

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

**VLIV ARTETERAPIE NA ROZVOJ SOCIÁLNÍHO
CHOVÁNÍ OSOB S REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIÍ**

Arttherapy and its impact on social behavior in people with residual
schizophrenia

Markéta Niemcová

Vedoucí práce: PhDr. Ludmila Kožená

Praha 2009

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 15. 9. 2009

.....

podpis

Poděkování

Největší dík patří vedoucí práce PhDr. Ludmile Kožené, jejíž znalosti v oboru a ochota ke spolupráci mi byly velkou oporou. Dále bych ráda poděkovala řediteli Domova Libnič a CSS Empatie Mgr. Aloisovi Ambrožovi za umožnění provedení výzkumu na půdě Domova Libnič a vedoucí zdravotního úseku Jaroslavě Reiserové za praktickou pomoc při výkonu výzkumu. Speciální dík patří Bc. Ivanovi Hubalovi za četné konzultace a arteterapeutické rozbory výtvarných prací klientů. Dále děkuji všem, kteří se na vzniku této práce jakkoli podíleli.

Obsah

1. Úvod do problematiky	5
1.1. Schizofrenie	5
1.1.1. Vymezení pojmů, obecné informace	5
1.1.2. Hypotézy vzniku schizofrenního onemocnění a rizikové faktory	6
1.1.3. Symptomy	8
1.1.4. Schizofrenie a verbální komunikace	12
1.1.5. Léčba	13
1.2. Arteterapie	17
1.2.1. Charakteristika oboru	17
1.2.2. Základní hlediska	19
1.2.3. Kdo je arteterapeut?	22
1.2.4. Fáze schizofrenie a arteterapeutický přístup	23
1.2.5. Zásady práce s nemocnými schizofrenií	24
1.2.6. Cíle arteterapie u schizofrenního onemocnění	25
2. Studie klientů arteterapie v ÚSP Libnič	28
2.1. Ústav, arteterapeutický ateliér a klienti	29
2.2. Cíl porovnávací studie	31
2.3. Kritéria pro zařazení do skupin	31
2.4. Skupina arteterapie	32
2.5. Kontrolní skupina	33
3. Metody	34
3.1. Hodnocení sociálního chování ošetřujícím personálem	34
3.2. Hodnocení pokroku klienta arteterapeutem	35
3.3. Semistrukturovaný rozhovor s klienty	36
4. Výsledky	37
4.1. Hodnocení sociálního chování ošetřujícím personálem- dotazník	37
4.2. Hodnocení pokroku klienta arteterapeutem – kazuistiky	45
4.3. Semistrukturovaný rozhovor s klienty	65
5. Diskuse	67
6. Shrnutí	69
7. Seznam použité literatury	71
8. Přílohy	74

1. Úvod do problematiky

Hlavním tématem této bakalářské práce je život člověka nemocného schizofrenií v chronickém stádiu, žijícího v ústavu sociální péče. Práce se snaží zmapovat vybrané aspekty sociální chování těchto lidí a úspěšnost psychoterapeutické metody zvané arteterapie. Protože schizofrenní onemocnění s sebou přináší mnohá specifika, je nezbytné, aby samotnému výzkumu předcházelo seznámení se s problematikou tohoto onemocnění. Je rovněž žádoucí, aby byla představena arteterapie jako psychoterapeutická metoda.

1.1. Schizofrenie

1.1.1. Vymezení pojmu, obecné informace

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Je představitelem psychotického onemocnění,“ (Češková, 2007, str. 13).

„Psychóza je vážná duševní porucha, při níž jsou emoce a myšlení natolik narušené, že jedinec není v kontaktu s realitou. Psychotické chování vykazuje závažné narušení kontaktu s realitou (bludy nebo halucinace),“ (Atkinson, 2003, str. 700).

Schizofrenie není onemocněním moderní doby, její příznaky lidstvo provázejí, kam až člověku paměť sahá. Dle Němcové nacházíme první zmínky o psychických chorobách v lékařských spisech ze starého Egypta, Mezopotámie i Číny, (Němcová, 1975). Příznaky schizofrenního onemocnění bývaly nejčastěji považovány za dar od Boha, posednutí děblem nebo prosté podivínství. U tzv. přírodních národů byli jedinci s příznaky schizofrenie považováni za vyvolené a často se stávali mystiky nebo šamany. Dle Syřišťové, v roce 1896 Emil Kraepelin v díle *Psychiatrie* vyhodnotil příznaky schizofrenie jako příznaky předčasné demence (*dementia praecox*), která postihuje lidi mezi 15. – 30. rokem života. V roce 1911 Eugen Bleuler zkoumal Kraepelinovu chorobu se závěrem, že se nejedná o onemocnění, v jehož základě je demence, ale o soubor vzájemně podobných chorob, které pojmenoval schizofrenie (od řeckého *schizis-* rozštěp, *frén-* mysl) (Syřišťová, 1974).

V České republice onemocní schizofrenií 1% obyvatel, přičemž postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Obecně se incidence uvádí v rozmezí od 0,16 – 0,42 na 1000 obyvatel. Z dlouhodobého hlediska má schizofrenie tendenci se zlepšovat. Orientačně lze na celkový průběh schizofrenie použít pravidlo třetin, které říká, že jedna třetina se vyléčí, jedné se příznaky vracejí a jedna má nepříznivý průběh onemocnění. Z longitudinálních studií jsou odvozovány prognózy, ale jejich spolehlivost je nízká.

Schizofrenie není jedno určité onemocnění. Rozeznáváme paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii, nediferencovanou schizofrenii, reziduální schizofrenii, a další. Velké množství obyvatel ústavů péče má diagnostikovanou právě schizofrenii reziduální.

Reziduální schizofrenie podle MKN 10¹:

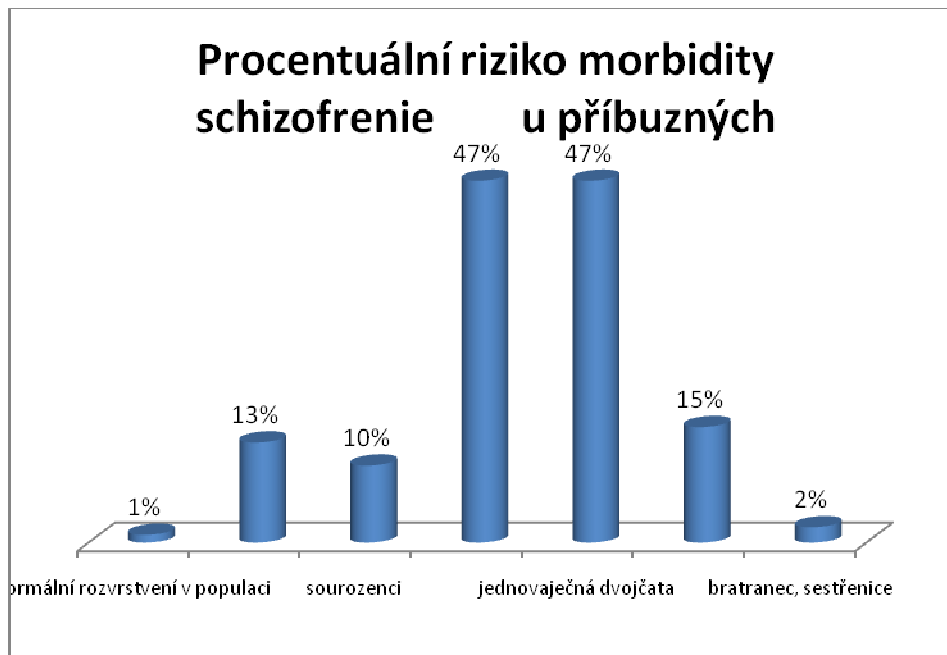
„Chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresse z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobými, nikoliv však nezbytně ireverzibilními, „negativními“ symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení; snížená aktivita; otupělost afektu; pasivita a nedostatek iniciativy; chudá řeč v obsahu nebo množství; špatná nonverbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postojů; snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.“

1.1.2. Hypotézy vzniku schizofrenního onemocnění a rizikové faktory

Jak schizofrenní onemocnění vzniká, je již řadu let předmětem výzkumů. Byly formulovány četné hypotézy vzniku schizofrenního onemocnění, na němž se zřejmě podílejí jak genetické faktory, tak vlivy prostředí. Zatímco běžné rozvrstvení v populaci je 1%, pokud je v rodině genetické zatížení, vzrůstá riziko následovně:

¹ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize- pozn. aut.)

Graf č. 1. Morbidita schizofrenního onemocnění u příbuzných



(Atkinson, 2003, str. 552.)

Nejrozšířenější hypotéza vzniku schizofrenie je tzv. dopaminová hypotéza. Dopamin je chemická látka, fungující jako neurotransmitter, tedy přenašeč nervových signálů. Dopaminová hypotéza předpokládá, že schizofrenie souvisí s nadměrným množstvím neurotransmiteru dopaminu. Při nadměrné aktivitě dopaminu v mezolimbickém systému, což je subkortikální oblast mozku podílející se na kognici a emocích, dochází k „pozitivním“ příznakům schizofrenie, jako jsou halucinace, bludy a narušené myšlení. Když dochází k nízké aktivitě dopaminu v prefrontální oblasti, jež se podílí na pozornosti, motivaci a organizaci chování, objevují se „negativní“ symptomy schizofrenie jako nedostatek motivace, neschopnost se o sebe postarat a nevhodné projevy emocí (Atkinson, 2003.)

Glutamátová hypotéza vychází z výzkumů, které potvrzují, že někteří nemocní vykazují nízkou hladinu neurotransmiteru glutamátu v centrální nervové soustavě. Je známo, že antagonisté glutamátových receptorů navozují příznaky schizofrenie (Češková, 2007.)

Psychosociální hypotéza předpokládá, že spouštěcí mechanismy schizofrenie jsou komplexní sociální požadavky. Jiří Raboch formuluje čtyři kritéria pro stres indukující schizofrenii:

- situace vyžadující akci nebo rozhodnutí,
- složitost, dvojnásobnost či nejasnost informací poskytovaných k vyřešení úkolu,

- situace vyžadující akci nebo rozhodnutí přetrvává, aniž byla vyřešena,
- osoba nemá možnost „úniku.“

Sociální teorie, že schizofrenie se vyskytuje více ve slabších sociálních vrstvách, nebyla potvrzena.“ (<http://www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/>)

Další studie se věnovaly komplikacím při porodu, nebo tzv. chronické citové karenci v dětství (Matějček, Langmeier, 1963) jako predispozičním faktorům vzniku onemocnění. Základní teze těchto výzkumů je, že deprivace základních potřeb může vést k úzkostným reakcím a oslabení odolnosti jedince, jež může v pozdějším věku vyústit ve schizofrenní onemocnění.

Rizikové faktory dle Češkové zahrnují:

- onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí centrální nervové soustavy danou různými substancemi nebo genetickou predispozicí,
- komplikace intrauterinní a při porodu,
- zevní faktory (abúzus návykových látek, vývojový stres,..) (Češková, 2007.)

1.1.3. Symptomy

Příznaky schizofrenie se od 19. st. dělí na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy nejsou součástí normální psychiky, jsou čímsi navíc. Manifestují se jako projev patologické desinhibice korových funkcí. Mezi pozitivní symptomy řadíme např. bludy a halucinace. Pozitivní symptomy se většinou objevují až v průběhu onemocnění. Negativní symptomy reprezentují generalizovanou ztrátu funkcí. Normální psychika je o ně ochuzena. Řadíme mezi ně chudost řeči a poruchy emotivity.

Samotný průběh onemocnění je velice variabilní. Jen 7% onemocnění začíná pozitivními symptomy, ve většině případů (73%) začíná onemocnění plíživě a objevují se nejprve negativní symptomy. Zbytek (20%) onemocnění začíná symptomy obou kategorií (Koukolík, Motlová, 2004).

Dalšími příznaky schizofrenie jsou dezorganizované myšlení a chování, katatonní příznaky, zvýšená iritabilita, neklid, náladovost, deprese, úzkost a problémy s koncentrací.

Zmíněné symptomy se objevují v průběhu celého onemocnění. Každé stádium onemocnění má své příznaky, jejichž intenzita se mění v závislosti na stavu pacienta. Jejich výskyt a kombinace je individuální.

„Kritéria MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní poruchy požadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků ad a) až d), nebo dvou z příznaků ad e) až i) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce:

- a) manipulace s myšlenkami (slyšení, odnímání,..)
- b) bludy ovládní
- c) sluchové halucinace
- d) jiné bludy
- e) jiné halucinace
- f) formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherece,..)
- g) katatonní příznaky
- h) negativní příznaky
- i) nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmu, bezcílnost,..)“ (Češková, 2007, str. 19.)

Poruchy vnímání a pozornosti

Schizofrenie vážně narušuje vnímání reality. Vnímaný svět, který nás obklopuje, nemá pevné hranice, na které se může zdravý člověk spolehnout, např. konstantní tvar, vnímání perspektivy, atd. Svět schizofrenika je děsivým světem, kterému se postižená mysl snaží dát, byť nevědomě, nějaký řád. Tento řád se však neslučuje s řádem, který vnímají ve světě ostatní. Chaos a kakofonie vnějšího světa je interpretována tak, aby člověku vnitřně dávala pocit jistoty. Vysvětlení, že mu někdo odnímá nebo implantuje myšlenky, že jej někdo pozoruje nebo že vidí zelené jednorožce, je pro něj vnitřní obranou před totálním zhroucením smysluplného světa.

S poruchami vnímání a pozornosti souvisí i neschopnost se soustředit, která se u schizofrenních pacientů vyskytuje. Nemocný člověk nedokáže odfiltrovat nepodstatné informace. Zvuky pro něho mohou být hlasitější, běžné zvuky z okolí se náhle mohou změnit

v ohlušující kakofonii. Tvary nemusí být trvanlivé, nezřídka se mění vnímání velikostí i barev, apod.

Bludy a magické myšlení

Bludy jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku dochází k mylné interpretaci reality. Vjemy a prožitky jsou zkresleny, nicméně „postižený“ je přesvědčen o jejich nevyvratitelné existenci. Odlišit blud od přesvědčení je někdy obtížné, ale u schizofrenie je obsah bludů běžně velmi bizarní. Často v nich vystupují bytosti, nemající reálný původ, jež běžně vyjadřují ztrátu kontroly nad vlastní myslí, či tělem.

Blud bývá definován jako mylné osobní přesvědčení, vyvozené z nesprávného závěru o zevní realitě. Blud je nemocným pevně zastáván bez ohledu na to, čemu věří každý jiný člověk, a bez ohledu na existenci nevyvratitelného a zřejmého důkazu o opaku. Nejedná se o přesvědčení, která jsou obvykle akceptovaná ostatními členy kultury nebo subkultury, k níž jedinec přísluší. Dle Koukolíka a Motlové jsou bludy nejčastějším symptomem schizofrenie, v některé svojí formě jsou přítomny až u 90% nemocných (Koukolík, Motlová, 2004). Rozeznáváme několik typů bludů, přičemž pro schizofrenii jsou nejvýznamnější:

- bludy vztahovačnosti,
- paranoidně- perzekuční bludy,
- bludy ovlivňování a kontrolování,
- religiózní bludy.

Magickým myšlením nazýváme přesvědčení, že pouhá myšlenka má vliv na situaci okolo. Pacient se např. domnívá, že je vládce země, že stačí pouhá jeho myšlenka k tomu, aby jej zničil.

Halucinace

Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu, které se objevují při neporušeném stavu vědomí (např. halucinace, které se objevují během usínání, se za známky psychózy nepovažují). Podle Motlové a Koukolíka se halucinace dělí na elementární (vjemy), složité (celé předměty nebo věty) a kombinované (např. mluvící zvířata). Rozlišujeme halucinace sluchové (jimiž trpí asi 50% schizofrenních pacientů), zrakové (15%), taktilní (5%), somatické, kinestetické, čichové, chuťové a inadekvátní (Motlová, Koukolík, 2004).

Sluchové halucinace mívají podobu hlasů, mužských či ženských, jednoho nebo více, které obvykle popisují chování nebo myšlenky pacienta. Hlasy někdy pacientovi radí (teleologické halucinace), jindy mají imperativní podobu.

Při zrakových halucinacích člověk vidí neexistující předměty, u nichž se mění tvar, velikost, barva či jas. Z hlediska velikosti rozeznáváme mikroptické halucinace, kdy se předměty od reálné velikosti zmenšují, nebo makroptické, kdy předměty naopak narůstají do obřích rozměrů. Při otoskopických halucinacích nemocný může vidět sám sebe. Obrazy zrakových halucinací mohou být v základě reálné (např. obraz skutečného slona v místnosti) nebo zcela smyšlené (např. vizualizace ufo). Halucinace i bludy mají u schizofreniků většinou individuální charakter, jsou osobní. Nemocný vnímá to, co si přeje, aby byla skutečnost. Tím se liší schizoidní halucinace od halucinací vyvolaných alkoholovým deliriem nebo abusem drog. Tyto halucinace nemívají osobní ráz.

Pseudohalucinace jsou vjemy bez existujícího objektu, avšak při zachovalém náhledu. Pacient je přesvědčen, že něco viděl, ale rozumově ví, že tam nic nebylo. Pseudohalucinace nejsou u schizofrenie příliš časté, schizofrenici jsou většinou o svých halucinacích pevně přesvědčeni.

Dezorganizované myšlení a řeč

Slovní projev schizofrenního pacienta je často nesouvislý, chaotický, objevuje se množství slovní vaty a neologismů, slov vymyšlených. Projev obvykle postrádá gramatické souvislosti, bývá řízen neobvyklými slovními asociacemi a může vyústit až v tzv. „slovní

salát“. Tok myšlenek schizofrenních pacientů bývá ovlivněn zvukem slov než jejich významem. Pacienti tak často reagují, ale bez zjevně pochopených souvislostí. Skrze dezorganizovanou řeč se usuzuje na dezorganizované myšlení.

Autismus a dezorganizované chování

Lidé nemocní schizofrenií bývají nespolečenšší. Jsou zaměřeni sami na sebe, své problémy a svůj vnitřní svět. Typickým projevem nemoci je autismus. Projevuje se zaměřením na vlastní osobu, pohroužením se do sebe a svého světa. Autistický člověk je slabý v sociálních interakcích, jeho kontakt s vnějším světem je značně omezen. Autismus může být jen obrannou reakcí na bezútěšnou situaci (např. koncentrační tábor), tento únik do vlastního světa může po jistou dobu člověka ochránit před psychickým poškozením, má tzv. kompenzační charakter. Dle Syřišťové má autismus dekompenzační charakter tehdy, když selžou prostředky náhradního uspokojení, kdy osobnost není již schopna ze svých vlastních rezerv substituovat frustrační realitu. Tehdy dochází k dezorganizaci psychické činnosti, imaginární, dereistické řešení situace přechází v myšlenkový a emocionální chaos a úzkostné napětí a koneckonců v prázdnotu a naprostou apatii. Individuum nejenže nemá kontakt s vnějším světem, ale i jeho vnitřní svět je vyhaslý. Schizofrenní autismus považuje většina autorů vedle dezintegrace psychické činnosti za nejdůležitější základní symptom schizofrenie,“ (Syřišťová, 1965).

Schizofrenní pacienti mnohdy neovládají své chování, ani tělesné pohyby, což jim znemožňuje normální život. U schizofrenie se setkáváme s neschopností dodržovat základní hygienu, brát pravidelně léky, neschopností se adekvátně obléci, cestovat, uvařit si nebo kontrolovat své sexuální vášně (lze se setkat např. s masturbací na veřejnosti). Toto jsou některé z důvodů, proč schizofrenní pacienti tvoří většinu obyvatel ústavů sociální péče či lůžkových částí psychiatrických oddělení.

Poruchy emotivity

Mezi emoce se obvykle řadí pocity, afekty, nálady a motivace (Stuchlíková, 2002). Jejich poruchy jsou významným indikátorem onemocnění a schizofrenikům znesnadňují interakci s okolím. Jejich okolí se domnívá, že o vše ztrácejí zájem, že je jim vše jedno. I proto je život se schizofrenikem obtížný, pacient nevzbuzuje v okolí „klasickou“ lítost, ale spíše hněv. Typická bývá reakce „Jak ti to může být jedno?“ Takové chápání situace není správné a pramení z neznalosti problému. „Schizofrenní pacienti často projevují emoce, které jsou nepřiměřené vzhledem k situaci nebo vyjádřené myšlenky. Například pacient se při vyprávění o tragické situaci může smát. Protože naše emoce jsou ovlivněny kognitivními procesy, nepřekvapuje nás, že jsou narušené myšlenky a vjemy doprovázeny změnami emočních reakcí.“ (Atkinson, 2003, str. 549) Tato problematika souvisí i s výše zmíněnou neschopností se soustředit. A tak zatímco bude pacient vyprávět např. o tragické nehodě, může se zároveň smát, protože mu v hlavě současně běží množství dalších myšlenek, z nichž jej nějaká přiměla k smíchu. Nejčastější poruchy těchto emocí u schizofrenie jsou anhedonie (neschopnost prožívat kladné emoce), apatie a plochý afekt.

1.1.4. Schizofrenie a verbální komunikace

Schizofreničtí pacienti si svoje onemocnění neuvědomují, protože u schizofrenie dochází k poruchám myšlení a pozornosti. Často bývá poškozeno i vnímání a emoční prožívání. Pro svůj stav zmatenosti si hledají vlastní nová vysvětlení, aby tak ve svém životě opět nastolili rovnováhu a smysluplnost. Pro jejich okolí stojí tato znovu nabytá rovnováha na chatrných a často nesmyslných, nelogických základech. Pokud si ovšem přejeme se schizofrenikem komunikovat a chceme, aby byl schopen fungovat i v „našem“ světě, neměli bychom mu ten jeho brát. Pokud se snažíme, je možné oba světy vzájemně propojit. V cestě k pochopení pacientova světa nám však stojí mnoho překážek.

Komunikovat se schizofrenním pacientem není jednoduché. Aby bylo dosaženo vždy co nejlepšího výsledku, je nutné soustředit se na několik věcí. Prvním hlediskem je volba správného času a místa. Pokud si přejeme k pacientovi přistoupit s nějakým problémem, je nezbytné seznámit se s jeho denním programem. Pokud máme na výběr, přistupujeme

k pacientovi v době, kdy má dostatek času, sil a je uvolněný. Naprosto nevhodné je od nemocného žádat soustředěnost pokud chvátá nebo je unaven. Místo k rozhovoru vybereme klidné, kde pacienta nic neruší. Stimuly přicházející z okolí minimalizujeme. Vhodné je prostředí, které je pacientovi známé, kde se cítí dobře. Dalším předpokladem úspěšně zvládnuté komunikace je uvědomění, co po pacientovi chceme, co mu chceme sdělit a čeho si tím přejeme dosáhnout. Volíme jednoduchá, jasná slova a krátké věty, aby měl pacient možnost sdělení skutečně vnímat a vstřebat. Pokud je pacient nesoustředěný, snažíme se upoutat jeho pozornost. Povzbuzujeme ho, a pokud postupuje správně, chválíme jej. K pacientovi přistupujeme vždy s jedním problémem, který si přejeme řešit. Pokud mu potřebujeme sdělit více informací, je vhodné je rozdělit, třeba i do několika dnů. Je vždy nezbytné postupovat jen tak daleko, jak nám jeho individuální případ dovolí.

Komunikace je oboustranný proces. Proto nechceme, aby pacient uměl jen vnímat a poslouchat, ale snažíme se jej naučit jak vhodně vyjádřit, když chce něco on nám. Způsob je stejný, musí si uvědomit, co říci, kdy a jak. Tato „pravidla“ je vhodné někde napsat, aby se k nim mohl neustále vracet. Existuje nepřeberné množství příruček, hovořících na toto téma. Pokud k nám pacient přistupuje aktivně, nezůstáváme v komunikaci pasivní. Vyjadřujeme účast verbálním souhlasem, obzvláště vhodné je použít pacientova vlastní slova, ale i neverbálně. Schizofreničtí pacienti, byť mají emoce značně oploštěné, dokážou podvědomě vnímat i neverbální signály. Přikývnutí nebo jiná forma přitakání jim dodá sebedůvěru.

1.1.5. Léčba

Schizofrenie je léčitelné, nikoli vyléčitelné onemocnění. Dle Chromého kombinuje současná psychiatrie dva odlišné historické přístupy k léčbě duševních poruch:

1. Medicínský model, který koncipuje duševní stav jako nemoc, náprava se spatřuje v léčbě a z pacienta je tak sejmuta odpovědnost za zdravotní stav.

2. Psychologický (taktéž morální, behaviorální) model chápe poruchu jako naučené dysfunkční chování. Náprava spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních sankcí. Klient má určitou zodpovědnost za své nežádoucí chování a v tomto ohledu je vyžadována spolupráce (Chromý, 1990).

Ačkoli existují případy, kdy se pacient po první atace naprosto zotaví i bez užívání medikamentů, jde o vzácné případy. Vhodná medikamentózní léčba dokáže eliminovat symptomy, někdy dokonce tak, že je člověk schopen vést opět normální život. Ale mnoho pacientů se ke kvalitě života, jaký vedli před onemocněním, již nikdy nevrátí. Ve většině případů zůstávají pacienti na léky a terapie odkázáni po dlouhou dobu, ne – li do konce života.

Medikamentózní léčba (farmakoterapie)

Léky, které se užívají k léčení akutních psychotických příznaků, se nazývají antipsychotika. Antipsychotika obecně působí na integraci psychických funkcí, odstraňují psychotické příznaky a působí preventivně proti relapsům (opětovná manifestace schizofrenních symptomů). Rozeznáváme tzv. antipsychotika první a druhé generace. Antipsychotika druhé generace byla vyvinuta později, a od první generace se liší převážně v tom, že zabírají i na pacienty dříve považované za farmakorezistentní. První generace antipsychotik (60. – 80. léta 20. stol.) se soustředila výhradně na léčbu pozitivních příznaků, antipsychotika druhé generace se snaží navíc ovlivnit i kognitivní dysfunkci. Oba typy antipsychotik mají jiné vedlejší účinky a o jejich užívání musí rozhodnout psychiatr.

Psychoterapeutické přístupy

Obecně přijímané je tvrzení, že psychoterapie má pro nemocné schizofrenií podpůrný význam, jen pokud je doplněna farmakologickou léčbou. Jak je uvedeno výše, schizofrenie může vznikat v důsledku neúměrné stresové zátěže a v průběhu onemocnění se pacient musí neustále vyrovnávat s dalšími stresovými faktory. Právě na to reaguje psychoterapie, která pomáhá pacientovi eliminovat dopad stresu na jeho psychiku, učí jej, jak se stresem a podněty pracovat, jak se vyrovnávat se svým onemocněním, jak lépe fungovat ve společnosti, učí jej sebedůvěře ve vlastní schopnost zvládnout onemocnění a mnoho dalšího. Psychoterapie, obzvláště pak psychosociální intervence je rovněž zaměřena na okruh lidí, kteří přicházejí s pacientem do styku (nejčastěji rodina) a pomáhá jim toto období překonat. Zcela specifický cíl intervence je naučit pacienta i jeho blízké okolí rozpoznat blížící se relaps, jenž se většinou

projevuje náhlou excitací, neschopností spánku a koncentrace a prudkou změnou nálad. Psychosociální intervence a terapie představují významnou a nezbytnou součást úspěšné léčby schizofrenie.

Stejně jako dosud nebyl vytyčen jednotný model schizofrenie, nebyl určen ani jednotný postup psychoterapie, která by byla účinná ve všech případech schizofrenní poruchy. „Psychózy, zejména schizofrenie jsou tak mnohotvárné, tak mnohodimenzionální, že nelze vysvětlit jejich příčinu a působení jednoduchou a hlavně jednostrannou kauzální formulí... Je nutno předpokládat širokou souhrnu vegetativních, endokrinních a psychických vlivů. Místo jednostranného hledání příčin, jež obvykle vede do slepé uličky, musí nastoupit zkoumání široké struktury vztahů a psychotickém procesu, na které by mohla navázat terapie.“ (Syřišťová, 1965, str. 42 – 43.) Znamé rčení, že „je tolik schizofrenií, kolik je schizofreniků“ nepřímou odkazuje i k nutnosti individuálního psychoterapeutického přístupu.

Psychoterapie se dělí na individuální nebo skupinové, přičemž tato práce bude v praktické části zkoumat vedení, interakce a průběh arteterapie skupinové. Podle Yeomans zvyšuje skupina interpersonální citlivost. Práce ve skupině učí efektivnímu sebevyjádření, pacient se může od skupiny učit, jak se s psychózou lépe vyrovnat nebo jak řešit každodenní problémy. Přítomnost druhých zvyšuje sebevědomí a sebedůvěru, umožňuje testování reality, zlepšuje sociální dovednosti a pomáhá vytvořit náhled na nemoc (Yeomans a spol., 1992).

V Domově Libnič, ve kterém se odehrával výzkum, se setkáme se skupinou otevřenou, což předznamenává jistou fluktuaci členů, na rozdíl od skupin uzavřených. V uzavřené skupině se obecně generuje atmosféra hlubší důvěry a interakce mezi členy jsou intenzivnější. V Domově Libnič se nově přichozí rekrutují z omezeného počtu hospitalizovaných klientů. Klienti se mezi sebou většinou vzájemně znají, takže ačkoli nejde o uzavřenou skupinu, zůstávají některé výhody charakteristické pro uzavřenou skupinu zachovány. V hodinách arteterapie jsou schizofreničtí pacienti většinou ponořeni do vlastní tvorby a komunikují převážně s terapeutem.

1. 2. Arteterapie

1.2.1. Charakteristika oboru

„Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů.“ (www.arteterapie.cz)

Výtvarné umění je prostředkem neverbální komunikace, kterou lze vůlí ovlivnit jen částečně. Naše touhy, intence, ale i myšlenky a názory zůstávají často skryty. Jedním z možných způsobů manifestace je právě skrze umění. Umění transcenduje to, co je slovy nevyjádřitelné, je univerzálním komunikačním prostředkem. A právě odtud vychází i jeho terapeutický potenciál. Tvořivý proces je pro člověka ventilem jeho vnitřních pocitů. Nutným předpokladem však je, že k umění se jedinec uchyluje z vnitřního popudu, kvůli tvořivému procesu samotnému, nikoli ze zjištěných a ekonomických důvodů.

Obrazy o nás samých mohou vyjadřovat více, než jsme zamýšleli, stačí jim porozumět. Určitá symbolická vyjádření jsou jedné kultuře společná, některá jsou dokonce transkulturní. Symboly pramenící z nevědomí byly na obecné rovině rozluštny, je jen nutné, „číst“ je v kontextu s malující osobou. „Obrazy jsou takové výtvořy, v nichž se vyjadřuje symbolizující výrazový potenciál naší psyché.“ (Riedel, 2002, str. 15).

Lze stěží přesně datovat první využití výtvarného umění k terapeutickým účelům. Odhaduje se, že své kořeny má arteterapie někdy v 18. st. a bezprostředně souvisí s psychopatií schizofrenie. S rostoucím zájmem o psychicky labilní se objevuje zjištění, že výtvarný projev psychicky nemocného se liší od výtvarného projevu zdravého člověka a zároveň má výtvarný projev stejně psychicky nemocných určité společné znaky. Tyto znaky jsou pro každou chorobu jiné. Charakteristické prvky v umělecké tvorbě se od sebe vzájemně liší a jejich užitím lze od sebe odlišit jednotlivé diagnózy.

„Často i tam, kde je vědomé já v nebezpečí, že se úplně zvrtné a roztříští v bouřích psychózy nebo v depresivních úzkostech, dokáže ještě uposlechnout záchranné intuice svého nevědomí a sáhnout po štětcí a barvách a namalovat obraz, cosi jako námořní mapu, v níž se přece jen ještě dokáže zorientovat.“ (Riedel, 2002, str. 15).

Dle Wallerové pomohla koncept arteterapie v USA během 30. let rozvinout psychoanalytička Margaret Naumburgová, která je i autorkou pojmu arteterapie. Naumburgová tvrdí, že „filozofie arteterapie je založena na přesvědčení, že každý jedinec ať už je nebo není vzdělán v umění, má latentní schopnost projikovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů. Výtvarně vyjádřené konflikty pak mohou sloužit jako záchytné body pro verbalizaci konfliktů,“ (Waller, 1991, str.5). Profesionálně školení arteterapeuti se objevují od 80. let 20. století. V České republice vzniká první bakalářské studium na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích v 90. letech 20. století.

Každý obraz není vhodný k arteterapii, ale mnoho uměleckých děl může mít diagnostický charakter. „Jak pro ty, kteří se na obrazy dívají, tak pro ty, kteří jim chtějí rozumět a chtějí je interpretovat, je nezbytné, aby se vystavili duševní energii, která je obrazům vlastní... Negativní vyzařování můžeme pocítit například tváří v tvář obrazům osob s duševními obtížemi... Nejde tedy pouze o téma, o symboliku objektů, které obraz obsahuje, nýbrž výslovně o svébytný jazyk výtvarných prostředků, výrazových médií (barvu, tvar, proporce, uspořádání prostoru) a o to, jak jsou použity v tom kterém obraze a vytvářejí v něm určitou, právě takovou, a ne jinou kompozici,“ (Riedel, 2002, str. 20- 21).

Šikcová-Fabrici sdílí obecný názor, že tvorba duševně nemocných je často neuvědomovaná. Mnohdy pramení ze samé podstaty nemoci a se zlepšením stavu často zaniká.

„H. Prinzhorn (1930), který celý život bádá v oblasti výtvarného projevu duševně nemocných, zvláště trpících schizofrenií, tvrdí, že tito pacienti se ve svých spontánních výtvorech snaží interpretovat své nové psychické skutečnosti bludnými konstrukcemi... z duševních poruch je výtvarný projev nejvlastnější právě nemocným schizofrenií. Často je pro ně jediným dorozumívacím prostředkem, protože jejich verbální projev bývá nesrozumitelný, nestrukturovaný, neutříděný,“ (Šikcová-Fabrici, 2002, str. 75).

1.2.2. Základní hlediska

Při orientaci v obraze je důležité vnímat několik hledisek. Je nutné si uvědomit, jak je obraz rozvržen, jaký má formát. Jestli se ústřední zápletka odehrává uprostřed, nahoře nebo dole, v pravé nebo levé části. Je třeba zhodnotit užitý materiál, barvy, jejich tóny, sytost, barevné kombinace, energii s jakou je obraz namalován. V úvahu musí být brán rovněž počet vyobrazených předmětů, celková realističnost, expresivita a mnoho dalšího. Všechny tyto skutečnosti přicházejí k člověku z nevědomí a jsou všem lidem víceméně společné. Dotyčný neví proč to, co namaloval, udělal právě tak a ne jinak. Na první pohled by se mohlo zdát, že je vše jen otázkou náhody. Ale základy, na kterých arteterapie stojí, byly mnohokrát ověřeny a fungují. Člověk něco namaloval tak a ne jinak právě proto, že to tak během malování cítil a že do svého obrazu promítl sám sebe, byť nevědomě.

Co jsou základní hlediska a jak se jejich interpretace liší v obecné rovině a v práci se schizofrenními pacienty? Podle Jebavé u kresby analyzujeme a hodnotíme: přiměřenost věku, diagnózu onemocnění, stav citové a rozumové výchovy před terapií, její průběh, volbu tématu, protlačené linie, momenty signalizující strach, kompozice tématu na formátu, statická nebo dynamická figurální kompozice, převládající barevnost, časový interval potřebný k dokončení tvorby, expresivnost (výrazovost, osobitost), kvalitu a dokončenost, interpretaci kresby (nejen co, ale proč) a zralost kresebného projevu, (Jebavá, 1997).

Typické znaky schizofrenní poruchy ve výtvarném projevu dle Syřišťové jsou: groteskní zobrazení, bujně tvarované tvary, znetvoření výtvarného výrazu, zkroucené části těl, bizarní nebo strnulé tváře, symboly smrti nebo sexuálního aktu, hypochondrie a utrpení. Typické jsou strnulé figury, geometrické vzory, vpisovaný text, zvláštní barevnost, přespříliš vypracované detaily, celkový regres výtvarného projevu. V malbách psychicky nemocný často osciluje mezi naprostou chudobou výrazu a naopak přebujelostí detailů. Vždy záleží na momentálním průběhu onemocnění a na individualitě člověka. (Syřišťová, 1965)

U schizofrenních pacientů se arteterapeutická analýza soustředí převážně na:

Prostor

Plochu obrazu si můžeme pomyslně rozdělit na horní, prostřední a dolní kvadrant a současně na levý a pravý kvadrant. Rozvržením plochy, každým umístěním symbolu v té které části, vyjadřujeme něco jiného. Je mnoho koncepcí, které se zabývají rozvržením prostoru. V této práci je uvedena kombinovaná prostorová symbolika Rudolfa Michela², která je doplněna soukromými znalostmi a zkušenostmi arteterapeutů.

Zleva doprava se zpravidla vyjadřuje „normální“ plynutí času. Prostředek obvykle vyjadřuje současnost, nynější situaci nebo „já“. Levý dolní kvadrant se nazývá „kvadrant kolektivního nevědomí,“ odkazuje k archetypální a pudově založené stránce našeho „já“. Levý horní kvadrant značí příklon k transcendenci, symbolizuje duchovní až náboženské hodnoty a zračí se v něm i postoj k otci a hodnotám, které symbolizuje. Pravý horní kvadrant odráží obecně uznávané hodnoty, společenské normy a vnitřní přesvědčení. Pravý dolní kvadrant odkazuje k vnímání vlastního těla, ale i druhých lidí, značí extroverzi a mateřskou péči.

Prostor v obrázcích schizofreniků často chybí, většinou si jej v malbě neuvědomují a kreslí naplocho. Snahou arteterapeuta je tedy přimět je k prostorovému malování. Toho lze docílit různými způsoby: zdůrazněním stínu, perspektivou, překrýváním,... V malbě krajiny má být prostor rozvržen alespoň do tří úrovní neboli plánů. První vychází z popředí obrázku, následuje druhá a třetí, které vytvářejí hloubku obrázku. Obloha se mezi tyto tři plány nezahrnuje. Pokud ponecháme klientům volnou ruku, velice často se setkáme jen s linií země a linií nebe. Jedním z cílů arteterapie bývá dostat do klientova obrázku prostorovost. Jiná hlediska platí pro portréty nebo zátiší.

Čára, linie

Na linii si všímáme jednak energie, jakou vyzařuje a jistoty, se kterou byla namalována. Jestli vede sebejistě jedním tahem, zračí sebedůvěru. Přerušovaná, měkká čára naopak značí nejistotu ve výtvarném projevu. Linie jsou velice expresivní. Vodorovná přímka

² (Úplné zobrazení koncepce Rudolfa Michela viz příloha č. 2.)

vypovídá o klidu, svislice o jistotě, oblouk znamená ochranu, úhlopříčka energii, vlnovka napětí, výkyvy nahoru a dolů, kruh symbolizuje uzavřenost, celek. Čím větší zakřivenost, tím více vystupňovaná expresivita.

Čára u schizofreniků je většinou buďto velice přesná, pečlivá, předem detailně plánovaná. Dost často je také velice strohá, sebejistá. Na druhou stranu se často setkáváme i s čárou měkkou, přerušovanou. Záleží jak na typu onemocnění, tak na typu osobnosti. Detailně plánovaná, pečlivá značí úzkost a nejistotu. S takovým typem linie se setkáme často u lidí v akutní fázi, pokud malují. Strohá linie vypovídá o jistotě, agresivitě či neuvědomovaných impulzech. Měkká, vykreslovaná, jakoby snová linie zase odkazuje k bojácnosti, nejistotě, stydlivosti. Vždy je důležité číst linie v kontextu ke zbytku obrazu, ale i k individualitě klienta.

Barva

Analýza užití barvy zahrnuje hodnocení kontrastu barvy k barvě, kontrast světlé k tmavé, a studené k teplé. Dále analyzujeme tzv. komplementaritu, tzn. vzájemné působení doplňkových barev (oranžová/ modrá, žlutá/ fialová, červená/ zelená) z nichž může terapeut vyčíst jak harmonii, tak nesoulad, progresi či regresi v diagnóze. Dále si všímáme simultánního jevu, kdy naše oko automaticky vyžaduje k jedné barvě její doplňkovou barvu, ve srovnání se skutečně přítomnou barvou, kvantitativního (velikostní poměr mezi barevnými skvrnami) a kvalitativního kontrastu (protiklad jasných, sytých barev a matných).

Pohyb

U pohybu si všímáme směru a intenzity. Pohyb může být vyjádřen pohybem čar, tvarů, vzájemným spojováním barev, pohybem mezi zobrazovanými objekty a pohyblivými motivy. Výtvarný projev schizofrenního pacienta je však převážně statický. V této oblasti můžeme jen obtížně srovnávat s obecně přijímanými hledisky hodnocení pohybu. Avšak statika výtvarného projevu je také vypovídající. Naznačuje, že klient se převážně soustředí na zobrazovanou věc jako takovou. Nedokáže si ji uvědomit v situaci, interakci nebo v pohybu.

S pohybem se v obrázku schizofrenního pacienta setkáme jen výjimečně. Zřejmě proto, že zobrazení pohybu vyžaduje jisté uvědomění a představivost. Za úspěch v arteterapii je často považováno, pokud se podaří dát jednotlivé objekty obrázku do vzájemných souvislostí. Také z tohoto důvodu malují klienti převážně krajiny či zátiší. V těchto typech zobrazení se mohou soustředit na to, jak daná věc vypadá a pokoušet se zobrazit ji s co největší podobností realitě.

1.2.3. Kdo je arteterapeut?

Ve vymezení pojmu arteterapeut narážíme na problém. V České republice se arteterapeutem může stát ten, kdo vystuduje obor arteterapie na jedné z univerzit, nebo absolvuje odborný výcvik. V současnosti Česká arteterapeutická asociace usiluje o to, aby se profese arteterapeuta etablovala a měla jasně vymezená pravidla a kompetence, protože v praxi se lze setkat i s arteterapeuty, kteří odpovídající vzdělání nemají.

Osoba arteterapeuta je v terapeutickém procesu důležitá. Je tím, kdo se snaží porozumět výtvarné symbolice a s ní souvisejícím myšlenkovým vzorům a současně interpretuje obecné symboly ve vztahu ke konkrétnímu jedinci. Je proto důležité, aby arteterapeutovi přinášela práce s lidmi uspokojení, aby byl empatický, vyrovnaný, kreativní a inteligentní. Porozumění terapiím a umění je rovněž nutným předpokladem, který se ale na rozdíl od výše zmíněných osobnostních charakteristik dá významně ovlivnit kvalitním vzděláním.

Arteterapie je dlouhodobý proces, u něhož je důležité, aby se mezi klientem a arteterapeutem vybuodovala vzájemná důvěra, úcta, rovnocennost a respekt.

Podle Šikové-Fabrici (Šiková-Fabrici, 2002) terapeut klientovi pomáhá:

- hledět na sebe – prostřednictvím umělecké reflexe – jinak než dosud
- vytvořit si nadhled
- plněji prožívat a akceptovat své pocity
- zvýšit svoji sebedůvěru a sebeúctu
- akceptovat druhé

1.2.4. Fáze schizofrenie a arteterapeutický přístup

První fáze schizofrenie, která je charakteristická pro úplný počátek nemoci, se nazývá prodromální fáze. Během ní se onemocnění teprve rozvíjí. Užití jakýchkoli antipsychotik se v tuto dobu nedoporučuje. Arteterapie je neúčinná, protože člověk v tomto stadiu nemá na výtvarnou tvorbu ani pomyslení. V této době je vhodné zaměřit psychoterapii na blízké okolí pacienta, cílem bývá informovat rodinu o možných následcích nemoci a získat si její spolupráci.

Jakmile se nemocný dostane do druhé fáze, označované jako akutní, zažívá psychotické symptomy a je nutné bezprostředně zahájit nejen farmakologickou, ale i psychoterapeutickou léčbu. Pacient bývá zpravidla hospitalizován a výtvarná terapie může být nasazena. V této době je obtížné s klientem pracovat na zlepšení, ale je vhodná doba pro zmapování pacientova stavu prostřednictvím výtvarné techniky. Pacient je k příkazům terapeuta zpravidla netečný a maluje podvědomě, inspirován svým vnitřním světem. Taková tvorba však přináší emocionální uvolnění nahromaděné tenze. Role arteterapeuta vzrůstá postupně. Pacient se ve svém výtvarném projevu nevyzná, neví, co dělat aby měla výtvarná technika smysl. Při nesprávném vedení se sice může pacient samotnou malbou či kresbou uklidnit, nikoli však stabilizovat. Při nevhodném vedení může dojít k tomu, že se bude pacient svým výtvarným projevem utvrzovat ve své nemoci, a tak se propadat hlouběji do onemocnění, do fantazií a představ, až se zcela uzavře před okolním světem. Arteterapie má za úkol této hrozbě předcházet. Pacient je různými technikami nucen čím dál více komunikovat s naším světem.

Pokud je léčba úspěšná, pacient se dostává do třetí fáze nazvané stabilizační fáze neboli remise. Vedle průběžného podávání antipsychotik vzrůstá význam psychoterapie. Je potřeba pacienta naučit, jak se svou nemocí zacházet a upravit jeho vztah k okolí. Chronická neboli stabilizační fáze spočívá v prevenci relapsů a zkvalitňování životní úrovně člověka. Pokud jde o pacienta, jehož stav se úplně nevyléčil, bývá během této fáze umístěn do domácího ošetřování nebo přichází do ústavního zařízení sociálního typu. Je nezbytné, aby se jeho život vrátil do normálu, jak je to jen možné. V této době je nutné navyknout klienta na nové prostředí a zajistit aby zvládl základní pravidla života v něm.

Chronická fáze je charakteristická úspěšným zvládnutím léčby. Někteří lidé se z nemoci vyléčí a nepotřebují zvláštní péči, jiní jsou díky pravidelnému užívání antipsychotik schopni normálního fungování ve společnosti, a dalším medikamentózní léčba sice prospívá, přesto však nejsou schopni normálního fungování ve společnosti a potřebují pomoc. Takoví lidé bývají nejčastěji hospitalizováni v některém sociálním zařízení. Tady se z pacienta stává klient.

Výtvarný projev klientů v chronické fázi není strnulý, ale prochází vývojem. Zpočátku bývá zmatený a neukotvený. Arteterapeut s klientem pracuje systematicky a důsledně na tom, aby do jeho obrázku dostal co nejvíce reálného zobrazení. Zároveň lze z obrázků „číst“ momentální stav, arteterapeut tedy může spolupracovat s dalšími zaměstnanci ústavu na celkovém zlepšení klientova stavu. V neposlední řadě slouží výtvarná terapie jako zábava a společenská aktivita.

1.2.5. Zásady práce s nemocnými schizofrenií

„Pro psychoterapeutickou práci se schizofreniky je rozhodující fakt, že pracujeme s extrémně křehkým terénem, jemuž musíme přizpůsobit své zásahy, ať už byla příčina oslabení jakákoli. Pro schizofreniky je typické, že reagují daleko citlivěji na podněty málo konkrétní, takřka snové (nereálné, fantazijní představy, symboly, atd.) zdánlivě bezvýznamné ve vztahu k běžným lidským potřebám, nežli na podněty reálné, tzv. paradoxní reaktivita,“ (Syřišťová, 1965, str. 54).

Nově přichozí klient je nejprve proveden po všech nabízených terapiích. Na základě svobodné volby se klient rozhodne, zdali má zájem o účast na terapiích. (Jen velmi malé procento klientů má účast na terapiích přikázanou ošetřujícím psychiatrem, konkrétně v Domově Libnič jde pouze o jednu klientku s diagnózou simplexní schizofrenie, které je nařízena arteterapie.) Výběr konkrétní terapie je rovněž ponechán na klientově svobodné vůli.

Arteterapeutický postup není jednotný, v Domově Libnič je klient přiveden do výtvarného ateliéru, je přizván do skupiny, kde maluje bez zásahu arteterapeuta. Do jaké míry má arteterapeut do obrázku zasahovat není přesně stanoveno. Aktivní zásah lze ospravedlnit

především v případě, že je klient pasivní. Postupem času přidává arteterapeut instrukce, jejichž uposlechnutí by mělo vést k řešení vnitřního problému. Terapeut musí schizofrenního klienta neustále pozorovat. Každá změna v chování napoví něco o jeho zdravotním stavu. Rovněž platí, že k terapeutovi mají klienti často dobrý vztah, snad proto, že od nich terapeuti nevyžadují nic, co by klienti neradi dělali.

V terapeutické praxi se terapeut může setkat s obranným mechanismem, tzv. přenosem. „Přenos je emoční vztah, který si vytváří klient k analytikovi (terapeutovi), vztah nepřiměřený skutečné terapeutické situaci a určovaný starými, anachronickými strukturami.“ (Sillamy, 1998, str. 165). Přenos je Freudův pojem vycházející z terapie v psychoanalýze, ale nyní je běžně užívaným a uznávaným pojmem. Cílem terapie je mimo jiné přimět klienta, aby nahlédl do svého nevědomí, ve kterém se skrývají komplexy a traumata. Tomuto procesu se klient brání a své představy, prožitky, dojmy vztahy, apod. promítá do terapeuta. V praxi s reziduálními schizofreniky je problematika přenosu spojena převážně s následujícími riziky:

- klient si do terapeuta promítá své sexuální fantazie,
- klient je vůči terapeutovi hostilní, protože terapeut je někdo, kdo je nablízku, komu může verbálně nebo i jinak ublížit a uvolnit tak své napětí,
- klient se může považovat za méněcenného, obává se, že terapeuta zdržuje nebo že plýtvá materiálem.

Všechny tyto aspekty brání kvalitní a efektivní terapii, zatěžují jak terapeuta, tak klienta. Je tedy nezbytné, aby terapeut uměl tyto situace účelně řešit.

1.2.6. Cíle arteterapie u schizofrenního onemocnění

Obecné cíle arteterapie rozlišuje Šikcová- Fabrici na individuální a sociální. Mezi individuální patří uvolnění, vizuální a verbální organizace zážitků, poznání vlastních možností, rozvoj fantazie, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí nebo konfliktů a vůbec celkový rozvoj osobnosti. Mezi sociální cíle autorka řadí vnímání druhých, navázání kontaktů, ocenění hodnoty druhých, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, apod.

Arteterapie u duševně nemocných:

1. dává příležitost sublimace negativních prožitků,
2. umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování,
3. poskytuje reálný pohled na svou nemoc,
4. nabízí vizi změn a chápání událostí i naději na vyléčení, (Šikcová-Fabrice, 2002).

Arteterapeutický proces s chronicky duševně nemocnými je dlouhodobý. Vývoj výtvarného projevu zpravidla kopíruje vývoj nemoci, proto nelze uvést, že jde výlučně o vzrůstající kvalitu výtvarného projevu, zapříčiněnou působením terapie. Pacient se mechanicky může naučit zručnosti ve zvládnání výtvarných prostředků, ale jakákoli negativní změna ve vývoji nemoci se okamžitě odrazí i na výtvarném projevu. Proto má arteterapie jedinečný diagnostický účel. Slouží ke zmapování vývoje stádií choroby, podle kreseb se dá poměrně úspěšně predikovat i nejbližší vývoj.

Cíle arteterapie u reziduálních schizofreniků žijících v ústavech sociální péče

Hlavním cílem arteterapie je stabilizovat stav klientů. Pokud je to možné, zlepšit jej. Působit pozitivně na psychický stav člověka, uvolňovat tenze, vytvářet rovnováhu mezi prožíváním a jednáním. Je žádoucí, aby se klient cítil na terapiích dobře a uvolněně. Skrze svou tvorbu může klient opět nalézt pocit jistoty a sebevědomí. Je důležité, aby pozitivní pocity z terapie dokázal přenést i na zbytek svého dne, života v ústavu.

Arteterapie by měla vnášet srozumitelný řád do životů klientů. Pravidelnost probíhajících terapií, stálí terapeuti a opakující se techniky jsou něčím, na co se klienti mohou spolehnout. Arteterapie bývá svou povahou, dobou i místem konání koncipována tak, aby simulovala normální pracovní prostředí. Tím se snaží u klientů vzbudit pocit reálného života a pocit, že jsou užiteční. Relativně pohodlný život v ústavním zařízení, emoční oploštělost, psychofarmaka a často i stárí s sebou přináší tendenci k pasivitě. Arteterapie probouzí

schizofrenní pacienty k aktivitě, pracuje s představivostí, pamětí, sociálním kontaktem i fyzickým pohybem.

Důležitým cílem je socializace klienta. Ačkoli ústav nemůže klienta donutit k participaci na terapiích, ukazuje se, že klient, který se pravidelně účastní arteterapie, přichází do styku s mnoha dalšími lidmi a tento fakt má pozitivní účinky na jeho sociální chování. Schizofrenní pacient musí být ke kontaktu s druhým člověkem téměř nucen. Nestává se často, že by sám aktivně navrhl nějakou činnost nebo vyhledal přítomnost druhých lidí. Není obvyklé, aby mezi schizofrenními klienty vznikaly spontánně dvojice nebo dokonce skupinky lidí, které spojuje společný zájem, vyjma náhodného setkání se za účelem nějaké vyhledávané aktivity (např. pití kávy, kouření,..). Vytvoření kvalitní interakce a aktivity musí častěji přicházet zvenčí.

Arteterapie je ceněná i pro svůj diagnostický účel. Ve spolupráci s psychiatrem je možné hlídat blížící se remise a ataky, podchytit je včas nebo jim dokonce předcházet. Úspěchy v této oblasti se projeví na celkovém klimatu ústavu, ovlivní rozpoložení personálu i klientů.

2. Studie klientů arteterapie v Domově Libnič

2.1. Ústav a jeho klienti

Domov Libnič se nachází v obci Libnič, v Jihočeském kraji. Od 17. stol. budova sloužila jako veřejné lázně, v roce 1949 byla přestavěna na sociální zařízení. Od té doby prošla řadou rekonstrukcí a dnes je z ní domov pro klienty, kteří vyžadují odbornou péči. V roce 2007 se ústav sloučil s ústavem sociální péče Empatie a vznikla organizace spravující tři pracoviště:

1. Domov Libnič – domov se zvláštním režimem pro lidi s chronickým duševním onemocněním.
2. Centrum sociálních služeb Empatie- pro lidi s mentálním postižením.
3. Pracoviště Mrhal – pobytové, rekondiční a aktivizační středisko.

Domov Libnič, v jehož prostorách a s jehož obyvateli výzkum probíhal, je rozčleněn do čtyř zdravotnických oddělení, dále technického oddělení a oddělení terapií. Celoročně je zde klientům poskytována komplexní ošetrovatelská a zdravotní péče. O klienty se stará praktický lékař, psychiatr, psycholog, zdravotníci, sociální pracovníce, rehabilitační pracovníci, terapeuti a další.

V současné době žije v Domově Libnič 113 klientů různých věkových kategorií, anamnéz i diagnóz, z nichž 48 má omezenou právní subjektivitu. Z celkového počtu obyvatel je klientů se schizofrenním onemocněním 70, tedy většina. Tito pacienti mají diagnostikovanou převážně reziduální schizofrenii. Průměrný věk všech klientů se pohybuje kolem 60 let. Většina z nich jsou v ústavu dlouhá léta a předpokládá se, že tam i dožijí. Zkušenosti se zájmem rodinných příslušníků jsou vesměs špatné. Rodiny často nekomunikují vůbec, pokud mají nařízeno poručnictví, pak v nezbytné minimální míře.

Ústav je vybaven pro péči o klienty, kteří jsou stabilizováni. Jsou pod pravidelným lékařským dohledem, včetně psychiatrického. Pokud situace vyžaduje náhlý odborný zásah, bývají převáženi do nemocnice v Českých Budějovicích, na psychiatrické oddělení. V případě, že klient vyžaduje speciální psychiatrickou péči, spolupracuje Domov Libnič s psychiatrickou léčebnou Dobřany, s psychiatrickou léčebnou Lnáře a výjimečně jsou klienti převáženi i do psychiatrické léčebny Jihlava.

Domov Libnič poskytuje nejrůznější druhy terapií, nalezneme zde ateliér arteterapie, keramiky, pedigu, ručních prací, výtvarný ateliér, petterapii, muzikoterapii, dílny, atd. Klientům je rovněž umožněna rehabilitace pod odborným dohledem. Ze 70 schizofrenních klientů se některých volitelných akcí účastní asi 50, necelých 30 pravidelně navštěvuje arteterapii a výtvarný ateliér.

Klienti mají pravidelně možnost organizovaných výletů do přílehlých oblastí, v létě jezdí k moři, v zimě na lyžařské pobyty. Duchovní péče je poskytována v blízkém kostele. Přijímání klientů do Domova je prováděno prostřednictvím odboru sociálních věcí a zdravotnictví KÚ. V průměru je přijímáno 10 – 15 nových klientů ročně. Pobyt si klient hradí sám, zbytek důchodu je mu proplácen. Zařízení funguje i jako denní stacionář s možností poradenství pro rodiny, pečující o podobně postižené spoluobčany. Dle výpovědi personálu je zde rodinného poradenství využíváno minimálně. Většina rodinných příslušníků, kteří zde mají trvale umístěné příbuzné, se o jejich stav zajímá především v mezích klasické medicíny a psychiatrie. Ústav je proto otevřen i zájemcům z řad široké veřejnosti a poskytuje prostor i pro získání odborné praxe, apod.

U nově přichozích klientů je nejprve snaha je co nejdříve adaptovat na nové prostředí. Mnohdy je třeba klienty znovu naučit základnímu sociálnímu a hygienickému chování. Je žádoucí, aby byl jejich stav stabilní a nehoršil se a aby se naučili dennímu režimu. S tím souvisí i přivedení klienta do terapií. Vedoucí terapií nejprve provede nového klienta po všech terapiích, které ústav nabízí a je mu umožněno, aby si vybral, chce-li se na některé z nich účastnit.

Arteterapeutický ateliér a jeho klienti

V psychoterapeutických ateliérech pracuje celkem 10 odborně vyškolených terapeutů. Terapeuti z jednotlivých ateliérů se během týdne střídají u osob imobilních a upoutaných na lůžko, jinak mají vyhrazenou místnost pro vykonávání terapie, kam klienti docházejí. Účast na psychoterapiích je dobrovolná. Psychoterapie probíhají během pracovních dnů, dopoledne a odpoledne. Při účasti klienta na psychoterapiích se zohledňuje jednak jeho zdravotní stav, diagnóza, ochota ke spolupráci i zručnost.

Výtvarný ateliér tvoří dvě místnosti, v nichž spolupracují dva až tři arteterapeuti. Většina arteterapeutů Domova Libnič dosáhla vzdělání v oboru vystudováním oboru arteterapie na pedagogické fakultě Jihočeské Univerzity. Všichni, kteří se na studiu podíleli, mají bakalářský titul z arteterapie a v oboru mají několikaletou praxi. V jedné části ateliéru se dělají koláže, maluje se a kreslí a vede jej arteterapeut. Ve druhé se prolíná arteterapie s ergoterapií, pracovní terapií. Tato druhá místnost slouží převážně jako keramická dílna, zde se tvoří, modeluje, glazuje, atd., vede jej ergoterapeut.

V Domově Libnič se s klienty na terapiích pracuje skupinově. V jedné skupině nalezneme jak mentálně postižené jedince, tak psychicky nemocné, s různými diagnózami. Podstatný je individuální přístup terapeuta k jednotlivým klientům. Psychicky nemocní vyžadují jiný přístup než mentálně postižení. V komunikaci mezi terapeutem a klientem se projeví každá odchylka v diagnóze a pochopitelně i klientova a terapeutova individualita. Terapeuti spolupracují vzájemně mezi sebou, s psychologem i lékařským personálem. Je nezbytné, aby psychoterapeutický přístup respektoval meze klienta, ale zároveň, aby je systematicky posouval dál. Psychoterapie nemá za účel jen vyplnit klientův volný čas, ale má vykazovat i určité terapeutické výsledky. Záleží však na samotném terapeutovi, jak ke své práci přistoupí, přičemž volba přístupu je částečně také dána složením skupiny (např. nakolik pracuje se skupinou jako celkem, nakolik se věnuje jednotlivcům individuálně).

Typický arteterapeutický proces vypadá následovně: nejprve se klient musí stabilizovat. Na počátku se zmatek z jeho nemoci projevuje i na papíře. Linie jsou rozpité, artefakty neucelené, náměty zmatené. Obraz překypuje detaily a „nezdravými“ kombinacemi barev. Arteterapeut musí do malby zpočátku často zasahovat a snažit se přimět klienta ke změně. Nabádá jej, kde co a jak změnit, aby byl obrázek „ozdraven“. To se děje převážně zvýrazněním linií, ukotvením předmětů, vyvážením barevných schémat a zobrazením perspektivy. Tento obecně popsáný vývoj u dvou konkrétních klientů představují kazuistiky. Později se klient ve výtvarném projevu stabilizuje a maluje naprosto volně. Tento proces může trvat i několik let pravidelného denního arteterapeutického působení. Pokud je proces úspěšný a klient je stabilizován, arteterapeut pak už do jeho práce nezasahuje, pouze jeho výtvarný projev sleduje, zdali nedochází ke změnám.

2.2. Cíl porovnávací studie

Cílem studie bylo zmapovat v přirozených podmínkách sociálního zařízení působení arteterapie na sociální chování u reziduálních schizofreniků. Ze široké škály projevů sociálního chování práce sleduje především aktivitu klienta, schopnost komunikace a sebeobsluhy. Práce se rovněž snaží postihnout emoční rozpoložení klientů ústavu. Cílem práce je ověřit hypotézu, že ve všech výše zmíněných oblastech může být arteterapie schizofrenním pacientům prospěšná. Práce se s využitím různých hodnocení snaží nalézt metodu, která nejlépe vypoví o zkoumaných životních aspektech.

2.3. Kritéria pro zařazení do skupin

Hlavní hlediska pro zařazení klienta do skupin byla diagnostikovaná reziduální schizofrenie, ochota ke spolupráci a pravidelná účast na arteterapii po dobu ne kratší než dva roky, resp. neúčast na jakékoli systematické psychoterapii.

Byl kladen důraz na pohlaví osob, aby byly skupiny v tomto aspektu co nejpodobnější. Relativně malá kapacita ústavu neumožnila vybrat klienty na základě shody ve více sledovaných aspektech. Manželský statut, počet vlastních potomků a dosažené vzdělání úzce souvisí s věkem, kdy došlo k prvním manifestaci příznaků nemoci. Všechny tyto aspekty byly sledovány proto, že vypovídají o sociálním životě pacientů se schizofrenií. Pacienti se schizofrenií se žení a vdávají méně často než je průměr v populaci. Výsledky studie Riecher-Rössler, 1991, naznačují, že dříve uzavřená manželství (převážně u osob ženského pohlaví) působí podpůrně a manifestaci prvních příznaků schizofrenie odsunují na pozdější věk, se potvrdilo pouze u žen ze skupiny B, kdy byly obě vdané a schizofrenie se u nich poprvé manifestovala ve 29, resp. 38 letech.

Kouření a počet vykouřených cigaret byl sledován proto, aby potvrdil nebo vyvrátil známé výsledky studií Hughes, 1986, a J de Leon, 1995, které potvrzují, že schizofreničtí pacienti kouří asi 3 krát častěji než je průměr v populaci.

2.4. Skupina arteterapie

Hlavní hlediska pro zařazení klienta do skupiny A byla diagnostikována reziduální schizofrenie, pravidelná účast na arteterapii po dobu ne kratší než dva roky a ochota ke spolupráci. Dalšími sledovanými faktory byly: pohlaví, skupinu tvořilo 8 mužů a 2 ženy, manželský statut a počet vlastních potomků, dosažené vzdělání, současný věk, věk při první schizofrenní atace, kouření a počet vykouřených cigaret denně.

Tabulka řadí nejprve muže, pak ženy. Jedinci jsou dále pro přehlednost řazeni v tabulce vzestupně podle věku při první schizofrenní atace.

Tab. 1. Charakteristiky klientů ze skupiny arteterapie- skupina A

pohlaví	manželský statut/ potomci	kouření/ den	ks za	vzdělán í	souč. věk/ věk při 1. atace
M	svobodný/ bezdětný	ne		-	53 / 18
M	ženatý / 1 dítě	ne		-	56 / 18
M	svobodný/ bezdětný	ano / 20		vyučen	41 / 20
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20		SŠ	45 / 21
M	svobodný/ bezdětný	ano / 10		zvláštní	52 / 30
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20		ZŠ	61 / 31
M	svobodný/ bezdětný	ano / 25		VŠ	69 / 31
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20		zvláštní	47 / 35
Ž	svobodná/ bezdětná	ne		-	33 / 24
Ž	svobodná/ bezdětná	ne		vyučena	65 / 27

2.5. Kontrolní skupina

Základním kritériem pro výběr klienta do tzv. kontrolní skupiny byla shodná diagnóza se skupinou A (reziduální schizofrenie), neúčast na jakémkoli typu systematické psychoterapeutické aktivity a ochota ke spolupráci. Větší četnost potenciálních členů této skupiny umožnila vybrat takové, kteří se sledovanými aspekty přibližovali klientům ze skupiny A. Kontrolní skupina čítala rovněž 10 klientů, 8 mužů a 2 ženy.

Tab. 2. Charakteristiky klientů kontrolní skupiny- skupina B

pohlaví	manželský statut/ potomci	kouření/ ks za den	vzdělání	souč. věk/ věk při 1. atace
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 10	vyučen	52 / 20
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20	-	22 / 20
M	ženatý/ 1 dítě	ano/ 20	vyučen	57 / 21
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 30	ZŠ	47 / 22
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20	vyučen	62 / 23
M	svobodný/ bezdětný	ano/ 20	vyučen	56 / 27
M	svobodný/ bezdětný	ano / 30	ZŠ	52 / 30
M	svobodný/ bezdětný	ano / 10	SŠ	65 / 21
Ž	2 x rozvedená/ 1 dítě	ano/ 20	vyučena	44 / 29
Ž	rozvedená/ 2 děti	ano/ 20	ZŠ	62 / 38

3. Metody

Výzkumné techniky použité v práci byly jednak založeny na subjektivní výpovědi: pacienti byli požádáni, aby zhodnotili svůj pobyt v Domově Libnič a své pocity, jednak na semiobjektivním hodnocení: ošetřující personál hodnotil sociální chování klientů na škále projevů pozorovaného chování, arteterapeut hodnotil pokrok klienta a jeho výtvarného projevu i chování při arteterapii na základě svých uměleckých a personálních zkušeností. Tyto techniky byly zvoleny proto, že vystihují nejdůležitější aspekty života, prožívání a společenského fungování schizofrenních klientů: subjektivní postoje a spokojenost pacienta s životem, pokrok v prožívání, jak se odráží v uměleckém projevu pacienta a schopnost vyhovět sociálním nárokům okolí, což vše vystihuje míru integrace klientovy osobnosti. Cílem práce bylo zhodnotit soulad výsledků všech tří užitých technik.

Výzkumná práce sleduje arteterapeutické působení a srovnává skupinu lidí, kteří jsou takovému působení vystaveni, se skupinou lidí, kteří žádnému podobnému působení vystaveni nejsou. K rozhodnutí provést výzkum tímto způsobem přispěl převážně fakt, že arteterapie je jediná souvislá a kompaktní terapie, která v ústavu probíhá. Arteterapie má své postupy a metody, díky kterým lze vyhodnotit její průběh a úspěšnost. Muzikoterapie, petterapie a podobné psychoterapeutické přístupy provozované v Domově Libnič zřejmě rovněž vypovídají o skrytých procesech klientů, ale jejich působení nelze tak názorně prokázat.

Autorka práce byla poučena vedoucí zdravotního úseku o bezpečnosti práce a etických pravidlech, jimiž se řídí pracovníci Domova Libnič. Během provádění výzkumu jsem se těmito pravidly řídila a veškerá spolupráce byla na dobrovolné bázi a byla anonymní. S prováděním výzkumu vedení ústavu souhlasilo. Doložení potvrzení o praxi v příloze č. 1.

3.1. Hodnocení sociálního chování ošetřujícím personálem

Ošetřující personál a pomocný ošetřující personál byl požádán o vyplnění dotazníku. Z ošetřujícího personálu bylo vybráno pět zdravotních sester a pět pomocnic zdravotních sester. Domov Libnič v současné době nedisponuje žádným ošetřujícím personálem

mužského pohlaví. Výběr respondentek probíhal na základě předchozí dohody s vrchní sestrou. Podmínkou zařazení do skupiny respondentek byl jejich denní kontakt s vybranými klienty a alespoň tříletá praxe v oboru práce s lidmi. Vrchní sestrou byl navržen seznam vhodných adeptek, který byl delší než deset osob, a ty byly dále oslovovány v náhodném pořadí. Výzkum byl ukončen, jakmile bylo dosaženo deseti vyplněných dotazníků.

Dotazník byl sestaven autorkou práce po konzultacích s vedoucí práce, s arteterapeutem a vrchní sestrou. Dotazník obsahuje 24 otázek a je tematicky rozčleněn na čtyři části, které se ptají na aktivitu klienta, sebeobsluhu, komunikaci a vyjadřované emoce. Škála možných odpovědí zahrnuje na 5- bodové stupnici tři mezistupně mezi polaritami *vůbec ne - velmi často*. Znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 3. Respondentky byly požádány, aby hodnocení provedly na dvou identických dotaznících, z nichž jeden obsahoval jména klientů ze skupiny A, druhý jména klientů skupiny B. Důvod, proč byli klienti zařazeni právě do dané skupiny, byl respondentkám zamlčen. Respondentky byly požádány, aby vždy hodnotily skupinu jako celek. Dotazník vyplnily anonymně.

Bylo předpokládáno, že hodnocení skupiny jako celku bude z hlediska výsledků více zkrácené než by bylo hodnocení jednotlivců. Toto řešení bylo zvoleno převážně z důvodu jeho menší časové náročnosti pro personál, který se vyplňování dotazníku věnoval ve své pracovní době.

3.2. Hodnocení pokroku klienta arteterapeutem

Arteterapeut byl nejprve požádán, aby shromáždil práce všech klientů ze skupiny A, za poslední dva roky. Následně proběhlo několik nestrukturovaných rozhovorů na téma arteterapie se schizofreniky a arteterapeutický rozbor několika náhodně vybraných prací. Po tomto úvodu do problematiky autorka práce náhodně vybrala sekvence obrázků dvou klientů skupiny A, jejichž analýza dosud neproběhla. Arteterapeut byl požádán o rozbor sekvencí obrázků těchto klientů.

3.3. Semistrukturovaný rozhovor s klienty

Každý klient účastnící se výzkumu byl požádán o rozhovor. Rozhovory se odehrávaly v době osobního volna po obědě. Pokud se rozhovor protáhl, byli klienti ze skupiny A omluveni z části terapie. Každý klient byl nejprve informován o zaručené anonymitě. Byl kladen důraz na jeho pochopení, že cokoli sdělí, zůstane tajemstvím a nebude to mít žádný vliv na jeho další pobyt v Domově Libnič. Poté byl klient tázán na řadu otázek. Byl užit semistrukturovaný rozhovor. Z rozhovorů byl veden písemný záznam.

Otázky pro účastníky arteterapie a pro členy kontrolní skupiny bez jakékoliv podpůrné psychoterapeutické aktivity se nezbytně lišily a účelem rozhovoru bylo získat představu o rozdílech v každodenním programu příslušníků těchto dvou skupin, případně o jejich prožívání života v ústavu. Seznam základních otázek pro obě skupiny je uveden v příloze č. 4.

4. Výsledky

4.1. Hodnocení sociálního chování ošetřujícím personálem – dotazník

Klienty obou skupin hodnotilo deset osob z ošetřujícího personálu. Jednalo se o pět zdravotních sester a o 5 členek pomocného zdravotnického personálu. Každá z dotazovaných zná osobně všechny klienty z obou skupin a je v denním kontaktu s většinou z nich. Polovina dotazovaných tráví s klienty více než dvě hodiny denně.

Škála odpovědí na otázky 1 – 23:

- a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

Pro účely vyhodnocení byly hodnoty: a, b, c, d, e převedeny následovně:

a=1 b=2 c=3 d=4 e=5

Sumární odpovědi na každou z otázek se pohybují v rozmezí hodnot 1- 5, přičemž čím vyšší je skóre skupiny u otázky, tím častěji se daná aktivita u skupiny vyskytovala. Poslední zobrazenou položkou v každém grafu je průměr za skupinu otázek pro daný blok. Zobrazený průměr slouží pouze pro naznačení rozdílu mezi skupinami pro daný blok otázek. Protože škála odpovědí není intervalová, není zobrazení rozdílu průměrem přesně vypovídající.

Dva poslední grafy znázorňují odpovědi personálu na otázku č. 24. S čím za Vámi klienti chodí nejčastěji?

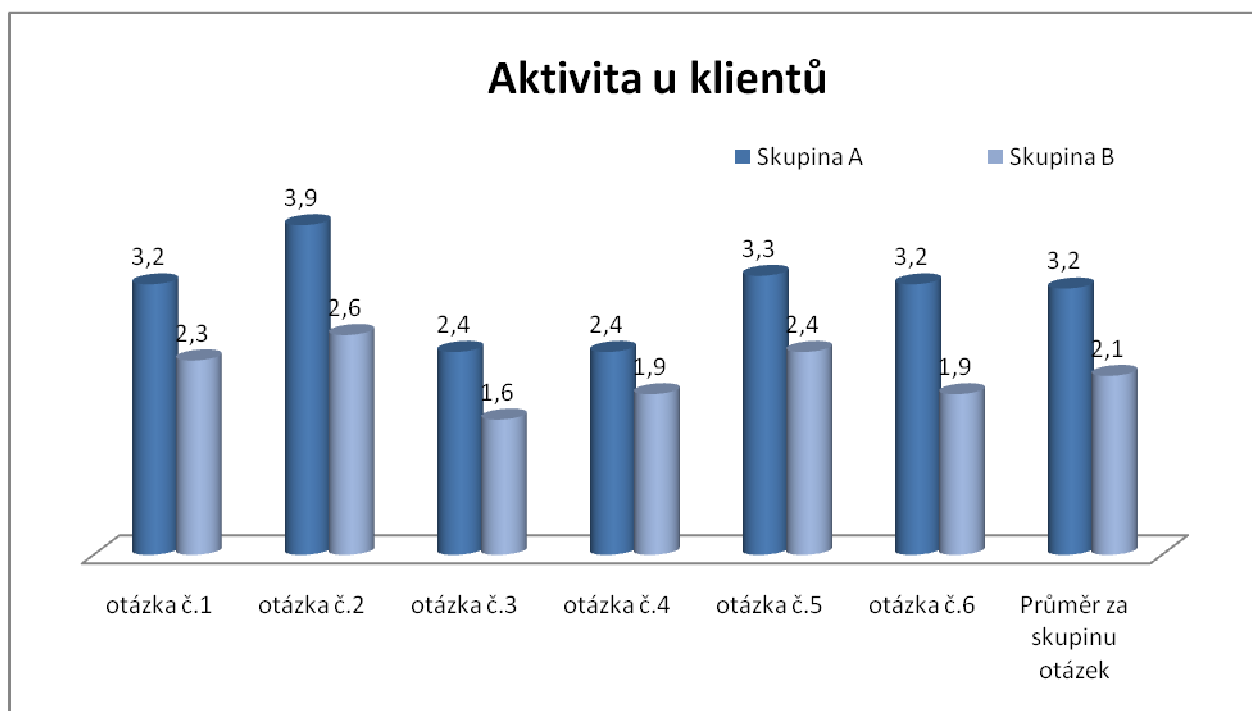
Škála odpovědí na otázku 24.:

- a. s žádostí o něco b. se stížností c. navazování společenské konverzace

Výsledky hodnocení ošetřujícím personálem jsou uvedeny v tabulce v příloze práce č. 5.

Aktivita

Graf. č. 2. Aktivní vystupování klientů Domova Libnič



Otázky:

1. Jak často Vám klienti skupiny pomáhají? (převlékání ložního prádla, odnášení talířů,...)
2. Jak často se klienti skupiny účastní dobrovolných aktivit konaných ÚSP? (Taneční večery, besídky,..)
3. Mají klienti „koníčky“, kterým se věnují ve volném čase? (Myšleno společensky pozitivně oceňované koníčky- četba, ruční práce, sport,... nikoli negativně vnímané jako kouření, pití alkoholu,..)
4. Slýcháte od klientů skupiny vlastní návrhy na aktivitu- žádosti o výlety, žádosti o dobrovolné činnosti atd.
5. Tráví klienti svůj volný čas s přáteli z ÚSP?
6. Vydávají se klienti skupiny neorganizovaně sami na výlety, návštěvy rodiny a přátel, atd.?

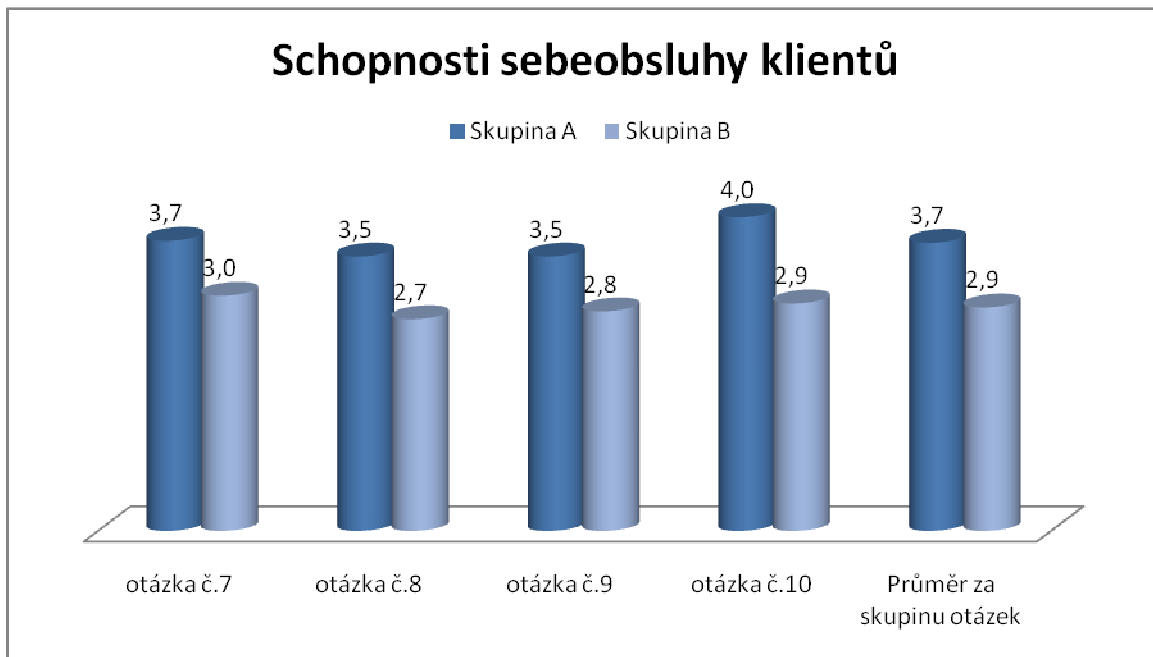
Závěry z grafu ukazují, že aktivita se dá terapeutickým působením značně ovlivnit. Mezi skupinou A a skupinou B byl zjištěn rozdíl. V průměru za celý blok otázek týkajících se aktivity jsou klienti skupiny A aktivnější o více než celý jeden stupeň. Nejmenší rozdíl mezi

skupinami je u otázky č. 4, o které by se dalo soudit, že se ze všech otázek ptá na nejvyšší míru aktivity- iniciaci aktivity. Naopak největší rozdíl mezi skupinou A a skupinou B je v otázce č. 2, rozdíl činí 1,3. Otázka se ptá na nadstandardní aktivitu probíhající v režii vedení ústavu. Ukazuje se, že klienti skupiny A tyto aktivity vyhledávají dle mínění personálu častěji.

Závěrem, klienti docházející na terapii jsou aktivnější v běžných každodenních situacích než klienti na terapii nedocházející. Mimo rámec běžných situací je tendence k větší aktivitě u skupiny A méně výrazná.

Sebeobsluha

Graf č. 3. Schopnost sebeobsluhy



Sebeobsluha:

7. Jsou klienti skupiny schopni postarat se sami o sebe z hlediska osobní hygieny?

8. Jsou klienti schopni postarat se sami o své oblečení? (adekvátní výběr, čistota,..)

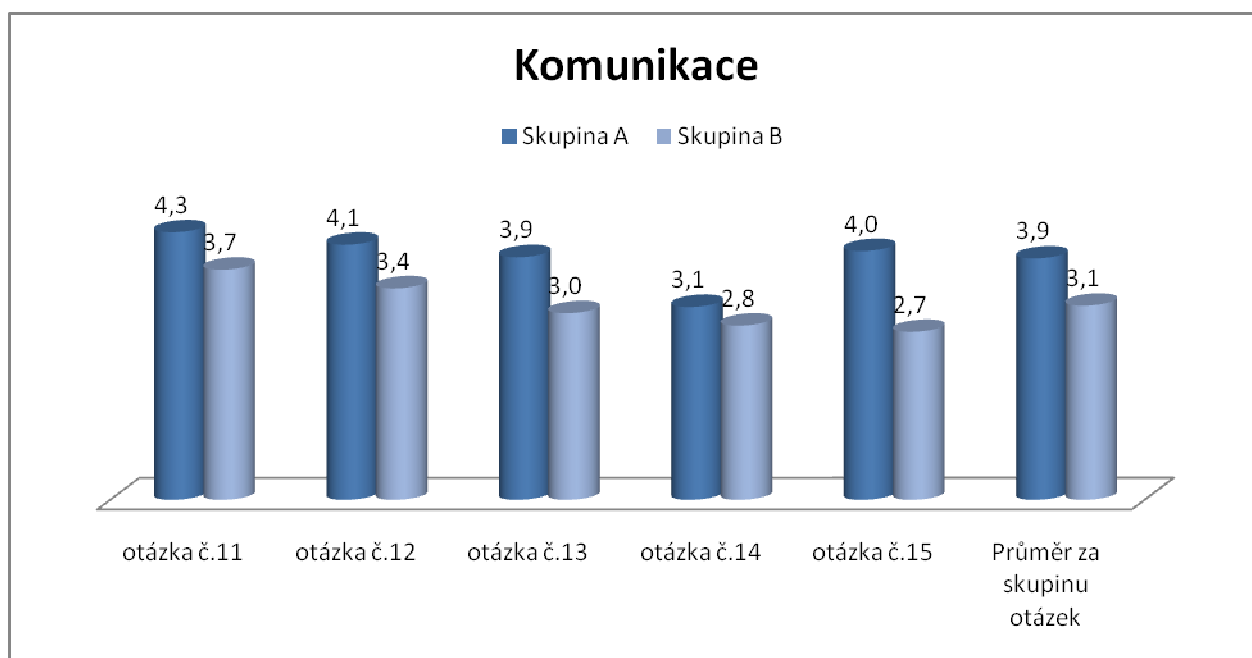
9. Jak klienti skupiny zvládají úklid osobních věcí?

10. Jsou klienti skupiny schopni hospodařit s vlastními finančními prostředky?

Závěry z otázek týkajících se sebeobsluhy ukazují na rozdíl mezi skupinami. Členové skupiny A jsou opět výše hodnoceni než klienti skupiny B, znamená to tedy jistou souvislost mezi terapií a schopností dostát běžným nárokům, které na klienty klade ústav. V průměru klienti skupiny A dosahují o 0,8 stupně více než klienti skupiny B. Největší rozdíl 1,1 je u otázky č. 10, která se ptá po schopnosti hospodařit s vlastními penězi. Klienti skupiny A se jeví jako zodpovědnější ve finančních záležitostech. Nejmenší rozdíl 0,7 stupně vykazují klienti skupin u otázek č. 7 a 9, které se ptají po úkonech běžné denní hygieny. Klienti vystaveni působení terapie se i v tomto ohledu jeví personálu úspěšněji.

Komunikace

Graf č. 4. Jak klienti komunikují



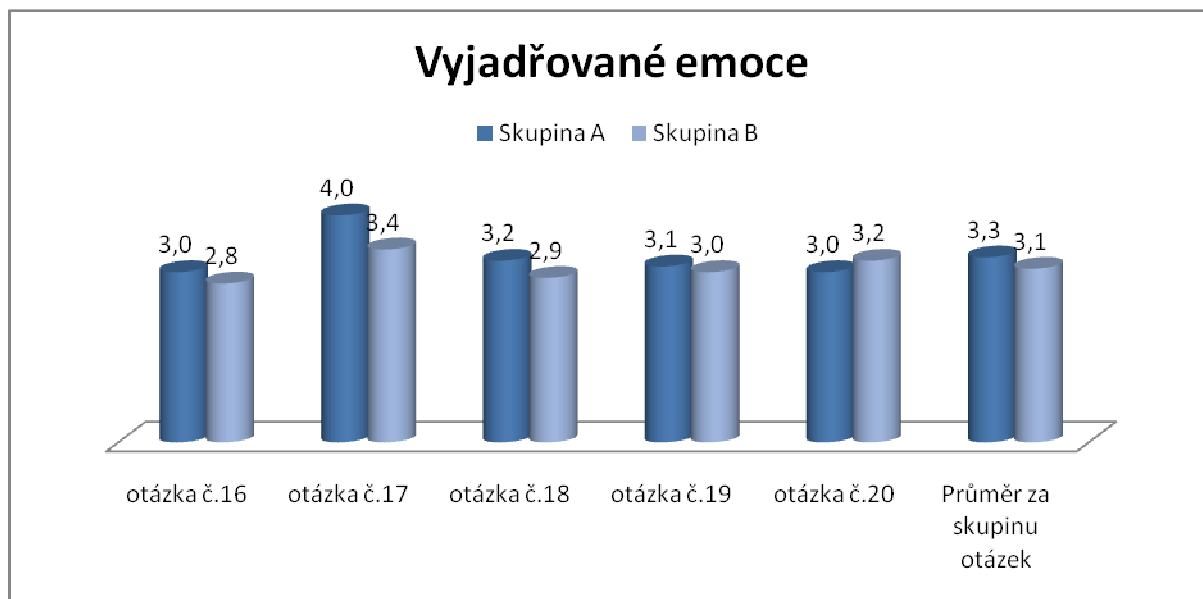
Komunikace:

11. Je klientům skupiny rozumět po stránce výslovnosti? Popř. lingvistické, gramatické?
12. Domníváte se, že klienti vždy rozumí a chápou Vaše pokyny?
13. Pozdraví Vás klient při setkání jako první?
14. Zdraví se klienti navzájem?
15. Vyprávějí Vám klienti skupiny své příběhy, zážitky?

Výsledky grafu ukazují na poměrně vysoké skóre u obou skupin. V průměru za skupinu otázek dosahuje skupina B 3,1 stupně, což je nejvyšší hodnota, které skupina B v průměru za skupinu otázek dosáhla (stejně jako u skupiny otázek „emoce“ viz následující graf). Z poměrně vysokých hodnot lze usoudit, že v dané oblasti jsou všichni klienti relativně úspěšní. Ovšem, jakmile se zaměříme na otázky pátrající po něčem jiném než je porozumění a výslovnost, dostáváme se opět k zajímavým výsledkům. Otázka č. 15 se ptá po vlastní iniciativě klientů v oblasti společenské interakce. V tomto ohledu skupina A ve výsledcích jasně převyšuje skupinu B, o celých 1,3 stupně. Závěrem, mezi skupinou A a skupinou B nejsou v oblasti verbální komunikace a gramatického nebo logopedického vyjádření velké rozdíly, rozdíl je spatřován v komunikaci jako prostředku společenské interakce.

Emoce

Graf č. 5. Vyjadřování emocí klientů Domova Libnič



Emoce:

16. Působí klienti skupiny vyrovnaným dojmem?

17. Působí členové skupiny vyrovnanějším dojmem nyní než v době, kdy byli do ÚSP přijímáni?

18. Ovládají klienti snadno své emoce?

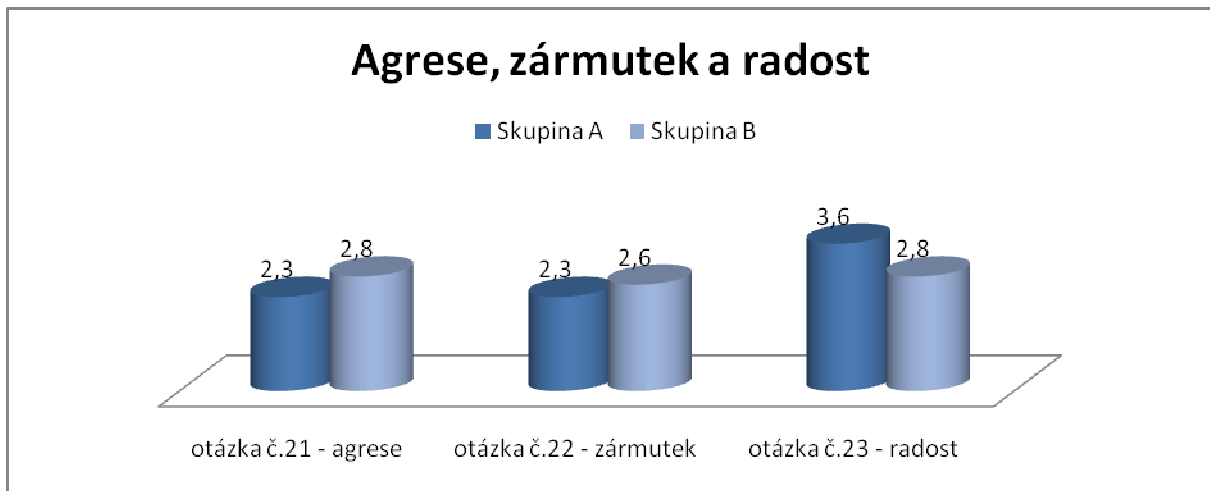
19. Vyjadřují klienti své emoce vůči Vaší osobě otevřeně, (ať už pozitivní, či negativní)?

20. Vyjadřují klienti své emoce vůči druhým obyvatelům ústavu?

V bloku otázek, který se ptal po vyrovnanosti klientů a jejich zdánlivého emočního rozpoložení dosahují obě skupiny relativně vysokých skóre. Průměr se pohybuje těsně nad hodnotou 3, která odpovídá variantě odpovědi občas. Rozdíly mezi skupinami A a B se snižují. V otázce č. 20 se skupina B dostává prvně do vyšších hodnot než skupina A o 0,2 stupně. Pokud nahlédneme do tabulky v příloze, zjistíme, že rozdíl v odpovědích tvoří čtyři rozdílné odpovědi. Dvě respondentky uvedly, že klienti skupiny A spíše nevyjadřují emoce vůči druhým obyvatelům, zatímco dvě respondentky uvedly, že klienti skupiny B emoce vyjadřují občas. Rozdíl ve výpovědích není velký, přesto lze usuzovat, že terapie zřejmě jistý vliv na ovládání pocitů má.

Snadno rozpoznatelné emoce

Graf č. 6. Tři snadno rozpoznatelné emoce



3x emoce:

21. Jak často klienti vyjadřují agresi?

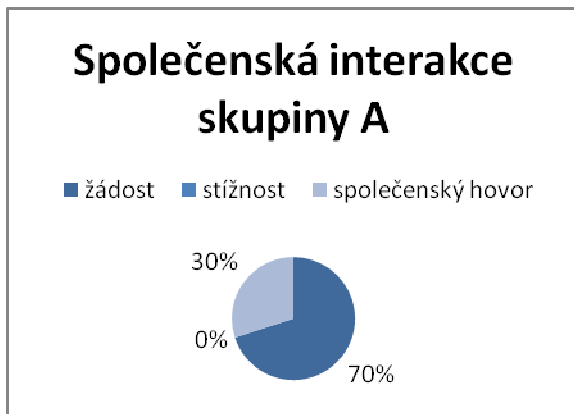
22. Jak často klienti vyjadřují zármutek?

23. Jak často klienti vyjadřují radost?

Závěry z grafu č. 6 ukazují, že arteterapie by mohla mít jistý vliv na kvalitu emočního prožívání. Klienti skupiny A více skrývají negativní pocity jako smutek a svou agresivitu snadněji ovládají, zatímco sociálně přijatelnou pozitivní emoci – radost, vyjadřují častěji než lidé, kteří se terapie neúčastní. Z výsledků nelze usuzovat na nic o pocíťovaných a uvědomovaných emocích klientů. Dotazník pátral pouze po emocích na první pohled projevovaných, pozorovatelných a snadno identifikovatelných. Skupina A zřejmě lépe koriguje vyjadřování emocí, než skupina B. Negativní emoce skupina A více tlumí a pozitivní vyjadřuje častěji.

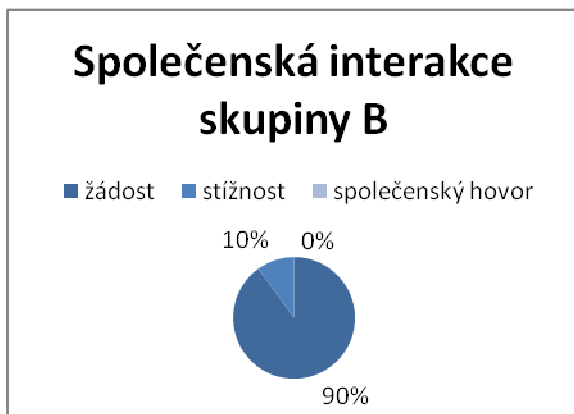
Společenská interakce skupiny A

Graf č. 7. Interakce klientů skupiny A



Společenská interakce skupiny B

Graf č. 8. Interakce klientů skupiny B



24. S čím za Vámi klienti skupiny nejčastěji přicházejí?

- a. s žádostí o něco b. se stížností c. navazování společenské konverzace

Společenská interakce byla kvůli přehlednosti vyhodnocena pro každou skupinu zvlášť. zatímco skupina A přichází za personálem ze 70% se žádostí a ze 30% s tendencí navazovat společenskou konverzaci, skupina B přichází za personálem se žádostí z 90% a z 10% se stížností. Rozdíl mezi skupinami tak tvoří 1 stížnost ve skupině B na 3 společenské konverzace ve skupině A. Ukazuje se, že terapie skutečně působí pozitivně z hlediska společenské interakce a komunikace tím, že neformálně učí klienty obvyklému společenskému chování, což jim usnadňuje další navazování společenského styku.

4.2. Hodnocení pokroku klienta arteterapeutem- kazuistiky

Klient R.T.

Výňatek z anamnézy:

Věk: 44 let

Sourozenci: ne

SA: svobodný, bezdětný

PA: gymnasium s rozšířenou výukou matematiky, 2 ročníky filosofické fakulty, 2 ročníky pravoslavné bohosloví, nedokončil ze zdravotních důvodů

Vojenská služba: ne

Návyk: 20 cigaret denně

OA: od roku 1985 sledován ambulantně na PSO, od roku 1986 11x hospitalizován PSO KN a PL Dobřany. Poslední hospitalizace v roce 2001 pro imperativní halucinace, 1x epileptický záchvat, CT mozku v normě. Sledován neurologem.

NO: od poslední doby nedošlo k podstatné změně.

Stálé diagnózy:

F205 (Reziduální schizofrenie)

J450 (Astma), I10 (Esenciální (prim.)hypertenze), G406 (Epilepsie dlouhodobě v remisi), E669 (Obesitas Gravis), E68 (Metabolický syndrom)

Antipsychotika:

HALOPERIDOL 1, 5 mg 0-0-1

SEROQUEL 200 mg 1-0-1

Obrazová kazuistika:

Pokud není uvedeno jinak, klienti malovali na volné téma. Klienti si volili použitý materiál.

Obr. č. 1. „Krajina“



Jeden z prvních obrázků klienta R.T. po příchodu do arteterapie.

Výtvarný prostředek- obrázek byl malován na volné téma krajina. Na obrázku zaujme, že je vykreslen pouhou tužkou. Tužka je ze všech výtvarných prostředků nejsnadněji ovladatelná a předvídatelná. Její volba, stejně jako úplná absence barev, by mohla vypovídat o neuróze a emoční blokaci. Klient se snaží mít nad obrázkem co největší kontrolu.

Rozvržení v prostoru- obrázek naznačuje lineární perspektivu, ovšem za cenu toho, že jednotlivé znaky nejsou provázány ani překryty (cesty nevedou nikam, domy lítají). Chybí trojrozměrnost objektů i celého obrázku. Absence perspektivy v obrázku značí absenci perspektivy životní. Pohyb v obrázku zcela chybí.

Arteterapeutickou metodou je třeba dostat do dalších obrázků barvy, prostor a celkově obrázky uvolnit, čehož by se mohlo dosáhnout použitím jiného výtvarného prostředku, ideálně vodových barev. Námět obrázku se na první pohled tváří jako příjemné přírodní prostředí, avšak ostrost s jakou jsou namalovány vrcholky hor, jejich počet a užití černé barvy zřejmě vypovídá o emočně chladném rodinném prostředí v době, kdy se klient podle psychoanalytické teorie nacházel v orální fázi, tedy v období kojeneckém (do 1. roku). Matka byla dítěti v této době pravděpodobně nedostupná, z čehož si nese následky po zbytek života.

Obr. č. 2. „Příroda“



Výtvarný prostředek- v obrázku již klient pracuje s pastelkami, které v sobě kombinují barevné možnosti a celkem přesnou kontrolu pohybu, jako tužka. Obrázek napovídá, že emoční strnulosti se klient stále ještě nezbavil. Značné množství barevných teček, které jsou vyvedeny v různých barvách, avšak s pečlivostí a pravidelností, odkazuje k neuroticismu klienta. Opakující se stereotypie jsou známkou nejistoty. Prostřednictvím stále dokola se opakujících znaků se klient utíká do světa klamné jistoty. Přes jistý úspěch v užití barev, barvy ještě nejsou voleny vhodně. Tmavě zelená je barva úzkosti a tenze. Tmavě modrá je studená, neurotická, někdy též značí únavu, pocit „vybitých baterek.“ Kombinace modré a zelené odkazuje k deprivaci, k jaké, se lze jen domnívat. Barevné ladění obrázku vyvažuje kombinace hnědé a žluté, to jsou barvy teplé a racionální.

Co se námětu týče, oválný rybník v centrické části odkazuje na obalený vnitřní konflikt, který není vyřešen. S velkou pravděpodobností jde o znázornění samotné nemoci. Kontrola nad svým kresebným projevem a uzavření se vůči vnějšímu světu se ukazuje i na linii kolem větví stromů, která je nepřírozeně ohraničuje. Plot v metafyzické části znamená uzavření se vůči vnějšímu světu. Prostor je v obrázku naznačen lineární perspektivou, artefakty se částečně překrývají.

Arteterapeutické působení se bude zaměřovat na uvolnění klienta a zvýšení jeho sebejistoty ve výtvarném projevu. Je třeba, aby se klient vyvaroval užívání stereotypních znaků, aby v krajině naznačil prostor prostřednictvím tří plánů, lépe kombinoval barvy a aby dobrovolně volil jiný výtvarný prostředek.

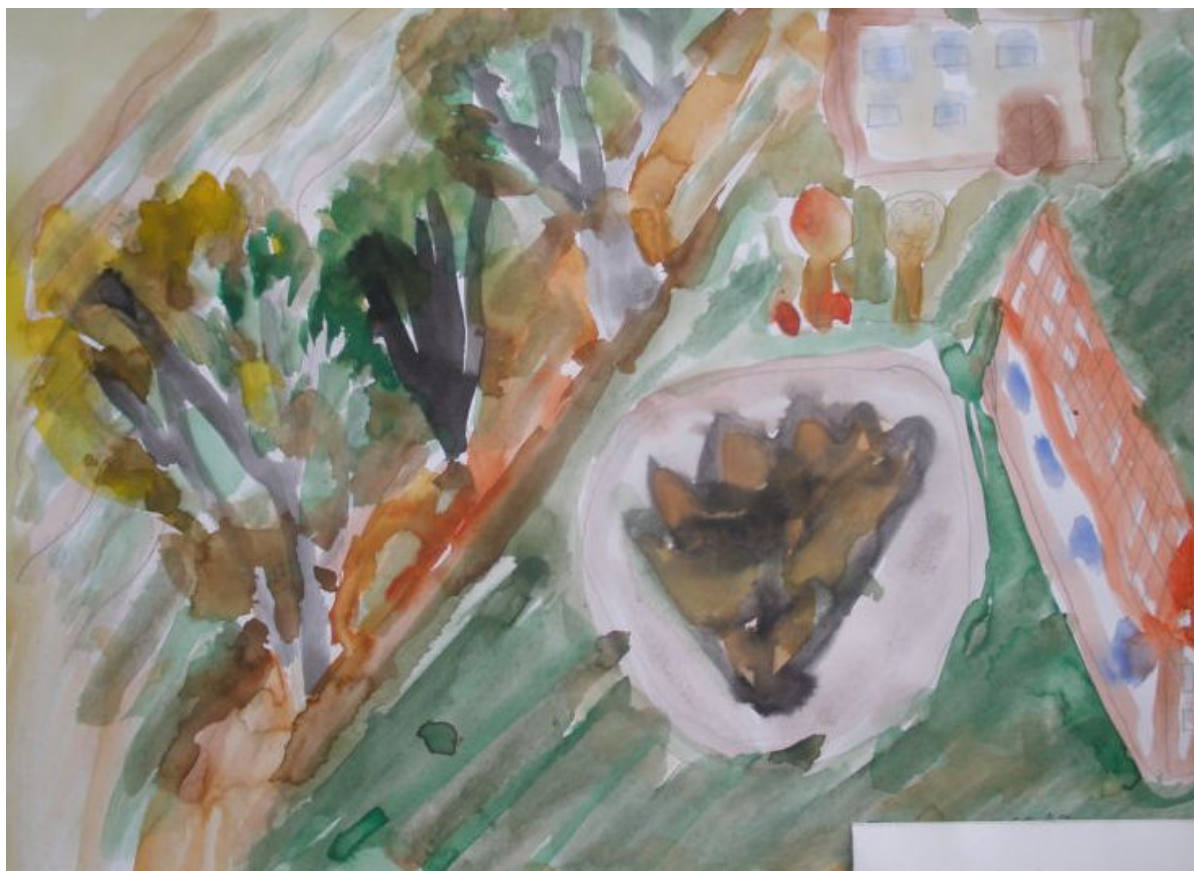
Obr. č. 3. „Smečka vlků“



Tento obrázek se tematicky vymyká z této sekvence, neboť jde o abstraktní malbu. Avšak v mnohém má podobné rysy jako předchozí obrázek. Jde o malbu pastelkami, celkem barevnou. Ovšem volené barvy ani jejich kombinace nejsou uspokojující. Hnědočervená a žlutá barevná kombinace působí teple, možná i zčásti reálně, v této konkrétní výtvarné situaci však nejde o zdravě volené barvy. Hnědočervená je ostrá, působí agresivně. Fialovomodrá barva, kterou je ztvárněný ocas, je barvou velmi nezdravou, až nekrofilní. Ocas svým ztvárněním může odkazovat na problém v análním vývojovém stádiu. Tahy byly prováděny agresivně, pevnou rukou, jsou ostré, špičaté. Obrázek samotný další pohyb nevykazuje, objekt je namalován staticky, výjimku by snad tvořily vyceněné zuby, které také působí agresivně. Tematicky jde o objekt neznámý, můžeme se jen domnívat, že může jít o objekt, ze kterého má klient strach, možná i stvůru z jeho halucinací. Zvýrazněné oko- častý námět schizofreniků, odkazující k vizuálním halucinacím a pocitům, že je někdo sleduje, ovládá jejich chování nebo jim vkládá myšlenky. Obrázek je pudově zaměřený a plný emocí, jako jsou strach a agresivita.

Arteterapeutické působení je potřebné. Klient je evidentně rozrušen, je třeba jej uklidnit a uvolnit. Je žádoucí aby arteterapeut příště volil témata, která nejsou pro klienta tak emocionálně zatěžující, např. pokračovat v krajinomalbě. Je potřeba usměrnit volené barvy, jejich odstíny i kombinace a změnit výtvarný prostředek.

Obr. č. 4. „Krajina“



Tento obrázek zaujme na první pohled velkou proměnou. V jeho hodnocení se poprvé a naposledy arteterapeut, který vede skupinu, neshodoval s hodnocením arteterapeuta-konzultanta.

Výtvarný prostředek- klient se částečně vzdává kontroly nad všemi tahy a objevuje vodové barvy, jejichž výsledný efekt je rozptýlý. Z toho se dá usuzovat, že klient získává výtvarnou sebedůvěru a tenze ustupuje. Ovšem pouze částečně, neboť v malbě domu, ve střešních taškách a okenicích je stále užitá tužka. Pohyb v obrázku chybí.

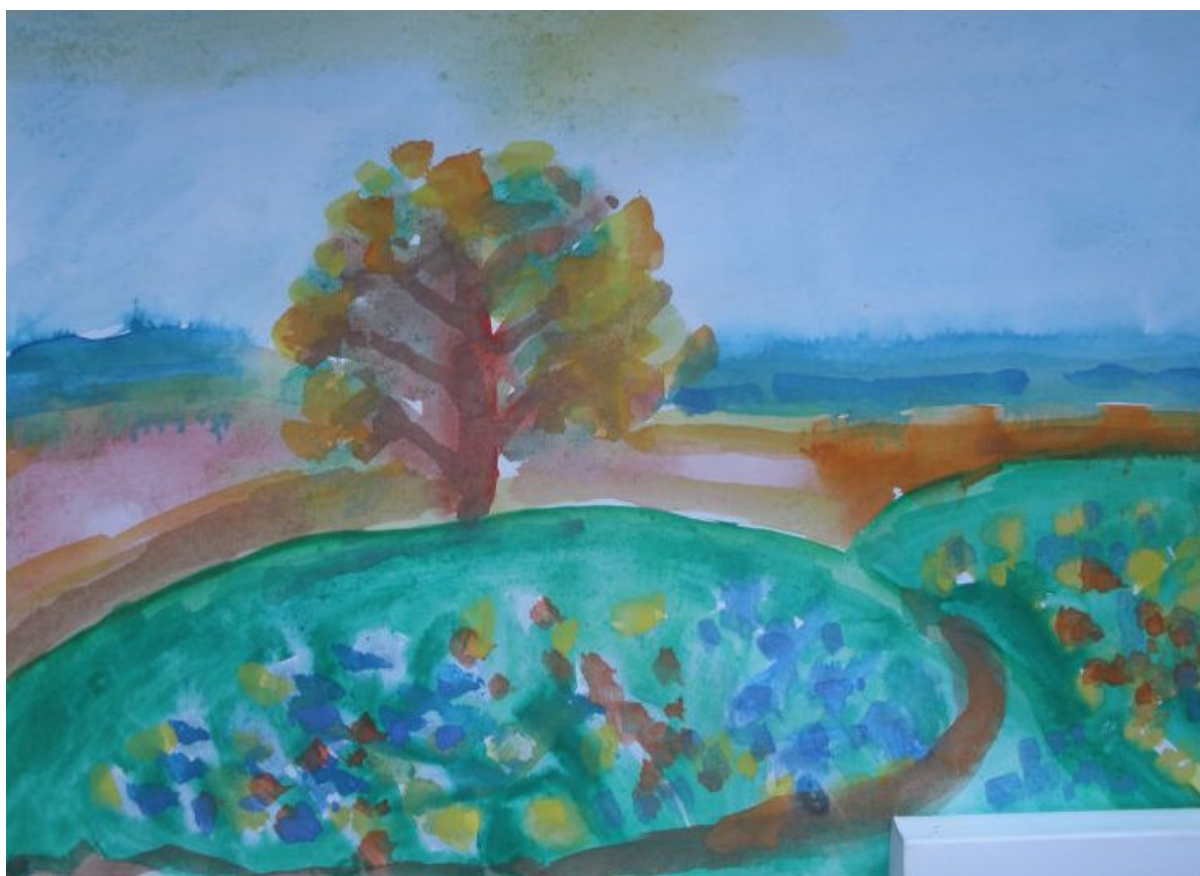
Zvolené barvy působí zdravěji, mají své základní, realistické odstíny. Červená je doplňková k zelené, modrá k oranžové, obrázek je barevně vyvážený. Stále se v obrázku vyskytuje velké množství černé barvy.

V námětu se opět setkáváme se zaobleností v centrické části, tematicky jde tentokrát o kašnu. Tento konflikt zřejmě ještě nebyl vyřešen, mohlo by jít o zobrazení prostého faktu klientova onemocnění, které se v obrázcích opouzdřuje, obaluje. Křehké nitro si klient ostražitě hlídá a brání, proto ty agresivní barvy a zaoblené tvary. Tím, že konflikt je neustále výtvarně zpracováván, napomáhá se jeho řešení, resp. vyrovnání se s ním, což naznačuje i pojetí perspektivy.

Arteterapeut konzultant: „Pohled shora v arteterapii může značit jistý nadhled, který se může odrážet i v životě. Celkový výtvarný projev působí více uvolněně než v předchozích obrázcích. Pravděpodobně se klient postupně se svou situací vyrovnává. Arteterapeutickým působením je třeba zpracovat na klientově pojetí prostoru a dále zdokonalovat zacházení s vodovými barvami.“

Vedoucí arteterapeut: „Rozvržení v prostoru- obrázek je sklopen do půdorysu. Nevyskytuje se v něm žádné nebe, tedy metafyzická část. Je orientován na zem, pudově. Se sklápěním do půdorysu, s tzv. ptačí perspektivou se často setkáme v malbách egocentrických osobností, protože výtvarně jde o nevyzrálé zobrazení, které odpovídá věku asi 3 let. Klient je zaměřen na uspokojování svých bezprostředních potřeb a o jakémsi nadhledu nemůže být řeč. Nyní je třeba klienta dále uvolňovat, zbavit výtvarný projev tužky a pastelky a usměrnit pojetí prostoru.“

Obr. č. 5. „Krajina“



Tento obrázek slouží jako ukázka úspěšného léčebného a terapeutického procesu.

Výtvarný prostředek- klient získal sebejistotu v užití vodových barev, výtvarný projev je relativně uvolněný. Rozpíjení vyjadřuje naučenou dovednost „nechat věci plavat“ a žít život takový, jaký je.

Rozvržení v prostoru- v obrázku vidíme všechny tři plány, které jsou velmi realistické. Prostor je naznačen jak užitím stínu, tak jednotlivými znaky, které se překrývají- kopce, listí stromu. Perspektiva je pak umocněna kroucí se cestou a správným užitím barev. Teplé, realistické barvy v obrázku vystupují do popředí, studené, snové barvy ustupují do pozadí, které tím prohlubují. V centrické části obrázku, kde dříve býval opouzdřený problém, nyní vidíme zdravý strom.

Arteterapie se bude nadále snažit klienta uvolnit až do úplného odstranění neurotických výtvarných projevů (ztvárnění lučního kvítí). Klient však ušel kus cesty. Byť ze své nemoci zřejmě nebude nikdy vyléčen, arteterapeutický rozbor ukazuje, že minimálně jeho subjektivní stránka je na tom lépe než dřív a jeho vnitřní pocity se výrazně zklidnily, ustálily a snad i zkvalitnily.

Klient M. K.

Výňatek z anamnézy:

Věk: 60 let

Sourozenci: 2 bratři

SA: svobodný, 1 nemanželské dítě

PA: základní vzdělání, vyučen slévačem

Vojenská služba: ano, přerušena pro hypertensi

Návyk: 20 balených cigaret

OA: roku 1969 hypertenze, od roku 1979 prvně psychiatricky léčen, od roku 1980 opakovaná hospitalizace PL Bohnice, konflikt s policií, byla mu nařízena ústavní léčba. Poslední hospitalizace v PL Bohnicích v roce 1990.

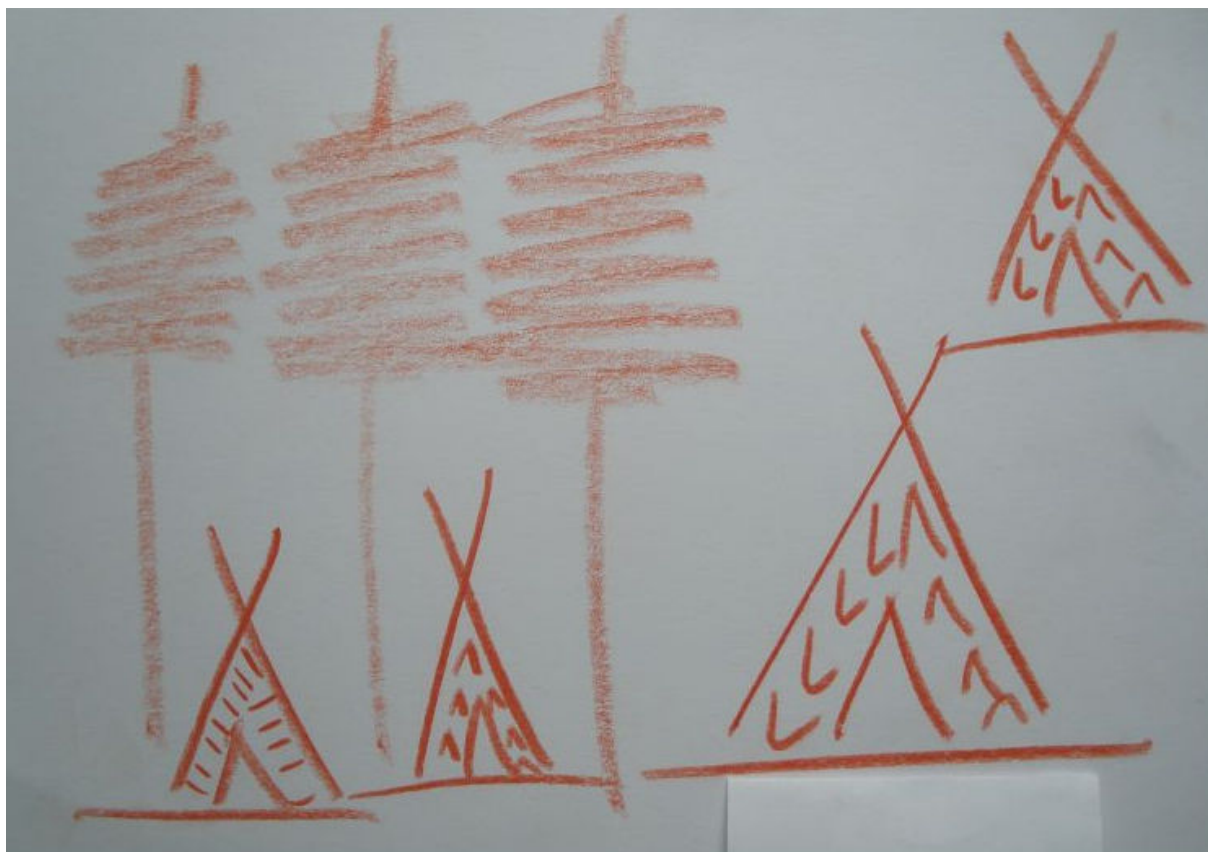
Stálé diagnózy:

F205 (Reziduální schizofrenie)

I10 (Esenciální hypertenze), J42 (Kuřácká bronchitis), K700 (Ethyl steatofibrosa), E 68 (Metabolický syndrom)

Obrazová kazuistika:

Obr. č. 1. „Červené stany“



Výtvarný prostředek- obrázek byl nakreslen voskovým pastelem, který kombinuje barevné možnosti s relativní přesností.

Rozvržení v prostoru- kresebný projev klienta je v tomto obrázku plochý, chybí jakákoli perspektiva. Jednotlivé formy se neprolínají, nepřekrývají ani spolu vzájemně nesouvisí. Znázornění je symbolické. Chybí jakýkoli pohyb nebo tématická provázanost. Chudost výtvarného projevu a pouze jediná barva značí emoční neangažovanost, obrázek svým tématem žádné emoce nevyjadřuje. Linie jsou ostré, tvary špičaté, což může odkazovat k agresivitě a nevyrovnanosti autora, o které vypovídá i agresivní červená barva.

Arteterapeutickou metodou je potřeba dostat do dalších obrázků barvy, emoce a perspektivu. Je žádoucí, aby si byl klient v budoucnosti svým kresebným projevem jistější a pokud možno, aby získal v malování zálibu.

Obr. č. 2. „Krajina“



Výtvarný prostředek- v obrázku se kombinují voskové pastely a fixy. Fixy jsou pro malbu zcela nevhodné, protože neumožňují žádnou další práci s barvami jako míchání, stínování, apod. Jejich použití vypovídá o neurotické potřebě absolutní kontroly nad obrázkem.

Rozvržení v prostoru- zrcadlová kompozice je pro psychotiky typická. Vyjadřuje zmatené povědomí o prostoru. V obrázku vidíme náznak perspektivy prostřednictvím 2. plánu – kopce. Vzájemná provázanost objektů na obrázku vykazuje zlepšení (kopce, slunce). Nadbytek černé barvy odkazuje ke smutku, depresi, agresivitě. V souvislosti se zaoblenými kopci pravděpodobně opět odráží mateřskou deprivaci klienta v jeho raném dětství.

Barevně není obrázek vyvážený. Černá se žlutou je kontrastní kombinace, která je dynamická, agresivní a nezdravá. Náznak povědomosti o realitě odráží žluté slunce a domy. Agresivními tahy a hnědou barvou ztvárněný dým vypovídá o dalším možném problému ve Freudově anální vývojové fázi, která odpovídá batolecímu věku (1 – 3 roky dítěte). Více užitých barev prokazuje lehké zlepšení klientova vnímání, nicméně barevné kombinace jsou studené, syrové a kontrastní.

Arteterapeutickou metodou je potřeba rozvolnit klientův výtvarný projev, změnit výtvarný prostředek, zapracovat na užitých barvách a pojetí prostoru.

Obr. č. 3. „Lodě“



Výtvarný prostředek- obrázek byl namalován voskovým pastelem. Klient opustil rigiditu fixů a pastelem rozvolnil výtvarný projev.

Rozvržení v prostoru- v obrázku se již vyskytují 2 plány: 1. plán představují lodě v popředí, 2. kopce v pozadí.

Tahy jsou sebejisté, ale strnulé a agresivní. Nadměrné užití černé a tmavě modré barvy, odkazuje k nevoli komunikovat a izolaci od kolektivu. V době malování tohoto obrázku zřejmě existuje mezi terapeuty jen málo lidí, ke kterým má klient důvěru a kterým se „otevře.“ Obrázek jako celek vykazuje, že byl malován s napětím a úzkostí. Výtvarný projev je nevyspělý, zobrazené postavy, jsou namalovány schématicky, tedy výtvarným vyjádřením typickým pro tříleté děti.

Siluetu postav se překrývají a namalovaná úhlopříčka vnáší do obrázku pohyb, stejně jako plující ryby. Rovněž jde o jeden z mála obrázků, ve kterých se vyskytují lidské postavy. Schizofreničtí pacienti jsou většinou uzavřeni ve vlastním světě, ve kterém není místo pro ostatní lidi. Bývají málo společenští a komunikativní. Proto se postavy v jejich obrazech prakticky nevyskytují. Z přítomnosti postav a pohybu v obrázku usuzujeme na celkovém zlepšení klientova stavu. Nadále je třeba pracovat na uvolnění výtvarného projevu, perspektivě i kombinaci barev.

Obr. č. 4. „Holandská malba“



(Obrázek byl namalován podle vzoru, který byl klientovi ukázán na několik desítek vteřin. Klient tak současně procvičoval svou vizuální paměť – pozn. aut.)

Výtvarný prostředek- v obrázku klient kombinuje voskové pastely a temperové barvy. Pastely stále udržují částečnou kontrolu nad obrázkem, temperové barvy obrázek naopak uvolňují.

Rozvržení v prostoru- v obrázku vidíme všechny 3. plány: na 1. plánu je v popředí obrázku kostel, 2. plán tvoří loď a 3. plánem jsou kopce a domy na horizontu. K prohloubení obrázku a celkové perspektivě přispívá i zobrazení stínů. Obrázek poměrně úspěšně odráží realitu, jak svým prostorovým rozvržením, tak znázorněným pohybem (loď, vítr), ale i barvami. Přestože barevné rozvržení ještě není úplně v pořádku (nadbytek černé a modré), objevují se zde i dříve nepoužívané barvy a jejich komplementární kombinace.

Arteterapie se nadále zaměří na uvolňování klienta, které by mělo vyústit v úplné oproštění se od pastelů a výtvarných prostředků podobných vlastností. Terapie bude podporovat malování v základních barevných odstínech a užití doplňkových barev. Z obrázků by se měl vytratit nadbytek tmavě modré barvy, která je pasivní a unavená. Klient evidentně potřebuje rozveselit a dodat chuť do života. Celkově obrázek vyznívá svěže, poměrně realisticky a v souvislosti s předchozími obrázky lze terapeutický proces prozatím vyhodnotit jako relativně úspěšný.

4.3. Semistrukturovaný rozhovor s klienty

Rozhovory se samotnými klienty přinesly informace, které potvrzují výsledky z dotazníkového šetření.

Skupiny lidí se na první pohled mezi sebou co se otevřenosti a upřímnosti příliš nelišily. Našli se lidé z obou skupin, kteří neměli zájem jakkoli verbálně komunikovat, na druhé straně se našli tací, kteří se pilně snažili odpovědět na každou otázku. Lidé se jevíli jako souhrn individualit, dle jejich výpovědí se nedalo předem odhadnout, do jaké výzkumné skupiny byli zařazeni. Z oslovených dvaceti lidí, o kterých výzkum pojednával, odmítli rozhovor 3, z nichž všichni náleželi do skupiny B. Dalších 7 (4 ze skupiny A a 3 ze skupiny B) osob s rozhovorem souhlasilo, ale odpovědi těchto klientů byly z nejrůznějších důvodů nevyhovující. Někteří mlčeli, jiní mluvili nesouvisle a další opakovali jednu informaci stále dokola. K rozhovorům tohoto typu byl po několika minutách zavolán ošetřující personál nebo terapeut ve snaze navázat smysluplný rozhovor. Ale až na jeden případ extrémně ostýchavé ženy, která posléze začala komunikovat s terapeutkou, nevedla asistence personálu k větším výsledkům. Zbýlých 10 lidí komunikovalo poměrně dobře. Zdálo se, že otázkám rozumějí, i když ne vždy na ně dokázali adekvátně odpovědět.

Z 10 klientů účastnících se arteterapií 3 uvedli, že je terapie baví, 4 vypovídali ve smyslu, že stejně není co jiného dělat. Lidé, kteří se terapií neúčastní, odpovídali místo toho na otázky z okruhu- volný čas. Jako důvody neúčasti na terapiích nejčastěji uváděli, svůj nezájem. Častou náplní jejich dne je procházení se po areálu a okolí, kouření a pití kávy. Okruh socializace a aktivita byl zodpovídan velmi podobně, většina uváděla, že má jednoho přítele, nejčastěji spolubydlícího na pokoji. Často se vyskytovala i odpověď, že nemají ani jednoho přítele. Výlety a speciální akce jsou oblíbené převážně u aktivnější skupiny A, z níž 2 klienti vypověděli, že se dobrovolně neúčastní podobných akcí, oproti 6 klientům ze skupiny B. Jako důvody byly nejčastěji uváděny zdravotní obtíže a psychické rozpoložení. Na otázky z okruhu sebeobsluhy všichni věděli, kdy dostávají peníze a většina i správně odpověděla, co mají dělat ráno a před spaním. Na otázky z okruhu emocí často vypovídali obě skupiny podobně. Nikdo nevyověděl, že by pro něho byla silným emočním zážitkem návštěva terapií. Naopak silným emočním zážitkem byla shodně uváděna návštěva rodiny a příbuzných, dále

Vánoce nebo narozeniny. Ze všech profesí se klienti nejčastěji svěřovali psychiatrovi a terapeutům při psychoterapiích.

Rozhovor s velkým množstvím schizofrenních lidí je zajímavá zkušenost, nicméně výsledky rozhovorů nepotvrzují uměle vytvořenou stratifikaci do skupin. Každý z klientů byl individuální, každý měl jiný názor a jiné důvody. Onemocnění, vyšší věk a užívané medikamenty zřejmě snižují jak jejich emoční prožívání, tak aktivitu a zájem. Z přímých výpovědí nelze usuzovat, že by arteterapie měla na výše zmíněné aspekty života jednoznačně pozitivní vliv.

5. Diskuse

Komunikace se schizofrenními klienty je svízelná. Někteří z nich jsou sice aktivní a vítají nové nápady a přístupy, ale velká většina z nich už na zajímavý život rezignovala. Svou nemoc si vesměs uvědomují, často je trápí příznaky a vedlejší účinky léků, mnohdy je také omezuje samotný proces stárnutí, který je v jistém slova smyslu uspíšen chorobou. Dlouhodobý pobyt v ústavu a povaha jejich onemocnění se, přes veškerou snahu personálu, rovněž podepsaly na jejich emocionálním prožívání. Většina schizofrenních pacientů jsou depresivní a vzbudit v nich nějaký zájem je obtížné. Přesto se jednotlivci mezi sebou liší, někteří působí aktivněji a radostněji než jiní.

Specifikace komunikace se schizofrenním pacientem vyplývá především z jeho emoční oploštělosti. Zkušenost napovídá, že schizofreničtí pacienti emoce mají a dokonce některé z nich vnitřně hluboce prožívají. Často i drobná narážka v nich údajně dokáže vzbudit pocit křivdy nebo ohrožení, což může mít za následek jejich následné uzavření se do sebe, buď vůči dotyčnému člověku, nebo vůči všem. Získat si jejich důvěru, která je pro vzájemnou komunikaci zásadní, není snadné. Schizofrenici mají zvýšenou potřebu se neustále znovu a znovu ujišťovat, že člověku mohou věřit. Někteří z klientů otevřeně komunikují jen s vybranými jedinci, např. terapeutky nebo zdravotními sestrami. Většinou s lidmi, se kterými jsou v denním kontaktu a v jejich blízkosti se cítí bezpečně. Avšak mezi klienty jsou i tací, kteří mají problém komunikovat s kýmkoli a většinou preferují komunikovat minimálně nebo vůbec. Někteří jsou jakoby uzavřeni ve svém vnitřním světě a pro laika je obtížné zachytit, kolik faktorů z našeho vnějšího světa k nim skutečně proniká. Tento fakt komplikoval i výzkumnou část této práce. Ačkoli jsem docházela do Domova Libnič nárazově po dobu dvou let, stále jsem byla pro klienty cizincem, kterému občas měli problémy se svěřit.

Dalším faktorem, který komplikuje komunikaci je používání výrazů z pacientových představ, hlasů a halucinací nebo vymyšlení vlastních slov. Někdy se tato slova opakují, jindy nikoli. Pokud se opakují, je jistá šance, že personál nakonec význam novotvaru odhalí a komunikace se pak usnadní. Zákazy a příkazy ze zkušenosti na klienty mnohdy neplatí. Upřednostňují pocit, že mají na výběr. Každodenní komunikace se odehrává na bázi nabídky, smlouvání a přemlouvání. Protože inteligence se nemocí výrazně nezhoršuje, jsou si klienti své situace často plně vědomi a dokáží toho i využít. Například přimět je k nutnému, ale

neoblíbené činnosti, je problematické. Někdy stačí prosba, jindy logické zdůvodnění, někdy je nutné uchýlit se k „úplatku“ v podobě reklamního předmětu, apod.

Všechny tyto aspekty komplikovali výzkumnou část práce, a především semistrukturované rozhovory byly těmito aspekty velmi ovlivněny. Z tohoto důvodu se domnívám, že výsledky z dotazníků a kazuistik mají v této situaci větší výpovědní hodnotu. Výsledky zjištěné pomocí zbylých dvou metod mají rovněž svá negativa. U dotazníkového šetření hodnotím dvě skupiny lidí jako celek, což situaci komplikuje a výsledky zkresluje. Ponaučením je, že by bylo vhodné příště hodnotit jednotlivce, ne skupiny, získat odpovědi od většího počtu respondentů a zavést účastníky jiné psychoterapie jako kontrolní skupinu. Obrazová kazuistika je závislá na výkladu hodnotícího arteterapeuta. Možným zkreslením jsem se snažila předejít především volbou vyškoleného arteterapeuta a dále doprovodnými konzultacemi s druhým, nezaujatým profesionálním arteterapeutem.

Z hlediska arteterapeutického působení je v ústavu veliký potenciál pro změny. Velikost skupin a fakt, že se jeden terapeut věnuje deseti až patnácti klientům, kteří mají diametrálně odlišné potřeby a vyžadují jiné zacházení, není ideální. Dalším problémem je fakt, že arteterapie jako terapeutická metoda je v České republice teprve rozvíjející se obor a čerpá inspiraci z výzkumů, probíhajících převážně v angloamerických zemích. Obzvláště ve Velké Británii a Spojených Státech Amerických se arteterapie jako vedlejší léčebná metoda pro schizofreniky používá již několik desetiletí. Na druhou stranu, i zahraniční studie se zdráhají vyslovit jasný závěr, protože většina z nich se shoduje, že na tomto poli bylo provedeno jen malé množství relevantních výzkumů (Ruddy, Milnes, 2002) Nedostatek aktuální literatury v češtině pochopitelně rozvoj této techniky dále zpomaluje.

Téma výtvarného vyjádření u reziduálních schizofreniků se jeví jako vhodné pro další výzkum. Bylo by zajímavé prozkoumat hlouběji výtvarné vyjádření schizofrenního pacienta s jedním zainteresovaným arteterapeutem. Tento návrh měl v Domově Libnič pozitivní ohlasy, avšak k realizaci je zatím daleko. V této oblasti vidím široké možnosti rozvíjení spolupráce i možnosti dalšího výzkumu.

6. Shrnutí

Arteterapie jako pomocná terapeutická metoda se v léčbě dospělých schizofreniků u nás využívá zatím krátce. V České republice chybí výzkumné práce, které by hodnotily její úspěšnost, dokonce i v západním světě je tematicky zaměřené literatury a výzkumů jen poskrovnu. Základní teze této práce, předpoklad, že arteterapie může být pro schizofreniky přínosná, se potvrdila. Práce byla dále zaměřena na důsledky této terapeutické metody v sociálním chování. V konkrétním stacionáři pro schizofrenní klienty, kde probíhají arteterapie, byly s diagnostikovanou reziduální schizofrenií vybrány dvě skupiny klientů. První skupina, čítající 10 klientů, se pravidelně arteterapie účastní po dobu delší než dva roky a druhá skupina, čítající rovněž 10 klientů, kteří se žádných terapií neúčastní. Tyto dvě skupiny byly srovnávány na základě:

1. subjektivních výpovědí,
2. výpovědi ošetřujícího personálu, který je s nimi v denním kontaktu,
3. analýzy výtvarných prací a výpovědi arteterapeuta.

Jedná se o oblast, která je obtížně měřitelná a skórovatelná, přesto užití metody jisté informace poskytly:

Personál vypověděl, že docházející klienti jsou díky neustálé interakci s terapeutem i ostatními klienty hovornější a ve slovním projevu méně zablokovaní. Výpověď potvrdila, že klienti docházející na arteterapii jsou v aktivitě, sebeobsluze a komunikaci téměř o 25 % úspěšnější, než klienti, kteří nejsou vystaveni žádnému psychoterapeutickému působení. Psychoterapeutické působení se zdá mít mnohem menší vliv u ovlivňování emočního prožívání a vyjadřování emocí. Ukázalo se, že obě skupiny jsou v této oblasti velmi vyrovnané, s malým pozitivním příklonem u skupiny na terapii docházející.

Na dvou kazuistikách náhodně vybraných jedinců byl ukázán pozitivní vliv arteterapie. Nalézt sekvenci obrázků vypovídající o opaku se nepodařilo, arteterapie se z tohoto pohledu jeví jako úspěšná metoda.

Práce rovněž hodnotila subjektivní výpovědi klientů, na jejichž základě lze potvrdit pozitivní vliv arteterapie jako pomocné terapeutické metody jen velmi složitě. Klienti nemají

dostatečný nadhled, aby dokázali zhodnotit vliv arteterapie na své sociální chování. Klienti ze skupiny A však často vypovídali o subjektivním pocitu úlevy, radosti a uspokojení, který jim tato terapie přináší a také pozitivně hodnotili arteterapii jako smysluplnou náplň dne.

Získané závěry z této studie naznačují terapeutické a socializační možnosti arteterapeutické techniky u reziduálních schizofreniků žijících v ústavní péči.

7. Seznam užité literatury

- ATKINSON, Rita, et al. *Psychologie*. Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
- CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi : Skupinové výtvarně- terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. Janotová, Slavík. Praha : Portál, c1998. 199 s. ISBN 8071782041.
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba : Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2007. 104 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 21. ISBN 9788073451141.
- CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc : Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 84 s. ISBN 80-201-0050-4.
- JEBAVÁ, Jana. *Úvod do arteterapie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 95 s., obr. příl. ISBN 8071843946.
- LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 300 s. ISBN 0807863.
- LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. Praha : Psychiatrické centrum, 1990. 134 s. ISBN 8085121131.
- MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie : Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha : Galén, c2004. 437 s. ISBN 8072622773.
- MUNRO, Donnie, et al. *Starting from Scratch*. Joice Laing, Peter Byrne. 1st edition. Edinburgh : Edinburgh Press, c1996. 137 s. ISBN 0950985619.
- NĚMCOVÁ, Marcela. *Co víme o duševních nemocech*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1975. 181 s. ISBN 0806275.
- *Objevte cestu, jak jít dál : Podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. R. Elgie; Richard Rokyta. 1. vyd. Praha : Tigris, c2004. 100 s. ISBN 8090375022
- RIEDEL, Ingrid. *Obrazy v terapii, umění a náboženství : interpretace obrazů z pohledu hlubinné psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 174 s., obr. příl. Spektrum. ISBN 8071785318.
- SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Irena Strossová. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, c2001. 246 s. ISBN 8024402491.
- STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. 2. vyd. Praha : Portál, c2007. 232 s. ISBN 978-80-7367-282-9.

- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha : Mladá fronta, c1974. 168 s. Most; sv. 15. ISBN 23-037-77.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. 1. vyd. [s.l.] : Nakladatelství Československé akademie věd, 1965. 99 s. ISBN 2191065.
- ŠIKCOVÁ- FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 8071786160.
- WALLER, Diane. *Becoming a profession : the History of Art Therapy in Britain 1940- 82*. London : Routledge, c1991. 290 s. ISBN 0415025818.
- VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. vyd. Praha : Grada, c2004. 340 s. ISBN 80-247-0723.
- YEOMANS, Frank, SELZER, Michael, CLARKIN, John. *Treating the Borderline Patient : A Contract- based Approach*. 1st edition. New York : Basic Books, 1992. 210 s. ISBN 0465087450.

Elektronické zdroje:

- *Arteterapie* [online]. c2005 [cit. 2009-07-30]. Text v češtině. Dostupný z WWW:

<<http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie><=0>.
- DE LEON, J., et al. Schizophrenia and smoking an epidemiological survey in a state hospital:. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 1995, no. 152 [cit. 2009-09-07], s. 453-455. Dostupný z WWW:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/152/3/453?ijkey=2fbac8dedde5128607b01e15836addc5662dd7fd&keytype2=tf_ipsecsha>.
- HUGHES, JR, et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 1986, no. 143 [cit. 2009-08-06], s. 993-997. Dostupný z WWW:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/143/8/993?ijkey=454a869eaf53c23df8c267de4d35d0d56203fb1&keytype2=tf_ipsecsha>.
- *MKN-10 : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České

- republiky, 2009 , 2009/1/12 [cit. 2009-08-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
- RABOCH, Jiří, et al. *Schizofrenie* [online]. [2008] [cit. 2009-08-17]. Český. Dostupný z WWW: <<http://www.lfl.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/>>.
 - RATCLIFF, Jason. *Schizophrenia and Human Nature* [online]. c2002 [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.angelhaunt.net/schizophrenia/sandhn.htm>>.
 - RIECHER-RÖSSLER, Anita, et al. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? : Some remarks on the difficulties and pitfalls in the systematic testing of a "simple" question. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 1992, no. 27 [cit. 2009-09-09],s.122-128.
Dostupný z WWW: <<http://www.springerlink.com/content/x40w821568052242/>>.
 - RUDDY, Rachel, MILNES, David. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2005, no. 4 [cit. 2009-07-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003728/frame.html>>.

8. Přílohy

Příloha č. 1

Povolení k práci, resp. záznam o provedení praxe a Domov Libnič

(Všechny fotografie použité v této práci jsou volně dostupné na webových stránkách ústavu, který má souhlas vyobrazených osob ke zveřejnění fotografií. Fotografie byly staženy z webové stránky: http://www.domovlibnic.cz/_libnic/index.html.)

Domov Libnič:



Ateliér arteterapie:

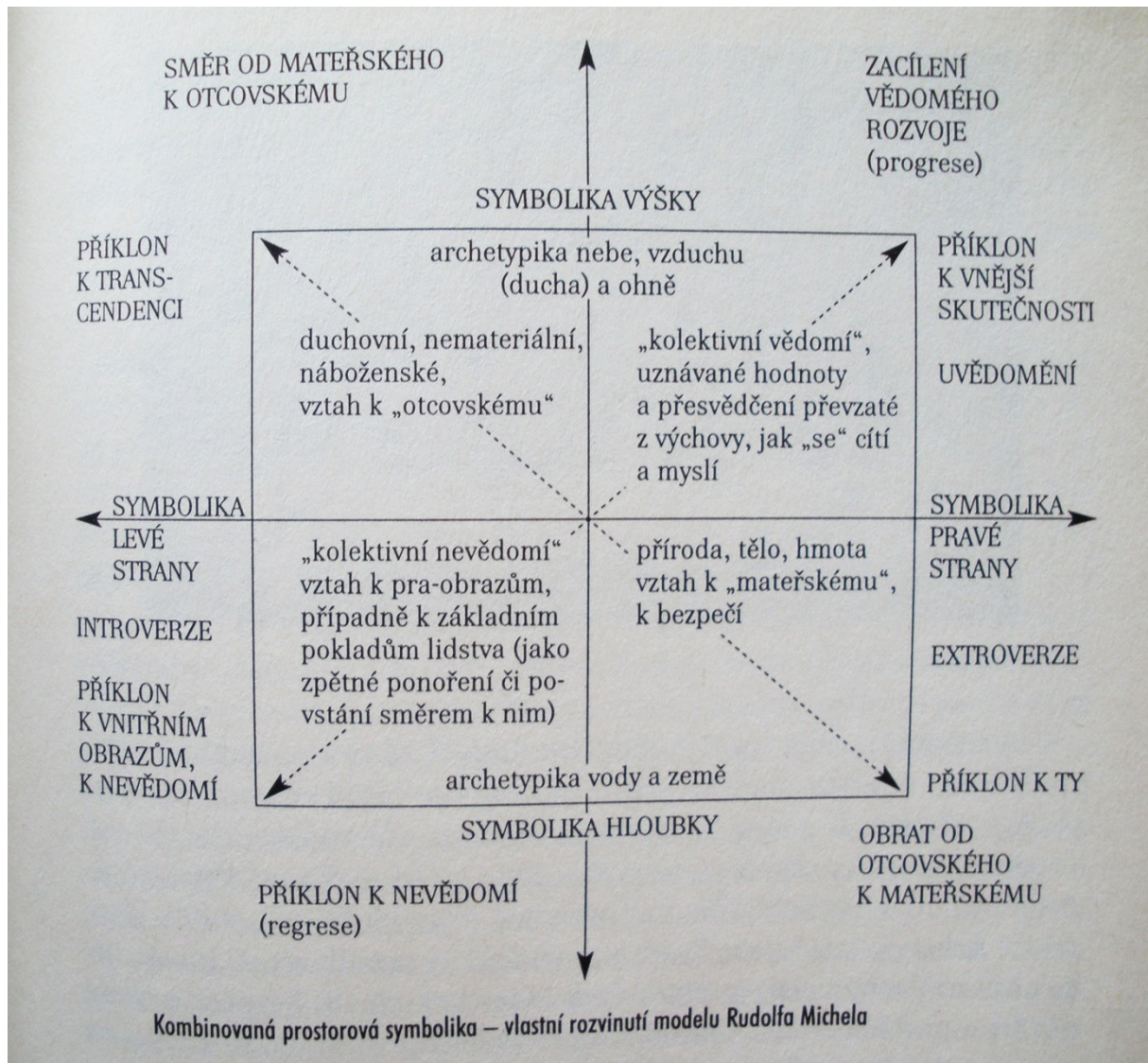


Příloha č. 2

Kombinovaná prostorová symbolika

- model Rudolfa Michela

(Riedel, 2002, str. 37.)



Příloha č. 3

Dotazník pro ošetřující personál

Dotazník rozvoje sociálního chování u lidí s reziduální schizofrenií

Aktivita:

1. Jak často Vám klienti skupiny pomáhají? (převlékání ložního prádla, odnášení talířů,...)
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
2. Jak často se klienti skupiny účastní dobrovolných aktivit konaných ÚSP? (Taneční večery, besídky,..)
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
3. Mají klienti „koníčky“, kterým se věnují ve volném čase? (Myšleno společensky pozitivně oceňované koníčky- četba, ruční práce, sport,... nikoli negativně vnímané jako kouření, pití alkoholu.)
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
4. Slýcháte od klientů skupiny vlastní návrhy na aktivitu- žádosti o výlety, žádosti o dobrovolné činnosti atd.
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
5. Tráví klienti svůj volný čas s přáteli z ÚSP?
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
6. Vydávají se klienti skupiny neorganizovaně sami na výlety, návštěvy rodiny a přátel, atd.
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

Sebeobsluha:

7. Jsou klienti skupiny schopni postarat se sami o sebe z hlediska osobní hygieny?
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
8. Jsou klienti schopni postarat se sami o své oblečení? (adekvátní výběr, čistota,..)
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
9. Jak klienti skupiny zvládají úklid osobních věcí?
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často
10. Jsou klienti skupiny schopni hospodařit s vlastními finančními prostředky?
a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

Komunikace:

11. Je klientům skupiny rozumět po stránce výslovnosti? Popř. lingvistické, gramatické?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

12. Domníváte se, že klienti vždy rozumí a chápou Vaše pokyny?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

13. Pozdraví Vás klient při setkání jako první?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

14. Zdraví se klienti navzájem?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

15. Vyprávějí Vám klienti skupiny své příběhy, zážitky?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

Emoce:

16. Působí klienti skupiny vyrovnaným dojmem?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

17. Působí členové skupiny vyrovnanějším dojmem nyní než v době, kdy byli do ÚSP přijímáni?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

18. Ovládají klienti snadno své emoce?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

19. Vyjadřují klienti své emoce vůči Vaší osobě otevřeně? (Ať už pozitivní, či negativní.)

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

20. Vyjadřují klienti své emoce vůči druhým obyvatelům ústavu?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

21. Jak často klienti vyjadřují agresi?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

22. Jak často klienti vyjadřují zármutek?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

23. Jak často klienti vyjadřují radost?

a. vůbec ne b. spíše ne c. občas d. spíše ano e. velmi často

24. S čím za Vámi klienti skupiny nejčastěji přicházejí?

a. s žádostí o něco b. se stížností c. navazování společenské konverzace

Příloha č. 4

Seznam základních otázek pro semistrukturovaný rozhovor s klienty ústavu

Otázky výlučně pro klienty skupiny A:

Okruh arteterapie:

Baví Vás arteterapie? Jak se během práce v ateliéru cítíte? Jak se cítíte po zbytek dne, během kterého jste byl na arteterapii? Cítíte se jinak o víkendech, kdy arteterapie neprobíhá a jinak během pracovního týdne, kdy probíhá? Specifikujte. Proč jste si vybral právě arteterapii? Která z technik, z toho, co tu děláte, Vás baví nejvíce? Co děláte se svými výrobky?

Otázky výlučně pro klienty skupiny B:

Okruh volný čas: Docházíte na nějakou z nabízených terapií? Proč ne? Co děláte od snídaně do oběda? Co děláte od oběda do večere? Jaká je Vaše nejoblíbenější činnost? Kdyby se tato činnost nabídla jako jedna z terapií, účastnil byste se pravidelně? Proč? Nudíte se někdy? Co děláte, abyste se nenudil?

Otázky pro skupinu A i B:

Okruh socializace a aktivita:

Máte v ÚSP přátele? Účastníte se často slavnostních a víkendových akcí? Jezdíte rád na výlety? Kde se Vám nejvíc líbilo? Proč? Jaké je vaše nejoblíbenější téma hovoru? S kým?

Okruh sebeobsluha: Co všechno uděláte ráno, než jdete na snídani. Co uděláte těsně před tím, než jdete spát? Pomáháte personálu s drobnými pracemi? S jakými? Který den dostáváte kapesné? Co si nejraději kupujete?

Okruh emoční rozpoložení: Jak se cítíte? Na jakou část dne se těšíte? Kdy jste se naposledy cítil šťastný? Co to způsobilo? Kdy jste se naposledy cítil našťvaný? Co to způsobilo? Kdy jste se naposledy cítil smutný? Co to způsobilo? Svěřujete se někomu se svými pocity? Komu? Máte nějaké přání? Prozradíte jej?

Příloha č. 5

Tabulkové podklady pro grafické znázornění závěrů z dotazníkového šetření

1. Aktivita

skupina A

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.1	0	1	7	1	1	3,2
otázka č.2	0	0	4	3	3	3,9
otázka č.3	0	4	4	1	1	2,9
otázka č.4	1	5	3	1	0	2,4
otázka č.5	0	2	5	1	2	3,3
otázka č.6	0	1	7	1	1	3,2
Celkový průměr za blok aktivita: 3,15						

skupina B

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.1	0	7	3	0	0	2,3
otázka č.2	0	4	6	0	0	2,6
otázka č.3	5	4	1	0	0	1,6
otázka č.4	3	5	2	0	0	1,9
otázka č.5	0	6	4	0	0	2,4
otázka č.6	4	4	1	1	0	1,9
Celkový průměr za blok aktivita: 2,11667						

2. Sebeobsluha

skupina A

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.7	0	2	0	7	1	3,7
otázka č.8	0	3	1	4	2	3,5
otázka č.9	0	1	5	2	2	3,5
otázka č.10	0	0	3	4	3	4
Celkový průměr za blok sebeobsluha: 3, 675						

skupina B

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.7	0	3	5	1	1	3
otázka č.8	0	3	7	0	0	2,7
otázka č.9	0	2	8	0	0	2,8
otázka č.10	0	5	3	0	2	2,9
Celkový průměr za blok sebeobsluha: 2, 85						

3. Komunikace

skupina A

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.11	0	0	0	7	3	4,3
otázka č.12	0	0	2	5	3	4,1
otázka č.13	0	1	1	6	2	3,9
otázka č.14	0	2	5	3	0	3,1
otázka č.15	0	0	3	4	3	4
Celkový průměr za blok komunikace: 3, 88						

skupina B

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.11	0	0	3	7	0	3,7
otázka č.12	0	0	6	4	0	3,4
otázka č.13	1	3	1	5	0	3
otázka č.14	0	4	4	2	0	2,8
otázka č.15	3	0	4	3	0	2,7
Celkový průměr za blok komunikace: 3, 12						

4. Emoce

skupina A

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.16	0	3	4	3	0	3
otázka č.17	0	0	0	10	0	4
otázka č.18	0	1	6	3	0	3,2
otázka č.19	0	3	3	4	0	3,1
otázka č.20	0	2	6	2	0	3
Celkový průměr za blok emoce: 3, 26						

skupina B

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.16	0	3	6	1	0	2,8
otázka č.17	0	0	6	4	0	3,4
otázka č.18	0	4	3	3	0	2,9
otázka č.19	0	3	4	3	0	3
otázka č.20	0	0	8	2	0	3,2
Celkový průměr za blok emoce: 3, 06						

5. Agrese, zármutek, radost

skupina A

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.21	0	7	3	0	0	2,3
otázka č.22	0	7	3	0	0	2,3
otázka č.23	0	1	4	3	2	3,6
Celkový průměr za blok 3x emoce: 2, 73333						

skupina B

odpověď a num. ekvivalent	a=1	b=2	c=3	d=4	e=5	průměr
otázka č.21	0	4	4	2	0	2,8
otázka č.22	0	4	6	0	0	2,6
otázka č.23	0	5	2	3	0	2,8
Celkový průměr za blok 3x emoce: 2, 73333						