



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

Obraz jako cesta k sobě

Uplatnění aktivní receptivní arteterapie při tvorbě s pacienty
s psychotickým onemocněním

Vypracovala: Mgr. Alžběta Petřinová

Vedoucí práce: PaedDr. Evžen Perout
České Budějovice 2024

Prohlášení Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci 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 práce, a to v nezkrácené podobě 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 18. 6. 2024

Alžběta Petřinová

Poděkování

Děkuji panu PaedDr. Evženu Peroutovi za vedení práce.

Ráda bych také poděkovala pacientům a pracovníkům zdravotnického zařízení za vstřícný přístup a spolupráci.

Abstrakt

Práce věnuje pozornost přínosům výtvarného umění pro nemocné s psychotickou zkušeností. Sleduje pozitiva kombinace aktivní skupinové receptivní arteterapie s následnou produktivní výtvarnou činností pacientů. Na základě shrnutí problematiky psychotických onemocnění je představena metodologie na ukázce práce s konkrétním obrazem. Vyzdviženy jsou specifické faktory, které je třeba zvážit při výběru obrazu, jehož explorace má sloužit k tréninku mentalizace, percepčních, kognitivních a emocionálních procesů a pacientově ukotvení v realitě. Na výtvarných artefaktech vybraných pacientů jsou ukázána témata, se kterými se autoři na obraze vyrovnávali. Práce spatřuje výhody této metodologie v aktivizaci často demotivovaných pacientů, citlivém otevírání témat, ke kterým by bylo jinak obtížnější se přiblížit, a jejich následném výtvarném zpracování.

Klíčová slova: afordance, aktivní receptivní arteterapie, bipolární porucha, bottom up a top down procesy, emocionální procesy, kognitivní funkce, mentalizace, MBT – mentalised based therapy, negativní symptomy, psychóza, salience, schizofrenie

Abstract

This thesis focuses on the benefits of visual art for patients with psychotic experiences. It looks at the benefits of combining active group receptive art therapy with subsequent productive art activities of patients. Based on a summary of the issues surrounding psychotic illnesses, the methodology is presented through an example of working with a specific painting. Specific factors to be considered when selecting an image are highlighted, the exploration of which is intended to train mentalisation, perceptual, cognitive and emotional processes and the patient's grounding in reality. The artifacts of the selected patients are used to show the themes that the artists dealt with in the painting. The work sees the advantages of this methodology in the activation of often demotivated patients, the sensitive opening up of themes that would otherwise be more difficult to approach, and their subsequent artistic elaboration.

Keywords: affordance, active receptive art therapy, bipolar disorder, bottom up and top down processes, emotional processes, cognitive functions, mentalization, MBT-mentalized based therapy, negative symptoms, psychosis, salience, schizophrenia

Obsah

ÚVOD.....	6
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1.1 Klasifikace diagnózy schizofrenie a bipolární poruchy	7
1. 1. 1 Symptomy schizofrenie	7
1. 1. 1. 1 Pozitivní symptomy	7
1. 1. 1. 2 Negativní symptomy	7
1. 1. 1. 3 Kongnitivní symptomy	8
1. 1. 1. 4 Poruchy nálad jako symptom	8
1. 1. 2 Symptomy bipolární poruchy	8
1. 2 Příčiny psychózy.....	9
1. 3 Struktura osobnosti s psychózou	10
1. 4 Arteterapeutický setting pro nemocné s psychotickou zkušeností	12
1. 5 Arteterapeutická práce s pacienty s psychotickou zkušeností	13
1. 5. 1 Uplatnění projektivně-intervenční arteterapie s pacienty s psychotickou zkušeností.....	17
1. 5. 2 Typické znaky výtvarné tvorby pacientů s psychotickou zkušeností.....	18
1. 6 Východiska a předpoklady pro aktivní receptivní arteterapii	19
1. 6. 1 Kontextuální rámec	21
1. 6. 2 Osobní dispozice.....	22
1. 6. 3 Charakter díla.....	22
1. 7 Vizuální vnímání u pacientů s psychotickou zkušeností.....	23
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
2. 1 Cíl práce a výzkumné otázky	26
2. 2 Charakteristika výzkumného pracoviště	26
2. 3 Charakteristika účastníků výzkumu	27
2. 4 Metoda získávání dat.....	28
2. 5 Metoda aktivně receptivní arteterapeutické části	29
2. 5. 1 Přípravná fáze.....	29
2. 5. 1. 1 Zobrazení interpersonálních vztahů.....	30
2. 5. 1. 2 Nálada na obraze	30
2. 5. 1. 3 Kompozice s více prostorovými plány	31

2. 5. 1. 4 Bohatost na detaily	32
2. 5. 1. 5 Estetická atraktivita díla	32
2. 5. 1. 6 Narativita díla	34
2. 6 Metoda získávání dat v průběhu aktivní receptivní arteterapie	34
2. 6. 1 Obraz Imigrantská loď od britského malíře Johna Charlese Dollamana z roku 1884	34
2.7 Metoda produktivní arteterapie v návaznosti na aktivní receptivní část. Analýza a interpretace artefaktů	40
2. 7. 1 Daniel a osobní přání	41
2. 7. 2 Anna a vzpomínka na moře	42
2. 7. 3 Filip proti strachu a úzkosti	44
3. 7. 4 Ivan a soucit	44
2. 7. 5 Barbora a identita	45
2. 7. 6 Karel a důstojnost	46
2. 7. 7 Cecílie a hezká vzpomínka jako abstrakce	47
2. 7. 8 Emil a touha po bezpečí	48
2. 8 Umělecký obraz jako nevyčerpatelný zdroj témat k výtvarnému zpracování a diskuzi .	49
2. 8. 1 Waagepetersenovi od dánského malíře Wilhelma Bendze z roku 1830.....	50
3. 8. 2 Festival vína od nizozemského malíře Lawrence Alma Tademy z roku 1871	52
3. 8. 3 Rekonvalescentka od francouzského malíře Jamese Tissota z roku 1876.....	54
2. 8. 4 Noční ptáci od amerického malíře Edwarda Hoppera z roku 1942	56
2. 8. 5 Regata od francouzského malíře Raoula Dufyho z roku 1922 versus V přístavu z roku 1929. Výtvarné umění jako prostředek zvýšení kvality života pacientů.....	59
3. DISKUZE	61
4. ZÁVĚR	65
5. SEZNAM LITERATURY.....	66

ÚVOD

V teoretické části je nastíněna problematika psychotického onemocnění se zaměřením na schizofrenii a bipolární poruchu a specifika arteterapeutické práce s těmito pacienty. Rozvinuto je téma podstaty a přínosu arteterapeutické činnosti s touto skupinou pacientů. Možnosti propojení projektivně intervenčního pojetí s jinými metodami.

Hlavní pozornost je věnována postupu práce metodou aktivní receptivní arteterapie, při které je žádoucí vlastní zapojení pacienta při pozorování výtvarného díla. Pozornost se zaměřuje na přínosy a nástrahy této metody, které jsou ověřovány v praktické části práce na základě ukázek prací pacientů ze stacionáře pro psychotické poruchy Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech.

V praktické části bakalářské, na základě pozorování pacientů při aktivní receptivní části arteterapie s uvedením konkrétních výtvarných děl, se rozvíjí téma z teoretické části o přínosech a nástrahách této metody. Zaostřuje se na potenciál rozvinutí osobních témat pacientů skrze obraz. Na základě ukázek vlastní výtvarné tvorby pacientů jsou v jejich artefaktech sledovány různé formy projevů a reakcí na receptivní část terapie. Předmětem studia je dále vztah mezi tématem na pozorovaném obraze v receptivní části a jeho rozvinutí při tvorbě vlastního artefaktu. Přínosem aktivní receptivní arteterapie je trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností poutavou a motivující formou.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Klasifikace diagnózy schizofrenie a bipolární poruchy

Diagnóza schizofrenie se určuje na základě symptomů a diagnostických kritérií, která se v průběhu studia tohoto onemocnění proměňovala. V České republice je v současné době platná aktuální diagnostická Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, v USA se používá klasifikace DSM-5. Diagnóza schizofrenie je označovaná kódem F20, je tedy součástí kapitoly F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Diagnóza F20 obsahuje celkem šest subtypů schizofrenie, a to paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, simplexní a reziduální, a postschizofrenní depresi (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Úskalím diagnostiky schizofrenie je skutečnost, že ji nelze diagnostikovat na základě použití některé z laboratorních metod, ale je zcela odkázána na rozhovor s pacientem a na observanci pacientova chování.

1. 1. 1 Symptomy schizofrenie

V následující kapitole se věnuje pozornost obecnému členění symptomů pro základní orientaci v povaze onemocnění. Symptomy charakteristické pro schizofrenii se člení na čtyři skupiny tzv. pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní symptomy. Pacienti, kterým se věnuje praktická část této práce projevovali v různé míře a četnosti symptomy ze všech čtyř uvedených skupin, ne vždy však všechny u jednoho pacienta.

1. 1. 1. 1 Pozitivní symptomy

Do skupiny pozitivních symptomů jsou řazeny tzv. psychotické symptomy zahrnující ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek, bludy, halucinace, dezorganizace a poruchy motoriky. Zcela zásadní je absence pacientova náhledu. Skupina negativních symptomů obsahuje afektivní oploštění projevující se nedostatkem expresivních gest, absencí očního kontaktu, nedostatečnou modulací hlasu, chudostí pohybu, afektivní netečností nebo neadekvátním afektem.

1. 1. 1. 2 Negativní symptomy

Negativní symptomy se mohou dotýkat i verbálního projevu, kdy pacientova řeč je chudá na obsah, projevuje latence při odpovědích či zárazy. Mezi častými symptomy se objevuje apatie, tedy nedostatek energie a anhedonie a sociální stažení projevující se neschopností prožívat radost a ztrátou zájmu o sociální aktivity.

1. 1. 1. 3 Kongnitivní symptomy

Skupina kognitivních symptomů zahrnuje pokles kvality poznávacích funkcí jako je paměť, pozornost, schopnost plánovat, konstruktivně řešit problémy a schopnost reagovat na změnu. Tyto funkce se trénují v denním stacionáři nácvikem sociálních dovedností. Jsou zcela zásadní pro návrat do společnosti a pro udržování mezilidských vztahů.

1. 1. 1. 4 Poruchy nálad jako symptom

Do poslední čtvrté skupiny symptomů jsou řazeny poruchy nálad, tedy depresivní nálada, úzkost, vnitřní napětí a podrážděnost. Velkým rizikem pro schizofrenní onemocnění je riziko sebevražedných myšlenek. Tyto myšlenky je třeba nepodceňovat, dokonaná sebevražda je u pacientů se schizofrenií 8 x častější než v běžné populaci (Bankovská & Španiel, 2017).

1. 1. 2 Symptomy bipolární poruchy

Předmětem studia této práce jsou pacienti z denního stacionáře, kteří prodělali psychotickou zkušenost. Stacionář mohou navštěvovat opakovaně. Psychóza je nejen součástí onemocnění schizofrenií, ale objevuje se také při mánii, depresi a bipolární afektivní poruše. Pod kapitolou Mezinárodní klasifikace nemocí F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad) jsou uvedené manie, deprese a bipolární afektivní poruchy v různých kombinacích, a to buď s psychotickými symptomy či bez nich. Při mánii s psychotickými symptomy F30.2 se přidávají bludy, většinou megalomanického typu nebo halucinace s hlasy hovořícími přímo k pacientovi. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky je označována kódem F32.3 a odlišuje se od deprese právě psychotickými příznaky. Bipolární afektivní porucha F31 je charakterizovaná střídáním manické a depresivní fáze, jak při manické F31.2, tak depresivní F31.5 fázi se vyskytují psychotické symptomy (MKN-10, Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022).

Jak je z charakteristiky těchto diagnóz patrné, určení diagnózy s sebou může vzhledem k některým shodným symptomům přinášet jistá úskalí. Psychóza se může také vyskytnout při intoxikaci, abstinenčním příznaku nebo požití psychoaktivních látek. V takových případech se neklasifikují jako schizofrenie nebo bipolární porucha a pacientům bývá doporučována léčba na jiném specializovaném oddělení. Příčina bludů nebo halucinací intoxikací může být někdy rozkryta až v průběhu pobytu pacienta

v denním stacionáři. Stacionář má svá striktní pravidla, kde je užívání drog s výjimkou cigaret zakázáno, ale občas se prokáže jejich porušování, které vede k vyloučení pacienta ze stacionární péče.

1. 2 Příčiny psychózy

Jak u schizofrenie, tak u bipolárních poruch má vliv na vznik onemocnění mnoho faktorů. V obou případech má vliv heritabilita, která u schizofrenie dosahuje 80 % a u bipolární poruchy okolo 65 %. Jak uvádí Vágnerová (2014) tak jako má schizofrenie široké spektrum symptomů a jejich kombinací, tak i jejich příčiny mohou být různorodé. „Jde o soubor dědičných dispozic, vnějších vlivů, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů“ (Vágnerová, 2014, s. 320). Obdobná problematika je pozorována i u bipolární poruchy. „...odchylky ve struktuře mozku nemocných s afektivními poruchami se podobají změnám zjištěným u nemocných schizofrenií“ (Vágnerová, 2014, s. 353).

U obou onemocnění je zkoumán narušený metabolismus mozku a změněná funkčnost neurotransmiterů. U afektivních poruch se jedná o změny v hladině noradrenalinu, serotoninu a s tím spojené odchylky u acetylcholinu. Systémy neurotransmiterů nefungují samostatně, ale jejich změny se vzájemně ovlivňují a způsobují řetězovou reakci. Tyto změny se odrážejí v desynchronizaci biologických rytmů, a s touto desynchronizací zase souvisí nerovnováha emočního ladění. U schizofrenie jsou pozorované změny u dopaminového, serotoninového a glutamátového systému. Některé pozitivní symptomy u schizofrenie jsou spojovány s konkrétními oblastmi v mozku. Nedostatečný výdej dopaminu v limbickém systému ovlivňuje chápání podnětů a umožňuje tak rozvoj bludů a jak uvádí Vágnerová (2014) možná i halucinací. Utkvělý pocit vkládání a odnímání myšlenek a pocit být ovládán vnějšími silami je spojováno s narušením struktury v oblasti Sylviovy rýhy.

U schizofrenie se prokázalo, že úbytek šedé hmoty právě souvisí s délkou expozice floridním psychotickým příznakům. Tato toxicita psychotického stavu se zkoumá v souvislosti s vlivem na strukturální změny v mozku, které se jeví jako nevratné (Bankovská & Španiel, 2017). Zcela klíčová je včasná péče v prvních šesti měsících od propuknutí nemoci, kdy každým týdnem neléčené nemoci vznikají na mozku nevratné změny, které mají doživotní vliv na kvalitu jedince. Současný výzkum poukazuje na

souvislost mezi schizofrenií a narušenou funkcí asterocytů zajišťujících správnou funkci neuronů. (Španiel, 2023).

Tomuto stručnému nastínění biologických změn v mozku byla věnovaná pozornost pro představu o tom, jak jsou obě onemocnění komplexní, a jak je také komplexní i jejich léčba. V obou případech hraje zásadní roli sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrostl a žije, kvalita interpersonálních vztahů a citlivost na stresory. Právě stresová situace bývá častým spouštěčem onemocnění. Stres bývá dáván do souvislosti s propuknutím onemocnění (zvláště schizofrenií) v mladém věku (15 – 35 let), kdy se jedinec osamostatňuje od své primární rodiny (Vágnerová, 2014). Bipolární porucha se může rozvinout až do pozdějšího věku kolem 30 let. U těchto onemocnění je vysoký nárok na zapojení všech dostupných léčebných a podpůrných metod, od psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, arteterapeutů, sociálních pracovníků až po rodinné příslušníky nemocných. Cíl všech zúčastněných je jediný, a to zabránit nebo alespoň oddálit propuknutí relapsu (Bankovská & Španiel, 2017).

Přestože psychosociální faktory hrají jen jednu z rolí v příčinách vzniku onemocnění, jsou to právě ty faktory, které by měl mít arteterapeut během práce s nemocnými s psychotickou zkušeností na zřeteli. Zároveň je užitečné uvědomovat si i biologické vlivy a fakt, že většina nemocných užívá psychofarmaka, která kromě léčebných účinků mohou mít i účinky vedlejší. Nemocní navštěvující stacionární zařízení, obzvláště ti, kteří jsou po hospitalizaci s první psychotickou zkušeností, jsou často ve fázi hledání a testování medikamentózní léčby.

1. 3 Struktura osobnosti s psychózou

V předešlé kapitole byly nastíněny hlavní symptomy nemocného s psychózou. Pro hlubší porozumění myšlenkovým procesům a jednání nemocného budou v této kapitole více objasněna jednotlivá specifika, která jsou pro onemocnění charakteristická. Správné pochopení, co se odehrává v mysli nemocného je základním předpokladem pro terapeutův správný výběr arteterapeutické techniky a komunikace s nemocným. Umožňuje předvídat a být co nejlépe připraven na širokou škálu, často těžkou srozumitelných, reakcí nemocného. „Une seul parole peut provoquer l'effondrement

d'un schizofrèn“, jedno slovo může způsobit zhroucení u schizofrenní osoby (Pankow, 2006 in Killick a kol., 2017, s. 100).

Obecná charakteristika psychotického onemocnění je popisovaná jako porucha percepce, myšlení a narušení kontaktu s realitou.

Strukturální diagnóza STIPO (Structured Interview Personality Organisation, 2016) vycházející z Kernbergova psychodynamického konceptu, se používá pro vyhodnocení organizace osobnosti včetně dimenzí vztahujícím se k nespecifickým predispozicím k psychóze. Pozornost se zaměřuje na konsolidaci identity, kvalitu objektivních vztahů, používání vyspělých nebo primitivních obran, způsob testování reality, povahu percepčních distorzí, kvalitu agrese a morální hodnoty. STIPO zkoumá chování i svět jedince. Pacienti s psychózami vykazují stálé narušení testování reality, proces, kterým se člověk vztahuje k okolnímu světu, a to jak interpersonálním, tak neživým objektům. U psychóz dochází k narušení rozlišování mezi vnitřní a vnější realitou. U narušeného testování reality dochází k halucinatornímu vnímání a bludnému myšlení. Při posuzování kvality objektivních vztahů je pozorovaná narušená kvalita mezilidských vztahů jedince a povaha vnitřních prožitků sebe a druhých ve vzájemné interakci, jako např. empatie a dlouhodobé závazky.

Jak uvádí Schücková je třeba mít na mysli, že nemocní tvoří heterogenní skupinu a navzájem se od sebe odlišují symptomatologií, narušením kognitivních schopností, kvalitou života a vztahovou kapacitou, což se odráží i ve fungování jednotlivce ve skupinové terapii (Schücková, 2021).

Schücková pracovala méně obvyklou analytickou psychoterapeutickou metodou ve skupině s pacienty s psychotickou zkušeností a její poznatky a zkušenosti mohou být užitečné i při práci arteterapeutické.

Termín schizofrenie vychází řeckého *schizein* překládaného jako rozštěpit a *phren* označení pro mysl. Dohromady dává význam pro rozštěpení mysli. V minulosti toto rozštěpení bylo špatně interpretováno a do laické veřejnosti se dostalo do povědomí jako mylné označení pro dvojitou osobnost. Ve skutečnosti se jedná o rozštěpení intelektuálních a emočních funkcí, jak již popsal Bleuler. „Tato separace se projevuje jako nepřiměřenost afektů, kdy vyjadřované myšlenky a je doprovázející emoce jsou inkompatibilní“ (Rycroft, 1993, s. 122). K tomuto štěpení dochází u psychotických poruch, nejen u schizofrenie. Pro toto štěpení se také užívá termínu disociace. Cílem léčby je integrovat tyto disociované části. U nemocných se objevuje neschopnost rozlišit mezi self a objektem, anebo naopak může docházet ke splynutí self s objektem, a tedy

závislosti na objektu. Nemocní mohou být pohlceni strachem z rozpadu self, tzv. anihilační úzkostí (Schücková, 2021).

Mezi hlavní deficity nemocných s psychózou se řadí snížená schopnost mentalizace. Mentalizací se označuje psychoanalytický pojem užívaný pro schopnost porozumění, správné čtení duševních stavů jako jsou myšlenky a pocity, a to jak u sebe, tak i u druhých na základě jejich chování. Narušení nebo absence této schopnosti může výrazně narušovat interpersonální vztahy a může tak vést k sociální izolaci nemocného.

Nemocní mohou zažívat pocit strachu, rozrušení a studu. Velkou zátěží je deprese. Nemocní se potýkají se sníženým sebevědomím a motivací. Hůře se jim vyjadřuje slovy, co pociťují, a i v běžné komunikaci mohou hůře nacházet slova pro sebevyjádření, zažívají zmatenost, odpojenost a prázdnotu. Pro nemocné je náročné uspořádat si vlastní myšlenky, dát svým myšlenkám strukturu. Pro nemocné bývá obtížné pokračovat ve studiu, udržet si svoje původní povolání a onemocnění narušuje také vztah s rodinou. To vše s sebou přináší další psychickou zátěž a nemocného traumatizuje.

1. 4 Arteterapeutický setting pro nemocné s psychotickou zkušeností

Při práci s nemocnými, kteří prodělali psychotickou zkušenost, je třeba věnovat pozornost nejen vhodné arteterapeutické technice, ale i samotnému prostředí, ve kterém terapie probíhá. Nemocní mohou být citliví na zařízení, ve kterém se ateliér nachází. Parkinsonová a Whiterová (2016) se při svém studiu nemocných po první psychotické zkušenosti setkaly s negativním postojem účastníků arteterapie k nemocniční budově, kde se zprvu arteterapie provozovala. Nemocným může nemocniční prostředí příliš připomínat nepříjemné vzpomínky na hospitalizaci a možnost náhodného setkání s jejich bývalými ošetřujícími lékaři pociťovali jako stresující. Ne vždy lze těmto požadavkům vyhovět tak jak se to podařilo autorkám studie. Arteterapie bývá součástí péče v psychiatrických nemocnicích a často se potýká s finančním podhodnocením.

Je důležité mít na mysli, že nemocní se potýkají nejen s psychotickými symptomy, ale také jsou často traumatizováni samotnou psychotickou zkušeností, kdy zažili velký pocit nejistoty a ohrožení. V tomto ohledu v tom hraje roli i stále přetrvávající stigmatizace

pacientů s psychotickým onemocněním, zvláště pak se schizofrenií. Pacientská skupina s psychotickou zkušeností bývá heterogenní také ve smyslu, kolik psychotických epizod jednotlivý nemocný již prodělal. Nemocní s opakovanou zkušeností s atakou se mohou cítit jistější v očekáváních, jak se bude rehabilitace dál vyvíjet a jsou si vědomi střídání lepších a náročnějších období. Je tedy zcela klíčové, aby prostředí pro arteterapii bylo přívětivé a působilo na nemocné pocitem bezpečí. Bonneau (Killick a kol., 2017) věnuje při vytváření kreativního prostoru pozornost i takovým detailům jako jsou poličky nebo květiny u stolu, které vytvářejí jakousi plentu a tím i soukromí každému účastníkovi arteterapie.

Pro zahřívací aktivity na začátku arteterapie je vítané, pokud je prostor uzpůsoben i pro potřeby hry. Zmíněná hra s míči vyžaduje více nároků na prostor než rozcvička v podobě společného vytváření spontánních kreseb tzv. „čmáranic“ a hledání skrytých tvarů v jejich struktuře. Nicméně některé arteterapeutické techniky pro skupinovou práci jsou náročné na velikost prostorů, aby bylo možné manipulovat s většími formáty papíru, skladovat vyhotovené artefakty a výtvarné pomůcky. Nevýhodné a nepraktické může být, pokud se arteterapie odehrává v denních stacionářích ve stejných místnostech jako ostatní aktivity z programu.

Pro aktivní receptivní arteterapii je potřeba myslet na způsob projekce výtvarného díla, tak aby všichni zúčastnění dobře viděli a na kvalitu prezentované reprodukce.

1. 5 Arteterapeutická práce s pacienty s psychotickou zkušeností

Pojem arteterapie je v této práci užíván pro její dvě podoby, a to jak pro aktivní receptivní formu, tak expresivní výtvarné techniky. Pojem receptivní arteterapie představuje práci s již vytvořeným výtvarným uměleckým dílem, který je pacientům předkládán formou reprodukce nebo ve formě originálu v prostředí umělecké galerie.

Výtvarné práce pacientů s psychotickým onemocněním vešly ve známost širší veřejnosti také díky sbírce Hanse Prinzhorna (1886-1933), který působil na Psychiatrické klinice v Heidelbergu, kdy tam byl ředitelem profesor Emil Kraepelin (1856-1926), zakladatel moderní psychiatrické klasifikace a autor názvu „dementia praecox“ pro kategorii onemocnění dnes nazývané schizofrenie. Pod stejným názvem vydal Eugen Bleuler roku

1911 knihu, kde pro onemocnění užívá již názvu schizofrenie. Ve sbírce Hanse Prinzhorna je ze 75 % zastoupena tvorba schizofrenních pacientů a z 8 % tvorba pacientů bipolárních (Prinzhorn, 1922). Jak uvádí Syřišťová (1989) pacienti se schizofrenií jsou považováni za výtvarně umělecky nejaktivnější a nejnadanější skupinu duševně nemocných, nicméně nelze každého nemocného se schizofrenní psychózou považovat za umělce.

Při volbě metodiky arteterapeutické práce s pacienty s psychotickým onemocněním je třeba věnovat pozornost, v které fázi onemocnění se pacient nachází, jaká mu byla poskytnuta dosavadní léčba a v jakém rozsahu jsou zasaženy jeho kognitivní funkce. Při léčbě pacienta je odstranění psychotických symptomů při zachování plnohodnotné kvality života úspěšné jen z 15-25 % (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Arteterapie nachází své uplatnění právě při zlepšování kvality života pacienta a uplatňuje se při léčbě a rehabilitaci negativních a kognitivních symptomů, což je samotným předmětem této práce.

E. Syřišťová zahrnuje arteterapii u psychotiků do sociálních psychoterapeutických a resocializačních postupů. Hlavní potenciál a přínos arteterapie spatřuje v možnosti sebevyjádření, komunikaci a zachycení změn duševních stavů. Upozorňuje na zkušenost, že při tvorbě artefaktů je možné zachytit psychotický proces dříve než klinická nebo psychologická metoda. V arteterapii vidí autosanační a integrativní hodnotu, příležitost vyjádřit slovy nesdělitelné prožitky ohrožení, bezvýchodnosti, úžasu, úzkosti a agrese. Syřišťová zmiňuje schizofrenní depersonalizaci, kdy se obrysy vlastního Já i vnější reality hroutí a jsou propustné. Jedinec tak osciluje mezi úplnou autistickou izolací a bezbranným vydáním se napospas vnějším podnětům, a tak se ztrácí hranice mezi subjektem a objektem. V této fázi pacient hledá nový opěrný bod, kterým se může stát výtvarná tvorba. Zvláště u málo aktivních schizofrenních pacientů Syřišťová vnímá každý projev tvořivé exprese jako přemostění k životu, tvorbou vazeb k vnějšímu světu. Neopomíná ani význam rezonance v rámci skupiny. Jako vhodné techniky uvádí čmárání, volnou kresbu, autoportrét, tematickou kresbu, malbu snů a fantazií, přání a vzpomínek (Syřišťová, 1989).

Volnou tvorbu jako vhodný arteterapeutický přístup u psychotických pacientů zdůrazňuje také E. Perout a M. Lhotová, kteří hlavní účinek spatřují v samotné procesuální podobě bez nároku hledat symbolické významy. Jako vhodná témata nabízí lidské vztahy na pozadí aktuálního dění jako jsou roční období a svátky. Stejně jako Syřišťová vidí pozitiva expresivní arteterapie v možnosti odreagování úzkostného napětí, depresivního ladění a hledání kontaktu s realitou a ovlivnění chaotické činnosti mysli (Lhotová & Perout, 2018).

Nemocní s psychotickou zkušeností se často potýkají se sociální izolací a skupinová arteterapie může hrát důležitou roli v odstraňování této izolace, vytvoření kontaktu s ostatními účastníky a nalezení vlastní hodnoty. Jak uvádí Stube Teglbjaergová (Killick a kol., 2017), pacienti s psychózou, kteří docházeli na skupinovou arteterapii uváděli jako hlavní benefity schopnost být součástí skupiny, což se jim dříve kvůli úzkostným a psychotickým symptomům nedařilo. Jeden pacient to vystihl slovy: „In the art group I felt I was seen without anybody looking at me“ (Killick a kol, s. 85). Ve skupině jsem se cítil být viděn, aniž by na mě někdo hleděl (překlad autorka práce). Jiný pacient je citován: „Here it is possible to be on my own and still be a part of the group“ (Killick a kol, s. 85). Zde je možné být sám a zároveň být součástí skupiny (překlad autorka práce). Nemocným se dostalo zkušenosti být součástí kolektivu, sdílet stejný zájem, a přesto si zachovat pro ně dostatečně bezpečný a vyhovující odstup. Skupinová arteterapie při citlivém dodržení správného settingu a citlivosti terapeuta může podporovat sociální kohezi. Důležitost prostředí a settingu bude rozvedena v samostatné kapitole.

Parkinsonová a Whiterová (2016) sdílely svoji praxi s dospělými pacienty s první psychotickou zkušeností, se kterými po dobu jednoho roku arteterapeuticky pracovaly metodou MBT (mentalisation based therapy), metodou terapie založené na mentalizaci, která byla původně využita v psychoterapii s lidmi s hraniční poruchou osobnosti. Být součástí skupiny a nejen tvořit, ale i hovořit o vytvořených artefaktech společně, hodnotili pozitivně také sami pacienti. Jako pozitivní přínos skupinové arteterapie nemocní vnímali možnost nejen hovořit o svých vlastních výtvarných pracích, ale také příležitost naučit se vnímat výtvořky a výpovědi ostatních účastníků. Mezi benefity uváděli zvýšené sebevědomí, schopnost odvážit se vyjádřit potlačené myšlenky a prožít tak pocit úlevy, získání větší trpělivosti a tolerance. Nemocní zmiňovali pocit bezpečí, který u nich navozovala skupina lidí s podobnými zkušenostmi s psychotickým onemocněním v prostředí, které nebylo hodnotící, ale naopak podpůrné.

Tato zkušenost potvrzuje, že při práci s nemocnými s psychózou je možné využít účinky výtvarné činnosti nejen v její primární procesuální podobě, ale lze rozvíjet i schopnost mentalizace, která přispívá k sociální soudržnosti a posilování interpersonálních vazeb. Za zcela klíčové v MBT zdůrazňují autorky důležitost tzv. „not knowing“ postoje, kdy arteterapeut upřednostňuje svoji zvědavost a vyhýbá se předkládání domněnek a

interpretacím. Podstatou mentalizace je neustálý pohyb mezi různými perspektivami náhledu na realitu, vnitřní a vnější, já/self a ostatní, kognitivní a afektivní. Tento přístup se v praxi uplatňuje při společné reflexi vytvořených artefaktů, kde je podstatné nejen vyjadřování vlastních pocitů, vnímání a přijímání pocitů ostatních, vystavení se a respektování přítomnosti ostatních a tolerování a naslouchání jejich vnímání reality, ale i důležitý a integrující faktor, že se skupina společně tady a teď dívá na jeden a ten samý artefakt. Základem je triangulární vztah mezi arteterapeutem, nemocným a artefaktem, ve kterém Isserow (2008) spatřuje přínos pro rozvoj schopnosti vidět a cítit společně. Triangulární vztah se ve skupině rozšiřuje o další členy a více úhlů pohledu, kde sjednocujícím prvkem je artefakt, kterému je věnovaná pozornost. Skrze artefakt je věnovaná pozornost jak jeho autorovi, jako tvůrci, tak i ostatním aktérům, kteří sdílejí svoje pocity a postřehy a vzájemně na sebe mohou reagovat. Zkušenost, že jejich názor byl vyslyšen a je považován za relevantní, může vést ke zvýšení zdravého sebevědomí, o kterém jako o kladném přínosu arteterapie hovořili členové arteterapie vedené Parkinsonovou a Whiterovou.

Před zahájením samostatné výtvarné práce nemocných se využívají tzv. zahřívací úkoly, které mají pomoci odstranit úzkostné napětí, navodit pocit přítomnosti v čase a podpořit kreativitu. Stubbe Teglbjaerg (Killick a kol., 2017) zmiňuje podobnost výtvarné tvorby s principy hry. V této souvislosti připomíná Winnicotta, který ve hře a kreativě viděl předpoklad pro zdravý vývoj vnitřního života a duševní zdraví.

Winnicott uvádí: „...člověk musí připustit, že tvořivost lidského jednotlivce nelze zcela zničit a že i v nejextrémnějších případech podřízenosti a vytvoření falešné osobnosti se někde vskrytu odehrává tajný život, který této lidské bytosti přináší uspokojení, protože je tvořivý a originální“ (Winnicott, 2018, s. 99)

Stubbe Teglbjaerg (Killick a kol., 2017) udává několik příkladů takových her mezi kterými je i hra se dvěma míči, se kterými si nemocní pinkají a mají zabránit tomu, aby se míče dotkly země. Hra přináší odreagování, hravost a uvolňující smích.

1. 5. 1 Uplatnění projektivně-intervenční arteterapie s pacienty s psychotickou zkušeností

Projektivně – intervenční arteterapie pracuje jak s tematickými, tak abstraktními artefakty a procesem jejich vzniku. Jak napovídá název metodologie, jedná se o přístup založený na projekci a intervenci. „Projekce je procesem, kdy jedinec promítá obsahy svých duševních procesů, např. pocitů či úmyslů, zvláště těch nepřijatelných, navenek mimo sebe, tj. externalizuje je do jiných osob nebo sociálních dějů“ (Perout & Lhotová, 2016, s. 96). Tyto externalizace jsou v arteterapii převedeny do výtvarného artefaktu. Externalizace bývá z velké části nevědomá a cílem arteterapeuta je pomoci pacientovi získat na ně náhled, změnit své vztahování se k problematickým obsahům a docílit pozitivní změny ve vnímání svých vnitřních prožitků a chování. Tento vstup arteterapeuta se označuje jako intervence. U neurotických nebo hraničních pacientů si arteterapeut může dovolit vstupovat do procesu mnohem více, než u pacientů s psychotickou zkušeností. Základem intervence jsou metodické připomínky během tvůrčího procesu, které se týkají formální stránky, tedy zvolené techniky, formátu, kompozice, práce s prostorem, užití barev a jejich sytosti apod. Většina pacientů s psychotickou zkušeností se k výtvarné činnosti vrací po delší době a bývají často zaplaveni pocitem nejistoty a nedůvěry ve vlastní dovednosti, a tak určitou míru intervence ve formě připomínek a drobných rad vítají. Zde je na místě velice citlivý přístup arteterapeuta, který sleduje, jestli si pacient ví při tvorbě rady, pracuje samostatně nebo je otevřený drobné nápomoci a dodání jisté odvahy. Projektivně-intervenční metoda má za cíl prostřednictvím metodických připomínek změnit výtvarné vyjádření pacienta a dosáhnout tak žádané změny i v jeho životě, tzv. rčení „změna na papíře, znamená změnu v životě“. Přestože změna v prožívání a chování je žádaná i u pacientů s psychotickou zkušeností, pacienti profitují z jiných aspektů arteterapie, než je samotná intervence arteterapeuta.

U nemocných s psychotickou zkušeností je velkým přínosem externalizace, tedy projektivní část metodologie. Dotazovaní absolventi arteterapie pro nemocné s psychotickou zkušeností v několika studiích (Holttumová & Wright & Wood, 2021; Parkinsonová & Whiterová, 2016) opakovaně uváděli jako benefit možnost výtvarně vyjádřit svoje obavy, strachy, temné stránky svého já, kterých se ve svém vnitřním světě děsí. Nicméně je třeba brát na zřetel, že nemocní s psychotickou zkušeností jsou citlivější

na pozornost, která je na ně namířena, tedy na případné intervence. Nemocní s psychotickou zkušeností na arteterapii oceňují především její skupinovou formu, kdy jim umožnila kontakt s ostatními, aniž by se cítili být zahlceni. Příležitost výtvarně tvořit v bezpečném prostředí společně s ostatními, kteří prodělali obdobnou zkušenost s nemocí jako oni, sdílení pocitu, že jsou všichni na jedné lodi. Velkým přínosem pro tyto pacienty je rozhovor nad dokončenými artefakty, jejich společné nekritické hodnocení, sdělování si dojmů a prožitků, tedy celková reflexe procesu a výsledného artefaktu. U pacientů s psychotickou zkušeností se nepřistupuje k analýze artefaktu, která se používá jako rozšíření základní formy klasické projektivně-intervenční metody při práci s jinými skupinami pacientů. Projektivně – asociační metoda se uplatňuje u již zmíněných spontánních kreseb při následném vyhledávání konkrétních objektů a jejich dopracovávání.

1. 5. 2 Typické znaky výtvarné tvorby pacientů s psychotickou zkušeností

Praxe mnoha arteterapeutů potvrdila výskyt charakteristických znaků, které se více či méně objevují ve výtvarné tvorbě pacientů s psychózou, a jak byly shromážděné H. Rennertem. Výčet těch nejhlavnějších uvádí Ledvinová (2002, s. 17) a na některé projevy v sledované tvorbě pacientů bude poukázáno.

- vertikální posun úhlu
- barokně zdobené formy, tzv. cukrářský styl
- obrazový salát
- horror vacui
- vepsání písmen (lettrismus)
- kombinace heterogenních materiálů
- kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty
- ornamentální stereotypie
- plocha s opakujícími se figurami a symboly
- geometrizace a schematizace
- ignorování prostorových vztahů mezi jednotlivými prvky

- ztráta kompozice
- rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat

1. 6 Východiska a předpoklady pro aktivní receptivní arteterapii

Zatímco k podstatě a přínosu expresivní arteterapie existuje poměrně rozsáhlá literatura a stále probíhá výzkum, na základě kterého, jsou adaptována pravidla a doporučení pro práci s různou skupinou pacientů, včetně těch s psychotickým onemocněním, u receptivní arteterapie se autorka této práce potýká s dosavadní nedostatečnou pozorností k potenciálu této metody jak ve vztahu k neurotickým, tak ve vztahu k nemocným s psychotickou zkušeností. Literatura, která se ke zkoumané problematice pojí, pochází z různých oborů jako je psychologie, filozofie, neurověda nebo umělecko-historická literatura. Současné probíhající výzkumy ostatně zdůrazňují důležitost interdisciplinárního přístupu při studiu vnímání uměleckých děl.

Šicková-Fabrici definuje receptivní arteterapii jako: „vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapeuta. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů jiných lidí“ (Šicková-Fabrici, 2008, s. 30). Dále uvádí německého fyzika, psychologa, filozofa a estetika Gustava Theodora Fechnera (1801-1887) a jeho tezi o promítání divákových emocí do uměleckého díla a požadavek na divákovu schopnost vcítění se.

Šicková-Fabrici (2008) v knize *Základy arteterapie* předkládá ukázkou kombinace receptivní a expresivní formy arteterapie na příkladu využití reprodukce Isenheimského oltáře od Matthiase Grünewalda. Studenti arteterapie si nejprve prohlíželi obraz po poměrně dlouhou dobu patnácti minut a pak byli vyzváni, aby popsali svoje myšlenky a tělesné a emoční prožitky. Nakonec studenti výtvarně refletovali fragment díla. Převažovala abstraktní forma reflexe.

Při studiu teoretických východisek pro uplatnění aktivní receptivní arteterapie s nemocnými s psychózou se autorka opírá o článek *Empathy – Related Responses to Depicted People in Art Works* (Kesner & Horáček, 2017), ve kterém se autoři zaměřili na studium empatických reakcí u zdravé populace. Tyto poznatky a hypotézy budou

ověřovány a zkoumány při práci s pacienty s psychotickou zkušeností v druhé části této práce.

Studium v ústavu neurobiologie v NÚDZ se zaměřilo na kognitivní a emoční oblasti v mozku, které vykazují aktivitu při sledování uměleckého díla oproti neutrálnímu podnětu. Ke studiu jsou využívány metody funkční magnetické rezonance, eye-trackingu a psychologické metody (Grygarová & Horáček, 2023). To, jak obraz vnímáme není založené pouze na funkci zrcadlových neuronů, kterým v této souvislosti byla doposud věnovaná hlavní pozornost. Zatímco kognitivní oblasti jsou zodpovědné za porozumění obrazu či vhled, emoční umožňují divákovi prožívat různou škálu emocí. To v jak velké intenzitě a které oblasti mozku se budou aktivovat není dáno nějakým pozorovatelným pravidlem či pořadím, ale obě oblasti se aktivují v různých kombinacích. Podstatným faktorem, který má vliv na naše vnímání obrazu je tzv. systém defaultního modu (DMN), zodpovědný za reflexi sebe sama a mající tzv. sebe-referenční funkci (Horáček, 2021). „Esteticky silné dílo však také zřejmě potencuje rychlé přepínání klidové sítě DMN se systémem tzv. centrální exekutivní sítě, která je naopak aktivní při ‚obrácení ven‘, při vnímání stimulů z okolí, a pozornostní (salienční) sítí, jež je zodpovědná za změnu pozornosti ‚dovnitř‘“ (Starr, 2023, in Gygarová & Horáček, 2023, s. 132). U pacientů se schizofrenií byl pozorovaný defekt v tzv. salienčním přepínači mezi DMN (default mode network) a CEN (central executive network). Tento nedostatek v přepínači způsobuje chaos a problematické rozlišování mezi já a okolním světem (Španiel, 2023).

Pro výzkum byly vybrány obrazy s námětem, u kterého lze předpokládat silnou emoční či empatickou odezvu. Jednalo se o figurativní obrazy zobrazující nějakou podobu lidské bolesti jako např. obraz Oslepení Samsona od Rembrandta nebo Oplakávání Krista od Giotta. V zásadě to znamená, že intenzita emoční či empatické odezvy se odvíjí od několika vzájemně se ovlivňujících faktorů. Pokud se divák ocitne před obrazem, jeho emoční, případně empatickou reakci ovlivní hned tři zásadní faktory. Těmito faktory jsou kontextuální rámec díla, osobní dispozice diváka a samotná charakteristika díla.

1. 6. 1 Kontextuální rámec

Kontextuálnímu rámci lze dobře porozumět skrze tvorbu slavného dadaisty Marcela Duchampa (1887-1968) a jeho ready-made, předmětů každodenní potřeby umístěných do jiného prostorového kontextu, v tomto případě prostoru galerie. Jiný dojem bude mít divák z obrazu vytvořeného pro církevní prostor v autentickém prostoru kostela a jiný, při přenesení obrazu do prostoru galerie. Zároveň nelze opominout kulturně-sociální kontext, tedy z jakého kulturního prostředí divák pochází.

Elkins (2007) se ve své knize Proč lidé pláčou před obrazy zabývá neobvyklými, výjimečně silnými emočními prožitky, které lidé zažívali před různorodými obrazy. Na příkladu muže, který měl léta v ložnici obraz prázdné rozestlané postele lze dokladovat vliv osobního kontextu diváka. Tento obraz v něm nikdy nevyvolával negativní emoce až do jednoho dne, kdy se při pohledu na něj intenzivně rozplakal. Bylo to bezprostředně po úmrtí jeho ženy. Záleží tedy na souhrnu všech kontextuálních faktorů a u očekávané emoční reakce se nelze spoléhat pouze na jeho námět.

Není bez zajímavosti, že kultury, kde je zvykem číst zprava doleva, tímto způsobem přistupují i k výtvarnému dílu. Podstatné je také to, zda je obraz nositelem dostatečně výrazného emočního náboje.

Při výběru obrazového materiálu pro nemocné s psychotickou zkušeností je třeba tomuto aspektu věnovat dostatečnou pozornost. Pro potenciál či předpoklad obrazu vyvolat silnou emoční reakci užívají Horáček a Kesner (2017) pojem „affective affordance“.

Většina návštěvníků galerií vyhledává popisky s názvem díla s úmyslem správně porozumět jeho významu a smyslu. Tato informace může způsobit úplně jiný prožitek, než by měl divák bez této informace. Některé galerie úmyslně upouštějí od umístování popisků přímo u díla, aby divákovi poskytly příležitost vnímat dílo bez tohoto kontextu. Názvy jsou pak k dispozici v katalogu nebo doprovodném materiálu. Obdobně mají na diváka vliv uměleckohistorické interpretace díla. Odlišný dojem může mít divák při pohledu na černobílý obraz dvou pářících se much od Michaela Rittsteina před přečtením popisky a poté, co se dozví název Hlavní událost nedělního odpoledne.

1. 6. 2 Osobní dispozice

Vliv osobní dispozice poukazuje na divákovy osobnostní rysy, schopnost empatie, vnímání blízkosti s vyobrazeným člověkem, což jsou oblasti, které mohou být ovlivněny i momentálním psychosomatickým stavem. Právě u pacientů s psychotickou zkušeností se lze často setkat s omezenou schopností empatie. Lze tedy předpokládat, že prohlížení obrazů může těmto nemocným pomáhat procvičovat čtení emocí z výrazů vyobrazených postav a trénovat tak afektivní mentalizaci. Základní osobní dispozicí diváka je pak jeho věk, pohlaví, zda je rodičem či zda má nějakou osobní zkušenost s vyobrazeným námětem. Jiný prožitek s vyobrazením Oplakávání Krista lze očekávat u diváka, který zrovna přišel o svého blízkého než u diváka, který takovou zkušeností neprošel.

Zároveň je dobré mít na mysli divákovu zkušenost s vnímáním umění. Nicméně Kesner (2017) upozorňuje na skutečnost, že vyšší kulturní kompetence nekoreluje se silnější emocionální odezvou a může ji naopak inhibovat. Takovou situaci si lze představit u diváka, který je naučený dívat se na obrazy s vědomím, že o nich bude muset nějakým způsobem referovat a je od něho očekávaný jistý výkon a erudovaný názor odborníka. Odpoutat se od takové profesionální zátěže může být i v přívětivých podmínkách bez nároků na výkon obtížné.

1. 6. 3 Charakter díla

Třetím kontextem je samotný charakter uměleckého díla. Zásadním faktorem je, zda se díváme na originál nebo na reprodukci. Walter Benjamin (1936, in Petříček, 2009) píše v souvislosti s reprodukcí díla o „ztrátě aury“, která nesouvisí pouze se ztrátou barevnosti, změnou rozměru nebo použitou technikou. Podstatu spatřuje v síle okamžiku sledovat dílo tady a teď, tak jak se tomu děje v galeriích a muzeích.

Důležitou roli hrají dobré světelné podmínky, zda je obraz v galerii vystaven ve výšce očí diváka nebo mimo tuto úroveň, zda se neleskne, případně i jak je zarámovaný. Zajímavou kategorií v tomto kontextu je i nástěnná malba, která nemá vždy jasné ohraničení, což klade na diváka nároky na schopnost zorientovat se v zobrazeném námětu. U reprodukce je důležitá její kvalita a způsob prezentace. Arnheim (1974) píše aktivní exploraci obrazu, kdy divák sleduje hranice objektu, jeho povrch a strukturu. Obraz lze prezentovat např.

na vytištěném papíře, na monitoru televize nebo může být promítán na projekční plochu. Povaha uměleckého díla je dále zastoupena jeho rozměry, námětem, kompozicí, vztahem mezi postavami, texturou malby, dynamikou tahů štětce, barevností nebo světelných kontrastů.

Důležitou složkou uměleckého díla je jeho realističnost a jistá uvěřitelnost. Vztah mezi realistickým zobrazením a emočním či empatickým prožitkem lze dobře pozorovat u animovaných filmů. U animovaných filmů Tom a Jerry, založených na krutých hrách kocoura a myši nebude divák prožívat takovou empatickou účast jako u válečné fotografie. Zároveň v průběhu času se změnilo to, jakou kvalitu vyobrazení vnímá jako realistickou a kterou jako fiktivní. Zde lze vzpomenout známé antické anekdoty o slavných umělcích sepsané Pliniem v *Historia Naturalis*. Jedna z nich popisuje, jak Zeuxis soutěžil s Parrhasiem o dokonalou malířskou iluzi. Zeuxis namaloval hrozny, na které se údajně slétali ptáci. Následně požádal Parrhasia, aby ze svého obrazu sňal roušku. Rouška však byla pouze namalovaná, a tak Zeuxis tuto soutěž prohrál (Wittlich, 2008). Dnes má divák možnost prohlížet si obrazy ve virtuální realitě.

Nejen míra realističnosti, ale i míra stylizace má vliv na emoční prožitek. Jak uvádí (Horáček & Kesner, 2017) existuje rozdíl v emoční reakci na umělecké versus neumělecké dílo. Neumělecká zobrazení, se kterými se divák setkává v médiích a která zobrazují určitý druh utrpení, bolesti nebo nespravedlnosti skutečných lidí (nebo lidí, kteří se jeví být skutečnými) má větší potenciál v něm probudit prosociální a altruistické chování oproti uměleckému ztvárnění stejného námětu. Tento efekt bývá úspěšně využíván při různých charitativních sbírkách. Lze předpokládat, že pokud by byla vyhlášena finanční sbírka na podporu nemocného člověka, která by byla založená pouze na textu, byla by pravděpodobně méně úspěšná než ta doplněná o fotografii nemocného. Míra realističnosti a propojení se skutečným, existujícím objektem má podstatný vliv na emoční a empatický prožitek a chování diváka.

1. 7 Vizuelní vnímání u pacientů s psychotickou zkušeností

U pacientů se schizofrenií jsou narušené procesy nakládání s informacemi jako je vnímání, pozornost, pracovní paměť a učení. Pro tyto domény je společná nedostatečná

salience, tedy vlastnost, díky které jsou podněty rozeznatelné na pozadí kontextu. U této skupiny pacientů je zdatně narušené vnímání vizuálních vjemů. Při prohlížení (nejen) uměleckého díla se zapojují dva hlavní percepční procesy, a to tzv. bottom up and top down. Bottom up, tedy vzestupné procesy se odvíjejí od fyzikální povahy dat a zprostředkovávají prvotní zaujetí. Impulz od sensorického receptoru se přenáší neurony do příslušné mozkové oblasti. Je založený na fyzikálních attributech obrazu jako barva, kontrast, tvar a orientace předmětu v prostoru. Oproti tomu top-down, je označení pro sestupné kognitivní procesy zahrnující nakládání s informacemi zprostředkované systémem bottom up, např. očekávání diváka, dosavadní znalosti, paměť a také zkušenost, tedy i zkušenost s díváním se na umění (Adámek, 2024, Horáček & Kesner, 2017).

Petr Adámek v článku *The Gaze of Schizophrenia Patients Captured by Bottom – up Salience* (Adámek et al., 2024) popisuje prokázaný deficit u schizofrenních pacientů v rovině bottom – up procesů. První proces ovlivňuje druhý, a tak dochází k tomu, že stimulům získaným z vnějšího světa je přiřazený rozlišný význam. Salience je dlouhodobě trvající proces, který určuje vnímání našeho vnitřního světa a který není stabilní. Lidský mozek se musí neustále vyrovnávat a s podněty přicházejícími zvenku a vyhodnocovat jejich důležitost. Tento proces by se dal přirovnat k neustále kalibraci. U pacienta s narušenou funkcí bottom-up procesů, která má vliv na následné kognitivní procesy, se tímto narušuje pozornost a zasazení salientních vjemů do proudu vědomí. Adámek (Adámek et al., 2024) pozoroval u schizofrenních pacientů nejnížší výkon v top-down procesech na obrazech zobrazující sociální interakce.

Sociální interakce jsou jednou z oblastí, kterou pacienti s psychotickou zkušeností nacvičují v rámci stacionární péče. Narušení bottom-up a tedy i top-down procesů, je dobré mít na paměti, pokud se s pacienty pracuje metodou aktivní receptivní arteterapie. Nabízí se hypotéza, zda lze tento deficit redukovat větší časovou dotací na prohlížení obrazu a věnování pozornosti popisu zobrazených objektů. Tomuto tématu bude více věnováno v druhé kapitole.

Způsob, jakým mozek interpretuje podněty (jak fyzikální, tak kognitivní) může vzdáleně připomínat symbolickou interpretaci obrazu nebo Panofského formální analýzu obrazu. V rámci exemplifikace, která je základem symbolizace, interpretujeme primární

vlastnosti zobrazeného, např. dvě postavy, muž a žena. V tom lze spatřovat určitou paralelu s bottom-up procesem. Tato symbolizace je základní pro další krok, denotaci, ke které dochází na základě všech zobrazených detailů a je potřeba větší zapojení kognitivních procesů. Lze rozeznat mrtvého Krista na klíně jeho matky Marie, tedy pietu. To je už ovšem proces založený na divákově zkušenosti a znalostech kulturního prostředí. Výrazně se zapojují kognitivní procesy. Výsledná exprese, je „obohacením obojího výše o metaforu“ (Perout, 2018, s. 26). V expresi hraje podstatnou roli nejen kognitivní zkušenost, ale také osobní kontext. Divák může pociťovat smutek, lítost, soucit, soustrast. Námět s takto silnou afektivní afordancí, může v divákovi vyvolat různě silnou emoční a také empatickou odezvu. Aktivují se socio-afektivní a kognitivní procesy. Na rozdíl od běžného neuměleckého zobrazení, se můžou u figurativního uměleckého obrazu tyto procesy vyvinout ve vyhodnocování jeho estetické kvality. Spustí se tzv. estetické procesy, spojované se způsobem zobrazení pohledu (směřovaný na diváka / mimo diváka), tělesným postojem, gesty a s mírou nejednoznačnosti významu (Horáček a Kesner, 2017).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2. 1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem praktické části práce je vysledovat, jak je aktivní receptivní arteterapie, samostatně vedená autorkou kvalitativního výzkumu, přijímána pacienty se zkušeností s psychotickým onemocněním, jaký má pro ně přínos a jak se odráží v jejich výtvarné tvorbě. Součástí práce je také vlastní deskripce této metody. Základními výzkumnými otázkami jsou:

1. Jakým způsobem umělecký obraz aktivizuje pacienty?
2. Jaké umělecké obrazy jsou vhodné pro aktivizaci pacientů?
3. Jak umělecké obrazy přispívají k otevření osobních témat pacienta?
4. Jak se tato témata projevují v následné výtvarné činnosti pacientů?
5. Jak přispívá aktivní receptivní arteterapie ke zlepšení kvality života této skupiny pacientů?

2. 2 Charakteristika výzkumného pracoviště

Práce s pacienty probíhala v denním stacionáři pro psychotické poruchy Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech, dále jen NÚDZ, mezi lety 2019 až 2024. NÚDZ se orientuje na tři hlavní oblasti zájmu, a to, výzkum, léčbu a studium.

Jeden z tamních stacionářů se zaměřuje na návrat pacientů po prodělané první psychotické epizodě zpátky do každodenního života, do práce nebo k pokračování ve studiu. Výběr účastníků výzkumu pocházel z tohoto denního stacionáře. Nicméně, není výjimkou opakované absolvování stacionární péče. Pacienti uváděli, že se ve stacionáři cítili bezpečně a péče pro ně byla přínosem i po několikáté. Mnozí z nich měli bohatou zkušenost s jinými specializovanými zařízeními a měli tak možnost srovnání. Maximální délka jednoho pobytu jsou tři měsíce. Program je organizovaný jako otevřená skupina

pro cca 10 pacientů, v průběhu tří měsíců se tedy složení neustále proměňuje. Běžný program skupiny zahrnuje psychoedukaci, kde jsou pacienti vedeni k pochopení principů a okolnostem vzniku onemocnění. Péče je věnovaná sebepoznání, nácviku sociálních dovedností jako např. zlepšení mezilidských vztahů, kognitivnímu tréninku včetně stále se rozvíjející metody využívající VR technologie, nácviku relaxačních technik ke zvládnání stresu a prevenci vzniku relapsu, ergoterapii a arteterapii. Arteterapie je na programu jednou týdně.

2. 3 Charakteristika účastníků výzkumu

Tato práce je založená na dvou vzájemně propojených metodologických přístupech, aktivní skupinové receptivní a expresivní arteterapii. Kvůli časové náročnosti ji byly věnované dvě hodiny včetně pauzy na odpočinek.

Pacienti přijímaní do stacionární péče jsou tedy často po hospitalizaci, po prodělané první psychotické zkušenosti nebo se vracejí při zhoršení zdravotního stavu, aby předešli hospitalizaci. Stacionární skupiny měly program od pondělí do pátku, od osmi hodin do půl třetí odpoledne. Arteterapie probíhala v druhé části dne. Pacientům je k dispozici psychiatr, dva psychologové a psychiatrická zdravotní sestra. Kromě péče ve skupině, absolvuje každý pacient i individuální psychoterapii a konzultace.

Účastníci výzkumu představovali věkově i mírou onemocnění heterogenní skupinu. Věkové rozpětí se pohybovalo mezi 18 a 50 lety. Vzhledem k průměrnému věku prvního výskytu onemocnění, převažovali lidé mladšího věku, dvacátníci. Většina pacientů byla dobře lékově kompenzovaná, případně byli ve stádiu hledání dostatečně vyhovujících psychofarmak a jejich optimálního dávkování. Většinou však byli dobře lékově kompenzovaní s přetrvávajícími negativními symptomy, ojediněle dekompenzovaní s přetrvávajícími pozitivními symptomy, převážně halucinatorním vnímáním, ale s mírnými průběhem.

Z etického důvodu jsou všechna jména účastníků výzkumu v této práci zaměněná. Neboť NÚDZ slouží jako o základna 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a poskytuje příležitost pro absolvování odborných stáží studentům z různých vysokých škol, všichni pacienti při

nástupu podepisují písemný souhlas, že jejich anamnéza a výstupy z denních aktivit mohou být anonymně využity pro studijní účely.

2. 4 Metoda získávání dat

V úvodu, ještě, než bude přistoupeno k podrobnějšímu popisu jednotlivých fází zvolené metodologie, je uveden jejich stručný přehled. Arteterapeutická aktivita začínala její aktivně receptivní částí, během které si pacienti nejprve prohlíželi arteterapeutkou vybraný obraz z dějin umění. Obraz byl promítán na širokoúhlé obrazovce a v průběhu společného prohlížení, explorace, byly prezentovány také jeho detaily. Pacienti byli dotazováni na jejich celkové dojmy z obrazu, námětu a rozhovor o tom, co se na obraze odehrává se rozvíjel po celkovou dobu 45 minut. Následovalo celkové shrnutí dojmů z obrazu.

V této části skupinové aktivity byla data získávána metodou skupinového rozhovoru, který by bylo možné charakterizovat jako polostrukturovaný, tedy částečně řízený s předem připravenými otázkami. Základní otázky se týkaly prvotního dojmu z obrazu v základní rovině pozitivní vs. negativní, počtu postav na obraze pro orientaci v zachycené situaci, vztahů mezi postavami a jejich výrazů ve tvářích. Pacienti byli dotazováni na jejich představu o příběhu, který se na obraze odehrává. Po ukončení explorace obrazu následovala opět reflexe, otázka na jejich celkový dojem z obrazu.

Poté arteterapeutka nabídla pacientům několik možností, čemu se věnovat v druhé části, zaměřené na vlastní expresivní výtvarnou tvorbu. Mezi návrhy se vyskytovalo zastřešující téma související s obrazem, vlastní asociace na obraz, zpracování motivu na obraze, který je zaujal, ale i formální stránky obrazu jako barevnost, styl (uvolněný, geometrický) nebo struktura obrazu (pastóznost maleb van Gogha).

V druhé části aktivity byla výzkumná data získávána prostřednictvím samotné tvorby pacientů, jejich pozorování při pracovním procesu. Po patnácti minutové pauze se přistoupilo, ve většině případů, k samostatné tvůrčí činnosti, na kterou bylo vyhrazeno přibližně 40 minut. Po dokončení práce následovala společná reflexe artefaktů a tvůrčího procesu, kdy každý pacient dostal prostor představit svůj obraz a také ostatní mohl vyjádřit svůj názor a dojem. Tyto společné rozhovory nad vytvořenými artefakty

posloužily jako další zdroj výzkumných dat a zdroj informací o skupinové dynamice. Zajímavým zdrojem informací byla také závěrečná zpětná vazba po celém dni ve stacionáři, kdy pacienti vyjadřovali svoje dojmy ze dne a vyjadřovali svůj názor na jednotlivé aktivity a jak se při nich cítili.

2. 5 Metoda aktivně receptivní arteterapeutické části

2. 5. 1 Přípravná fáze

Vlastní aktivně receptivní části předchází poměrně časově náročný a pečlivý výběr vhodného obrazu z dějin umění, který by měl splňovat několik základních faktorů pro práci s nemocnými s psychotickou zkušeností. Tyto faktory byly uspořádány na základě zkušenosti autorky této práce. Jak bylo již nastíněno v teoretické části, nemocní se potýkají s narušeným vizuálním vnímáním, dysfunkcí kognitivních funkcí, emočních prožitků a potížemi v sociálních dovednostech a interpersonálních vztazích. Obraz by měl obsahovat potenciál pro trénink těchto problematických oblastí, zároveň by neměl pacienta rozrušit svým negativním obsahem a měl by nabízet podněcující téma ke zpracování v produktivní části arteterapie. Při výběru vhodného obrazu byly posuzovány tyto základní faktory:

- Zobrazení interpersonálních vztahů a interakcí, možnost číst výrazy ve tvářích
- Nálada na obraze
- Kompozice s více prostorovými plány
- Přítomnost detailů, rozlišných objektů, zobrazení různorodých materiálů
- Určitá estetická atraktivita obrazu
- Narativita

Při výběru obrazu je také přihlíženo ke kvalitě reprodukce, zda je dostupná v dostatečně vysokém rozlišení, které si zachová svoji kvalitu i při velkém zvětšení na širokoúhlé obrazovce. Jinak se přistupuje k přípravě aktivně receptivní části, pokud probíhá v terénu (umělecké objekty ve veřejném prostoru) nebo v umělecké galerii. Jednotlivé faktory budou dále zkoumány na konkrétních obrazech použitých při studii.

2. 5. 1. 1 Zobrazení interpersonálních vztahů

Mnozí pacienti se potýkají s problémem, kdy jim činí obtíže odhadovat, čímž neboli odezírat emoce z výrazu ostatních lidí, což narušuje jejich vnitřní nejistotu, ale také kvalitu interpersonálních vztahů v běžném životě, na pracovišti, v rodině nebo mezi přáteli. Tento deficit se běžně procvičuje sadou jednoduchých kreseb obličejů s různými výrazy ve tváři, kdy pacienti mají za úkol přiřazovat jim příslušné emoce.

Obraz je v tomto směru rozšířenou verzí tohoto cvičení. Na vybraných obrazech je většinou více figur v rozličných interakcích a se zachycenou pestrou škálou emoční expresivity. Jak prokázala studie Adámka (2024) u schizofrenních pacientů dochází k deficitu v bottom-up (fyzikálních) procesech, které mají za následek narušené vnímání i top-down (kognitivních) procesů. Tento deficit byl nejvíce patrný u obrazů zachycující sociální interakce. Výběr obrazu s figurativním námětem se tak jeví jako správný směr k další práci ve skupině. Přesto množství figur s sebou může nést rizika. Pokud by byl obraz figurami až příliš přesycen, figury by kvůli osobitému výtvarnému stylu autora vzájemně splývaly, byly náročně rozeznatelné na kontextu pozadí, mohly by pacienty demotivovat k exploraci obrazu. Při výběru obrazu je důležité zvážit nejen tyto aspekty, ale i charakteristiku skupiny. Jak bylo zmíněno výše, psychotické onemocnění je heterogenní povahy, a tak jak na tom může být každý pacient různě, můžou být i jednotlivé skupiny různorodé. Tedy obraz, který lze použít s jednou skupinou, nemusí rezonovat ve skupině druhé. V průběhu studia na toto téma byly některé obrazy používány opakovaně, právě pro studium rozličných reakcí, pozorování, jak byl obraz přijat, jakou vyvolává dynamiku ve skupině a jakou má tzv. afektivní afordanci.

2. 5. 1. 2 Nálada na obraze

Při výběru obrazu je vhodné přihlížet k tomu, jakou vyzařuje náladu. Nicméně není nezbytně nutné, aby byl jen pozitivně, vesele naladěný. Naopak, prostřednictvím obrazu s melancholickou náladou, lze poskytnout příležitost mluvit o svých pocitech skrze vykreslené emoce některé z figur nebo celkového ladění obrazu.. To, co je pro běžného diváka scéna vykreslující společenské veselí a uvolněnou náladu, může být pro pacienta, který se takových událostí spíše straní, zatěžující. Přesto i na takovém obraze lze nalézt část, kde se divák může zklidnit a odpočinout si od exhaltovanosti hlavního námětu.

V první části práce byl zmíněn obraz *Oslepení Samsona* od nizozemského malíře Rembrandta van Rijna (1606-1669), který používali autoři studie *Empathy-Related Responses to Depicted People in Art Works* (Horáček a Kesner, 2017). Kromě nejvíce salientního motivu na obraze, tedy naturalisticky zobrazeného utrpení Samsona, u kterého je předpoklad silné emoční odezvy, poukazují i na funkci ostatních částí obrazů. Vedlejší figury a předměty nebo tmavé scény v popředí kontrastující s výrazně světlým zdrojem světla v zadním plánu nahlízejí jako místa, kde si divák může odpočinout. Tuto reakci nazývají „downregulating empathic response“, regulující empatickou odezvu směrem dolů, k méně emočně vypjatým prožitkům. Přestože tento obraz nebyl při výzkumu, který je předmětem této práce použit právě pro jeho příliš silný emoční náboj, tato pasáž byla zmíněna jako podnět při uvažování o výběru obrazu. I když může obraz na první pohled budit dojem přehlčení, měl by zároveň nabídnout části, střízlivější, statičtější, emočně méně zatížené, kde může spočinout zrak diváka, oddychnout si. Nabízí se tak paralela se situacemi v reálném životě, kde i v nepřehledné situaci se může divák pokusit vyhledat stabilizační podnět a dopřát si čas na zpracování nepříjemných, rozrušujících emocí.

2. 5. 1. 3 Kompozice s více prostorovými plány

Výběr obrazů s více prostorovými plány částečně souvisí s tím, co bylo zmíněno v předešlé kapitole. Zadní plány nebývají již tak silně emocionálně nabitě, hlavní téma se většinou zpracovává v předním plánu, mohou tak hrát jakousi relaxační roli. Zároveň jsou to části obrazu, jejichž explorační klade nároky na divákovu pozornost a koncentraci, tedy kognitivní funkce, které jsou u nemocných s psychotickou zkušeností poškozené tím více, čím vícrát byl prožitý relaps (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). U pacientů bylo pozorováno, že postupné odkrývání jednotlivých plánů na obraze, objevování na první pohled nezřetelných postav a objektů působilo na jejich koncentraci stimulujícím dojmem, podporovalo zvědavost a do prohlížení obrazu vnášelo prvek hry a zábavy. Zobrazení prostorových plánů je zároveň znakem iluzivnosti a také cestou k prozkoumání vztahových rovin na obraze. Na vybraných obrazech byla uplatněna perspektiva tak, jak je známá od dob renesance, nikoliv např. hieratická, která by mohla být pro pacienty

příliš matoucí. Více plánů a mnohvrstevnatost jsou tedy další vítaný faktor při výběru správného námětu a můžou vést ke kultivaci vnímání uměleckého obrazu.

2. 5. 1. 4 Bohatost na detaily

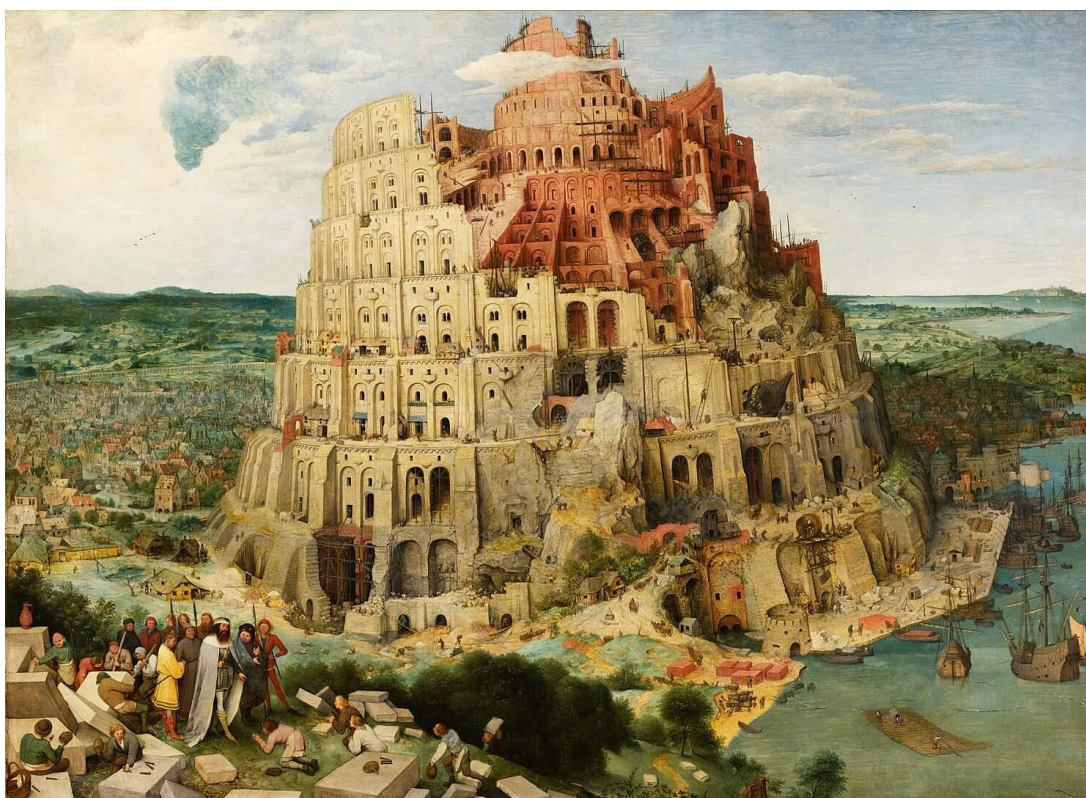
Četná přítomnost detailů na obraze nemusí automaticky znamenat zahlcenost. Tyto detaily mohou poskytovat roli již zmíněných oddychových zón na obraze, ale také mohou divákovi odkrýt další významové souvislosti na cestě k porozumění obrazu. Zároveň jejich vyhledávání, pozornost věnovaná jejich účelu, výtvarně zachyceným rozlišným materiálům vyžaduje zapojení kognitivních procesů, které mohou vést i k estetickému hodnocení sledovaného díla.

2. 5. 1. 5 Estetická atraktivita díla

Vnímání estetické kvality díla je hodně subjektivní záležitostí a odvíjí se od divákovy zkušenosti s výtvarným uměním, jeho momentálním psychosomatickým stavem, osobním kontextem, a tak se nejedná o úplně snadný aspekt při výběru. Navíc pohled zdravého člověka není zatížený symptomy jedince s psychotickým onemocněním. Příkladem jsou dva obrazy se stejným námětem Babylónské věže od Pietera Brueghela. Pacienti upřednostnili klidnější verzi (obr. 1) s dostavěnou věží, menším počtem lidských postav a s krajinným pozadím před podstatně kvalitnější reprodukcí (obr. 2) s rozestavěnou, mohutnější věží, velkým počtem postav a městskou zástavbou v pozadí. Přestože, skupina velmi zaujatě zkoumala a odkrývala různé vrstvy zaplněnějšího obrazu, pokud měli hodnotit estetickou kvalitu, většinou se přiklonili k méně propracované verzi obrazu. Pro porovnání jsem nabídla dvojici obrazů divákům bez diagnózy duševního onemocnění, aby zvolili obraz, který se jim esteticky líbí více. Dvě třetiny diváků uvedly opačný obraz (obr. 2), než skupina pacientů, tedy obraz s více detaily a postavami.



Obr. 1, Pieter Bruegel, Babylónská věž, 1563



Obr. 2, Pieter Bruegel, Babylónská věž, 1563

2. 5. 1. 6 Narativita díla

Při výběru obrazu se osvědčilo vybírat taková díla, která vypráví určitý příběh. Příběh nemusí být vždycky jednoznačný. Naopak obraz může podněcovat diváky k různým variantám příběhu. Hledání příběhu napomáhá k udržení pozornosti pacientů a vzbuzuje v nich hlubší zájem o obraz a hravost. Zároveň zachycený příběh na obraze může rezonovat s jejich vlastními vzpomínkami a zkušenostmi, které mohou být dále rozváděné verbálně nebo se stát námětem jejich výtvarné tvorby. Komunikace pacientovy představy o příběhu je opět zdrojem zajímavých informací o jeho prožívání, vnímání a přemýšlení o obraze.

2. 6 Metoda získávání dat v průběhu aktivní receptivní arteterapie

V následující kapitole bude na konkrétním metodickém materiálu, uměleckém obraze, popsána metoda získávání dat v průběhu aktivní skupinové receptivní arteterapie a její výsledky osmi členů výzkumu ze dvou různých skupin. Bude sledován vliv jednotlivých faktorů, zmíněných výše, na aktivní zapojení pacientů do interakce s obrazem, ale i jejich reakce na komentáře ostatních členů skupiny a celková dynamika ve skupině. Bude sledováno, jaké postavy a jaká témata je zaujala, jak o obraze uvažují, míra schopnosti odezírání emocí, proměna emočního prožívání obrazu na začátku explorace a poté.

2. 6. 1 Obraz Imigrantská loď od britského malíře Johna Charlese Dollamana z roku 1884

Technika olej na plátně, rozměry 111, 0 x 162,5 cm. Obraz je ve sbírce Art Gallery of South Australia v Adelaide.

Na tomto obraze (obr. 3) bude názorně předvedena metodologie aktivní receptivní arteterapie s konkrétním obrazem. Na každém začátku prohlížení obrazu je zmíněný postup aktivity, kdy je pacientům srozumitelně vysvětleno, jak bude práce s obrazem probíhat, co od arteterapeutky mohou očekávat a co je očekáváno od nich. Jsou ubezpečováni, že se nejedná o umělecko-historický výklad, ale že se bude společně postupovat úplně jiným přístupem, než je zvykem při prohlížení si obrazů např. během návštěvy umělecké galerie. To znamená, že během vyhrazených 45 minut bude

sledováno pouze jedno dílo, a to způsobem, kdy bude společně poznáno do nejmenších detailů a bude rozkrýváno to, co na první pohled není patrné. Slova Rudolfa Arnheima „what we see when we see“ (Arnheim, 1974, s. 43) by mohla být pozměněna v duchu tohoto výzkumu na „co vidíme, když se pozorně díváme“.



Obr. 3, John Charles Dollmann, Imigrantská loď, 1884

Pacientům je autorkou výzkumu (dále jen arteterapeutkou) sděleno, že budou dotazováni na svoje emoce, prožitky, asociace a že každý názor, komentář a dotaz je velice vítaný. Jedná se tedy o skupinovou aktivitu, ale pozornost je upřena na objekt. Je tak nastavená triangulární konstelace, arteterapeut, dílo, pacient, rozšířená ještě o ostatní účastníky. Pacienti by se měli cítit bezpečně a mít příležitost zažít pocit, že jejich názor je respektovaný jako relevantní a může rozvinout další konverzaci a uvažování o obraze. Je to jejich interakce, na čem závisí celá aktivita. Na pacienty je kladený velký nárok na mentalizaci, kognitivní, afektivní a estetické procesy, přesto by mělo vše probíhat atraktivní hravou formou vstupování do obrazu.

Obraz ve velkém rozlišení byl promítnut na širokoúhlé obrazovce a pacienti měli přibližně jednu minutu na samostatné prohlížení, seznámení se s obrazem bez jakékoliv intervence arteterapeutky. Záměrně pacientům nebyly poskytnuty žádné bližší informace o autorovi nebo názvu obrazu, prozrazující kontext. Po uplynulém čase byli vyzváni ke sdílení úplně prvotních dojmů z obrazu, aniž by na ně byl kladený vysoký nárok na rozlišování a správnou diferenciaci vlastních emocí. Začínalo se u primárních emocí, zda se jim obraz spíše líbí či spíše nelíbí. Zda obraz v nich vzbuzuje spíše libé, či nelibé emoce.

Prvotní odezvy na obraz byly převážně kladné, obraz je zaujal a projevovali zájem dozvědět se o obraze více. Spontánně začali domýšlet příběh na obraze, kde už mezi pacienty začalo docházet k různorodým fantaziím. Aby bylo možné nadále s obrazem pracovat společně, a arteterapeutka měla jistotu, že všichni pacienti rozeznali na obraze základní objekty a jsou v obraze zorientovaní, zeptala se na počet lidských figur na obraze. Tento úkol vyžaduje dostatečnou pozornost a schopnost rozeznat figury na pozadí. Většina pacientů opomněla započítat malé dítě v náručí muže, kterému nebylo vidět do tváře, někteří opomněli postavy v zadním plánu na horní palubě lodi. Nakonec společně došli k číslu 14 až patnáct, protože jedna z postav namalovaných na horní palubě je v zákrytu, a divák ji tak může spíš pouze tušit, než s jistotou rozeznat.

Následoval dotaz, kde se namalovaná scéna odehrává a jak by obraz pojmenovali. Mezi názvy jako „stěhování“, „únava z cesty“, zazněl i název „dovolená“, který nebyl zcela přílehlavý vyobrazené scéně. Na dotaz arteterapeutky, podle čeho soudí, že se jedná o cestu na dovolenou, pacientka Anna udávala, že prý moře v pozadí. Emoční náboj obrazu byl upozaděn. Pacientku Annu zaujalo moře, které jí evokovalo, jak poté uvedla, vlastní vzpomínku na dovolenou. Uplatnil se osobní kontext ve vnímání obrazu, který v tomto případě v počátku zastínil vyobrazené emoce namalovaných postav. Dovolenu u moře si zvolila i jako námět pro svoji vlastní výtvarnou tvorbu.

Ostatní pacienti reagovali na její název citlivě jeho zpochybněním. Pozornost části pacientů byla upřena na hlavní postavy v předním plánu, zvláště pak na pár s malým dítětem v zavinovačce. Vzhledem k tomu, kolik malíř dvojici věnoval pozornosti a prostoru, kam je na obraze umístil, jaké jim propůjčil výrazy ve tváři, (jedna z postav, sice nepřítomně, ale směřuje pohled k divákovi), je tato dvojice nositelem hlavního příběhu.

Bylo prokázáno, že figury s upřeným pohledem k divákovi mají větší afektivní afordanci, než figury s pohledem směřujícím mimo diváka (Kesner et al., 2018). Oční kontakt umožňuje dekodování emocí postavy, tedy tzv. mentalizaci.

Na obrazovce byl prezentován detail s dvojicí a dítětem. Divák tak není rozptylován ostatními objekty na obraze, postavy jsou zvětšeny, což usnadňuje čtení výrazu ve tvářích. Pacienti přisuzovali mužské postavě s dítětem v náručí poměrně přiléhavé emoce a pocity. Muže vnímali jako smutného, unaveného, vyčerpaného, zmoženého, zatíženého velkou zodpovědností. Někteří ho vnímali jako rezignovaného, někteří naopak jako odhodlaného. Pacientka Anna po této názorové výměně ve skupině přiznala, že teprve teď si uvědomila, že pravděpodobně nepůjde o výjev z běžné dovolené. Lidských figur a jejich výrazů si začala všímat s jistým časovým zpožděním, oproti ostatním pacientům ve skupině. Je dobré mít stále na mysli heterogenní charakter skupiny, který ovlivňuje skupinovou dynamiku. Pacienti, kteří jsou na tom lépe, mohou být nápomocní ve čtení obrazu pacientům s výraznějšími negativními symptomy. Arteterapeutka se nesnažila nepřiléhavé čtení emocí vyvracet nebo uvádět na pravou míru, většinou nechala reagovat samotnou skupinu. Každopádně výrazně odlišnému náhledu byla vždy věnována pozornost, aby to podpořilo bezpečné prostředí pro sdílení i odlišných názorů od zbytku skupiny.

Pacienti sami projevíli zájem o skupinu ostatních postav, vyobrazených dětí se psem. Nepanovala shoda, zda děti a pes přináležejí partnerské dvojici s miminkem, nebo jestli nejsou spíše součástí dvojice starších mužů. Skupina byla vyzvaná, aby se pokusila odhadnout věk hlavních postav. Až na drobné odchylky se podařilo dojít ke shodě a společnému úsudku, že děti náležejí primárně k partnerské dvojici. Nicméně přetrvával spor o to, komu přináležejí pes a zda i staříci jsou součástí rodiny a za jakým účelem případně cestují.

Dětská postava v bílém, které není vůbec vidět do tváře a stojí zády k divákovi, nicméně je zobrazená na významném místě, téměř ve středu obrazu, působila na skupinu velice znepokojivě a pacientku Barboru přímo iritovala.

Motivy z prvního plánu se nejčastěji staly předmětem zájmu při samotné výtvarné tvorbě, zároveň s trojicí stojících figur v pravé části obrazu. Dvě dámy byly zachycené

v hovoru s mužem v uniformě, který stojí zády k divákovi. Tento muž, ačkoliv mu je částečně vidět do tváře, anebo právě proto, vzbuzoval převážně nelibé emoce. Arteterapeutka vedla skupinu k pokusu o rozklíčování, co je tím, co vyvolává tyto emoce. Pozornost se zaměřila na sebevědomý, hrdý postoj muže s rozkročenýma nohama a rukama v kapse. Skupina rozvíjela představy o příběhu, který se ve trojici odehrává (flirtování, vychloubání se). Většina pacientů projevovala empatii s dívkami. Postoj muže vnímali jako gesto muže, který se chce zmocnit jak situace, tak i osobního prostoru dívek. Přesto skupina nevnímala dívky jako bezbranné, spíše pobavené snahou muže na ně zapůsobit. Setrvání u motivu s trojicí postav si vyžádalo přibližně stejně dlouhý čas jako přední plán.

Takto plně soustředěné prohlížení obrazu je náročné na koncentraci a pozornost tedy kognitivní procesy, a tak se arteterapeutka snažila odvrátit pozornost od figur a nabídnout pohled do jiné části obrazu, kde lze divákovi nabídnout jakýsi oddych od hlavního námětu. Skupině byl položen dotaz, kde si myslí, že se loď nachází. Na širém moři, nebo loď teprve odplouvá, či připlouvá k pevnině? Pozornost se automaticky zaměřila na krajinu, moře a nebe. Tímto způsobem si uvědomili význam ptáků na obloze, tedy, že loď je blízko pevniny. Zda loď teprve odplouvá, či připlouvá nenašlo ve skupině shodu a bylo tak ponecháno otevřené.

Pacienti byli vyzvaní, aby si na obraze zvolil místo, kde by se cítili dobře. Mohli si vybrat postavu na obraze, která jim byla sympatická, některé ze zvířat nebo se mohli stát přítomnými na obraze jako pouhý pozorovatel. Často se tento výběr odrazil v jejich výtvarné reakci na promítaný obraz, jak bude prezentováno v následující kapitole.

Během explorační práce obrazu byla věnována pozornost ještě i dalším objektům, postavám na horní palubě, záchrannému kruhu, kouři z komína a zároveň přítomnosti plachet, ptáčkovi v kleci, pohozeným hračkám. Na závěr společného prohlížení, byla skupině položena stejná otázka jako na začátku, jak na něj obraz působí. Pacienti vnímali obraz stále jako příjemný, a to i přes tíživou situaci rodiny vyobrazené v prvním plánu. Projevovali empatii s postavami, pro které cítili na obraze naději na nový začátek. Skupina byla dotázána, co by na obraze změnili, pokud by mohli do obrazu zasáhnout. Rozvinula se diskuze, která se odrazila v jejich vlastní výtvarné tvorbě. Tato tvorba bude předmětem další kapitoly.

Během prohlížení obrazu většinou sami pacienti vznesli dotaz na kontext obrazu, na jeho velikost oproti rozměrům obrazovky, jméno autora nebo datum vzniku. Tyto informace byly záměrně sdělovány až v druhé části aktivity, aby neměly vliv na prvotní dojmy a vlastní přístup k obrazu. Velikost originálu byla prezentovaná na fotografii obrazu ve výstavním prostoru a pro měřítko i s přítomnými návštěvníky. Následně byly sděleny relevantní informace o autorovi, důraz byl kladen na zajímavosti z autorova života nebo příběh obrazu. Během této krátké vsuvky, kdy více mluvila arteterapeutka, si pacienti mohli odpočinout. Plná koncentrace a nárok na jejich interakci s obrazem je i přes přitažlivost uměleckého díla pro pacienty hodně náročná.

Stejný obraz a metodologie byla použita s kontrolní skupinou, se studenty arteterapie. Oproti skupině s pacienty s psychotickou zkušeností, bylo v kontrolní skupině pozorováno mnohem více spontánně sdílených asociací a paralel s vlastním osobním příběhem, s jejich osobním kontextem. Interakce ve skupině byla mnohem živelnější a poskytovala bohatý potenciální materiál pro další práci např. psychoanalytickou metodou. Principy skupinově analytického myšlení u skupiny těchto pacientů není běžně doporučovaná metoda, ale jak bylo zmíněno v první části práce v souvislosti se zkušeností Denisy Schückové (Schücková, 2021), i takový přístup je uplatnitelný.

Ve skupině, kde se aplikují principy analytického myšlení, komunikace probíhá zcela na rovině verbální, terapeut se může doptávat na emoce pacienta, případně mu nabízet nápovědy stylem, jak by se asi terapeut sám cítil v dané situaci. Při receptivní arteterapii je tento dialog obohacen o prohlížený artefakt. Pacient tak může být doptáván na emoce postavy, nikoliv svoje vlastní. „...terapie orientovaná na vhléd je pro pacienty se schizofrenií, kteří špatně snášejí sebeodhalování ve skupině, náročná až škodlivá“ (Schücková, 2021, s. 49).

Arteterapeut se může přidat jako součást skupiny a sdílet svoje vlastní emoce. Arteterapeut tak více splyne se skupinou a může se podílet na exploraci obrazu a sdílení emocí jako rovnocenný člen skupiny, který narušuje bariéru mezi pacientem a arteterapeutem, tedy mezi pacientem a pomyslnou autoritou. Vnímání umění má jednu nenahraditelnou vlastnost, a to že nabízí různé interpretace a tím se redukuje potenciální strach ze selhání. Tento fakt může působit podpůrně u těch pacientů, kteří trpí deficitem sebehodnocení.

Principy triangulární konstelace arteterapeut, pacient a artefakt je uplatňovaný při práci metodou MBT s vlastním výtvarným artefaktem pacienta, kterému bude ještě věnovaná pozornost později. Existuje však souvislost mezi emoční odezvou a realističností zobrazení (Horáček & Kesner, 2017). Jednoduše řečeno, dokumentární fotografie se stejným námětem jako je na obrazu Imigrantská loď by pravděpodobně vyvolala silnější emoční odezvu, než její realisticky namalovaný obraz. Tato realističnost je opět redukována při zobrazování stejné scény pacientem. Je tedy rozdíl v práci s uměleckým dílem a při práci s vlastním artefaktem pacienta, kde je ještě obsažen osobní kontext. Oboje vyžaduje odlišný přístup arteterapeuta a přináší rozdílné benefity.

2.7 Metoda produktivní arteterapie v návaznosti na aktivní receptivní část. Analýza a interpretace artefaktů

V následující kapitole bude věnována pozornost výsledkům práce jednotlivých členů skupiny s metodickým materiálem, tedy s reprodukcí uměleckého obrazu, a s jeho transformací nebo vlastním výtvarným projevem, který tematicky souvisí s námětem prohlíženého obrazu. Budou pozorována témata, která se takto dostala napovrch, aniž by vždy zazněla nahlas při skupinové receptivní části arteterapie. Každý artefakt je ve výzkumu podroben analýze a interpretaci, kdy je věnována pozornost jednomu hlavnímu tématu, které na proměně obrazu dominují. V produktivní části pacienti pracují samostatně, ale u jednoho velkého stolu, občas sdílí výtvarné pomůcky.

Během aktivně receptivní části arteterapie byli pacienti dotazováni, co by na obraze pozměnili, pokud by dostali tu příležitost a také, kde by se na obraze cítili příjemně a bezpečně. Některé z jejich odpovědí se následně projeví i ve výtvarné tvorbě.

Produktivní část arteterapie byla založená na práci s kvalitní barevnou reprodukcí obrazu formátu A3, do kterého pacienti mohli libovolně zasahovat. Obraz mohli rozstříhat, doplnit o nové prvky z časopisů formou koláže nebo do něho vstupovat kresbou tak, aby vyvážili či vykompenzovali jeho subjektivně vnímané nežádoucí prvky. Realitu na obraze mohli pozměnit k obrazu svému.

2.7.1 Daniel a osobní přání

Na artefaktu pacienta Daniela (obr. 4) lze rozeznat tři vstupy do obrazu formou koláže. Postavy byly umístěné do volného prostoru a nezakrývají žádný významný objekt na původním obraze. Všechny tři zobrazují lidskou figuru a vytvářejí téměř rovnostranný trojúhelník. Jejich kompoziční umístění je v souladu s obrazem, v kontaktu s obrazovou realitou. Dokonce jejich proporčnost většinou odpovídá perspektivě, největší postava je nejbliž divákovi. Trojice doplněných postav se skládá z malého dítěte, muže a ženy, kteří by mohli věkově představovat rodinu. Mužská postava v pravém dolním rohu znázorňuje autora artefaktu. Rovnostranný trojúhelník odkazuje ke stabilitě. Sám autor uvedl, že by chtěl být na obraze přítomen jako nezávislý pozorovatel. Umístění postavy odpovídá identifikační rovině na obraze. Dítě a žena odkazují k touze po rodině, která koresponduje s pacientovými snahami navázat perspektivní vztah. Postava ženy je přeci jen o něco menší než okolní postavy, dalo by se tedy uvažovat o nedosažitelnosti objektu pro pacienta. Tato informace nevyšla najevo během rozhovoru nad artefaktem, ale během ranních komunit a zpětných vazeb na konci dne. Nicméně se promítla do artefaktu. Červená barva na oděvu dítěte a mužské postavy může být v souvislosti s atraktivitou mladé ženy interpretovaná jako sexuální energie, nicméně u dekompenzovaných jedinců může odkazovat i k úzkostným stavům. V tomto případě by bylo možné uvažovat o kombinaci obou možností.

Každý autor byl vyzván, aby svůj artefakt představil a následně byli osloveni ostatní, aby vyslovili svůj názor. Pacient Daniel se při představování své práce soustředil převážně na postavu reprezentující jeho samotného. Vyjadřoval svoji touhu po klidu a harmonii. Byla mu příjemná představa, že by na lodi plul s ostatními lidmi, ale přesto by si rád udržel určitý odstup. Pacient si, ať vědomě či nevědomě, kompenzoval skrze zásah do obrazu neuspokojující oblast svého života, vizualizoval si svoje přání a touhy. Samotný proces tvorby hodnotil jako uspokojující. Botton a Armstrong (2014) píší o kompenzační funkci umění, kdy jak divák, tak autor si mohou tvorbou vynahradit to, čemu se jim v životě nedostává. „Dílo prohlásíme za krásné, pokud nám nahrazuje vlastnosti, jichž se nám nedostává; jako ošklivé pak odmítáme to umění, jež nás uvrhává do nálad či myšlenek, které nás podle našeho názoru ohrožují nebo jimiž se cítíme přesyceni. Umění je tak cesta k vnitřní integritě.“ (Botton & Armstrong, 2014, s. 34)



Obr. 4, autor Daniel

2. 7. 2 Anna a vzpomínka na moře

Do kontrastu s artefaktem Daniela, který vykazuje znaky ukotvení v realitě je postaven artefakt pacientky Anny (obr. 5), pacientky, která na dotaz, jak by původní obraz nazvala, odpověděla „dovolená“. Pacientka byla čerstvě po hospitalizaci a výraznými negativními symptomy. Její zásah do obrazu formou koláže může poukazovat na fragmentárnost myšlení a vnímání. Autorka zachovala všechny postavy na obraze, žádnou nepřekryla a ani nijak neupravila. Použila materiál z časopisu zobrazující imaginativní prostor s prvky podmořského světa, který rozstříhala na malé kousky, jakési střeby. Těmito střeby pokryla velkou část obrazu, kdy se pečlivě vyhýbala postavám. Při bližším zkoumání, které části na obraze pokryla, se ukázalo, že pokryla převážně větší čisté plochy jako velké bílé pozadí kabiny na lodi, plochu plachty, podlahy, rozevřené noviny nebo bílý sloup. U těchto velkých homogenních ploch pociťovala potřebu je nějak narušit, roztříštit. Do středu obrazu, na bílé pozadí, přímo nad dětskou postavu, která je zády k divákovi, umístila ústřížek, který pochází ze stejného materiálu jako ostatní části, ale zobrazuje prostor. Jedná se o jakýsi průzor do krajiny jako kdyby byla viděná skrze dalekohled, úzké okno či barevný tunel. V tomto výseku s krajinou lze rozeznat zpěněné moře a pevninu

se skálou a stromy, snad ostrov. Když autorka svoji tvorbu představovala, odkazovala se na svoji lásku k moři. Jako kdyby se moře jejím zásahem přelilo až na palubu. Když byla upozorněna na ústřížek v centru obrazu, byla překvapená, že si toho prý vůbec nevšimla. Pacienti v takovém stádiu mají obtíže udržet kontakt s realitou, jejich self často splývá s objektem. Poněšický (2015) píše o tzv. fúzi sebereprezentace s reprezentací objektů zevního světa, kdy dochází ke ztrátě sebevědomí a identity. Při setkání s takovým artefaktem je třeba mít stále na mysli, že vizuální vnímání u těchto jedinců je narušené také díky odlišnému fungování bottom- up procesů, které ovlivňují následném top-down procesy, které mají vliv na chybné či odlišné porozumění, a tedy i emoční odezvy. „Pod tlakem nezpracovaných emocí a narušeného myšlení a záplavy vjemů chybně integrují a interpretují“ (Schücková, 2021).

Pro takové pacienty může být přínosné, pokud mohou pracovat s již vyhotovenou předlohou, která jim napomáhá kotvení v realitě. Pro mnoho jedinců bez rozdílu diagnózy může být zatěžující tvořit na čistý papír. S obrazem od Ch. Dollmanna bylo pracováno i touto formou.



Obr. 5, autorka Anna

2. 7. 3 Filip proti strachu a úzkosti

Téma potřeby jistoty a bezpečí se objevilo i na artefaktu (obr. 6), pacienta Filipa. Autor při popisu zmiňoval svůj strach o psa, aby nespadol do moře, a tak mu nakreslil vodítko, které držel v ruce muž s dítětem v náručí. Záchranný kruh v zadním plánu barevně zvýraznil. Všem ženským postavám přimaloval červené úsměvy. Na obraze přibyly hodiny pro přehled o čase. K nepořádku na podlaze přimaloval koště na zametání. V pravém horním rohu přimaloval žluté zářící slunce a moře zbarvil do světlejšího modrého odstínu. Autor se tak zřetelně vyrovnal se situacemi, které ho na obraze zúzkostňovaly nebo znervózňovaly. Autor vytvořil bezkonfliktní, příjemnou a dostatečně bezpečnou verzi původního obrazu.



Obr. 6, autor Filip

3. 7. 4 Ivan a soucit

Pacient Ivan přistoupil k proměně (obr. 7) původního obrazu jako ke kompenzaci materiálního strádání mladé rodiny. Reprodukcí doplnil o velké auto, kterým zakryl i jednu dětskou postavu, blíže k ženě umístil výštrížek s pračkou, do prostoru umístil červenou židli. Na bílou stěnu zavěsil hodiny a blíže neidentifikovatelný předmět.

Zajímavý je i prvek výrazně červeného obdélníku přímo v centru obrazu. Hypoteticky by bylo možné uvažovat o vyjádření úzkostného stavu, nicméně pro potvrzení této hypotézy a přesnější interpretaci by bylo nutné mít k dispozici více autorových artefaktů, což situace neumožňovala. Tento přístup byl vybrán jako ukázka projevené empatie pacienta vůči strádající rodině. Tak jako u pacienta Filipa, který vytvořil bezkonfliktní verzi původního obrazu, i zde došlo k napravení znepokojivých, možná zúzkostňujících momentů na obraze. V obou případech je patrná jakási snaha o harmonizaci významového obsahu obrazu.



Obr. 7, autor Ivan

2. 7. 5 Barbora a identita

Pacientka Barbora, která v receptivní části práce s obrazem uvedla, že ji silně irituje postava dítěte v bílém oděvu, která je umístěná zády k divákovi, se s tématem vyrovnala i při vlastním výtvarném zásahu do reprodukce (obr. 8). Postavě propůjčila hlas v podobě komiksové bubliny s nápisem typického výroku dětí na cestách: „Tati, už tam budu?“. Autorka chybějící tvář nahradila dodáním řeči. Dítě jako kdyby bylo obdařeno identitou a nebylo už tak znepokojující neznámou inkognito postavou na obraze. Nemožnost

navázat kontakt s postavou pohledem do tváře, autorku dráždilo. Postavu muže v hovoru s dvěma slečnami, kterému také původně nebylo dobře vidět do tváře, překryla postavou mladého elegantního muže s pohledem k divákovi. Zároveň slova, která připojila k postavě znavené ženy: „První dny jsem cítila beznaděj.“ Mohou odkazovat k vlastním prožitkům a zkušenostem autorky.



Obr. 8, autorka Barbora

2. 7. 6 Karel a důstojnost

U pacienta Ivana byla sledována empatie s mladou rodinou, kterou chtěl autor obdarovat předměty, které by mohly jejich situaci ulehčit. Pacient Karel se zaměřil na sociální status a důstojnost mladé rodiny, především muže (obr. 9). Postavě dodal nové kalhoty a vysoký klobouk jako symbol vyššího postavení a váženosti. Ženské postavě změnil unavený a vyčerpaný výraz na úsměv. I krajina v pozadí byla překreslená na příznivější, s velkým sluncem (opět motiv slunce v pravém horním rohu) a světlou hladinou moře. Téma důstojnosti, respektu, pochopení a pocitu přijetí je pro pacienty s psychickým onemocněním velice citlivé.



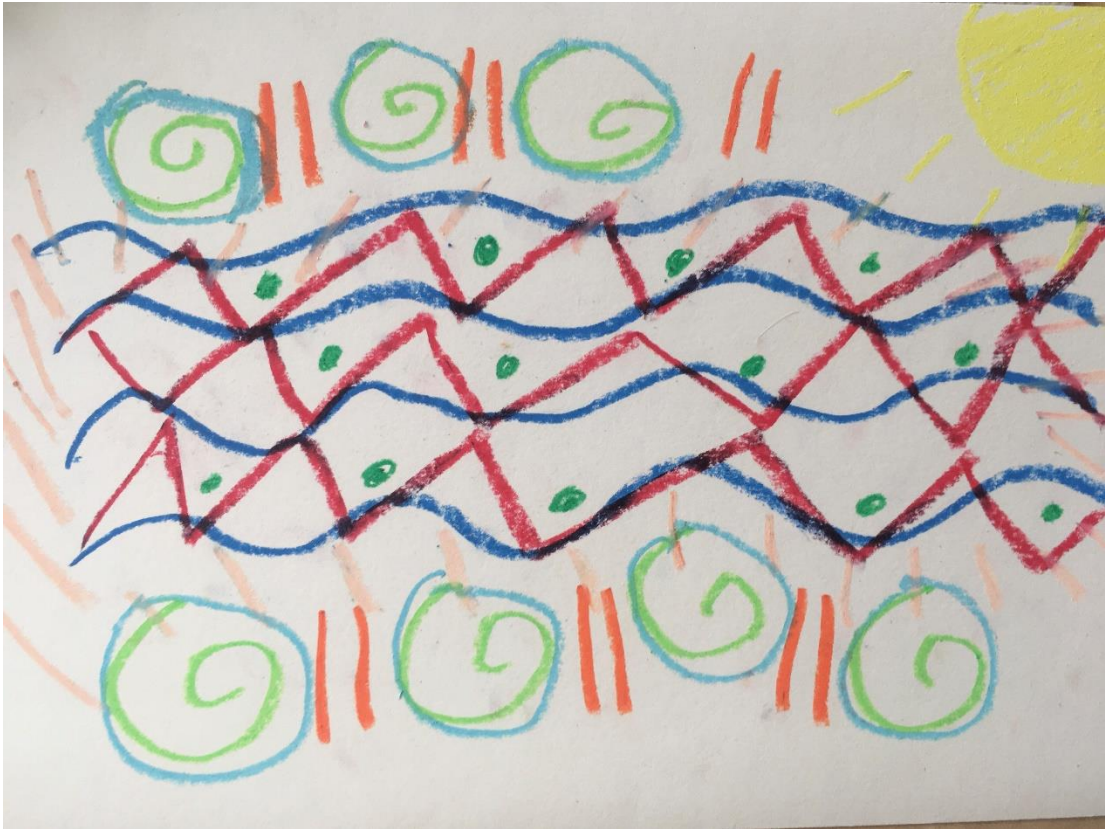
Obr. 9, autor Karel

Odlíšná skupina pacientů byla vyzvána, aby nakreslila obraz, který s tím původním nějak tematicky souvisí. I v této skupině námět obrazu i přes jeho tíživý sociální obsah evokoval i pozitivní témata jako cesta po moři a letní dovolená.

2. 7. 7 Cecílie a hezká vzpomínka jako abstrakce

Na artefaktu pacientky Cecílie (obr. 10) lze pozorovat jeden z typických znaků tvorby u psychotických pacientů, a to výraznou geometrizaci a schematizaci. V kresbě lze číst modré vlnovky jako náznak mořské hladiny, která je ještě doplněná o spirálovité útvary, tzv. voluty. V pravém horním rohu je nakreslené žluté slunce, tak jako na dětských kresbách. Tento motiv slunce v horním rohu papíru je přetrvávající prvek na mnoha výkresech a odkazuje na ontogenezi výtvarného projevu pacienta. Odpovídá tvorbě předškolního a školního dítěte prvního stupně základní školy. Zároveň je to tak silně symbolický prvek, že se stereotypně objevuje i na artefaktech jinak výtvarně vyspělejšího jedince. Na tomto artefaktu slunce představuje, snad ještě s vlnami, jediný konkrétní, byť redukovaný, prvek. Geometrické schéma je obohacené o ornamentální zdobnost,

voluty, které mohou signalizovat nevědomé vrstvy. Modré vlny jsou narušené ostrými červenými zubatci. Tyto zubatce mohou upozorňovat na napětí, které touto cestou bylo ventilováno.



Obr. 10, autorka Cecílie

2. 7. 8 Emil a touha po bezpečí

Na obraze pacienta Emila (obr. 11) lze spatřit velký zaoceánský parník plující k majáku umístěnému v levé části obrazu. Parník doprovází černé ryby. Maják symbolizuje jistotu, záchranu a bezpečí. Výrazně je zobrazena i kotva zavěšená na lodi. Pacienti s psychotickou zkušeností vyžadují pocit jistoty a bezpečí. Parník pluje zprava doleva, tedy proti směru předpokládaného čtení obrazu. Mezi čtením textu a obrazu bývají nacházeny jisté analogie a v naší evropské kultuře je přirozené začínat číst obraz zleva doprava. Opačný směr čtení vyžaduje vynaložení mnohem většího úsilí (Klimeš, 2015). Příběh se odvíjí v čase, a tak zobrazení minulosti se často ocitá v levé části obrazu. Naskytá se tak hypotéza, zda by si pacient přál vrátit se zpátky do časů bez psychotických příznaků, do doby, kdy se cítil v realitě jistě a bezpečně.



Obr. 11, autor Emil

2. 8 Umělecký obraz jako nevyčerpatelný zdroj témat k výtvarnému zpracování a diskuzi

V předešlé kapitole byla představena výtvarná tvorba osmi pacientů ze dvou skupin, na témata, která vyvstala na základě společného prohlížení jednoho jediného obrazu a diskuze. Byly prezentovány dvě výtvarné techniky, zásah do reprodukce obrazu a vlastní tvorba olejovým pastelem.

Následující kapitola je věnovaná pěti uměleckým obrazům a různým podobám výtvarné tvorby pacientů, které byly vytvořeny na základě podnětů z aktivní receptivní arteterapie. Artefakty vznikly v průběhu několika let a jsou dílem různých pacientů. Na pěti rozlišných reprodukcích je prezentováno, jak různorodý může být prvotní metodický materiál a jak osobitě můžou pacienti na tento vizuální podnět reagovat svoji vlastní tvorbou. Umělecké dílo poskytuje nevyčerpatelnou šíři témat, která se pacienti mohou osobně dotýkat, a která můžou pacienti následně zpracovat vlastní výtvarnou činností a diskuzí s ostatními členy skupiny nad vytvořenými artefakty.

2. 8. 1 Waagepetersenovi od dánského malíře Wilhelma Bendze z roku 1830

Olej na plátně, 99,5 x 88,5 cm, Dánská národní galerie v Kodani, obr. 12

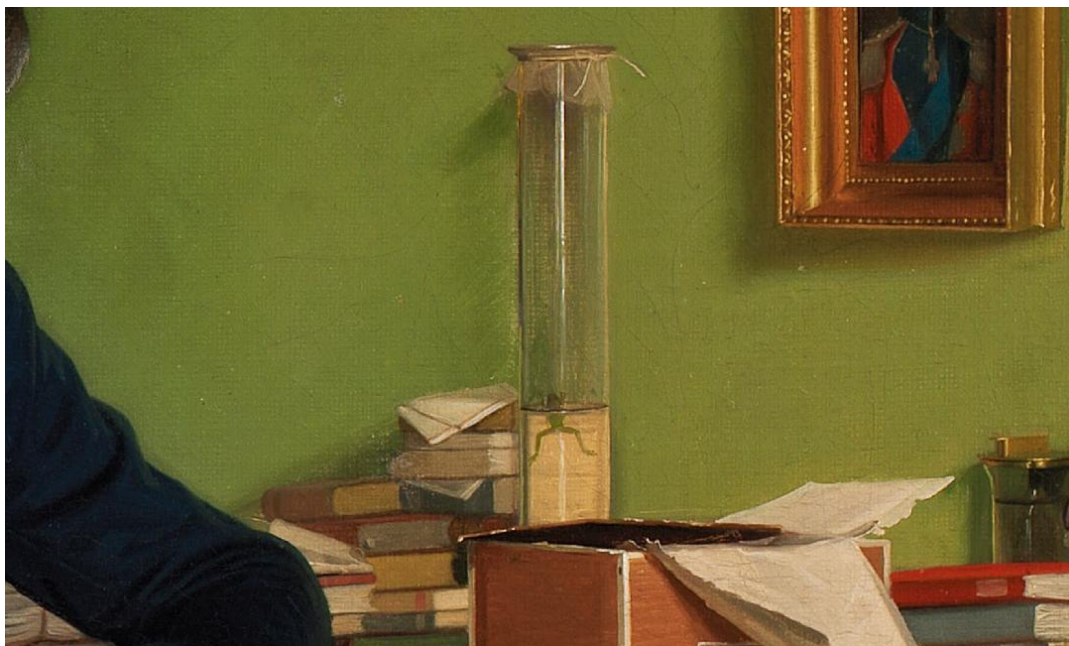


Obr. 12, Wilhelm Bendz, Waagepetersenovi, 1830

Tento obraz obsahuje všechny faktory, kterým byla v praxi věnovaná péče při výběru obrazu. Interpersonální vztahy, zaměření na detail, více prostorových plánů (iluzivnost), jedinečná nálada, estetická atraktivita obrazu a prostor pro narativitu.

Dva pacienti (Alex, obr. 14 a Bruno, obr. 15) ze skupiny si zvolili stejný motiv uvězněné žáby ve vodním válci (obr. 13). Jedná se o objekt na obraze, který bylo nejnáročnější rozeznat v množství jiných předmětů už jen kvůli své velikosti. Pacientům bylo sděleno, že jsou na obraze namalována dvě zvířata. Pacienti se s velkým zájmem pustili do podrobného zkoumání každého detailu na obraze. Nakonec jim byla promítnuta zvětšenina detailu válce se žábou. Nejen, že tento moment v pacientech vyvolal úžas,

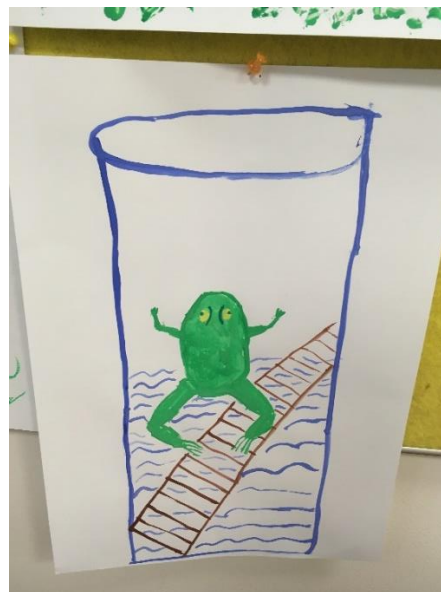
ale odrazil se i v těchto dvou výtvarných ukázkách. Alex i Bruno se shodli, že v nich tento detail vyvolal soucit s uvězněnou žábou a nejráději by ji pustili na svobodu. Bruno dokonce žábě přikreslil žebřík a vynechal víčko zavírající válec. Jednalo se o krásnou ukázkou projevené empatie se zvířetem a poskytlo zajímavé téma k dalšímu hovoru na téma izolace, svobody, úzkosti aj.



Obr. 13, Wilhelm Bendz, Waagepetersenovi, 1830, detail



Obr. 14, autor Alex



Obr. 15, autor Bruno

3. 8. 2 Festival vína od nizozemského malíře Lawrence Alma Tademy z roku 1871

Olej na plátně, 51,0 x 119,0 cm, Národní galerie Viktorie v Melbourne, obr. 16



Obr. 16, Lawrence Alma Tadema, Festival vína, 1871

Tento obraz (obr. 16) je nejen bohatý na figurální motivy, množství detailů, atraktivní prostředí, ale také nabízí příležitost představit si jaké smyslové vjemy mohl divák takové scény vnímat. Pacienti byli dotázáni, co všechno by se dotýkalo jejich smyslů, pokud by byli této slavnosti osobně přítomni. Tímto byla soustředěna pozornost na hudbu, různé hudební nástroje, a tedy rozličné zvuky, zpěv, hluk velké skupiny slavicích hostů, chuť vína a jídla, teplo, rozličné vůně a kouř z ohně (obr. 17). Na přiložené ukázce je prezentovaný příklad, kdy pacienta Václava zaujal právě onen zmíněný kouř z ohně linoucí se mezi sloupovím antického atria (obr. 18). Zachycení takového motivu je v kontextu všech sledovaných artefaktů výjimečný.



Obr.17, Lawrence Alma Tadema, Festival vína, 1871, detail



Obr. 18, autor Václav

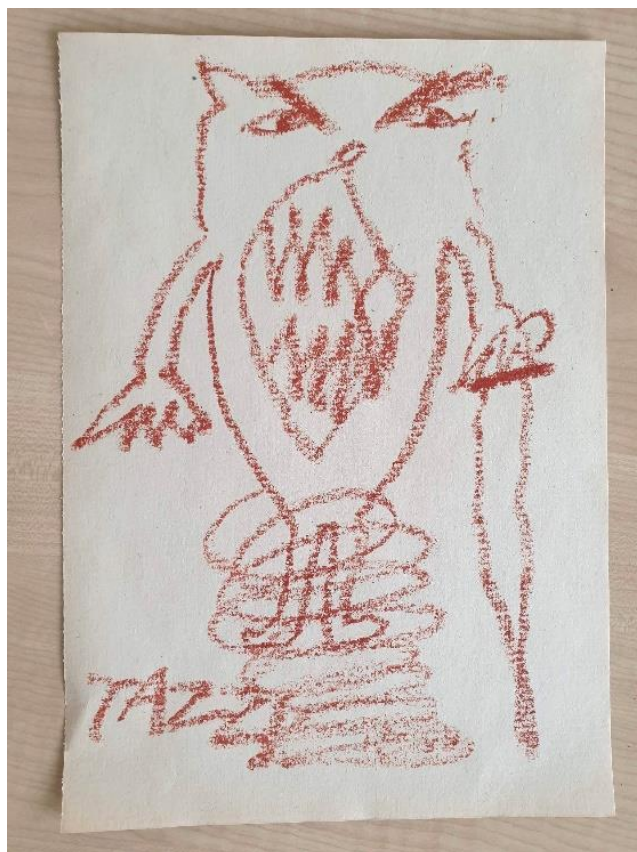
3. 8. 3 Rekonvalescentka od francouzského malíře Jamese Tissota z roku 1876

Olej na plátně, 75,4 x 98,4 cm, Sheffield Museums, obr. 19



Obr. 19, James Tissot, Rekonvalescentka, 1876

Obrázek zachycuje klidnou podzimní scénu s dvěma postavami v soukromé zahradě malíře. Třetí postava je na obraze přítomná nepřímo svým odloženým kloboukem a holí. Pohled směřuje k výrazné bílé postavě zotavující se ze své nemoci. Tento motiv otevřel téma nemoci a jejích nástrah. Za přítomnosti psychiatrické sestry bylo pro vlastní výtvarnou práci vybráno téma moje nemoc. Obraz Hynka (obr. č. 20) zobrazuje původce halucinatorních hlasů nabádající pacienta, aby ublížil sobě nebo ostatním, které ho v počátku onemocnění zcela ovládaly. Tyto ataky se během pobytu v denním stacionáři ještě ojediněle při větší námaze vyskytovaly. Na artefaktu lze sledovat typické znaky pro tvorbu psychotických pacientů jako je otevřená tlama s ostrými zuby, dynamická spirála i užití písma, znak lettrismu.



Obr. 20, autor Hynek

Obr. č. 21 je artefaktem pacientky Veroniky zotavující se z hospitalizace s první psychotickou atakou. Jednotlivé postavy zobrazují pacientku v různých časových obdobích. Úplně vlevo je období před vypuknutím nemoci a vpravo její momentální stav. Svoji nemoc popisovala jako kdyby pozorovala svůj odraz v zrcadle. Ráda by se vrátila na začátek před onemocněním.

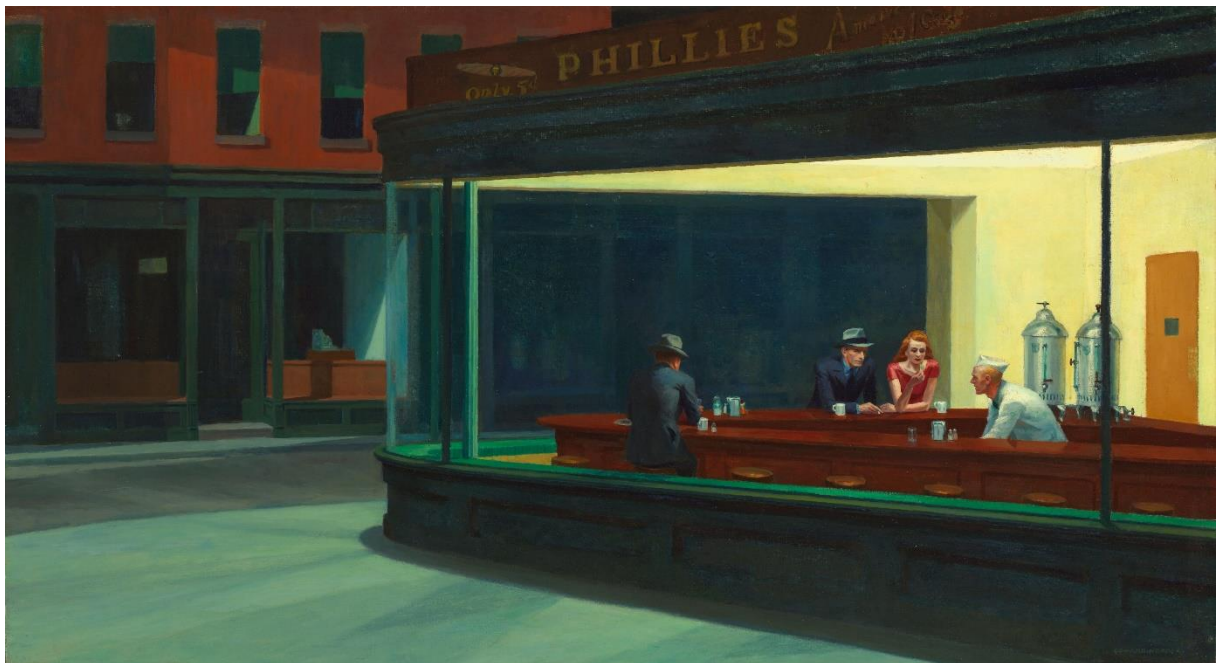


Obr. 21, autorka Veronika

Téma vlastní nemoci dalo prostor společnému sdílení zkušeností s relapsy a obdobími remise, s extrémními zážitky a prožitky. Skupina vyjádřila upřímnou podporu pacientce, pro kterou tato zkušenost byla zcela nová a stresující. V tomto případě se ukázal pozitivní přínos heterogenního uspořádání skupiny, kdy pacienti s více zkušenostmi s onemocněním mohli vyjádřit osobní podporu pacientce. Ze situace profitovaly obě strany, pacientka, které se dostalo podpory a zkušenější pacienti, kteří mohli pocítit užitečnost a důležitost sdílení vlastní zkušenosti s onemocněním.

2. 8 .4 Noční ptáci od amerického malíře Edwarda Hoppera z roku 1942

Olej na plátně, 152,4cm x 84,1cm, Art Institute of Chicago, USA, obr. 22



Obr. 22

Obraz zachycuje scénu z nočního baru. Světlo linoucí se skrze prosklenou výlohu dopadá na liduprázdnou ulici s již uzavřenými obchody. Obraz vyjadřuje samotu uprostřed velkoměsta.

Z obrazu pacientky Lady (obr. 23) je možné uvažovat o narušeném vizuální vnímání autorky. Obdobný přístup fragmentarizace obrazu byl prezentován u pacientky Anny a její vzpomínky na moře u obrazu od J. Ch. Dollmana. Autorka intervence do obrazu Noční

ptáci během rozhovoru uvedla, že její provedení je přesně na základě toho, jak obraz viděla. Obraz v hlavě prý pouze převedla na papír.

Na artefaktech dalších dvou pacientů Jana (obr. 23) a Pavla (obr. 24) se projevila překvapivá tendence obraz zaplnit více postavami a narušit tak atmosféru samoty nebo osamělosti, kterou může člověk uprostřed velkoměsta prožívat. V porovnání s celkovou tvorbou pacientů na různorodá témata, je takto výrazné zalidnění artefaktu spíše výjimečné a zobrazování postav se spíše vyhýbají.



Obr. 23, autorka Lada



Obr. 24, autor Jan



Obr. 25, autor Pavel

2. 8. 5 Regata od francouzského malíře Raoula Dufého z roku 1922 versus V přístavu z roku 1929. Výtvarné umění jako prostředek zvýšení kvality života pacientů.

Regata, olej na plátně, 100,2 cm x 82,8cm, lwami Art Museum, Japonsko, obr. 26



Obr. 26

Tento obraz je jedním z nejnáročnějších, které byly vybrány pro aktivní receptivní arteterapii a následnou produktivní tvorbu. Na obraze je mnoho postav, které nejsou vzhledem k malířskému rukopisu snadno rozeznatelné a jsou více či méně deformované. Nicméně výrazná barevnost obrazu a jeho tematika pacienty zaujaly a aktivizovaly. Barevnost umožňuje regulaci emocí. K rozlišování jednotlivých postav na obraze přistupovali hravě jako k jakési hádance a prvotní dojem chaotičnosti je nikterak neodradil. Arteterapeutka postupně promítala jednotlivé uskupení postav, aby se každý mohl snadněji zorientovat. Tento obraz byl vybrán se záměrem ukázat, že tak jako se může divák postupně zorientovat v nepřehledném obraze tím, že si postavy roztřídí na menší skupinky, může se naučit orientovat i v náročných každodenních situacích. Receptivní a produktivní práce s tímto obrazem byla ještě obohacena o společnou

návštěvu Národní galerie v Praze. Pacienti mohli spatřit originál obrazu od stejného autora V přístavu (obr. 27). Tato návštěva se uskutečnila týden po receptivní části v denním stacionáři.



(obr. 27)

Aktivní receptivní arteterapie přímo v galerii přináší ještě další benefity, kterými jsou setkání se s originálem a jeho „aurou“, nácvik sociálních dovedností, které taková návštěva galerie obnáší a pro některé z pacientů také rozšíření obzorů a zkušenost, že návštěva galerie může být zábavná, příjemná a obohacující. Prohlížení obrazu v galerii přináší ještě jeden zajímavý aspekt, a to zapojení divákovy tělesnosti. Divák si sám nalézá vyhovující vzdálenost a úhel pohledu v závislosti na nasvícení, velikosti a instalaci díla.

„Teď se však můžeme znovu zamyslet na oním zmateným divákem v galerii a před jeho tápavými pohyby, jejichž pomocí se snaží nalézt ‚místo‘, odkud by tuto věc konečně spatřil jako obraz. Tato situace v první řadě osvětluje specifičnost obrazovosti obrazu: obraz se rovněž dovolává naší tělesnosti, reagujeme rovněž smyslově, jedním z počátků smyslu je i naše ‚sensibilita‘.“ (Petříček, 2009, s. 25)

Arteterapeutka měla pro každého pacienta připravenou barevnou reprodukci obrazu od stejného autora, který byl společně prohlížen v denním stacionáři. Pacienti byli vyzváni, aby se snažili najít, co obrazy od sebe odlišuje a co naopak mají společné. Skutečnost, že stojí před originálem obrazu od malíře, jehož obraz si nedávno prohlíželi na obrazovce, byla pro všechny vzrušujícím a fascinujícím zážitkem. Lze předpokládat, že kromě kognitivních a emočních procesů, byly zapojeny i ty estetické. Velká část výzkumů vnímání výtvarného umění se odehrává v laboratorních podmínkách, kde se využívají metody funkční magnetické rezonance, eye-trackingu a psychologické metody. Těmito metodami se přišlo na to, že diváci si prohlíželi reprodukce uměleckých děl s větším zaujetím než jejich fotografickou předlohu. „Hbitější pohled a aktivnější explorace obrazů naznačuje větší zaujetí, kognitivní aktivitu a také větší množství zpracovaných informací ve srovnání s fotografickou předlohou“ (Grygarová & Horáček, 2023, s.123). To je jedním z cílů aktivní receptivní arteterapie, vzbudit zaujetí a podpořit aktivitu kognitivních funkcí. Studium kognitivních, emočních a estetických procesů při sledování originálního výtvarného díla je i přes veškerá technická omezení předmětem dalších výzkumů.

3. DISKUZE

Výtvarné umění má podle autorky jednu nenahraditelnou výhodu a to tu, že dokáže hovořit ke všem věkovým skupinám bez ohledu k jejich předešlé zkušenosti s navštěvováním galerií nebo vlastní výtvarnou produkcí.

Metodologie se zaměřuje na percepční a kognitivní aspekt a příslušné procesy, které se zapojují při vlastním sledování uměleckého obrazu a také prostřednictvím intervence arteterapeuta formou dotazování.

V úvodu praktické části byla položena výzkumná otázka (VO č. 1), jakým způsobem umělecký obraz aktivizuje pacienty s psychotickou zkušeností. Autorka se domnívá, že jedním z hlavních přínosů výtvarného umění je jejich přirozená přitažlivost pro diváka, a to i ve formě kvalitní reprodukce. Ostatně i zmiňované výzkumy potvrzovaly důkladnější a podrobnější prohlížení u uměleckého obrazu než u fotografie se stejným námětem. Vytěžit tuto vlastnost uměleckých děl pro arteterapeutické účely bylo jednou ze základních motivací autorky pro tento výzkum. Pokud může být metoda aktivní receptivní arteterapie praktikovaná přímo v prostorách galerie, v kontaktu s originálem,

je tím účinek na diváka ještě posílen. Pacienti se dokonce v prostorách galerie dokázali soustředit po delší dobu než ve stacionáři. Může tomu napomáhat pohyb po galerii, ale také neustálý přísun nových podnětů, neboť v galerii jsme se věnovali více než pouze jednomu obrazu.

Vliv na aktivizaci pacienta má i skutečnost, že umělecké dílo lze interpretovat různými způsoby. Každý divák ho může vnímat trochu odlišně na základě vlastních životních zkušeností. Neexistuje jedna správná odpověď. Těmto rozdílným názorům byl ve skupině dán prostor, a tak i ti pacienti, kteří byli zpočátku nesmělí ve sdělování svých dojmů a názorů, se nebáli verbálně projevit. Nemuseli se obávat, že odpoví nesprávně. Tento aspekt má pozitivní posilující vliv na jejich sebevědomí.

Charakter skupinové práce s pacienty měl pozitivní vliv na jejich aktivizaci a celkovou dynamiku skupiny. Skupinová aktivita umožnila každému z pacientů reagovat nejen na dotazování arteterapeutky, ale i na komentáře ostatních členů skupiny, a to nedirektivní formou, kdy ve středu komunikace byl vlastní umělecký obraz. Přínos skupinové práce byl patrný při tématu dotýkajícího se psychotického onemocnění, kdy jednotliví členové mohli jednak vyjádřit svoje vlastní zkušenosti a pocity z onemocnění a zároveň poskytli cennou podporu pacientce s první psychotickou zkušeností. Během výzkumu bylo pozorováno, že u výtvarných aktivit, při kterých byla vyžadovaná společná spolupráce (v čtyřčlenné skupině), například na vytvoření společné koláže, měli pacienti tendenci pracovat každý sám za sebe. Teprve intervencí arteterapeutky jednoduchým dotazem, jestli se ve skupině na jednotlivých krocích shodnou, začali pacienti ve skupině se sebou komunikovat a dynamika skupiny se výrazně proměnila.

Důležité je dbát na výběr vhodného obrazu (VO č.2) na základě faktorů uvedených v kapitole o metodě aktivní receptivní arteterapie. Aktivizaci pacienta pomáhalo, pokud interpersonální vztahy nebyly jednoznačné a dalo se o nich polemizovat, zkoumat je a vznášet různé domněnky a hypotézy. Pacienti projevovali svůj zájem dotazováním na identifikaci některých objektů, ale i na faktické informace o obraze. Některé obrazy zaujaly svojí poklidnou domácí atmosférou, jako tomu bylo u obrazu Waagepetersenových od malíře Bendze. Pokud obraz pacienta zaujme na první pohled, lze předpokládat i pacientovu větší angažovanost v diskuzi a větší ponoření se do následné vlastní tvůrčí práce. V jiných případech může zaujmout výrazná barevnost jako

tomu bylo u Regaty od Dufyho, kdy pacienty neodradila ani náročná čitelnost jednotlivých objektů na obraze. Obraz, který se může zprvu jevit pro tuto skupinu pacientů jako náročný pro vnímání a porozumění, se může stát zajímavou výzvou, která může být pojata jako hra. Oproti náročným situacím v životě má obraz velkou výhodu ve své statičnosti, kdy je čas a pohyb na obraze pozastaven. Pacienty pokaždé aktivizovalo, pokud byli vyzváni k hledání nějakého skrytého detailu nebo prozkoumávání zadních plánů na obraze, a tedy odkrývání různých vrstev obrazu.

Autorka se na základě vlastních zkušeností domnívá, že téměř každý obraz se dokáže dotknout nějakého osobního tématu diváka (VO č. 3), pokud je obrazu věnovaná dostatečná pozornost. Přesto se přiklání k výběru obrazů, kde je přítomný nějaký příběh, se kterým lze ve skupině pracovat. Přítomnost lidských postav na obraze je také vítaný kvůli tréninku dekodování emocí z výrazu tváří, z gest a interakce mezi postavami. Prvotní dojem z obrazu, tak jako tomu bylo u pacientky Anny a její vzpomínky na moře může přetrvat a projevit se i v pacientově výtvarném artefaktu, kdy vlastní obsah prohlíženého obrazu může být touto vzpomínkou zcela potlačen (VO č. 4).

Z pozitivní zpětné vazby na práci s uměleckým dílem a následnou výtvarnou činností se lze domnívat, že tato aktivita přispívá ke zlepšení kvality života pacientů (VO č. 5) a rozšíření jejich obzorů. Někteří pacienti při receptivní arteterapii vzpomínali obrazy, které byly prohlíženy i několik týdnů zpátky, z čehož lze usuzovat, že je něčím zaujaly a byly pro ně něčím významné. Tato aktivita je nezdědka motivovala k vlastní samostatné výtvarné aktivitě v domácím prostředí nebo k navrácení se ke starému koníčku. Při návštěvách galerie se občas programu zúčastňovali i pacienti, kteří už pobyt ve stacionáři oficiálně ukončili.

Úskalími výzkumu byla četná proměnlivost otevřené skupiny, kdy autorka navštěvovala stacionář někdy jednou týdně, někdy v delších časových intervalech a stávalo se, že někteří pacienti zrovna chyběli nebo jim už pobyt skončil. Nejen že tedy skupina byla heterogenní, ale také značně proměnlivá, což ztěžovalo soustředěnější studium vývoje ve skupině i u jednotlivců.

Zajímavým podnětem pro další pozorování byl způsob, jakým pacienti zaplňují svoje obrazy postavami. Jestli se odlišuje přístup v obsazování obrazu figurami, pokud jde o

vlastní tvorbu na čistý papír nebo pokud mohou postavy doplnit do vyhotovené reprodukce obrazu. Zda by převažovala tendence prázdnější prostor zaplnit, tak jako tomu bylo u obrazu Nočních ptáků nebo jestli se jednalo o ojedinělý případ.

Při práci v galerii by bylo zajímavé věnovat se více vlastnímu výběru obrazů samotnými pacienty, k čemu také během programu docházelo, ale vzhledem k zaměření práce nebylo toto téma dále více rozvíjeno. Zda by např. pacienti upřednostňovali figurální motivy nebo jaký společný znak by spojoval jednotlivé vybrané obrazy od jednoho pacienta.

Nepochybně zajímavým zdrojem poznání by bylo praktikovat metodologii a zároveň sledovat oční pohyby a aktivitu v příslušných oblastech mozku a porovnat ji se zdravou kontrolní skupinou. Ostatně novodobé výzkumy o toto usilují, a tak bude zajímavé sledovat další vývoj v této oblasti.

4. ZÁVĚR

Tato práce představila inovativní metodologii kombinující aktivní skupinovou receptivní arteterapii s výtvarnou tvorbou pacientů se zkušeností s psychotickým onemocněním. Dosavadní aplikované arteterapeutické přístupy s touto skupinou pacientů jsou více zaměřené na samotnou produktivní, expresivní část arteterapie a případně následující reflexi a mentalizaci nad vytvořenými artefakty.

Podstata metodologie byla představena prostřednictvím podrobné ukázky práce s jedním obrazem od J. Ch. Dollamana. Doplněna byla o vybraná umělecká díla a ukázky výtvarné práce pacientů v návaznosti na receptivní arteterapii se záměrem ukázat potenciál této metodologie. Nicméně autorka čerpala ze zkušenosti s přibližně šedesáti obrazy z dějin umění.

Výsledné artefakty umožňují nahlédnout do světa duševně nemocného člověka a více tak porozumět jeho prožitkům a pocitům. Pacient prostřednictvím interakce s původním obrazem i vlastní produktivní prací dává zprávu o svém vnitřním světě, jak přemýšlí, co se ho vnitřně dotýká nebo čeho se obává. Pacient se skrze obraz vydává na nejen cestu k sobě samému, ale také navazuje kontakt se svým okolím.

Na tomto místě by také mělo zaznít, že tak jako diagnóza psychotického onemocnění, tak i výtvarné artefakty těchto pacientů jsou velice heterogenní a neplatí pravidlo, že každý výtvarný psychotického pacienta v sobě obsahuje typické výtvarné znaky pro toto onemocnění. Přesto se tyto znaky, jako například lettrismus, ornamentalismus nebo fragmentarizace obrazu, v tvorbě výzkumné skupiny objevily.

Výtvarné činnosti a rozhovorům nad artefakty byl často přítomen někdo z odborného personálu stacionáře, psychiatrická, psychologka nebo psychiatrická zdravotní sestra. A tak zprávy, které pacienti sdělují o svém vnitřním světě a způsobu uvažování lze následně uplatnit při další práci s pacientem např. v individuální terapii, která je také součástí programu denního stacionáře.

5. SEZNAM LITERATURY

Adámek, P., Grygarová, D., Jajcay, L. *et al.* The Gaze of Schizophrenia Patients Captured by Bottom-up Saliency. *Schizophr* **10**, 21 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41537-024-00438-4>

Arnheim, R. (1974). *Art and visual perception. A Psychology of the Creative Eye.* University of California Press.

Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století.* Mladá fronta.

Bankovská Motlová, L. & Španiel, F. (2011). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století.* Mladá fronta.

Botton de, A., Armstrong, J. (2014) *Umění jako terapie,* Phaidon Press.

Stubbe Teglbjaerg, H. (2017). *Shaping consciousness.* In K. Killick, *Art Therapy for Psychosis.* Routledge.

Bonneau, J. (2017). *The structured studio setting.* In K. Killick, *Art Therapy for Psychosis.* Routledge.

Elkins, J. (2007). *Proč lidé pláčou před obrazy.* Academia.

Grygarová, D., Horáček, J. (2023). *Krása a mozek.* In L. Šiklová, *Krása.* Galerie Benedikta Rejta.

Holttum, S., Wright, T., & Wood, C. (2021). *Art therapy with people diagnosed with psychosis: therapists' experiences of their work and the journey to their current practice.* *International Journal of Art Therapy*, *26*(4), 126–136.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1893370>

Horáček, J., Drtinová, D. (2021). *Vědomí a realita.* Vyšehrad.

Isserow, J. (2008). *Looking together: Joint attention in art therapy.* *International Journal of Art Therapy*, *13*(1), 34–42. <https://doi.org/10.1080/17454830802002894>

- Kesner, L., Grygarová, D., Fajnerová, I., Lukavský, J., Nekovářová, T., Tintěra, J., Zaytseva, Y., & Horáček, J. (2018). Perception of direct vs. averted gaze in portrait paintings: An fMRI and eye-tracking study. *Brain and cognition*, 125, 88–99.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2018.06.004>
- Kesner, L., & Horáček, J. (2017). Empathy-Related Responses to Depicted People in Art Works. *Frontiers in psychology*, 8, 228. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00228>
- Klimeš, J. (2015). Čtení ilustrace In Klimeš, J. Hledání významu v umělecké narativní ilustraci. Masarykova univerzita. Dostupné
<https://hdl.handle.net/11222.digilib/136434>
- Ledvinová, J. (2002). Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Časopis české arteterapeutické asociace. Psychóza. ČAA*.
- Lhotová, M., Perout, E. (2018). *Arteterapie v souvislostech*. Portál.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize platná od 1. 1. 2023. Dostupné z
<https://mkn10.uzis.cz/>
- NÚDZ. (2016). *STIPO. Strukturované interview organizace osobnosti*.
https://istfp.org/wp-content/uploads/2012/12/STIPO_CZ_final-1.pdf
- Parkinson, S., & Whiter, C. (2016). Exploring art therapy group practice in early intervention psychosis. *International Journal of Art Therapy*, 21(3), 116–127.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1175492>
- Petříček, M. (2009). *Myšlení obrazem*. Praha.
- Prinzhorn, H. (2009). *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. Arbor viatae.
- Rycroft, Ch. (1993). *Kritický slovník psychoanalýzy*. Psychoanalytické vydavatelství.
- Schücková, D. (2021). Psychóza a skupinová analýza: terapeutické balancování na visutém laně mezi bezpečím a významem. *Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu*. ČSPAP.
- Svoboda, M., Humpolíček, P., Šnorek, V. (2022). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.

Syřišřová, E. (1989). *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Avicenum.

Šičková-Fabrice, J. (2016). *Základy arteterapie*. Portál.

Španiel, F. (2023). Rozplétání gordického uzlu schizofrenie. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=xrNaSezwrtg>

Winnicott, D. W. (2018). *Hraní a realita*. Portál.

Wittlich, P. (2008). *Literatura k dějinám umění. Vývojový přehled*. Karolinum.