu na onemocnění, je součástí dokumentace objektivní anamnéza od rodinných příslušníků,

která je cenným zdrojem informací. Prostřednictvím analýzy zdravotnické dokumentace a zúčastněným pozorováním jsem zpracovala dané kazuistiky.

Většinová část výtvarné tvorby probíhala v ateliéru arteterapie, která je pro práci s výtvarnými technikami přizpůsobena v dostupnosti pomůcek a materiálů. Menšinová část na oddělení z důvodu dozorového režimu pacientů. Dle typu onemocnění, jenž každé vyžaduje specifický přístup, jsem volila různé arteterapeutické techniky, za použití různých výtvarných materiálů. U každého pacienta je stanoven cíl. Důležitá je vhodná motivace k činnosti. Dále uvádím zadání výtvarné činnosti činnosti, interpretuji a hodnotím výsledky. Cíle jsou směřovány k rozvoji osobnostních vlastností, které je třeba posílit a vedoucí k rehabilitaci. Metodika popisuje postup práce na zadané téma za použití daných pomůcek. Interpretace zahrnuje poznatky z mého zúčastněného pozorování a z přímého kontaktu s pacientem. Je doplněna krátkým vyjádřením pocitů pacienta vyplývající z nestandardizovaného rozhovoru při činnosti. Převážná část práce probíhala v heterogenních skupinách. Výzkum probíhal od června do listopadu 2015.

5.3.4 Kazuistika č. 1

Jiří (49 let) – Organická porucha osobnosti

Jiří se narodil předčasně v 35. týdnu těhotenství. V raném dětství mu byla diagnostikována kvadruparetická forma dětské mozkové obrny (DMO) s predilekcí pravostranných končetin. Viditelný je vadný spastický stereotyp chůze. Chodí samostatně bez použití kompenzačních pomůcek. Tímto dochází k sekundárnímu přetěžování pohybového aparátu, v důsledku čehož měl opakované výhřezy meziobratlových plotének v oblasti bederní páteře, které byly řešeny chirurgickým zákrokem v roce 2008 a 2009. Trpí chronickou bolestí bederní páteře, které je mírněna analgetiky. Jiří byl pro opakované záněty středouší v dětském věku 5x operován. V současné době je dle audiometrického vyšetření středně nedoslýchavý (46 dB) na pravé ucho, bez kompenzace. Zrakové vnímání je korigováno brýlemi z důvodu dětského konvergentního strabismu. Přes brýle, které nosí celodenně, vidí dobře. V dětském věku trpěl epilepsií, která je dlouhodobě medikamentózně kompenzovaná a Jiří je pravidelně sledován v neurologické ambulanci. Dle psychologického vyšetření je jeho intelekt v pásmu lehké mentální retardace (IQ = 68). V řeči dominuje dysartrie.

Vyrůstal společně s o 10 let starším bratrem a rodiči v malém bytě. S matkou i bratrem vycházel velmi dobře. Otec nejevil o Jiřího zájem. Vždy měl tendence k ponižování a znevažování lidských hodnot. Na psychiatrii se z rodiny nikdo neléčil.

Po absolvování zvláštní školy se vyučil květinářem v zahradnické škole. Po vyučení našel zaměstnání ve větší instituci, kde se věnoval péči o zeleň a květiny a dělal pomocné práce. V roce 2013 dostal výpověď, protože práci přestal zvládat. Od této doby navštěvuje psychiatrickou ambulanci - afektivní poradnu. Cítí se méněcenný, nevýkonný. Má invalidní důchod III. stupně.

Bydlí s rodiči v bytě bez výtahu ve zvýšeném 1. patře. Soužití zejména s otcem je velmi konfliktní. Dochází ke slovním i fyzickým potyčkám. Odchod od otce společně s matkou řeší již delší dobu a čeká na vyřízení žádosti přes Centrum sociální pomoci a

přidělení bytu. Jiří má dlouhodobý přátelský vztah s přítelkyní, která je těžce nemocná. Schází se pouze na procházky, rozumí si spolu. Je svobodný, bezdětný.

Mezi jeho největší záliby patří pěstování květin, fotografování přírody, stavění velkých modelů lodí a letadel, stolní tenis. Stolní tenis hrál závodně za Svaz tělesně postižených.

Nekouří, alkohol pije příležitostně. Drogy a gambling nikdy nezkoušel. Nadužívání léků popírá. Dle ordinace lékaře užívá antiepileptika, analgetika a antidepresiva. Dochází na léčebnou rehabilitaci.

V kontaktu je Jiří sociálně stažený, dodržuje společenské konvence. Řeč je pro dysartrii hůře srozumitelná, na otázky odpovídá krátce. Depresivní rozlady a úzkostné prožívání se objevují v kontextu s rodinným tématem, shodně tak výkyvy v náladě rozmrzelost a podrážděnost. Stěžuje si na únavu a ospalost, spavost v denních hodinách, ztrátu potěšení z činností, nezájem o koníčky. Vzhledem k organicitě je přítomna alterace kognitivních funkcí, nízká frustrační tolerance, labilní emotivita, pomalejší a obsahově chudší myšlení. Spolupráce s Jiřím je dobrá.

Na psychiatrii byl hospitalizován poprvé v roce 2014 na uzavřeném oddělení a po zlepšení stavu na otevřeném oddělení (celkem 43 dní) s diagnózou: Organické poruchy nálady, kdy přišel plánovaně na doporučení ambulantního psychiatra pro dlouhodobou depresivní reaktivitu na dlouhodobé konflikty s otcem a profesní frustraci. Převažovaly pocity nadměrné únavy a spavosti během dne, snížená motivace k činnosti, nevýkonnost, pokleslá nálada a pocity napětí. Druhá hospitalizace proběhla v roce 2015 na otevřeném oddělení v délce 50 dní s diagnózou: Organická porucha osobnosti, kdy dominovaly četné konflikty s otcem. Otec vyhodil Jiřího z bytu. Na základě vyhledání psychiatrické pohotovosti byl akutně přijat ve zhoršeném psychickém stavu a k dořešení sociální situace. Obě hospitalizace byly dobrovolné.

5.3.4.1 Výtvarná tvorba

Den hospitalizace: 8.

Téma: Příjemné místo (příloha F, obrázek č. 5)

Technika: kresba

Cíl: odpoutání od negativních prožitků (bolest, úzkost), uvolnění psychického napětí, uvolnění spasticity, rehabilitace kognitivních funkcí, rozvoj představivosti a fantazie, prožitek pozitivní zkušenosti

Organizace: práce ve skupině

Prostředí: místnost pro skupinovou psychoterapii

Materiál a pomůcky: CD přehrávač, karimatky, čtvrtky A3, A4, křídy, voskovky

Motivace a popis činnosti: 10 - 15 min. volný rozhovor na téma pozitivní a negativní vlastnosti strachu a úzkosti, způsoby reakcí na zvládání zátěžové situace (aktivní, pasivní). Pacienti se vyjadřovali k vlastním strategiím, povídali o tom, co jim pomáhá zmírnit napětí, odpoutat pozornost od negativních prožitků. Povídali jsme si o místech, kde se pacienti cítí příjemně a bezpečně a kam by se mohli uchýlit v případě, že se necítí dobře.

První část: (20 min.) autogenní trénink s bezpečnou imaginací příjemného místa, které se pacienti pokoušeli vnímat všemi smysly. Mohlo se jednat o místo skutečné, které znali nebo smýšlené. Druhá část: (30 min.) pomocí výtvarných materiálů ztvárnit místo, které si při poslechu hudby a mluveném slově vybavovali či představovali. Třetí část: prostor pro vyjádření skupiny (20 min).

Interpretace

Vzhledem ke speciálním potřebám pacienta jsem hned v začátku hospitalizace dojednala návštěvu v Hradeckém centru pro osoby se sluchovým postižením k zápůjčce sluchadla. Ostatním pacientům ve skupině jsem sdělila omezení, která onemocnění Jiřímu přináší a jakým způsobem mu je společně pomůžeme překonat. S pacientem jsme se domluvili, že v případě neporozumění a potřebě odpočinku mi tuto informaci sdělí. Zpočátku naslouchal poznatkům a zkušenostem ostatních, do diskuse se aktivně nezapojoval a na konci motivační části sdělil, že rád chodí do přírody a fotografuje, a

tím zmírňuje napětí. Autogenní trénink je zařazen v běžném programu pro pacienty a nebyl pro pacienta tedy neznámou relaxační technikou. Přestože Jiří obvykle volil polohu vleže na zádech nebo stabilizované poloze, pro větší bolesti zad se rozhodl pro sezení v židli. Využila jsem dostupné rehabilitační pomůcky. Pomocí sedacího kruhu s otvorem a polštářkem s kuličkami se podařilo zmírnit bolest bederní páteře na minimum.

Pracovní plochu jsem upravila tak, aby měl Jiří pro jeho práci dostatek místa a zároveň zůstal součástí skupiny. Spasticita dominantní horní končetiny mívá za následek nadměrný přítlak na používaný výtvarný materiál. Protože jsem nechtěla, aby při tvorbě Jiří zažil pocit neúspěchu, jelikož jsou křídy křehké a snadno lomivé, zvolila jsem silné voskové barvy. Zpočátku dominovaly pohyby celé horní končetiny a následkem uvolnění se zúžily na pohyb předloktí a zápěstí. Využil celé plochy i spektra barev. Na obrázku ztvárnil les, kam velmi rád jezdíval s matkou. Již několik let tam nebyl a rád by se tam zase podíval. Černý mrak může znázorňovat momentální nemožnost realizace z důvodu nadměrné únavy a špatné nálady. Po celou dobu aktivity Jiří však udržel pozornost a nestěžoval si na únavu. Od ostatních pacientů dostal pozitivní zpětné vazby a podporu, sám se snažil dávat zpětné vazby ostatním ve smyslu líbivosti ostatních obrázků. Došlo k uvolnění spasticity a psychické tenze, podpoře komunikačních dovedností, rozvoji představivosti, reflexi pocitů a zkušenosti, zlepšení pozornosti, snížení únavy, snížení intenzity bolesti.

Den hospitalizace: 17.
Téma: Nemocný strom (příloha F, obrázek č. 6)
Technika: práce s keramickou hlínou
Cíl: uvolnění spasticity, uvolnění psychického napětí, podpora sebevnímání skrze somaticko - taktilně haptický prožitek, rehabilitace jemné motoriky, posílení sebepřijetí, poskytnutí reálného pohledu na nemoc
Organizace: individuální práce
Prostředí: ateliér arteterapie
Materiál, pomůcky: keramická hlína (šedý jíl), miska s vodou, podložka
Motivace a popis činnosti: povídání o rostlinách, o vlastnostech i nemocech rostlin

(10 min.), seznámení s keramickou hlínou (10 min)
Pomocí rukou nikoliv dalších pomůcek ztvárnit nemocný strom (30 min.), prostor pro vyjádření (10 min.)

Interpretace

Polohu vsedě jsem upravila pomocí rehabilitačních pomůcek jako při předchozí aktivitě. Téma rostliny Jiřího oslovilo, hovořil o svých zkušenostech a vzpomínal na zaměstnání.

Zpočátku byl Jiří k materiálu nedůvěřivý. Ohřála jsem kus keramické hlíny ve své dlani a dala ho do dlaně pacientovi. Spontánně ho začal mačkat, což mu bylo příjemné. Zkoušel, co všechno se dá s keramickou hlínou dělat pouze rukama bez dalších výtvarných pomůcek – trhal ji, hnětl, válel, tvaroval. Již při této práci docházelo k uvolňování spasticity horních končetin. Se zadaným tématem si pacient dobře poradil. Využil všechny vyzkoušené možnosti, které do výtvoru zakomponoval a procvičil tak jemnou motoriku. Na první pohled je vidět, že jeho nemocný strom má přerušený kořenový systém, porušenou kůru a nemocné plody. Jiří říká: „můj strom je celý nemocný.“ Na otázku, jak můžeme pomoci nemocnému stromu, odpověděl: „na nemocné stromy účinkuje chemie, ale tento má nemocné i plody. Vidíte, tento plod je nezralý a puknul, a s tím už nic dělat nejde.“ Tím můžeme vysvětlit porušení kořenů zásobující strom živinami a energií jako porušení centrální nervové soustavy, na první pohled viditelné poškození kůry na kmeni stromu jako nápadné tělesné postižení a poškození plodu jako nevratnost postižení.

Závěr sezení jsme věnovali povídání na téma: co udělat pro nemocný strom, aby žil spokojenější život? Jiří začal vyprávět o tom, že tento nemocný strom nesmí zůstat sám. Nejlépe by mu bylo v aleji. Na otázku, zda by se lépe cítil v aleji zdravých urostlých stromů nebo podobně nemocných, pacient odpovídá: „mezi zdravými by se cítil méněcenný.“ Následně si uvědomil, že v podobě nemocného stromu ztvárnil sebe, a že se velmi rád setkává s kamarády ze Svazu tělesně postižených. Jiří byl velmi rád za novou zkušenost práce s jiným materiálem. Práce ho přes počáteční nedůvěru

k materiálu ho práce bavila, cítil se uvolněnější a měl lepší náladu. S jeho tvorbou byl spokojený.

Den hospitalizace: 34

Téma: Společný dům (příloha F, obrázek č. 7)

Technika: kooperativní kresba

Cíl: rehabilitace kognitivních funkcí, spolupráce ve skupině, posílení vzájemné komunikace a naslouchání druhým, podpora upevnění vztahů ve skupině, poznání vlastních možností, podpora integrace a socializace

Organizace: skupinová společná práce

Prostředí: ateliér arteterapie

Materiál, pomůcky: velký arch balicího papíru, pastelky, voskovky

Motivace a popis činnosti: rozehřívací hra (15 min.) – Poznej lépe toho druhého a představ jej ostatním. Úkolem bylo utvořit dvojice a během 3 minut říci: zajímavost o sobě, co mě baví a co mám rád. Po té naopak naslouchat partnerovi a následně představit druhého z dvojice ostatním z kolektivu. Představit si sdílení společného domu a vyjádření formou kresby (30 - 40 min.), prostor pro vyjádření (15 min.)

Interpretace

V rámci rozehřívací hry utvořil Jiří dvojici s novou spolupacientkou. Během představování si pomáhal gesty a hovořil o svých zálibách - květiny, fotografování, procházky lesem, modelaření, sledování sportovních utkání v televizi. Neopomněl říci, že býval dobrý ve stolním tenise. Sám si pamatoval většinu informací, které mu sdělila spolupacientka a s dostatkem času vzhledem k dysartrii je referoval ostatním.

Sám navrhoval, zda by se obrázek nemohl kreslit na podlaze, kde bude mít více prostoru k pohybu vzhledem ke svému postižení. Spolupacienty byla jeho potřeba akceptována. Zapojoval se do společné diskuze o návrhu domku. Byl vyzván spolupacienty, aby nakreslil konstrukci domu. Zpočátku se velmi ostýchal, aby něco nepokazil a zavděčil se všem. Avšak byl doslova vyburcován ostatními členy skupiny. Využil pastelky a zaplnil pouze polovinu plochy, což mnohé spolupacienty zaskočilo. Na otázku týkající se nevyužitého prostoru odpověděl: „Tam bude pro všechny kousek

přírody.“ Zatímco Jiří s novou spolupacientkou Petrou diskutovali o návrhu zahrady, ostatní se domlouvali na interiéru domu a začali tvořit místnosti. Petra pohotově vstoupila do diskuse a navrhla, že by měl mít Jiří pokoj v přízemí kvůli jeho postižení. Ostatní souhlasili a navrhli jeho pokoj s průchodem do společné kuchyně, koupelny a s výhledem na zahradu, který mu také výtvarně ztvárnili a imaginárně darovali vzhledem k jeho neutěšené sociální situaci. Atmosféra ve skupině byla klidná a uvolněná. Jiří si na začátku činnosti řekl o svoji potřebu, což hodnotím jako velký pokrok. Podařilo se mu navázat kontakt s novou spolupacientkou. Jinak patřil spíše do submisivní části skupiny, ač se snažil s ostatními komunikovat a naslouchat druhým, jak si představují zahradu a co by v ní chtěli. Na imaginární dárek v podobě nového pokoje reagoval pláčem a slovy: „Je mi líto, že venku nejsou lidi tak hodní.“ Velmi ocenil práci ostatních v pozitivních zpětných vazbách, došlo k navození pocitům důvěry a vytvoření sociální podpory od skupiny, která mu přislíbila pomoc. Společné dílo bylo pojmenováno „Dům bezpečí“.

Během hospitalizace došlo k přidělení sociálního bytu a ostatní pacienti mu opravdu podali pomocnou ruku a pomohli odstěhovat nejdůležitější věci z bytu původního. Po ukončení hospitalizace měl Jiří již stabilní bydlení. S některými pacienty udržuje Jiří kontakt a schází se s nimi na kávu.

Den hospitalizace: 45.
Téma: Skupinová mandala (příloha F, obrázek č. 8)
Technika: práce s přírodninami
Cíl: aktivizace, rehabilitace jemné a hrubé motoriky, trénink pozornosti, rozvoj tvořivosti a fantazie, posílení komunikace a kooperace ve skupině, pocit sounáležitosti, posílení sebevědomí
Organizace: skupinová společná práce
Prostředí: okolí kliniky, přilehlý park
Materiál, pomůcky: balicí papír, fixy, dostupné přírodniny – rostliny, kamínky, větvičky, plodiny, ptačí pírka
Motivace a popis činnosti: povídání o původu a významu mandaly, uvedení příkladů, kde se s mandalou můžeme setkat napříč kulturami a náboženstvími, ukázka

vybarvených předloh mandal, kterým se pacienti věnují ve volném čase, uvedení možností vytváření mandal (10 min.).

Vlastní vytváření skupinové mandaly (30 - 40 min.), kdy pacienti nasbírají různé druhy přírodních materiálů. Prostor pro vyjádření (10 – 15 min.)

Interpretace

Na začátku aktivity jsem s ohledem na Jiřího postižení nabídla možnost nasbírání plodin venku s pokračováním vlastní tvorby na oddělení. Jiří si chtěl celou aktivitu užít venku se slovy: „mám rád vůni trávy, tak si do ní sednu a budu pracovat“. Aktivně se zapojil do rozhovoru s ostatními spolupacienty a podílel se na vytváření plánu. Sám se nabídl, že nasbírá kamínky na obvod kruhu, s čímž všichni souhlasili. Základ mandaly vystavěl dle jeho přání v kleče a sedě na zemi sám, a to na arch balicího papíru bez pomoci předkreslené kruhové šablony. Ostatní pacienti přinesli listy, šišky a větvičky, které využili na tvorbu pravidelných geometrických obrazců. Jiří objevil kvetoucí sedmikrásky, které natrhal a předal spolupacientce k dozdobení mandaly. Úkolem všech na závěr bylo mandalu pojmenovat na základě pocitů, které v pacientech vyvolávala. Mandala byla nakonec nazvána „Oáza klidu a harmonie“.

Jiří se již setkal s vybarvováním mandal a velmi si pochvaloval novou zkušenost s přírodními materiály, které má rád a možnostmi jejich využití. S výsledkem společné práce byl spokojen, práce ho bavila, cítil se uvolněněji a posílen energií. Pochvaloval si menší intenzitu bolesti.

5.3.5 Kazuistika č. 2

Petr (37 let) - Paranoidní schizofrenie

Petr pochází z neúplné rodiny. Rodiče se rozvedli v jeho 12. letech. Otec se léčí na psychiatrii pro schizoafektivní poruchu. Matka se léčí s vysokým krevním tlakem. Vyrůstal jako jedináček s matkou a babičkou.

Na základní škole měl kázeňské problémy, v 8. třídě hodnocen dvojkou z chování za záškoláctví a výtržnosti. Po té nastoupil na střední odborné učiliště, obor truhlář. Během studia se chytl party a začal pít, experimentovat s drogami a chodit za školu. Vyzkoušel marihuanu, hašiš a lysohlávky. Nepravidelně užíval intranasálně pervitin. Studium nedokončil. Vztahy měl pouze krátkodobé, nyní má přítelkyni 2 měsíce.

Rok pracoval u stavební firmy jako dělník, dostal výpověď za opakované porušování pracovní kázně. Po té byl veden na Úřadě práce. Během této doby se začal léčit na psychiatrii pro nadměrné výkyvy nálad a úzkostné stavy, které začal řešit alkoholem a benzodiazepiny. V roce 2002 byl poprvé hospitalizován na uzavřeném oddělení s diagnózou: Škodlivé užívání psychoaktivních látek u emočně nestabilní poruchy osobnosti. Hospitalizace trvala 36 dní, po té byl Petr propuštěn do ambulantní péče, kam docházel pravidelně.

Po úmrtí babičky v roce 2007, s kterou měl pěkný vztah, se jeho stav zhoršil. Slýchával její hlas, který k němu promlouval velmi kriticky. Občas za ním přišla, zjevovala se mu a hrozila prstem. Začal mít strach, že je sledován a „jde“ po něm tajná vesmírná služba. Začal mít také nadpřirozené schopnosti, viděl do daleké budoucnosti a četl lidem myšlenky. Dle lékařské zprávy se jednoznačně jednalo o sluchově verbální a vizuální halucinace, a také o paranoidně perzekuční a extrapotenční blud. Od roku 2008 se léčí s diagnózou: Paranoidní schizofrenie a užívá antipsychotika. Má invalidní důchod III. stupně a žije s matkou v bytě.

Na doporučení ambulantního psychiatra se dostavil pro zhoršení psychických obtíží k hospitalizaci. Petr však dle jeho slov neměl v plánu přijít, ale poslechl pana doktora. Dle parere má mesiášské sklony a musí ještě něco dokázat. Má nutkavý pocit, že bude válka. Samozřejmě by raději zařizoval obyčejné věci jako je stavba domu, založení rodiny, snížení hmotnosti, přestat kouřit atd. Také viděl americkou zpěvačku, která o něm zpívala, ale na konci písničky zazpívala, že je vše omyl. Vnímá totiž rozdíl v zaměření satelitních družic, které ho sledují. Nemá však problém s americkou družicí, protože chtějí udělat show. Táta byl policista. Myslel, že má napíchnutý telefon. Také má geniální schopnosti zabývat se statistikou. Přihlásil se do soutěže Pekelná výzva, což je odnož prof. Grigara od astrologů a věřících. Je to soutěž, kde se zabývají předvídáním, chtěl by to dokázat bez finanční odměny. Předvídá budoucnost, když uspěje, dobře spí. Má přítelkyni, která mu permanentně lže. Finančně je zajištěný, otec vyhrál v loterii. Diví se, že je dítě jeho rodičů. Někdy slyší hlasy, je jich několik, mužské i ženské, nejsou mu nepříjemné. Dle informací od matky, pacient v poslední době neužíval pravidelně léky.

Pacient je lehce zanedbaný. Tělesná proporcionalita je v pásmu obezity 1. stupně. Je plně pohyblivý, bez poruch smyslového vnímání. V oblasti psychiky je myšlení roztříštěné, emotivita oploštělá a je přítomna spontánní bludná produkce. Halucinace popírá. V kontaktu je nedůvěřivý, nastražený, úzkostný a sociálně stažený.

Dobrovolná hospitalizace na akutním uzavřeném oddělení trvala 29 dní, po zaléčení a stabilizaci zdravotního stavu byl Petr propuštěn do ambulantní péče a z důvodu potřebné sociální rehabilitace bude docházet do Spolku Péče o duševní zdraví, kde se byl se sociální pracovnicí za pobytu na klinice podívat.

5.3.5.1 Výtvarná tvorba

Den hospitalizace: 9.

Téma: volné (příloha G, obrázek č. 9)

Technika: spontánní kresba

Cíl: aktivizace, uvolnění, posílení komunikace a sebevyjádření, podpora navázání sociálních vztahů ve skupině

Organizace: práce ve skupině

Prostředí: společenská místnost na uzavřeném oddělení

Materiál, pomůcky: čtvrtky A3, A4, pastelky, tužky, fixy, vodové barvy

Motivace a popis činnosti: na začátku jsem upozornila skupinu pacientů na to, že je činnost dobrovolná a kdo chce, může se zúčastnit a zvolit si jakýkoliv materiál a tvořit, co ho zrovna napadne (45 min.)

Interpretace

Petr nedůvěřivě z povzdálí pozoroval dění na společenské místnosti a počínající aktivitu ostatních pacientů u velkého stolu. Byl lehce tenzní a úzkostný. Vzhledem k jeho nastraženosti a předpokládané obavě jít mezi spolupacienty jsem přemístila materiál na samostatný stůl v jiné části místnosti. Petr si po chvíli vzal čtvrtku A4 a tužku, posadil se do rohu na zem a začal kreslit. Nabízené možnosti výtvarné tvorby odmítá, což souvisí s akutní fází onemocnění. Nechala jsem ho tedy o samotě tvořit. Během činnosti se několikrát šel projít po chodbě. Obrázek, zejména jeho horní část je kreslena v několika vrstvách. Je patrná značná dynamika a vložená energie, chybí barvy, což může být vyjádřením nejen vnitřního neklidu a strachu, ale zejména nedůvěry. Petr odmítl obrázek vlastními slovy popsat, ale působil výrazně klidněji. Na základě diagnózy lze uvažovat, zda ve středu formátu není znázorněný sám pacient, který je ovládán vnějšími silami (při přijetí popisuje pocity ovládání na dálku vesmírnou družicí, tajnou vesmírnou službou). Horní část obrázku je oproti dolní výrazně přeplněna. V oblasti hlavy můžeme cítit přemíru napětí. Výraz v obličeji je ustrašený a může vyjadřovat nemožnost úniku a volání o pomoc. Obrázek byl předán arteterapeutce ke zvážení odborné terapeutické intervence.

Den hospitalizace: 16.

Téma: Co nosím v hlavě (příloha G, obrázek č. 10)

Technika: koláž

Cíl: redukce psychické tenze, podpora sebevyjádření, posílení komunikace, aktivizace

Organizace: individuální práce

Prostředí: ateliér arteterapie

Materiál, pomůcky: čtvrtky A3, noviny a časopisy, nůžky, lepidlo, pastelky, fixy

Motivace a popis činnosti: pomocí vystihujících obrázků, případně nadpisů vybraných z novin a časopisů jakkoli se dotýkající situací v životě – oblíbené, nahánějící strach, vzbuzující naštvání apod. vytvořit koláž. Možností je i využití vpisování textů a dokreslování obrázků. (30 - 40 min.). Prostor k vyjádření (10 - 15 min.)

Interpretace

Individuální práci jsem zvolila po domluvě s ošetřovatelským týmem z důvodu neadekvátního chování některých pacientů k Petrovi. Petr byl zpočátku nejistý, úzkostný a lehce nedůvěřivý. Nabídla jsem mu veškeré pomůcky. Zmínil obavy z použití nůžek, ale nechtěl sdělit důvod. Jelikož hrozilo potenciální riziko ublížení sobě či okolí, chtěla jsem činnost ukončit a pacienta odvést zpět na oddělení. Petr sdělil, že má pocit velmi malé svalové síly, cítí silné vnitřní chvění a má obavy, že nůžky neudrží. Patrný byl i mírný třes rukou. Pochválila jsem ho za sdělení své potřeby a k usnadnění práce jsem zvolila možnost vytrhávání obrázků. Činnost Petra bavila. Působil uvolněněji, s nadšením si prohlížel časopisy a pečlivě vytrhával obrázky. Jeho tvorbu popsal následovně: „Uvnitř hlavy mám fotoaparát s baterkou. Dívám se na svět skrz hledáček, ale zároveň mám pocity sledování, ovládání z vesmíru a někdy velkého strachu. Lupa mi připomíná mládí, občas jsem kradl, abych měl za co pít. To byly hrozný časy. Mám rád klid, přírodu a jídlo. Chtěl bych mít vlastní dům a šťastnou rodinu, jet k moři a umět relaxovat. Proč nemůžu žít normálně jako lidi tam venku? Čas letí, ještě mám splnit významný úkol, o kterém nemůžu mluvit. Týká se všech lidí na Zemi. Jsem hodně nedochvilný a nevím, jestli to stihnu.“ Míša Kulička vyjadřuje pěkné vzpomínky na dětství a chvíle strávené s babičkou. Petr se mnou bezostyšně komunikoval, dokázal vyjádřit myšlenky i pocity. Po ukončení činnosti se cítil klidnější

a vyjádřil ke mně svoji důvěru, což vzhledem k původní motivaci volby tématu splnilo cíl. Petr tak mohl zažít pozitivní vztahovou zkušenost v jinak pro něj ohrožujícím prostředí, kterou má možnost přenést i do dalších vztahů.

Den hospitalizace: 24., 26. (příloha G, obrázek č. 11)
Téma: volné
Technika: malba na sklo
Cíl: uvolnění emočního napětí, rozvoj kreativity a výtvarných dovedností, aktivizace a posílení motivace k smysluplné činnosti, navázání vztahů ve skupině
Organizace: práce ve skupině
Prostředí: ateliér arteterapie
Materiál, pomůcky: alkoholová dezinfekce na odmaštění skla, barvy na sklo, temperové barvy, menší ploché štětce, miska s vodou, nádobky na míchání barev, papírové utěrky, hladké a čiré sklo (sklenice, lékovky, skleněné tabulky)
Motivace a popis činnosti: seznámení s technikou, upozornění na nesavost materiálu a fixaci teplem pouze u silnostěnného skla, ukázka výrobků spolupacientů, praktická ukázka (10 min.). Vlastní činnost (45 min.).

Interpretace

Petr byl klidný se zájmem o činnost, lehce nedůvěřivý ve vlastní zručnost. Vybral si skleněnou vázu, která měla ploché strany, tudíž byla lépe uchopitelná. Z důvodu nepříliš silného skla jsem Petrovi vysvětlila, že fixace barev nemůže proběhnout teplem v troubě, ale nechá se klasicky zaschnout. Domluvili jsme se tedy na rozdělení práce do dvou dnů s tím, že si vždy vymaluje jednu plochu vázy. Používáme barvy ředěné vodou, nikoliv ředidlem či lihem z bezpečnostních důvodů. Na výrazné kontury zvolil černou barvu na sklo, výplně tvořil temperovými barvami. Pracoval trpělivě a s rozvahou. Činnost ho bavila a těšil se na dokončení svého výrobku. Při dalším setkání nebyl Petr dobře naladěn, protože se dověděl, že již bude propuštěn. Začalo se mu na oddělení líbit, našel si kamarády a byl rád za aktivity, které pro pacienty připravujeme. Provedla jsem podpůrný pohovor s Petrem a motivovala ho k dokončení barevné vázy, kterou může za symbolický poplatek koupit matce. Po dobu dotváření výrobku jsem telefonicky kontaktovala vedoucího lékaře a sdělila mu Petrovy

pocity. Navrhla jsem možnost vhodnosti pokračování po ukončení pobytu v rámci sociální rehabilitace ve spolku Péče o duševní zdraví. Vedoucí lékař souhlasil a kontaktoval sociální pracovnici, ta mi obratem sdělila, že se následující den pojedou do organizace podívat. Petr dokončil vázu s dobrým pocitem, že ji doveze matce jako dárek a cítil radost z vlastní tvorby. Bylo dosaženo zažití pocitu úspěchu a tím došlo i k uvolnění napětí. Největší radost měl Petr z informace, že bude moci po propuštění tvořit dál a má možnost seznámí se s novými lidmi. Rád by se věnoval výtvarné tvorbě i ve volném čase v domácím prostředí.

5.3.6 Kazuistika č. 3

Libuše (62 let) – Středně těžká depresivní fáze

Libuše vyrůstala jako prostřední ze tří sester v rodinném domě. Na dětství vzpomíná docela ráda. Rodiče se rozvedli v jejich 15. letech. Otec onemocněl a matka začala pít. Vztah s rodiči měla pěkný, ale když se matka opila, bila ji i sestry. Odstěhovala se k babičce. Otec zemřel v 53. letech na cirhózu jater po těžké žloutence a matka v 63. letech na srdeční selhání.

Nejstarší sestra je imobilní po úrazu páteře a míchy v důsledku autonehody (2006), které byla účastníkem i Libuše. U pacientky došlo k úrazu oka a následně k rozvoji poúrazového glaukomu, který byl řešen nejdříve farmakologicky, a po té i chirurgickou cestou. Vzhledem ke glaukomové atrofii zrakového nervu byla diagnostikována oboustranná střední slabozrakost. Libuše má brýlovou korekci a k drobné práci do blízka používá lupu. Dle pacientky vidí částečně rozostřeně, má potřebu větší světelné intenzity, pak lépe rozeznává barvy. Vlivem úrazu také došlo k poškození periferních nervů v oblasti páteře. Chronické bolesti jsou redukovány opiátovými náplastmi. Libuše je zcela mobilní. Nejmladší sestra se intoxikovala plynem v rámci suicidia pro neshody v manželství. Libuše má dceru a syna. Dcera začíná veřejně pít.

Základní školu absolvovala bez kázeňských problémů. Učila se průměrně, šikanována nebyla. Chtěla se vyučit švadlenou, ale do učení nenastoupila. Pracovala od 16. let jako dělnice a pomocná síla v kuchyni. Po autonehodě měla invalidní důchod III. stupně. Nyní je ve starobním důchodu.

Prvního partnera si našla v 17. letech, s kterým je dosud. Bydlí v rodinném domě. Dříve bydleli společně s tchánem, který pil a tchýní, která byla nesnášenlivá. Manželství je 45 let neuspokojivé pro nadměrnou žárlivost ze strany manžela, chladný vztah k dětem a jeho kladný vztah k alkoholu. Libuše je dlouhodobě psychicky týraná.

V roce 2002 v rámci sebevražedného pokusu užila větší množství hypnotik, manžel ji přinutil vyzvracet je, takže odbornou pomoc nevyhledala.

Nyní již nemůže ve vztahu setrvávat, poslední 2 týdny bydlela u kamarádky. Cítí se jako ve vězení. Manžel jí zakazuje prát a vařit, chodit na WC, navštěvovat děti a vnoučata. Obviňuje ji z nevěr, neustále jí vulgárně nadává a ponižuje. Musela močit na kbelík, mýt se na zahradě hadicí, prosit o vpuštění do domu atd. Cítí k manželovi nenávist. Poslední 2 roky má samostatný pokoj.

Ráda se věnuje domácím pracím, práci na zahradě, skládání básní. Chybí jí přítomnost lidí. Nyní nemá o nic zájem, nic ji nebaví, často se dívá do prázdna. Nemá se z čeho radovat. Cítí se bezradná, má obavy z budoucnosti. Trápí ji únava, nesoustředěnost, tíseň na hrudi, vnitřní třes, hůře spí, nemá chuť k jídlu. Občas má potíže s hučením a pískáním v uších tzv. tinnitem, jehož intenzita se v závislosti na psychické zátěži mění.

Libuše přišla na doporučení ambulantního psychiatra k první hospitalizaci na otevřené oddělení, kde pobyla 52 dní. Z psychofarmak užívala antidepresiva, anxiolytika a dočasně hypnotika. Během dobrovolného pobytu podala žádost o rozvod a s pomocí sociální pracovnice žádosti do několika typů zařízení, které pak před ukončením hospitalizace stáhla s tím, že se vrací zpět k manželovi.

5.3.6.1 Výtvarná tvorba

Den hospitalizace: 8., 15.
Téma: volné (příloha H, obrázek č. 12, 13)
Technika: kresba
Cíl: zraková stimulace, posílení orientace v prostoru skrze kresbu, uvolnění psychického napětí, aktivizace, odpoutání od problémů, prožitek pozitivní zkušenosti
Organizace: individuální práce
Prostředí: ateliér arteterapie
Materiál a pomůcky: čtvrtka A4, fixy

Motivace a popis činnosti: povídání o zálibách, využití volného času (10 min.), úprava pracovního prostředí a vyčištění kompenzačních pomůcek (15 min.), vlastní činnost dle potřeb pacientky celkem s přestávkami na relaxaci (40 min.). Prostor k vyjádření (10 - 15 min.)

Interpretace

U pacientky se zrakovým postižením bylo důležité myslet na zásady zrakové hygieny. Jednalo se o opatření, která zajišťují ochranu před poškozením zachovaných funkcí zraku. Vzhledem k zrakovému postižení Libuše bylo při práci zapotřebí optimálních světelných podmínek, tzn. větší intenzity světla. Úpravu světelných podmínek jsem provedla tak, že jsem rozsvítila centrální osvětlení v místnosti, které je umístěno v kazetovém stropě a rozptyl světelných paprsků byl tak rovnoměrný po celé místnosti. V případě potřeby lokálního dosvícení jsem zajistila stojánkovou lampu s polohovacím ramenem a stínítkem, aby případně nedocházelo k oslňování. Místo jsem zvolila v blízkosti okna, ke kterému Libuše jakožto pravák seděla levým bokem. Z kompenzačních pomůcek měla pacientka k dispozici vlastní lupu. Aby nedošlo k únavě zraku, domluvily jsme se na 10. - 15. minutových intervalech práce prostřídanými časem na zrakovou relaxaci dle individuální potřeby. Jednalo se o změnu činnosti např. procházka v atriu kliniky nebo tzv. palming, kdy si pacientka prostřednictvím tření rukou prohřátými dlaněmi zakryla oči a odpočívala. Pracovní plochu jsem upravila tak, že jsem na stůl, který má mírně lesklý povrch, umístila tmavě béžový ubrus, aby nedocházelo k světelným odrazům, což pro pacientku bylo sice optimální, ale vzhledem k jejímu menšímu vzrůstu nebyla vhodná ergonomie týkající se výšky židle a stolu. Proto jsem improvizovala a pro pracovní plochu využila pro práci jídelní stolek k lůžku, který má tmavě hnědý matný a protiskluzný povrch, je polohovatelný co do výšky, tak do sklonu a je opatřen lištou zabezpečující stabilitu předmětů. V případě práce s textem bylo nutné myslet na optimální velikost písma a adekvátní kontrast. Tyto zásady byly uplatňovány i v následujících činnostech u této pacientky.

Ve výběru materiálů bylo důležité upřednostnit výraznější z nich. Vhodné je použití např. temperových barev, fixů a prstových barev, které může osoba se zrakovým

postižením korigovat hmatem. Nevýraznost je typická především pro akvarelové barvy a suché pastely. Navíc se těmito materiály obtížně dodržuje pevná linka, která je pro osoby se zrakovým postižením nezbytná pro orientaci v prostoru.

Prvně jsem nabídla Libuši práci s prstovými barvami, které ihned odmítla. Následně byla seznámena s keramickou hlínou, kdy jsem z ní vytvořila kouli, zahřála v dlaních a podala Libuši k prozkoumání. Nejistě do ní píchla prstem a dle její mimiky s mírným odporem rozmáčkla v dlani. Výhodou práce s keramickou hlínou je nepřetržitá možnost korekce. Vzhledem k nepříjemnému pocitu znečištění raději zvolila kresbu slabším černým fixem na čtvrtku A4. Byly dodrženy zásady zrakové hygieny a nebyla použita doplňková optika. Obrázek č. 12 a 13 v příloze H byl upraven. Snížila jsem jas o 10% z důvodu snadnějšího rozpoznání okrajů čtvrtky, a tím i přehlednějšího využití plochy. Obsahově vyjadřuje to, co má Libuše ráda. Je to práce na zahradě za příznivého slunečného počasí, vaření, cestování vlakem za kamarádkou. Ve srovnání artefaktů si na obrázku č. 12 můžeme všimnout velmi malých roztřesených kontur, což může souviset s obavou a nejistotou v prostorové orientaci v kontextu s novým neznámým prostředím. Oproti tomu na obrázku č. 13 jsou kontury větší, výraznější a vzbuzují větší jistotu v prostoru. Libuši se pracovalo dobře, cítila se uvolněná a dokázala se odpoutat od svých starostí pozitivním směrem.

Den hospitalizace: 26.
Téma: Pohádka (příloha H, obrázek č. 14)
Technika: kresba
Cíl: uvolnění emočního napětí, podpora integrace do skupiny, navázání sociálních kontaktů ve skupině, spolupráce s druhým, zraková stimulace, posílení orientace v prostoru skrze kresbu, posílení sebereflexe, sebehodnoty a sebepřijetí
Organizace: práce ve skupině
Prostředí: ateliér arteterapie
Materiál, pomůcky: čtvrtky A3, A4, pastelky, fixy, voskovky, noviny, časopisy, lepidlo
Motivace a popis činnosti: úprava prostředí (10 min.), rozehřívačka (15 min.) – ve dvojicích sepsat co nejvíce názvů pohádek, hádání slavných pohádkových hlášek.

Vlastní činnost – nakreslit či formou koláže znázornit oblíbenou pohádku či pohádkový příběh s dodržením zásad zrakové hygieny (50 min.). Prostor pro vyjádření (15 min.).

Interpretace

V rozehřívací části skupiny si vedla Libuše pohotově, vymýšlela názvy pohádek a spolupacientka je zapisovala. V hádání byla rychlá a zjevně měla o pohádkách přehled. Pochválila jsem pacientky za rychlost, aktivitu a soutěživost. O vlastní činnosti měla hned jasno. Byla dodržena zraková hygiena. Doplňkovou optiku nevyužila. Tvořila se zaujetím. Artefakt znázorňuje pohádku O Červené Karkulce. Černý fix zvolila, protože necítila přístup k barvám. To může souviset s depresivním laděním, nejistou budoucností a bezradností vzhledem k vlastní situaci. Lze však uvažovat také v kontextu se zrakovým postižením. Výrazná černá barva jí mohla pomoci vidět kontury tvarů, a tedy zlepšovat prostorovou orientaci. Prostor artefaktu je zcela využit a zaplněn ve srovnání s předchozími artefakty (příloha H, obr. č. 12, 13). Lze uvažovat nad absencí strachu z pohybu v prostoru a tedy na dobrý průběh adaptace v novém prostředí. Obsahově tvorba odpovídá situaci pacientky. Artefakt pravděpodobně konkrétně vyjadřuje moment, kdy se Karkulka blíží s košíčkem dobrot k babičce, kde již čeká vlk, aby ji sežral. Karkulka (pacientka) v předchozí fázi potkává vlka (manžela), kterému plně důvěřuje, ale vlk s Karkulkou manipuluje tak dlouho až se nakonec stane jeho obětí. Z obrázku je patrné, že Karkulka je stále ještě na cestě a může si vybrat, kterou cestou se bude ubírat. Možnosti jsou dvě. Buď půjde do chaloupky, kde již čeká namlsaný vlk, aby si svoji Karkulku vychutnal, nebo se vydá bezpečnějším směrem. Pacientka popisuje obrázek slovy: „Karkulka byla moje oblíbená pohádka v dětství, proto jsem si ji vybrala. Měla jsem moc ráda svoji babičku, která mě vzala pod ochranná křídla. Už je to dávno, co zemřela. Chybí mi.“ Když jsme si o této pohádce ve skupině povídali, ostatní pacienty zajímalo, kde je vlk. Postupně ze zpětných vazeb spolupacientů si pacientka uvědomovala, že v chaloupce není bezpečno. Zde jsem si všímala vyjádření sociální podpory. Libuše se cítila úzkostná, unavená a rozbolavělá. V počátku činnosti došlo k uvolnění napětí, ale jakmile bylo dosaženo sebereflexe, zvýšila se intenzita úzkosti, kterou se pomocí dechové relaxace podařilo zmírnit. Pacientku jsem pochválila za odvahu. Několik dní po té v návaznosti na skupinovou

psychoterapii a po konzultaci se sociální pracovnicí navštívila občanskou poradnu a zajistila si podklady žádosti o rozvod.

Den hospitalizace: 37., 45., 51.
Téma: volné (příloha H, obrázek 15)
Technika: práce s keramickou hlínou
Cíl: uvolnění emočního napětí, zraková a hmatová stimulace, podpora trojdimenzionálního vnímání, posílení sebedůvěry, pocit sounáležitosti se skupinou, podpora integrace
Organizace: práce ve skupině
Prostředí: ateliér arteterapie
Materiál a pomůcky: podložka, keramická hlína (šedý jíl), miska s vodou, dřevěný váleček, mycí houbičky
Motivace a popis činnosti: motivací byli Libuši spolupacienti, kteří se zaujetím vyprávěli zážitky a prožitky s novou zkušeností v práci s keramickou hlínou. Libuše mě sama oslovila s prosbou, zda by práci s hlínou přeci jen nemohla vyzkoušet. Vlastní činnost spočívala ve svobodné volbě rozhodnutí (30 min.).

Interpretace

Proběhla úprava pracovního prostředí s tím rozdílem, že pacientka pracovala na vodorovné desce. Zásady zrakové hygieny byly po celou dobu práce dodrženy. Libuše používala svoji klasickou lupu k dotváření detailů, která jí vyhovovala. V tomto případě by však byla praktičtější stojánková lupa. Vlastní činnost spočívala opět se seznámením s materiálem. Vzala jsem množství hlíny, které se mi vešlo do dlaní, a zahřála. Podala jsem ho Libuši a vybídla jsem ji, aby vyzkoušela všechno, co ji napadá, aby s hlínou vyzkoušela. Zpočátku ji nejistě mačkala v jedné ruce, po té ji zmáčkla tak silně, že jí proklouzávala mezi prsty. Vzpomněla si na to, jak si stejně tak hrála s těstem na perníky, když byla malá a pomáhala babičce péct. V tu chvíli se cítila příjemně a uvolněně. Dále zkoušela s keramickou hlínou hnětení, válení rukama, válení válečkem, trhání. Spontánně začala tvořit hlavu a dávat jí výraz. Za hospitalizace vznikly celkem tři artefakty (v příloze jsou očíslovány). Když je porovnáme z hlediska časové linie, je poslední artefakt nejvíce propracovaný. To může souviset s menšími obavami a větší

sebejistotou. Všechny artefakty mají společný velký důraz na oči a uši, které jsou výrazné a nápadně velké. Můžeme uvažovat nad kontexty týkající se zrakového postižení a potíží s tinnitem. Libuše si práci s keramickou hlínou oblíbila, protože jí vždy připomněla hezké chvíle s babičkou. Došlo k znovuprožití pozitivní zkušenosti.

Vlastní výrobek dle velikosti zasychá cca 14 dní. Výpal keramiky byl proveden pouze jednou v elektrické peci při teplotě 990 stupňů Celsia. Vznikl tzv. střep, který je na povrchu tvrdý, hrubý a porézní. Druhý výpal se dělá s glazurou při vyšší teplotě, a to při 1200 stupňů Celsia. V tomto případě k druhému výpalu nedošlo, protože nátěr glazury by překryl plastické vrypy, které artefaktu dodávaly jeho jedinečnou podobu.

5.3.7 Kazuistika č. 4

Anna (72 let) – Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem

Anna vyrůstala v úplné rodině. Otec zemřel na chronické srdeční selhání, měl demenci. Matka zemřela stářím. Pochází ze čtyř sourozenců. Bratr spáchal sebevraždu, obě sestry již nežijí. Sama se léčí s hypertenzí a hypercholesterolémií. Presbyopie (vetchozrakost) je kompenzována brýlemi. Je lehce nedoslýchavá na levé ucho, bez kompenzace.

Vyučila se švadlenou a dodělala si maturitu na ekonomické škole. Pracovala jako úřednice. Byla vdaná, manžel zemřel před 6 lety. Měla dvě děti. Dcera je zdravá. Syn zemřel ve 44. letech na onkologické onemocnění.

Dříve se zajímala o pěstitelství okrasných rostlin zejména orchidejí, četla a chodila se psem na procházky.

Bydlí sama v bytě v 5. patře s výtahem. Navštěvuje ji dcera, která jí pomáhá s domácími pracemi a sebepéčí. Postupné zhoršování stavu trvá od jara roku 2015 a v posledním týdnu hodnotí situaci a zhoršení stavu matky jako neúnosné, proto se rozhodla vyhledat odbornou pomoc. I přes fyzický odpor se Annu podařilo umluvit, naložit do auta a dovést k ambulantnímu psychiatrovi. Na jehož žádost byla dopravena na psychiatrickou pohotovost pro stavy zmatenosti a agrese s paranoiou.

Dle dcery Anna opakovaně bloudí po domě i v okolí domu, není schopna trefit do svého bytu. Pohybuje se na balkóně, na který je zákaz vstupu, prořezala i bezpečnostní fólii. Naopak někdy odmítá opustit byt a fyzicky napadá dceru, která je podle Anny sobecká a zlá. Situace vygradovala tím, že v kuchyni způsobila požár. Od plynového vařiče jí vzplála utěrka. Dcera nemá možnost být s Annou 24 hodin denně, má o ni strach. Vypsala žádost do Domova se zvláštním režimem, kterou Anna opakovaně odmítá podepsat.

Anna pohlíží na situaci jako na nepravdivou a ostudnou. Vše hodnotí jako výmysl dcery, která jí dluží peníze a nejraději by ji někde umístila, aby pak mohla prodat její byt. Na žádný požár si nepamatuje. Vzpomíná, že měla letos kulaté 70. narozeniny a nikdo ji nepopřál. Opět zmiňuje dceru, za kterou všechno platí. Nejvíce ji mrzí, že vlastní dcera produkuje jednu lež za druhou.

Anna byla z důvodu ohrožování sebe a okolí hospitalizována nedobrovolně na akutním uzavřeném oddělení, kde dominovala porucha chování s paranoidně persekučními prožitky vůči dceři a akcentace osobnostních rysů. Významná dle psychologického vyšetření byla porucha krátkodobé paměti, porucha exekutivních psychických funkcí zejména v oblasti plánování, porucha flexibility myšlení a zpomalení automatických odpovědí, dále deficit pozornosti a pracovní paměti. Kognitivní výkon výrazně snižuje schopnost samostatnosti v běžných denních aktivitách (ADL). Je částečně dezorientovaná všemi směry: osobou – uvádí nepřesné datum narození, časem – uvádí nepřesně aktuální rok, místem – ví, že je v nemocnici, ale neví, ve kterém městě a na kterém oddělení. MMSE (Mini Mental State Examination) 14 bodů.

Anna byla plně mobilní s částečnou dopomocí při běžných denních aktivitách. Spolupráce byla obtížnější vzhledem ke kognitivnímu deficitu. Jednalo se o prvohospitalizaci v trvání 28 dní a následným překladem na gerontologické oddělení Psychiatrické nemocnice. Celá doba pobytu na uzavřeném oddělení byla bez souhlasu nemocné, tzn. nedobrovolná z důvodu ohrožování sebe neschopností sebepéče vlivem demence. Z psychofarmak užívala antipsychotika a nootropika. Ke zlepšení kognitivních funkcí došlo také podílem rehydratace parenterální formou. MMSE před propuštěním 16 bodů.

5.3.7.1 Výtvarná tvorba

Den hospitalizace: 11.
Téma: Roční období (příloha I., obrázek č. 16)
Technika: rekonstrukční kresba

Cíl: trénink kognitivních funkcí (paměť, řeč, prostorová orientace, pozornost), rehabilitace jemné motoriky, aktivizace, podpora sebehodnoty, posílení pocitu důstojnosti

Organizace: individuální práce

Prostředí: denní místnost uzavřeného oddělení

Materiál a pomůcky: čtvrtka A5, pastelky, lepidlo, nůžky, obrázky s různými ročními obdobími

Motivace a popis činnosti: nabídnutí a seznámení s činností, kterou budeme dělat pro radost, třídění obrázků s různými ročními obdobími (10 - 15 min.). Vzpomínání a povídání o tom, co se k danému období váže (10 min.). Podle oblíbenosti ročního období a výběru obrázku dotvořit celek artefaktu (15 min.).

Interpretace

Anna často apaticky posedávala v denní místnosti u okna. Na oslovení reagovala mírným úsměvem. Na nabídku činnosti nejistě pokývala hlavou. Zvolila jsem tedy práci v prostředí, na které byla zvyklá. Zajistila jsem Anně brýle, které neměla při sobě. Vzhledem k lehkému sluchovému postižení, ale i k poruše kognitivních funkcí jsem přizpůsobila dobu, kdy se většina pacientů účastní jiných terapií, abych docílila co nejklidnějších podmínek. Mluvila jsem pomalu a srozumitelně. Pokyny jsem zadávala po dílčích krocích. Některé informace bylo třeba zopakovat z důvodu zpomaleného psychomotorického tempa a poruchy krátkodobé paměti. Obrázky se podařilo z poloviny přiřadit správně. Zaměněny byly obrázky s jarní a podzimní tématikou. Léto a zimu přiřadila Anna správně. Povídaly jsme si o přírodě a počasí v jednotlivých ročních obdobích. Anna často „hledala“ vhodná slova. Během povídání bylo možné zachytit parafrázie fonemického charakteru: květina x světlina, neologismus: sněhulák x chrastufa. Vzpomněla si a správně pojmenovala např. slunce, listí, strom, vodu. Vybrala si obrázek s letní tématikou, který spontánně nůžkami zmenšila. Stříhání nečilo problém ve smyslu apraxie. Po té obrázek nalepila na čtvrtku. Dále spontánně pokračovala v dokreslování artefaktu, které proběhlo v rychlejším tempu. Vybrala jsem pouze přírodní odstíny barev a vyřadila barvy negativně působící. Anna si vybrala zelenou pastelku, která byla nejblíže a hned ji vyměnila za hnědou, která se jeví výraznější. Po ukončení činnosti odchází Anna na chodbu a prochází se.

Předem daný detail může pomoci s vnímáním prostoru a se začleněním detailu do kontextu, které často u osob s demencí v myšlení unikají. Na artefaktu je pozoruhodná roztřesenost tvarů a neschopnost zpracovat prostor. Můžeme si všimnout poruchy syntetického myšlení projevující se dezorganizovaným výtvarným vyjádřením. Pro porovnání jsem zařadila rekonstrukční kresbu (příloha I, obrázek č. 17) pacientky, která nemá porušeny kognitivní funkce. Tento obrázek je nápadný pečlivým a detailním zpracováním, což může souviset např. perfekcionistickými rysy nebo úzkostným prožíváním.

Den hospitalizace: 21., 27.
Téma: Moje bydliště (příloha I, obrázek č. 18)
Technika: kresba
Cíl: trénink kognitivních funkcí (paměť, řeč, prostorová orientace, pozornost), rehabilitace jemné motoriky, podpora sebehodnoty a posílení pocitu důstojnosti, stimulace kreativity, aktivizace
Organizace: individuální práce
Prostředí: denní místnost uzavřeného oddělení
Materiál a pomůcky: reminiscenční puzzle, čtvrtka A5, pastelky
Motivace a popis činnosti: nabídnutí a seznámení s aktivitou, ujištění o dobrovolnosti, složení puzzle ze čtyř a z pěti dílků (5 - 10 min.), povídání o místě bydliště (15 min.), kresba (20 min)

Interpretace

Pro práci jsem opět využila stejné místo v denní místnosti a přizpůsobila veškeré podmínky tak, jako u výše popsané činnosti. Ze starého nástěnného kalendáře jsem vybrala obrázek náměstí s radnicí města, kde Anna celý život bydlela. Rozstříhala jsem ho svisle na 4 díly a podlepila kartonem pro lepší manipulaci. Podle předlohy Anna ihned poznala, že se jedná o její rodné město a správně ho pojmenovala. Začala spontánně vyprávět o svém zaměstnání na Městském úřadu, který sídlil právě na tomto náměstí a o kamarádce, která pobývala nedaleko, a kde se věnovaly šití dámských i pánských oděvů ve volném čase. Občas si nemohla vzpomenout na slovo, tak ho vynechala nebo ho nahradila ho slovem jiného významu. Nálada měla projasněnou a

působila uvolněněji. Snažila se puzzle složit a okomentovala jej slovy: „Jak to tam tehdá bylo?“ Vybídla jsem ji, ať vezme pastelky a zkusí to nakreslit. Artefakt vznikl velmi rychle bez zaváhání. Nakonec puzzle složila. Zajímavostí bylo, že se nedívala na reálnou předlohu, ale na svůj obrázek. Annu jsem pochválila. Na obrázku si ve srovnání s obrázkem č. 16 můžeme povšimnout realistického vystižení konkrétních jevů (domy, řeka, stromy) i s popisem názvu řeky. Pro osoby s demencí je ve výtvarném projevu také časté prodlužování tvarů, které lze zaznamenat u některých z domů. 27. den hospitalizace jsem použila stejné puzzle, které se Anně podařilo složit. Měla jsem připravené puzzle s pěti dílky tentokrát rozstříhané svisle s motivem známého parku, kam jsem předpokládala, že by mohla Anna chodit venčit psa. Podle předlohy správně identifikovala park a vyprávěla o tom, jak si ráda sedla na lavičku a četla knížky. Puzzle správně složila. Anna spontánně sáhla po pastelkách a začala kreslit. Obrázek č. 19 je vyjádřením vzpomínky na příjemné chvíle odpočinku v parku na lavičce. Plocha je celá využita, zobrazuje opět více konkrétních jevů (lavička, stromy, slunce). Roztřesené tahy jsou neustále patrné. Objevuje se náznak prostorového a perspektivního vyjádření. Artefakty jsem Anně ponechala, aby ji činily i nadále potěšení. Individuální práce byla zvolena z důvodu nevhodné skladby pacientů ke skupinové práci. Anna byla toho času na oddělení jediná pacientka s demencí.

5.3.8 Kazuistika č. 5

František (78 let) – Vaskulární demence s deliriem

František vyrůstal v úplné rodině na venkově v hospodářském stavení s rodiči a mladším bratrem. Matka zemřela v 89. letech stářím, otec byl silný kuřák trpící těžkým astmatem a zemřel v 80. letech na ischemickou chorobu srdeční. Bratr zemřel v 82. letech na onkologické onemocnění. František se léčí s hypertenzí a srdeční arytmií. Smyslové vnímání je porušeno, ale kompenzováno. Presbyopie (vetchozrakost) je kompenzována brýlemi a oboustranná středně těžká nedoslýchavost závěsnými sluchadly. František byl plně mobilní. Běžné denní aktivity vykonával pod dohledem s minimální dopomocí.

Vystudoval střední zemědělskou školu. Vždy pracoval ve vedoucí pozici. Z manželství má tři děti (dva synové a jedna dcera), od nich pět vnoučat. Je 8 let vdovec, 2 roky žil sám. Od roku 2009 žije v domově pro seniory. Dle syna si v poslední době stěžuje na zvýšenou únavu. Několikrát nepoznal své blízké. Občas nesrozumitelně hovořil. Chůze někdy bývá nejistá a vrávoravá, opakovaně padá. Někdy neudrží předměty v ruce. V noci špatně spí a bloudí po chodbách. Navštěvuje také cizí pokoje.

Dříve rád pracoval na zahradě a staral se o zvířata, jeho práce mu byla koníčkem. Dodnes rád vypráví životní příběhy.

Na Psychiatrickou kliniku byl přivezen RZP pro neadekvátní chování a agresivitu. Vylezl na střechu domova, kde zmateně pobíhal a křičel o pomoc. Odmítal však pomoc personálu domova, na které verbálně i fyzicky útočil. Až posádce hasičů a záchranné pomoci se podařilo Františka ze střechy pomocí plošiny svést dolů.

Sám vidí situaci tak, že ho zavřeli v místnosti plné koček, které neustále mňoukaly. Po té mezi ně přinesli slepice, byl tam hrozný zápach a hluk. Nedávali jim najíst, ani napít. Vrchní sestra je nosila na zádech do sklepa, tam viděl obrovský sud

plný krve a na hladině plavala těla zvířat. Chtěl zpracovat maso na prodej, aby ho nezavřeli.

Dle psychiatrického vyšetření se jednalo o dementní syndrom s přítomností zrakových halucinací a paranoidně persekučních bludů projevující se inkoherentním myšlením, konfabulacemi a psychomotorickým neklidem se spastickou slabostí dolních končetin. Byl patrný kognitivní deficit a narušení exekutivních funkcí. Orientace osobou byla zachována. O datum už se dle jeho slov nezajímá a kde se nachází, neví. Po odeznění deliria během několika dní si František nevybavuje okolnosti přijetí na kliniku. Dle následného psychologického vyšetření je krátkodobá paměť porušena, myšlení, logika a zpracování informací jsou jen mírně zhoršené. MMSE 19 bodů. Z psychofarmak užíval antipsychotika a nootropika. Ke zlepšení stavu přispěla i důsledná rehydratace parenterální formou.

Jednalo se o první psychiatrickou hospitalizaci na akutní uzavřené oddělení s překladem po 7. dnech na oddělení doléčovací. Hospitalizace byla po celou dobu nedobrovolná vzhledem k ohrožování sebe a okolí vlivem demence v celkové délce 23 dní a následným předáním Františka zpět do domova pro seniory. V domově se mu líbí, má tam přátele. MMSE před propuštěním 21 bodů.

5.3.8.1 Výtvarná tvorba

Den hospitalizace: 12., 13.
Téma: Oblíbené jídlo (příloha J, obrázek č. 20)
Technika: koláž
Cíl: trénink kognitivních funkcí, rehabilitace jemné motoriky, podpora ukotvení v realitě, aktivizace, upevňování manuálních dovedností, uvědomění sebehodnoty a pocitu důstojnosti, podpora komunikace a navázání sociálních vztahů, stimulace kreativity
Organizace: práce v menší skupině
Prostředí: společenská místnost na uzavřeném oddělení

Materiál a pomůcky: sada pro kognitivní trénink - reminiscenční karty s tématem jídlo, čtvrtka A3, výstřižky z časopisů, nůžky, lepidlo

Motivace a popis činnosti: nabídnutí a seznámení s aktivitou (5 min.), ujištění o dobrovolnosti, z 10 karet vybrat pouze karty související s tématem jídlo (5 min.), povídání o různých druzích jídel, o zdravých a nezdravých potravinách, o zdravých a nezdravých způsobech přípravy pokrmů (10 - 15 min.), z výstřižků či vytrhaných stránek časopisů s danou tématikou vybrat a případně vystříhat oblíbené potraviny či jídla a nalepit je na čtvrtku (15 - 20 min.).

Interpretace

František nabídku činnosti ochotně přijal. Vždy jsem popsala dílčí věc a v případě potřeby zopakovala. Každý pacient dostal stejný počet karet. František identifikoval správně čtyři karty z pěti. Solničku si v kontextu s jídlem nespojil a vtipným tónem okomentoval: „Já nesolím.“ Tímto pobavil i ostatní pacienty. Vybral tedy to, co je pro něho známé. Zapojil se do debaty o zdravých a nezdravých potravinách. Nadšeně vyprávěl o hospodářství, které spravoval s rodiči. O tom, co obnášela práce na poli, v sadech a obstarávání dobytku a ostatních zvířat. Práce ve vlastním hospodářství ho naplňovala, proto studoval na zemědělské škole. Pak pracoval v zemědělském družstvu v kanceláři, kde zúročil své zkušenosti. Ostatní pacienti zaujatě poslouchali a různě se vyptávali. František měl radost, že vyprávění spolupacienty zajímá a velmi ochotně odpovídal. Občas zapřemýšlel nad slovy, ale ostatní pacienti ho doplnili. Diskuse ho unavila a šel si odpočinout. Práci někteří pacienti rozpracovali a někteří dokončili.

Další den jsme s Františkem a ostatními pacienty pokračovali v koláži. Drobnější obrázky si vybral již vystříhané a velké obrázky si vystřihoval sám. Byla patrná větší nejistota v pravé ruce, kterou cvičil s fyzioterapeutkou. Nabídla jsem mu možnost vytrhávání obrázků, což neverbálně odmítl. Při lepení obrázků zapojoval celou horní končetinu, pohyb vycházel z ramene. Práce ho bavila, obrázky komentoval slovy: „To bych si dal, to mám rád.“ Plocha není zcela zaplněna. Nejdříve lepil obrázky většího formátu a po té dolepoval obrázky menší. Práce ho bavila, popovídal si

s ostatními pacienty a měl radost z vlastní tvorby. Nejistota v pravé ruce nebyla na konci aktivity tak výrazná. Došlo tedy k celkovému uvolnění.

Den hospitalizace: 21.

Téma: volné (příloha J, obrázek č. 21)

Technika: práce s keramickou hlínou

Cíl: rehabilitace jemné a hrubé motoriky, uvolnění napětí, trénink kognitivních funkcí, aktivizace, rozvoj kreativity a představivosti, podpora sebevnímání skrz tělesně – hmatový prožitek, znovuprožití pozitivní zkušenosti

Organizace: samostatná práce ve skupině

Prostředí: ateliér arteterapie

Materiál a pomůcky: podložka, keramická hlína, miska s vodou, houbička, dřevěný váleček, dřevěné špachtle

Motivace a popis činnosti: rozehřívací pohybová hra s tenisovým míčkem a větším míčem a nafukovacím balónkem - skupina sedí v kruhu a jedním směrem pošle tenisový míček a druhým směrem větší míč, dále pinkají nafukovací balónek mezi sebou a nakonec si větší míč házejí přímo do rukou, odrážejí o zem či kopou s názvem zvířat (10 min.), seznámení s činností a s pomůckami (10 min.), vlastní činnost (20 - 30 min.)

Interpretace

František si vzpomněl, že jako dítě pracoval s keramickou hlínou a s vnoučaty modeloval s „nějakou“ hmotou, pravděpodobně mohl mít na mysli plastelínu. Zahřála jsem kus keramické hlíny o velikosti mé dlaně a podala ho Františkovi, aby si vyzkoušel, co všechno se s hlínou dá dělat. Avšak ihned spontánně začal modelovat hlavu a obličeji postupně dával výraz. K dotvoření použil špachtli. Po vyhotovení prvního artefaktu jsem Františka pochválila. Na základě ocenění, kterého se mu dostalo, žádal další materiál a začal vyrábět sériově. Artefakty jsou v příloze J (obrázek č. 21) očíslovány podle doby vzniku. Oba artefakty vznikly za krátký časový úsek, cca za 30 min. Jsou detailně propracované, avšak chybí variace výrazů, což může být projevem rigidity v myšlení. Sušení artefaktů trvalo 14 dní a po té byl v elektrické peci při teplotě 990 stupňů Celsia proveden pouze jeden výpal na střep.

5.3.9 Další výtvarné prostředky využívané v rehabilitaci osob s duševním onemocněním (příloha K)

- **Enkaustika – malba teplým voskem** (obrázek č. 22, 23)

Téma: volné

Cíl: zdroj aktivizace, rozvoj výtvarných dovedností a kreativity, spontaneita, experimentování, prožitek nové zkušenosti, uvolnění napětí.

Materiál a pomůcky: staré nástěnné kalendáře (velký formát), stará žehlička, měkčí a silnější voskové barvy.

Motivace a popis činnosti: motivací je seznámení s novou technikou a s možnostmi improvizace. V našem případě používáme dostupné pomůcky a materiál, nikoliv profesionální, určené přímo pro enkaustiku, a to z důvodu větších nákladů na pořízení. Na rozehřátou žehličku nanášíme voskové barvy, které tahy, kroužením či obtisknutím nanášíme na plochu křídového papíru ve vrstvách. Čím lepší kvalita papíru, tím lepší trojdimenzionální efekt. Lze využít náměty k vyjádření nálady a emocí.

- **Malba snímatelnými barvami na sklo** (obrázek č. 24, 25)

Téma: obrázek č. 24 vánoční svátky, obrázek č. 25 volné

Cíl: podpora komunikace a naslouchání, rozvoj výtvarných dovedností a kreativity, zlepšení pozornosti, jemné motoriky, zdroj aktivizace.

Materiál a pomůcky: námětové předlohy, průhledné eurofólie, kontury, snímatelné barvy na sklo, vatové štětičky, špendlík.

Motivace a postup činnosti: a) povídání o Vánocích a zvycích daného období, b) náměty s rozmanitou tématikou a možnost volného výběru. Do fólie vložíme předlohu dle vlastního výběru a konturou (nejčastěji černou), která má hustší konzistenci obkreslíme obrysy daného obrázku. Ostatní plochu dotvoříme pomocí barev. Případné nedostatky jako jsou vzduchové bublinky, můžeme propíchnout špendlíkem a vatovou štětičkou odstranit přetahy barvy. Necháme zaschnout 24 hodin. Po sejmutí lze obrázky umístit na skleněné, keramické a plastové povrchy.

- **Relaxační omalovánky pro dospělé** (obrázek č. 26, 27)

Téma: volné

Cíl: motivace k smysluplnému využití volného času, zdroj aktivizace, uvolnění, odpoutání od problémů, rozvoj fantazie, pozornosti, jemné motoriky.

Materiál a pomůcky: námětové předlohy, pastelky.

Motivace a postup činnosti: dle vlastního výběru a fantazie vybarvíme obrázek.

- **Mačkaná kresba** (obrázek č. 28)

Téma: volné

Cíl: uvolnění, rozvoj tvořivosti, představivosti a fantazie.

Materiál a pomůcky: kancelářský papír, pastelky.

Postup činnosti: zmačkáme papír do kuličky, narovnáme, pozorujeme pomačkané linie, zapojíme představivost a fantazii a dokreslíme. Obsahem obrázku je znázornění bolesti a úzkosti pacientky. Dle jejího popisu z oblasti hlavy vychází bolestivé záblesky (hnědá barva, která je pro pacientku negativní) a úzkost vyznačující se vnitřním třesem a pocitem chladu (modrá barva) ve 2/3 těla. Obrázek pojmenovala „V zajetí vlastních démonů“.

- **Kresba mokrými křídami** (obrázek č. 29)

Téma: podzim

Cíl: podpora komunikace, naslouchání druhým, spolupráce ve skupině, prožitek nové zkušenosti, svoboda rozhodování, ukotvení v životní realitě a struktuře času.

Materiál a pomůcky: křídy, barevné papíry (tmavý podklad), voda, cukr.

Motivace a popis činnosti: povídání o barvách podzimu, tradicích a rituálech u nás i ve světě (dušičky, Halloween). Na suchý nejlépe černý nebo tmavě šedý podklad kreslíme křídou, která je namočena v cukrové vodě. Toto nám nabízí hned dvojí efekt. Dochází k větší výraznosti kresby připomínající záři svíček a zároveň se suchý pastel (křída) zafixuje a nemaže se. Obrázek vyjadřuje symboliku anglosaského svátku, jehož znaky jako je vydlabávání dýní se u nás již také uplatňují. Dýně je symbolem ochrany před zlými duchy.

- **Kombinovaná technika - akvarel a tuš** (obrázek č. 30)

Téma: lidový zvyk u nás - Barborky

Cíl: podpora kreativity s náhodně vzniklými tvary, ukotvení v realitě (pravidelnost), prožitek nové zkušenosti, zažití úspěchu.

Materiál a pomůcky: čtvrtky A3, A4, akvarelové barvy, tuš, kulaté štětce, špejle, kelímek s vodou, houbičky.

Motivace a popis činnosti: v rámci procházky s pacienty jsme si do vázy místo tradiční třešně či jabloně uřízli pár větviček zlatého deště poblíž kliniky a začali si povídat o tomto zvyku, ač se jeho výklad mezi pacienty lišil (štěstí, láska, vdavky, zimní slunovrat). Pomocí mokré houbičky dostatečně zvlhčíme čtvrtku. Po té nanášíme akvarelové barvy. Mokrý podklad nabízí uvolnění, protože se nikdy nepodaří dosáhnout dokonalého tvaru. Důvodem je, že akvarelové barvy téměř nekryjí. Podporujeme kreativitu s náhodně vzniklými tvary, v našem případě květy. Tuš je použita ke zvýraznění kontur. K dokreslení tuší jsou vhodné špejle s ostrým hrotem. Vymezené téma napomáhá k zpracování reálných tvarů na nekonkrétním pozadí. Tato technika je využívána u pacientů s psychózou.

- **Kombinovaná technika – anilinové barvy a voskový pastel** (obrázek č. 31)

Téma: Mlha

Cíl: uvolnění, prožitek nové zkušenosti, vizuální uspořádání zážitků, podpora komunikace.

Materiál a pomůcky: čtvrtky A3, A4, anilinové barvy, voskovky, kulaté štětce.

Motivace a popis činnosti: seznámení s technikou, povídání o ročních obdobích, pro které je mlha typická. Metaforicky může také souviset s nepříznivou osobní situací „vidím to mlhavě“. Čtvrtka se počmáře bílým voskovým pastelem a po té malujeme anilinovými barvami reálnou krajinu. Protože voskové pastely odpuzují vodové barvy, vzniká mlžný efekt. To znamená, kde není vosk, barva nechytne. Jde o moment překvapení, co vynikne a co nikoliv. Obrázek vyjadřuje rodinnou procházku v podhůří Krkonoš, odkud pacient pocházel.

- **Kombinovaná technika - voskový pastel a vodové barvy** (obrázek č. 32, 33)

Téma: a) obrázek č. 32 volné, b) obrázek č. 33 Sněhová královna

Cíl: redukce napětí, relaxace, rozvoj tvořivosti, představivosti a fantazie, trénink pozornosti

Materiál a pomůcky: a) karimatky, relaxační CD Natural Sounds Gold – Healing Sea, b) Sněhová královna (Hans Christian Andersen), čtvrtky A3, A4, voskovky, vodové barvy, kulaté štětce, kelímek s vodou

Motivace a popis činnosti: před vlastní činností jsme za a) poslouchali relaxační hudbu, za b) přečetli pohádku Sněhová královna. Využili jsme tedy prvky muzikoterapie a biblioterapie. Vlastní činnost je zahájena kresbou voskovými pastely, následuje přemalování pomocí vodových barev, kdy klademe důraz na pohyb vycházející z ramene, nikoliv pouze ze zápěstí. Kresba je dynamická s hlavním cílem uvolnění vnitřního napětí. Celkový obraz vytváří vzdušné prostředí, protože voskový podklad vystupuje do popředí a vytváří 3D efekt.

- **Malování na kameny** (obrázek č. 34)

Téma: volné

Cíl: uvolnění, trénink jemné motoriky a pozornosti, motivace k smysluplnému trávení volného času, zdroj aktivizace, rozvoj tvořivosti, prožití nové zkušenosti

Materiál a pomůcky: oblázky, kameny, olejové křídy

Motivace a popis činnosti: procházka do přírody, nacházení vhodných oblázků či kamenů k tvorbě. Přírodní materiál je nutné dokonale odmastit, aby na ně mohly barvy dobře přilnout. Omyjeme je tedy horkou vodou se saponátem, opláchneme a osušíme. K malování lze využít různé druhy materiálů – akvarelové barvy, temperové barvy, olejové barvy, olejové křídy, barvy na sklo. Lze kombinovat i s kresbou tuší.

5.4 Kvantitativní výzkum

5.4.1 Použitá metoda výzkumu

K doplnění informací a zjevnější reliabilitě výzkumu jsem zvolila metodu dotazování. Dotazníkové šetření je považováno za nejpoužívanější výzkumnou metodu. Výhody jsou spatřovány zejména v oblasti administrace, kdy jsme schopni poměrně snadno a za krátký časový interval oslovit početnější vzorek respondentů a získat tak větší množství informací.

5.4.2 Výzkumné otázky

1) Jsou arteterapie či její prvky uplatňovány v následné péči osob s duševním onemocněním?
2) Jaké aktivizační činnosti nabízí zařízení v Královéhradeckém kraji pro osoby s demencí?

5.4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Administrace proběhla elektronickou formou, kdy jsem oslovila zařízení v Královéhradeckém kraji, která se věnují péči o osoby s duševním onemocněním. Z oblasti zdravotnických služeb tvořilo oslovený výzkumný vzorek 5 zařízení a z oblasti sociálních služeb 29 zařízení, celkem 34.

5.4.4 Metodika sběru dat a vyhodnocení dotazníkového šetření

V úvodu dotazníku (příloha L) oslovuji respondenty, představuji se a informuji o cílech a účelech zjišťování informací a způsobu vyplňování. Dotazník je tvořen osmi položkami. Obsahuje vlastní zkonstruované otázky. Sedm otázek je uzavřených a jedna otevřená. Ve třech otázkách mohli respondenti vybírat z více možností a na tuto variantu byli v dotazníku upozorněni.

Výzkumné šetření probíhalo v říjnu 2015 a následně ještě v listopadu a prosinci 2015. Celkem bylo distribuováno 34 dotazníků, z nichž bylo 29 vyplněno a zasláno zpět. Celková návratnost činila 85,3%. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 5 zdravotnických zařízení a 24 zařízení sociálních služeb.

5.4.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření

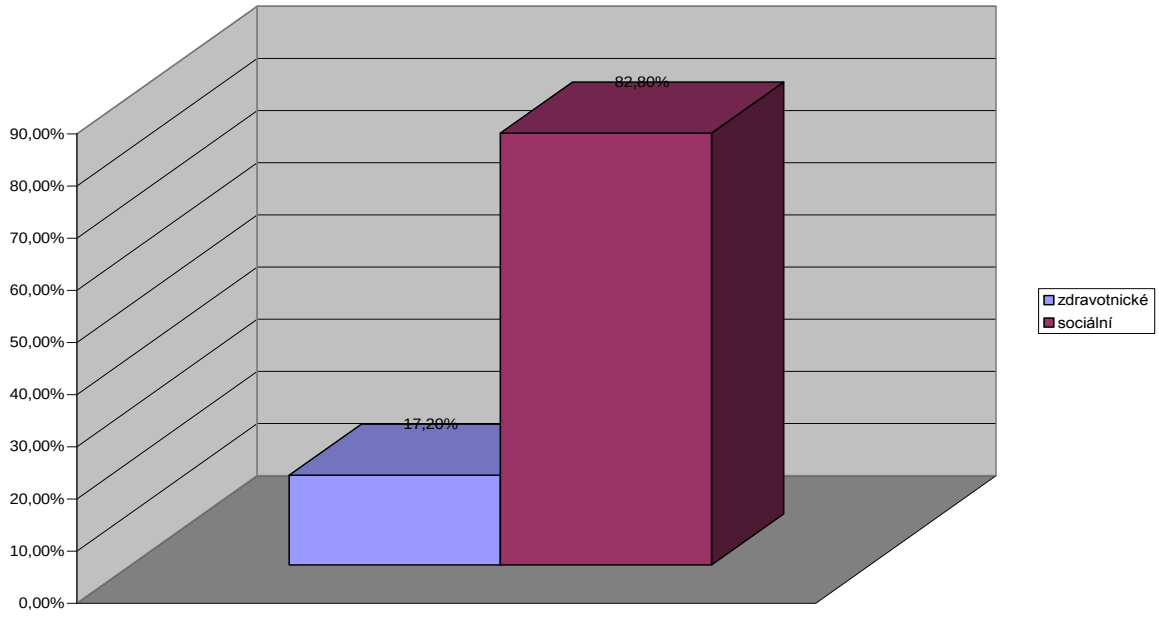
Dotazníky byly vyhodnoceny manuálně. Každý dotazník byl vyhodnocen samostatně a následně byla získaná data zanesena a zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007.

Otázka č. 1: Jaké služby poskytuje Vaše zařízení?

Tabulka č. 1: Typ zařízení

Zdravotnické	5	17,2%
Sociální služby	24	82,8%

Graf č. 1: Procentuální zastoupení typů zařízení pro osoby s duševním onemocněním v Královéhradeckém kraji



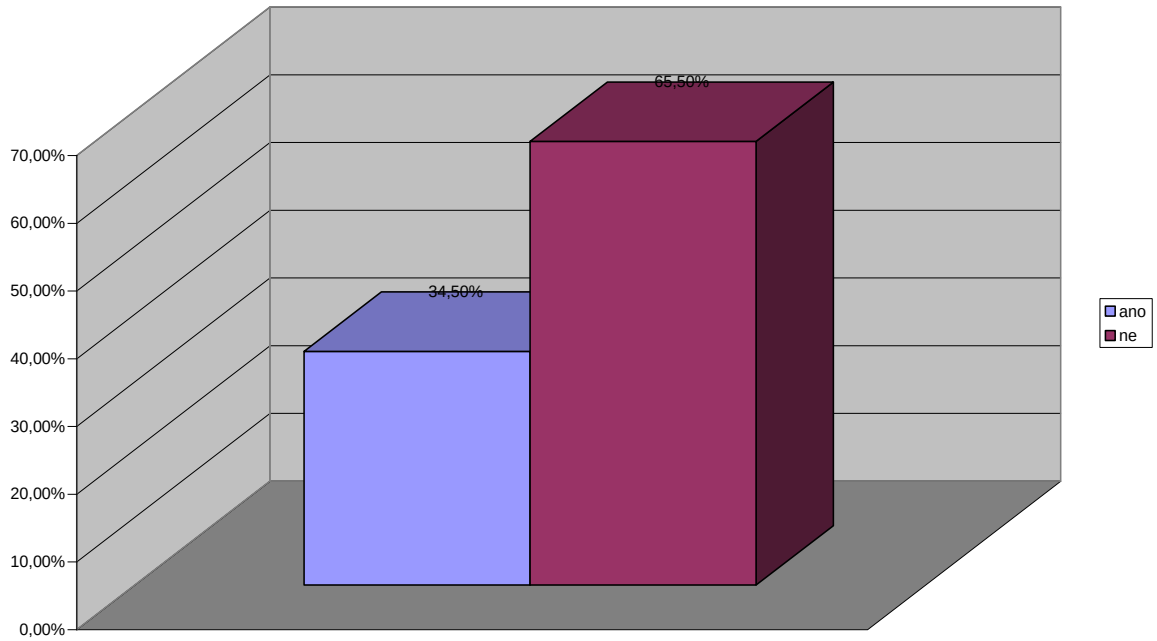
Interpretace: První otázkou jsem zjišťovala, které typy zařízení pracují s osobami s duševním onemocněním v Královéhradeckém kraji. Převážnou většinu 24 zařízení (82,8%) tvořily sociální služby a 5 zařízení (17,2%) bylo zastoupeno ve službách zdravotnické péče.

Otázka č. 2: Je arteterapie a artefiletika využívána na Vašem pracovišti jako samostatná součást léčebného procesu u osob s duševním onemocněním?

Tabulka č. 2: Arteterapie a artefiletika jako samostatná součást léčebného procesu

Ano	10	34,5%
Ne	19	65,5%

Graf č. 2: Procentuální vyjádření arteterapie a artefiletiky jako samostatné součásti léčebného procesu



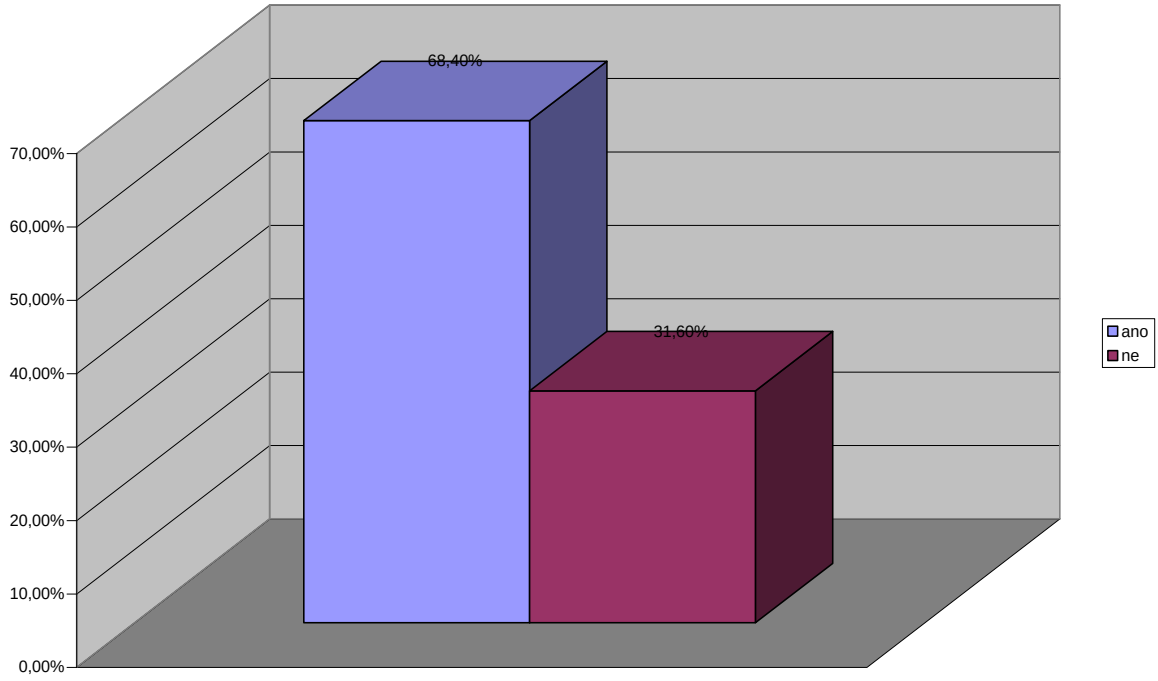
Interpretace: Druhá otázka směřovala k využití arteterapie a artefiletiky v práci s osobami s duševním onemocněním jako samostatnou součástí léčebného procesu. 10 zařízení (34,5%) využívalo obě expresivní metody samostatně a 19 zařízení (65,5%) nikoliv.

Otázka č. 3: Pokud není využívána arteterapie samostatně, jsou její prvky součástí jiných aktivit?

Tabulka č. 3: Využití prvků arteterapie v jiných aktivitách

Ano	13	68,4%
Ne	6	31,6%

Graf č. 3: Procentuální vyjádření využívání prvků arteterapie v jiných aktivitách



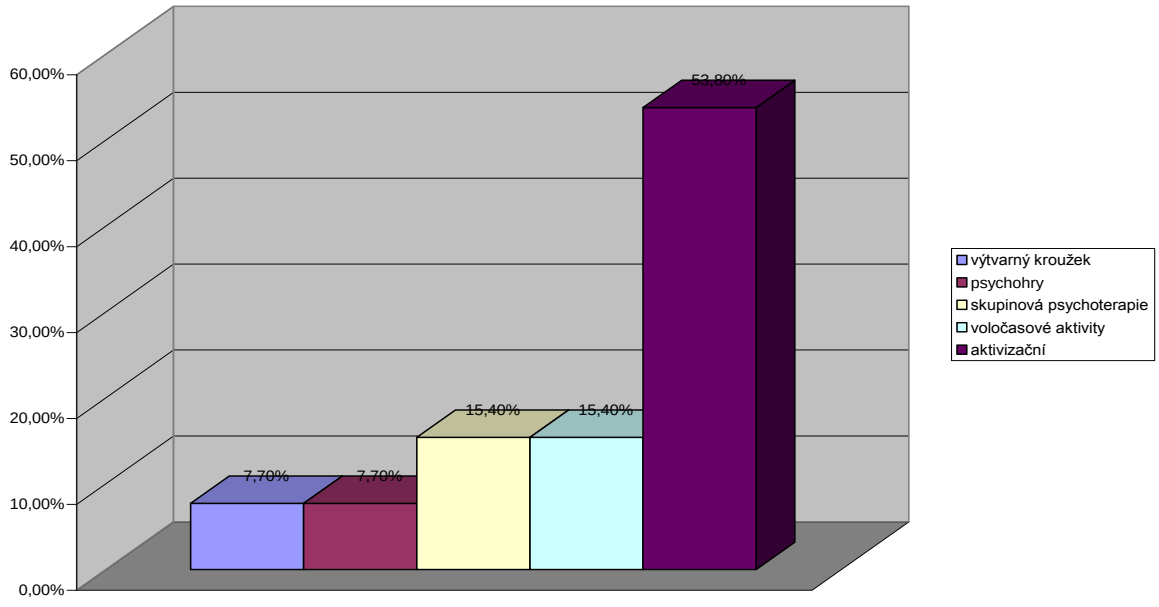
Interpretace: Třetí otázka ověřovala, zda jsou alespoň prvky arteterapie součástí jiných aktivit. 13 zařízení (68,4%) využívalo prvky arteterapie v ostatních aktivitách a 6 zařízení nikoliv (31,6%).

Otázka č. 4: Pokud jste odpověděli v otázce č. 3 ano, uveďte kterých?

Tabulka č. 4: Aktivity s využitím prvků arteterapie

Výtvarný kroužek	1	7,7%
Skupinová psychoterapie	2	15,4%
Psychohry	1	7,7%
Aktivizační činnost	7	53,8%
Volnočasové aktivity	2	15,4%

Graf č. 4: Procentuální zastoupení možností činností s uplatněním prvků arteterapie



Interpretace: Cílem čtvrté otázky bylo zjistit, ve kterých konkrétních aktivitách jsou využívány prvky arteterapie. Největší procentuální zastoupení v sedmi zařízeních (53,8%) zaujímaly aktivizační činnosti. Shodně ve dvou zařízeních (15,4%) se uplatňovaly prvky arteterapie ve skupinové psychoterapii a dále ve dvou zařízeních

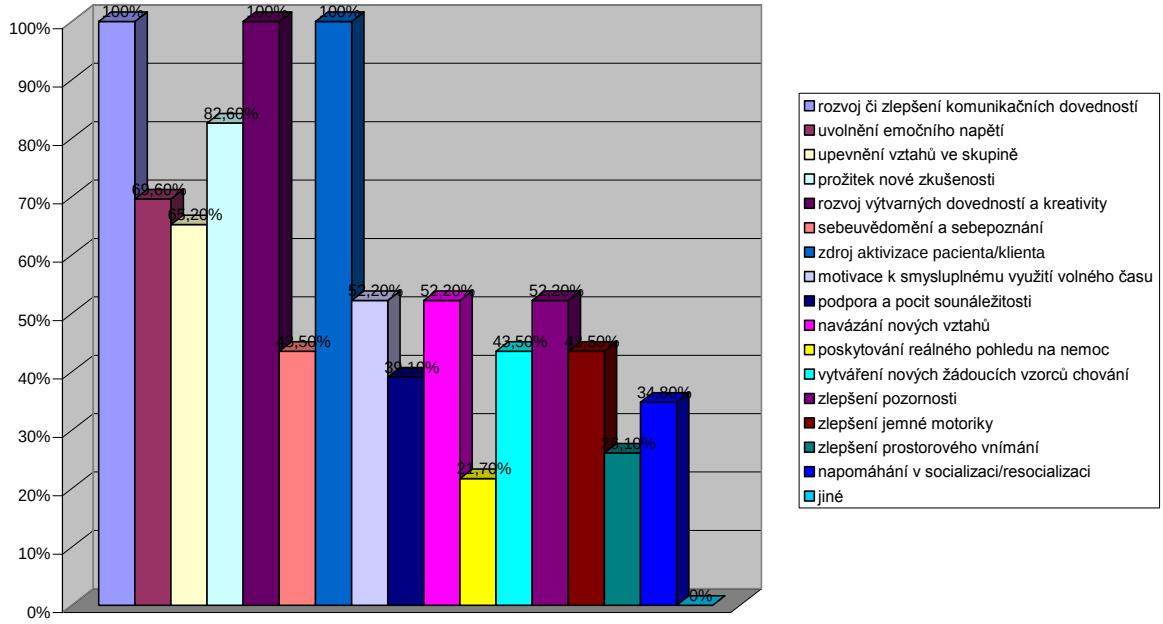
(15,4%) ve volnočasových aktivitách. Jedno zařízení (7,7%) zřizovalo výtvarný kroužek a jedno zařízení (7,7%) obohacovalo o prvky arteterapie psychohry.

Otázka č. 5: V čem spatřujete pozitivní dopad využití arteterapie, případně jejich prvků a artefiletiky v praxi? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 5: Přínos arteterapie a artefiletiky

Rozvoj či zlepšení komunikačních dovedností	23	100%
Uvolnění emočního napětí	16	69,6%
Upevnění vztahů ve skupině	15	65,2%
Prožitek nové zkušenosti	19	82,6%
Rozvoj výtvarných dovedností a kreativity	23	100%
Sebeuvědomění a sebepoznání	10	43,5%
Zdroj aktivizace	23	100%
Motivace k smysluplnému využití volného času	12	52,2%
Podpora a pocit sounáležitosti	9	39,1%
Navázání nových vztahů	12	52,2%
Poskytování reálného pohledu na nemoc	5	21,7%
Vytváření nových žádoucích vzorců chování	10	43,5%
Zlepšení pozornosti	12	52,2%
Zlepšení jemné motoriky	10	43,5%
Zlepšení prostorového vnímání	6	26,1%
Napomáhání v socializaci/resocializaci	8	34,8%
Jiné	0	0%

Graf č. 5: Procentuální vyjádření přínosů arteterapie a artefiletiky u pacientů/uživatelů s duševním onemocněním z pohledu personálu



Interpretace: Pátou otázkou jsem monitorovala, čím je arteterapie a artefiletika přínosná, v čem konkrétně pomáhá pacientům/uživatelům. Všech 23 zařízení (100%) zdůrazňovala přínos v rozvoji či zlepšení komunikačních dovedností, v rozvoji výtvarných dovedností a kreativity a ve vhodném zdroji aktivizace pacientů/uživatelů. 19 zařízení (82,6%) považovalo za důležité prožití nové zkušenosti. 16 zařízení (69,6%) vnímalo arteterapii a artefiletiku jako nástroj uvolnění emočního napětí, 15 zařízení (65,2%) jako zdroj upevnění vztahů ve skupině, 12 zařízení (52,2%) jako motivaci k smysluplnému využití volného času, dále pak prostor k navazování nových vztahů a k zlepšení pozornosti. 10 zařízení (43,5%) vidělo přínos v možnosti sebeuvědomění a sebepoznání, dále pak v pomoci vytváření nových žádoucích vzorců chování a v zlepšení jemné motoriky. 9 zařízení (39,1%) vnímalo pozitiva ve vzájemné podpoře pacientů/uživatelů spojené s pocitem sounáležitosti, 8 zařízení (34,8%) v napomáhání

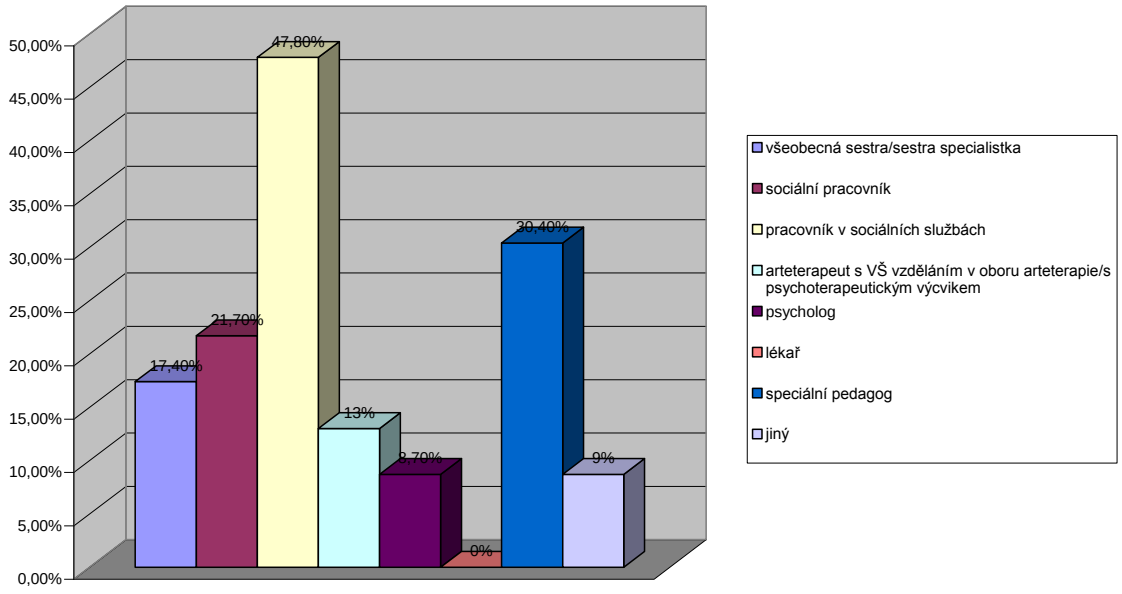
socializaci/resocializaci, 6 zařízení (26,1%) ve zlepšení prostorového vnímání, 5 zařízení (21,7%) v poskytování reálného pohledu na nemoc. Žádné zařízení (0%) neuvedlo jiné možnosti.

Otázka č. 6: Kdo ve Vašem zařízení pracuje s technikami arteterapie či jejími prvky? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 6: Profesní zaměření zaměstnanců využívajících techniky a prvky arteterapie

Všeobecná sestra/sestra specialistka	4	17,4%
Sociální pracovník	5	21,7%
Pracovník v sociálních službách	11	47,8%
Arteterapeut (VŠ) s psychoterapeutickým výcvikem	3	13%
Psycholog	2	8,7%
Lékař	0	0%
Speciální pedagog	7	30,4%
Jiný	2	8,7%

Graf č. 6: Procentuální zastoupení profesí pracujících s technikami a prvky arteterapie



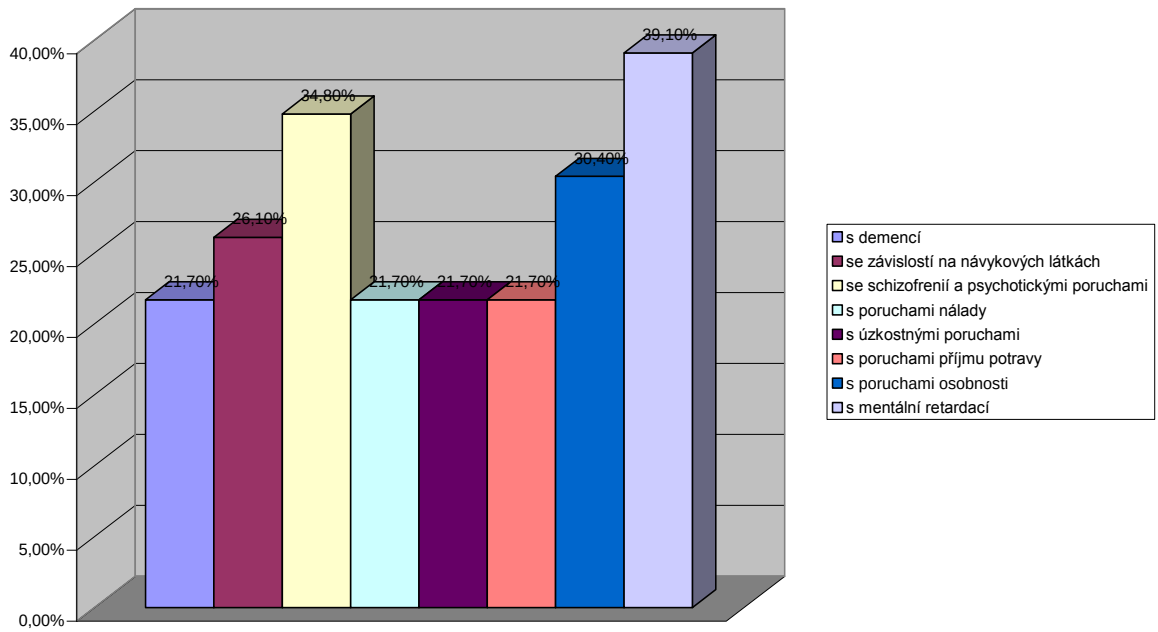
Interpretace: Šestá otázka ověřovala spektrum profesí využívající techniky a prvky arteterapie. Nejpočetnější zastoupení měli pracovníci v sociálních službách v jedenácti zařízeních (47,8%), dále v sedmi zařízeních (30,4%) speciální pedagogové, v pěti zařízeních (21,7%) sociální pracovníci, ve čtyřech zařízeních (17,4%) všeobecné sestry nebo sestry specialistky. Pouze ve třech zařízeních (13%) pracovali plnohodnotní arteterapeuté s vysokoškolským vzděláním a příslušným psychoterapeutickým výcvikem. Ve dvou zařízeních (8,7%) pracovali psychologové. Žádný lékař (0%) nepracoval s technikami arteterapie. Ve dvou zařízeních (8,7%) využívala techniky arteterapie osoba s profesí jinou než uvedenou, a to instruktor aktivit a kulturně – výchovný pracovník.

Otázka č. 7: U pacientů/uživatelů s onemocněním kterého typu jsou ve Vašem zařízení využívány techniky arteterapie? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 7: Kategorie onemocnění využívající techniky arteterapie

Demence	5	21,7%
Závislost na návykových látkách	6	26,1%
Schizofrenie a ostatní psychotické poruchy	8	34,8%
Poruchy nálady	5	21,7%
Úzkostné poruchy	5	21,7%
Poruchy příjmu potravy	5	21,7%
Poruchy osobnosti	7	30,4%
Mentální retardace	9	39,1%

Graf č. 7: Procentuální zastoupení kategorií onemocnění využívající techniky arteterapie



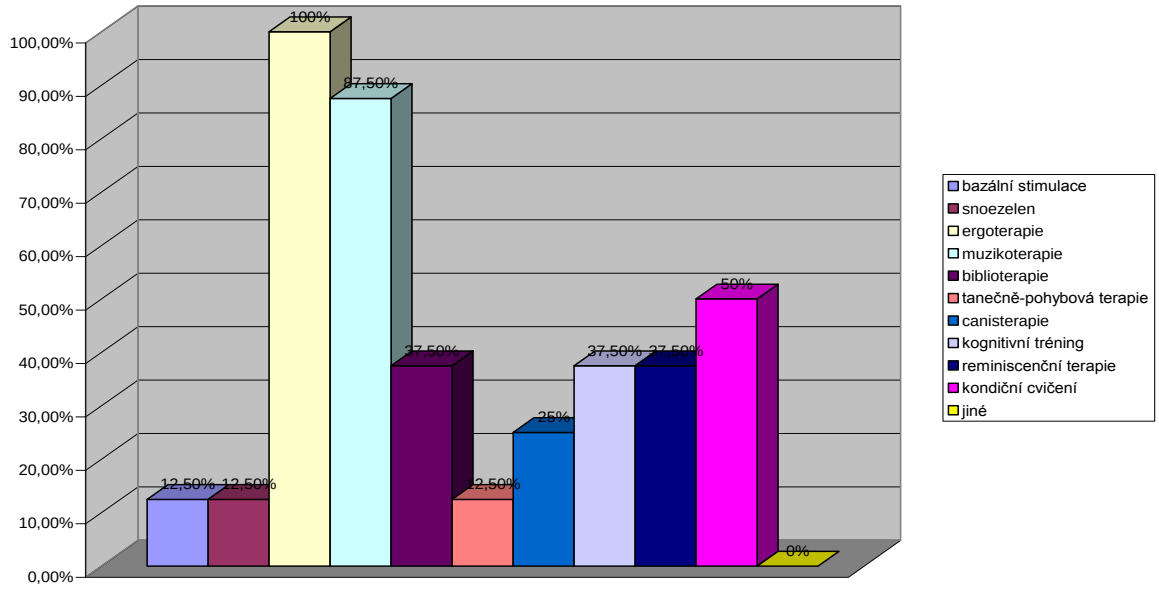
Interpretace: Cílem sedmé otázky bylo zjištění, u kterého spektra diagnóz jsou využívány techniky arteterapie. Největší zastoupení v devíti zařízeních (39,1%) tvořili osoby s mentální retardací. Dále osoby se schizofrenií a ostatními psychotickými poruchami v osmi zařízeních (34,8%), poruchy osobnosti v sedmi zařízeních (30,4%), osoby závislé na návykových látkách v šesti zařízeních (26,1%). Shodně pak v pěti zařízeních (21,7%) byly techniky arteterapie využívány u osob s poruchami nálady, poruchami úzkostného typu, poruchami příjmu potravy a u osob s demencí.

Otázka č. 8: Pokud pracujete s osobami s demencí, které rehabilitační či terapeutické metody jejich prvky jsou ve Vašem zařízení ještě využívány? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 8: Možnosti využití dalších metod u osob s demencí

Bazální stimulace	1	12,5%
Snoezelen	1	12,5%
Ergoterapie	8	100%
Muzikoterapie	7	87,5%
Biblioterapie	3	37,5%
Tanečně-pohybová terapie	1	12,5%
Canisterapie	2	25%
Kognitivní trénink	3	37,5%
Reminiscenční terapie	3	37,5%
Kondiční cvičení	4	50%
Jiné	0	0%

Graf č. 8: Procentuální vyjádření využití dalších metod u osob s demencí



Interpretace: Osmá doplňující otázka pro zařízení pracující s osobami s demencí ověřovala, zda jsou v péči uplatňovány jiné metody či prvky metod kromě arteterapie. Ve všech osmi zařízeních (100%) byla využívána ergoterapie, sedm zařízení (87,5%) pracovalo s muzikoterapií. Polovina tzn. čtyři zařízení (50%) obohacovala program o kondiční cvičení. Shodně pak tři zařízení (37,5%) pracovala s biblioterapií, kognitivním tréninkem a reminiscenční terapií. Nejméně pak pouze jedno zařízení (12,5%) využívalo ve své práci bazální stimulaci, snoezelen a tanečně-pohybovou terapii.

6 DISKUZE

Uvědomme si, že práce v akutní péči je dá se říci znevýhodněna oproti péči následné, která je zpravidla určena pro konkrétní skupinu osob s konkrétním typem onemocnění či postižení, a to rozličnou skladbou pacientů, ať už z hlediska věku, ale také rozmanitostí typů onemocnění, které s sebou kategorie duševních poruch přináší. To dokládají zpracované kazuistiky v kvalitativním výzkumu. Je tedy zapotřebí vysoce individuálního přístupu, vědomostí o konkrétních charakteristikách onemocnění a praktických zkušeností.

Skutečností dle Křivohlavého (2002) je, že se u pacientů v akutní fázi onemocnění, což je velmi náročná a zátěžová situace spouští často nevědomé obranné mechanismy, které jsou zdrojem reakcí na momentální prožívanou frustraci. Setkávám se s negativismem, únikem do samoty, únikem k nežádoucímu chování např. nadužívání léků či alkoholu, únikem do nemoci ve smyslu četných somatických stesků, regresí s tendencí k závislosti na okolí a potřebě nadměrného opečovávání apod. To znamená, že pacienti mnohdy nejsou motivováni k jakékoliv činnosti. Ve výzkumné části proto popisuji úvodní neboli zahřívací techniky, které posloužily jako hybná síla k aktivaci zdrojů energie jednak k zamýšlení, zvídavosti, soutěživosti, hravosti a pozitivního očekávání typu „co se bude dít“. Využila jsem relaxačních technik, seznamovacích her, odlehčených vědomostních her, pohybových her, motivačních rozhovorů na konkrétní témata. Tímto došlo také k posílení důvěry a pocitu bezpečí ve skupině i k mé osobě a k uvolnění a odstranění obav z následného výtvarného projevu. Důsledným oceněním ve formě pochvaly také dochází k posilování motivace.

Pracovala jsem s muži i s ženami různých věkových kategorií formou individuální i skupinovou. Individuální práci jsem zvolila v několika případech, a to při použití technik a prostředků zaměřených na práci s pacienty se speciálními potřebami. U pana Jiřího to bylo vzhledem k nastávající nové zkušenosti v práci s keramickou hlínou, která měla být podnětem nejen pro rehabilitaci jemné motoriky vzhledem k jeho tělesnému postižení spastického charakteru, ale jak uvádí Janků (2013) modelování je

procesem působícím na smyslovou a taktilně bazální oblast, při níž dochází k posílení uvědomění vlastního těla, a tudíž může být velmi emotivní záležitostí. Také u pacienta se schizofrenií byl zvolen individuální přístup, na který poukazuje Horňáková (1999), a to z důvodu nevhodného chování některých pacientů a vysmívání se Petrovým bludným prožitkům. Individuální práci jsem zařadila i u pacientky s depresí, která měla zrakové postižení. Důvodem bylo zajištění optimálních podmínek pro práci, tzn. v úpravě prostředí, zajištění kompenzačních pomůcek, vhodných opatření pro zrakovou hygienu a výběrem výtvarného materiálu, aby následně již nadále mohla pracovat ve skupině. Dále jsem individuálně pracovala s pacientkou s demencí, protože jsem potřebovala podpořit důvěru i pro další práci a zajistit tiché prostředí vzhledem k lehkému sluchovému postižení. Nadále jsem s touto pacientkou musela pracovat v individuální formě, protože toho času nebylo dostatek pacientů pro vytvoření skupiny pacientů s demencí či kognitivní poruchou.

Aby rehabilitace mohla probíhat co nejkvalitněji, nemůžeme postižení odsunout až na druhé místo, musí být stejně důležité jako onemocnění samotné. Je tedy třeba zajistit co nejoptimálnější podmínky pro práci. Vzhledem k poměrně krátkodobým pobytům není pracoviště kliniky vybaveno pro práci s osobami s postižením a personál je tak odkázán na spolupráci se speciálními pracovišti zajišťující např. zapůjčení kompenzačních pomůcek, jak popisuji v práci s panem Jiřím, který měl mimo tělesného a lehce mentálního postižení i postižení sluchové. Často jsme však odkázáni na vlastní improvizaci, jak uvádím v práci s paní Libuší, která měla zrakové postižení. Tím se pro mě jako speciálního pedagoga stává má práce zajímavější. Z praxe však vím, že zdravotníci často nevědí jak přistupovat k osobám se zdravotním postižením a jak nejlépe zajistit jejich speciální potřeby při zdravotnické péči a rehabilitačních činnostech, zejména co se týká úpravy prostředí a zajištění speciálních pomůcek. Podle mého názoru v této problematice stále chybí dostatečná edukace zdravotnických pracovníků. Tato problematika by se mohla stát námětem pro semináře v rámci vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Skupiny jsem přizpůsobovala dle typu onemocnění. To znamená, že jsem vybírala pacienty shodné kategorie poruch. Zjednodušeně formulováno, tvořila jsem

skupiny pro pacienty s psychotickým onemocněním, pro pacienty s nepsychotickým onemocněním a pro pacienty s demencí.

Ve výzkumu dále používám u pacientů zejména techniky a prostředky zaměřené na podporu postižených funkcí a rozvoj osobnosti. U pana Jiřího došlo prostřednictvím kresby, práce s keramickou hlínou a práce s přírodními materiály k rehabilitaci jemné motoriky a k uvolnění spasticity, eliminaci únavy a zmírnění bolesti. Práce s keramickou hlínou se stala novou pozitivní zkušeností a prostředkem k posílení sebepřijetí v rámci nezvratnosti postižení. Práce s keramickou hlínou i přes počáteční nezájem byla paní Libuši taktilně - hmatovou a zrakovou stimulací. Prostřednictvím této činnosti mohla paní Libuše a pan František znovu prožít pozitivní zkušenost a zažití úspěchu. Pan František touto formou rehabilitoval jemnou motoriku, která byla lehce postižena v důsledku ischemických změn centrální nervové soustavy v rámci vaskulární demence.

U pana Petra prostřednictvím kresby došlo k vyjádření prožitků, které z důvodu zvýšené ostražitosti a nedůvěry nebyl schopen verbálně sdělit. Jiří pomocí kresby rozvíjel představivost, a co nejvěrněji se snažil výtvarně přiblížit místo, které má rád. Paní Libuše kresbou vyjádřila své záliby, ale zároveň nejistotu a následně také adaptaci v novém prostředí. Kresba se stala pro Libuši jednak zrakovou stimulací, odpoutáním se od problémů, ale také uvědoměním si vlastní tíživé situace, kterou následně otevřela v psychoterapii. Na základě kognitivního tréninku a metody reminiscence paní Anna kresbou vyjádřila příjemnou vzpomínku na rodné město a bydliště. Zažila znovuprožití pozitivní zkušenosti, pocit úspěchu a sebehodnoty, došlo k podpoře komunikačních dovedností, stimulaci kreativity a posílení zájmu o sebe.

Koláž nabízí pestrou škálu možností vyjádření prostřednictvím vybraných výstřižků a následným sloučením do určitého celku. Jak uvádí Huptych (2006) náš mozek dokáže sloučit myšlenky, zkušenosti a představy, a tím nápaditou formou konkrétně i metaforicky vyjádřit jeho obsah. Tím se stává naše komunikace velmi pestrou koláží toho, co nám život dal a stále nabízí. Petr formuloval své myšlenky pomocí vytrhaných obrázků a dokázal o nich mluvit. Došlo k navození větší důvěry a

lepší komunikaci a spolupráci, což se stalo podnětem pro následnou psychoedukaci, aby lépe porozuměl stávajícím psychickým potížím. U pana Františka byla koláž zvolena v rámci tréninku kognitivních funkcí, kdy došlo k podpoře ukotvení v realitě, posílení komunikačních dovedností a rehabilitaci jemné motoriky.

Dalším výtvarným prostředkem byla u Petra zvolena malba na sklo jako zdroj motivace pro smysluplné trávení volného času v budoucnosti a navázání komunikace ve skupině, což se podařilo. Efektivně hodnotím zájem o výtvarnou tvorbu a pokračování v následné sociální rehabilitaci.

Společná výtvarná tvorba, ať už kooperativní kresba nebo skupinová práce s přírodninami pana Jiřího posílila v komunikaci, naslouchání druhým a v navazování vztahů s ostatními. Došlo k vytvoření nového přátelství.

U všech pacientů ve výzkumu byla výtvarná tvorba prostředkem uvolnění a relaxace.

Jako důležité považuji zmínit, že ve volnočasových aktivitách Jiří vynikal stavěním dřevěných i papírových modelů lodí a letadel. Akrylovými barvami jim dával konečnou a originální podobu. Nejen, že inspiroval několik spolupacientů k této činnosti, ale učil je jak si drobnou modelářskou práci zjednodušit. Stal se organizátorem turnajů ve stolním tenise, vytvářel barevné soupisy týmů se jmény hráčů. Došlo tedy k posílení sebehodnoty, sebedůvěry a sebevědomí, a tím k optimálním podmínkám pro integraci a resocializaci v následné péči.

V práci na otevřeném oddělení, kde pracuji, jsem po dobu výzkumu uplatňovala i improvizované výtvarné prostředky např. enkaustiku, ale i kombinované výtvarné prostředky často spojené s aktuálním tématem. Využívala jsem také prvky muzikoterapie a biblioterapie. Tímto jsem se snažila nabídnout pacientům aktivitu, něco nového, zajímavého a podnětného pro nastartování chuti do činnosti, která byla dlouhodobě a vlivem nemoci potlačena. V poslední době se staly hitem našich pacientů

v naplnění volného času relaxační omalovánky, kterých je na pultech obchodů nepřeberné množství s širokým výběrem témat.

S technikami zaměřenými na práci s konkrétním problémem a tíživými tématy pracuje kvalifikovaný arteterapeut s psychoterapeutickým výcvikem. Není výjimkou, že se při rehabilitační výtvarné činnosti vyskytne artefakt, jehož obsah může být námětem, ale i přínosem pro psychoterapeutickou práci např. paní Libuše (kresba - pohádka O Červené Karkulce) nebo psychoedukaci např. pan Petr (spontánní kresba, koláž – Co nosím v hlavě) a je tedy nezbytné, abychom měli povědomí o charakteristikách jednotlivých duševních onemocnění a dokázali přemýšlet v souvislostech. Je tedy důležité spolupracovat v týmu a předávat si důležité informace sloužící např. k akutní terapeutické intervenci.

Co se týká výběru výtvarného materiálu, musíme uvažovat nad více aspekty, a to s jakou skupinou pacientů pracujeme a jaký cíl si stanovíme. Výtvarný materiál by měl být pro pacienta zajímavý, podněcující kreativitu a schopnost sebevyjádření. Ve své práci využívám široké spektrum výtvarných materiálů od měkkých (akvarelové barvy, temperové barvy, barvy na sklo, keramická hlína) přes křehké (suchý pastel, sklo) k tvrdým (pastelky, tužky, přírodní materiály) typu dvojdimenzionálního i trojdimenzionálního. U Jiřího vzhledem k jeho spasticitě horní končetiny jsem pro křehkost a lomivost nezvolila práci se suchým pastelem (křídou), kterou běžně při této práci používám, ale abych zamezila případnému pocitu neúspěchu, přiklonila jsem se k výběru silných voskových pastelů. U paní Libuše se zrakovým postižením jsem vybírala z výtvarných materiálů, které je možné korigovat hmatem, a to keramickou hlínu a prstové barvy. Pacientka si k počáteční nedůvěře, k pro ni novému materiálu vybrala silnější černý fix. Byla tedy respektována její individuální a speciální potřeba. Jak polemizují Potměšilová, Sobková (2012) nad možnostmi výběru z většího či menšího množství různorodého výtvarného materiálu, domnívám se, že u osob s duševním onemocněním je vždy lepší volit méně než více. Důvodem je velmi častá nerozhodnost a úzkostné prožívání, které bývá doprovodným projevem duševních onemocnění. Konkrétní výběr jednoho druhu výtvarného materiálu je výborným zdrojem pro rozvoj kreativity.

Ve výzkumu je tedy vidět, jak se prolínají všechny typy arteterapie, které popisuje Zicha (1981) – kreativistický, integrativní, činnostní, projektivní, sublimační, komunikativní a systémový.

Pomocí výtvarné tvorby jsem u pacientů malou měrou přispěla i k nalézání vnitřních zdrojů prostřednictvím pozitivní zkušenosti a uvědomění si možností vedoucích posilování a podpoře zdraví. Zde můžeme hovořit o artefiletice. Slavík (1997) zdůrazňuje, že salutogeneze popsaná v roce 1987 Aaronem Antonovským nesouvisí s prevencí pojednávající primárně o „nezdraví" ve smyslu předcházení nezdravému životnímu stylu, ale je spojena s pojednáním o zdraví a nachází souvislost s ochraňujícími faktory proti onemocnění. Nalézá tedy možnosti vedoucí k pochopení významu nemoci, a tím nastartovává změny postojů k sobě pozitivním směrem ve smyslu zájmu o své zdraví a případně může dojít až k probuzení sebeúzdravných procesů. Protektivní faktory vycházejí z člověka samotného, z jeho osobnostních zdrojů jako jsou inteligence, sociální dovednosti, znalosti, zkušenosti s využíváním copingových strategií, zkušenosti s revitalizací fyzické i psychické kondice. Protektivní faktory přicházejí také zvenčí, a to v podobě podpory blízkých, adekvátního působení na sociální okolí a adekvátního působení na společnost. Tyto ochranné faktory je třeba posilovat: *„ve výchově, rozvoji pozitivních schopností a osobnostních vlastností jedince, v citlivosti a vnímavosti vůči estetickým hodnotám a kvalitám života, v tvořivosti a prevenci psychických a sociálních patologií"* (Závora, 2010, s. 94). Toto téma by se mohlo stát inspirací pro výzkum výskytu saltugenů u osob s duševním onemocněním v kontextu např. s psychoedukací tzn. výchovou ke zdravotní gramotnosti.

Dalším faktem, který jsem si ve výzkumné části uvědomila je, že psychiatrické sestry sice plní kvalitně zpracované plány ošetřovatelské péče, ale jelikož je v jejich kompetencích také poradenská činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví, napomáhání v adaptaci na změněné životní podmínky, dále vytváření podmínek pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí, provádění psychoterapeutické podpory a podpora zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím rehabilitačních činností zcela chybí zpracování a hodnocení

rehabilitačního plánu. Domnívám se, že by na klinice mohl být koordinátor psychosociální rehabilitace, aby péče mohla být systematičtější a vedla k ještě vyšší kvalitě péče o osoby s duševním onemocněním nejen v době hospitalizace, ale i po propuštění.

Každá aktivita by měla tedy mít jasný smysl, být dobrovolná a nenucená, příjemná a společensky přijatelná, přiměřená věku a schopnostem, neměla by vést k neúspěchu, jak uvádí Zgola (2003) v souvislosti s osobami s demencí. Toto dle mého názoru je obecně platné pro osoby s duševním onemocněním.

Měli bychom v praxi posílit receptivní oblast arteterapie, a tím podpořit estetické vnímání. Uvažuji o zařazení do programu aktivit návštěvy uměleckých výstav v hradecké galerii a v muzeu.

Během kvalitativního výzkumu se dalším námětem pro zkoumání stala myšlenka dalšího využití arteterapie a prvků arteterapie v následné péči o osoby s duševním onemocněním a také dostupnost terapeutických a rehabilitačních aktivit pro osoby s demencí, které jsou na našem pracovišti dle mého názoru nedostačující a nesystematické. Metodou dotazníkového šetření, která je pro tuto práci doplňková, jsem tedy oslovila zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb Královéhradeckého kraje. Překvapivým faktem bylo, že se mi dotazníky ve velké většině navracely zpět s komentáři, že dané zařízení nepracuje s osobami s duševním onemocněním. Jednalo se o domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby s duševním onemocněním, tedy zařízení pracující s osobami s mentální retardací a demencí. Dotazník jsem tedy po této zkušenosti doplnila o danou informaci a rozeslala zpět. Je zarážející, že pracovníci v sociálních službách nemají povědomí o tom, že demence a mentální retardace spadají dle MKN-10 do kategorie duševních poruch. Domnívám se, že pracovníkům v sociálních službách chybí informovanost v problematice duševních onemocnění. Je důležité si uvědomit a myslet na to, že osoby s demencí i mentální retardací obtěžují příznaky i soubory příznaků duševních poruch. Ty mohou být důsledkem poruch chování, zmatenosti atd. a důsledná osvěta pracovníků v sociálních službách by mohla

napomoci k lepšímu porozumění, k rozpoznání varovných příznaků a přispět tak k včasnému zahájení léčby a bezpečnostních opatření.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že arteterapii a artefiletiku a prvky arteterapie uplatňuje 23 zařízení z 29 tj. 79,3%. Arteterapii a artefiletiku v léčebném procesu samostatně využívá 34,5% zařízení. To znamená, že by v těchto zařízeních měl pracovat kvalifikovaný arteterapeut s psychoterapeutickým výcvikem, který je z nabízených profesí zastoupen pouze z 13%. S prvky arteterapie pracuje 68,4% zařízení. Zde narážíme na problematiku legislativního rámce, kdy stále chybí ukotvení profesní statutu arteterapeuta a jasně vymezená kritéria. Dokladem je, že v pozicích arteterapeutů působí lidé z různých oborů a s různým typem vzdělání. Někteří z nich pracují pouze s prvky arteterapie. Největší zastoupení tvoří pracovníci v sociálních službách (47,8%) a speciální pedagog (30,4%). Dále jsou zastoupeny profese sociálního pracovníka (21,7%), všeobecná sestra či sestra specialistka (17,4%), psycholog (8,7%), instruktor aktivit a kulturně – výchovný pracovník (8,7%). Prvky arteterapie jsou zařazovány z 53,8% do aktivizačních činností, dále jsou aplikovány shodně z 15,4% do skupinové psychoterapie a volnočasových aktivit a shodně 7,7% tvoří výtvarný kroužek a psychohry.

Největší přínos arteterapie, prvků arteterapie a artefiletiky je ze 100% spatřován shodně v rozvoji či zlepšení komunikačních dovedností, v rozvoji výtvarných dovedností a kreativity, ve zdroji aktivizace. Nadpolovičně je zastoupen prožitek nové zkušenosti (82,6%), uvolnění emočního napětí (69,6%), upevnění vztahů ve skupině (65,2%), shodně (52,2%) tvoří motivace k smysluplnému využití volného času, navázání nových vztahů a zlepšení pozornosti. Nejčetnější kategorii onemocnění ve využívání arteterapie, prvků arteterapie a artefiletiky zastupují osoby s mentální retardací (39,1%), osoby se schizofrenií a ostatními psychotickými poruchami (34,8%) a osoby s poruchou osobnosti (30,4%), osoby závislé na návykových látkách (26,1%) a shodně (21,7%) tvoří osoby s demencí, poruchami nálady, úzkostnými poruchami a poruchami příjmu potravy. Dle Janků (2013) je u osob s mentálním postižením arteterapie účinně využívána speciálními pedagogy jako modifikovaná forma edukace a podpůrných aktivit. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007) uvádí, že arteterapie u

seniorů a osob s demencí zahrnuje rehabilitaci kognitivních funkcí a je důležitá v oblasti sebehodnocení, sebevědomí, podpory aktivity a vitality, integrace osobnosti s pocitem naplnění smyslu života. Významný je proces tvorby nikoliv výsledný artefakt.

Vzhledem ke speciálním potřebám je třeba v rehabilitaci osob s demencí mít k dispozici pestrou škálu aktivit, které se dají přizpůsobit individuálním potřebám. Jak jsem již zmínila, v akutní péči jsou podle mého názoru tyto možnosti nedostačující. Překvapivým faktem je, že zařízení sociálních služeb nabízí nespočet aktivit. Ze 100% je využívána ergoterapie zejména k nácviku sebeobslužných činností, podpoře samostatnosti a soběstačnosti a nikoliv jako pracovní terapie, která je často uplatňována v akutní péči. Dle Holmerové, Jarolímové, Suché a kol. (2007) je ergoterapeut také průvodcem v nácviku správného užívání kompenzačních pomůcek a realizátorem optimální úpravy prostředí. 87,5% zařízení využívá muzikoterapie či jejich prvků a 50% zařízení umožňuje osobám s demencí kondiční cvičení. Kognitivní trénink aplikuje 37,5% zařízení shodně jako reminiscenční terapii a biblioterapii. Canisterapie je součástí programu v 25% zařízení. 12,5% zařízení má k dispozici snoezelen.

Uvědomme si, že arteterapie je pouze doplňkovou metodou v léčbě duševních onemocnění. Arteterapeut nediagnostikuje, ač v léčbě uplatňuje psychoterapeutické dovednosti. Prvky arteterapie se využívají v psychorehabilitaci, sociální rehabilitaci a volnočasových aktivitách. Domnívám se, že arteterapie je jedním z prostředků, kterým lze dosáhnout zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.

7 ZÁVĚR

Pro osoby s duševním onemocněním není podstatná pouze léčba biologická, ale po zaléčení akutních příznaků je třeba klást důraz na individuální potřeby pacienta v oblasti psychoedukace a sociální rehabilitace, čemuž je arteterapie a artefiletika významným pomocníkem.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit jaké výtvarné techniky a prostředky lze využít u osob s duševním onemocněním s důrazem na rozvoj osobnosti a zlepšení kvality života.

Z kvalitativního výzkumu vyplynulo, že arteterapie a prvky arteterapie nabízely pestrou paletu výtvarných prostředků a materiálů, které bylo možné zakomponovat do konkrétních postupů práce na základě vytyčených cílů. Výtvarné techniky byly zaměřeny v úvodní části zejména na posílení motivace k činnosti, probuzení hravosti případně soutěživosti, dále směřovaly ke speciálním potřebám pacientů a k osobnostnímu rozvoji. Prostřednictvím výtvarné tvorby za využití vhodně zvolených výtvarných prostředků tzn. kresby, malby, koláže, práce s keramickou hlínou a materiálů bylo u pacientů v akutní péči formou individuální i skupinové práce dosaženo: uvolnění tělesného i psychického napětí, rozvoje představivosti a fantazie, rozvoje tvořivosti a kreativity, rozvoje výtvarných dovedností, odpoutání od vlastních problémů, prožitku nové zkušenosti, znovuprožití pozitivní zkušenosti, podpory v sebevnímání a v sebepřijetí, posílení sebevědomí a sebehodnoty, posílení pocitu důstojnosti, podpory ukotvení v realitě, poskytnutí reálného pohledu na nemoc, navázání a upevnění sociálních vztahů, možnosti učit se naslouchat druhým, pocitu sounáležitosti se skupinou, podpory integrace do skupiny, podpory resocializace, aktivizace, motivace k smysluplnému využívání volného času. Z pohledu rehabilitace došlo ke zlepšení komunikačních dovedností, jemné motoriky, pozornosti, prostorové orientace a paměti.

Výtvarná tvorba se uplatňuje tedy v oblasti léčebné, rehabilitační a volnočasové. Ověřila jsem, že je možné použít prvky arteterapie u kterékoliv věkové skupiny pacientů a lze je aplikovat u osoby s různým typem duševního onemocnění i souběžným postižením tělesným, mentálním i smyslovým. V těchto případech bylo nutné stavět do popředí samotné postižení, které činilo pacientovi určité znevýhodnění a zajistit tak optimální podmínky ve smyslu úpravy pracovního prostředí a zajištění kompenzačních pomůcek.

Artefiletika využívá výtvarnou činnost v podpoře výchovy a vzdělávání. U osob s duševním onemocněním bylo výzkumem zjištěno, že expresivní tvorba může přispět k nalézání vnitřních zdrojů tzv. salutogenů a vést k podpoře zdraví a spoluutváření celkové fyzické a psychické harmonizace skrze prožitkovou zkušenost, což je důležité v oblasti sebevýchovy.

Arteterapie a artefiletika u osob s duševním onemocněním v akutní péči dává pacientům významný rozměr v pokračování v péči návazné, což bylo jedním s dílčích cílů diplomové práce. Kvantitativní metodou dotazníkového šetření jsem ověřila, že nadpoloviční většina zařízení zdravotnických a sociálních služeb využívá arteterapii, prvky arteterapie a artefiletiku v péči o své pacienty a uživatele, ať už jako samostatnou součást léčebného procesu nebo v rehabilitačních aktivitách formou aktivizační činnosti. Výzkum dokazuje, že stále chybí ukotvení profesního statutu arteterapeuta v legislativě a tuto činnost vykonává různorodé spektrum profesí. Dalším dílčím cílem bylo ověřit dostupnost rehabilitačních a aktivizačních činností pro osoby s demencí. S překvapivým faktem rozmanitosti a tedy lepší přizpůsobivosti individuálním potřebám těchto osob je v následné péči o osoby s demencí ve všech zařízeních využívána ergoterapie. V nadpoloviční většině zařízení je uplatňována arteterapie a její prvky, muzikoterapie a její prvky. V polovině zařízení poskytují kondiční cvičení. Dále jsou využívány biblioterapie, kognitivní trénink, reminiscenční terapie, tanečně - pohybová terapie bazální stimulace, snoezelen a canisterapie, což jsou nesmírně důležité aktivity vedoucí ke zmírnění rychlé progrese onemocnění, napomáhající k udržení stávajícího stavu a důstojné kvality života.

Systém akutní péče je přechodnou a přípravnou stanicí k pokračování v péči následné, a to v dlouhodobém procesu ucelené rehabilitace v oblasti léčebné, pracovní, sociální, psychologické a právní s cílem co nejlepší reintegrace a resocializace.

Přínosem diplomové práce je ucelený vhled do tématu se zajímavými ukázkami výtvarné tvorby pacientů a zamýšlení se nad aktuálními skutečnostmi. Výsledkem diplomové práce jsou náměty pro zajímavou práci, které by mohly poskytnout nejen inspiraci, ale i zajímavou zkušenost v práci s osobami s duševním onemocněním nejen v oblasti zdravotnictví, ale i sociálních služeb.

8 SEZNAM PRAMENŮ A LITARATURY

1. BALEKA, Jan. *Modř mezi barvami.* 1.vyd. Praha: Academia, 1999. 207 s. ISBN 80-200-017-0.
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 71 s. ISBN 978-80-87142-16-15.
3. BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.
4. BAŠTECKÝ, Jaroslav; KÜMPEL, Quido; VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
5. BAYER, Antony; REBAN, Jan. *Dementia. Manual of assessment and management in older people.* CZ: Medea Press, 1996. 201 s. ISBN 80-900151-7-4.
6. BĚHOUNKOVÁ, Leona. *Artefiletika jako prostor pro rozvoj sociálních kompetencí dětí s problémy v chování na 2. stupni ZŠ.* Arteterapie, 2009, č. 20 – 21, s. 101. ISSN 1214-4460.
7. CALLONE, R. Patricia; KUDLACEK, Connie; VASILOFF, C. Barbara; MANTERNACH, Janaan; BRUMBACK, A. Roger. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe.* 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
8. CAMPBELLOVÁ, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80-7178-204-1.
9. DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské.* Praha: Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
10. ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin.* 1.vyd. Praha: Grada, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
11. DAVID, S. Anthony; CUTTING, C. John eds. *The Neuropsychology of Schizophrenia. Brain Damage, Behaviour and Cognition Series*. 3.ed. UK: Psychology Press, 1997. 406 p. ISBN 0-86377-337-0.

12. DLOUHÁ, Jana; DLOUHÝ, Martin; NEUBAUEROVÁ, Lenka; SÝKOROVÁ, Zuzana; DOSTÁLKOVÁ, Martina. *Úvod do psychopedie.* 2. doplněné a rozšířené vyd. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 155 s. ISBN 978-80-7435-333-8.
13. GELDER, Michael; MAYOU, Richard; GEDDES, John. *Psychiatry*. 3.ed. Oxford, 2005. 333 s. ISBN 13: 978-0-19-852863-0.
14. HANUŠ, Herbert a kolektiv. *Speciální psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2000. 331 s. ISBN 80-7184-873-5.
15. HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí.* Praha: Triton, 2005. 1. vyd. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
16. HORŇÁKOVÁ, Marta. *Liečebná pedagogika.* 1.vyd. Bratislava: Perfekt, 1999. 187 s. ISBN 80-8046-126-0.
17. HÖSCHL, Cyril a kolektiv. *Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy.* 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1997. 176 s. ISBN 80-85526-64-6.
18. HÖSCHL, Cyril LIBIGER, Jan ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
19. HOLMEROVÁ, Iva JAROLÍMOVÁ, Eva SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
20. HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
21. HUPTYCH, Miroslav. *Všechno je koláž.* Arteterapie, 2006. č. 11. s. 62. ISSN 1214-4460.
22. JANKŮ, Kateřina. *Terapie ve speciální pedagogice – základy a obecná vymezení.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 46 s. ISBN 978-80-7464-280-7.
23. JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária; ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie.* 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
24. KAFKA, Josef a kolektív. *Psychiatria. Učebnica pre lekarske fakulty.* 1.vyd.Martin: Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-66-4.
25. KALINA, Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978- 80-247-1411-0.

26. KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; WEBER Jana. *Základy muzikoterapie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
27. KATONA, Cornelius; COOPER, Claudia; ROBERTSON, Mary. *Psychiatry at a Glance*. 4.ed. UK: Oxford, 2008. 118 p. ISBN 978-1-4051-8117-4.
28. KIRCHNER, Jiří. *Psychologie prožitku a dobrodružství pro pedagogiku a psychoterapii.* 1.vyd. Brno: Computer Press, 2009. 135 s. ISBN 978-80-251-2562-5.
29. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické prax*i. 1 vyd. Praha: Galén, 2010. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
30. KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence.* 1.vyd. Praha: Grad, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
31. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi.* 3.dopl.vyd. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 978-80-7262-347-1.
32. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
33. KUČEROVÁ, Hana. *Schizofrenie v kazuistikách.* 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
34. KULKA, Jiří. *Psychologie umění.* 2.vyd. Praha: Grada, 2008. 435 s. ISBN 978-80-247-2329-7.
35. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha.* 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
36. LHOTOVÁ, Marie. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii.* 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita., 2010. 199 s. ISBN 978-80-7394-209-0.
37. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci.* 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.
38. MAREŠ, Jiří; VACHKOVÁ, Eva. *Pacientovo pojetí nemoci III.* Brno: MSD, 2011. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.
39. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetřovatelská péče.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

40. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování.* 2.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.
41. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika.* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
42. MÜLLER, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2.vyd. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-2474172-7.
43. PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
44. PAYNEOVÁ, Helen. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 239 s. ISBN 80-7178-213-0.
45. PEČEŇÁK, Ján a kolektív. *Kapitoly o schizofrénii.* 1.vyd.Martin: Osveta, 2005. 196 s. ISBN 80-8063-201-4.
46. PIPEKOVÁ, Jarmila; VÍTKOVÁ, Marie. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* 2.vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
47. POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Arteterapie v institucionální výchově.* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 193 s. ISBN 978-80-244-2652-5.
48. POTMĚŠILOVÁ, Petra; SOBKOVÁ, Petra. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy.* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 109 s. ISBN 978-80-244- 3120-8.
49. PRAŠKO, Ján; PAŠKOVÁ, Beata; PRAŠKOVÁ, Hana; KOSOVÁ, Jiřina; ŠIPEK, Jiří. *Agorafobie a její léčba. Příručka pro klinickou praxi*. 1.vyd. České Budějovice: Protisk, 1998. 44 s.
50. PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; VYŠKOVÁ, Katarína; VYSKOČILOVÁ, Jana. *Panická porucha a jak ji zvládat.* 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 55 s. ISBN 80-7262-424-5.
51. PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKO, Ján. *Úzkostné a fobické poruchy.* 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 102 s. ISBN 80-7262-038-8.
52. PRINZHORN, Hans. *Výtvarná tvorba duševně nemocných.* 1.vyd. Řevnice: Arbor vitae, 2009. 391 s. ISBN 978-80-87164-36-5.

53. PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání.* 2.vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
54. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie minimum pro praxi.* 2.vyd. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0.
55. SLAVÍK, Jan. *Od výrazu k dialogu ve výchově: artefiletika.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. 199 s. ISBN 80-7184-437-3.
56. SLAVÍK, Jan. *Umění zážitku, zážitek umění: teorie a praxe artefiletiky.* Praha: Univerzita Karlova, 2001. 218 s. ISBN 80-7290-066-8.
57. SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým onemocněním.* 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 233 s. ISBN 978-0-470-41700-3.
58. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie.* 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
59. VAVRUŠOVÁ, Livia a kolektív. *Depresia.* 1.vyd. Martin: Osveta, 2008. 221 s. ISBN 978-80-8063-280-9.
60. VYMĚTAL, Jan a kolektiv. *Speciální psychoterapie.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
61. WADESON, Harriet. *Art Psychotherapy.* New Jersey: Hoboken, 2010. ISBN 978-0-470-41700-3.
62. WEISS, Petr a kolektiv. *Sexuologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
63. ZÁVORA, Jiří. *Salutogenetický charakter artefiletiky Jana Slavíka.* Arteterapie, 2010, č. 22 – 23, s. 94 – 95. ISSN 1214-4460.
64. ZICHA, Zbyněk. *Úvod do speciální výtvarné výchovy.* 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1981. 145 s.
65. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace).* 1.vyd. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9

Internetové zdroje

1. http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&22.
2. http://www.kritickemysleni.cz/klisty.php?co=28/!artefiletika.
3. http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102.
4. http://www.usis.cz/cz/mkn/seznamhtml.
5. http://www.usis.cz/system/files/ai_2013_45.http://www.zmenyzakonu.cz/vyber.aspx?k=82/2015%20Sb.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A**:** Rozdíly a přesahy arteterapie a artefiletiky

Příloha B: Specifika výtvarného projevu osob se schizofrenií

Příloha C: Specifika výtvarného projevu osob s depresí

Příloha D: Specifika výtvarného projevu osob s mánií

Příloha E: Rozdělení výtvarného materiálu dle struktury

Příloha F: Výtvarná tvorba pacienta s organickou poruchou osobnosti a DMO

Příloha G: Výtvarná tvorba pacienta se schizofrenií

Příloha H: Výtvarná tvorba pacientky s depresí a střední slabozrakostí

Příloha I: Výtvarná tvorba pacientky s Alzheimerovou chorobou

Příloha J: Výtvarná tvorba pacienta s vaskulární demencí a deliriem

Příloha K: Další výtvarné prostředky využívané v rehabilitaci osob s duševním onem.

Příloha L: Dotazník

SEZNAM OBRÁZKŮ V PŘÍLOHÁCH

Obrázek č. 1: Nápadná barevnost artefaktu osoby se schizofrenií
Obrázek č. 2: Zpracování prostoru v několika vrstvách u osoby se schizofrenií
Obrázek č. 3: Strohý výtvarný projev s nedostatkem využité energie osoby s depresí
Obrázek č. 4: Sexuální symbolika v koláži u osoby s manií
Obrázek č. 5: Kresba voskovými pastely (Příjemné místo)
Obrázek č. 6: Práce s keramickou hlínou (Nemocný strom)
Obrázek č. 7: Kooperativní kresba (Společný dům)
Obrázek č. 8: Práce s přírodninami (Skupinová mandala)
Obrázek č. 9: Spontánní kresba grafitovou tužkou (spontánní tvorba)
Obrázek č. 10: Koláž (Co nosím v hlavě)
Obrázek č. 11: Malba na sklo (spontánní tvorba)
Obrázek č. 12: Kresba černým fixem (spontánní tvorba)
Obrázek č. 13: Kresba černým fixem (spontánní tvorba)
Obrázek č. 14: Kresba černým fixem (Pohádka O Červené Karkulce)
Obrázek č. 15: Práce s keramickou hlínou (spontánní tvorba)
Obrázek č. 16 : Rekonstrukční kresba (Roční období)
Obrázek č. 17 : Rekonstrukční kresba pacienta s absencí alterace kognitivních funkcí
Obrázek č. 18: Kresba (Moje bydliště)
Obrázek č. 19: Kresba (Vzpomínka)
Obrázek č. 20: Koláž (Oblíbené jídlo)
Obrázek č. 21: Práce s keramickou hlínou (spontánní tvorba osoby s demencí)
Obrázek č. 22: Enkaustika (spontánní tvorba)
Obrázek č. 23: Enkaustika (spontánní tvorba)
Obrázek č. 24: Malba snímatelnými barvami na sklo (vánoční svátky)
Obrázek č. 25: Malba snímatelnými barvami na sklo (volné téma)
Obrázek č. 26: Relaxační omalovánky pro dospělé
Obrázek č. 27: Relaxační omalovánky pro dospělé
Obrázek č. 28: Mačkaná kresba (spontánní tvorba)
Obrázek č. 29: Kresba mokrými křídami (Halloween)
Obrázek č. 30: Kombinovaná technika - akvarel a tuš (Barborka)

Obrázek č. 31: Kombinovaná technika - voskový pastel a anilinové barvy (Mlha)
Obrázek č. 32: Kombinovaná technika - vodové barvy a voskový pastel (volné téma)
Obrázek č. 33: Kombinovaná technika - vodové barvy a voskový pastel (Sněhová královna)
Obrázek č. 34: Malování na kameny (spontánní tvorba)

Příloha A: Rozdíly a přesahy arteterapie a artefiletiky

	ARTETERAPIE	**ARTFILETIKA**
východiska	psychoterapie	pedagogický konstruktivismus
realizátor/vzdělání	arteterapeut/psychoterapeutické	artefiletik/(speciálně) pedagogické
cíle hlavní	léčba, diagnostika	screening, prevence, intervence
cíle parciální	aktivizace rozvoj kreativity sublimace emocí interpretace díla	facilitace psychosociálního růstu (emoce, chování, etická kultivace), socializace (kooperace, modelový nácvik chování), resocializace/rehabilitace (korektivní zkušenost)
cílová skupina	psychicky nemocní jedinci	zdraví a rizikoví jedinci
indikace	jedinci vyžadující neverbální psychoterapii, zpracování nevědomých témat a traumat	narušené sociální vztahy skupiny, seberozvoj, sebepoznání, socio-kulturní růst
kontraindikace	schizofrenie, hraniční poruchy osobnosti, jedinci opakovaně odmítající výtvarnou tvorbu	jedinci se závažnými psychickými problémy
formy	individuální, skupinová	skupinová, párová
přínos	úleva, vhled, sebeakceptce (tj. akceptace nemoci), osobnostní růst, smysluplnost života atd.	zdravé sebepojetí a sebehodnocení, rozvoj emocí (identifikace, kultivace), sebereflexe a reflexe sociálních situací, senzitivita (empatie, tolerance, ochota pomáhat druhým)
základní nástroje	interpretace obsahu i procesu výtvarných aktivit, pochopení problému	zážitková výtvarná hra, sebereflexe a reflektivní dialog, hodnocení (zpětná vazba)

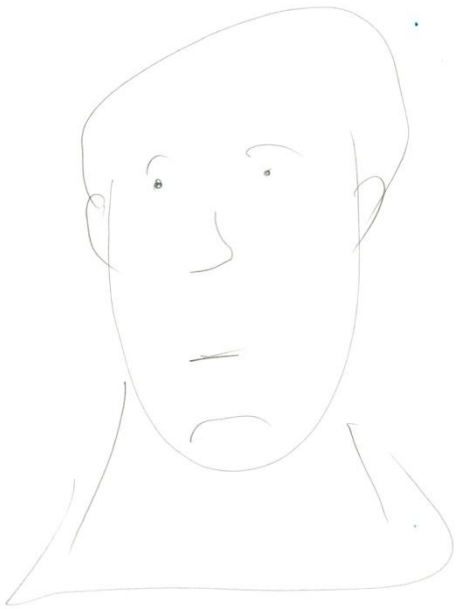
Příloha B: Specifika výtvarné tvorby osob se schizofrenií v akutní fázi onemocnění

Obrázek č. 1: Nápadná barevnost artefaktu u osoby se schizofrenií

Obrázek č. 2: Zpracování prostoru v několika vrstvách u osoby se schizofrenií

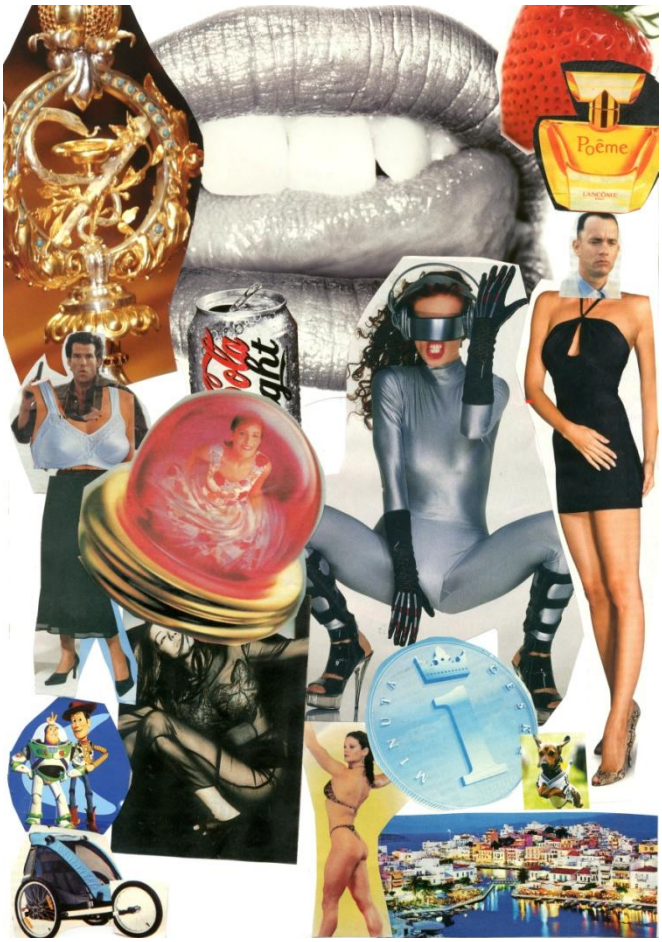
Příloha C: Specifika výtvarné tvorby osob s depresí

Obrázek č. 3: Strohý výtvarný projev osoby s depresí



Příloha D: Specifika výtvarné tvorby osoby s mánií

Obrázek č. 4: Sexuální symbolika v koláži u osoby s mánií



Příloha E: Rozdělení výtvarného materiálu dle struktury

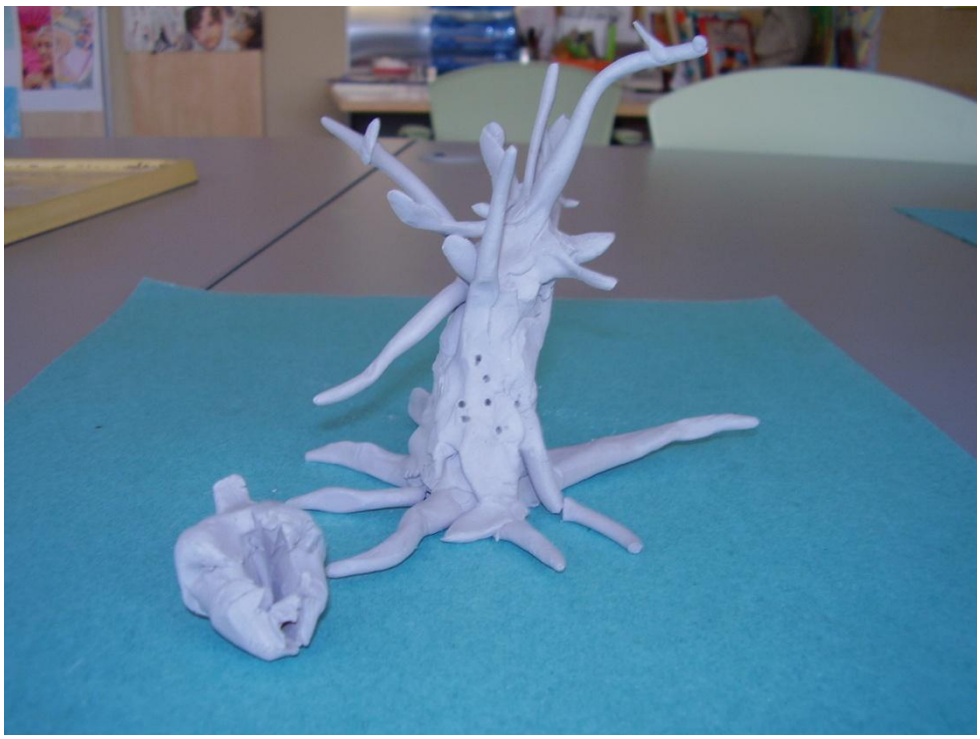
Materiály:	**měkké**	**křehké**	**tvrdé**
dvojdimenzionální	prstové, vodové, temperové, olejové barvy, pastel		tužky, pastelky
trojdimenzionální	hlína, písek, plastelína, modurit	sklo	dřevo, kámen

Šicková – Fabrici in Müller, 2005

Příloha F: Výtvarná tvorba pacienta s organickou poruchou osobnosti a DMO

Obrázek č. 5: Kresba voskovými pastely (Příjemné místo)

Obrázek č. 6: Práce s keramickou hlínou (Nemocný strom)



Obrázek č. 7: Kooperativní kresba (Společný dům)

Obrázek č. 8: Práce s přírodninami (Skupinová mandala)

Příloha G: Výtvarná tvorba pacienta se schizofrenií

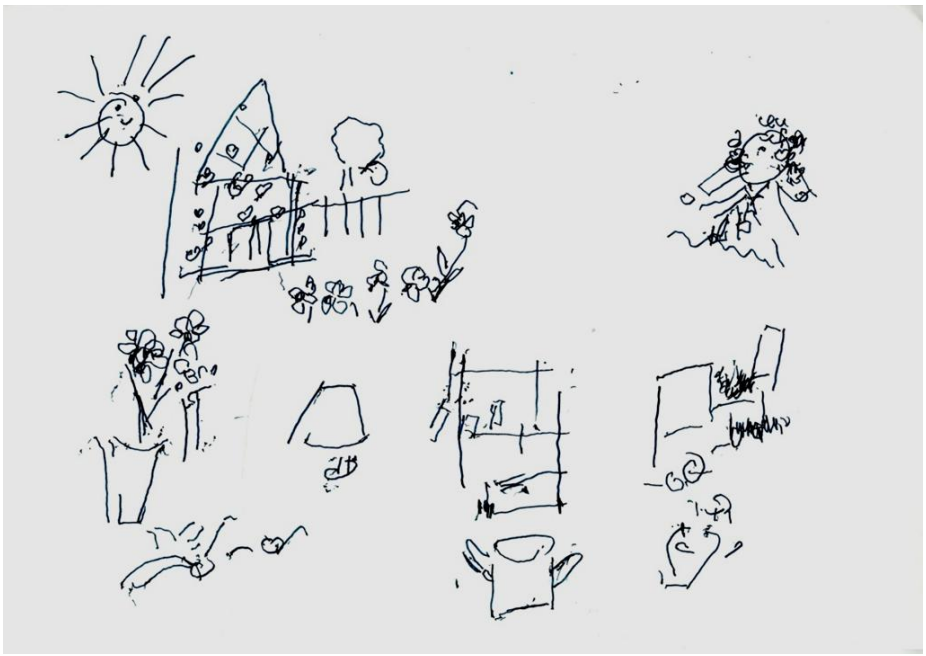
Obrázek č. 9: Spontánní kresba grafitovou tužkou (volné téma)

Obrázek č. 10: Koláž (Co nosím v hlavě)

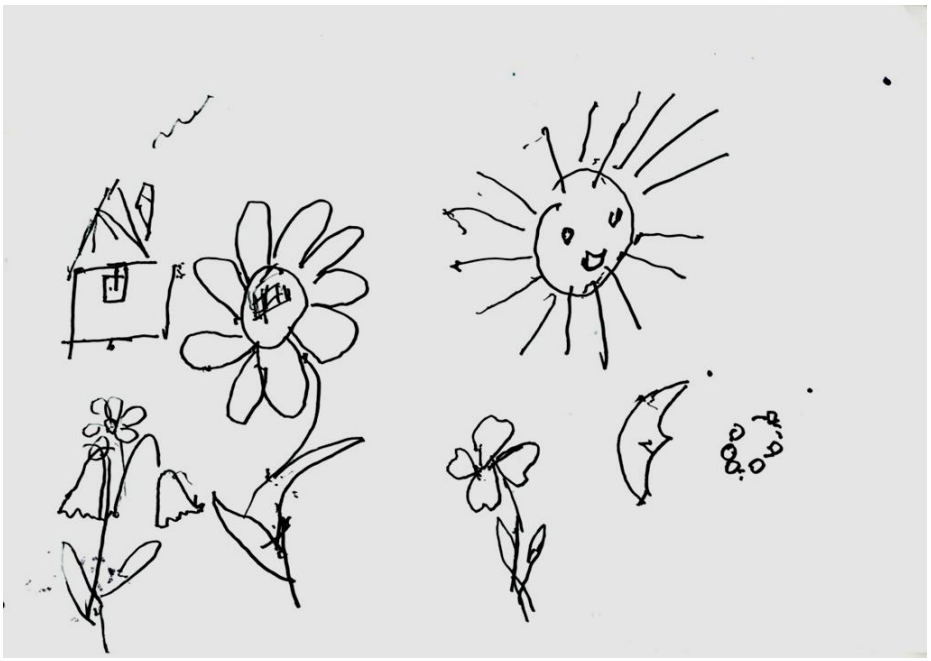
Obrázek č. 11: Malba na sklo (spontánní tvorba)

Příloha H: Výtvarná tvorba pacientky s depresí a se střední slabozrakostí

Obrázek č. 12: Kresba černým fixem (spontánní tvorba)

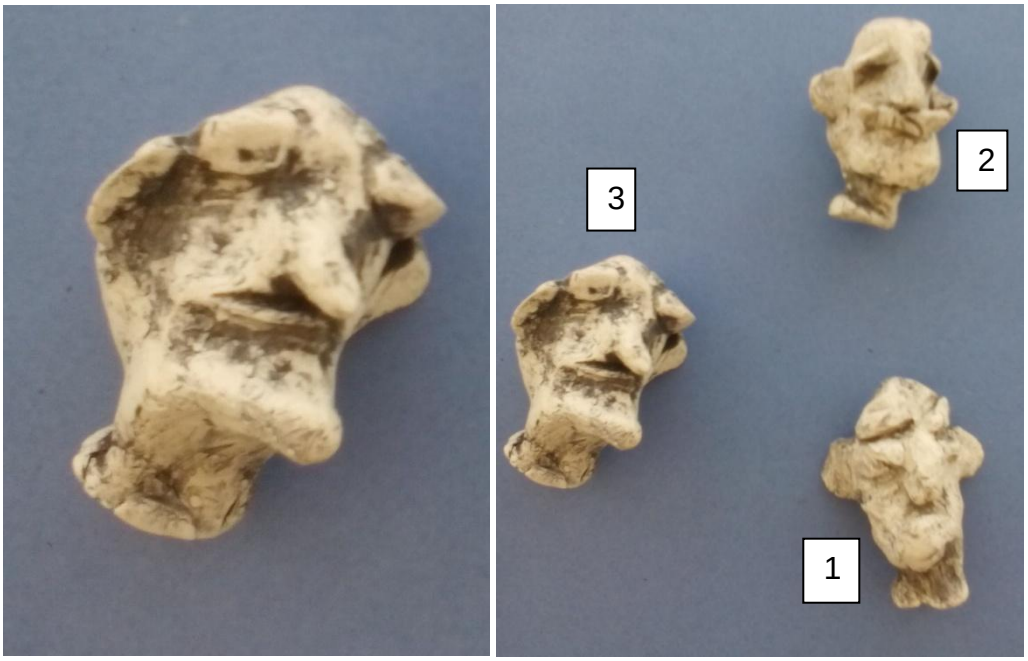


Obrázek č. 13: Kresba černým fixem (spontánní tvorba)



Obrázek č. 14 : Kresba černým fixem (Pohádka O Červené Karkulce)

Obrázek č. 15: Práce s keramickou hlínou (spontánní tvorba)



Příloha I: Výtvarná tvorba pacientky s Alzheimerovou chorobou

Obrázek č. 16 : Rekonstrukční kresba (Roční období)

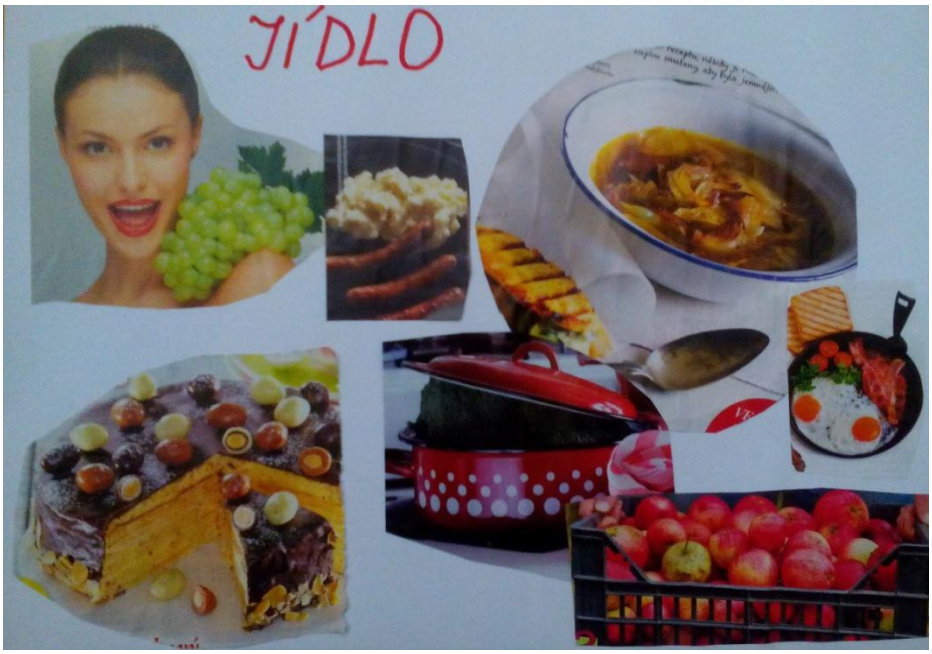
Obrázek č. 17 : Rekonstrukční kresba pacienta s absencí alterace kognitivních funkcí

Obrázek č. 18: Kresba (Moje bydliště)

Obrázek č. 19: Kresba (Vzpomínka)

Příloha J: Výtvarná tvorba pacienta s vaskulární demencí

Obrázek č. 20: Koláž (Oblíbené jídlo)



Obrázek č. 21: Práce s keramickou hlínou

Příloha K: Další výtvarné prostředky využívané v rehabilitaci osob s duševním onemocněním

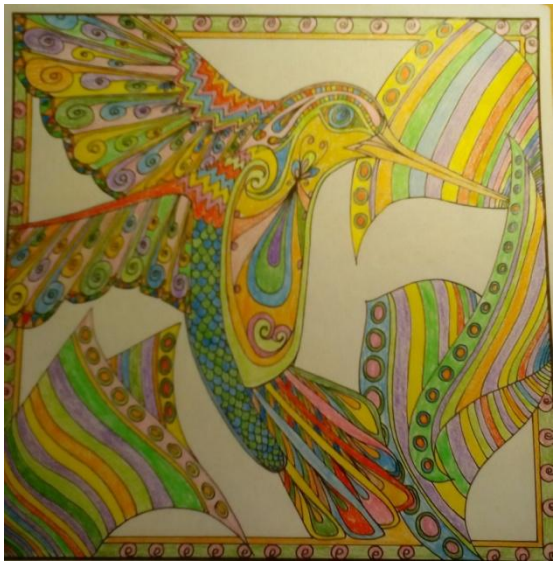
Obrázek č. 22: Enkaustika

Obrázek č. 23: Enkaustika

Obrázek č. 24: Malba snímatelnými barvami na sklo (vánoční svátky)

Obrázek č. 25: Malba snímatelnými barvami na sklo (volné téma)

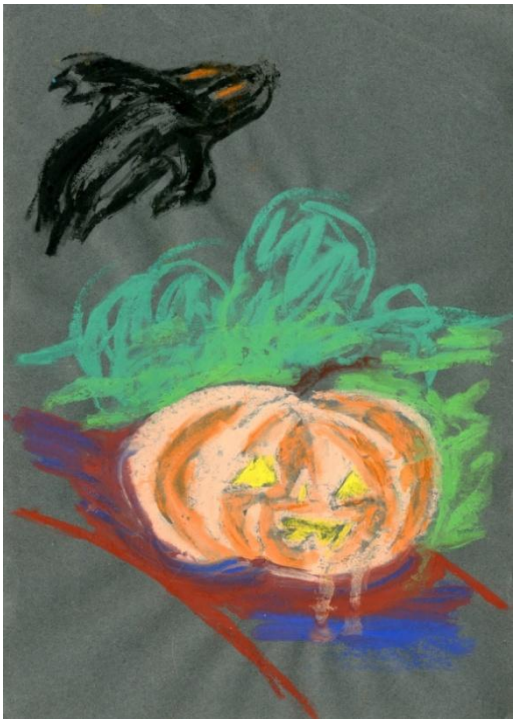
Obrázek č. 26: Relaxační omalovánky pro dospělé



Obrázek č. 27: Relaxační omalovánky pro dospělé

Obrázek č. 28: Mačkaná kresba (spontánní tvorba)

Obrázek č. 29: Kresba mokrými křídami (Halloween)



Obrázek č. 30: Kombinovaná technika – akvarel a tuš (Barborka)

Obrázek č. 31: Kombinovaná technika - voskový pastel a anilinové barvy (Mlha)

Obrázek č. 32: Kombinovaná technika - vodové barvy a voskový pastel (volné téma)

Obrázek č. 33: Kombinovaná technika - vodové barvy a voskový pastel (Sněhová královna)

Obrázek č. 34: Malování na kameny (spontánní tvorba)

Příloha L: Dotazník

Vážený respondente,

jmenuji se Jana Čejková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, magisterského studijního programu Speciální pedagogika. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který mi bude nápomocen při psaní diplomové práce zaměřené na využití arteterapie a artefiletiky u dospělých osob s duševním onemocněním včetně osob s mentální retardací a demencí. Dotazník obsahuje celkem 8 otázek. Příslušné pole vyznačte křížkem.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

1. Jaké služby poskytuje Vaše zařízení?

a) zdravotnické ☐
b) sociální ☐

2. Je arteterapie a artefiletika využívána na vašem pracovišti jako samostatná součást léčebného procesu u osob s duševním onemocněním?

a) ano ☐
b) ne ☐

3. Pokud není využívána arteterapie samostatně, jsou její prvky součástí jiných aktivit?

a) ano ☐
b) ne ☐

4. Pokud jste odpověděli v otázce č. 3 ano, uveďte kterých

……

……

5. V čem spatřujete pozitivní dopad využití arteterapie, případně jejich prvků a artefiletiky v praxi? (možnost více odpovědí)

a) rozvoj či zlepšení komunikačních dovedností ☐
b) uvolnění emočního napětí ☐
c) upevnění vztahů ve skupině ☐
d) prožitek nové zkušenosti ☐
e) rozvoj výtvarných dovedností a kreativity ☐
f) sebeuvědomění a sebepoznání ☐
g) zdroj aktivizace pacienta/klienta ☐
h) motivace k smysluplnému využití volného času ☐
i) podpora a pocit sounáležitosti ☐
j) navázání nových vztahů ☐
k) poskytování reálného pohled na nemoc ☐
l) vytváření nových žádoucích vzorců chování ☐
m) zlepšení pozornosti ☐
n) zlepšení jemné motoriky ☐
o) zlepšení prostorového vnímání ☐
p) napomáhání v socializaci/resocializaci ☐
q) jiné (uveďte)……..

6. Kdo ve Vašem zařízení pracuje s technikami arteterapie či jejich prvky? (možnost více odpovědí)

a) všeobecná sestra/sestra specialistka ☐
b) sociální pracovník ☐
c) pracovník v sociálních službách ☐
d) arteterapeut VŠ vzděláním v oboru arteterapie /s psychoterapeutickým výcvikem ☐
e) psycholog ☐
f) lékař ☐
g) speciální pedagog ☐
h) jiný (uveďte)……..

7. U pacientů/uživatelů s onemocněním kterého typu jsou ve Vašem zařízení využívány techniky arteterapie? (možnost více odpovědí)

a) s demencí ☐
b) se závislostí na návykových látkách ☐
c) se schizofrenií a psychotickými poruchami ☐
d) s poruchami nálady ☐
e) s úzkostnými poruchami ☐
f) s poruchami příjmu potravy ☐
g) s poruchami osobnosti ☐
h) s mentální retardací ☐

8. Pokud pracujete s osobami s demencí, které rehabilitační či terapeutické metody či její prvky jsou ve vašem zařízení ještě využívány?

a) bazální stimulace ☐
b) snoezelen ☐
c) ergoterapie ☐
d) muzikoterapie ☐
e) biblioterapie ☐
f) tanečně-pohybová terapie ☐
g) canisterapie ☐
h) kognitivní trénink ☐
i) reminiscenční terapie ☐
j) kondiční cvičení ☐
k) jiné (uveďte)……...