



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 pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Kresba postavy u lidí s Alzheimerovou chorobou

The figure drawing and people with Alzheimer's disease

Vypracoval: Kateřina Urbánková
Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Bibliografické údaje

URBÁNKOVÁ, Kateřina: Kresba postavy u lidí s Alzheimerovou chorobou. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Kouřilová, PhD.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kresbou postavy u lidí s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část se věnuje nejprve obecně stáří a změnám, ke kterým dochází ve stáří. Dále se zabývá demencí jako jednou z nejčastějších příčin Alzheimerovy choroby. Touto chorobou se práce zabývá detailněji. Popisuje tedy její obecné charakteristiky, příčiny vzniku, výskyt, změny v mozku způsobené nemocí, dále také vymezuje její stádia a hlavní znaky. Práce krátce nahlíží i na kresbu a její vývoj, kresbu postavy a barvu v kresbě.

V praktické části se práce věnuje analýze znaků v 26 kresbách seniorů s Alzheimerovou chorobou a kresbám seniorů starších 65 let, které tuto nemoc nemají diagnostikovanou. Tyto znaky jsou dále rozděleny do skupin dle testu Mini- Mental State Examination. Práce je doplněna o kresby, které byly nakresleny informanty.

Klíčová slova: kresba postavy, Alzheimerova choroba, senioři, znaky organicity

Bibliographic data

URBÁNKOVÁ, Kateřina: The figure drawing and people with Alzheimer's disease. České Budějovice, 2016. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Education. The Department of Pedagogy and Psychology. Supervisor Mgr. Jana Kouřilová, PhD.

Abstract

The bachelor thesis deals with the typical characters of a figure drawing of people with Alzheimer's disease. The theoretical part deals with the aging in general, and with the changes that occur in older age. Furthermore, the work deals with dementia as one of the most common roots of Alzheimer's disease, which is described and studied in greater detail. The work describes its general characteristics, causes, occurrence and with the changes in the brain caused by the disease. Moreover, it also defines the stages and the main characters of the illness. The work looks briefly at the drawing and its development, a figure drawing and colours in drawing.

The practical part of the bachelor thesis is devoted to the analysis of the signs in 26 drawings drawn by seniors with Alzheimer's disease and compares them with the drawings created by non-diagnosed persons over 65. These characters are also divided into the groups according to the Mini-Mental State Examination test. The drawings created by the informants are attached to the study

Key words: figure drawing, Alzheimer disease, seniors, signs of organicity

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.

V Českých Budějovicích dne 25. 4. 2016

.....

Urbánková Kateřina

Poděkování

V první řadě děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Kouřiolové, PhD., za její čas, hodnotné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji vedení a pracovníkům obou institucí, za ochotný a milý přístup. Také bych ráda poděkovala všem informantům za vlídné přijetí a ochotu se zúčastnit této bakalářské práce. A v neposlední řadě chci také poděkovat mému blízkému okolí za podporu a trpělivost.

Obsah

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Stáří	10
2.1.1	Změny ve stáří.....	10
2.2	Demence	13
2.2.1	Projevy demence	13
2.2.2	Typy demence	14
2.3	Alzheimerova choroba	16
2.3.1	Příčiny Alzheimerovy choroby	16
2.3.2	Prevalence Alzheimerovy choroby	16
2.3.3	Neurobiologické změny v mozku	18
2.3.4	Vymezení diagnózy a vyšetřovací metody	19
2.3.5	Stadia nemoci a hlavní znaky.....	20
2.3.6	Denní stacionář a aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou	23
2.4	Kresebný projev a jeho vývoj.....	25
2.4.1	Kresba jedinců s kognitivním deficitem (organickým onemocněním).....	26
2.4.2	Kresba postavy	27
2.4.3	Barva v kresbě.....	28
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3.1	Cíl práce a výzkumné otázky	30
3.2	Výzkumný soubor	30
3.3	Postup při získávání dat.....	32
3.4	Metody výzkumu.....	32
3.5	Zpracování dat	33
3.6	Výsledky praktické části	42
3.6.1	Souhrn výsledků praktické části	44

3.7	Diskuze.....	45
4	Závěr	47
	Seznam použité literatury.....	48
	Seznam příloh.....	52

1 ÚVOD

„Stáří nepřichází samo.“

- Švýcarské přísloví

V dnešní době se stáří neseťkává s příliš velkým pochopením. Staří lidé nestíhají nové trendy, nejsou schopni přizpůsobit se dnešní uspěchané, technologické době, a proto se pohled mladých lidí na ně mění. Stále častěji se staří lidé stávají přítěží. Už dávno se vytratil respekt pramenící ze statusu starého člověka. V dobách minulých byli staří lidé vzácní, protože se jen málo kdo dožil vysokého věku. Ostatní lidé si jich vážili za jejich moudrost a nasbírané zkušenost.

Místo toho, abychom staré lidi podporovali a chovali k nim úctu, stávají se stále více opomíjenou vrstvou dnešní společnosti. I z toho důvodu je tato práce věnována tématu, které souvisí se starými lidmi. Chtěla bych poukázat na to, jak je důležité pečovat a zajímat se o staré lidi. To oni přispěli k tomu, že tu „*my*“ můžeme být.

Jak tvrdí výše uvedené švýcarské přísloví: „*Stáří nepřichází samo.*“ Se stářím se neodmyslitelně pojí různé nemoci, které také přispívají ke zhoršené adaptaci starých lidí. Jednou z nejvíce rozšířených a čím dál tím více častých nemocí, které se pojí se stářím je Alzheimerova demence. Z tohoto důvodu jsem svou bakalářskou práci zaměřila právě na skupinu lidí, která trpí touto nemocí. Další důvod pro zvolení práce s těmito lidmi pramení z osobních zkušeností a důvodů. Více jsem se o tuto nemoc začala zajímat před několika lety, když jsem měla možnost působit jako dobrovolník v denním stacionáři zaměřeném na osoby s Alzheimerovou chorobou. Tato práce mě nadchla. Dodnes jsem velice vděčná, za příležitost poznat jak se tito lidé se svou nemocí potýkají. Dále jsem svůj zájem prohlubovala skrze seminární práce zpracované během studia.

Kresbu jsem zvolila, protože mě velice baví kreslení či malování. Navíc mě lákalo vyzkoušet si práci s kresbou ve spojitosti se zjišťováním informací o daném člověku.

Z těchto důvodů, jsem spojila mé dva zájmy (Alzheimerovu chorobu a kresbu) v jedno téma pro bakalářskou práci. Jsem si vědoma, že tuto práci nelze v žádném případě uplatit pro všechny osoby s Alzheimerovou chorobou. Nicméně jsem ráda za možnost vyzkoušet si práci s kresbou, za další spolupráci s úžasnými lidmi a doufám, že tato bakalářská práce přispěje ke vzbuzení zájmu o staré osoby.

Tato práce v teoretické části vymezuje obecně stáří a změny probíhající ve stáří. Dále se zabývá demencí, jejími typy a nemocemi, které nejčastěji demenci způsobují. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Popisu této choroby je věnována největší část práce. Zde jsou rozvedeny příčiny, neurobiologické změny v mozku a také stádia této nemoci. Další část práce rozebírá kresbu, její vývoj, kresbu postavy a krátce se věnuje i barvě v kresbě. V praktické části jsou sledovány znaky, které se týkají organicity spojené s touto nemocí. Kresby jsou porovnávány se skupinou osob, které nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu a jsou starší 65 let.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stáří

Život rozdělujeme do několika etap. Bezstarostné dětství střídá poznávající mládí, to zase ustupuje rozvíjející dospělosti, až se dostáváme do poklidného stáří. Stáří neboli sénium (Hartl, Hartlová, 2010) je tedy poslední etapou lidského života.

Ve své knize uvádí Helena Haškovcová (2010, str. 20) definici stáří, dle Světové zdravotnické organizace, která zní:

„Stařecký věk neboli senescence, je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“

Jelikož je život rozmanitý a stárnutí je velice individuální záležitost, je zapotřebí si stáří kategorizovat podle kritérií, která jsou pro všechny jedince stejná. Stáří tedy můžeme nejlépe rozčlenit podle věku. Marie Vágnerová (2012) stáří dělí do několika stádií. Starý je člověk, který dosáhne 60 let. Tohoto člověka můžeme zařadit do stádia raného stáří, které je orámováno věkovou hranicí 60-75 let. Poté přichází pravé stáří, kam patří jedinci starší 75 let.

Jestliže jedinec patří do některého ze zmiňovaných stádií stáří, je pravděpodobné, že se změní jeho celková kondice. Je to dáno tím, že se naše tělo a psychické procesy vlivem času opotřebovávají, a my tedy můžeme pozorovat různé změny spojené se stárnutím.

2.1.1 Změny ve stáří

Tyto změny jsou neodvratitelnou součástí života a neměli bychom na ně nahlížet jako na něco, co nás znehodnocuje. Složky stárnutí jsou propojeny a navzájem se ovlivňují. Pro lepší orientaci je můžeme rozdělit na změny *fyzilogické* (změny funkčnosti orgánů, nemoci), *psychologické* (změny osobnosti, zhoršení paměti), *sociální* (změna sociální role, odchod z práce, komunikace).

Fyziologické změny se nejvíce projevují na tělesných tkáních a orgánech. Jak už bylo výše řečeno, stárnutí se u každého projevuje jinak. Odlišné jsou tedy i fyziologické změny, které jsou determinovány především genetickými dispozicemi, se kterými se jedinec narodil a tím, jaký vyznává životní styl. Zpomalují se veškeré funkce těla a jsou narušeny i adaptační mechanismy (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Dle Pacovského (1990) můžeme uvést 3 druhy funkčních změn:

- *úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové*
- *vyčerpání buněčných rezerv, tělo se hůře přizpůsobuje a bojuje například se zánětem*
- *zpomalení většiny funkcí*

Ve své publikaci Klevetová (2008) uvádí názor Kalvacha (2004), který považuje za obecný znak stárnutí atrofii. Stařecká atrofie postupně zasahuje a mění funkci všech tělesných tkání a orgánů. Nejvíce je při postupném stárnutí ohrožen centrální řídicí orgán. Jestliže je mozek zasažen degenerativními změnami vzniká demence.

Změny psychické jsou dalšími změnami probíhajícími ve stáří. Psychické změny jsou velice těsně provázány se změnami biologickými. Úbytek duševních funkcí je pozvolný a projevuje se v některých oblastech již od pozdní dospělosti (Wolf, 1982). Tyto změny jsou považovány za normální součást stárnutí, patologické jsou jen tehdy, když přesáhnou určitý stupeň.

Psychické změny v séniu mají svoji charakteristickou podobu Jarošová (2006, cit. dle Malíková, 2010) jmenuje tyto psychické změny:

- *snížení kognitivních a gnostických funkcí* - zapomínání, snížená koncentrace, poškozená schopnost rozpoznat viděné předměty a rozumět slyšeným zvukům
- *snížení fatických funkcí* - poškozená řeč, narušené je i porozumění řeči
- *snížení schopnosti intelektových funkcí*
- *zvýšená emoční nestabilita*- změny nálad, změny postojů, proměnlivost, citová oploštělost
- *celkové povahové změny*- projev hlavně negativních vlastností, izolace
- *změny v pořadí životních hodnot, potřeb a zájmů*- orientace na rodinu a zdraví (láska a sounáležitost), duchovní potřeby, snížený zájem o své koníčky
- *snížená schopnost adaptace*

Sociální změny ve stáří mají, stejně jako předchozí změny, veliký dopad na život člověka. Čeká ho odchod z práce, úbytek soběstačnosti, změna životního stylu,

ztráta identity nebo například úmrtí životního partnera. Starý člověk se kuli těmto sociálním změnám často ocitá ve společenské izolaci (Pichaud, & Thareauová, 1998).

Nejvíce viditelné a zaznamenané jsou, tedy změny fyziologické. Jak je výše uvedeno, je-li zasažen těmito změnami i mozek vzniká demence. Právě demence je nejčastěji spojována se stářím a nemocemi ve stáří.

2.2 Demence

Demence je v dnešní době jedním z nejčastějších onemocnění. Výraz demence má základ v latinském slově „mens“, které označuje „mysl“. K tomuto slovu je přidána předpona „de“, která znamená „od“. Dohromady tedy tvoří slovo „demens“, které můžeme přeložit jako „šílený“, což značí něco, co ztratilo schopnost rozumově uvažovat (tzn., vzdálilo se od mysli) (Loucká, Pavla, 2002 cit. dle Kučerová, 2006).

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) demenci uvádí jako syndrom způsobený především poruchou paměti (amnézií) spolu s dalšími poruchami kognitivních funkcí (afázií, apraxií nebo poruchou exekutivních funkcí) (Jirák, Koukolík, 2004).

Přesnou definici demence podle MKN - 10 uvádí Jirák a Koukolík (2004, str 19):

„Demence (F 00 – F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek.“

Pidman (2007) uvádí demenci jako syndrom, který se objevuje jako důsledek onemocnění mozku, který má chronický nebo progresivní charakter. Během tohoto onemocnění jsou narušeny vyšší korové funkce spolu s pamětí, myšlením, orientací, schopností řeči, učením a úsudkem. Vědomí je ale zachováno. Doprovodně jsou někdy narušeny i funkce kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

2.2.1 Projevy demence

U tohoto syndromu můžeme určit tři základní okruhy postižení, které nazýváme A-B-C (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

- *postižení aktivit denního života (A – activities of daily life)* – Demence, podle jejího stupně, může zpočátku narušit profesionální dovednost, poté úkony vykonávané v běžném životě a v těch nejpokročilejších případech narušuje i každodenní péči o sebe.

- *behaviorální a psychologické příznaky demence (B – behavior)*, (porucha emocí, afektů a nálad, chování, spánku a cyklu spánek-bdění) – Je možné, že se tyto příznaky objeví už na začátku demence. Někdy jsou těmi nejtěžšími projevy pro pacienta i okolí. Poruchy chování se mohou vyskytovat v různých podobách, častý bývá stav neklidu neboli agitovanost, někdy tento neklid vyústí až do agrese. Občas se přechodně mohou objevit i psychotické příznaky s bludy. *Poruchy emocí* můžeme u demence pozorovat velice často. Patří mezi ně, nejčastěji afekty vzteku nebo deprese. Demenci provází i poruchy spánku, nejčastěji dochází k posunu cyklu spánku a bdění.
- *postižení kognitivních funkcí (C – cognition)* - Většina demencí začíná poruchami paměti, některé však mohou začít i poruchami chování (Pickova choroba) nebo poruchami exekutivních funkcí (Parkinsonova choroba).

Jestliže se objeví demence, má z těchto tří skupin největší dopad na osobu poškození kognitivních funkcí. V této oblasti je nejvýznamnějším a základním projevem úpadek paměti a intelektu. Mezi dalšími symptomy se uvádí například poruchy orientace, poruchy abstraktního myšlení, chápání, pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí (apraxie, afázie), poruchy emotivity, poruchy chování, poruchy soběstačnosti nebo také osobnosti (Pidrman, 2007).

Toto kognitivní postižení bylo dříve nazýváno jako organicita nebo organický psychosyndrom. Organický v tomto případě znamená, že syndrom vzniká kvůli mozkové nemoci, která může být diagnostikována samostatně. Americká klasifikace termín organicita nyní ale úplně vypouští kvůli zavádějícímu významu. Při pozorování chování a prožívání osoby, která má postižený mozek, je tedy doporučeno využívat termín kognitivní deficit (Preiss, Kučerová, 2006).

2.2.2 Typy demence

Jiráček, Holmerová a Borzová (2009) dělí demence podle příčiny do dvou skupin:

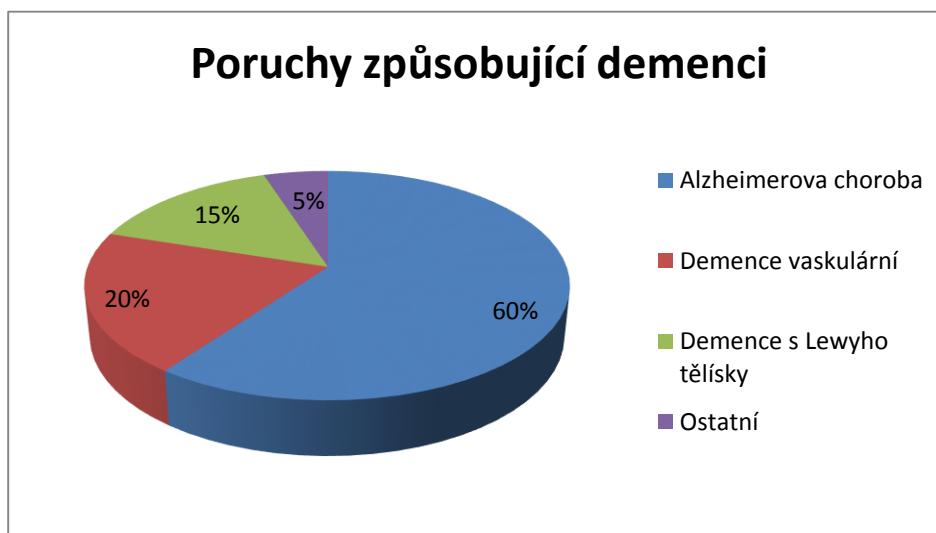
- *demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku*
- *demence symptomatické*, které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny, a jiné poruchy postihující mozek. Lze je ještě dělit do dvou podskupin:

- *demence vaskulární* (na podkladě poruch mozkových cév a mozkového krevního zásobení)
- *ostatní symptomatické demence*

Atroficko – degenerativní procesy vedou, ke snížení počtu a funkce neuronů, snížení počtu synapsí, k vytváření a ukládání špatných bílkovin a dalším dějům, které ochromují a napadají mozek. Mezi demence spadající do této skupiny patří Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Frontotemporální lobární demence, Huntingtonova chorea, demence s argyriofilními zrny nebo také kortikobazální degenerace.

Demence vaskulární vznikají narušením cévního zásobování mozku. Může se jednat o ucpávání nebo zúžení mozkové cévy. Vaskulární demence dělíme na několik typů podle postižení mozkové tkáně.

Ostatní symptomatické demence jsou z okruhu infekčních demencí, prionové nemoci, metabolické demence, demence intoxikačního původu, farmakogenní demence, demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních, posttraumatické demence a také demence při hydrocefalu s normálním tlakem (Jirák, Holmerová, Borzová, Demence a jiné poruchy paměti, 2009).



Graf č. 1. Poruchy způsobující demenci (Pidrman, 2007)

Demencí a jejich příčin tedy v dnešní době existuje mnoho. Nejčastější příčinou demence je ale Alzheimerova choroba, ta se vyskytuje v 50 % případech demencí. Zastoupení poruch způsobující demenci můžeme vidět v grafu č. 1.

2.3 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k poškození šedé mozkové kůry, konkrétně k úbytku neuronů a následně k úbytku mozkové tkáně. V důsledku snížení počtu neuronů vzniká syndrom demence.

Demence při Alzheimerově chorobě se rozvíjí pomalu, aniž by si člověk všiml výrazných změn, většinou okolo 65. roku života. Prvním náznakem této choroby může být zhoršení krátkodobé paměti. Jedinec v pokročilejším stadiu, není schopen se o sebe postarat sám a tak je vyžadována pomoc druhé osoby (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Touto chorobou se zabýval profesor Alois Alzheimer, který jí také jako první popsal v roce 1906 na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu. Zde byl představen případ pacientky Augusty D., která nesla příznaky dnes již typicky spojované s touto nemocí. Od této doby, soubor symptomů poukazujících na Alzheimerovu nemoc nese jeho jméno (Jirák, Koukolík, 2004).

2.3.1 Příčiny Alzheimerovy choroby

Příčiny této nemoci nejsou do této doby vědcům stoprocentně známé. Mezi rizikové faktory je řazen věk a dědičné dispozice. Výzkum v této oblasti odhalil i spojitost se změnami chromozomů. Vědci i lékaři působící v těchto výzkumech se shodují, že Alzheimerova choroba je komplikovaná nemoc, která je způsobena různými faktory (Česká Alzheimerovská společnost, 2016a).

2.3.2 Prevalence Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je nemoc, která se projevuje ve vyšším věku. Jelikož se zvyšuje průměrný věk, kterého se populace dožívá, rapidně přibývá i případů Alzheimerovi nemoci. Je to dáno i tím, že se v současné době mnohem častěji diagnostikuje, protože o ní nyní víme mnohem více než v minulosti (Jirák, Koukolík, 2004).

Česká Alzheimerovská společnost, o. p. s. na svých internetových stránkách uvádí výsledky projektu EuroCoDe (European Collaboration on Dementia), které tvrdí, že počet lidí s demencí je vyšší než se předpokládá.

K tomuto faktu došel tým Dr. Emmy Reynish (VB), primářky geriatrického oddělení, který studoval a podrobil analýze odborné podklady. Bádání ukázalo, že dosavadní předpoklady o prevalenci demencí jsou platné jenom u jedinců do 85 let. Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že s vyšším věkem narůstá prevalence rychleji, než se domnívali dřívější studie. Z tohoto vyplývá, že se v Evropě vyskytuje okolo 7,3 miliónu jedinců s Alzheimerovou chorobou - to je skoro o milion víc než se předpokládalo (Česká Alzheimerovská společnost, 2016b).

	muži		ženy	
věk	EuroCoDe (2009)	EURODEM (1991)	EuroCode (2009)	EURODEM (1991)
30 - 59		0,16 %		0,09 %
60 - 64	0,2 %	1,58 %	0,9 %	0,47 %
65 - 69	1,8 %	2,17 %	1,4 %	1,10 %
70 - 74	3,2 %	4,61 %	3,8 %	3,86 %
75 - 79	7,0 %	5,04 %	7,6 %	6,67 %
80 - 84	14,5 %	12,12 %	16,4 %	13,5 %
85 - 89	20,9 %	18,45 %	28,5 %	22,76 %
90 - 94	29,2 %	32,10 %	44,4 %	32,25 %
95 +	32,4 %	31,58 %	48,8 %	36,00 %

Tabulka č. 1, Prevalence demence v Evropě (Česká Alzheimerovská společnost, 2016b).

Z výsledků uvedené prevalence v tabulce 1 můžeme usuzovat, že počet osob s demencí v České republice je okolo 123 194 (k roku 2009).

Po celém světě žije téměř 900 milionů jedinců starších 60 let. Z tohoto počtu, trpí demencí odhadem 46.8 milionů osob. Toto číslo se bohužel každých dvacet let téměř zdvojnásobuje. Dá se tedy předpokládat, že v roce 2030 bude celosvětově na zemi 74.7 milionů osob trpící demencí, a v roce 2050 dokonce až 131.5 milionů lidí s demencí. V 58%, se demence vyskytuje v zemích, které jsou Světovou bankou

označeny jako země s nízkými nebo středními příjmy (rozvojové / nově industrializované země¹) (World Alzheimer Report 2015, 2015).

2.3.3 Neurobiologické změny v mozku

Neurobiologické změny v mozku jedinců postižených Alzheimerovou chorobou můžeme rozdělit na extracelulární a intracelulární změny (Pidrman, 2007). Mezi nejvýznamnější extracelulární změny patří proces ukládání patologické bílkoviny do prostor mimo neurony, kterou nazýváme beta-amyloid. Tato bílkovina utváří krystalky a s dalšími probíhajícími degenerativní procesy, má za následek vznik neuritických plaků. Počet plaků v dané oblasti mozku určuje její funkčnost (tedy míru postižení demencí).

Další charakteristickou neurodegenerativní změnou, která se řadí mezi intracelulární změny, je degenerace bílkoviny tau- protein přítomné přímo v neuronech. Změna této bílkoviny má za následek tvorbu vláken, které mají tvar dvojité šroubovice a z těchto vláken se skládají tzv. neurofibrilární klubka. Jestliže se v mozku postiženého jedince objeví neurony, v nichž jsou přítomna neurofibrilární klubka znamená to, že neuron nepracuje správně a odumírá.

Mezi další degenerativní postižení mozku při této nemoci se řadí změna funkce neurotransmiterů. Mezi prvními je zasažen neurotransmiter Acetylcholin, který přenáší vzruch na mozková vlákna, důležitá pro paměť a exekutivní funkce. V mozku postiženého tedy můžeme nalézt mnoho procesů, které neblaze působí na jeho funkčnost. Nejvíce je postižena oblast nukleus basalis Meinerti, která ovlivňuje kortex. Dalším vysoce postiženým místem je oblast hipokampů (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Jelikož je Alzheimerova choroba velice složitou chorobou, která je způsobována a ovlivňována různými vlivy a riziky, existují přesná pravidla pro její diagnostiku

¹ Nově industrializované země (NIZ) je skupina rozvojových zemí, které stále ještě nedospěli hospodářské úrovně jako země prvního světa, avšak jejich ekonomika vzrůstá a dosahuje lepších výsledků než v ostatních rozvojových zemích. Obyvatelé těchto zemí, mají k dispozici na přežití často pouze 1- 12 dolarů na den (The World Bank, 2016).

2.3.4 Vymezení diagnózy a vyšetřovací metody

Abychom mohli stanovit diagnózu Alzheimerovy choroby, musíme jedince podrobit klinickému vyšetření, při kterém sledujeme několik oblastí. První oblastí, na kterou se při vyšetření zaměřujeme je pacient a ošetřující osoba. Informace z této oblasti většinou získáváme pomocí podrobné anamnézy jak osobní, tak rodinné nebo lékařské. Při anamnéze zjišťujeme především různé mozkové úrazy, onemocnění srdce či cukrovku, důležitá jsou i psychická onemocnění a užívané léky. Přítomnost ošetřující blízké osoby je nutná v případě, že postižený demencí si své onemocnění nepřipouští nebo neuvědomuje, což je velice časté. Dále probíhá somatické vyšetření, kde se vyšetřuje například pulz, krevní obraz a kdy proběhne i neurologické vyšetření pomocí zobrazovacích technik (EEG, CT, PET). V poslední a neméně důležité části vykonáváme orientační vyšetření poznávacích funkcí. Zajímá nás samozřejmě paměť, řeč, schopnost orientace a také například změny v chování. Velice významnou informací je, zda si pacient své onemocnění uvědomuje. K zjišťování nám slouží celá škála testů. Nejznámější a nejpoužívanější je test MMSE (Mini- Mental State Examination), který testuje orientaci, zapamatování tří slov, lehké počítání, poznávání předmětu, překreslení obrazce a opakování věty (Pidrman, 2007). Dalším rozšířeným testem na zjištění demence je Test hodin, kdy má jedinec za úkol nakreslit hodiny. Sleduje se provedení, celistvost, umístění čísel a ručiček, nebo zda je zakreslen požadovaný čas (Kalvach, 2008).

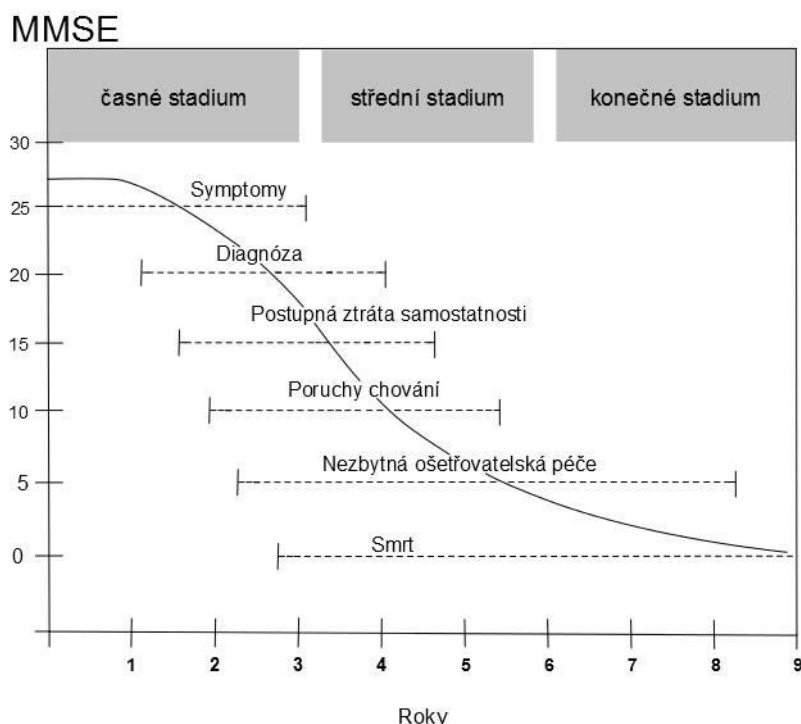
Při klinickém vyšetření tedy sledujeme, zda propukl syndrom demence. Dále musíme vyvrátit další onemocnění, které by mohlo demenci způsobit nebo ovlivnit (například nádory nebo hematom). Klinické vyšetření by nám také mělo zobrazit aspoň mírný úbytek mozkové hmoty (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Obecná kritéria pro stanovení diagnózy uvedené v klasifikaci DSM - IV jsou tato:

- *mnohočetný kognitivní deficit včetně postižení paměti a minimálně jedno z dalších postižení (afázie, apraxie, agnózie, narušení exekutivních funkcí)*
- *kognitivní deficit natolik závažný, že interferuje se zaměstnáním nebo sociálními funkcemi prohlubující se kognitivní deficit v porovnání s předcházejícím stavem*
- *tyto poruchy nejsou součástí deliria (Pidrman, 2007)*

2.3.5 Stadia nemoci a hlavní znaky

Průběh nemoci se u každého jedince liší, avšak můžeme sledovat určité fáze, kterými onemocnění prochází. Pro zlepšení poskytování služeb a orientaci v průběhu nemoci, ji můžeme rozdělit to třech hlavních stádií: časné (mírné), střední a těžké (hluboké) stádium (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007). V průměru trvá tato nemoc zhruba 9 let (v rozmezí 2 -12 let). Přibližný průběh nemoci je znázorněn v grafu č 2.



Obrázek 1, Klasický průběh Alzheimerovy nemoci (Pidrman, 2007)

První (časné) stádium, syndrom počínající a mírné demence

První stádium neboli syndrom počínající a mírné demence se vyznačuje tím, že se jedinec dokáže postarat sám o sebe – je tedy soběstačný. Nicméně již potřebuje nepatrné připomínání či kontrolu při různých úkonech, například připomenout návštěvu doktora a podobně. Jedinec je zcela schopný říct, to co si přeje nebo nepřeje a uvědomuje si plně své pocity.

Mezi příznaky, které můžeme pozorovat v tomto stádiu, patří: zhoršení především krátkodobé paměti, špatné vyjadřování (hledání slov), zmatenost v nových situacích (vlivem zhoršení procesu učení), je postižena i orientace v prostoru a čase, ztráta motivace a zájmu o koníčky či běžně vykonávané činnosti, deprese, apatie, agresivita.

Nejvýraznějším a hlavním znakem při onemocnění Alzheimerovou chorobou je zhoršení krátkodobé paměti. Při této poruše daný jedinec zapomíná situace, věci nebo události, které se děly před krátkým časovým úsekem. V praxi to může znamenat to, že si jedinec nepamatuje, co právě řekl nebo udělal, či co měl například před malou chvilí k obědu. Paradoxně události, které se odehrály dávno v minulosti, se mu nyní vybavují snáze.

Těchto změn si nemocný všímá a reaguje na ně různě. Někteří tyto změny zvládají dobře, jsou komunikativní a jsou rádi, když jim při jejich obtížích někdo pomáhá. Většina jedinců, se ale kuli těmto změnám začíná ve společnosti cítit nejistě a přestávají se stýkat se svými blízkými. Často odmítají pomoc a nepřipouští si svou nemoc.

V prvním stádiu nemoci se poruchy paměti nemusí projevit tak výrazně, tudíž neovlivní normální život. Může se stát, že všichni, včetně lékařů, mohou tyto zhoršení připisovat vyššímu věku. Nemoc tedy není rozpoznána a daný jedinec přichází o šanci včasného nasazení medikamentů a zmírnění průběhu nemoci (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Jelikož je Alzheimerova choroba progredující proces, velice brzy dochází k zhoršení výše popisovaných symptomů. Problémy začínají narušovat aktivity denního života (A – activities of daily life) nejprve v profesní oblasti a později jsou narušovány i tzv. instrumentální aktivity denního života. To se ale již dostáváme do dalšího, tedy druhého stádia této nemoci (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Druhé (střední) stádium, syndrom rozvinuté demence

Ve druhém stádiu jsou tedy výrazně narušeny aktivity denního dění. Jedinec se dostává do stavu, kdy sám nezvládá denní činnosti a pomalu se stává závislým na péči od druhých. Nesamostatnost je tedy hlavní charakteristikou druhého stádia onemocnění. Toto stádium je nejdelším úsekem v průběhu nemoci a trvá od 2 - 10 let. U jedince se stále prohlubuje zhoršená orientace, může se objevit pomočování nebo samovolné uvolování stolice, což péči o jedince velice zhoršuje. Postižení touto nemocí se uzavírají do sebe, protože pociťují strach a úzkost z neúspěchu. Vnímají, že nastávají změny a v důsledku toho se může objevit neklid, agrese nebo deprese. Mění se také osobnost či charakter jedince. V pozdějších fázích se může stát, že už neví ani kde žije, co je za rok nebo nepozná své nejbližší. Objevit se mohou i halucinace.

V tomto období je pečovatel (tím je zejména rodina nebo partner) vystaven vysokému tlaku a stresu na udržení potřebné úrovně života postiženého jedince.

Z pravidla dochází k tomu, že není schopen péči zajistit sám a tak se obrací na pomocné instituce. Zprvu může být domluvena přítomnost asistenta, který bude jedinci nápomocen. Následující možností je návštěva denního stacionáře, kde klienti stráví celý den pod odborným dohledem, který jim zajistí program. Večer se vrací k rodinám a jejich péči. Další možností je krátko/dlouhodobý pobyt v instituci, která je schopná zařídit veškerou péči. Těmito možnostmi přispíváme ke zvýšení životní úrovně a aktivizaci nemocného. Více o aktivizaci v kapitole denní stacionář a aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Buijssen (2006) poskytuje cenné rady pečovateltům o jedince s demencí. Doporučuje vymýšlet takové aktivity, které posilují paměť nemocného, ale zároveň mu zjednoduší denní bytí. Může to být vyznačování důležitých čísel v telefonním seznamu, deníček s úkoly, které si nemocný odškrťává, jakmile je splní. Dále je nutné přizpůsobit se mu v rychlosti různých aktivit. Jelikož je jeho myšlení zpomalené a často ihned zapomíná věci, které právě viděl nebo slyšel. Pro nemocného je vhodné zařídit denní řád a hlavně odpočinek. Díky pravidelným aktivitám můžeme zabránit zmatenosti a dezorientaci. S nemocným se snažíme jednat jako s dospělou osobou, bereme ho vážně a snažíme se vyhnout konfrontaci a vyčítání věcí, za které on kuli nemoci vlastně nemůže. V neposlední řadě nezapomínáme ani na udržování humoru a radosti ze života.

Třetí (hluboké) stádium, syndrom pokročilé demence

V následujícím třetím stadiu nemoci je ze všeho nejvíce potřeba ošetrovatelská pomoc, kuli neschopnosti jedince komunikovat nebo si na něco vzpomenout. I přes tento fakt musíme mít na paměti, že i když je nemoc v hodně pokročilém stavu, jedinec stále potřebuje vlídný a laskavý přístup v ošetrování, protože stále vnímá co se děje okolo něj. Na tento styl odborné pomoci jsou v dnešní době zaměřeny všechny moderní ošetrovatelské přístupy.

Jedinec je tedy 24 hodin zcela závislý na péči druhého, často je upoután na lůžko, má problémy s polykáním, s udržením moči, není skoro schopen komunikace, nepoznává své blízké, objevuje se ztráta osobnostní stránky člověka. V konečné fázi tohoto stádia přichází smrt. Přestože jedinec není schopný vědomě zpracovat co se s ním děje, je třeba pamatovat na jeho pocitovou stránku. Jedinec stejně jako jiní pociťuje před smrtí strach nebo úzkost. Je tedy vhodné pro umírajícího jedince vytvořit bezpečné, klidné a vnímající okolí.

Je třeba zmínit, že každý průběh nemoci je velice individuální, a tak se jednotlivé symptomy mohou lišit. Některé se nemusí objevit vůbec nebo se projeví v jiné fázi nemoci. Stejně to je i s celým průběhem nemoci. Může být ovlivněna celou řadou vnějších a vnitřních vlivů, které udávají její směr. Mezi tyto vlivy patří například duševní či emoční zátěž, různé onemocnění a operace či například radostné momenty jako narození dítěte či návštěvy v denních stacionářích (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

2.3.6 Denní stacionář a aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou

Denní stacionář je výhodnou variantou péče o lidi s Alzheimerovou chorobou či ostatními demencemi. Stacionář je dostupný na celý den nebo klidně jen na pár hodin denně či týdně. Každý jedinec si četnost docházek řídí dle svých potřeb nebo potřeb jeho rodiny. Slouží jako velká pomoc lidem (rodině), kteří se o jedince starají, jelikož po dobu pobytu ve stacionáři je jedinci poskytována veškerá péče. Ve stacionáři má jedinec zajištěný program, který mu umožňuje aktivně se zapojovat do dění, a tak zachovat vysokou míru soběstačnosti a aktivizace (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

V denních stacionářích či jiných zařízeních se můžeme setkat s mnoha druhy aktivizace lidí s Alzheimerovou chorobou. Mezi aktivizační činnosti se může řadit například:

- *Ergoterapie* neboli „pracovní terapie“ a je postavená na principu zapojení nemocného do každodenních činností bez ohledu na postižení (Krištofiková, 2011).
- *Reminiscenční terapie*, kterou lze použít pouze při zachování, některých vzpomínek protože právě jich využívá k aktivizaci. Podporujeme jedince ve vzpomínání na radostné chvíle jeho života a necháme ho volně o nich hovořit a prožívat emoce (Malíková, 2011).
- *Pet- terapie*, která využívá přítomnosti zvířat a tím pozitivně ovlivňuje psychiku nebo míru stresu (Mlýnková, 2011).
- *Kinezioterapii*, která využívá pohybu k duševní pohodě nemocného (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).
- *Taneční terapie*, ta využívá tance.
- *Muzikoterapie*, využívá hudby (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

- *Arteterapie*, využívá výtvarného projevu.

K aktivizaci můžeme tedy najít velké množství terapií, které mohou pomoci k zlepšení stavu nemocného.

S přihlédnutím k tématu, se práce dále bude trochu podrobněji věnovat arteterapii, která se zabývá mimo jiné i kresbou a kresebným projevem.

Arteterapie

Arteterapie je forma terapie, která pracuje s výtvarným projevem a využívá ho k projekci představ, snů nebo toho, s čím se setkáváme v denní realitě (Jebavá, 1997). Tato forma terapie přispívá jak k individuálnímu tak sociálnímu růstu. Díky této činnosti si můžeme odpočinout či díky ní dosáhnout obohacení našeho života. Z těchto důvodů se s arteterapií setkáváme i v domovech důchodců nebo právě v denních stacionářích či jiných pečovatelských zařízeních. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Holczerová (2013) ve své knize prezentuje názor Šickové - Fabrici (2002), která uvádí, že arteterapie je vhodná při posilování krátkodobé paměti, při nácviku jemné motoriky, při zvyšování vlastní hodnoty nebo může být využita při přizpůsobování se nové situaci v životě nebo novému prostředí.

Jednou z rozmanitých technik umění využívaných v arteterapii je kresba. Kresba je výtvarný prostředek, který dokáže pomocí různých technik vystihnout aktuální náladu a psychiku jedince (Jebavá, 1997).

2.4 Kresebný projev a jeho vývoj

Kresba tedy zaujímá důležitou součást života většiny jedinců. Setkat se s ní můžeme už od útlého věku a provází nás celým životem až do stáří. Tak jako se vyvíjí různé činnosti a úkony v lidském životě, prochází si svým vývojem i kresebný projev, který můžeme rozdělit do několika stádií:

- *Období čmáranic* - Toto období trvá zhruba od začátku 2. do konce 3. roku života. Právě v těchto letech dítě získává první zkušenosti s motorickými funkcemi a jejich ovládnutím. Kresba je zatím spíše jen čmáranice, která nemá konkrétní obsah. V kresbě můžeme nalézt známky egocentrismu a neustálou projekci sebe sama.
- *Období hlavonožců* - Toto období je spojováno s hravým předškolním věkem tedy od 3. roku do konce 6. roku. Motorické funkce se prohlubují a mění se v závislosti na síle podnětů z rodinného prostředí. Dítě si více všimá detailů, začíná objevovat barvy, umí velice dobře pracovat i s fantazií. Kresba postavy je zde vyobrazena jako jakýsi „hlavonožec“ (ruce a nohy jsou napojeny přímo na hlavu).
- *Analytické období kresby* - V 5. až 7. roce, dochází k dalšímu rozvoji motorických funkcí, díky růstu končetin a posilování svalů. Dítě již dokáže zachytit skutečnost avšak je stále ovlivněna fantazií a emocemi.
- *Oživlá kresba* - V období od 6,5 do 10 let kdy dítě navštěvuje školu, se jeho schopnosti díky školní docházce vyvíjí. Prohlubuje se paměť a strukturální myšlení. V tomto období mizí naivita a dítě dokáže na svou kresbu kriticky nahlížet. Můžeme zaznamenat i první známky perspektivy u výtvarně nadaných jedinců.
- *Období „vzdorné“ kresby* - Období druhého vzdoru můžeme zpozorovat od 10. do 15. roku života. Rychlý vývoj v tělesné oblasti vede k snížení motorických schopností, může se tedy stát, že jedinec dočasně ztratí zájem o kresbu. Dítě je velice emotivně labilní a objevují se vnitřní konflikty, které se mohou v kresbě odrážet.
- *Pubescence- hledačství* - V období pubescence, které trvá od 12. do 16. roku, můžeme zaznamenat dozrávání jak fyzické tak psychické oblasti, hlavně

u dívek. Kresbou se zabývají především výtvarně nadaní jedinci. Někteří se pokouší o svou vlastní tvorbu, která je však vysoce ovlivněna četbou, hudbou a tancem. To vše formuje estetické cítění jedinců.

- *Adolescence - období dospívání* - Od 14 do 20 let dochází ke konečnému dozrání osobnosti i těla. Jedinec dokáže velice přesně vnímat realitu a pracovat s ní. To se odráží i v kresbě, kde nalezneme skutečnost a osobní prožívání a stavy jedince.

Charakteristika kresby dospělých seniorů

Vrbová (2006) ve své práci cituje Hárđiho (1992), který uvádí, že v dospělosti jedinci kreslí stejně jako v posledním stádiu svého vývoje. Tvrdí, že kresebný projev neovlivňuje vzdělání, ale naopak je ovlivněn praxí (ti co kreslí častěji, kreslí lépe) a sociokulturními činiteli.

Jak je zmíněno výše, starého člověka ovlivňuje mnoho změn, ke kterým dochází ve stáří. V důsledku změn ve struktuře a funkci mozku a těla se oslabují motorické funkce, zhoršuje se orientace, paměť a intelekt. K zhoršení dochází i v oblasti zraku a vizuo-motorických schopností. U lidí nad 60 let může dojít k bilaterální aktivizaci některého mozkového centra. To má za následek, že starší lidé nemají tak jednoznačně určenou laterální jako dříve. (Vágnerová, 2012). Tyto všechny změny se projevují i na kvalitě kresebného projevu. Z výzkumu Bajerové (2009) vyplývá, že s věkem se vývoj kresby pozastavuje a s dalším stárnutím kvalita kresby dokonce klesá. K významnému poklesu kvality kresby přispívají i různé onemocnění.

2.4.1 Kresba jedinců s kognitivním deficitem (organickým onemocněním)

Jedním z onemocnění může být tedy Alzheimerova choroba. Jak už je výše uvedeno lidé s touto chorobou trpí kognitivním deficitem, který se může projevit v kresbě různými znaky.

Harris (2002) uvádí ve své knize konkrétní, charakteristické vlastnosti kresby lidí s Alzheimerovou chorobou, které vyplývají z kvantitativní analýzy. Tyto společné znaky potvrzují změny v mozku, ke kterým dochází právě během demence. Mezi tyto charakteristické rysy tedy můžeme zahrnout roztřesené, rozházené, nepřesné, napojované čáry, opakování (ulpívanost) čar, tvarů či barvy v kresbě, malé nebo naopak

velké vyobrazení tvarů. Dále se v kresbě mohou objevit známky odklonu od výtvarného procesu, které se projevují neschopností nakreslit daný objekt jako celek (tvořený částmi) nebo náhlým přerušením výtvarného procesu. U lidí s kognitivním deficitem můžeme pozorovat zchudlý výtvarný projev, kde často chybí podstatné části kresby (u postavy je to například končetina, obličej nebo uši). V kresbě může být zjevný i deficit pozornosti, který se projevuje neschopností spojit kresbu v jeden propojený celek (tzn. chybná lokalizace, různé přidání objektů, které v kresbě být nemusí, nebo naopak opomínání některých částí, zvýraznění částí). Stále ale musíme mít na paměti, že tyto znaky se objevují velice individuálně v návaznosti na stádium onemocnění. Z toho tedy plyne, že některé znaky se mohou objevit, ale některé se nemusí projevit vůbec.

Výzkumy, které zkoumají znaky organicity (kognitivní deficit) se zabývali Švancarová a Švancara (1974). Z jejich výzkumů je tedy možno uvést tyto společné znaky:

- známky tremoru
- dvojité linie
- *nenavazující linie*
- *přerušované linie*
- *sklon nad 95 či 85 stupňů*

2.4.2 Kresba postavy

Vzhledem k tématu této bakalářské práce je potřeba krátce popsat i kresbu postavy jako diagnostickou metodu, která je (upravená) využita v praktické části práce.

Kresba postavy je jedním z nejvíce oblíbených kresebných testů a můžeme ho využít v podrobném klinickém zkoumání jedince (DAP, FDT- viz níže). Vždy musíme mít na paměti, že výsledky tohoto testu jsou pouze orientační a je třeba získané informace doplnit a ověřit dalšími metodami. Test není standardizován na naše podmínky (Svoboda, 2010).

První kdo se touto metodou zabýval, byla Florence Goodenoughová, která v roce 1926 navrhla techniku Draw-a-Man (DAM). Tato verze testu kresby postavy se nejprve zabývala hodnocením intelektu dětí. V roce 1949 se testem kresby postavy zabývala i Karen Machoverová, která verzi Draw-a-Person Test (DAP) sestavila jako projektivní test osobnosti. Přeměnou a různými variacemi tohoto testu se od této doby zabývalo

mnoho autorů, mimo jiné i Baltrusch, jehož verze testu se nazývá FDT (Figure Drawing Test). FDT je možné využít i na dospělé populaci (Šípek, 2000).

Při administraci testu jedinci rozdáme prázdný kancelářský papír formátu A4 a tužku. Po rozdělení papíru následují instrukce, které zní: "Nakreslete úplnou lidskou postavu." nebo o něco zjednodušující ale srozumitelnější "Nakreslete postavu člověka." Většinou je vhodné tuto instrukci doplnit dodatkem: "Jak chcete, nebo jak nejlépe umíte." Po dokončení první kresby jednoho pohlaví následuje druhé pohlaví. Nezapomeneme si poznamenat pořadí kreseb (Altman, 2011).

2.4.3 Barva v kresbě

Ačkoliv jsou barvy jasně a objektivně rozlišené, jejich chápání, prožitek a používání v kresbě může být velice individuální. Přesto se s barvou a jejím využitím setkáváme již od prvopočátků lidské kultury. Barva měla především své místo při zvelebování prostředí, ve kterém člověk žil. Tak jako se vyvíjela barva v kontextu různých využití (hlavně náboženských nebo kulturních) vyvíjela se i její symbolika (Jebavá, 1997).

Vzhledem k využití některých barev v kresbách pro tuto bakalářskou práci, krátce zde popíši jejich symboliku:

- *černá* – Symbolika černé barvy je velice široká, někdy je pokládána za znak naplněnosti života, jindy zase za úplný nedostatek. Černá je velice často spojována se smrtí či temnotou. Je kontrastní barvou k bílé. Záleží také na zemi, ve které se s touto barvou setkáte. V Číně například černá označuje ženský princip Jin a tvoří protiklad žluté barvě. Ve Španělsku se tato barva pojí s vznešeností či důstojností.
- *červená* – Tato barva připomíná nejčastěji oheň nebo krev. Už to samo o sobě nabádá ke dvojímu vnímání této barvy. Červená může být vnímána pozitivně a to nejčastěji jako vášeň, lásku, teplo nebo plodnost. V negativním smyslu je spojována s nenávisí nebo ničivou silou ohně. Ve starém Římě, červenou barvu vnímali jako symbol plodnosti a lásky a tak snoubenci v den svatby nosili červený závoj. Negativně tuto barvu vnímali například v Egyptě, kde evokuje rozpálenou poušť.
- *modrá* – Modrá připomíná čistou, průhlednou vodu či nebe. Je spojována s božskou pravdou, jelikož pravda je věčná jako nebe. Většina bohů je proto

vyobrazována modře. Modrá se tímto stává symbolem víry či duchovnosti. V Číně se také pojí s nesmrtností.

- *zelená* – Zelenou nejčastěji vyobrazujeme flóru. S rostlinami je hlavně spojována na jaře, kdy je vše v rozpuku – tedy je barvou života či svěžesti. V islámu je pojí s proroky a duchovní spásou. Různé odstíny zelené mohou označovat též negativní pojetí například zelené hadí oči.
- *žlutá* – Světlo či zlato, je spojováno právě se žlutou barvou, tak jako věčnost. Je také chápána jako symbol rozumu nebo moudrosti. Ve starém Egyptě žlutá vyvolávala spíše negativní emoce a to zejména závist.
- *hnědá* – Tato barva je spojována především se zemí, hlinou na podzim. Vyjadřuje trvalost či klid (Jebavá, 1997).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce je popsat a porovnat kresby, které nakreslili lidé v různých stádiích Alzheimerovy choroby. Výzkum se zaměřuje především na typické znaky způsobené organickým poškozením, které se mohou v kresbách lidí s Alzheimerovou chorobou projevit. Následně jsou tyto kresby srovnávány s kresbami seniorů, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Práce je vedena kvalitativní metodou.

Smyslem práce je zjistit zda existují společné znaky v kresbách jedinců s Alzheimerovou chorobou a připravit si tak podklady pro další rozpracování této problematiky.

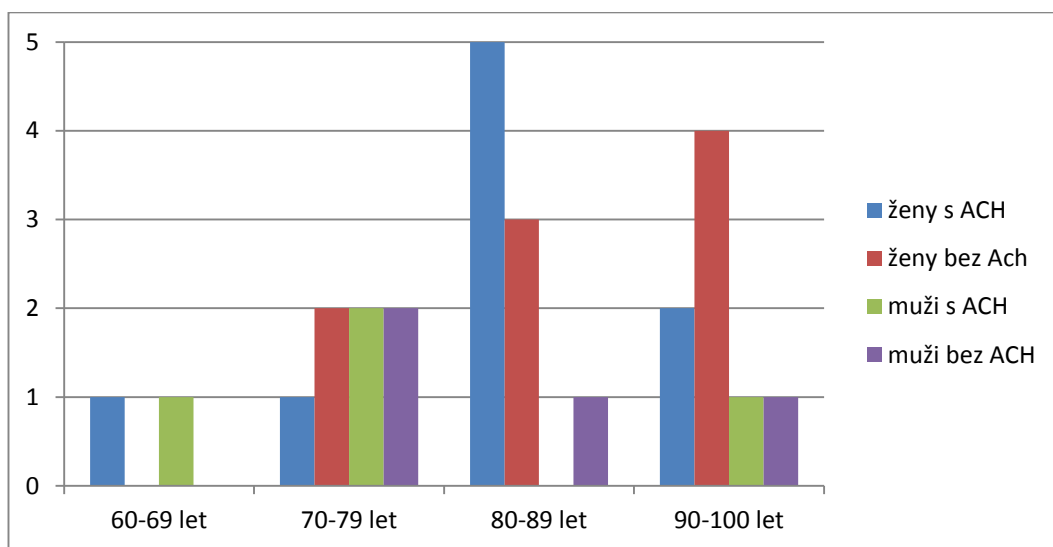
Ke zjištění cíle mé bakalářské práce jsem tedy stanovila tři výzkumné otázky:

- *Jaké společné znaky se objevují v kresbě postavy u lidí starších 65 let s Alzheimerovou chorobou?*
- *Jaké společné znaky se objevují v kresbě seniorů starších 65 let, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu?*
- *Existují odlišné znaky v kresbách lidí s Alzheimerovou chorobou a v kresbách lidí, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu?*

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem v této bakalářské práci jsou dvě skupiny seniorů starších 65 let. První skupinou jsou jedinci, kterým byla diagnostikována Alzheimerova choroba (ACH) a navštěvují denní stacionář. V této skupině je zařazeno 9 žen s Alzheimerovou chorobou a 4 muži také s touto nemocí. Věk probandů v této skupině se pohybuje od 65 – 90 let. Věkový průměr skupiny je 80 let. V druhé skupině se vyskytují jedinci z domova seniorů z Českých Budějovic. Zde můžeme nalézt také 9 žen, a to s tou

podmínkou, že jim nebyla diagnostikovaná Alzheimerova choroba nebo jiná choroba spojená s poruchou kognitivních funkcí. Dále sem patří 4 muži se stejnou podmínkou. Jedinci v této skupině se věkově pohybují od 72 – 93 let, věkový průměr osob z této skupiny je tedy 84 let. Věkové rozložení výzkumného souboru je vyobrazeno v grafu č. 3. Výsledný počet výzkumného souboru je tedy 26 osob s celkovým věkovým průměrem 82 let.



Graf 2, Věkové rozložení výzkumného souboru (zdroj vlastní)

Výzkumný soubor byl vybrán na základě dostupnosti a ochoty seniorů zúčastnit se výzkumu. První skupinu - tedy seniory s Alzheimerovou chorobou - bylo možné oslovit díky ochotnému vedení a zaměstnancům Gerontologického centra. Toto centrum nabízí zdravotní a sociální služby občanům Prahy. Dále centrum spolupracuje s Českou alzheimerovskou společností GEMA, která podporuje a stará se o jedince s demencí a jejich blízké rodinné příslušníky. S výběrem vhodných jedinců vypomohla vedoucí denního stacionáře, která vytvořila seznam osob, které splňují podmínky (výše uvedeno). Následovala práce jednotlivě s každým seniorem.

Druhou skupinu seniorů byla získána díky spolupráci s Domovem pro seniory v Českých Budějovicích. Cílem domova pro seniory je poskytnout sociální a zdravotní služby po dobu 24 hodin osobám, které již nemohou zůstat doma, a to z důvodu věku nebo nemoci. Zde výběr souboru probíhal podobně jako v prvním případě. Velice ochotné ošetřovatelky, které mají seniory na starost, vybraly jedince tak, aby splňovali podmínky (viz. výše), a aby byli schopni daný úkol vyplnit.

3.3 Postup při získávání dat

Jako první byly osloveny instituce, tedy denní stacionář v Praze a domov pro seniory v Českých Budějovicích. Instituce byly vybírány na základě dostupnosti a ochoty vedení a zaměstnanců ke spolupráci a k mému výzkumu. Výběr institucí, potažmo výzkumného souboru, byl tedy příležitostný.

První sběr dat proběhl v denním stacionáři. Jak je uvedeno výše, vedoucí stacionáře sestavila seznam jedinců, kteří vyhovovali podmínkám. Poté během tří naplánovaných schůzek probíhalo kreslení. Průběh kreslení byl víceméně pokaždé stejný, každý jedinec vždy kreslil v odloučené místnosti tak, aby nebyla rušena jeho pozornost. Bohužel dvě paní ze seznamu se odmítli zúčastnit výzkumu.

Dále byl osloven Domov pro seniory v Českých Budějovicích. Vedoucí domova byla sice velice ochotná, ale vyjádřila obavy, zda budou ochotní i klienti instituce. V minulosti je prý navštívilo již mnoho studentů se svými pracemi. Nicméně s úkolem bakalářské práce pomohla milá paní ošetřovatelka, která zná místní klienty a vytipovala ty, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Každý jedinec byl navštíven individuálně na jeho pokoji; zde bylo ideální uvolněné prostředí k průběhu kresby.

3.4 1.1 Metody výzkumu

V této práci byly využívány dvě metody výzkumu. Jako první byla zadána kresba postavy různého pohlaví (každý si mohl vybrat). Jedinci si při zadávání kresby také mohli vybrat z barevné škály pastelky (vždy- žlutá, červená, zelená, modrá, hnědá, černá) místo klasické tužky. Dále neměli k dispozici gumu.

K vyhodnocení a popsání kresby postavy byl využit vlastní skórovací systém, který se opírá o znaky organicity (kognitivní deficit) popsané v teoretické části práce. Vlastní skórovací systém je tedy tvořen následujícími 10 body:

1. *Tremor* – roztřesená, vybočující čára
2. *Porucha* koordinace pohybu – nepřesné napojování, přerušování tahu, dvojité čáry, lámané tahy, celkově nesourodý
3. *Deformace tvarů* – špatně provedené, rozpadlé tvary

4. *Přidatky v kresbě* – přehánění, různé zvláštnosti a přidatky
5. *Opakování prvků* – zdvojování
6. *Vynechávání prvků* – opomenutí různých částí postavy
7. *Zvětšování/zmenšování* – malé/velké prvky v kresbě, velikost celkové postavy
8. *Tlak* – nadměrný, snížený
9. *Umístění kresby* – postavení vzhledem k formátu A4, špatné umístění částí postavy
10. *Sklon* – nad 95 či 85 stupňů

Druhou doplňující výzkumnou metodou byl rozhovor ke kresbě. Nejčastěji byl tvořen otázkami, které se týkaly postavy: Kdo je na obrázku? Co dělá? Proč to dělá? Otázky nebyly předpřipravené a měnily se dle situace.

3.5 Zpracování dat

Způsob vyhodnocení vlastního skórovacího systému je velice jednoduchý. Za každý nalezený prvek dostává kresba 1 bod.

Pro lepší orientaci byly kresby nejprve rozděleny na dvě skupiny dle toho, zda pocházejí od jedinců s Alzheimerovou chorobou (ACH) či ne. Následně byly kresby obodovány podle skórovacího systému.

Popis jednotlivých bodů ze skórování a příklady.

1. Tremor – roztřesené, vybočující čár

Z obrázku č. 2, kresby nakreslené ženou s ACH je viditelné roztřesené vedení čáry. Toto nepevné vybočující tažení je nejvíce znatelné v oblasti ramen a na levém boku. Tremor se projevil v 8 kresbách nakreslených jedinci s ACH. Jelikož tremor (třes) je běžnou součástí stárnutí jako následek zhoršené motoriky (Mahrová, 2008), můžeme ho objevit i v kresbách jedinců bez ACH. Nicméně se třes projevil pouze ve 3 kresbách z této skupiny. Jednu z těchto kreseb s tremorem můžeme vidět na obrázku č. 3 nakresleného také ženou.



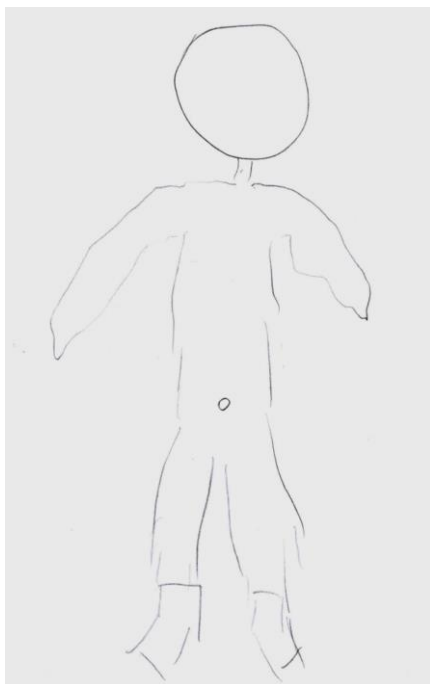
Obrázek 2, Kresba č 6- žena s ACH, 90 let



Obrázek 3, Kresba č. 4- žena bez ACH, 80 let

2. Porucha koordinace pohybů

Do této kategorie spadá nepřesné napojování čar na čáry, bezdůvodné přerušování tahu, dvojité čáry, lámané tažení, celkový rozházený obraz.



Obrázek 4, Kresba č. 8- muž s ACH, 76 let

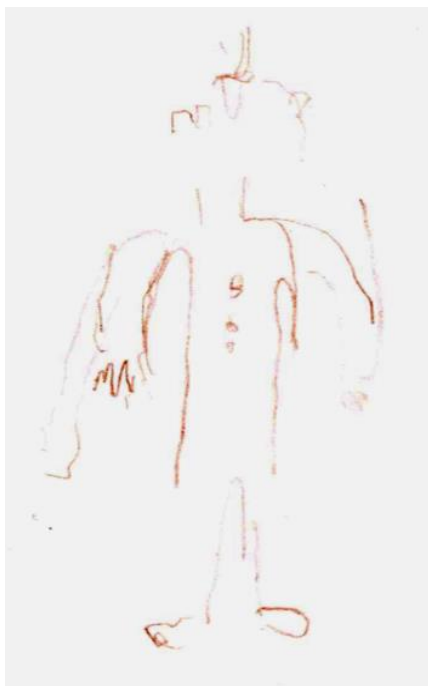


Obrázek 5, Kresba č. 8- žena bez ACH, 89 let

Ve skupině jedinců s ACH se tento znak objevuje v 12 případech. Příklad je zobrazen na obrázku č. 4 - kresba muže s ACH. U této kresby je zjevné nepřesné napojování čar, hlavně v oblasti trupu a rozkroku. V druhé skupině se porucha koordinace pohybů objevuje v 11 případech. Druhou kresbu nakreslila žena bez ACH a je z ní patrné dvojité vedení čar. Tato kresba je zobrazena na obrázku č. 5

3. Deformace tvarů

U tohoto bodu bylo posuzováno provedení tvarů, jejich deformace nebo rozpad. Jak je vidět na obrázku č. 5 od muže s ACH, nebyl schopný dodržet tvary různých částí postavy. Tvar hlavy, rukou i nohou je nedokončený a úplně deformovaný. Deformaci tvarů můžeme vidět na 10 obrázcích od jedinců bez ACH. U obrázku č. 6, kresby muže bez ACH, registrujeme deformaci tvaru hlavy a také rukou, které jsou výrazněji nesouměrné a prsty jsou značně poškozené. V druhé skupině, se tento znak objevuje na 5 kresbách.



Obrázek 6, Kresba č. 7- muž s ACH, 90 let



Obrázek 7, Kresba č.6- muž bez ACH, 93 let

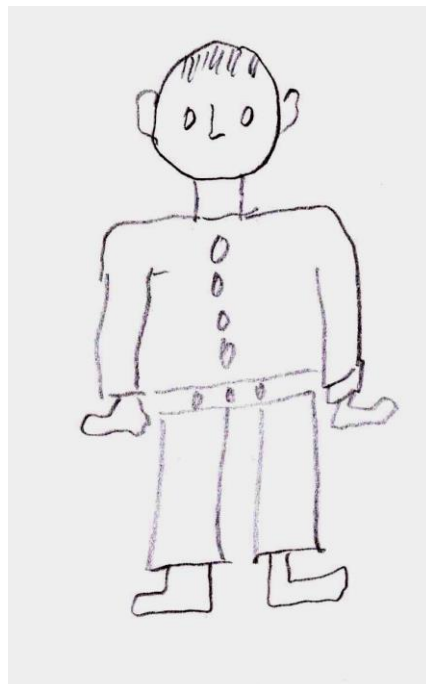
4. Přidatky v kresbě

Znakem zařazeným v tomto bodu mohou různé zvláštnosti na kresbě nebo například nápadné přídavky.

Příklad těchto přídavků je zjevný na obrázku č. 8. Kresba muže s ACH navíc s postavou obsahuje i okolní přídavky jako kytici, druhou postavu, stůl a dort, ačkoliv zadání znělo jinak. Tyto přídavky nebo zvláštnosti se objevují na 3 kresbách ve skupině lidí s ACH. V druhé skupině se tento znak vůbec neobjevuje.



Obrázek 8, Kresba č. 1- muž s ACH, 78 let



Obrázek 9, Kresba č. 4- žena s ACH, 70 let

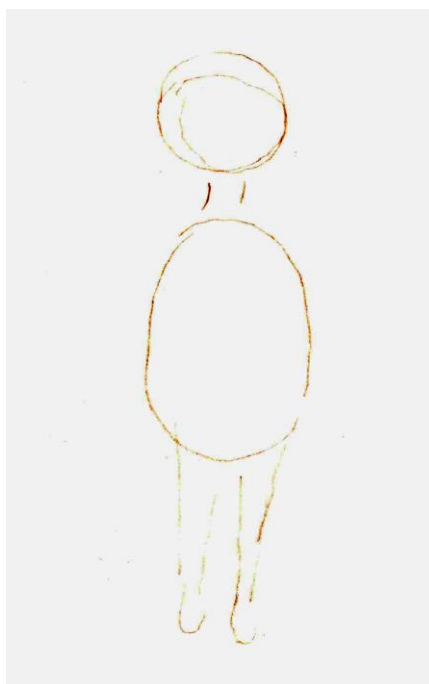
5. Opakování prvků

U tohoto znaku bylo pozorováno, zda někdo používá pro vyjádření některé části stejné prvky či v kresbě využívá několik stejných prvků, které by tam neměly být (nepatří sem např. oči). Tento znak byl nalezen pouze u 3 kreseb ze skupiny lidí s ACH. Opakování stejného prvku můžeme vidět na obrázku č. 9, kdy žena s ACH využila k vyobrazení dlaně a bot stejný tvar (tedy ruce nakreslila jako botu). V druhé skupině se tento znak nevyskytuje.

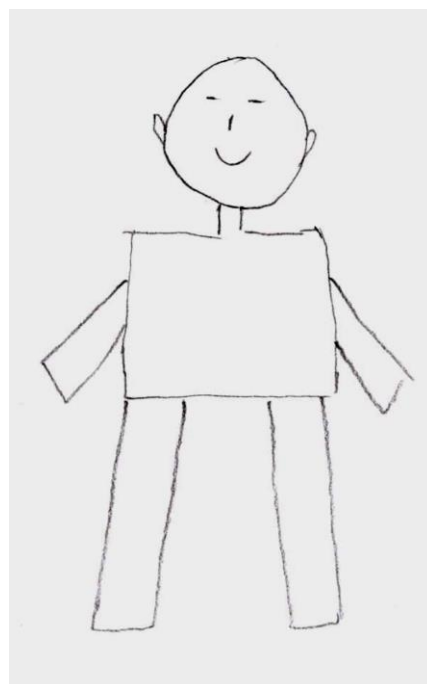
6. Vynechání

V tomto případě bylo hodnoceno, zda jedinec v kresbě vynechal nějakou důležitou část. Patří sem úplné opomenutí některé části - například prsty, boty, mnohdy to bývá i celý obličej nebo jeho část. Vynechání se objevuje ve většině obrázků nakreslených lidmi s ACH (9 obrázků). Příklad vynechání je zjevný z obrázku č. 10. V tomto obrázku žena s ACH, jež ho kreslila, opomenula nakreslit jak obličej, tak vlasy a uši nebo také celé horní končetiny. Na obrázku č. 11 je opomenutí také znatelné. Muž bez ACH,

který tento obrázek kreslil, zapomněl doplnit vlasy, dlaně s prsty a chodidla. Ve skupině seniorů se vynechání objevuje ve 4 případech.



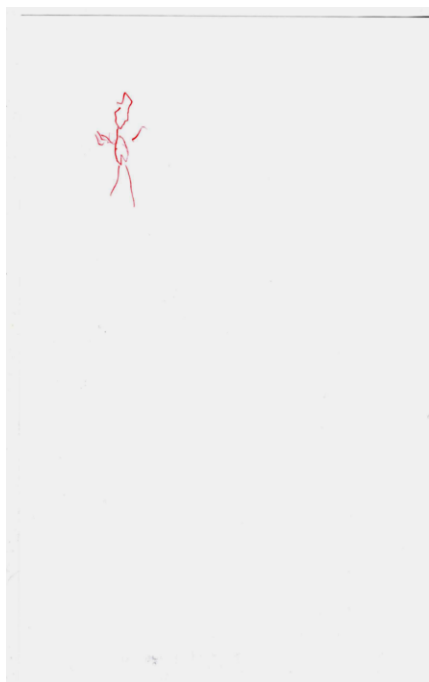
Obrázek 10, Kresba č. 3- žena s ACH, 89 let



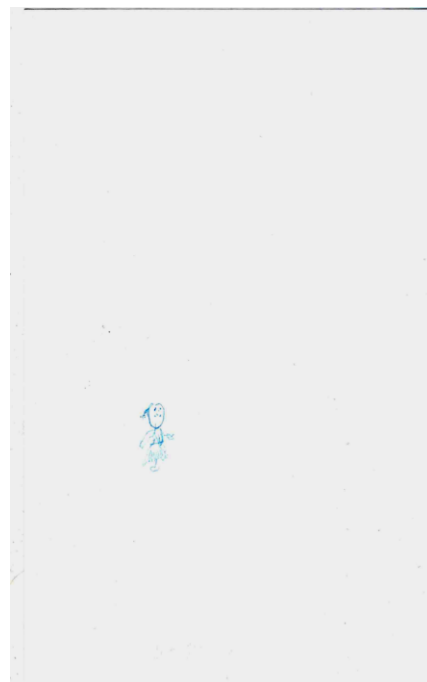
Obrázek 11, Kresba. Č 3- muž bez ACH, 81 let

7. Zvětšování/zmenšování

V tomto bodě bylo sledováno, zda se v kresbě objevují nějaké nápadně velké nebo malé prvky vzhledem k celé postavě. Hodnocená také byla celková velikost postavy.



Obrázek 12, Kresba č. 9- muž s ACH, 92 let

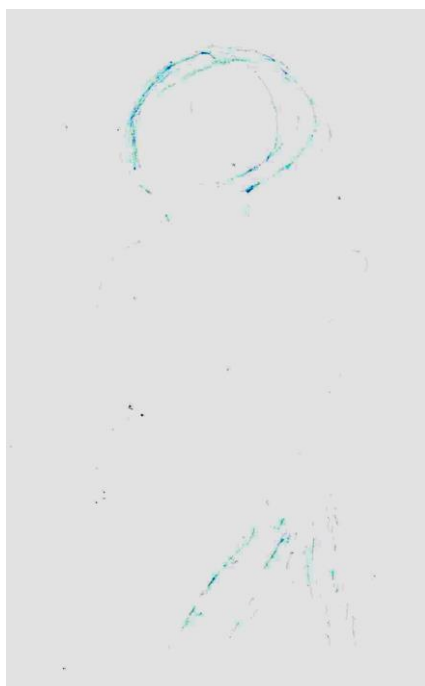


Obrázek 13, Kresba č. 5- žena bez ACH, 89 let

Jako malá postava byla vyhodnocena postava menší než půl formátu A4 a na první pohled velmi malá. Takto malá postava je vyobrazena na obrázku č. 12, který nakreslila žena s ACH. Zvětšení či zmenšení prvků nebo celé postavy se objevuje u 5 obrázků ve skupině první. Druhý příklad zmenšení je vidět na obrázku č. 13. Tento obrázek kreslila žena bez ACH. Ve skupině se znak projevuje 4 krát.

8. *Tlak*

Hodnocen byl i projevený tlak. Více se v kresbách projevuje snížený tlak na pastelku, ojediněle se objevuje i zvýšený. Bod byl kresbám přidělen při zjevném tlačení či naopak zjevném malém tlaku. Malý tlak na pastelku se projevuje v obrázku č. 14., který kreslila žena s ACH. Změny tlaku byly obodovány v 6 kresbách ve skupině lidí s ACH. Ve skupině druhé, tedy seniorů bez ACH, nebyl zvýšený nebo snížený tlak nezaznamenán.

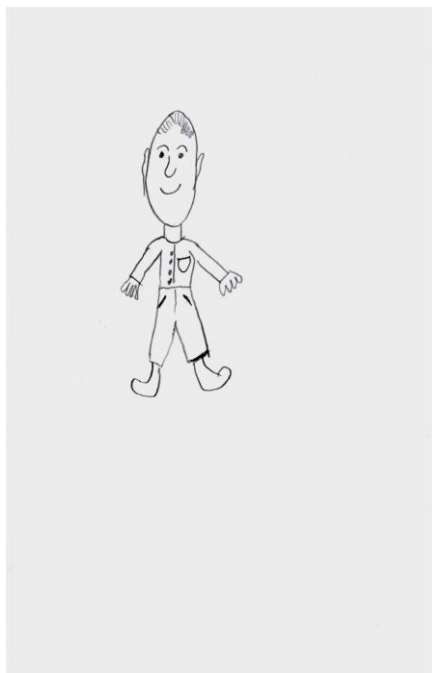


Obrázek 13, Kresba č. 10- žena s ACH, 81 let

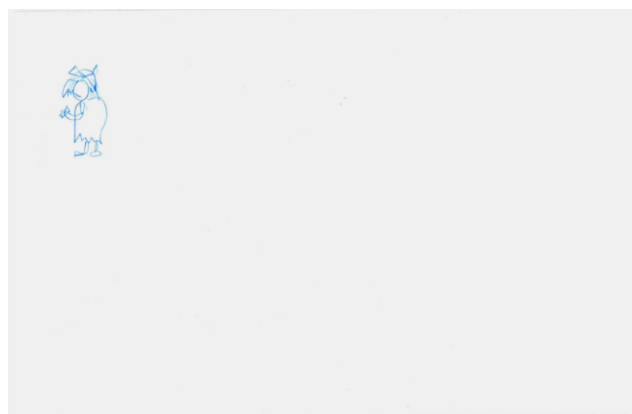
9. *Lokalizace kresby či její části*

Tento znak jsem byl hodnocen z hlediska postavení postavy na papíře A4. Dále do tohoto bodu spadá i špatné umístění některé části postavy, které se ale projevilo pouze v jednom případě. Nejčastěji se tento znak projevovat tak, že se postava vznášela v horní části papíru nebo byla výrazně posunuta k jedné její straně. Nevhodné umístění lze vidět na obrázku č. 14, tuto kresbu kreslila žena s ACH. Ve skupině obrázků

nakreslených lidmi s ACH kresbu špatně umístilo 7 lidí. Na obrázku č. 15 je kresba ženy s ACH, z které je zjevné umístění postavy k levé horní straně papíru. V druhé skupině jsem vybrala příklad špatné lokalizace, který lze vidět na obrázku č. 16. V tomto případě paní položila papír na šířku a postavu nakreslila do levého horního rohu. Dohromady se v této skupině špatná lokalizace objevuje 7 krát.



Obrázek 15, Kresba č. 12- žena s ACH, 83 let



Obrázek 16, Kresba č. 7- žena bez ACH, 93 let

10. Sklon



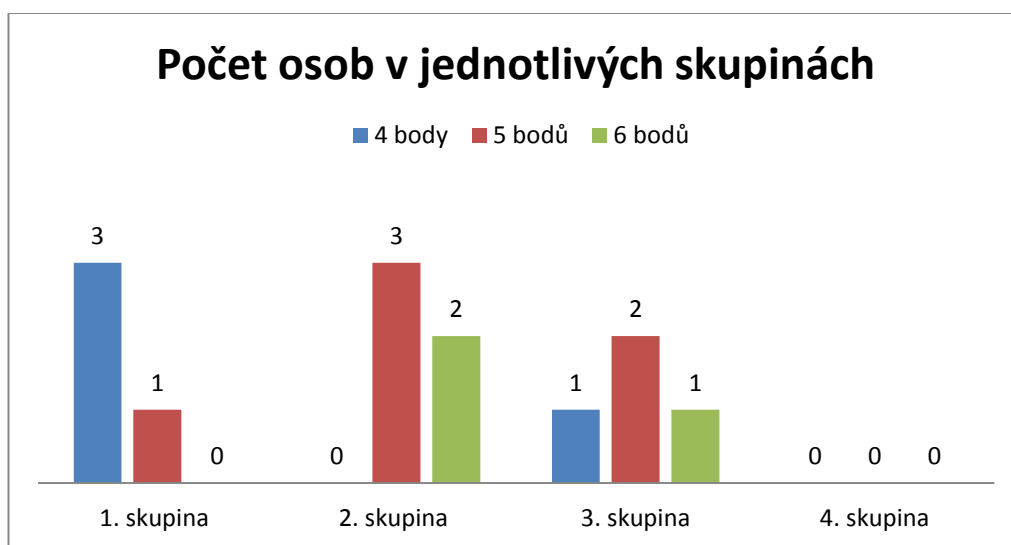
Obrázek 17, Kresba č. 2- žena s ACH, 89 let

Na obrázku č. 17 od ženy s ACH je zjevný znak, který byl hodnocen v této kategorii. Tímto znakem je nápadný sklon postavy (nad 95 stupňů). Zřetelný sklon se objevuje pouze u 2 kreseb a to ve skupině seniorů s ACH.

Kresby postavy u lidí s Alzheimerovou chorobou

Pro hlubší prozkoumání znaků v kresbách lidí s Alzheimerovou chorobou, byly skupiny rozděleny, dle výsledků z testu Mini - Mental State Examination, který podstoupili v denním stacionáři. K rozdělení skupin bylo využito hodnocení tohoto testu (Kalvach, 2008) kdy do:

1. *skupiny* patří lidé, kteří v testu získali 24 a více bodů – jsou tedy v normě (avšak uvádí se, že 24-26 bodů je již hraniční nález)
2. *skupiny* patří jedinci s 21-23 body – jejich nález již značí lehkou kognitivní poruchu
3. *skupiny* spadají lidé s 11-20 body – ti mají nález středně těžké kognitivní poruchy
4. *skupiny* patří osoby s 0-10 body – ti mají již těžkou kognitivní poruchu (nicméně mezi informanty se nenašel nikdo s takovýmto počtem bodů)



Graf 3, Rozdělení osob s ACH dle výsledků z MMSE a počet získaných bodů v kresbách (zdroj: vlastní)

V grafu č. 3 můžeme vidět, že v 1. skupině je nejvíce (3) osob, které dosáhli 4 bodů v hodnocení kresby. Tohoto počtu bodů v 2. skupině nedosáhl nikdo a ve 3. skupině pouze 1 jedinec. V 1. skupině dosáhl 5 bodů v hodnocení 1 osoba, avšak ve 2. skupině těchto bodů dosáhli již 3 jedinci. Ve 3. skupině získali 5 bodů dva lidé. Se 6 body se v 1. skupině neobjevila žádná osoba, v 2. skupině 2 lidé a ve 3. tohoto počtu bodů dosáhl 1 člověk.

Doplňující rozhovory

Jako doplňující metoda výzkumu byl vybrán rozhovor, který se týkal kresby. Nejčastější otázky byly mířeny přímo na postavu: „*Kdo je na obrázku?*“ nebo „*Co dělá?*“

Nejčastější odpovědi, na otázku „*Kdo je na obrázku?*“ v obou skupinách bylo:

- nikdo konkrétní/ postava kreslená po paměti
- holčička/děvče/paní
- kluk/chlapec/pán
- modelka
- chudý student

Mezi odpověďmi na otázku „*Co postava dělá?*“ se v obou skupinách objevilo:

- nedělá nic/jen tak je
- stojí/trčí
- představuje si/přemýšlí
- čeká
- prochází se/je na procházce
- má svátek (je na rande)
- předvádí šaty
- nemá peníze a tak půjde na školu díky stipendiu

Barva v kresbě

Jedinci obou skupin měli možnost kreslit kresby pastelkami. K výběru měli vždy stejné barvy, tedy žlutou, červenou, zelenou, modrou, hnědou a černou. Zde bylo hodnoceno, zda osoby využili pouze jednu barvu – ty byli rozděleni podle toho, jestli využili pouze černou nebo pouze jakoukoliv jinou barvu – nebo barvy kombinovali a využili tedy dvě a více barev.

Ve skupině lidí s Alzheimerovou chorobou nejvíce osob (5 osob) využilo jen jednu barvu, nejčastěji se v kresbách objevovala celá hnědá postava, dále také červená nebo modrá. Dále 4 jedinci použili pouze černou barvu a další 4 jedinci využili kombinaci více barev.

V druhé skupině nejvíce lidí (6 osob) ke kresbě použilo pouze černou barvu. Další 4 osoby využily jen jednu barvu, kterou ve 3 případech byla modrá, v 1 případě zelená. Více barev a jejich kombinaci využili pouze 3 jedinci.

3.6 Výsledky praktické části

Vzhledem k nedostatku informací pojednávajících o seniorské kresbě a především kresbě lidí s Alzheimerovou chorobou, bylo těžké předem očekávat nějaké konkrétní výsledky. Jediným vodítkem tak byla znalost znaků organicty, které aspoň rámcově udaly směr tohoto výzkumu. Bakalářská práce se tedy zajímala především o popis a nalezení společných znaků, které můžeme nalézt v kresbě lidí s Alzheimerovou chorobou.

Nejčastější znaky v kresbách postavy u obou skupin

Z tabulky č. 2 je zjevné, že nejčastěji se v kresbě postavy u seniorů s Alzheimerovou chorobou vyskytuje porucha koordinace pohybů, tzn. nepřesné napojování, přerušované tahy, dvojité čáry nebo lámané tahy. Druhým často zobrazovaným znakem je deformace tvarů. Dále se počet bodů přidělených ke každé jedné kresbě pohybuje od 4 do 6 bodů. Průměrný počet získaných bodů v kresbě lidí s Alzheimerovou chorobou je 5 bodů. Tento počet bodů je zároveň modusem (nejčastěji získávaným počtem bodů) této skupiny.

kresba č. → S ACH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	počet znaků v kresbách:
1. tremor	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	-	8
2. koordinace pohybů	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	12
3. deformace tvarů	-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	10
4. přídavky v kresbě	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	3
5. opakování prvků	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	3
6. vynechání tvaru	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	9
7. zvětšení/zmenšení	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	5
8. tlak	+	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+	+	6
9. umístění kresby	-	+	-	+	+	-	+	-	+	+	-	+	-	7
10. sklon	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	2
počet znaků v kresbě:	4	5	4	5	6	5	6	5	6	6	4	4	5	

Tabulka 2, Počet jednotlivých znaků v kresbách lidí s ACH, a počet znaků v každé kresbě. (zdroj: vlastní)

V druhé skupině seniorů starších 65 let bez Alzheimerovy nemoci nebo jiné choroby spojené s poruchou kognitivních funkcí se také nejčastěji vyskytuje znak poruchy koordinace pohybů jako v první skupině. Druhým nejčastějším znakem je však špatná lokalizace kresby postavy vzhledem k A4 formátu papíru. Výskyt chybné lokalizace se ale objevuje v mnohem menším množství případů než koordinace pohybů. Toto je zjevné z tabulky č. 3. Počet přidělených bodů se u této skupiny pohybuje od 1-5 bodů, přičemž 5 bodů je zde pouze v 1 případě. Průměrný počet získaných bodů v této skupině je 2,5 bodů. Modusem jsou v tomto případě 3 body.

kresba č. → BEZ ACH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	počet znaků v kresbách:
1. tremor	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	3
2. koordinace pohybů	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	11
3. deformace tvarů	-	+	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	5
4. přídavky v kresbě	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
5. opakování prvků	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
6. vynechání tvaru	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	5
7. zvětšení/zmenšení	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	3
8. tlak	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
9. umístění kresby	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	6
10. sklon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
počet znaků v kresbě:	1	2	3	3	3	4	3	3	2	5	1	1	2	

Tabulka 3, Počet jednotlivých znaků v kresbách lidí bez ACH, a počet znaků v každé kresbě. (zdroj: vlastní)

Nejčastější znaky v kresbách lidí s Alzheimerovou chorobou

Konkrétní znaky a jejich počet lze vidět v tabulce č. 3. V 1. skupině se nejčastěji objevovaly znaky špatné koordinace pohybů, deformace tvarů a změna tlaku. V 2. skupině se znova nejčastěji objevily znaky špatné koordinace a deformace tvarů, k nim se také přidal tremor, který se objevil u 4 jedinců z 5. Ve 3. skupině můžeme ve 4 případech ze 4 spatřit poruchu koordinace pohybů a vynechávání tvaru, dále se často objevuje tremor, opakování prvků, které se objevilo pouze u kreseb v této skupině, a nepřesná lokalizace kresby. Je zjevné, že nejvíce společných znaků se projevuje v 2. a 3. skupině, tedy u jedinců, kteří trpí lehkou či středně těžkou demencí.

Ve 3. skupině se navíc objevuje jeden znak – opakování tvarů – který v žádné jiné skupině nenalzáme.

kresba č. →	1. skupina				2. skupina					3. skupina				4. sk	
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	x	
1. tremor	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	x
2. koordinace pohybů	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	x	
3. deformace tvarů	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	x	
4. přídavky v kresbě	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	x	
5. opakování prvků	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	x	
6. vynechání tvaru	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	x	
7. zvětšení/zmenšení	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	x	
8. tlak	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	x	
9. umístění kresby	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+	+	+	x	
10. sklon	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	x	
bodů v kresbě	4	4	4	5	5	6	5	6	5	4	5	6	6	x	

Tabulka 3, Výskyt konkrétních znaků rozdělený na skupiny dle výsledků MMSE (zdroj: vlastní)

Průměrný počet dosažených bodů v 1. skupině je 4,25 bodu. V 2. skupině je to 5,4 bodu a v poslední skupině 5,25 bodu.

3.6.1 Souhrn výsledků praktické části

Ke zjištění cíle této bakalářské práce byly stanoveny 3 výzkumné otázky, jejichž odpovědi budou sloužit ke krátkému shrnutí výsledků praktické části.

- *Jaké společné znaky se objevují v kresbě postavy u lidí starších 65 let s Alzheimerovou chorobou?*

V kresbě postavy u lidí starších 65 s Alzheimerovou chorobou se v nejvíce případech shodně objevuje **porucha koordinace pohybu – nepřesné napojování, přerušované tahy, dvojité čáry nebo lámané tahy**. Druhým nejčastěji nalezeným znakem, který se v kresbě projevuje, je **deformace tvarů**. Průměrný počet dosažených bodů v kresbě jedince je **5 bodů**.

Hlubší prozkoumání znaků pomocí rozdělení jedinců s Alzheimerovou chorobou do skupin dle dosažených výsledků v testu MMSE (Mini- Mental State Examination) ukázalo, že osoby v 2. a 3. skupině dosáhli více společných znaků v kresbě postavy.

Zajímavostí je, že u všech kreseb osob, které trpí středně těžkou formou demence (3. skupina), se objevil znak opakování tvarů, který se v žádné jiné skupině neprojevuje.

- ***Jaké společné znaky se objevují v kresbě seniorů starších 65 let, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu?***

V kresbě postavy seniorů starších 65 let, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu, je nejčastějším společným znakem stejně jako v první skupině **špatná koordinace pohybů**. Druhým odlišným znakem nejvíce nalézaným v kresbách této skupiny je **chybná lokalizace kresby** postavy. V porovnání se skupinou jedinců s Alzheimerovou chorobou je průměrný počet dosažených bodů v kresbě **nižší (2,5 bodu)**

- ***Existují odlišné znaky v kresbách lidí s Alzheimerovou chorobou a v kresbách lidí, kteří nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu?***

Ano, v kresbách těchto dvou skupin skutečně existují rozdíly. Zprvce jsou to odlišné nejčastěji zobrazované znaky, které byly popsány výše, v odpovědích na předchozí dvě výzkumné otázky. Největším rozdílem je poté, absence některých znaků u skupiny seniorů bez Alzheimerovy choroby. U kreseb osob, které byly zařazeny do této skupiny, se vůbec neprojevily tyto znaky: přídavky v kresbě, opakování prvků, změna tlaku a sklon. Další odlišností, jak už jsem výše také zmínila, byl celkově nižší počet dosažených znaků v kresbě.

Při doplňujícím dotazníku odpovídala většina osob z obou skupin obdobně. Na otázku „Kdo je na obrázku?“ bylo nejčastější odpovědí **nikdo konkrétní nebo postava vymyšlená z paměti**. Na druhou otázku „Co postava dělá?“ nevíce jedinců odpovědělo, buď **nedělá nic**, nebo pouze **stojí**.

Při využití barev skupina s Alzheimerovou chorobou nejvíce využívala **hnědou barvu**, kterou použili pro nakreslení celé postavy. Druhá skupina nejvíce používala pouze **černou pastelku**.

3.7 Diskuze

První překážkou, která mě potkala při vypracování této bakalářské práce, byl nedostatek informací o seniorské kresbě, či konkrétně kresbě osob s Alzheimerovou

chorobou. V českém prostředí se autoři nejčastěji zabývají vývojem kresby, či konkrétně kresby postavy, v drtivé většině pouze v dětském věku. Druhou překážkou byl nedostatek výzkumů konkrétně zaměřených na toto téma. Jediným výzkumem, kterým jsem se inspirovala, byla studie pocházející z Gerontologického výzkumného centra ve Stockholmu s názvem *The Human figure drawing test as a screen for dementia in the elderly* (Wang, 1998). Pročítání této práce mě inspirovalo pro využití výsledků testu MMSE pro rozdělení jedinců s Alzheimerovou chorobou na skupiny dle závažnosti jejich nemoci.

Jsem si vědoma, že výsledky této práce v žádném případě nejdou zobecnit na všechny osoby s Alzheimerovou chorobou. Práce by se dala zkvalitnit tím, že bych zvýšila počet respondentů a pojala celou metodologickou část jako kvantitativní. Tím bych mohla získat validní výsledky. Největší překážkou v tomto případě by bylo získání dostatečného množství respondentů. S tímto problémem jsem se potýkala již při této variantě.

Nicméně jsem velice ráda, že jsem znovu mohla spolupracovat s lidmi s touto chorobou a vyzkoušet si práci s kresbou, která mě velice zaujala a přinesla velice užitečných zkušeností. Jsem vděčná, že jsem mohla položit základy pro svůj další rozvoj v této oblasti. Kresba je, dle mého názoru, velice individuální (stejně jako průběh Alzheimerovy nemoci) a tak se mi ze začátku zdálo, že všechny kresby vypadají podobně a není mezi nimi žádný rozdíl. Avšak po pár průzkumech jsem byla u většiny kreseb schopna určit, která patří jedinci s Alzheimerovou chorobou a která ne.

To se mi potvrdilo i při shrnutí výsledků, kdy skupina seniorů bez Alzheimerovy choroby dosahovala v průměru nižšího počtu bodů. Můžeme tedy říci, že se u nich objevilo méně znaků organicity. Myslím si tedy, že Alzheimerova choroba, potažmo neurobiologické změny způsobené touto chorobou, se mohou projevit v kresbě postavy. Je ale nutné znovu zdůraznit, že tyto výsledky nemohou být zobecňovány na všechny osoby s Alzheimerovou chorobou.

4 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala kresbou postavy u lidí s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo popsat a porovnat kresby, které nakreslili lidé s Alzheimerovou chorobou a senioři nad 65 let, kterým nebyla diagnostikována Alzheimerova choroba. Výzkumné otázky si kladly za úkol nalezení společných znaků skupiny a odlišností mezi těmito dvěma skupinami.

Práce je rozdělena do dvou částí. V první – teoretické části – se zabývá popsáním informací týkajících se především stáří, demence, Alzheimerovy choroby a také kresebného projevu.

Druhá, praktická, část práce se zabývá zkoumáním znaků, které se mohou projevovat v kresbě postavy. Práce se opírá především o znaky organicity, které jsou popsány v teoretické části. Výzkumným souborem v této práci je 13 osob trpící Alzheimerovou chorobou a 13 osob, které nemají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu nebo jiné onemocnění způsobující kognitivní deficit. Všem informantům zařazeným ve výzkumu je nad 65 let. Práce je vedena kvalitativní metodou.

Výsledky této bakalářské práce jsou velice ovlivněny malým výzkumným souborem a nelze je zobecnit na zkoumanou populaci. Doufám však, že získala zajímavé informace pro další rozpracování a především vzhled do problematiky stáří a starých lidí, kteří trpí stále častěji se vyskytující nemocí.

Seznam použité literatury

1. ALTMAN, Zdeněk. Kresba postavy: podrobná příručka k interpretaci projektivní kresby postavy (FDT) a její využití v psychodiagnostické praxi. 1. české vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2011. ISBN 978-80-86471-40-2.
2. BAJEROVÁ, Soňa. Vývojové změny v charakteru dětské kresby s porovnáním kresby seniorů, Brno, 2009. Diplomová práce na katedře Psychologie Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. Vedoucí práce diplomové práce Doc. PhDr. Otto Čačka
3. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Quido KÜMPEL a Miloš VOJTĚCHOVSKÝ. Gerontopsychiatrie. Praha: Avicenum, 1994, 317 s. ISBN 80-7169-070-8.
4. BUIJSSEN, Huub. Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X
5. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Vydání čtvrté, v Portálu první. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV publicrelations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
8. JEBAVÁ, Jana. Úvod do arteterapie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-394-6
9. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, c2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

10. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6
11. KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
13. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
14. KUČEROVÁ, Helena. Demence v kazuistikách. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
16. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
15. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
16. MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
17. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3
18. PIDRMAN, Vladimír. Demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

19. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. Neuropsychologie v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
20. SVOBODA, Mojmír. Psychologická diagnostika dospělých. Vyd. 4., V nakl. Portál 3. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-706-0.
21. ŠÍPEK, Jiří. Projektivní metody. Vyd. 1. Praha: ISV Institut sociálních vztahů, 2000. ISBN 80-85866-53-6
22. ŠVANCAROVÁ, Lea a Josef ŠVANCARA. Vývoj dětských grafických projevů. In: Švancara, J. kol.: Diagnostika psychického vývoje, Praha, Avicenum 1974.
- 23.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
25. VRBOVÁ, Jana. Test H-T-P v diagnostice schizofrenního onemocnění, Brno, 2006. Diplomová práce na katedře Psychologie Filozofické fakulty Masarykovy univerzity. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc
26. WOLF, Josef, a kol., 1982. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda. ISBN 25-12-482.

Internetové zdroje

1. Co je demence: Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence. 2016a. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, O.P.S. [online]. Praha: Vizus [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>
2. Výskyt demence. 2016b. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, O.P.S. [online]. Praha: Vizus [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>
3. Overview. 2016. The World Bank [online]. Washington, DC: The World Bank Group [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.worldbank.org/en/country/mic/overview>
4. WANG, Hui-Xin. 1998. The Human Figure Drawing test as a screen for dementia in the elderly: A community-based study. Archives of Gerontology and Geriatrics [online]. (27), 25-34 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: http://www.academia.edu/13744514/The_Human_Figure_Drawing_test_as_a_screen_for_dementia_in_the_elderly_A_community-based_study
5. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. 2015. World Alzheimer's disease international [online]. London: Alzheimer's disease international [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015-sheet.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Kresba č. 11., žena s ACH, 65 let

Příloha č. 2: Kresba č. 13., žena s ACH, 90 let

Příloha č. 3: Kresba č. 11., muž bez ACH, 72 let

Příloha č. 4: Kresba č. 13., žena bez ACH, 90 let

Příloha č. 1: Kresba č. 11., žena s ACH, 65 let



Příloha č. 2: Kresba č. 13., žena s ACH, 90 let



Příloha č. 3: Kresba č. 11., žena bez ACH, 90 let



Příloha č. 4: Kresba č. 13., muž bez ACH, 72 let

