



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra arteterapie

Bakalářská práce

Podoba vybraných psychiatrických diagnóz a jejich vývoj ve výtvarné tvorbě během léčby v Psychiatrické nemocnici Jihlava

Vypracovala: Petra Malá
Vedoucí práce: PaedDr. Perout Evžen

České Budějovice 2022

Prohlášení

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

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

Datum:

Petra Malá

Anotace

S výtvarným fenoménem se začalo zacházet do jisté míry už v pravěku. Samotnými průkopníky arteterapie nebo také „terapie uměním“, byli převážně psychiatři a výtvarníci, kteří zkoumali spojení mezi výtvarnou tvorbou a psychoterapií a její uplatnění v léčbě.

Tato bakalářská práce se zabývá pacienty z psychiatrického oddělení 2B, v Jihlavě především z hlediska arteterapie. Čtyřmi pacienty s diagnózami-paranoidní schizofrenie, bipolární poruchou, poruchou přizpůsobení a pacienta s psychotickou poruchou způsobenou užíváním drog.

V teoretické části budou popsány zvolené diagnózy v kontextu současné psychiatrie a pohled arteterapeuta s ohledem na historii oboru, možnosti uplatnění a specifika přístupů v této oblasti.

Záměrem praktické části je popis vstupu terapeuta do prostředí Psychiatrické nemocnice a práce s příslušnými pacienty. Dále bude prezentován efekt arteterapeutické metodiky a hledání rozdílnosti ve výtvarném zpracování artefaktů.

Klíčová slova: Psychiatrická nemocnice, arteterapie, paranoidní schizofrenie, bipolární porucha, porucha přizpůsobení, psychotická porucha způsobená užíváním drog.

Annotation

The art phenomenon began to be treated to some extent in prehistoric times. The pioneers of art therapy, or “art therapy”, were mostly psychiatrists and artists who studied the connection between art and psychotherapy and its application in treatment.

This bachelor thesis deals with patients from the psychiatric ward 2B in Jihlava, especially in terms of art therapy. Four patients with diagnoses - paranoid schizophrenia, bipolar disorder, adjustment disorder and a patient with a psychotic disorder caused by drug use.

The theoretical part will describe the selected diagnoses in the context of contemporary psychiatry and the view of the art therapist with regard to the history of the field, the possibilities of application and the specifics of approaches in this area.

The purpose of the practical part is to describe the therapist's entry into the environment of the Psychiatric Hospital and work with relevant patients. Furthermore, the effect of art therapy methodology and the search for differences in the artistic processing of artifacts will be presented.

Key words: Psychiatric hospital, art therapy, paranoid schizophrenia, bipolar disorder, adjustment disorder, psychotic disorder caused by drug use.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PaedDr. Evženovi Peroutovi za odborné vedení bakalářské práce, rady, které mi byly přínosem při jejím zpracování, za ochotu a vstřícnost. Dále bych poděkovala prim. MUDr. Eleně Holubové za umožnění přístupu k dokumentům zmiňovaných pacientů, ze kterých jsem, mimo jiné, čerpala. Vřelé díky patří pacientům, kteří mi věnovali své artefakty, podělili se o své příběhy a věnovali svůj čas tvorbě.

Obsah

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1	Předobrazy „arteterapie“	9
2.2	Vývoj arteterapie.....	10
2.2.1	Psychiatrická linie.....	11
2.2.2	Psychoanalytická linie	11
2.2.3	Přínos psychoanalytické linie	12
2.2.4	Profilace oboru 20. století.....	12
3	ART BRUT	13
3.1	Sbírka abcd	13
3.2	Vztah mezi arteterapií a art brut.....	14
3.3	Umělci čistého srdce	14
3.4	Spiritisté.....	16
3.5	Závěrem.....	17
4	F20-SCHIZOFRENIE.....	19
4.1	Příčiny schizofrenie	19
4.2	Příznaky	20
4.3	Rozdělení schizofrenie.....	21
4.3.1	F20.0 - Paranoidní schizofrenie.....	21
4.3.2	F20.1 - Hebefrenní schizofrenie.....	21
4.3.3	F20.2 - Katatonní schizofrenie	21
4.3.4	F20.6 - Simplexní schizofrenie	22
4.3.5	F20.5 - Reziduální schizofrenie	22
4.3.6	F20.3 - Nediferencovaná schizofrenie	22
4.3.7	F20.4 - Postschizofrenní deprese.....	22

4.4	Jak diagnostikovat schizofrenii?	23
4.5	Léčba	23
4.6	Projevy v tvorbě	23
4.7	Práce se schizofreniky z hlediska arteterapie	25
5	F31.9 – BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ (MANIODEPRESIVNÍ) PORUCHA	27
5.1	F30 – Manická fáze	28
5.2	F32 – Depresivní fáze	28
5.3	Rizikové skupiny	29
5.4	Léčba	29
5.5	Výtvarná tvorba	30
5.6	Z pohledu arteterapie	32
5.6.1	Depresivní pacient	33
5.6.2	Manický pacient	33
6	F43.2 - PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ	35
6.1	Úkol arteterapie	37
7	PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM DROG	38
7.1	Léčebná péče	39
7.2	Boj proti toxikomanii	39
7.3	Výtvarná tvorba	40
8	PRAKTICKÁ ČÁST	41
8.1	Úvodem	41
8.2	Oddělení 2B	42
8.2.1	Kazuistika I, pacient s paranoidní schizofrenií	43
8.2.2	Kazuistika II, pacient s paranoidní schizofrenií	48
8.2.3	Kazuistika III, pacient s poruchou přizpůsobení	54
8.2.4	Kazuistika IV, pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog	58

8.2.5	Kazuistika V, pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog.....	72
8.2.6	Kazuistika VI, pacientka s bipolární poruchou	75
9	DISKUZE	80
10	ZÁVĚR.....	82
11	Použitá literatura:	83
12	Přílohy	86

1 ÚVOD

Jak je člověku, když tvoří? Cítí se uvolněný...? Cítí se napjatý...? Prožil tragédii...? Je zamilovaný...? Dostat, alespoň částečně, odpovědi na tyto otázky se mi naskytla při mé práci pracovní terapeutky v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Pokud já mám potřebu tvořit a vyjádřit se, je to většinou malbou a kresbou. V té chvíli zapomínám na starosti, na radosti a je jen téma, které mám v hlavě. Jak to mají druzí...? Nemocní...? Zdraví...? Závislí...?

Každý vytvořený artefakt je odrazem autorova vzdělání, vnímání světa bezprostředního okolí a také jeho talentu. Transformuje se od prvotní jednoduchosti do následné složitosti vnímání světa.

Arteterapie umožňuje uvolnit napětí prostřednictvím tvorby. Účelem výtvarné tvorby je převážně radost. Pokud během tvorby tohoto pocitu člověk nabývá, může se dívat na svou problematickou situaci z jiného úhlu a dospět tak k pokroku.

Arteterapie umožňuje náhled do nitra člověka nejen prostřednictvím barev, ale také způsobem zpracování a dalšími aspekty, které se v obrázku objevují.

Výtvarná činnost může být prostředkem očištné katarze.

Arteterapie na rozdíl od výtvarné výchovy nemá za cíl rozvíjet umělecké dovednosti, ale nahlíží na umělecký výtvar jako na formu komunikace a snaží se skrze něj analyzovat osobnost člověka.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Předobrazy „arteterapie“

Nevíme, jaké byly začátky umění, stejně jako nevíme, jak vznikla řeč. Možná stojí za zamyšlení, kdy člověk poznal, jakou schopnost mají jeho ruce. Jaké jsou jejich funkce. Ruce jsou důležitou částí našeho těla. Jejich prostřednictvím se vyjadřujeme. Už jako malé dítě objevujeme, že leccos vnímáme hmatem a to, jaký nám přináší pocit dotýkat se věcí kolem sebe. Vědomě, nebo nevědomě do rozlité tekutiny, písku, hlíny, bahna tvoříme obrazce, děláme tahy, které se dají ovlivnit. Z čar vznikají obrysy, poté tvary a nakonec celky. Zobrazujeme, co vidíme a tím poznáváme a rozvíjíme se.

První návody pro záměrnou expresivní terapii nebo úvahy o léčebných účincích umění vznikaly v antickém světě. Převažovala snaha léčit promyšleně na základě praktických poznatků a teoretického rozvažování. Ze čtvrtého století před naším letopočtem pochází známá Aristotelova myšlenka o katarzi – očištění duše prostřednictvím uměleckého zážitku: „Tragédie odstraňuje úzkostné pocity duše vzbuzováním soucitu a hrůzy.“

(Šicková-Fabricsi, 2002)

Expresivní terapii rozvíjeli také Arabové. Na přelomu 9. a 10. století našeho letopočtu doporučoval arabský lékař Nayab léčení duševních chorob pomocí hudby. Podobné rady nalezneme i v medicínské literatuře starověké a středověké východní Asie, zejména v Číně.

Středověká Evropa, která při obtížném hledání své vlastní kulturní identity bezpečně i programově zapomínala na leckteré poznatky jak z antického, tak z islamského světa, na dlouhou dobu zrušila pokusy uplatnit umění v léčbě. Pozvolný návrat k nim započal v 16. století, kdy se pod silicím vlivem renesančního humanismu začal mimo jiné měnit také postoj k psychicky chorým. Skutečnou šanci k rozvoji nabídl arteterapii v druhé polovině 17. století a zejména v 18. století vznik Špitálů, do nichž byli soustřeďováni duševně nemocní lidé. (Šicková-Fabricsi, 2002)

Špitály prošly složitým vývojem, v němž se utvářel i projevoval vztah společnosti k duševně postiženému člověku. Šílenství bylo zpočátku považováno za zvířecí stav, který musí být zlomen fyzickým nátlakem. Ten byl však postupně nahrazován nátlakem mravním – snahou

vypěstovat v duševně chorých pocit zodpovědnosti za své jednání. V tomto pojetí se prolнула biomedicínská stránka se stránkou sociální a duchovní. Spojení těchto dimenzí v sobě skrývá rozpory a občas je zdrojem potíží, ale zároveň bylo východiskem pro nebývalý rozmach expresivní psychoterapie v naší době.

Počátky arteterapie jako samostatného oboru je třeba hledat v psychopatologii schizofrenie. První monografie o expresivních tvůrčích projevech schizofreniků vyšly v 70. letech 19. století a jsou spjaty se jmény lékařů A. Tardieu (1872) a P. M. Simon (1876). Je třeba připomenout, že zhruba ve stejné době se výtvarné projevy některých duševně nemocných tvůrců nepominutelně zapsaly do vývoje moderního umění. Za všechny uvedme Vincenta van Gogha nebo naivní malířku Séraphine de Senlis, kteří svým dílem prokázali, že expresivní tvorba může plnit úlohu svorníku mezi většinovou populací a lidmi, kteří se z nejrůznějších důvodů ocitli na jejím okraji. (Foucault, 1994)

2.2 Vývoj arteterapie

Arteterapie se jako samostatný moderní obor rozvíjela ve dvou liniích. První linie-**psychiatrická**, vycházela z poznatků léčby psychotických onemocnění, zejména schizofrenie, a vyvíjela se od poslední třetiny 19. století. Druhá linie-**psychoanalytická**, navazovala na poznatky psychoanalýzy Sigismunda Šlomo Freuda a rozvíjela se od první čtvrtiny 20. století. Rozvoji arteterapie jako oboru předcházelo mnohonásobně delší období, v němž lidé intuitivně využívali psychoterapeutických funkcí výtvarného projevu.

Počátky těchto arteterapeutických snah spadají do starověku a v jistém ohledu až do pravěku. Souvisí především s magickými úlohami výtvarných fenoménů a se symbolikou určitých barev, tvarů, kompozičních sestav a podobně. Léčebné sošky nebo obrazce měly a v přírodních komunitách dodnes mají formu určenou pevnými pravidly léčebné magie. Například terapeutický účinek některých magických sošek z rovníkové Afriky je uživateli posuzován podle množství jejich částí a podle kvality zpracování detailů. (Foucault, 1994)

2.2.1 Psychiatrická linie

Rozvoj arteterapie jako svébytného oboru má své zdroje v profesních zkušenostech, výzkumech a publikacích psychiatrů ze 70. let 19. století.

Ústřední teze Paula Maxe Simona, které založily arteterapeutický obor (1876):

- (1) duševně nemocní se výtvarně projevují jinak než duševně zdraví;
- (2) charakter výtvarného projevu u duševně nemocných lidí se mění v závislosti na druhu choroby a jeho vývoji.

Ve 20. letech 20. století převáděl a publikoval systematické arteterapeutické výzkumy Hans Prinzhorn, který zavedl termín „patogram“ pro označení výtvarného příznaku duševní choroby, například: rozpad mimetických tvarů a zvláštní typ dekorativního projevu u schizofreniků. V této linii publikuje v druhé polovině 20. století až do současnosti řada dalších autorů jako R. Lemke, J. Corteon, M. Tyskiewicz a další. (Slavík, 2004)

2.2.2 Psychoanalytická linie

Široké rozšíření arteterapie jako psychoterapeutické disciplíny daleko za hranice psychiatrie mělo hlavní východisko v součinnosti psychoanalyticky vzdělaných psychiatrů a výtvarníků – učitelů výtvarné výchovy nebo výtvarných umělců.

Ústřední teze psychiatra Sigmunda Freuda, která založila tuto linii arteterapie (1900): své sny lidé zažívají především ve vizuálních obrazech (sen je pro psychoanalýzu jedním z hlavních zdrojů terapeutického poznávání prostřednictvím psychoanalytické interpretace jeho skrytých významů, které vypovídají o podvědomém intrapsychickém konfliktu).

Ústřední teze psychoanalyticky vzdělané učitelky výtvarné výchovy **Margarety Naumburgové**, která odstartovala vývoj arteterapie v této linii (1916): sen lze výtvarně vyjádřit efektivněji a pro psychoanalýzu účinněji než jej lze popsat slovy. Na podkladě spolupráce M. Naumburgové a psychiatra/psychoanalytika Nolana D. C. Lewise vznikla první monografie věnovaná této linii arteterapie-Studie o „volném“ výtvarném vyjádření problémového chování dětí a dospívajícího jako prostředek diagnostiky a terapie. (1947). Od té doby až do současnosti zde publikuje velké množství dalších autorů: J. A. Rubinová, R. Simonová, C. Caseová, A. Robbins aj. (Slavík, 2004)

2.2.3 Přínos psychoanalytické linie

V době, která předcházela psychoanalytické arteterapii, výtvarný projev obvykle nebyl bezprostředním předmětem rozhovoru mezi pacientem a lékařem, ale pouze objektem diagnózy. Psychoanalytická arteterapie oproti tomu překonala komunikativní nezúčastněnost ve vztahu terapeut-pacient a učinila pacientovo výtvarné dílo prostředníkem „vztahu mezi dvěma jednotlivci, z nichž jeden naslouchá řeči druhého“ (Michel Foucault). Cílem psychoanalytického rozhovoru nad výtvarným projevem bylo interpretovat skryté obsahy výtvarného výrazu a přivést klienta k náhledu na jeho nevědomé vnitřní konflikty, potlačená přání a skryté motivy jednání. Z tohoto základu se rozvinula řada nových přístupů, které vedly ke specializacím uvnitř oboru. (Slavík, 2004)

2.2.4 Profilace oboru 20. století

Ve 20. století postupně vycházely další publikace věnované výtvarné tvorbě psychotiků. Mezi nimi ústřední role patří důkladnému systematickému dílu Hanse Prinzhorna z r. 1922.

Tato vývojová linie vede specializovanou klinickou oblastí psychoterapie psychóz. Inspiračním podnětem pro psychoanalytickou arteterapii byla Freudova myšlenka o podobnostech mezi obrazností snu a obrazností výtvarného projevu, zejména v oblasti motivačních zdrojů zobrazení, komponování obrazového celku, procesů, které transformují obsahy a odpovídají principu trópů – metafory, metonymie (zhuštění, přesunutí atd.).

Z této analogie vyplývá, že výtvarná díla lze zkoumat a vysvětlovat psychoanalytickou metodou výkladu snů. Ve třicátých a čtyřicátých letech našeho století začali používat psychoanalytickou interpretační metodiku průkopníci americké arteterapie. Za průkopnici arteterapie je považována američanka Margareta Naumburgová a Nolan D. C. Lewis. Tím vytvořili předpoklady k širokému uplatnění arteterapie, protože psychoanalýza svým vlivem značně překročila uzavřené hranice psychiatrie a stávala se obecnou součástí evropské kultury.

Byl to zásadní koncepční zlom, který vytvořil předpoklady k těsné součinnosti s uměním (surrealismus). Freudem probuzený zájem o fenomén podvědomí se nakonec stal symbolickým prostorem, v němž se setkaly všechny obory hledající intimní porozumění o lidských věcech. (Slavík, 2004)

3 ART BRUT

Není to hnutí, ani směr. Je to uměle vytvořená zastřešující kategorie, pod kterou spadá tvorba lidí, kteří (většinou) nemají žádné výtvarné vzdělání a tvoří spontánně, aniž by se snažili přibližovat nějakým uměleckým směrům. Tvoří z vnitřních pohnutek a tvorba je pro ně nesmírně důležitá – mnohdy důležitější než jídlo a spánek. Bylo by zavádějící zaměňovat art brut za tvorbu duševně nemocných.

Do art brut spadají také kresby spiritistických médií, ale patří sem i jedinci, kteří nebyli psychicky nemocní, ani spiritisté, ale po zlomu v osobním životě dospěli k tomu, že dokázali uvolnit svoji kreativitu a imaginaci a byli schopni spontánně tvořit. Velmi často to bývají lidé na okraji společnosti, ale není to pravidlo. Takto ustanovil ve čtyřicátých letech pojem „art brut“ francouzský umělec a teoretik **Jean Philippe Arthur Dubuffet**, který byl také jedním z prvních sběratelů těchto děl.

(www.lidemezilidmi.cz)

3.1 Sběrka abcd

Název sdružení abcd pochází z francouzštiny, je to zkratka vytvořená ze sousloví „art brut connaissance et diffusion“ – poznání a šíření art brut. Asociace abcd existuje od devadesátých let v Paříži při stejnojmenné soukromé sbírce filmaře Bruna Decharma. Svůj mezinárodní věhlas nabyla díky kvalitě jednotlivých děl a jejich preciznímu výběru.

Obsahuje více než čtyři tisíce děl od zhruba dvou set významných tvůrců od poloviny 19. století do současnosti. Navázala na ni výstava Prinzhornovy sbírky. Hans Prinzhorn byl historik umění, filozof, operní zpěvák a psychiatr působící jako asistent na psychiatrické klinice v Heidelbergu. Prinzhorn totiž obeslal další kliniky a léčebny v Německu i v zahraničí a požádal je o spolupráci na projektu. Výsledkem byla v roce 1922 publikovaná rozsáhlá práce s názvem „Bildneri der Geisteskranken.“ (Prinzhorn, 2009)

Dílo se setkalo s velkým zájmem; popularitu si nicméně získalo spíše mezi výtvarníky a lidmi z oblasti kultury a společenských věd než mezi lékaři. Spolu s monografií W. Morgenthalera a A. Wölflim, vydanou ještě o rok dříve, tvoří dvojici základních publikací v oboru. (www.lidemezilidmi.cz)

Její specifikum spočívalo v tom, že se jednalo o čistě psychiatrickou kolekci. Jedním z důvodů, proč se tyto výstavy pořádají je snaha přispět k boji proti stigmatizaci duševně nemocných. (www.lidemezilidmi.cz)

3.2 Vztah mezi arteterapií a art brut

Art brut není arteterapie. Většina lidí, kteří se art brut zabývají, si to myslí. Arteterapie, znamená, že terapeuti vedou své klienty prostřednictvím kreslení nebo malování tak, aby se někam posunuli. V tomto procesu chybí spontaneita. To platí i pro kreativní centra, která fungují v zahraničí, včetně slavného Creative Growth Art Center v Kalifornii, odkud vzešla celá řada současných autorů art brut.

Terapeuti nemusí klientům přímo zasahovat do obsahu tvorby, ale zcela jistě lehce ovlivňují její formu. Místo obyčejné tužky a bílého papíru nabídnou klientům třeba stříbrnou fixu a fialový papír, nebo je přimějí, aby pastelky nahradili akvarelem. Výsledek poté může být více efektní, ale spontaneita, autenticita a divokost se v takovém případě vytrácí.

Teoretik Michel Thévoz se stavěl proti arteterapii a léčbě duševních nemocí vůbec. Považoval světy a vize, které se rodí v myslích lidí s duševní nemocí, za něco velmi bohatého a úžasného. Báł se, že jakmile se tito lidé dostanou do péče psychiatrů, kteří je otupí psychofarmaky, tak jim nic nezůstane. Nemocní pak nebudou patřit ani do „normálního“ světa, ale už ani nebudou mít své zvláštní bohatství. Zůstanou z nich tupé trosky. Ale to je názor, který zastával v sedmdesátých letech, a je otázka, jak by se k tomu stavěl nyní. (www.lidemezilidmi.cz)

3.3 Umělci čistého srdce

Vnučka Anny Zemánkové, Terezie Zemánková – historička umění, výtvarná publicistka a kurátorka výstav vyprávěla o své babičce: „Její kresby se už v sedmdesátých osmdesátých letech dostaly do muzeí art brut. Nebyla duševně nemocná, ani spiritistka či společenský outsider. Byla zcela konformní matkou od rodiny. Nijak zvlášť vzdělaná. Svým dětem věnovala veškerou svou energii; opečovávala je asi víc, než by si přály. Když děti odrostly, najednou se jí vyprázdnil životní prostor. Nevěděla, co se sebou. Nedá se říct, že by měla deprese, spíše šlo o frustraci spojenou s klimakteriem. Trápila se a soužití s ní bylo, eufemisticky řečeno, komplikované.“

Jednou našel můj otec společně se svým bratrem na půdě obrázky, které babička namalovala, když byla mladá. Byly to krajinky malované podle pohlednic, nic výjimečného, ale táta se strýcem si řekli, že zkusí matku přimět, aby se k malování vrátila. Ona to přijala a začala kreslit. Nejprve dělala víceméně realistické kytky, ale potom se něco náhle změnilo a ona pustila svoji imaginaci z uzdy. Začala kreslit podivné fantaskní rostliny, které vypadaly jako z jiných planet. Volila jak větší formáty, tak i úplné miniatury. Svě malby a kresby doplňovala vyšíváním, kolážemi a perforací. Tvorba jí přinášela pocit naplnění – všichni její výtvoři totiž obdivovali – a současně pro ni byla i terapií. Je zajímavé, že v jejích kresbách se objevují také fyziologické prvky. Často to působí, jako kdyby v nich znovu prožívala své mateřství, které už nemohla odžít reálně.“

(www.lidemezilidmi.cz)

Každý autor vytváří na první pohled něco úplně jiného. Je sice možné vystopovat určité společné rysy, ale jedná se spíše o shodné vytvářecí principy. Například u spiritistů jsou velmi časté organické a vegetativní tvary – rostliny nebo zvířata z jiných planet. Jindy u nich naopak nalezneme symetrické konstrukce, které vypadají jako nákresey vesmírných plavidel. Jejich kresby bývají přesné a dokonalé. Výtvarný projev lidí s duševní nemocí je oproti tomu rozervanější a divočejší, ale také to nelze považovat za pravidlo.

Pro art brut obecně je charakteristickým znakem, že potřeba sdělení je tak silná, že autorům je jedno, jakým prostředkem se vyjádří. Jestli budou kreslit, malovat nebo psát. Potřeba vytvořit jakýsi paralelní svět, je nutná, a proto často využívají i neobvyklé výtvarné prostředky. Použijí jednoduše to, co mají po ruce – zubní pastu místo běloby, kousky ubrousků místo obyčejné čtvrtky. Mnohdy pro ně tvorba znamená úplně vše. Podívejme se na nejznámějšího zástupce art brut vůbec, na Adolfa Wölfliho, jehož případu se s velkým zájmem věnoval až do svého odchodu z ústavu ve Waldau koncem roku 1919 Walter Morgenthaler, švýcarský psychiatr a psychoterapeut. Wölfli upoutal jeho odbornou i lidskou pozornost. Výsledky svého bádání o případu Wölfli publikoval Morgenthaler roku 1921 v přelomové monografické práci *Ein Geisteskranker als Künstler*. Adolf Wölfli (Duševně nemocný jako umělec. Adolf Wölfli). (Šafářová & Zemánková, 2012).

Kniha přináší ve své době úplně nový pohled na tvorbu autora řazeného dnes mezi přední představitele art brut a pokouší se o zásadně nové uchopení problematiky výtvarné tvorby psychiatrických pacientů, především se zřetelem na její psychoterapeutické aspekty, posléze

však i na její výsostně umělecké kvality. Co do ohlasu byla kniha trochu zastíněna dílem Hanse Prinzhorna *Bildneri der Geisteskranken* (Prinzhorn, 2009), které vyšlo o rok později, avšak společně s ním tvoří základní dvojici odborných publikací otevírajících nový pohled na tuto oblast výtvarné tvorby a na lidskou kreativitu obecně.

Adolf Wölfli byl asi dvakrát trestaný za pedofilní pokusy, ale nebyl vězněn, protože u něj diagnostikovali schizofrenii. Většinu života strávil v psychiatrické léčebně. Tam si vytvořil alternativní existenci, v níž se on sám stal stvořitelem světa. Vybájl si osobní mytologii, ve které sehrával role dobyvatelů, vítězů nebo naopak těch nejubožejších a poražených. Vymyslel si celou historii světa, metrický systém, geografii, vybájl si celý svět, který fungoval podle jeho představ a v němž byl šťastný.

Konstrukce paralelních světů je pro mnoho tvůrců art brut charakteristická. Jednou z nich je i Aloïse Corbaz, což je autorka, která pracovala jako hospodyně na dvoře císaře Viléma II., do kterého se vášnivě zamilovala. Neopětovaná láska byla u ní pravděpodobně spouštěčem psychózy.

Když zemřela, Jean Dubuffet napsal její psychiatrice kondolenční dopis, kde vyjádřil názor, že Aloïse vlastně vůbec nebyla nemocná. Tvrdil, že se utekla do azylu, aby nemusela být konfrontována s všední realitou. Byl přesvědčen, že v ústavu jen hledala klid k tomu, aby mohla prožít příběh své lásky. Začala tam malovat obrazy plné princezen, careven, kněžen apod., kterým u nohou leží milující císař. Prožila si svůj vysněný osud ve své tvorbě.

Podobný případ nalezneme i mezi autory českého art brut, například u Františky Kudelové. Když Františce zemřel snoubenec, uchýlila se do kláštera. Tam se ale nepohodla se sestrou představenou, a tak se přesunula do kroměřížské psychiatrické léčebny. Ti, kteří si ji pamatují, tvrdí, že byla nejspíš v pořádku, jen se jí nechtělo žít venku.

(www.lidemezilidmi.cz)

3.4 Spiritisté

Spiritistické hnutí vzniklo v Americe. Ve druhé polovině 19. století se dostalo přes Německo do Čech. Od začátku se u nás etablovalo jako protest proti katolické církvi. Nejvíce jím byli ovlivněni lidé, kteří žili v horských oblastech, v Podkrkonoší, ve Slezsku a na Moravě. Má to svou historickou příčinu, obzvlášť v Krkonoších. Tam se totiž již staletí předtím uchylovali odpadlíci od církve. Byl to tedy takový rebelský kraj.

Dalším důvodem mohly být velmi dlouhé zimy. Spiritismus měl hluboký duchovní rozměr a jeho kulturně historický dopad je dosud nedoceněný. Spiritistická seance byla kolektivní. Lidé se scházeli a vyvolávali duše mrtvých za pomoci hýbacích stolečků, tabulek a jiných prostředků. Nejdůležitějšími účastníky byla média – hypersenzitivní osoby, u kterých byly rozpoznány nějaké zvláštní schopnosti. Skrze ně promlouvaly duše mrtvých, a to někdy přímo jejich hlasem, nebo tak, že média zapisovala a zakreslovala, co jim duše diktovaly.

Právě tyto mediální kresby a zápisy nás z hlediska art brut zajímají. Média během transu často užívala vlastní spiritistické písmo. Když se pak vrátila zpět do normálního stavu, nebyla schopna po sobě ono neznámé písmo přečíst. To platí i pro výtvarné schopnosti. V bdělém stavu ti lidé většinou nebyli schopni nakreslit ani kočku, přestože v transu vytvářeli dokonalé tvary.

S trochou nadsázky lze tvrdit, že trans je zážitek, který prožívá také spousta profesionálních výtvarníků. Tedy alespoň těch, kteří netvoří proto, že je nutné dodělat zakázku, ale z nějaké vnitřní potřeby. Tito lidé také znají tvůrčí vytržení a prožívají situace, kdy se zapomenou najíst nebo několik dní nespí. Situace, kdy obraz prostě potřebují dodělat, protože „to“ právě mají v hlavě.

A konec konců i Anna Zemánková říkala, byť nebyla spiritista: „Ono mě to žene!“ Dá se říct, že i ona tvořila v jakémsi zvláštním mimo vědomém stavu. Začínala kreslit okolo čtvrté hodiny ráno, dokud rodina spala. Ty hlavní tvary, oblé, organické a tolik podobné spiritistickým kresbám, ty vznikaly právě v tomto stavu polobdění či polosně.

Spiritistická kresba je často úplně automatická a zároveň přesná a dokonalá. Spiritisté neskicují ani negumují. Typické je, že se nepovažují za autory díla. Například slezský spiritista Josef Kotzian podepisoval své kresby jménem ducha, který prostřednictvím něj tvořil – „Solferino“. Podle svědectví pamětníků se vůbec nedíval na to, co kreslí, a ruka mu jezdila po papíře úplně sama. Během kreslení prý klidně vedl rozhovor se svým přítelem a ty dokonalé tvary vznikaly jakoby mimovolně. (www.lidemezilidmi.cz)

3.5 Závěrem

Duševní nemoc není jako něco znehodnocujícího, ale jako obrovský zdroj poznání. Ovšem za předpokladu, že člověk svoji nemoc „ustojí“. Duševně nemocní získávají přístup k něčemu, k čemu jiní nemůžou. U řady lidí psychická nemoc odblokuje všechny kulturní a civilizační

nánosy a oni se pak prostřednictvím své tvorby dostávají k tomu základnímu tajemství, ke kterému se jiným způsobem vydávají spiritisté.

Je to jen jiná přístupová cesta ke stejnému zdroji imaginace, kreativity nebo světu idejí, který je pro normální lidi nespátřitelný. Spousta tvůrců art brut se dostala k jakémusi rezervoáru obrazů, které jako by byly společné všem lidem napříč kulturou, vzděláním, pohlavím či vyznáním. Jako by pronikli k tomu, co původem český psychiatr Stanislav Grof nazývá transpersonální sférou, kde jsou uchovávány informace nejen z osobnostní historie jedince, nejen z historie národa a rasy, nejen z paměti lidstva jako takového, ale až ze samotného vzniku světa. (Šímková A., 2001)

4 F20-SCHIZOFRENIE

S největší pravděpodobností nenajdeme na světě dva stejné schizofreniky. To je spojené především s velkým množstvím příznaků této duševní nemoci, které můžeme rozdělit na symptomy pozitivní a negativní.

Typické jsou nápadné psychopatologické změny, kam patří poruchy myšlení (bludy), poruchy vnímání (halucinace) a poruchy jednání. Tato nemoc jde ruku v ruce také se sníženou schopností vnímat emoce a reagovat na ně a pro pacienty většinou znamená rozsáhlou sociální či pracovní dysfunkci.

Schizofrenie se vyskytuje stejně často u žen i u mužů, rozdíl je pouze v tom, kdy se onemocnění projeví. U mužů je to nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen naopak nemoc propukne spíše ve věku 25–35 let. Jedná se navíc o onemocnění epizodické, které se objevuje v psychotických krizích neboli atakách. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.1 Příčiny schizofrenie

Přesné příčiny schizofrenie nejsou dodnes známy. Podstatou tohoto onemocnění je narušená selektivita vnímání. Na každého z nás působí neustále velké množství podnětů, my si z nich ovšem vybíráme pouze takové, které jsou v daný moment důležité. Je to naše přirozená ochrana proti přetížení nedůležitými informacemi.

U schizofreniků to tak ovšem není. Člověk, který trpí schizofrenií, vnímá všechno kolem sebe. Lidský mozek ale s tolika podněty neumí pracovat a vytváří si proto svou vlastní přijatelnou realitu. To způsobuje schizofrenní chování a vede k různým bludným představám či halucinacím.

Pro vznik schizofrenie je pravděpodobně zapotřebí dvou hlavních momentů – určitá dispozice a také spouštěč, který onemocnění aktivuje. Mezi hlavní příčiny patří například zvýšená hladina dopaminu nebo noradrenalinu v mozku, svou roli ale může hrát při vývoji schizofrenie dědičnost či některá virová onemocnění, která mohou poškodit mozek.

Spouštěčem bývá i alkohol, marihuana a další drogy. Schizofrenie je často spojená také s různými zátěžovými situacemi (například úmrtí v rodině). Kromě toho na tuto nemoc

mohou mít vliv i nepříznivé okolnosti, kterými pacient prošel v minulosti. Sem patří třeba problémy při porodu nebo narušené fungování rodiny. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.2 Příznaky

Mezi obecné projevy schizofrenie patří jiné vnímání reality, uzavření do vlastního světa a změny v osobnosti člověka. Dále lékaři rozlišují dvě velké skupiny příznaků, které můžeme označit jako pozitivní a negativní. Aby však mohla být schizofrenie s určitostí diagnostikována, příznaky musí trvat alespoň jeden měsíc.

Pozitivní příznaky:

Bludy – mylná a nevyvratitelná přesvědčení

Sluchové, zrakové a další halucinace

Zmatené myšlení a řeč

Neúčelné chování

Jedná se o symptomy, které představují něco navíc oproti běžnému stavu. Většina osob je normálně nezažívá, u schizofreniků jsou však velmi časté. Obecně ovšem tyto příznaky dobře reagují na nasazení léčby.

Negativní příznaky:

Abulie – nedostatek vůle, ztráta motivace

Alogie – ochuzení řeči

Anhedonie – neschopnost prožívat radost

Asocialita – neschopnost vytvářet sociální vztahy

Otupělost

Oploštělé emoce

Negativní příznaky znamenají, že se člověku něčeho nedostává. Jde například o deficit normálních emocionálních reakcí a dalších myšlenkových procesů. Tyto symptomy člověka oddělují od ostatních a výrazně zhoršují kvalitu jeho života, jejich léčba je navíc složitější. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.3 Rozdělení schizofrenie

Podle příznaků lékaři rozlišují šest základních typů schizofrenie.

4.3.1 F20.0 - Paranoidní schizofrenie

Představuje vůbec nejčastější typ schizofrenní psychózy. Obvykle se projeví spíše až ve vyšším věku a charakteristické jsou pro ni hlavně bludy a halucinace. Právě podle paranoidních bludů a pocitu, že nemocného někdo ohrožuje a pronásleduje, je tento typ také pojmenován. Poruchy myšlení a vnímání často nenávratně vedou i k nesrozumitelnému a agresivnímu chování.

4.3.2 F20.1 - Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie zpravidla začíná u mladých lidí ve věku 15–25 let. Jejím typickým znakem jsou poruchy chování, pacienti mohou působit jako by prožívali opožděnou pubertu. Projevují se nezodpovědně a nepředvídatelně a často se chovají stylem „všechno vím, všechno znám“. Mezi hlavní symptomy patří například hloupé vtipkování, povrchní chování, časté používání vulgarismů, zanedbávání povinností a také pseudofilosofování nad náboženskými, filosofickými a dalšími abstraktními otázkami.

4.3.3 F20.2 - Katatonní schizofrenie

Tento druh schizofrenie je poměrně vzácný a jejích případů stále ubývá. Projevuje se především poruchou v oblasti motoriky (pohybů). Lékaři rozlišují dvě podoby katatonní schizofrenie – produktivní a stuporózní.

První forma se vyznačuje především dezorganizovanou fyzickou aktivitou či opakováním určitých pohybů.

Stuporózní forma je naopak spojena s částečným nebo úplným zastavením pohybu. Příčinou jsou halucinované hlasy, které člověku zakazují se pohybovat. Pacienti mohou setrvávat dlouhou dobu v nepřírozených polohách, vydrží například nesmírně dlouho se zvednutýma rukama nebo leží polovzpřímení v posteli, aniž by se podpírali. Problém však je jejich nevyzpytatelnost – náhle může docházet k prudkým epizodám akutního neklidu.

4.3.4 F20.6 - Simplexní schizofrenie

Porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu. Charakteristické negativní jevy reziduální schizofrenie (např. afektivní plochost, ztráta vůle apod.) se vyvíjejí bez jakýchkoli zřejmých psychotických příznaků.

4.3.5 F20.5 - Reziduální schizofrenie

Jedná se o typ schizofrenie s chronickým průběhem, který je doprovázen různými atakami a narůstajícími negativními příznaky. Mezi ně patří například emoční otupělost a pasivita, oslabení vůle, zpomalené psychomotorické tempo nebo sociální stažení. Léčba reziduální schizofrenie bohužel není příliš úspěšná, u pacientů často dojde k ústupu kognitivních schopností (paměť, abstraktní myšlení, soustředění...) a nikdy se již nevrátí na svou původní kognitivní úroveň.

4.3.6 F20.3 - Nediferencovaná schizofrenie

Jak napovídá samotný název, nediferencovanou schizofrenii nelze jednoznačně zařadit k žádnému z předchozích typů a splňuje spíše všeobecná kritéria pro schizofrenii. Tato podoba je typická tím, že se u pacientů vyskytuje směs příznaků všech výše zmíněných forem.

4.3.7 F20.4 - Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese je často řazena pod schizofrenii, ale není stejná jako ostatní typy. Jedná se o depresivní syndrom, který se objeví až po odeznění schizofrenní epizody. Poruchy emocí a nálady následují ve chvíli, když je psychotická ataka na ústupu, halucinace a bludy mizí a začne se projevovat klasická deprese. Někdy je těžké odlišit postschizofrenní depresi od reziduální schizofrenie. Tento problém se však vyřeší společně s nasazením antidepresiv, postschizofrenní deprese se totiž zlepší, zatímco reziduální schizofrenie nikoliv. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.4 Jak diagnostikovat schizofrenii?

Pro diagnostiku schizofrenie (ale i dalších psychických poruch) se běžně používají různé Psychologické testy. Mezi ty nejvyhledávanější patří BITEPT, což je velký orientační test psychických poruch. Jedná se o veřejně dostupný online test, který se soustředí na příznaky nejčastějších duševních poruch, jako je právě schizofrenie nebo třeba deprese či bipolární porucha.

Další možností je test duševního zdraví MENFIT, který hodnotí nejčastější psychické poruchy, ale také osobnostní předpoklady a stresovou zátěž. Na internetu také najdete různé další testy, například OSPAT (Test pro typy a poruchy osobnosti) nebo test emoční inteligence. Lékaři využívají také test kresby lidské postavy. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.5 Léčba

Hlavní způsob léčby schizofrenie představují léky s názvem psychofarmaka, které zpravidla patří do skupiny antipsychotik (neuroleptik). Tyto léky primárně potlačují činnost dopaminových receptorů. Snaží se tlumit halucinace a bludy, zklidňují či oživují motoriku a působí proti depresím či úzkosti.

Pro tlumení symptomů může pomoci i užívání CBD. Ve chvíli, kdy pacient na farmaka nereaguje, je možné nasadit například clozapin (Leponex) nebo elektrokonvulzivní terapii. Důležitá je i psychologická a sociální intervence, protože u schizofreniků je narušeno také fungování ve společnosti. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

4.6 Projevy v tvorbě

Marie Lhotová vyjmenovává 14 kritérií podle H. Rennerta pro vymezení tvorby schizofreniků. Jednotlivá kritéria, seřazena podle důležitosti, zní následovně:

1. Vertikální posun úhlu pohledu
2. Barokně zdobené formy – cukrářský styl
3. Obrazový salát
4. Využití plochy až k okraji papíru - „horror vacui“
5. Vepisování písmen
6. Kombinace heterogenních materiálů
7. Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty

8. Plochu zaplňující interakce figur, symbolů
9. Stereotypní opakování
10. Geometrizable
11. Schematizace
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky
13. Ztráta kompozice
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat. (Lhotová, 2005)

Procesu ztvárnění – vytvoření sochy, namalování obrazu, napsání básně – předchází úzkosti z bezmoci nad prvotní beztvarostí zárodečné mlhoviny představ a prožitků, autory přepadá neklid a netrpělivost v očekávání dosud netušených, nevykrystalizovaných podob. Před začátkem tvůrčího ztvárnění, ve fázích inspirace, je člověk ovládán nejasnými pocity a obrazy, spíše, než že by je on sám ovládal. Dochází k citovému napětí, jež předchází tvůrčí realizaci.

Toto stadium je podobné snové aktivitě či stavům při intoxikaci. Účast vědomí je snižená díky převaze fantazie a inspirace. Pod nehybným příkrovem napjatého mlčení se připravují k explozi miny náhlých nápadů a myšlenek kdesi v hloubce preparovaných zápalnými prožitky.

Podle Junga účelem tvůrčí exprese je usnadnit pochopení nevědomých obsahů, které jsou za normálních okolností nepostižitelné. Pro tvůrčí proces schizofreniků je snad ze všeho nejvíce charakteristická nutkavost, až obsedantní potřeba tvořit. Tvoří, protože nemohou jinak. Nutkání je natolik silné, že jim nezáleží na prostředcích, materiálech, které použijí ke své expresi. Proto používají mnohdy i pastu na zuby místo běloby, kreslí na toaletní papír atd. Toto bylo příhodné zvláště v minulosti pro léčebny, které nebyly mnohdy dobře vybaveny malířskými potřebami, a přesto to pacienty nezastavilo v jejich tvorbě.

Umělci art brut pracují často s jakousi až náměsíčnou jistotou, která je prakticky absolutní i v cyklech čítajících desítky či stovky variací. Nezáleží ani dokonce na tom jaký výtvarný projev zvolí, zda budou malovat či psát. Intenzita této potřeby tvořit tkví v odreagování pocitu napětí, který v nich narůstá. (Lhotová, 2005)

Prinzhorn ve svém díle *Bildneri der Geisteskranken* popisuje, shodně se Syřišťovou, že zárodkem tvůrčí činnosti je neurčitá potřeba projevu, která má pudový, instinktivní

charakter a je všudypřítomná ve formě nutkání. Dle jeho názoru v zárodku není nikdy tvůrčí činnost sama o sobě účelová. Jediným účelem, který zde můžeme najít, je vymanit duševní obsahy z osobního prostoru do prostoru obecného, od „já“ směrem k „ty“.

Nutkání samo o sobě nemá šanci na realizaci, je k tomu potřeba dalších způsobů projevu, které jsou již konkrétnější, hmatatelnější. Patří sem pud hrát si a pud zdobit. První potřeba – pud hrát si, je čistým nutkáním k činnosti, která je bezúčelná. Projevuje se ve formě neuspořádaných čmáranic. Dalším příkladem mohou být postavičky z modelované chlebové hmoty, jejichž vyrábění samo o sobě nemá žádný účel.

Pud zdobit se projevuje všude v okolním světě a ve většině umělecké činnosti. Jedná se o tendenci zkrášlit pomocí ozdoby, něco zvýraznit. Můžeme se s tímto pudem setkat například při zdobení se přírodních národů během náboženských rituálů.

Tři prvotní impulzy, které byly nyní popsány, se ve vzájemné kombinaci dostávají k tzv. tendenci uspořádání, kdy z prvotní čmáranice vzniká ornament. V posledku se impuls dostává k potřebě vyobrazování a k potřebě symbolické významovosti. Všechny tyto impulzy tvoří kořeny výtvarné tvorby, které se propojují až v poslední fázi, kdy vyvěrají společně v tvůrčí činnost.

Prinzhorn, poté, co nastíní tyto své teorie spojené se zrodem tvůrčí činnosti a vysvětlí, jak vzniká potřeba projevu, v kterých duševních oblastech, pak v poslední části knihy své teoretické poznatky aplikuje na deseti pacientech kliniky v Heidelbergu, jejichž díla si vybral do vlastní sbírky. (Prinzhorn, 2009)

4.7 Práce se schizofreniky z hlediska arteterapie

Arteterapie pro schizofreniky je vhodnou metodou ve spojení s farmakoterapií a terapií behaviorální. Slouží především k odreagování úzkostného napětí či depresivního ladění a k hledání kontaktu s realitou. Příspěvkem arteterapie je snaha o ovlivňování chaotické činnosti mysli a vnímání odtrženého od nesrozumitelné reality. Důsledkem této nemoci je také zhoršená kognitivní činnost, která mývá vliv na psychosociální fungování jedince.

Dobrou volbou je volná tvorba zaměřená na zklidnění, uspořádání barevných skvrn do obrazců a jejich vybarvování. Právítko v ruce může působit kompenzačně a redukovat chaos. Podle stavu pacienta lze pracovat na tématech zobrazujících lidské vztahy a realistických tématech vztahujících se k aktuálnímu dění, svátkům, ročnímu období atd. Pro odreagování napětí jsou vhodné linoryty. (Lhotová & Perout, 2018)

5 F31.9 – BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ (MANIODEPRESIVNÍ)

PORUCHA

U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady – F30-F39 směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou sekundární ke změnám nálady a aktivity. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Nástup individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.

(www.mkn10.uzis.cz, 2022)

O bipolární poruchu se jedná tehdy, když se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. U většiny z nich se vyskytují též depresivní epizody. Někdy můžeme mluvit též o pseudounipolární depresivní poruše. Je to v těch případech, kdy prvním projevem bipolární poruchy jsou jedna nebo více depresivních epizod a manické projevy se rozvinou teprve později.

Začátek onemocnění se typicky dostavuje v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti (medián 18 let u mužů a 20 let u žen). Výše popsané projevy choroby způsobují, že postižený často přijde o práci, rozpadne se mu manželství, začne nadměrně konzumovat alkohol a drogy, chová se agresivně, dopouští se trestné činnosti.

Mánie může způsobit celkové vysílení a zvyšuje sklon k dopravním nehodám či úrazům. U smíšených stavů je riziko sebevraždy zvýšeno.

Pravděpodobnost, že se bude jednat o jednu manickou epizodu během celého života postiženého, je velmi malá. Většinou dochází k jejich opakování. Čím více epizod bývá, tím se zkracuje období remise.

Cyklování nálady může mít velmi různý charakter. Typické je pravidelné střídání deprese, mánie a euthymie. O rychlém cyklování mluvíme tehdy, když se rozvinou alespoň čtyři afektivní epizody během jednoho roku.

Může, ale docházet k ultrarychlým změnám symptomatiky v epizodách kratších, než je 24 hodin. Toto může být primární charakteristikou onemocnění, ale rychlé výkyvy nálad mohou být vyvolány též léčbou antidepresivy. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

5.1 F30 – Manická fáze

Pokud jde o to, jak poznat bipolární poruchu, je nutné nejprve soustředit pozornost na pacientovo chování. Během fáze označované jako bipolární mánie prožívá nemocný pocit absolutního štěstí. Je nepřírozeně energický a ztrácí potřebu spánku. Pocity euforie postupně gradují do megalomanských bludů, kdy má pacient pocit, že zvládne cokoli na světě. Člověk v této fázi se uchyluje k bizarním činům, v jejichž důsledku čelí vyloučení ze společnosti. Během bipolární mánie navíc hrozí vyčerpání organismu a následná smrt.

Mezi projevy mánie patří především: zrychlené myšlenkové pochody – nemocný realizuje další nápad, aniž by nejdřív dokončil ten předchozí, nával energie a pocit štěstí či euforie, ztráta potřeby spát (nemocný spí hodinu denně nebo nespí vůbec), riskantní jednání (například rychlá jízda autem), ztráta sociálních zábran, nepřiměřeně vysoké sebevědomí, nadměrné utrácení peněz, sexuální promiskuita, podrážděnost, výbušnost, pacient mluví rychle a nesrozumitelně. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

5.2 F32 – Depresivní fáze

Často začíná nenápadně a rozvíjí se velmi pozvolně. Nemocný zpočátku bojuje se špatnou náladou a únavou, během následujících dnů až týdnů se ale dostává do těžké deprese.

Pro tuto etapu jsou typické také myšlenky na sebevraždu či dokonce pokusy o ni. Obvyklými příznaky bipolární deprese jsou: nechuť do života, pocity méněcennosti, ztráta zájmu o koníčky, sebeobviňování, pláč bez příčiny, výbuchy vzteku, podrážděnost, neschopnost říct, co nemocný potřebuje, sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu, pokusy o sebevraždu.

Epizody mánie a deprese nejsou nepřetržité, ale většinou se mezi nimi objevuje období bez příznaků takzvaná remise. Obě extrémní fáze mohou trvat několik dnů či týdnů, známé jsou ale také případy, kdy pacienti prožívali i 365 cyklů za rok – tedy dvě nebo více epizod za den. V takovýchto případech se období remise obvykle nedostaví a nemocný padá z mánie rovnou do deprese.

Jedinci trpící bipolární poruchou se vlivem své nemoci často dostávají do střetů se svým okolím. Pod vlivem mánie se totiž mnohdy uchylují k činům, které by za normálních

okolností nevykonali – spořiví lidé například rozhazují rodinné úspory a podobně. Pacienti často nejsou schopni pravidelně docházet do zaměstnání.

Chování lidí s bipolární poruchou však není to jediné, co hraje ve vztahu k okolí důležitou roli. Kromě toho, že bipolární porucha patří mezi deset chorob, které nejvíce postihují kvalitu života, je také spojena se sebepoškozováním, s myšlenkami na smrt a s pácháním sebevražd. Těch je oproti běžné populaci patnáctkrát víc.

Pokud jde o příčiny vzniku bipolární poruchy, přesné důvody vzniku nemoci nejsou známy. Údajně má ale vliv dědičnost i extrémní stres, kterému se lidé vystavují. Existuje tedy názor, že s predispozicemi k této nemoci se člověk již narodí, ale mnozí lidé jsou také přesvědčení, že se nemoc může vyvinout v důsledku traumatického zážitku. Tím bývá například zneužívání či šikana. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

5.3 Rizikové skupiny

Lidé, kteří žijí či pracují v extrémním stresu, příbuzní nemocných, osoby, které užívají návykové látky.

Co se týče dědičnosti, mezi nejvíce ohrožené patří děti obou nemocných rodičů, v takovém případě je riziko rozvoje poruchy až 75 %. Podobně velké dispozice má k nemoci jednovaječné dvojče nemocného jedince. Tady je pravděpodobnost zhruba 70 %.

Pokud bipolární poruchou trpí jen jeden z rodičů, existuje 50% až 70% šance, že onemocní i dítě. Jestliže poruchou netrpí nikdo z příbuzenstva, je riziko onemocnění minimální – zhruba 1 %. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

5.4 Léčba

Jelikož se bipolární porucha nedá vyléčit, spočívá léčba v celoživotním podávání psychofarmak, která udržují náladu v rovině, a antipsychotik, která potlačují manické stavy. Někdy se během těžkých depresí nasazují také antidepresiva. Jejich užívání však mnoho lékařů nedoporučuje, protože hrozí překlenutí do manické fáze. Léky se obvykle podávají v kombinaci s psychoterapií, konkrétně například kognitivní behaviorální terapií. Důležité je, aby se zapojili také pacientovi blízcí a naučili se, jak mluvit s člověkem, který trpí bipolární poruchou, a jak mu nejlépe pomoci. Kromě výše zmíněných metod, existuje pro bipolární poruchu léčba prostřednictvím elektrokonvulzivní terapie neboli ECT (laicky označovaná

také jako léčba elektrošoky). Jedná se o minimálně invazivní stimulační biologický způsob terapie neuropsychiatrických onemocnění, který se používá k léčbě rezistentní depresivní fáze, ale i v případě rezistentní manické fáze. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

5.5 Výtvarná tvorba

Umělec pronásledovaný poruchou nálady vytváří díla, která jednoznačně souvisejí s jeho momentálním psychickým stavem. Tyto stavy mysli a prožitá bolest pak ovlivňují jak proces tvorby, tak její náměty, použité prvky a výslednou podobu. Umělec tedy vkládá do díla jakýsi otisk svého nitra.

Typickým příkladem je používání nereálných, často expresivních barev a začleňování různých symbolických znaků. Pak vznikají díla oplývající různými zvířaty, nahými ženami, rakvemi, stromy a dalšími objekty.

Prvky pronikající z depresivního cyklu se promítají v podobě symbolů smrti, námětu smutku, nemoci a stáří. Jejich pohled na tvorbu často vede k primitivnosti, jednoduchosti, až k deformaci v různých podobách. Ovlivněním mysli do děl často promítají bezprostřední mentální stav jako agrese, strach, úzkost, ale i energii či nadšení z předchozího cyklu. (Lhotová & Perout, 2018)

Jedním z umělců, již vytvářeli nespočet vlastních podobizen, je Vincent van Gogh. Od roku 1886 do 1889 namaloval až 37 vlastních podobizen. „Chci se totiž naučit kreslit ne ruku, ale gesto, ne matematicky přesnou hlavu, nýbrž hluboký výraz.“ (Lecaldano, 1986 a, s.9)

V případech, kdy umělec provází psychotické příznaky, zažívá bludy či halucinace, může vytvořit dílo s promítnutím právě těchto stavů nebo různých forem výplodu halucinací a další fantazie. Běžně pak vznikají díla sestavena z nepřírodných tvarů, mytologických tvorů či zcela nereálných objektů s prapodivnou směsí barev vytvářející citový výraz.

Všechny umělcovy pocity, obzvláště agrese, se projevují ve stylu umělcova rukopisu, nejčastěji snad v dynamice a samotných tazích štětce. Umělci však netoužili jen po vyjádření svých vlastních pocitů. Pro ně byl hlavní záznam pravdivé skutečnosti, dotvořen podle jejich úhlu pohledu.

Velkou roli umělcova projevu hrála barva, její odstíny a intenzita. Díky těmto elementům bylo pro umělce mnohem jednodušší vyjádřit a zdůraznit své pocity a okolí kolem nich.

Významnými prvky se tak staly barvy, které často odrážely jejich představy o sobě, o druhých a jejich vlastnostech. Mohly být příliš kontrastní až nereálné, avšak právě použití specifického výběru bylo tou jedinou volbou pro tvořícího umělce.

Na rozdíl od ostatních, on je mohl vnímat jako správné a dokonalé. Nehledě na to, že je umělec mnohdy vnímán jako génius, pakliže dokáže vytvářet díla precizními tahy, velkou část bezprostředního výrazu může docílit právě díky silnými a hutnými tahy, nahuštěnými velkým množstvím barvy. Výtvar potě může někdy působit až agresivně.

Nicméně, jsou pravděpodobně výsledkem téhož stavu umělce, který tento způsob práce vnímá jako správný. Zobrazení „své“ pravdy bylo pro tyto umělce zásadní. Proměny v dílech způsobené těmito faktory nám mohou pomoci sledovat proměnu psychických stavů umělce a samotný průběh tvoření. Nabízí se nám ale otázka, zda umělcovo promítání takto silných emocí do jeho děl působí dostatečně pro uvolnění těchto pocitů. Tím by mohl potencionálně oddálit zhoršení stavu a provedení následných destruktivních myšlenek. Přesto, že mnozí umělci tvoří obdobným stylem, srovnávat styl v tak úzké skupině, jako jsou umělci ovlivnění bipolární poruchou, je v celku nemožné.

Ale autoportréty jsou leckdy početnou částí sbírky mnoha umělců. Je to prostředek, jenž může umělci pomoci vytvořit vlastní rozbor vlastní osoby, prostřednictvím sebevyjádření. Představuje tak možnost sebepoznání a zároveň příležitost k utváření své vlastní nesmrtelnosti. Vincentovy autoportréty jsou ovšem nejen dokumentem, ale také autostylizací a sugestivní výpovědí o vnitřním malířově životě.

Hlavním charakteristickým prvkem autoportrétu je výraz umělcova obličeje. Pro dostatečnou spokojenost s konečnou podobou nestačí zobrazit jen umělcovy typické vnější rysy, ale také zakomponování jeho hlubokého nitra. V některých případech se umělec uchýlí k vytvoření podoby, která nesouhlasí s jeho vnějším zjevem, nýbrž jeho vnitřní podobou.

Potlačuje tak základní rysy jeho obličeje, avšak zvýrazňuje rysy své povahy. Tato podoba je spjata s jeho osobním životem, jeho prožitky a vzpomínkami, jeho názory a myšlenkami nebo událostmi, které umělce zásadně ovlivňují.

Kromě vytvoření specifického výrazu obličeje, kladou umělci i důraz na zakomponování symbolů do pozadí. Symboly však nejsou nutností u každého autoportrétu, neboť citového

vyjádření lze dosáhnout (kromě expresivního pohledu) i pouhým výběrem barvy, bohatými odstíny nebo jejich absencí, hustotou barvy či dynamickými tahy štětců.

Výběr barvy však hraje dost zásadní roli na výsledný efekt. Použitím správně zvolených odstínů může umělec zcela přetvořit svou podobu. Takový dojem zveličuje například expresivně vytvořené obočí a ostře tvarované lícní kosti nebo i ostré hrany nosu, uší nebo brady ve tvaru hrotu. Spolu s určitou dávkou deformace obličeje je autor schopen prezentovat svou nemoc; své „šílenství.“ Nadmírou agresivní tvorby však umělec může svůj obličej zcela zohavit.

Díky všem těmto znakům můžeme zpozorovat určitou paralelu mezi podobiznami umělců se stejnými duševními problémy.

Autoři, tvořící velmi často své vlastní podobizny, činili tomu tak možná proto, že netrávili mnoho času ve společnosti, nýbrž jen sami se sebou. Proto bylo pro ně vyjádření sebe sama ve své vlastní podobizně nejefektivnější, často nejjednodušší a pro ně více přirozené. Rozuměli svému já totiž nejlépe. Nebo se jej snažili svou tvorbou alespoň lépe poznat. A díky dojmu autentičnosti umělcova výrazu, působí výsledná podoba velmi emotivně.

(Syřišťová, 1974)

5.6 Z pohledu arteterapie

Základem pro účinnost arteterapie je však i u této skupiny klientů především psychoterapeutický vztah. Arteterapeut je tím, kdo má pacientovi pomoci maximálně uvolnit vědomou kontrolu obsahu artefaktu a jeho následným dešifrováním pomoci získat vhled do nejhlubších vrstev osobnosti pacienta a tím usnadnit psychoterapeutickou změnu.

Arteterapeut by neměl bránit klientům v situačním a krátkodobém silném prožívání negativních emocí, které umožní změnu. Měl by pro tyto situace vytvořit vhodné podmínky v podobě bezpečného a příjemného prostředí. Snahou arteterapeuta by dále při práci s výše zmíněnými klienty i při práci s klienty obecně mělo být dosažení kompozičně i barevně vyváženého artefaktu odkazujícího na realitu, respektive realisticky pojatého. Připomínky by se měly vztahovat například k proporcionalitě figur, ke kompozici, zlatému řezu, perspektivě.

5.6.1 Depresivní pacient

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

Pokud má depresivní pacient tendenci se obviňovat a má k sobě spíše negativní vztah, je dobré volit nejdříve materiály s nižší hodnotou, aby neměl pocit, že „pro něj“ je tak hezkých materiálů a barev škoda. Terapeut navrhuje zpočátku volbu fádnic, monotónních témat, na které je potřeba více času a zdržení se chvály a hodnocení. Jako první úsměch vnímá to, když pacient začne po nějaké době vyjadřovat hostilitu a agresivitu. Jako vhodné médium pak vnímá například keramickou hlínu.

Ne vždy se musí depresivní pacient zapojit na arteterapeutických skupinách. I tak pouhá účast bez zapojení může mít pro něj smysl, vzhledem k tomu, že je schopen pasivně vnímat, co se děje a jaké obrazy vytvořili další lidé a později si vzpomenout, ačkoliv při setkání nebyl schopen interakce. Docházení na skupiny i přes aktuální neschopnost tvořit má pro klienta aktivizační a sociální funkci.

Důležité je také správné načasování terapie. Mnoho depresivních pacientů je svými depresivními myšlenkami natolik zahlceno, že jejich další zkoumání může jejich negativní dopad na náladu ještě posílit. Proto se doporučuje zaměřit na posílení cílené aktivity, které povede ke změně negativního posuzování vlastních schopností, a až poté se přímo soustředit na myšlenky, které se pojí s depresí.

Pro pacienty s depresivní poruchou či sebedestruktivními tendencemi může být vhodným tématem ke zpracování například malba/kresba sebe samého ve smyslu autoportrétu, celé postavy, vlastní krajiny, krajiny dětství a různých témat vyvolávajících vzpomínky.

(Šicková-Fabricsi, 2002)

5.6.2 Manický pacient

Je potřeba ohlídat a snížit počet prvků, které by mohly pacienta rozrušit ještě více, než už je, a to od prostředí po zadané téma. Témata by měly vyvolávat spíše příjemné vzpomínky. Zároveň se můžeme pokusit pacienta zklidnit s využitím uklidňujících barev. Vhodná je

individuální terapie, protože pacient dokáže snadno ovlivnit a vyrušovat ostatní členy skupiny a zadání snadných úkolů, protože u komplikovanějších pacient delší dobu nevydrží. Má tak pocit úspěšného dokončení práce. Důležité jsou jasné instrukce bez možnosti volby, která by pacienta také mohla rozrušit. (Šicková-Fabrizi, 2002)

6 F43.2 - PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ

Poruchu přizpůsobení (adaptační poruchu) řadíme mezi diagnózy F40-F48-Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Řada lidí je totiž v průběhu každodenního života vystavena stresovým událostem a životním změnám, které předcházejí rozvoji adaptační poruchy.

Poruchu přizpůsobení diagnostikujeme v případech, kdy je narušeno sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích následkem významné životní změny nebo stresové události. Tato porucha se projevuje subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí. Stresovou událostí je myšlen jakýkoliv střet, který je spojen se změnou původního životního stylu a návyků.

Zátěžová situace předchází rozvoji onemocnění obvykle o jeden měsíc a délka trvání příznaků nepřesahuje 6 měsíců. Za stresovou událost tedy můžeme považovat např. změnu zaměstnání, ztrátu blízkého člověka či konflikty v rodině. Poruše může předcházet jak jedna významná událost, tak řada menších událostí. To, zda se u jedince porucha rozvine či nikoliv, je však individuální, záleží na adaptační kapacitě jedince.

Míra adaptační kapacity je závislá na řadě faktorů. Roli hrají genetické faktory, dovednosti získané v průběhu života a osobnostní výbava jedince. Tuto kapacitu zároveň ovlivňuje i aktuální sociální kontext, tento může kapacitu buďto zvyšovat, nebo snižovat. Příznaky adaptační poruchy mohou být různorodé. Zpravidla zahrnují depresivní náladu, úzkost, obavy, pocit, že jedinec není schopen vypořádat se se současnou situací, plánovat ji nebo v ní pokračovat, zhoršení výkonu každodenní činnosti. Jen zřídka bývá tato porucha doprovázena dramatickým chováním, avšak zejména u adolescentů se může jednat o přidružený rys. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

Psychoterapie se zaměřuje na vytvoření terapeutického vztahu, edukaci a zmírnění či plné odstranění stigmatizace. V léčbě poruchy přizpůsobení je nejběžnějším a nejdůležitějším přístupem podpůrná psychoterapie. Tato pomáhá porozumět tomu, co se při adaptaci na stres děje, učí, jak zacházet s příznaky adaptační reakce, jak řešit problémy v životě a vytváří dovednosti, které umožňují neudržovat poruchu v budoucnosti.

Podpůrná psychoterapie umožňuje pacientovi pomoci zvládnout nepříjemné emoční stavy a rozvinout jeho strategie zvládnání zátěže. Mezi základní prostředky podpůrné terapie patří: naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení. Pomocí těchto prostředků je možno vytvořit bezpečné prostředí pro přijetí člověka se všemi jeho klady i záporů. Terapeut také nabízí pacientovi realistický pohled na situaci bez konfrontace či kritiky a dostatek informací o adaptační reakci a její léčbě.

Prvním krokem terapie je identifikace a analýza stresoru či stresorů. Funkce tohoto kroku je jednak diagnostická, jednak má léčebnou stránku. S udržováním příznaků totiž souvisí nejen původní stresory, ale i ty, které přinesl rozvoj poruchy přizpůsobení (např. závislost na partnerovi, ztráta zaměstnání aj.). Lékař by měl proto s pacientem mluvit o jeho životní situaci a zjistit všechny důležité momenty, které ke stresu vedou a způsoby, jak pacient své problémy řeší (nebo spíše neřeší). Pak pomáhá pacientovi hledat adaptivní strategie.

Lékař se snaží zjistit, jaký význam pacient stresoru přikládá a jaké to pro něj má důsledky. Důležité je pacientovi umožnit uvolnit emoci. Terapeut pomáhá přenést pocity pacienta do slov místo destruktivního chování. Role verbalizace nesmí být přeceňována, nicméně na počátku pomáhá pacientovi ulevit si z tíživých emocí a upevňuje terapeutický vztah. Ve druhém kroku hledá pacient a terapeut možnosti, jak zmírnit reakci.

Možné jsou čtyři základní strategie:

Prvním je řešení situace. Tato strategie je vhodná v situacích, kdy jsou stresorem konflikty či změna životní situace.

Druhou možností je vyhnout se stresoru. Toto řešení volíme v situacích, kdy jiné řešení není možné, nebo by další setrvání v situaci celou záležitost ještě zhoršovalo.

Třetím je změna perspektivy pohledu.

Čtvrtou-přímé utlumení příznaků. Pomoc při zvládnání truchlení. V tomto případě terapeut pomáhá pacientovi přebudovat jeho vztah ke ztracenému. V případě, že se jedná o ztrátu úmrtím, usnadňuje terapeut pacientovi vylíčit proces loučení, povzbuzuje vyjádření i ujasnění emocí (včetně ambivalentních pocitů ve vztahu k zemřelému). Empatickým aktivním nasloucháním usnadňuje proces truchlení a pomáhá pacientovi vybudovat nové vztahy (vyplnit prázdný prostor). Můžeme smutkové práci napomoci potvrzením ztráty,

umožněním prožívání bolesti, normalizací bolesti, uklidnit poukázáním na minulé zkušenosti, monitorací nebezpečných signálů během smutkové práce a edukací rodiny.

(www.mkn10.uzis.cz, 2022)

6.1 Úkol arteterapie

Úkolem arteterapie, která dovolí sebevyjádření a umožňuje ukázat oblasti života, které lze nebo nelze přijmout, je porozumění, že zdrojem obtíží nejsou jen jiní lidé. Cílem je pomalé dopracování se ke kladné odpovědi na otázku, kde pacient smí být tím, kdo je. Ve hře je téma rozlišování sebe a druhých a vlastních možností. Výtvarná tvorba dovolí návrat starých nebo vytvoření nových kompetencí, kdy je zviditelněno rozlišování Já–Ty, dobré–špatné, libé–nelibé, přiléhavé–nepřiléhavé.

Přes přijetí svých výtvarných artefaktů se pacienti učí stát za svými představami a sdělit je ostatním. Výtvarná tvorba dovolí a podněcuje objektivizaci představ o sobě a svém okolí. Obsahově vhodná jsou témata zachycující náměty z obyčejného života, události kolem nás, aktuální dění ve společnosti, v terapeutické skupině nebo v jiném společenství, dění vztahující se k aktuálnímu ročnímu období a podobně. Společný jim je odkaz na vztah já a ostatní, já jako někdo, kdo má mezi ostatními své místo.

Ve výtvarné tvorbě zobrazují obrysy objektů a vzniká tak dojem kontury. Důvodem je zřejmě skutečnost, že neznalost a předstupování osobních hranic stejně jako dovolení ostatním, aby je přestupovali, je tématem u těchto poruch charakteristickým a palčivým.

(Lhotová & Perout, 2018)

7 PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM DROG

F10-F19-Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek obsahují široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, které však všechny sdílejí společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem.

Identifikace psychoaktivní substance by měla být založena na co nejvíce informačních zdrojích, např. údajích získaných od pacienta, analýze krve nebo jiných tělesných tekutin, charakteristických somatických a psychických příznacích, klinických znacích a chování a na dalších důkazech jako drogy v pacientově vlastnictví nebo zprávy od informativních třetích osob. Mnoho uživatelů bere více než jeden typ psychoaktivní látky a často ani sami neznají přesně to, co berou.

Toxikomanem je označen každý, který se stává závislým na farmakách nebo psychické závislosti anebo obou těchto forem. (www.mkn10.uzis.cz, 2022)

Ještě před několika lety byli klinicky popsaní toxikomani většinou omezeni na některé zvláštní sociální kruhy; šlo nejčastěji o zámožné lidi, o umělce nebo mladé povaleče, „synáčky z dobrých rodin“, nebo o deprimované intelektuály, hledající lék proti své úzkosti, považovaný za „luxusní“. Při válkách nebo koloniálních taženích to také byli bývalí vojáci, hlavně bývalí parašutisté nebo ranění, kteří po celou dobu měli příliš volný přístup k opiátům, na nichž se rychle stali závislí. Také morfinisté nebyli z těchto důvodů vzácní mezi lékaři a pomocným lékařským personálem nebo mezi bývalými úředníky z kolonií. Takzvaný „společenský“ alkoholismus byl často spjat se závislostí na některých toxických látkách.

Průměrný věk těchto toxikomanů byl velice proměnlivý; svět fyzicky pracujících byl postižen velmi málo, stejně jako mladší subjekty. Začínaly se objevovat závislosti mezi nejstaršími studenty; užívání toxického prostředku, třeba i hašiše, bylo výjimečně v lyceích; známé případy se týkaly jen přípravných tříd pro vysoké školy a speciálně lyceí v pařížském regionu nebo v jižní Francii.

V současné době problém toxikománie postihuje stále více mladých lidí, hledajících nenalezitelný mysticismus, ve skutečnosti však identifikační rodičovské obrazy, s nimiž se setkáváme stále obtížněji. K tomuto nedostatku identifikačních schopností se u mladých

připojuje nemožnost integrovat ve zralejším citovém a vztahovém vývoji agresivní pud, vlastní všem dětem, a zpracovat tvůrčím způsobem tuto agresivitu, stále izolovaně působící k chování tolika našich současníků, kteří by již neměli být dětmi.

Rozšíření fenoménu drog nelze považovat za přechodné vzplanutí; jde o výrazné, trvalé rozšiřování, které nemůže rychle přestat vzhledem k formám současných závislostí po kvantitativní a kvalitativní stránce.

Svět toxikomanů se už totiž neomezuje na určitou společenskou a kulturní třídu, ani na poměrně snadnou možnost obstarat si drogu, ani na příležitostně dojednané zvyklosti. Věc se už netýká především privilegovaných kruhů; naopak lze nyní říci, že prakticky neexistuje (kromě venkovského světa) prostředí, v němž by nebylo závislého chování. Na druhé straně už asi dvacet let mají tyto závislosti čím dál tím různější formy. Toxikomani objevují účinky stále většího množství přírodních i chemických prostředků. Látky získané přímo z přírody byly vždy stejně škodlivé, jako postupně objevované chemické prostředky. (Bergeret, 2005)

7.1 Léčebná péče

Má-li být závislý léčen, je třeba jasně určit předpoklady nemoci, jinak by tento přístup neměl smysl. Na druhé straně je u toxikomanie třeba, stejně jako u všech problémů týkajících se psychiky závislého, aby se tento člověk sám rozhodl požádat o terapeutickou pomoc, aby byl přesvědčen o její nezbytnosti, jinak by tato pomoc nepřinesla žádný účinek. Každý uznává, že není možné léčit osobnost psychicky velmi zchátralou (jak dlouhotrvající chemickou intoxikací, tak sociálním úpadkem, který z toho pro ni plyne) stejně jako bychom, pomáhali osobnosti, která by byla závislá kratší dobu nebo ne tak těžce. Není taky možné léčit tímž způsobem, byť i vážnou poruchu, která setrvává v citové oblasti, a akutní fyzickou příhodou (jaterní, ledvinovou nebo jinou) v průběhu toxikomanie. (Bergeret, 2005)

7.2 Boj proti toxikomanii

Hospitalizace

Detoxikační fáze – abstinenční fáze. Není vždy nutná. Cílem tohoto procesu je eliminace dané látky z organismu. Léčba může být psychologická nebo farmakologická, obvykle se ale kombinují obě zmíněné metody. **Psychologická část** léčby spočívá v cílené snaze naučit pacienta zvládat zátěžové situace bez návykové látky, bez „zlehčení“ této situace drogou.

Farmakologická část spočívá buď v postupném snižování dávkování dané látky, v jejím nahrazení jinou látkou, nebo podáním látky, která omezí pozitivní účinek návykové látky. Například disulfiram (antabus) blokuje acetaldehydehydrogenázu, která tak nemůže rozkládat acetaldehyd vzniklý z ethanolu, a tudíž již malé množství ethanolu přivodí závislému velmi rychle silnou kocovinu. Nedostaví se tedy fáze alkoholového „radostného povznesení“ pouze silné nepříjemné účinky.

Doléčovací střediska mají navazovat na instituce, terapeuty, kteří prováděli detoxikační léčbu, byla-li nutná, není to však pravidlem. Ale tato střediska přes velkou různorodost fungování mají společný jeden zásadní požadavek: tvorbu abstinence subjektu. Bez ní se dospěje ke konstatování, že další léčba není možná, a často se nelze vyhnout propuštění pacienta, někdy i definitivnímu. V těchto střediscích se používají různé postupy, které mají přispět k hluboké vnitřní proměně toxikomanovy osobnosti. Obvyklá je „pracovní“ terapie; obecně je snaha o dobrý vliv dynamiky skupin, ale způsob chápání a vedení skupinové terapie se velmi různí a může se pohybovat od prosté sympatické a náhodné improvizace až po nejpropracovanější psychoanalytické koncepce.

Psychoterapie – Takové léčení, od prostého rozhovoru mezi čtyřma očima až po psychoanalytickou kúru, případ od případu a podle toho, kdy se o pomoc žádá, se těžko provádí v době, kdy je člověk ještě závislý. (Bergeret, 2005)

7.3 Výtvarná tvorba

Osvědčenou terapií uměním v případě závislosti je práce s hlinou, přírodními materiály, tvorba koláží a využití různých technik kresby a malby. Prostřednictvím těchto technik je klient povzbuzován k sebevyjádření a sebereflexi. Konkrétním příkladem je „projekce pocitů“, která je „zaměřená na sebevyjádření a sebepoznávání pomocí výtvarného znázornění zadaných slov, které vyjadřují konkrétní pocity.“ Obvykle jsou zadána slova jako: láska, síla, radost, smutek, slabost, nenávist atd. Také arteterapie v kombinaci s hudbou může být přínosem. Častými tématy k výtvarnému zpracování můžeme zvolit „totem, čáru mého dosavadního života nebo moje rodina.“ (Šicková-Fabrice, 2002)

8 PRAKTICKÁ ČÁST

8.1 Úvodem

Psychiatrická nemocnice Jihlava je nemocnicí s celostátní působností, která poskytuje veškerou lůžkovou psychiatrickou péči (s výjimkou dětské psychiatrie) občanům převážně z okresů Jihlava, Pelhřimov, Třebíč, Jindřichův Hradec, Žďár nad Sázavou a Tábor. Poskytuje komplexní psychiatrickou péči ústavní a ambulantní, dále zajišťuje činnost ústavní lékárny a lékárny pro veřejnost. Ředitelka, MUDr. Dagmar Dvořáková, je jmenovaná ministrem zdravotnictví a jako statutární orgán organizace je oprávněna jednat jejím jménem ve všech záležitostech.

Celková rozloha areálu léčebny činí 15,6 ha včetně vojenského areálu o rozloze 1,4 ha, který byl tehdejší léčebně převeden v roce 2006. V areálu se nachází celkem 29 budov a staveb. Z toho je 7 léčebných pavilónů, kulturní dům a další provozní a technické budovy, například prádelna, kotelna a podobně. Součástí areálu je park, zahradnictví a ZOO koutek s venkovní jízdárnou pro provozování hippoterapie.

Dlouhodobou snahou je poskytovat kvalitní léčbu všem pacientům. K tomu slouží využívání současných poznatků v léčbě duševních poruch, standardních postupů zahrnujících jak farmakoterapii, tak i další léčebné postupy.

Trvalým úsilím je zlepšování materiálních podmínek pro pobyt pacientů. Vzhledem k technickému stáří budov 90–120 let je nutné investovat nemalé finanční prostředky do rekonstrukcí a údržby budov a jejich technologického zázemí.

V praktické části své bakalářské práce se věnuji pacientům z psychiatrické nemocnice v Jihlavě, se kterými jsem pracovala a pracuji po celou dobu jejich ozdravujícího pobytu jako pracovní terapeutka. Jedná se o pacienty s někdy velmi složitým a zdlouhavým procesem léčení. Jejich vstup do psychiatrické nemocnice se často opakuje dodnes s různou odstupnou délkou mimo nemocnici.

Co mají všichni tito vybraní pacienti společné je výtvarná tvorba a touha odrážet své emoce na papír. Překvapující a zároveň potěšující pro mne byla jejich sdílnost o životě, která by v běžném prostředí (mimo nemocnici) byla normální reakcí při rozhovoru mezi příbuznými,

přáteli, ale nesnáze a samota na problém mívá za následek bezradnost, smutek, depresi, která může vygradovat až k duševní poruše. Jistě je každý z nás vybaven silou osobnosti a dokáže se nad problémy povznést a kompenzovat jinou aktivitou. Ale někdy jsou situace náročné pro mnohé z nás, a pokud se neřeší zavčas a nechytíme osud do svých rukou, mohou se objevit stavy, které jsou mimo hranici našich sil, a je nutné obrátit se na odborníky.

Cílem práce je seznámení s možnostmi uplatnění metodiky projektivně intervenčního arteterapeutického přístupu. V následující kapitole popisuji oddělení v prostředí Psychiatrické nemocnice v Jihlavě, kde pracuji dvanáctým rokem. Neočekávala jsem změnu ve výtvarné tvorbě uvedených pacientů. Šlo čistě o pozorování, porovnání děl a rozdíly u vybraných diagnóz, jak se v produkci projeví. Ať už se jednalo o velikost formátu, volbu barev nebo strávený čas nad obrazy.

U vybraných pacientů jsem sledovala podobu jejich provedení, zadávala témata, pokud si je žádali. Převážně mi záleželo na výsledném momentu. Pokoušela jsem se pacienty namotivovat k finálnímu zpracování, aby byl obraz, podle nich, dokončený.

8.2 Oddělení 2B

Přijímací oddělení 2B je určené pro okres Třebíč a Jindřichův Hradec a jejich okolí. Oddělení je koedukované, uzavřené. Přijímání jsou nemocní se všemi psychiatrickými diagnózami. Však nejčastěji se potýkáme s lidmi trpící různou formou schizofrenie, především paranoidní schizofrenie. Dále jsou to lidé s poruchou přizpůsobení a psychotické poruchy způsobené užíváním drog. Zřídka se u nás léčí pacient s bipolární poruchou.

Těžiště práce je v komplexní diagnostice a léčbě psychických poruch s cílem návratu do domácího prostředí, v optimálním případě pak dosažení plné pracovní a společenské integrace.

Oddělení pracuje systémem léčebné komunity, uplatňuje komplexní léčebné metody biologické, psychologické, socioterapeutické. Jejich součástí je i účast na léčebných a kulturních programech v odborných dílnách a klubech.

Jak už jsem výše zmínila, součástí oddělení je pracovní terapie, kterou využívám ke své práci s hospitalizovanými pacienty s nejrůznějšími diagnózami. Účast není povinností, ale může

dobře posloužit k seberealizaci, k seznámení se s ostatními pacienty na oddělení a umožňuje pohled na různé životní situace. Pacienti mohou posoudit, že jejich život nemusí být ten nejvíce komplikovaný a neřešitelný.

Cílem pracovní terapie je nejen tvorba výtvarná, ale i modelová např: ze dřeva, hlíny, proutí (pletení košů), která má za úkol vytěžit z pacienta dokončený výrobek vhodný například k odkoupení. Nabízí se zde různé pracovní činnosti jako je práce na zahradě, která je součástí oddělení a kde společně s pacienty pracují. Dále pohybové aktivity na oddělení nebo v tělocvičně, která je součástí areálu PN.

Vybraní pacienti zpracovávali výtvarné artefakty volně. Nebyl na ně vyvinut ani minimální tlak z hlediska času či s využitím materiálu a barev. Byla to tvorba dobrovolná a měla jsem to štěstí, že ochotně malovali, a především díla dokončili, protože malování je nějakým způsobem uklidňovalo. Ještě větší odměnou pro ně mohla být výstava, která proběhla v prostorách areálu PN. Jejich obrazy ukládám do archivu na pracovní terapii.

8.2.1 Kazuistika I, pacient s paranoidní schizofrenií

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacienta, rok narození 1992

Jedná se o 4. pobyt v PNJ. Naposled zde v únoru 2021 s dg: Paranoidní schizofrenie. Nyní přivezen zdravotní záchrannou službou-ZZS Jindřichův Hradec. Dle zprávy: dva dny nespal doma, noci trávil venku, rodiče o něm neměli informace, sám přiznává, že „má okno,“ matka volala 155, domluven převoz do Psychiatrické nemocnice-PN. Po dlouhém přemlouvání se nechal převést k hospitalizaci. Pacient není úplně adherentní k léčbě, opakovaně vysazuje medikaci. Vstupně orientovaný, v chování negativistický, odpovídá stroze, neochotně, patrná cenzura informací, myšlení vlivem psychotického procesu, rozvolněné, místy inkoherentní, pseudofilozofování, poruchy vnímání pacient neguje, nelze však vyloučit, chování t. č. klidné, je zvýšená dráždivost, paranoidně nastavený, aplikován tedy Tisercin a pacienta přesouváme na terapeutickou izolaci.

Anamnéza: rodinná: nezjištěna; osobní: od posledního pobytu vážněji nestonal. Bez somatické zátěže; fyziologické funkce: problémy neguje; alergie: prach, pyl; škola: střední stavební (nedokončená vysoká škola); zaměstnání: invalidní důchod 3. stupně; sociální: bydlí sám; partnerské vztahy: nezjištěny; manželství: svobodný, bezdětný; abus: alkohol neguje,

drogy nejuje, dechová zkouška na alkohol je negativní; psychiatrická: 4. hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Jihlava-PNJ, poslední v únoru 2021, ambulantně dochází k lékaři, údajně Leponex užívá (má s sebou), na depotní injekce nechodí; farmakologická: Leponex 100 mg 1-0-1.

Obrázek 1. Volná tvorba 1



Popis: Zadané téma bylo volné. Pacient zvolil akrylové barvy na polystyrénové desce. Připravil si oranžovou barvu a začal ji rozlévat po povrchu. Nechal barvy stékat a díval se... Na závěr použil bílou a tvořil voluty a čáranice, kterými překryl barevný podklad. Mnoho tahů tam a zpět. K rozpoznání jsou různě rozmístěné voluty. Větší volutu uprostřed jakoby obíhají další menší bílé. Barevnost vypadá rozdělená. Levá strana zelená a pravá oranžová. V místě identifikačního bodu se pacient podepsal a následně podpis zamaloval. Poprvé maloval po recidivě. Zřejmě v důsledku medikace, pacienta doprovázela nepřekonatelná únava a nekoordinovanost v pohybech.

Shrnutí: Voluty symbolizují točení se v kruhu, v určité situaci, problému. Co se týče barevnosti, je významově zelená s oranžovou určená lidem mladšího věku. Autor rád vynikal v kolektivu a zároveň se nechával ovládat náladami a dokázal se do sebe uzavírat na značně dlouhou dobu. Obrazy asociují akční malbu. Spirály mohou odkazovat na nevědomé obsahy či procesy u pacienta.

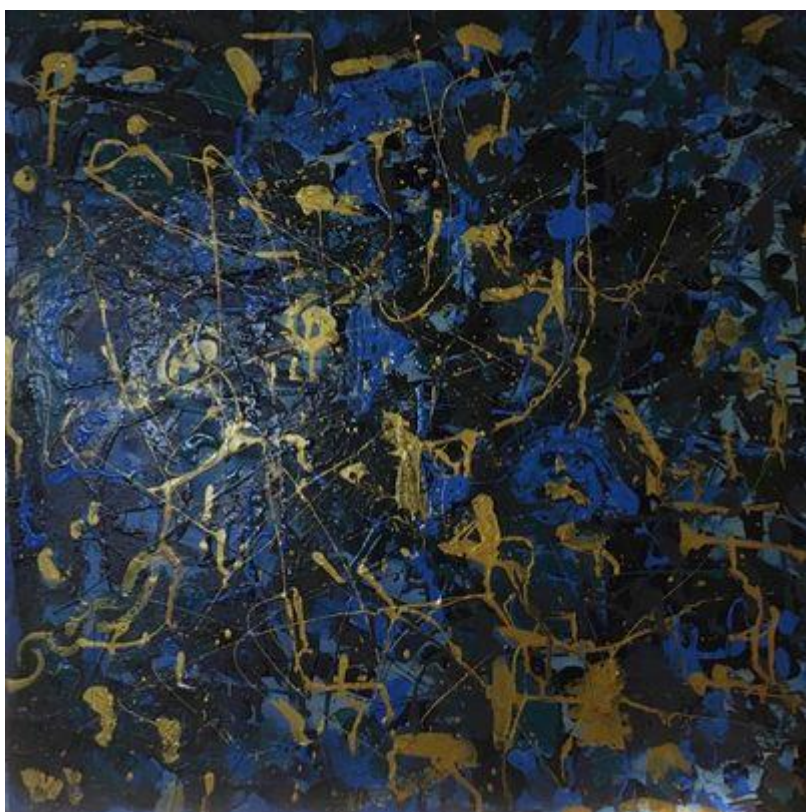
Obrázek 2. Život v přírodě

Popis: Pacient maloval živé objekty podle předlohy. Použil vodové a temperové barvy. Obraz rozdělil na život pod vodní hladinou a nad hladinou. Dával si obzvlášť záležet na každém tahu jednotlivých zvířat. Přesto se vyhýbá stínům. Podvodní svět je zabarven do šeda (špinavá zelená). Uvedme v patrnost, že pacient dává zřetel na párování. Dvě kachny, dvě labutě a spojený podvodní hmyz. Nad vodní hladinou je umístěn jeden pták mezi párem kachen a labutí. V identifikačním místě se nachází jedna ropucha a stejně tak nad hladinou vpravo si všimněme jednoho motýla. Tento obraz pacient namaloval před svým prvním odchodem do domácího prostředí.



Shrnutí: Párování by mohlo vypovídat o přání nebo touze po protějšku, ale ropuchy žijí samotářským způsobem života. Sice autor může toužit po partnerském soužití, ale k tomu si může přát svůj prostor. I motýl letící nad vodní hladinou symbolizuje změnu, naději a osobní transformaci. Kompozičně je obrázek řešen rozdělením v polovině formátu, v pravé horní části se pokouší o prostorové řešení, které by včlenilo detail dvou labutí do celku kompozice, ale spíše ve výsledku celek obrázku působí jako bezkontextové či izolované jednotliviny. Tento výsledek je možná ovlivněn neškoleností.

Obrázek 3. Volná tvorba



Jak už jsem se výše zmínila, pacient tvořil nejraději abstraktně. Jedná se o další pacientův vstup do PNJ. Tentokrát strávil dlouhý čas na terapeutické izolaci. Průběh léčení byl zdlouhavý. Nedal se stabilizovat celé tři měsíce. Vzporoval celému zdravotnickému personálu. Jeho agresivní chování přerůstalo v apatii.

Popis: Pacient si postavil překližku na židli a opřel ji o opěrku židle. Chvilí se díval na prázdný formát. Připravil si akrylové barvy a natřel celou plochu námořnickou modrou. Poté začal nanášet tmavě modrou na štětec a nechal stékat barvu volně na plochu překližky. Následně si obraz položil na zem a přidával zlatou a místy podpořil tahy štětce. Nakonec nechával vylévat zbytky tekutiny přímo z tuby. Pokaždé začínal s nánosy barev od středu obrazu.

Shrnutí: Pokud se déle zadíváme na obraz, můžeme si všimnout písmen a hlavonožců. Může se jednat o jakýsi signál nevědomých obsahů, protože autor naléval barvy na plochu zcela nahodile, což sám potvrdil. Barvy jsou velmi tmavé, až do černa laděné, což by mohlo vypovídat o pacientově uzavírání vůči okolí, případně o možný odpor.

Obrázek 4. Volná tvorba



Popis: Pacient přichází mlčky do místnosti a ihned sahá po kartonu. Bezprostředně po předchozím zpracování obrazu začíná s dalším artefaktem. Další abstraktní zpracování. Tentokrát celou plochu natírá bílou akrylovou barvou. V další části nanáší barvy opět přímo z nádoby a nechává je působit. Místy se dotkne barvy štětcem a během 10 minut považuje dílo za dokončené. Pacient se nacházel těsně před propuštěním do domácího prostředí. Plánoval nadcházející dny na svobodě.

Shrnutí: Na obraze je k zaznamenání obličej otočený na pravou stranu. Spíše vpravo dole je jakoby bílý půlměsíc a nad ním více vpravo další bílý půlměsíc – oči. Dívají se směrem k dolnímu kraji obrazu. Mezi nimi směrem doleva je naznačen zjednodušeně nos jako písmeno L a mírně nahoru vlevo od nosu můžeme vidět rty ve tvaru podkovy. Co se týče barev, pacient je rád vrství, vyhovuje mu jejich hutná struktura a krycí schopnost. Všimněme si rozdílu v barevnosti. Barvy jsou světlé, doplňkové.

Z hlediska lékaře:

Po nastavení medikace: pacient reaguje na léčbu dobře, spolupracuje, bez agresivních projevů, ladění projasněno, bez tenze, nyní bez floridní psychotické produkce, myšlení již

plně koherentní, přetrvávají bizarní sny, subjektivně zvýšená únava. Pacient přeložen na psychorehabilitační oddělení. Ponechána depotní medikace. Pacient plně stabilizován, zcela desaktualizována bludná produkce, byl již bez poruch vnímání, plně v kontaktu s realitou, náhled na onemocnění měl, normoformický, apsyhotický, asuicidální. Klidný. Bez agrese. Navázal spolupráci s Fokusem. Dimise do ambulantní péče. Invalidní důchod-ID 3. stupně. Kontrola v psychiatrické ambulanci-PA do 3 dní. Léky s sebou na 5 dní. Abstinence od návykových látek, nepředepisovat léky s návykovým potenciálem. Pravidelné užívání psychiatrické medikace, depot á 3 týdny. Nutná kontrola krevního obrazu-KO+ diff ještě 14x á 1 týden cestou psychiatrického lékaře-PL eventuálně psychiatrickou ambulancí-PA. V případě nespolupráce v psychiatrické ambulanci-PA a nedocházení na kontroly vhodné odebrání řidičského průkazu-ŘP cestou psychiatrické ambulance-PA.

Z pohledu terapeuta:

Ne, že by byla tomuto mladíkovi zájmovou činností, ale jako jediná aktivita, u které byl schopný setrvat delší chvíli a dokončit ji, byla právě malba či kresba. Pro svá díla si žádal zadání, ale téměř pokaždé zpracoval obraz abstraktně. Tvořil pocitově. Potřeboval malovat za doprovodu hudby. Sám byl hudebníkem. Hrál na kytaru. Po každé, když se blížila dimise, těšil se, že si na ni konečně zahraje. Opravoval hudební nástroje. Jeho poslední zakázkou byla renovace piana. Vzhledem k pacientově diagnóze byla různá povolání častá. Absence soustředěnosti a trpělivosti byla častou překážkou. Co se týče pacientova soukromí, nesetřával ve stálejších partnerských vztazích. Toužil, jak sám říkal: „Po zdravé, normální dívce.“

8.2.2 Kazuistika II, pacient s paranoidní schizofrenií

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacienta narozeného roku 1985

Anamnéza: rodinná: suicidální pokus u matky dle pacienta; osobní: běžné dětské choroby, Morbus Perthes, sledovaná somatická onemocnění nezjištěna; úrazy: opakovaně fraktura malíku PHK; fyziologické funkce: v normě. Váha je stabilní, spánek je, někdy nekvalitní, kdy jsou problémy. Proto jsem dostal prášky. Rozjela se mi mánie a nic na to nezabralo.; alergie: nezjištěna; dětství: vyrůstal v kompletní rodině do cca 16 let, pak se rodiče rozvedli. Žil s matkou do té doby, dokud neonemocněl. Byl v terapeutické komunitě-TK pro psychotiky.

Nyní bydlí u otce.; škola: základní vzdělání, 1 rok na obchodní akademii – OA; vojnu neabsolvoval; zaměstnání: ID 3. stupně + „Pracoval jsem na černo. Jsem stále svéprávný, mám jen poradkyně, je to soudem, ale jinak omezený nejsem.“; sociální: svobodný, bezdětný, bydlí u otce. Zkoušel bydlet v podnájmu, ale nevydržel.; abusus: v minulosti fumator, tetrahydrokanabinol-THC opakovaně, interminetně i jiné drogy; kriminalita: 200 hodin prospěšných prací anamnesticky za výtržnosti; není schopen řídit.; psychiatrická: opakované hospitalizace v psychiatrické nemocnici Jihlava-PNJ s dg.200, poslední hospitalizace v roce 2019, v roce 2013 šel do terapeutické poradny-TK pro psychotiky, kde byl 3 roky, poté, přebýval v chráněném bydlení, kde situaci nezvládal.

Tvrdí: „Nedával jsem to tam, tak jsem se vrátil, tam jsem skončil před rokem, byl jsem v psychiatrické ambulanci-PA 2-3x, byl jsem 6 měsíců bez medikace, neměl jsem antidepressiva, měl jsem konflikt s matkou. Pane doktore, byl jsem měsíc u Radany, byl jsem na 15 abilify, bylo to nejsympatičtější, co jsem kdy měl, nebyl jsem zpomalený. Byl jsem ok. Nic mi to nedělalo, nebyl jsem tolik pozorný, nebyl jsem schopný to dodržet, tak jsem ho vysadil, depotní antipsychotika jsem nebral. Měl jsem stabilní náladu. Bral jsem wellbutrin, měl jsem abilify, bral jsem olanzapin, měl jsem valproát, pane doktore, byl jsem v pohodě. Akorát bych potřeboval zjistit, proč jsem byl tak manický. Nevolala Radana, pane doktore? Nálada byla dobrá. Před 1,5 měsícem jsem se pohádal s matkou, šel jsem domů, u táty to nebylo ono, rozdýchával jsem mámu. Energie nebyla, byl jsem unavený, překonal jsem únavu a byl jsem rozjetý, nepotřeboval jsem spánek. Nálada je nic moc, nemám bydlení. Jsem z toho ve stresu, pane doktore.“

Obrázek 1. Volná tvorba



Popis: Vzápětí, kdy byl pacient přijat na oddělení, jeho kroky mířily ke mně na pracovní terapii. Bylo to pro něj známé místo, kde mohl ihned tvořit. Nevydržel sedět na jednom místě. Neustále se něčemu smál. Přesto požádal o čtvrtku o velikosti A3, vodové barvy. Obrázek započal ptákem, kterého nazval Fénix. Maloval po paměti. Dlouho se jím zabýval. V podstatě tři dny. Následoval podstavec, který obtáhl černou barvou a barvení plochy. Tučně a s důrazem se podepsal. Vzhledem k uvedenému datu připsal den upálení Jana Palacha.

Shrnutí: Pacient byl ovlivněn značně svou povznesenou náladou. Pták, kterého vidíme, neodpovídá svým vzhledem Fénixe. Křídla ptáka jsou tak malá, že by s nimi jen stěží vzlétl.

Obrázek 2. Volná tvorba



Popis: Po druhé se objevuje pták, tentokrát bažant v poli, kterým pacient začal. Levá část pokrývá menší část obrázku a vypadá jakoby oddělená černě obtaženou spirálou. Pravá strana, podstatně větší část obrázku, kde je bažant, nebe a jakési abstraktní zpracování plochy.

Shrnutí: Pacient používá často černou barvu, kterou obtahuje objekty. Také odstín zelené je obdobný jako u předchozího obrázku. Zpracování bažanta je zjednodušené a celkově působí obraz stylizovaně. Obraz odkazuje na jakýsi vnitřní proces. Je tu spirála a tvorba je abstrahovaná, dekorativní. Jako by se tvůrci něco rozpadalo.

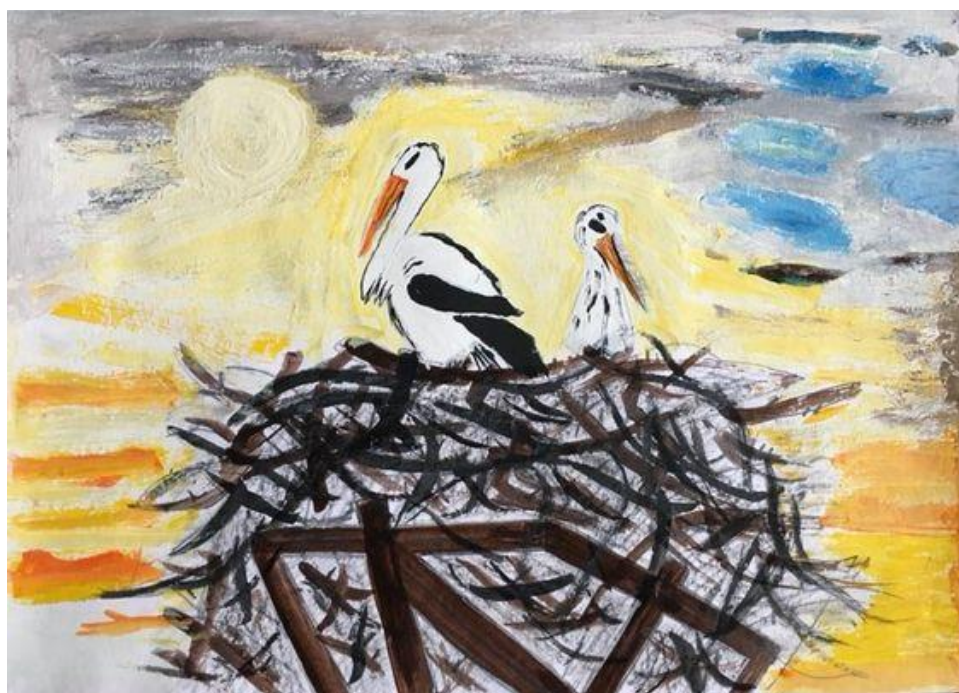
Obrázek 3. Volná tvorba



Popis: Dvě černé kočky sedící naproti velkému antropomorfnímu slunci, které šilhá a má dva velké zuby. Kočka vlevo se drží ocasem kočky vpravo. Mezi nimi je srdce jakoby povalené nebo je možná vpravo sedící kočce nakloněné. Zemská plocha je oddělena od nebe. Kočky sahají přes horizont. Pacient rád pracuje s ornamenty. Obrázek působí svým zpracováním staticky. Postrádá prostorovou hloubku.

Shrnutí: Pacient věnuje obrazům hodně času. Vymalovává se s detaily, dává si záležet. Často vedeme rozhovory o jeho vztazích mezi ním a druhým pohlavím. Slunce svým vzhledem působí jako orientální maska.

Obrázek 4. Jaro



Popis: Pacient se pro tentokrát držel zadání „Jaro.“ Maloval akrylovými barvami. Maloval z paměti.

Shrnutí: Dva čápi v hnízdě. V obraze se nachází nejméně psychopatie. Blíží se realitě. Geometrizační pod hnízdem působí funkčně. Jestli se jedná o pár či ne, v každém případě čáp symbolizuje návrat jara, nový život a všeobecné štěstí. Pacient byl před propuštěním do domácího prostředí. Obraz s čápy se mu ze všech nejméně líbil. S jeho zpracováním nebyl spokojen.

Z hlediska lékaře:

12. hospitalizace, v PNJ, přijel sám po předchozí telefonické domluvě, poslední hospitalizace se stejnou dg. Byla v roce 2013. Při přijetí v kontaktu ochotný, bez nápadností, mírně pokleslé ladění, energie, narušený spánek, v mírné tenzi, apychootický.

Z počátku ponechán bez psychiatrické medikace. Na oddělení nenápadný, snaží se spolupracovat, přiléhavý, normoformický, přiměřeně aktivní. V průběhu dvou týdnů došlo k dekompenzaci psychického stavu, začínají podivnosti v chování, emočně nepřiléhavý, začíná být zvýšeně hovorný, bludy neventiluje, narůstá tenze. Do medikace přidán olanzapin - postupně navýšen. I přes medikace rozvoj paranoidity, narůstá nepřiměřenost

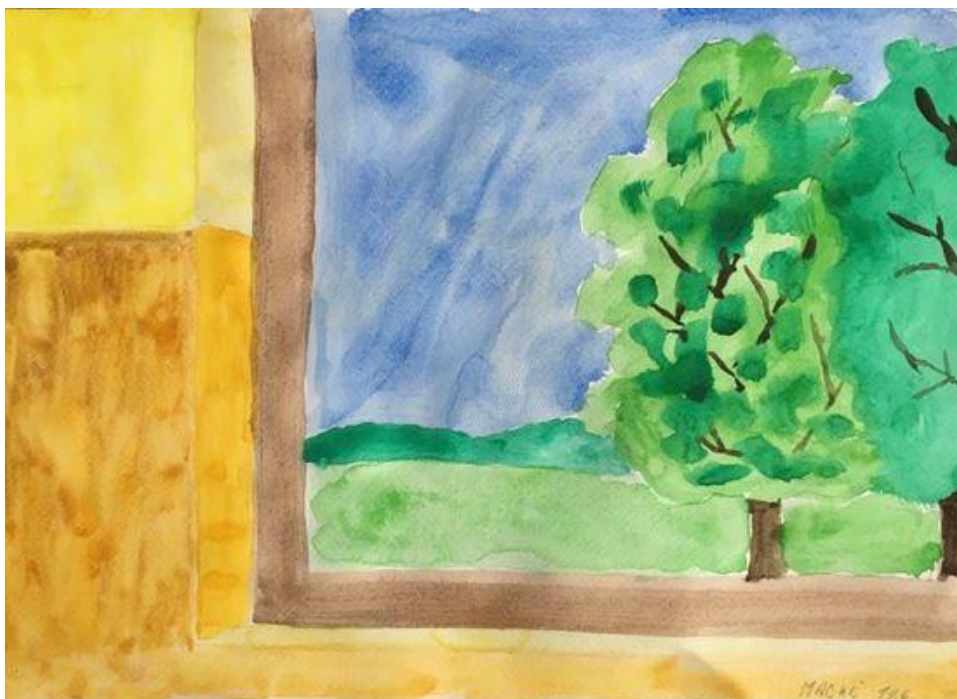
v chování. Pacient je na oddělení v pohybu, odbržděný, snížená distance, ladění nadnesené, mnohomluvný, pacient je bez náhledu. Nyní v medikaci i haloperidol, přechodně byl podáván levopromazin, ale bez většího efektu. Na uvedené medikaci pacient klidnější, domluvě přístupný, ale místy ještě podivínský, občasné komentáře k chodu oddělení. Pacient využívá volných vycházek, zapojován do aktivit. S odstupem haloperidol snížen, ponechán olanzapin. Psychotický stav odezněl, nálada stabilizována, v nálezu spíše dominovaly nevhodné projevy v chování, pacient měl tendenci nedodržovat režim, terapeutické aktivity odmítal. Pacient projevil zájem o Paprsek v Třebíči, kontakty i informaci podány. Pacienta propouštíme do psychiatrické ambulance-PA. Při propuštění normoforický, apsyhotický, asuicidální. Kontrola v psychiatrické ambulanci-PA a u obvodního lékaře-OL do 3 dnů od propuštění. Invalidní důchod-ID 3. stupně. Léky na 3 dny vydány.

8.2.3 Kazuistika III, pacient s poruchou přizpůsobení

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacienta narozeného v roce 1980

Anamnéza: rodinná: Psychiatricky se nikdo z rodiny neléčil. Bratranec ze strany otce se před 30 lety oběsil. Závislosti v rodině nejuje. Otec zemřel v 66 letech, příčinou byl karcinom plic. Matka zemřela v 62 letech na komplikace Crohnovy choroby, selhávání ledvin. Starší bratr je zdravý, a nejstarší sestra také.; osobní: porod klasický, bez komplikací. Ve 3 letech rozpad kyčelního kloubu. Nesrostl správně – 2 roky na lůžku. Běžné dětské choroby. Vážněji nestonal; fyziologické funkce: spánek narušený, chuť k jídlu je lehce narušena. Od prvního propuštění zhubl 5 kg.; dětství: dobré, vyrůstal v kompletní rodině a se sourozenci vycházel. Učil se bez problémů. Chování bezproblémové. Vyučil se zedníkem. Kvůli hypertenzi neabsolvoval vojnu.; zaměstnání: montážní dělník; sociální: žije sám ve svém rodinném domě; partnerské vztahy: naposledy před 8 lety. Hledá partnerku přes inzerát. Svobodný, bezdětný.; zájmy: malba krajiny; abus: cigarety-20/den, alkohol nepije, drogy nejuje, gambling, dluhy nejuje; Psychiatrická: Psychiatrická ambulance-PA, 2. hospitalizace v psychiatrické nemocnici Jihlava-PNJ po 20 dnech.

Obrázek 1. Volná tvorba



Popis zpracování: Obrázek je zpracován akvarelovými barvami. Pacient maloval tento obrázek nerad. Nacházel se ve chvíli, kdy bylo krátce po jeho přijetí na oddělení a do aktivit se příliš zapojovat nechtěl. Nic méně, pokusil se a vznikl tento plochý obraz. Dva stromy za oknem. Jedná se o pacientův pohled z okna oddělení nemocnice.

Shrnutí: Pacient nechtěl chodit ani na společné vycházky natož se zapojovat mezi ostatní pacienty. Cítil se ohrožen. Myslel si, že se na něj něco chystá.

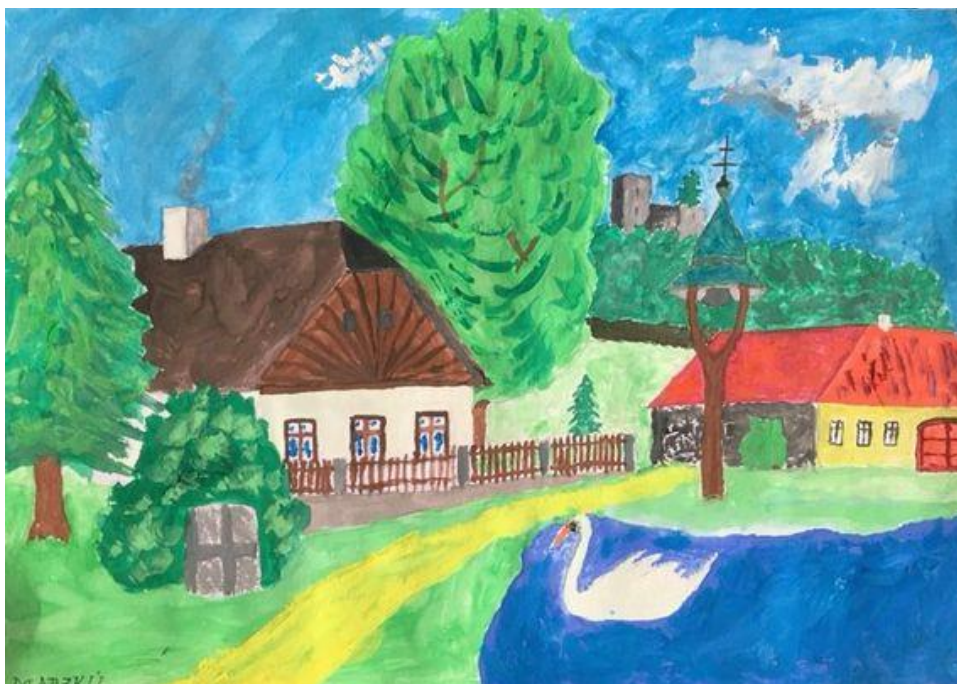
Obrázek 2. Nejhezčí den (chvíle)



Popis zpracování: Pacient se drží akvarelových barev a věnuje obrázku čas a soustředění. Co se týče zadání, pacient říkal, že obrázek znázorňuje hezké chvíle u babičky na venkově, když byl malý.

Shrnutí: Vzhledem k pacientově třesu, který patřil mezi symptomy jeho diagnózy, se tahy štětcem, zdá se zpětrhaly. Je také možné, že mohou poukazovat na počínající jinou nemoc. Všimněme si ztenčených a jakoby roztřesených tahů u nohou židlí. V obrázku je přítomen figurativní prvek, který v jiných obrázcích není.

Obrázek 3. Místo, kde žiji



Popis: Další akvarelové dílo s názvem: "Místo, kde žiji." Pacient používá vody minimálně. Obrázek působí staticky a přetaženě. Vyhýbá se stínům.

Shrnutí: Nebylo jednoduché, přimět pacienta namalovat živé objekty. K obrázkům se vracel na mou žádost, ale snažil se vyhovět, jak jen to šlo.

Z hlediska lékaře:

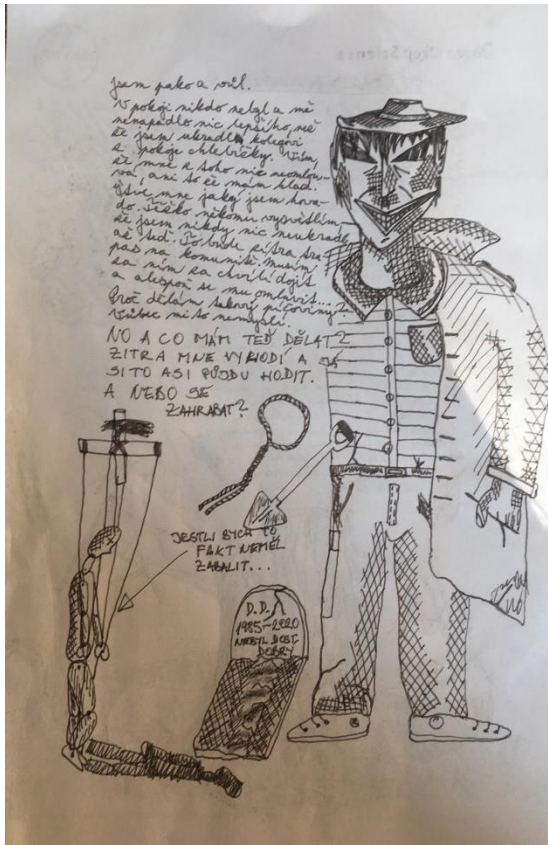
Pacient přijat záhy po 1. propuštění, udával intenzivní halucinace. Doma byl sám. Nezvládal to. Nebyl schopen samostatně fungovat. Medikaci užíval, ale nestačilo to. Záhy po rehospitalizaci hlasy odezněly. V PNJ se cítí v bezpečí. Uchýlení k nám bylo obranným mechanismem před okolní realitou. Stav se velmi rychle stabilizoval. Odezněla tenze, normoforický, bez agrese, asuicidální. Pacientovi byly umožněny volné vycházky a rozvolněný režim. Pacient takto spokojen. Udělena funkce nákupčího pro oddělení. Na primářské vizitě bez stesku, bez nápadnosti. Z pocitu plného zdraví byl pacient následující večer nalezen ošetřujícím personálem cyanotický, nekontaktní. Suspektně podezření na epileptický záchvat. DIA bez efektu, byla zahájena kardiopulmonální resuscitace, byl použit AED defibrilátor, dále si vzala na starost, kardiopulmonální resuscitaci-KPR, rychlá záchranářská služba, ta byla neúspěšná, akutní kardiální selhání jako bezprostřední příčina

smrti. Byl odeslán na patologii k pitvě v Jihlavě. Jako základní příčina úmrtí uvedena: I21.9, akutní infarkt myokardu NS-non specificatus, srdeční zástava – náhlá srdeční smrt.

8.2.4 Kazuistika IV, pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacienta narozeného v roce 1985

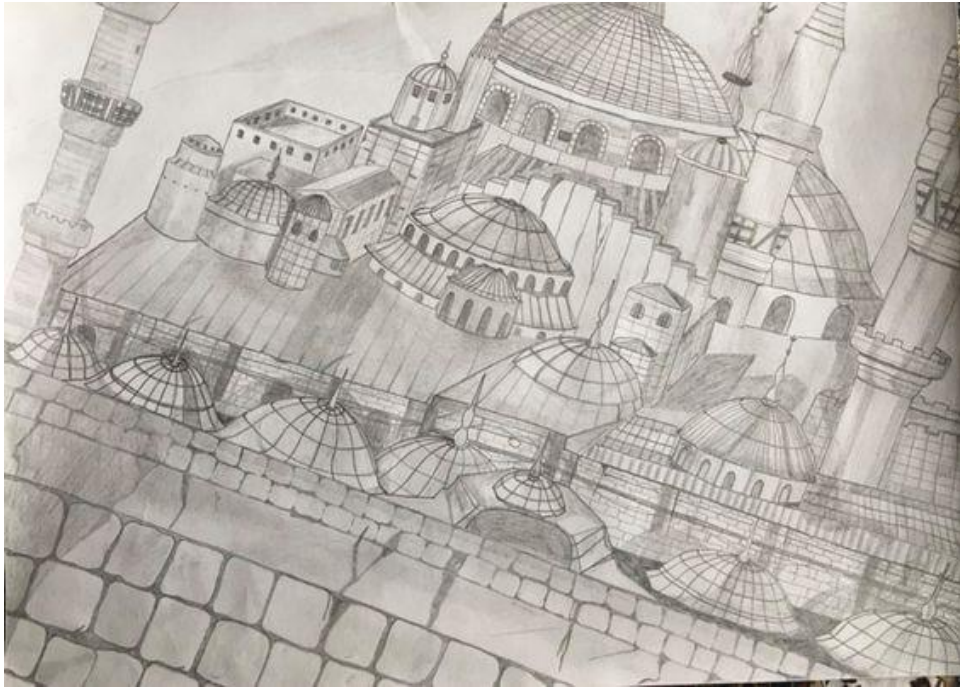
Anamnéza: rodinná: matka otce-paranoidní schizofrenie, několik pokusů o sebevraždu, vlastní matka-1962 zdravá, otec-1959 zdrav. Sourozenci-dvojče, bratr, zdravý, abusus nejuje; osobní: porod předčasný, klasický, bez komplikací, poporodní vývoj v normě. Běžné dětské nemoci. 2x prodělal plané neštovice. V 8 a 28 letech. Má oslabenou imunitu. 2,86 promile v dechové zkoušce. Hypoglykemické koma v roce 2018, hypokalemický, toxonutritivní hepatopatie, nikotinismus, narcistní rysy osobnosti a susp.i disociální, ADHD. V roce 2014 těžký otřes mozku, plastická operace lebky po napadení popelníkem.; dětství: byl hyperaktivní, v 10 letech dostal medikaci, rodičům se nelíbila. Po 2 měsících ji přestal užívat. Otec ho občas mlátil, byl vyslýchán policií ČR. Řešeno i sociální službou. Údajně o něj zlámal i několik vařeček. Cíleně svého otce provokoval. K otci nemá vztah. Měl 2,3 z chování. Prospěch bez problémů. Problém s autoritami, měnil školy, šikanoval ostatní, školu si vybral kvůli tomu, že zde byly především dívky. Využíval často fyzické konfrontace s ostatními.; škola: střední škola s maturitou; vojna: zrušena. Byl pouze odveden.; zaměstnání: neví, zda je ještě zaměstnaný, neví, zda má PN; sociální: vlastní byt v Kladně, ale nyní byl několik dní na ulici.; partnerské vztahy: nemá, 9 let je sám. „Nejsem schopen si někoho najít.“ Je bezdětný.; zájmy: závodně bojové umění-taekwondo, často toho zneužíval.; abusus: cigarety 8/10 denně, 1l vodky denně, léky si není jistý, tetrahydrokanabinol-THC 20/25 denně, pervitin, tramadol; kriminalita: netrestán; řidičský průkaz nemá; psychiatrická: V psychiatrické ambulanci-PA v Praze, dříve hospitalizován v Havlíčkově brodě, kde nedokončil léčbu závislosti, v roce 2015 dokončil léčbu v Kosmonosích. Dále se léčil v Jemnici: 3 týdny detox, poté vyhozen z důvodu porušení pravidel.











Obrázek 1. Co mám v hlavě



Popis: „Začal jsem obrysem hlavy. Jako první jsem si nasadil černé brýle, protože vnímám svět jako šedivé místo s málo radostmi, spíše samé problémy a trápení. Druhá byla nahá žena. To vnímám jako svůj největší handicap. Nikdy jsem neměl vztah. Dokonce mezi 25 a 33 rokem ani sex. Něžného pohlaví se bojím, nezvládám kontakt a komunikaci. Dále následoval mozek. Ten je umístěn mimo hlavu, jsem totiž bezmozek. Další byly oči navrch hlavy. Často se sám sobě dívím, kam jsem to dopracoval, ne, kdo, ale co se ze mne stalo. Hovno v trávě, bílá vrána a černá ovce rodiny, paté kolo u vozu. Nikdo mne nechce a nikam nepatřím. Je tam také cesta-tam i zpět. Do lebky mi střílí voják, vrtá červ a bodají hřebíky (depky). Šíp nesoucí informace propichuje ucho-tudy tam, a tudy ven. Jsem loutka z části ovládaná drogou. Propadám se do země (to hanbou). Strašně se za sebe stydím. Nejraději bych se někam zahrabal a nebyl-ten hrob. Několikrát týdně mám můry, zdá se mi o smrti a zombících. Klíč v ústech znamená, málo spíš vůbec nemluví o svých pocitech a trápeních, splínech a obavách. Uprostřed je černá díra... vlastně ani nevím, co znamená.”

Obrázek 4. Utajená místa



Popis: „Tajemná a těžko dostupná jeskyně, skrývající klíč k mé duši, která je uzamčená v truhlici.“

Obrázek 5. Adam a Eva



Obrázek 6. Perníková chaloupka



Popis: „Temný, strašidelný les. Je noc. Měsíc osvětluje cestu, chaloupka není vidět, jen světlo z oken v dálce. Jeníček střílel prakem chleba, který teď zobou vrány. Společně s Mařenkou bloudí už mnoho hodin. Mařenka je unavená, bojí se a pláče. Vše zpozvzdálí sleduje Ježibaba a už se těší na nové „hosty“.”

Obrázek 7. Medúza



Popis: „Perseus (vpravo dole) je jediný, kdo ještě nez kameněl při souboji s obávanou Medúzou. Zbytek jeho druhů je součástí "zahrady soch." Vše se odehrává uvnitř kamenného chrámu kdesi v podzemí. Prostředkem protéká lávová řeka. Vychytralý Perseus využívá svůj štít a odlesk Medúzy v něm. Díky tomu posléze zvítězí.”

Obrázek 8. Volná tvorba



Obrázek 9. Peklo



Obrázek 10. Zážitek z dětství



Popis: Levá strana: „Bylo mi pět let a na přechodu mne srazil autobus (jo, nejsou to hasiči, ale vůz MHD). V popředí mamka s bráchou. „Pravá strana:“ Je mi deset a účastním se svého prvního mistrovství ČR v bojových sportech. Kupodivu jsem v kategorii do 55 kg skončil jako mistr republiky v „matsogi,“ což je souboj jeden na jednoho. V přerážení desek jsem byl druhý. Jo, to byly časy. Na stupních vítězů jsem se umisťoval pravidelně až do roku 2006, kdy to bylo naposledy. Už ani nevím proč, ale přestal jsem se závodění věnovat. Tehdy byl na mne otec hrdý. Doteď mi vyčítá, že jsem to vzdal... ten co fotí.”

Z hlediska nemocnice:

Hospitalizace v PNJ, pacient byl propuštěn z oddělení závislostí poté, co se nevrátil z propustky těsně před ukončením tříměsíční léčby. Od té doby byl opakovaně žádat o obnovení léčby, odkazován na spádové léčebny. Mezitím opakovaně vyšetřen na urgentním příjmu, kde žádal o hospitalizaci. Opakovaně patrná ebrieta, hyperglykemie. Ponechán na interním oddělení. Poté se znovu vrátil v ebrietě s hyperglykemií, aplikován insulin, který pacient cíleně vynechal a byl odeslán na PZS. Nyní přišel v ebrietě 2,83 promile, s přáním korekce DM, protože se „chce zabít.“ Zjištěn suicidální pokus, kdy si aplikoval více jednotek insulinu. Plánovaný příjem po observaci na interním oddělení příjem na PNJ. Noncompliantní diabetik 1. typu léčený insulinem se špatným sociálním zázemím

a škodlivým užíváním alkoholu a drog, přijat na interní JIP pro hyperglykémii při suicidálním pokusu aplikací 32 či 24 jednotek krátce působícího insulínu Apidra v ebrietě. Opakovaně verbalizoval suicidální tendence. Odeslán na příslušné oddělení v PNJ. Byl přijat v tomto stavu-při vědomí, lucidní, plně orientován, na dotazy odpovídá ochotně, přiléhavě, bez větší latence, artikulace je bez nápadnosti, mimika je živá, bez třesu, PM tempo je v normě, nálada je situačně pokleslá bez somatického syndromu, spánek není narušen, bez tenze, paniky či fobie, bez poruchy vnímání, myšlení je koherentní, normálního tempa, bez bludné produkce, normoprosexie, paměť je nenarušena, patrné známky odvykacího stavu, bez stresorů, nejsou nasedající delirantní stavy, kritický, s náhledem, bez agrese, asuicidální. Odvykací stav byl zaléčen heminevrinem v sestupném schématu bez komplikací, nedelirovat, bez EPI, nasazena psychiatrická medikace. Během hospitalizace byl ve stabilizovaném stavu, chutě negoval. Zařídil si léčbu v Jemnici. Při propuštění: léky na 3 dny. Do tří dnů nástup do Jemnice.

Z pohledu terapeuta:

Pacient byl velmi otevřený, což by se dalo na první pohled usoudit jak z výtvarného vyjádření, tak jakým způsobem hovořil o sobě, ale pouze se mnou jako terapeutkou. Vyhýbal se širšímu kolektivu. Se spolupacienty se příliš nerozpovídal. Každé dílo maloval s pečlivostí. Neprojevoval zájem o jinou aktivitu, než která mu byla určena, a to bylo ještě vedení ranních rozcvíček v každý všední den, s čímž i on sám souhlasil. Byl to jeho jediný kontakt s ostatními pacienty. Jinak byl uzavřený a příliš nemluvil. V podstatě každý obraz se mnou rozebral a přál si znát názor.

Významný je posun v tvorbě směrem k používání barev. Další pozitivní změnou je, že v posledních obrazech ubývá destruktivní (sebedestruktivní) a agresivní tematiky, změnu sebenáhledu může signalizovat vzpomínání na pozitivní momenty v jeho životě a zobrazování těchto momentů v tvorbě. Po určité době se pacient přesouvá k barvám. Vybavuje si situaci. Pozitivní zkušenost, viz obrázek 10., kde je více časových momentů. Toto jsou významné momenty, které možná nastaly pod vlivem terapie.

8.2.5 Kazuistika V, pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacienta narozeného roku 1986

Anamnéza: rodinná: matka zemřela v 57 letech-hypertenze, otec v 60 letech-hyperglykemický záchvat, léčil se fentanylem na postamputační bolesti. Diabetes mellitus-DM na inzulinu. Otec zneužíval fentanyl, morfin a heroin, sourozenci: 3 – sestra 36 let-chron. Bronchitis, 10 let kokain a alkohol; bratr 32 let – abstinet, zdravý; sestra 28 let-zdráva, abstinguje; děti: dcera 14 let (není vedený v rodném listě), zdravá. Suicidum nikdo nespáchal, psychiatrická spojka nezjištěna.; osobní: porod klasický a poporodní vývoj v normě. Běžné dětské nemoci. V dětství reflux močových cest, neoperovaný, na urologii od 14 nechodí, prý spontánní fyziologická úprava.; St.p. intoxikace léky zolpidem 20/45 tablet+pregabalin 150 mg 5 tablet. Úrazy hlavy: 2017 bezvědomí; neuropatie DKK při užívání fentanylu, Lyrica.; fyziologické funkce: spánek po rivotrilu, chuť k jídlu má.; alergie: triapridal - křeče a buronil-snad tělesná nerovnováha.; dětství: kvůli pervitinu nedokončil SŠ, s otcem užíval fentanyl a heroin; smíšené vzpomínky, šikanu nezažil; kamarády měl; tresty doma: 25 ran rákoskou, např.: za odmlouvání, sprosté slovo; otec byl často v práci; rodiče hluboce věřící.; škola: základní škola, nedokončil konzervatoř a houslařskou školu, skončil ve 3. ročníku.; vojna: zrušena-branná povinnost; zaměstnání: registrován na úřadě práce, pracoval na smlouvu (není si jistý, jak to je v tom případě s pracovním úřadem); sociální: bydlí v Jihlavě s přítelkyní, nyní se rozešli - svobodný, má čtrnáctiletou dceru. Neplatí alimenty. Není přiznán jako otec - nejsou v kontaktu; abusus: cigarety 5x denně, alkohol 2x týdně, THC příležitostně, jiné drogy: amamn., nyní neguje. Zneužívání léků: tramadol, rivotril až 30 mg denně; dluhy: asi 650 000 Kč; trestně nestíhán; psychiatrická: opakovaně odvykací léčby v psychiatrických zařízeních a komunitách. Poslední komunita v Pocestném Mlýnu (měsíc).

Obrázek 1. Volná tvorba



Popis: Pacient natřel celou čtvrtku černou akrylovou barvou. Po zaschnutí maloval kmen stromu a větve. Následně si vyrobil ze špejlí a vaty tyčinky (podobné vatovým tampónům), svázal jich pět k sobě reznou nití a jejich prostřednictvím nanášel barvu, kterou si namíchal z vínové a bílé akrylové barvy a „vytřupkal“ korunu stromu.

Obrázek 2. Volná tvorba



Popis: Tento prostorově rozměrný obraz zabral pacientovi nemalý čas. Požadovala jsem, aby namaloval obraz ke vchodovým dveřím před vstupem na oddělení. K dispozici měl akrylové barvy. Prvním krokem bylo zpracování zeleného prostoru s jehličnatými stromy. Jako druhý krok, výmalba nebe s rozfoukanými mraky a umístění slunce vpravo nahoře. V třetím plánu namaloval kopce. Pokračoval stromem známou technikou, viz první obrázek. Následovalo zpracování živých objektů a květin.

Obrázek 3. Volná tvorba



Popis: Tento obraz namaloval pacient po recidivě. V první řadě namaloval oblohu, mraky a měsíc. Poté nanesl černou barvu na spodní část obrazu, na zem, na kterou umístil svůj známý strom.

Z hlediska lékaře:

8. hospitalizace v PNJ, nyní odeslán PA pro relaps v užívání návykových látek. Užívá až 30 mg rivotrilu denně, k tomu tramadol. T.Č. výrazně tlumený. Ráno před hospitalizací snědl 15 tablet 2mg rivotrilu. Sám prosí o hospitalizaci.

V tomto stavu přijat. Je při vědomí, lucidní, plně orientován, na dotazy odpovídá ochotně, přiléhavě, po latenci, mimika je obleněná, bez třesu, PM tempo je zpomaleno, nálada je bez

jasné polarity, bez somatického syndromu, spánek v pořádku, bez tenze, paniky či fobie, bez poruchy vnímání, myšlení je koherentní, bradypsychické, bez bludné produkce, hypoprosexie, paměť je nenarušena, abusus je významný, nejsou známky odvykacího stavu, stresory ano, osobnost bez patologie. Nejsou nasedající delirantní stavy. Kritický, s náhledem, bez agrese, asuicidální. Laboratoř byla bez patologie.

Je bez známek odvykacího stavu, bez deliria, bez EPI. Dimise. Pacient se bude stěhovat, zahájena substituční léčba, léky na 4 dny. Pacient poučen o další léčbě.

Z pohledu terapeuta:

Pacient se neustále halil do deky. Byl velmi štíhlý a vysoký, při čemž se dosti hrbil. Obrazy, které maloval, se z mého pohledu zdály naučené a nic jiného nemaloval. Jen svůj idylický život se svou přítelkyní, která se s pacientem opakovaně rozcházela, a to byla častá příčina jeho pobytu na psychiatrii. Pacient je značně mladší od své partnerky. Hovořil o ní, jako o někom výjimečném a velmi milovaném a pokaždé doufal, že se k němu opět vrátí.

Neobával se velkých formátů, maloval na šířku a ve své tvorbě působil velmi jistě. Obrazy měl zhotovené téměř okamžitě.

Užití růžové odkazuje na možný patologický aspekt. Tvorba je spíše „idealizovaným prohlášením“, svou stereotypností v tematice je možným výrazem autorových obran. Na obrázku č. 2 je zajímavým momentem růžový horský motiv na horizontu, skaliska mohou být vzhledem k své špičatosti a ostrosti výrazem ohrožení, příp. nebezpečí a pravděpodobně unikly autorově sebecenzuře? Mohou být výrazem potlačované agresivity, do jisté míry v této podobě zobrazení může být pro autora skryt abreaktivní potenciál a autosanační terapeutický efekt.

8.2.6 Kazuistika VI, pacientka s bipolární poruchou

Ze záznamu nemocnice: Příjem pacientky narozené v roce 1952

Anamnéza: rodinná: matka zemřela v 60 letech na plicní embolii, byla léčena pro schizofrenní onemocnění, strýc byl alkoholik, otec narozen 1922, dcera 1973 léčena psychiatricky po úmrtí dcery, měla laktační psychózu, syn narozen 1971, zemřel. Příčinou byla ruptura aorty (zemřel půl roku poté, na krvácení z jícnových varixů), byl alkoholik,

v mládí bral drogy; dcera narozena 1974 užívala heroin.; osobní: susp. ICHS (dle EKG normální nález), v dětství prodělala poliomyelitis (s postpoliomyelitickým syndromem-triparéza). Sledována po osteopenii, polyartrózu, polytopní VAS. Steatoza jater a pankreatu. Cysta levé ledviny. VCHGD v minulosti, st.p. biliární pankreatitidě operace: CHCE 1977 a 1997, APPE; fyziologické funkce: spánek narušen, chuť k jídlu je dobrá; alergie: augmentin, osypala se po jódu v 15 letech, zyprexa; gynekologická: 4 porodů, 2 interrupce, menopauza od 50 let, potíže neudává.; škola: ekonomická s maturitou; zaměstnání: nyní SD, byla ID, pracovala v kuchyni, v Otavanu jako ekonomka; sociální: vdaná, odstěhovala se od manžela, bydlí sama, manžel ji bil. Dle pacientky je alkoholik; psychiatrická: 4. hospitalizace v PNJ, opakovaně léčena v ČB, v 11 letech v PL v Opařanech, SCHAP, snad i v PL v Dobřanech.; dosud léčena ambulantně.

Obrázek 1. Zážitek z dětství



Popis: Chopila se formátu A3, akrylových barev a malovala podle zadání. Z pacientčina vyprávění vím, že namalovala divadelní představení, na kterém byla se svým tatínkem, kterého zbožňovala. Hovořila o nejednom zážitku s ním.

Nacházela se v depresivní fázi svého stavu. K řešení by mohlo být zpracování perspektivy a postav.

Obrázek 2. Volná tvorba (předloha z kalendáře)



Shrnutí: Pacientka se nebojí barev. Za varovné bychom mohli ale považovat barvu caput mortuum v levé dolní straně a místy se opakující.

Obrázek 3: Nejhezčí den (chvíle)



Popis: „ Březnové létání přírodou, která se probouzí.”

Použití vody se spíše vyhýbá. Stejně tak stínům a hloubce. Obraz je hutný. Voda a nebe mají stejný odstín modré. U duhy si můžeme opět všimnout známé *caput mortuum.*, která je umístěna nad stojícím párem. Pár je vytvořen propiskou. Oba si chrání hlavu před sluncem. Zajímavá je labutí rodinka v pravém rohu. Patientka měla tři děti.

Z hlediska lékaře:

4. hospitalizace v PNJ. Přivezena překladem z PSO ČB, pro agresivitu na hosty v restauraci. Neužívala medikaci. Manická, nespolupracující, paranoidní. Nasazen haloperidol a valproát a quetiapine. Stav stále kolísavý, myšlení rozjíždivé. Po domluvě byla převežena do PNJ. Při přijetí mnohmluvná, v projevu zabíhavá, hůře usměrnitelná, paranoidně nastavená, k událostem přijetí na PO ČB. První dny hospitalizace: časté výhrady v podávané medikaci. Ventiluje také četné somatické stesky, k onemocnění nekritická. Řeší somatologické obtíže, má časté připomínky k režimu, místy i podrážděná.

Upravována medikace: postupně vysazen oxazepam tbl., navýšen valproát o 200 mg a quetiapin o 100 mg. Pozvolna došlo ke zklidnění stavu, nálada se stabilizovala, pacientka nyní vcelku dobře spolupracující, bez bludné produkce, ale na psychiatrické onemocnění zcela bez náhledu. Patientka je vdaná, ale ze strany manžela se jedná o dlouhodobé fyzické týrání, pacientka nyní již odmítá s manželem bydlet, dcera zařizuje jiné bydlení.

Nálada pacientky je nyní stabilizovaná, je klidná, apychotická, spolupracuje, dochází na aktivity, využívá vycházek, k medikaci již méně časté výhrady, opakovaně poučena o nutnosti a důvodech užívání psychiatrické medikace, ale náhled chybí. Po domluvě s rodinou pacientka propuštěna do ambulantní péče, při propuštění apychotická, asuicidální, nálada v normě. Na doporučení: nutné pravidelné kontroly v PA, první od 5 dnů od propuštění, kontrola u OL do 5 dnů. Kontrola hladiny valproátu s odstupem 4 týdnů. Léky na 5 dní vydány.

Z pohledu terapeuta:

Autorka vzhledem k věku výtvarně zaostává. Obrázek č.1 - Stlačené divadlo. Je otázkou času, kdy vybuchne. Jako by se zdála zaseklá v situaci. U obrázku č. 2 a 3 se zdá, že je vše posunutě doleva - postavy. Možná, že situace s manželem pacientce vyhovuje, jak je nastavená, i když, jak sama říkala: „Bez něj je mi dobře.“ Užití růžové barvy může poukazovat na infantilní

chování pacientky, které se v mnoha chvílích projevilo během léčby v PNJ. Bylo by třeba dlouhodobého úsilí terapeuta, aby pacientka dospěla k pozitivnímu obratu.

9 DISKUZE

Cílem teoretické tak i praktické části bylo komplexně zmapovat problematiku, nikoliv dosáhnout zobecnitelných výsledků. Jedná se o studii, která může posloužit jako inspirace k dalším, konkrétnějším výzkumným závěrům.

Mezi nedostatky ovlivněné specifickou podobou výzkumného vzorku (hospitalizovaní psychiatrickí pacienti s konkrétní diagnózou docházejí na arteterapii) patří malý počet vyplývající z daných specifik, který byl rozšířen zahrnutím pacientů, kteří sice splňovali daná výše uvedená kritéria, ale měli ještě jednu diagnózu navíc (například: pacient s paranoidní schizofrenií a závislost na drogách).

Dalším nedostatkem je fakt, že z časových důvodů (brzký návrat domů či přesun do jiného zařízení) nebylo možné vést doplňující rozhovory. Jednak z toho důvodu, že je potřeba využít terapii se všemi zúčastněnými, kterých je většinou patnáct. Někteří pacienti trvali na tom, aby své obrazy dotáhly k dokonalosti či si tvorbu užívali, a proto jim jeden obraz trval i dva týdny.

Pacienty jsem žádala o sepsání komentáře k daným obrázkům ze zadní strany obrázků, ale úkol splnil pouze jeden zúčastněný. Pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog I. věnoval jak kresbě, tak malbě značný čas a žádal si k jednotlivým dílům komentář. Přál si o svých dílech vést rozhovor. Čistě nezávazně. S nikým ve skupině nevyžadoval téměř žádnou konverzaci. Rozhovor vedl pouze se mnou.

U pacientů s paranoidní schizofrenií bylo důležité, abych o jejich dílo projevila zájem a uložila si jej. Značnou nevýhodou byly stavy nálad příslušných pacientů, které jim znemožňovaly příchod na terapii. Byla období trvající například týden, že si nepřáli jakoukoli aktivitu. Pacientka s bipolární poruchou osobnosti nevyžadovala paradoxně zvýšenou pozornost. Ráda vedla rozhovory s náboženskou tematikou a moc ráda vzpomínala na období, které prožívala se svým otcem. Bylo jí u tvorby dobře. Alespoň tvrdila, že je v klidu.

V praktické části je možné uvažovat, jestli by nebylo vhodnější zaměřit se na pouze jednu diagnostickou kategorii například paranoidní schizofrenie a zkoumat více pacientů s touto diagnózou. Také zadání či dodržení stejných témat by bylo jistě zajímavé.

Tato zkušenost s pacienty ukazuje, že vstup terapeuta často přináší nové pohledy, které pacient může využít a dále rozvíjet, někdy jej tyto podněty dokonce doprovázejí dlouhou dobu i po skončení terapie. Terapie může pomoci k většímu respektu k pacientům, k větší vnímavosti k tomu, jakým způsobem o pacientech terapeut hovoří a jak zachází s předpoklady o nich. Na rozdíl od běžného personálu má terapeut možnost proniknout hlouběji do osobnosti pacienta, využít individuální přístup, který trvá mnohem delší dobu ve srovnání s přístupem lékař-pacient.

Určitou nevýhodou práce s terapeutem je větší množství přítomných osob, což může v pacientech vzbuzovat obavy (zejména zpočátku). Ve srovnání s komunitou, která je součástí denního režimu a probíhá v kruhu – pacienti z celého oddělení, lékaři, psycholog a ostatní zdravotnický personál. Na pracovní terapii je jejich přístup sdílnější a necítí takový nátlak, protože se nemusí vždy verbálně vyjadřovat a využití této kreativity je pro ně přijatelnější.

Zdá se, že základním předpokladem pro realizaci pracovní terapie na pravidelné bázi je určité nadšení a schopnost pacienty upoutat zajímavým nápadem ke zpracování nějakého artefaktu, výrobku či uskutečnění a zapojení se do jiné aktivity.

Metodiku projektivně-intervenční arteterapie, která není prvotně nastavena pro klienty s psychotickým onemocněním je možné přizpůsobit. Metodická intervence více respektuje autorovu osobitost v tvorbě, komentáře prvotně nesledují interpretační hledisko, nicméně terapeut si stanovuje pracovní hypotézy. Posuny v tvorbě a změnu sebenáhledu klienta bylo možné v tvorbě rozpoznávat (kazuistika str. 54), rovněž bylo možné z tvorby postřehnout rezistenci (kazuistika I, str. 41, str. 68), příp. i neochotu ke změně (kazuistika str. 71). Změny stylu v procesu terapie pak mohou odkazovat na změnu dynamiky v oblasti symptomu a mohou být signálem či upozorněním pro terapeuta (kazuistika II, str. 46), z tvorby může být postřehnut i změna v somatické oblasti (kazuistika III, str. 51).

10 ZÁVĚR

Původním obecným záměrem této práce bylo propojit svět arteterapie se světem psychiatrických pacientů se specifickými diagnózami: paranoidní schizofrenie, bipolární afektivní porucha, poruchy přizpůsobení a psychotické poruchy osobnosti způsobené užíváním drog. Jde o záměr, který vznikl převážně z toho důvodu, že pacienti s těmito typy diagnóz se u nás v PNJ nejčastěji objevují. I historie arteterapie jako oboru a první sbírky výtvarné produkce psychiatrických pacientů jsou spojeny spíše s lidmi trpícími jednou z forem schizofrenie, jak je popsáno v teoretické části.

V současné praxi se ale arteterapie používá jako součást léčby v psychiatrických zařízeních i pro další výše uvedené pacienty s popsányými diagnózami. U pacientů s diagnózou schizofrenie se připravme na notnou dávku trpělivosti. Ideálně vytvořme pacientům (všem typům diagnóz) bezpečné prostředí, prostorné pro jejich tvorbu, navoďme příjemnou a líbivou atmosféru, přátelský přístup, a především netlačme na pilu. Nabídněme širokou škálu barev, výtvarných technik, možnost podkladů různé velikosti, ať si mohou vybrat.

Je nutné být seznámen, jací pacienti jsou přítomni na oddělení, s jakým druhem diagnózy a být připraven s příslušným materiálem. Jak bylo uvedeno v teoretické části, někteří mají radši, když je pro ně vše připraveno doslova mají vše „pod nosem.“ Nevítají výběr. Chtějí mít práci danou. Málokdy mi pacient řekne „já něco zkusím sám“. Také dokáží překvapit, viz pacient s poruchou osobnosti způsobenou užíváním drog II.

Téma Podoba vybraných psychiatrických diagnóz a jejich vývoj ve výtvarné tvorbě během léčby v psychiatrické nemocnici je poměrně obsáhlé. Co se týče uvedeného názvu, myslím, že pokud terapeut vytvoří vhodné podmínky pro pacienty a ukáže, že jejich díla ho zajímají a čeká na jejich výsledek, nakonec se ukáže, že chtějí tvořit a je to právě to, co může uvolnit jejich emoce.

Dalším výzkumným záměrem by mohlo být například zúžení problematiky, pro odlišení jevů korespondujících s psychiatrickým onemocněním obecně a jevů souvisejících pouze s afektivní poruchou.

11 Použitá literatura:

- Becker, U. (2002). Slovník symbolů. Praha: Portál
- Bergeret, J. (2005). Toxikomanie a osobnost. Praha: Victoria publishing
- Foucault, M. (1994). Dějiny šílenství-hledání historických kořenů pojmů duševní choroby. Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- Fürst, M. (1997). Psychologie. Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy. Olomouc: Votobia
- Gombrich, E. H. (2016). Příběh umění. Praha: Argo
- Kšajt, F. (2015). Hovory arte. Červený Kostelec: Pavel Mervart
- Kulka, J. (2008). Psychologie umění. Praha: Grada Publishing a.s.
- Lecaldano, P. (1986 a). Vincent van Gogh 1. Praha: Odeon
- Liebmán, M. (2005). Skupinová arteterapie. Praha: Portál
- Lhotová, M., Perout, E. (2018). Arteterapie v souvislostech. Praha: Portál
- Prinzhorn, H. (2009). Výtvarná tvorba duševně nemocných. Řevnice: Arbor vitae
- Praško, J., Herman, E., Horáček, J., Houbová, P., Kosová, J., Možný, P., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M. (2003). Poruchy osobnosti. Praha: Portál
- Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. (2012). Psychiatrie-minimum pro praxi, 5. vydání. Praha: Triton s. r. o.
- Rubin, J. A. (ed.) (2008). Přístupy v arteterapii. Praha: Triton s. r. o.
- Slavík, J. (2004). Umění zážitku, zážitek umění. Praha: Universita Karlova. Pedagogická fakulta
- Současná arteterapie v České republice a v zahraničí (2000). Univerzita Karlova v Praze-Pedagogická fakulta, Česká arteterapeutická asociace.
- Syřišťová, E. (1974). Imaginární svět (s. 129). Praha: Mladá fronta
- Šafářová, B., Zemánková, T. (2012). Adolf Wölfli: Stvořitel universa. Praha: Arbor vitae/ABCD
- Šicková-Fabrici, J. (2002). Základy arteterapie. Praha: Portál

- Šimková, A. (ed.) (2001). Umělci čistého srdce. Naivní a lidové umění, art brut. Uherské Hradiště: Ottobre 12

Článek v časopise:

- Lhotová, M. (2005). Časopis arteterapeutické asociace: Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu, 9, 15-16.

Internetové zdroje:

- Český statistický úřad. (2020, 1. leden). MKN-10. Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. www.mkn10.uzis.cz
- Zdravotně-sociální portál lidé mezi lidmi Art brut aneb Duševní nemoc jako brána do světa imaginace a kreativity www.lidemezilidmi.cz

12 Přílohy

Souhlas s poskytnutím informací

Věc: Souhlas s poskytnutím vybraných informací ze zdravotnické dokumentace pacientů

Souhlasím s využitím informací ze zdravotnické dokumentace některých pacientů PN Jihlava p. Petře Malé za účelem vypracování bakalářské práce v rámci vysokoškolského studia.

Tyto informace budou zcela anonymní.

V Jihlavě 25.5.2022

prim. MUDr. Elena Holubová

*Psychiatrická nemocnice Jihlava
Brněnská 455/54/38/24 Jihlava
tel.: 567/557 111
Prim. MUDr. Elena Holubová*