

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Věra Macková

II. ročník – prezenční magisterské studium

Obor: Speciální pedagogika se zaměřením na dramaterapii

**Expresivní terapeutické metody využívané při
práci s osobami se schizofrenií**

**Expressive therapeutic methods used when working with schizophrenic
patients**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Prof. PaedDr., Milan Valenta, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne

.....

Podpis

Děkuji vedoucímu práce Prof. PaedDr. Milanu Valentovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování cenných rad.

Obsah

Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Schizofrenie	9
1.1 Historie pojmu.....	9
1.2 Pojetí schizofrenie	9
1.3 Definice	11
1.4 Druhy schizofrenie	13
1.5 Symptomy	14
1.5.1 Bludy.....	15
1.5.2 Halucinace.....	15
1.5.3 Dezorganizace myšlení, řeči a chování.....	16
1.5.4 Poruchy emotivity	16
1.5.5 Katatonní příznaky	17
1.5.6 Modely schizofrenie.....	18
1.6 Průběh schizofrenie	19
1.6.1 Počátek schizofrenie	20
1.6.2 Premorbidní stádium	21
1.6.3 Prodromální stadium	21
1.6.4 První psychotická epizoda	22
1.6.5 Relaps.....	22
1.6.6 Prognóza.....	22
1.7 Etiologie	23
1.7.1 Rizikové faktory genetické	24
1.7.2 Rizikové faktory vnějšího prostředí.....	24
1.8 Stigmatizace ve společnosti.....	25
2. Léčba schizofrenie	26
2.1 Akutní fáze léčby	28
2.2 Stabilizační fáze	29
2.3 Stabilní fáze.....	29
2.4 Prostředky léčby schizofrenie	30
2.4.1 Farmakoterapie.....	30

2. 4. 2	Rehabilitace.....	31
2. 4. 3	Psychoterapie	32
3.	Expresivní terapie	37
3. 1	Umění	38
3. 2	Vztah umění a terapie.....	40
3. 3	Využití expresivních terapií při práci s osobami se schizofrenií	40
3. 4	Arteterapie	42
3. 4. 1	Využití arteterapie při práci s osobami se schizofrenií	43
3. 5	Muzikoterapie.....	46
3. 5. 1	Využití muzikoterapie při práci s osobami se schizofrenií	48
3. 6	Dramaterapie	49
3. 6. 1	Využití dramaterapie při práci s osobami se schizofrenií	51
3. 7	Psychodrama	52
3. 7. 1	Využití psychodramatu při práci s osobami se schizofrenií	53
3. 8	Teatroterapie.....	54
3. 8. 1	Využití teatroterapie při práci s osobami se schizofrenií	55
3. 9	Biblioterapie	56
3. 10	Poetoterapie	57
3. 8. 2	Využití biblioterapie a poetoterapie při práci s osobami se schizofrenií ..	58
3. 11	Taneční a pohybová terapie	58
3.11. 1	Využití taneční a pohybové terapie při práci s osobami se schizofrenií ..	60
	II. PRAKTICKÁ ČÁST	61
4.	Cíle výzkumu	61
5.	Použité výzkumné metody	61
6.	Výzkumné otázky a hypotézy	63
7.	Výzkumný vzorek	63
8.	Sběr dat	65
9.	Expresivní terapeutické techniky, využití při práci se skupinou.....	66
9.1	Arteterapeutické techniky	66
9.2	Muzikoterapeutické techniky	69
9.3	Ostatní expresivně terapeutické techniky.....	70
10.	Výsledky výzkumu	75
10. 1	Vyhodnocení pozorování.....	75

10. 2	Případové studie	77
10. 3	Vyhodnocení ohniskové skupiny.....	80
10. 4	Výsledky reflektivní bilance.....	83
10. 5	Vyhodnocení sémantického diferenciálu.....	90
10. 6	Vyhodnocení dotazníku	92
11.	Závěry šetření.....	97
11.1	Zpracování kvalitativního výzkumu	97
11.2	Zpracování kvantitativního výzkumu	98
	Závěr	100
	Literatura	102
	Internetové zdroje.....	106
	Seznam tabulek a grafů	108
	Seznam příloh.....	109

Úvod

Nemoc, v dnešní době nazývaná schizofrenie, se ve společnosti vyskytuje již od pradávných časů. V každé kultuře byla však vnímána jinak a i reakce na toto onemocnění byly v průběhu času různé. Od uctívání jedinců se schizofrenií a jejich zbožšťování se společnost dostala až k takovému fenoménu, kdy začali být tito lidé označováni za nemocné a pod touto záminkou zavíráni do klecových lůžek a od společnosti izolováni. Dnes situace již tak vyhrocená není a jsou propagovány snahy osoby se schizofrenií začlenit do majoritní společnosti. Stále mezi lidmi ale panuje určitá nervozita, týkající se tohoto duševního onemocnění, která takovým snahám brání. Pravděpodobně tato skutečnost souvisí s faktem, že přestože v posledních desetiletích prostupuje společností obrovský boom v oblasti vědy a techniky a medicína ve svých výzkumech a výsledcích postupuje vpřed tryskem, je schizofrenie nejen pro laickou veřejnost stále velikou záhadou a existuje pořád několik názorů, jak k tomuto onemocnění v dnešním světě přistupovat a jak mu čelit. Stále více odborníků začíná využívat kromě základních léčebných prostředků také alternativní způsoby léčby, mezi něž mohou být řazeny i expresivní, umělecké terapie. Cílem této práce je tedy specifikovat zásady jednotlivých uměleckých terapií při práci s osobami se schizofrenií a dokázat, že expresivní terapie by se měly stát nedílnou součástí léčebného procesu lidí s tímto onemocněním, neboť této klientele mohou nabídnout mnohé možnosti, jež by jim jiné prostředky nepřinesly.

Inspirací pro psaní této práce byl autorce především studovaný obor, speciální pedagogika se zaměřením na dramaterapii, jež je jednou z expresivních terapeutických metod. Již mnoho autorů realizovalo dramaterapii či psychodrama s klientelou psychotiků, jako zástupce těchto mohou být jmenováni například Irena Strossová, Milan Valenta, Ivan Vyskočil a Eva Vyskočilová či Michael Reisman. I díky zkušenosti zmíněných autorů mohla být tato práce napsána, neboť jejich poznatky jsou v práci hojně využity a byly autorce tvůrčím vnuknutím i pro realizovaný výzkum. Práce je zaměřena všeobecně na expresivní terapie, protože se autorka chtěla více zaměřit i na jiné umělecké terapie než dramaterapii.

Práce je rozdělena na dvě základní části, a to na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je podán náhled na schizofrenii, její vymezení, průběh, etiologii

a možnosti léčby, dále jsou zde také stručně popsány základní expresivní terapeutické metody, jimiž jsou arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, psychodrama, teatroterapie, biblioterapie, poetoterapie a taneční a pohybová terapie, a vymezeny jejich cíle a specifika využití při práci s osobami se schizofrenií.

V praktické části je popsán vlastní výzkum, který byl realizován v Domě sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním na Charitě Olomouc po dobu více než jednoho roku, a výsledky tohoto výzkumu, který se soustředil na ověření účinků expresivních terapeutických metod při práci s osobami se schizofrenií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenie

„Každý člověk, toť celý svět; pod každým náhrobním kamenem jsou pohřbeny světové dějiny.“

Heinrich Heine

1.1 Historie pojmu

Pojem schizofrenie zavedl v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler ve svém díle „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ jako odezvu na původní Kraepelinův název „dementia praecox“. Emil Kraepelin shrnul pod tento název na konci 19. století tři do té doby oddělené formy psychotického onemocnění – hebefrenii, katatonii a paranoidní demenci, a přidal k nim formu čtvrtou, pro niž užíval názvu dementia praecox simplex. Tuto chorobu chápal jako předčasný psychický úpadek – demenci, u které předpokládal organickou příčinu. Termín schizofrenie měl v Bleulerově pojetí vystihnout charakteristické rozštěpení či fragmentaci psychických funkcí, zvláště myšlení a emocí. Bleuler poukázal i na skutečnost, že vedle heterogenity klinických projevů je toto onemocnění heterogenní také v etiologických a patogenetických činitelích (Benda, 2007).

1.2 Pojetí schizofrenie

Jedním z prvních, kdo se začal zabývat schizofrenií, byl mimo jiné i Carl Gustav Jung. Tento švýcarský psychoterapeut si výskyt schizofrenního onemocnění vykládal jako důsledek porušení rovnováhy mezi vědomím a nevědomím. Tvrdil, že nevědomí při psychotických procesech vstupuje do vědomí násilím, nesrozumitelným způsobem, projevujícím se mimo jiné halucinacemi, které nesou stopu vnitřního konfliktu (Benda, 2007). Podle Junga se vědomím odmítané psychické děje seskupují do útržků a vědomí se rozděluje do několika subjektů. „Zatímco u zdravých lidí je subjektem prožívání já, u schizofreniků je já jenom jedním z prožívaných subjektů“ (Benda, 2007, str. 48). Mezi některými z těchto komplexů a já pak dochází k rozštěpení velkého stupně. Když se pacient těmto procesům nebrání, znamená to, že jeho já ztrácí sílu ke vzdoru proti útoku mocnějšího nevědomí, jeho sebekontrola slábne a neovládá své myšlenky (Benda, 2007).

Jung měl také za to, že mechanismus vzniku schizofrenie je podobný s mechanismem vzniku hysterie, ale zatím co hysterii řadil k extravertnímu typu, schizofrenii přiřazoval k typu introvertnímu (Benda, 2007). Podle Junga působí schizofrenie jako autosanační pokus psýché řešit vytěsněný konflikt na bázi kolektivního nevědomí. „V podstatě vzato neobjevujeme u duševně chorého nic nového a neznámého, nýbrž setkáváme se se základem naší vlastní existence“ (Jung, 1994).

Také poukázal na fakt, že podobné obsahy prožívání, které se vyskytují u psychotiků, se objevují také u zdravých jedinců, intoxikovaných mezkalinem, ve snech či v polovědomých stavech (Benda, 2007). „Schizofrenie je stav, ve kterém se sen stává realitou,“ definoval Jung (Scheansová, 2007).

Jungův žák, jeden z průkopníků léčby psychotických onemocnění, John Weir Perry, chápe zase psychózu jako případ vývojové krize, jako fázi autosanačního transformativního procesu, tzv. procesu obnovy. Perry tvrdil, že vědomí je přemoženo hlubšími úrovněmi psýché v důsledku aktivace nevědomí, čímž se jedinec ponoří do světa mýtů a stává se společností nepochopen a je od ní izolován. Strach z přemožení těmito nevědomými procesy vyvolává u pacienta vlnu paniky a způsobuje tíseň, pacientovy emoce jsou spojeny spíše se zážitky vnitřního světa mýtů (Perry, 1974). Perry, který se zajímal také o filosofii Tao, poukázal na podobnost mezi čínským pojetím universa jako sebeorganizujícího systému a Jungovou představou schizofrenie jakožto autosanačního procesu a vysvětloval, že terapeut by měl pacienta v tomto procesu spíše doprovázet takzvaným „psychologickým shiatsu“, čímž se řídil také při realizaci svého výzkumného projektu Diabasis (Scheansová, 2007).

Perry při obhajování myšlenky schizofrenie jako autosanačního procesu poukazyval na skutečnost, že akutní halucinatorní fáze trvá obvykle šest týdnů, což je přibližně stejná doba, odpovídající klasickému popisu vizionářských prožitků v religiózních textech (např. 40 dní, které strávil Ježíš na poušti, popisovaných v Bibli), což podle něj znamená, že schizofrenie je opravdu ozdravným procesem, pouze vlivem společnosti, která nutí jedince k medikamentózní léčbě, hospitalizaci a izolaci, se z této záležitosti stává tzv. chronická schizofrenie. „Samozřejmě jsou nějaké neobvyklé případy, kdy jedinec jednoduše není schopen obstát v návalu nevědomého materiálu nebo neví, jak s ním naložit, a zůstane ve stavu šílenství. Ale s mou zkušeností v Diabasis jsem viděl mnoho lidí se vydat jinou cestou, takže skutečně cítím, že „chronická schizofrenie“ je vytvořena negativní reakcí společnosti na to, co je skutečně a naprosto přirozený a zdravý proces“ (Perry

in Scheansová, 2007, str. 20).

Jak již bylo naznačeno, Perry byl zakladatelem zařízení Diabasis, které sloužilo jako útočiště lidem s první akutní psychotickou zkušeností. Cílem bylo poskytnout bezpečné prostředí, ve kterém měli klienti příležitost během ataky za plného vědomí prožívat své nejhlubší procesy. Lidé zde volně pobývali bez použití medikamentózní a elektrokonvulzivní terapie, jedinými léčebnými prostředky byla možnost malovat, tančit, meditovat, nechat se masírovat a konverzovat. Výsledky projektu Diabasis také potvrdily výsledky již dřívějšího experimentu R. D. Lainga v šedesátých letech v zařízení Kingsley Hall v Londýně (Scheansová, 2007). „Pacienti v akutní fázi psychózy byli schopni zažít smrt svého ega a objevit se na druhém břehu spokojenější než před propuknutím krize“ (Scheansová, 2007, str. 19). V Diabasis takto pacienti žili tři měsíce a další tři měsíce žili v Domě na půl cesty. Po tomto půlroce se pacienti vraceli do vnějšího světa s malými či žádnými relapsy psychóz (Scheansová, 2007).

Perry se také důkladně zabýval mystickým zážitkem, doprovázejícím akutní psychotický proces jedinců se schizofrenií. Ve svém díle pak srovnává mystický zážitek takového jedince s mystickým prožitkem mystika a základní rozdíl mezi nimi vidí ve vypořádání se s vyjevenými archetypálními obsahy. Joseph Campbell tuto skutečnost později popsal takto: „... jde o rozdíl mezi potápěčem, který umí plavat a potápěčem, který plavat neumí. Mystik vstoupí do vody a zjistí, že plave, jelikož má k plavání určité dispozice a krok za krokem následuje rad svého mistra; schizofrenik je naproti tomu sám, bez pomoci a bez talentu, zcela nepřipraven – spadl či záměrně skočil do vody a topí se“ (Campbell, 1998, str. 229).

1.3 Definice

„Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit“ (Smolík, 2002).

Smolík (2002) dále také uvádí, že jedinec může mít pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena, mohou se tedy rozvinout bludy vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených a nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním

způsobem. Schizofrenie může mít kontinuální nebo epizodický průběh, popřípadě může být charakteristický jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi.

Dle MKN jsou schizofrenické poruchy charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání, kdy jsou přítomny nepřiměřené nebo otupělé afekty. Obvykle bývá zachováno jasné vědomí a intelektuální kapacity, ačkoli se mohou vyvinout i určité kognitivní defekty (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008). Za nejdůležitější psychopatologické fenomény lze dle MKN označit: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008, str. 197). Popsaný jev sluchových halucinací, jež mluví k pacientovi ve třetí osobě, ale není dle Kučerové (2010) zcela přesný. Sama říká, že ve své klinické praxi se setkala se sluchovými halucinacemi daleko barvitějšími, které pacienta oslovují jménem a dokonce mu i dávají různé příkazy (Kučerová, 2010).

Schizofrenie patří do skupiny psychotických poruch, kam se podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2008) řadí kromě skupiny Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy i psychotické poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, afektivní poruchy s psychotickými příznaky, psychotické symptomy v průběhu demence nebo psychotické dekompenzace specifických poruch osobnosti (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Slovo psychóza pochází z řeckého psýché (duše, mysl) a -osis (chorobný či abnormální stav) a jeho definice není jednotná. Přesto lze za psychózu v psychiatrii označit závažnou duševní poruchu vyznačující se ztrátou kontaktu s realitou, charakteristickou přítomností psychotických příznaků, jako jsou poruchy vnímání (iluze, halucinace) a formální i obsahové poruchy myšlení (dezorganizované myšlení a bludy), nezřídka doprovázené poruchami chování (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007). Psychóza ale není samostatná nosologická jednotka, nýbrž syndrom, který se může vyskytovat jako charakteristická součást primárních psychiatrických poruch (schizofrenie, schizoafektivní porucha), nebo jako sekundární syndrom v důsledku intoxikace, odvykacího stavu, podávání jiných farmak, přímého poškození CNS anebo celkového somatického onemocnění (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Schizofrenie se řadí k jedněm z nejzávažnějších psychických onemocnění, které má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě (Češková, 2005).

Diagnostikovat u jedince schizofrenii není dle Kučerové (2010) jednoduchá záležitost, velmi totiž závisí na vzájemné vazbě mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince. Nejde tedy o soubor typických příznaků, podle kterých bychom mohli tuto nemoc poznat, schizofrenie je tzv. „nemoc v pohybu, nemoc postupující a měnící se v čase“ (Kučerová, 2010, str. 9).

1.4 Druhy schizofrenie

Schizofrenii můžeme podle MKN-10 dělit na různé typy, všechny tyto typy musí splňovat obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii:

- *F 20.0 Paranoidní schizofrenie (parafrenie)*

Tento druh schizofrenie je charakterizován relativně trvalými bludy, které jsou často provázeny sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Katatonní symptomy a poruchy řeči a vůle obvykle nebývají přítomny, nebo jsou nenápadné (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

- *F 20.1 Hebefrenní schizofrenie (hebefrenie, dezorganizovaná schizofrenie)*

U tohoto druhu jsou nápadné afektivní změny, nepředvídatelné chování a obvyklý manýrismus, které jsou doplňovány dezorganizovaným myšlením, inkoherentní řečí a plochou, nepřiměřenou náladou. Bludy a halucinace zde bývají částečné a prchavé a prognóza obvykle bývá špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

- *F 20.2 Katatonní schizofrenie*

Katatonní schizofrenie je výrazná psychomotorickými poruchami. Tyto poruchy se projevují stavem stuporu (znehynění), nebo hyperkinézou, přičemž se oba tyto stavy mohou u daného jedince střídát (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

- *F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie (atypická schizofrenie)*

Jedná se o takové stavy, které splňují všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale nelze je zařadit do jiného z podtypů F 20, nebo takové stavy, které mají příznaky více než jednoho z nich bez výrazné převahy (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

- *F 20.4 Postschizofrenní deprese*

Jde o depresivní stav, se objevuje jako dozvuk schizofrenní nemoci. Některé

schizofrenní symptomy jsou stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008). Podle Kučerové je tento termín ale velmi zavádějící, neboť slovo postschizofrenní by znamenalo, že ataka přichází po samotné schizofrenii, tedy poté, co již člověk netrpí schizofrenií, což ovšem není možné, neboť schizofrenie v životě člověka nekončí (Kučerová, 2010).

– *F 20.5 Reziduální schizofrenie (chronická nediferencovaná schizofrenie)*

Tento chronický druh schizofrenie je charakterizován dlouhodobými symptomy a poruchami, mezi něž patří např. snížená aktivita; pasivita a nedostatek iniciativy; špatná non-verbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postojů; defektní sociální projevy (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

– *F 20.6 Schizophrenia simplex*

„Porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008, str. 199).

MKN-10 také vymezuje případy, kdy by diagnóza schizofrenie neměla být stanovena, a to za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchu, v přítomnosti zřejmého onemocnění mozku, nebo během stavů intoxikace nebo odnětí drogy.

1.5 Symptomy

Jednotlivé symptomy schizofrenie spolu různě souvisí a ovlivňují se, čímž tvoří integrovaný celek. Tyto příznaky je pak třeba posuzovat v kontextu jiných příznaků, čímž je teprve získán celkový náhled na tuto nemoc jako celek (Kučerová, 2010).

Nejčastějšími symptomy schizofrenie jsou bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity a katatonní příznaky (Koukolík, Motlová, 2004).

Mezi pacienty se schizofrenií je také rozšíření návykových poruch. Mezi nejčastěji zneužívané návykové látky patří nikotin, kde se frekvence užívání pohybuje mezi 70 – 90%, dále pak alkohol, kde je abusus třikrát častější než u osob bez psychiatrické diagnózy (Koukolík, Motlová, 2004). Také užívání nelegálních drog (např. marihuana, amfetaminy, kokain či halucinogeny) je u nemocných jedinců častější než u běžné populace.

1. 5. 1 Bludy

Bludy jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků, během vývoje schizofrenie se tento symptom vyskytuje u více než 90% nemocných (Koukolík, Motlová, 2004). Pro blud je typická chorobnost a nevývratnost. Odlišit blud od pevného přesvědčení o určité skutečnosti není jednoduché, pro schizofrenii jsou však typické především *bizarní bludy*, tedy zřetelně nepravděpodobné, neodvoditelné z běžné životní zkušenosti (např. přesvědčení o přemístění orgánů z dutiny břišní do hrudníku bez zanechání jizev). Mezi nejčastější bludy patří (Koukolík, Motlová, 2004):

blud vztahovačnosti – pacient si různé situace vztahuje ke své osobě (např. televizní hlasatelka hovoří právě k němu, lidé se na něj dívají, povídají si o něm),

paranoidně – perzekuční bludy – pacient se cítí pronásledovaný (např. mimozemšťany),

bludy ovlivňování a kontrolování – pacient má pocit, že na něho někdo působí na dálku, např. kosmickými paprsky, čímž mu ruší a ovlivňuje myšlení,

religiózní bludy – tyto bludy jsou často spjaty se sebepoškozováním, výzkumy uvádějí, že tento druh bludů je velmi častý a závažný, jde např. o náboženské poslání pacienta,

intrapsychické halucinace – pacient je přesvědčen, že mu nějaké zevní působení odnímá či vkládá myšlenky.

1. 5. 2 Halucinace

Halucinace jsou vjemy bez externího podnětu. Pro určení halucinace je podmínkou neporušené sensorium. Mezi psychotické zážitky se nepočítají halucinace hypnagogické (při usínání) a hypnopompní (při probouzení). U osob se schizofrenií jsou nejčastější následující halucinace (Koukolík, Motlová, 2004):

sluchové – jde o tzv. hlasy, obsah halucinací je většinou nepříjemný, pacient slyší jeden či více hlasů, mluvící o pacientovi ve třetí osobě, nebo přímo k němu, pacient tyto hlasy odlišuje od vlastních myšlenek, hlasy se hádají či radí pacientovi – tzv. *teleologické halucinace*, nebo pacientovi přikazují – tzv. *imperativní halucinace*, sluchové halucinace se vyskytují zhruba u poloviny pacientů,

zrakové – pacient vidí neexistující věci, postavy, zvířata,

taktilní – pacient cítí hmatové neexistující vjemy, např. štípání, hlazení,

neobvyklé zážitky – výsledný prožitek určité situace neodpovídá kvalitě vjemu,

iluze – poruchy vnímání reálně existujícího objektu, pacient vidí např. místo kabelu od

počítače hada,

pseudohalucinace – vjemy bez existujícího objektu, avšak při zachovalém náhledu (např. dotyčný vidí slona na silnici, ale ví, že tam žádný slon není), u schizofrenie nebývají časté.

1. 5. 3 Dezorganizace myšlení, řeči a chování

Podle dezorganizace řeči se u pacientů usuzuje na stav myšlení. V takovém případě se sleduje *ztráta asociací*, *tangencialita* (nepřiléhavé užití pojmů) a *paralogie* (rozvolnění logických vazeb v myšlení). Dalšími projevy dezorganizovaného myšlení mohou být (Koukolík, Motlová, 2004):

inkohorentní myšlení – sdělované postrádá gramatické vazby, extrémním případem je slovní salát,

neologismy – pojmy, vymyšlené pacientem,

chudost řeči – sdělované je slovní vatou, mohou se vyskytovat zárazy – bloky v důsledku zastavení se myšlenek.

Dezorganizovanost chování se projevuje v důsledku ztráty soudržnosti řeči, myšlení a pohybů, čímž se pacient stává nápadným (Koukolík, Motlová, 2004). Tato neschopnost koordinace pohybů se pak projevuje v každodenním životě (např. neschopnost udržovat osobní hygienu). Tyto skutečnosti jsou ještě doprovázeny nápadnostmi v oblečení, neadekvátním sexuálním chováním či nepředvídatelným pokřikováním (Koukolík, Motlová, 2004).

1. 5. 4 Poruchy emotivity

Koukolík a Motlová (2004) popisují emoce jako skupinu zahrnující pocity, afekty, nálady a motivace a k těmto jednotlivým složkám přiřazují určité poruchy, vyskytující se u schizofrenie (viz. Tabulka č. 1).

K poruchám emotivity může být řazena také problematika suicidia pacientů se schizofrenií. Uvádí se, že přibližně každý desátý člověk nemocný schizofrenií ukončí život vlastní rukou, přičemž o sebevraždu se pokouší 25 – 50% pacientů, 4 – 13% tento akt dokoná. Riziko suicidia je vysoké především u mladých pacientů během prvního roku po stanovení diagnózy, dalšími rizikovými faktory jsou předchozí sebevražedný pokus, deprese, beznadějí, abúzus drog a mužské pohlaví (Koukolík, Motlová, 2004). Studie také prokázaly, že pacienti jsou před rizikem suicidia chráněni diagnostikováním schizofrenie

již v časném věku a denní aktivitou. Další pozitivní působení na pacienty je prokázáno působením vhodné farmakoterapeutické a psychosociální intervence (Koukolík, Motlová, 2004).

Tabulka č. 1. Poruchy emocí u schizofrenie (Koukolík, Motlová, 2004)

Emoce	Psychopatologie
Pocit	Anhedonie Zintenzivnění pocitů
Afektivita	Nepřiléhavá efektivita Plochá, otupená efektivita
Nálada	Deprese Elace Úzkost
Motivace	Apatie Abulie

1. 5. 5 Katatonní příznaky

Katatonie je dle Kučerové (2010) souhrn poruch z oblasti motoriky, kam patří různé grimasování a manýrování, mezi nejzávažnější katatonní příznaky pak řadí katatonní stupor a katatonní raptus, které jsou znakem akutních psychiatrických stavů. Koukolík a Motlová (2004) charakterizují katatonní syndrom jako mimovolnými pohyby, postoje a úkony, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech. Dále kladou důraz na to, že katatonní příznaky nejsou typické pro schizofrenii, ale vyskytují se i u afektivních a organických poruch, mezi nejčastější katatonní příznaky u schizofrenie pak řadí:

manýrování – běžné jednání je obohaceno o nepřiměřené projevy (např. bizarní obřadnost při oblékání),

stereotypie – opakující se pohyby, které nemají souvislost s celkovou pohybovou aktivitou,

povelový automatismus – okamžité poslechnutí i nesmyslných příkazů,

katalepsie – setrvání v pozici, do níž je jedinec uveden (např. příznak podušky – pacientovi je sebrán podhlavník, ten ale hlavu nepoloží a udržuje ji v pozici, jako by podhlavník pod hlavou měl),

flexibilitas cerea – vosková ztuhlost, pacientovy končetiny kladou plastický odpor,

grimasování – nezvyklé či nápadné výrazy v obličeji,
negativismus – existují dva druhy, aktivní – pacient reaguje na výzvu vykonáním opaku,
a pasivní – pacient na výzvu nereaguje,
echomatismy – opakování projevů druhého člověka,
stupor – vymizení pohybové aktivity a řeči při zachovalém vědomí,
excitace, raptus – psychomotorický neklid s bezcílým jednáním.

1. 5. 6 Modely schizofrenie

Při popisování schizofrenie můžeme rozlišit tzv. *pozitivní a negativní příznaky*, kdy pozitivními příznaky rozumíme takové jevy, které jsou navíc oproti normě, a negativními příznaky pak rozumíme takové, jež oproti normě chybí. Pozitivními příznaky tedy mohou být např. bludy, halucinace a impulsivní chování, negativní příznaky můžeme rozumět např. ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, sociálních kontaktů, vůle či aktivity (Kučerová, 2010). Podle převahy pozitivních či negativních příznaků, patofyziologie a odpovědi na léčbu pak Crow rozlišil dva základní kategorické modely schizofrenie (Koukolík, Motlová, 2004):

Schizofrenie I. typu – převaha pozitivních symptomů, lepší odezva na antipsychotika (v důsledku nadměrného počtu dopaminových receptorů D2), lepší prognóza a intaktní kognitivní funkce.

Schizofrenie II. typu – převaha negativních příznaků v důsledku strukturálních abnormalit (zvětšené komory, korové atrofie), horší odpověď na antipsychotika, horší prognóza a úbytek kognitivních schopností.

Kromě těchto modelů schizofrenie existují ještě dimenzionální modely a unitární model. Do dimenzionálních modelů, vytvořených Liddlem, se řadí následující symptomové dimenze (Koukolík, Motlová, 2004):

dezorganizace – např. inkoherece v myšlení, řeči,
psychomotorické ochuzení – např. emoční plochost, monotónnost, nemluvnost,
distorze (zkreslení) skutečnosti – bludy, halucinace.

Unitární model pak řeší jako základní problém poruchu kognitivních procesů (Koukolík, Motlová, 2004).

1.6 Průběh schizofrenie

Průběh tohoto onemocnění je variabilní a je závislý na několika faktorech, např. na osobnosti nemocného, sociálním prostředí či životních okolnostech. Během svého života nemocní nejčastěji prožívají opakované psychotické epizody, tzv. relapsy, pro které je typické zhoršení dosavadních symptomů, nebo mají dlouhodobě trvající psychotické příznaky (Češková, 2005). Češková (2005) také uvádí, že přibližně 1/3 všech nemocných se po několika málo atakách může vrátit ke svému dosavadnímu životu bez postižení nebo s minimálním postižením, u 1/3 se stále střídají epizody s remisemi a poslední 1/3 se ani přes terapeutické snahy příznaků psychózy nikdy nezbaví. Kalina (2001) dodává, že se v posledních letech zvýšila naděje na vyléčení jednotlivých pacientů díky moderní psychiatrické terapii, farmakoterapii, psychoterapii a socioterapii. Perry pak ve svém výzkumném projektu Diabasis uvádí, že pacienti, kteří se do tohoto projektu zapojili, se začlenili zpět do společnosti s žádnými či pouze malými relapsy (Scheansová, 2007).

MKN rozlišuje průběh schizofrenických poruch „trvalý, epizodický s narůstajícím či trvalým defektem, anebo jedna nebo více atak s úplnou či neúplnou remisí“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008, str. 197).

Perry popisuje schizofrenní ataku jako pád do určitého druhu bezedné hlubiny izolace, kde je pocíťován rozpor mezi subjektivním vnitřním světem, do kterého byl člověk pohlcen, a pozemským vnějším světem, mezi nimiž je propast (Perry in Scheansová, 2007). Perry tlumočil zkušenost lidí, s nimiž pracoval jako rozdělení světa do protikladů (dobré a zlé, my a oni), kde takový zážitek často nabírá paranoidní podobu. Perry k tomu dodává: „Myslím, že právě na tom je založen paranoidní obsah. Dostává podobu zažívání světa jako chyceného v pasti protichůdných sil, ať již jsou politické, spirituální, kulturní, ideologické nebo dokonce rasové. (...) Ve všech případech se tyto síly zdají směřovat ke zničení světa a „ti dobří“ jsou ti, kteří se to pokoušejí zastavit. (...) To, co činí tento vizionářský stav zdát se tak psychotickým, je, že jedinec s paranoidní ideologií nebo představivostí má tendenci se identifikovat se vším, co přichází zdola, a člověk má tak silný sklon stát se zmatený“ (Perry i Scheansová, 2007, str. 20).

Perry si také všiml pravidelně se opakujících témat při průběhu psychotických stavů pacientů a odhalil tak celou sekvenci mytologických obrazů, které pacienty doprovázely. Tato témata následně rozdělil do deseti skupin (Perry, 1974):

- *střed* – místo, kde se setkává nebeský svět, normální svět a podsvětí, mezi dvěma protikladnými polovinami světa,

- *smrt* – témata obětování, tvrzení o vlastní mrtvi a bytí v posmrtném stavu, vězení jako ekvivalent smrti,
- *návrat k počátkům* – přichází regrese, která pacienta vrací zpět k počátkům času a vzniku vesmíru, doplňuje ji paralelní regrese k emocím, chování a asociacím dětských let (např. potřeba dotyku a spojení),
- *kosmický konflikt* – vznik světového konfliktu mezi protikladnými silami dobra a zla, poslední soud, armageddon,
- *hrozba protikladu* – pocit ohrožení ze strany opačného pohlaví, strach z přemožení opačným pohlavím a přeměnění se v něj,
- *apoteóza* – jedinec zažívá zbožštění, povýšení do královského stavu, stává se mesiášem,
- *duchovní svatba* – pacient vstupuje do rituálního svazku mytologického charakteru (např. sňatek s Bohem)
- *nové zrození* – je očekáváno nové narození nadlidského dítěte či sebe sama,
- *nová společnost* – je předvídan nový společenský řád,
- *svět rozdělený do čtyř částí* – představa světa, rozděleného čtyřdílnou strukturou (např. čtyři kontinenty, čtyři vlády, čtyři rasy, čtyři elementy, čtyři stavy bytí).

Jednotlivá témata tohoto procesu se podle Perryho nemusí objevovat v uvedeném pořadí, zpravidla se ale motivy smrti, návrat k počátkům a konflikt protikladů objevují dříve než motivy znovuzrození, nového řádu a rozděleného světa (Benda, 2007). Počáteční fázi pak Perry popisuje následovně: „Na začátku bývá prožitek smrti doprovázen pocitem, že jste se vrátil v čase na začátek. Obsahuje to v jedincově osobní historii regresi, návrat do stavu dětství. S tím jde ruku v ruce také pocit sklouznutí zpět do světa prvotních rodičů, do zahrady Eden. Například se běžně objevuje prožitek, kdy se člověk cítí jako dítě Adama a Evy, dalo by se říci na počátku času“ (Perry in Scheansová, 2007, str. 20).

1. 6. 1 Počátek schizofrenie

Určit začátek schizofrenního onemocnění není jednoduché, protože většinou nezačíná přímo psychotickými symptomy, ale symptomy nespecifickými, popřípadě negativními, jako např. neklid, náladovost, iritabilita, deprese. Schizofrenie se poprvé projevuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti (Koukolík, Motlová, 2004). Přesné časování se ale v různých zdrojích nepatrně liší, např. Češková (2005) uvádí období mezi patnáctým

a pětáctýřicátým rokem, Koukolík a Motlová (2004) mezi patnáctým rokem a třicátým rokem, Kalina (2001) mezi šestnáctým a třicátým rokem. Jako schizofrenie s pozdním začátkem je označováno onemocnění se začátkem po čtyřicátém roce života.

Většina zdrojů udává, že u mužů začíná onemocnění zhruba o 3 roky dříve než u žen (Koukolík, Motlová, 2004), Kalina (2001) ovšem tvrdí, že psychózou schizofrenního okruhu trpí stejně často ženy i muži.

1. 6. 2 Premorbidní stádium

Někteří autoři se snaží charakterizovat rozvoj schizofrenního onemocnění již z premorbidní osobnosti, kdy kladou důraz na osobnostní strukturu, charakter, temperament a tělesnou konstituci jedince. Jelikož projevy premorbidní osobnosti je možné vystopovat až po odeznění akutního stadia schizofrenního onemocnění, zjišťují se premorbidní znaky až zpětně, často anamnestickými údaji z okolí jedince se schizofrenií (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Jedinci, kteří onemocnění schizofrenií, se v premorbidním stadiu projevují uzavřeně, introvertně, mají obtíže s navazováním kontaktů, mají sníženou vitalitu a dynamogenii, také vřelost emocí je omezena, stejně tak jako snížená polarita emocí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

1. 6. 3 Prodromální stadium

Několik let před propuknutím onemocnění se mohou u jedinců objevovat tzv. prodromy, počáteční psychotické příznaky, předzvěsti nemoci. Jedná se tedy o stadium mezi premorbidní osobností a iniciálním stadiem rozvoje schizofrenního onemocnění (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). V současnosti se mluví o významu včasného podchycení těchto příznaků, neboť výzkumy ukazují, že čím déle trvá neléčená psychóza, tím horší je pak prognóza onemocnění (Koukolík, Motlová, 2007).

Tyto prodromy, které se mohou objevovat i několik let, se mohou projevit například poruchami nálady, roztržitostí a obtížným soustředěním, sociální izolací, obsedantními a popřípadě i pozitivními symptomy. Jejich intenzita postupně narůstá, jedinec je čím dál více vztahovačný (Koukolík, Motlová, 2007). Taktéž toto přechodové stadium může proběhnout velmi rychle, téměř nepozorovatelně, pro schizofrenii je však typické dlouhé, plíživé prodromální stadium (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

1. 6. 4 První psychotická epizoda

Tato epizoda nastupuje po prodromálním stadiu a má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými příznaky (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Většinou dochází k hospitalizaci pacienta, po které následuje dlouhodobá léčba. Po této první epizodě dochází u většiny nemocných k relapsům, pouze zhruba 15 – 22% nemocných prodělá jenom jedinou epizodu onemocnění (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Největší variabilita onemocnění se objevuje v průběhu prvních 5 – 10 let po první atace, další průběh již bývá stabilnější (Seifertová, Libiger, Švestka, Mohr, Motlová in Seifertová, Praško, Horáček, Höschl, 2008).

1. 6. 5 Relaps

Relaps je podle většiny autorů charakterizován jako manifestace či exacerbace schizofrenních symptomů, které vyžadují změnu klinické péče (Koukolík, Motlová, 2004).

Přestože výzkumy ukazují, že počet výskytu relapsů je snižován dlouhodobou léčbou, stále relaxuje kolem 20 – 30% pacientů. Relaps nemusí vždy vést k hospitalizaci jedince, v praxi je nemocný hospitalizován pouze při zhoršení nemoci (Češková, 2005). Relapsy jsou nebezpečné zejména proto, že snižují lékovou odpověď, vedou k rezistenci na léčbu a také proto, že každá psychotická epizoda usnadňuje vznik další epizody (Češková, 2005). Důvody relapsu mohou souviset s onemocněním, nebo mohou být psychosociálního původu. Mezi důvody, související s onemocněním, se řadí idiopatická exacerbace (přirozený průběh nemoci) a chybění náhledu. Mezi důvody psychosociální patří nedostatek podpory v blízkém okolí (postoje rodiny, stresové prostředí) a nedostatky zdravotního systému (údaje ukazují, že až 50% pacientů nepřijde k první doporučené ambulantní kontrole po propuštění z hospitalizace, čímž také rezignují na antipsychotickou léčbu (Češková, 2005).

K zamezení relapsu je vhodná kontinuální léčba antipsychotiky, nejlépe v kombinaci s psychosociální intervencí (Češková, 2005).

1. 6. 6 Prognóza

Z dlouhodobých výzkumů lze usuzovat, že existují určité prognostické faktory, spolehlivost těchto faktorů je však velmi nízká, neboť mnoho studií dospělo k velmi různorodým závěrům a řadu faktorů se již nepodařilo znovu nalézt (Koukolík, Motlová,

2004).

Přesto však jsou příznivé a nepříznivé faktory uvažovány, z různých zdrojů jsou ale uváděny činitelé různé. Za příznivé prognostické faktory považuje například Češková (2005):

- ženské pohlaví,
- premorbidní manželský život či stabilní partnerský vztah,
- dobré premorbidní sociální fungování,
- akutní začátek onemocnění,
- začátek v pozdějším věku než v dětství,
- pokud se v rodinné anamnéze vyskytuje duševní onemocnění, má lepší prognózu výskyt afektivní poruchy než schizofrenie,
- afektivní odpověď v akutním stádiu,
- lepší socioekonomické zázemí,
- kratší délka eventuální hospitalizace,
- paranoidní typ schizofrenie,
- převaha pozitivních příznaků nad negativními.

Za nepříznivé prognostické faktory jsou pak Češkovou (2005) považovány protiklady uvedených pozitivních faktorů spolu s abúzem drog, autistickým chováním, emoční zploštělostí, dezorganizovaným, popřípadě nediferencovaným typem schizofrenie a životem v dysfunkční rodině spolu s vysokým stupněm emoční atmosféry.

Za negativní prognostický faktor považují Koukolík a Motlová (2004) dále ještě závažné negativní symptomy, kognitivní a sociální postižení v iniciálních fázích nemoci a během první epizody, sociálně nepřijatelné chování, nedostatečnou ochotu spolupracovat a korovou atrofii při prvním přijetí. Naopak k příznivým prognostickým faktorům řadí ještě rychlou remisi psychotické epizody.

1.7 Etiologie

Ačkoli jasné příčiny schizofrenie nejsou dosud zcela objasněny, různé studie odhalily řadu rizikových faktorů, které spočívají jak v určitých vlivech genetických, tak i ve vlivech zevního prostředí (Koukolík, Motlová, 2004). Za nejvýznamnější rizikový faktor je považován příbuzenský poměr k jedinci se schizofrenií, který riziko onemocnění zvyšuje

desetkrát oproti výskytu onemocnění v běžné populaci (Koukolík, Motlová, 2004).

Perry prohlašuje, že téma příčiny vzniku schizofrenie je velice kontroverzní. Konstatuje, že všeobecně se má za to, že existuje určitý „genotyp patologie“, osobně se ale přiklání k názoru, že záleží na úhlu pohledu. Sám pak nazývá tuto skutečnost spíše jako genotyp senzitivity. Dokládá to na případě mezi dospívajícími sourozenci v rodině, kde určitý genotyp patologie mají všichni sourozenci, onemocnění však získá obvykle ten nejcitlivější jedinec (Perry i Scheansová, 2007).

1. 7. 1 Rizikové faktory genetické

V dnešní době je obecně považováno za fakt, že genetika ovlivňuje téměř všechny dosud zkoumané druhy chování středně nebo značně, stejně tak ovlivňuje i schizofrenii, i když přesný způsob dědičnosti je doposud neobjasněný (Koukolík, Motlová, 2004). Je ovšem důležité si uvědomit, že genetika není neodvratně určující pro rozvoj nemoci, spolu s působením genetiky je také třeba určité prostředí pro rozvoj nemoci (viz. Rizikové faktory vnějšího prostředí) (Koukolík, Motlová, 2004).

1. 7. 2 Rizikové faktory vnějšího prostředí

Studiem vlivu vnějšího prostředí na rozvoj schizofrenie se zabývalo již několik výzkumů, k nejlépe doložitelným faktorům ale patří datum a místo narození a komplikace související s těhotenstvím a porodem (Koukolík, Motlová, 2004).

Co se týče data narození, podle výzkumů, které citují Koukolík a Motlová (2004) se na severní polokouli pacienti se schizofrenií rodí nejčastěji v lednu až březnu, na polokouli jižní se pak největší počet pacientů rodí v období australské zimy, tedy červenci až září. V oblastech, ve kterých se roční období nestřídají, se žádný sezónní vliv nezjistil, byl ale uskutečněn výzkum v severovýchodní Brazílii, který se zabýval souvislostí mezi schizofrenií a obdobím dešťů. Zde bylo zjištěno, že souvislost mezi obdobím dešťů a počtem narozených nemocných se schizofrenií v obdobích o tři měsíce později je značná, usuzuje se tedy na ovlivnění během gravidity (Koukolík, Motlová, 2004). Nejvíce schizofrenních pacientů se narodilo ve velkých městech. Lidé narození ve městě jsou vystaveni zhruba dvakrát většímu riziku onemocnění schizofrenie. Dále platí úměra, čím vyšší stupeň osídlení a hustota obyvatelstva, tím vyšší riziko schizofrenie. Jako rizikový faktor se uvádí také porod ve městě a to i bez porodních komplikací (Koukolík, Motlová,

2004).

V anamnéze pacientů se schizofrenií jsou často zjišťovány různé perinatální komplikace, mezi něž patří například nízká porodní hmotnost, hypoxické porodní komplikace, asfyxie při porodu či preeklampsie. Tato skutečnost perinatálních komplikací přispěla i k názoru, že schizofrenie je tzv. decerebrační syndrom, jenž je výsledkem porodního traumatu (Koukolík, Motlová, 2004).

Dalšími rizikovými faktory vzniku schizofrenie mohou být ještě např. infekce (prenatální expozice chřipce či zarděnkám), nutriční faktory (nedostatečná výživa plodu během první třetiny těhotenství), psychosociální stres (válečné strádání, přírodní katastrofy, ovdovění matky během těhotenství či nechtěné těhotenství), sociální faktory (ztížené životní podmínky, sociální původ), vliv prostředí v dětství či vysoký věk otce v době narození dítěte (Koukolík, Motlová, 2004).

Zajímavé jsou také studie efektu užívání návykových látek na vznik psychózy. Psychotické symptomy schizofrenie jsou běžně vztaženy k dopaminergní hyperaktivitě v mozku. Tato hyperaktivita je důsledkem zvýšení citlivosti a počtu dopaminových D2 receptorů. Existují ale i výzkumy, které dokazují, že psychóza může vzniknout i jako následek dysfunkce některých dalších neurotransmiterů v neuromediátorových systémech – např. v noradrenergním systému (jako následek intoxikace kokainem či stimulancií), v serotoninergním systému (LSD), glutamátovém systému (extáze) či acetylcholinovém systému (atropin) (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

O kanabisu se pak dále předpokládá, že nespécificky zvyšuje vulnerabilitu ke vzniku psychózy (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007). Marihuana, která může schizofrenní symptomy u vulnerabilních jedinců uspíšit, pak u již nemocných vede ještě ke zhoršení symptomů (Koukolík, Motlová, 2004).

Ke vzniku psychózy může přispívat jako nespécifický spouštěč stres, pro vulnerabilní jedince může být rizikovým faktorem i např. spánková deprivace (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

1.8 Stigmatizace ve společnosti

„Nemoc je zlá, ale horší je hrůza vyvolaná pohledem na nemoc druhých.“

André Maurois

Stigma je určitou nálepkou, která je přisuzována jedincem či společností pomocí moci.

Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševních onemocnění. Proces stigmatizace nastává, když se začne oddělovat my od oni.

Schizofrenie se řadí mezi stigmatizované nemoci - průzkumy, které se věnovaly hodnocení duševních poruch společností, odhalily, že v představách respondentů je schizofrenie spjata s velkou nepředvídatelností, ba dokonce s nebezpečností, v populaci je všeobecně zakořeněn strach z lidí s tímto onemocněním (Koukolík, Motlová, 2004). Tato stigmatizace schizofrenie se projevuje například v poskytování menších prostředků na léčbu a péči o pacienty, přenechání péče o lidi se schizofrenií na méně úspěšných odbornících či v historii např. izolace léčebných zařízení pro lidi se schizofrenií. Stigma se pak může projevit i v chování stigmatizovaného jedince. Jelikož je stigma výsledkem časné socializace, jedinec, který schizofrenií onemocní, může být se stigmatem ještě sám částečně ztotožněn a tak se posléze zabývá otázkou viny či ztráty postavení ve společnosti, s čímž může být spojeno například nízké sebevědomí, izolace či ztráta příjmu (Koukolík, Motlová, 2004).

Ke snížení stigmatizace schizofrenie je potřeba větší informovanost společnosti o této duševní poruše, sama o sobě ale tato informovanost nestačí, důležitým prvkem v procesu destigmatizace je usnadnění kontaktu mezi veřejností a osobami s danou duševní poruchou. Významnou roli také hrají média, která mnohdy ke stigmatizaci spíše přispívají, než aby se ji snažila zmírnit (Koukolík, Motlová, 2004).

2. Léčba schizofrenie

„Největší chybou je, posuzuje-li lékař odděleně nemoc těla a nemoc duše. Obě složky přece nejde oddělit.“

Platon

Podle Kučerové (2010) je potřeba dodržovat dvě hlavní zásady při práci s pacienty se schizofrenií a to nebát se jich a nedávat jim najevo, že jejich řeč nebo chování není normální. Ne, že by se měl terapeut snažit komunikovat stejným stylem, jako pacient, ale měl by pacientovi v komunikaci vyjít naproti, neboť pacient to udělat kvůli své nemoci nemůže. Terapeut by se měl pacientovi snažit porozumět a dát mu najevo, že mu rozumí a že má zájem na tom se s ním domluvit. Především je důležité navázání kontaktu a vytvoření bezpečné atmosféry (Kučerová, 2010).

Podle Kaliny (2001) je zas velmi důležité, aby kterýkoli pacient věděl o své nemoci

tolik, kolik potřebuje, aby při léčení mohl spolupracovat, nejen tedy, aby znal svoji diagnózu, ale aby znal tolik informací, aby nemoci porozuměl a vyznal se sám v sobě.

Perry se přiklání k názoru, že pokud je to možné, měla by být klientovi poskytována především efektivní psychoterapie a měly by být využity všechny možné psychologické prostředky před tím, než se přistoupí k použití medikace. Pacient by měl být medikován pouze v případech, kdy je sám a v takových chvílích, kdy se chování stane natolik obtížné udržet v bezpečném prostředí (Perry i Scheansová, 2007). Tvrdí, že v akutní epizodě psychózy by měla být poskytována efektivní psychoterapie, protože klientova mluva je jasná, dynamický materiál aktivní a připravený k uchopení. Použití medikace má být šetřeno pro situace, kdy bude klient sám, pro zřídka nastávající chvíle, kdy se chování stane natolik obtížné udržet v bezpečném prostředí, a poté, co byly použity jiné psychologické prostředky (Perry i Scheansová, 2007).

Mohr (in Herman, Praško, Seifertová, 2007) také poukazuje na fakt, že antipsychotiky lze zklidnit akutní psychotický stav, stejně tak ale i klidným přístupem, kdy s pacientem terapeut nemusí souhlasit, ale jeho psychotické prožitky mu nemá nijak vyvracet a má se vyhýbat přímé názorové konfrontaci.

Valenta (2007) také zmiňuje skupinu terapeutů, soustředěnou kolem dramaterapeuta Davida R. Johnsona, která se snaží prosadit místo arteterapie v širším smyslu v současném reálném světě (nejen) lidí s duševním onemocněním namísto medicínského přístupu většiny psychiatrů. Tito terapeuti vychází z postřehu, že postmoderní ideje jsou v rozporu s filosofií péče o pacienty s duševním onemocněním a navazují tak na tzv. antipsychiatrické pojetí duševně nemocného jedince. Johnson se přiklání k myšlence, že nejefektivnějším přístupem je psychodynamický model vycházející z psychoanalytické teorie, vývojové psychologie a teorie objektivních vztahů (Valenta, 2007). Tento psychodynamický model se opírá o proces projekce - neuvědomované přenášení vlastních přání a motivů, potlačených či nevědomých obsahů na jiné osoby, situace, věci či zvířata (Landy, 1985), kdy jsou kvality jedince vyjadřovány jeho uměleckými výtvoři a procesy, což vede k transformaci tohoto nevědomého materiálu v terapeutickém prostředí a následné interiorizaci vědomého (Valenta, 2007).

Terapeut má být dle Perryho otevřený k učení se od klienta jeho zkušenostem stavu změněného vědomí a pocitům, doprovázejícím jej v průběhu tohoto procesu, čímž je teprve nápomocen při doprovázení tímto procesem, „neboť růstový proces je často základnou, která pokud je udržena, může vést k následnému vývoji v jedincově systému významů,

hodnot, víry a životního stylu“ (Perry in Scheansová, 2007, str. 20).

Pečňák a Aziri (2009) se snažili vystihnout, jak by měl vypadat komplexní přístup k léčbě schizofrenie, a navrhli několik základních faktorů, které by v takové léčbě neměli chybět (viz. Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2. Postupy komplexní léčby schizofrenie (Pečňák, Aziri, 2009, str. 117)

• edukace pacienta a příbuzných
• cílená psychoterapie
• podpůrná terapie zaměřená na pacienta a jeho příbuzné
• nácvik sociálních dovedností
• nácvik a asistence při každodenních činnostech
• společné přijímání rozhodnutí
• monitorování medikace a symptomů
• asistence při podávání léků
• asistence při zabezpečování služeb a jiných potřeb
• zabezpečení dohledu nad finančními zdroji
• svépomocné skupiny

Koukolík a Motlová (2004) dále uvádějí několik fází terapie psychóz, které vyžadují odlišné přístupy, co se týče jak farmakoterapeutické, tak psychoterapeutické intervence:

- *akutní fáze,*
- *stabilizační fáze,*
- *stabilní fáze.*

2.1 Akutní fáze léčby

Tato fáze zahrnuje období náhlých psychotických příznaků, v němž je žádoucí neprodlená farmakoterapie (90% pacientů souhlasí s perorální aplikací léků, pouze 10% pacientů se neobejde bez injekční aplikace) spolu s navázáním terapeutického vztahu. Češková (2005) uvádí následující psychosociální cíle léčby v akutní fázi: minimalizace stresů, jasná komunikace, strukturované prostředí, tolerance, podpora, informace o léčbě, výzva ke spolupráci, navázání vztahů s rodinou, edukace (Češková, 2005, str. 64). Koukolík a Motlová (2004) pak ale upozorňují, že příliš mnoho psychoterapie je v této fázi

na škodu, a kladou důraz na důstojné zacházení s pacientem.

2.2 Stabilizační fáze

Stabilizační fáze je obdobím po odeznění akutních příznaků, kdy je pacient až po dobu několika měsíců zvýšeně zranitelný vůči stresu i vůči změnám ve farmakoterapii, proto by se mělo alespoň šest měsíců po odeznění akutních příznaků pokračovat v léčbě lékem, na němž bylo dosaženo remise (přechodného vymizení příznaků) (Koukolík, Motlová, 2004).

V této fázi většina pacientů pozitivně reaguje na podávané medikamenty, je ale žádoucí pacienty ve vhodnou chvíli zapojit také do psychosociálních programů, které by už ale neměly být tak strukturované jako v akutní fázi a měly by se více přizpůsobovat reálnému prostředí (Koukolík, Motlová, 2004). Pacienti by měli získat informace o průběhu a prognóze onemocnění, o významu medikace, měli by se naučit zacházet se symptomy, rozpoznat varovné příznaky a naučit se, co dělat v případě jejich výskytu (Koukolík, Motlová, 2004).

Jak již bylo zmíněno, pacient by se měl dozvědět informace o své nemoci. Informace, které ale vyčte z knih, či internetu, jsou velmi obecné, proto by se pacientovi mělo dostávat tzv. individuální psychoedukace, která by se měla týkat přímo pacientovy osobní situace, měla by jej učit vystopovat vlastní individuální varovná znamení a připravit vlastní krizový plán (Koukolík, Motlová, 2004). Oproti této individuální psychoedukaci pak existuje také rodinná psychoedukace, která je zaměřena nejen na rodinu nemocného, ale i na všechny blízké osoby. Tato intervence by měla poskytovat informace a podporu všem zúčastněným, čímž by mělo být dosaženo bezpečného a klidného prostředí pro pacienta. Tyto programy mohou být krátkodobé (8 – 25 setkání) či dlouhodobé (alespoň šest měsíců), které dle průzkumů významně snižují frekvenci výskytu relapsů a rehospitalizací (Koukolík, Motlová, 2004).

2.3 Stabilní fáze

Tato fáze je již v podstatě dlouhodobá léčba, jejímž cílem je prevence relapsu a udržení remise (Koukolík, Motlová, 2004).

Medikamentózní léčba by se podle Češkové (2005) měla snažit o podávání minimálních účinných dávek s minimalizací vedlejších účinků, čímž by se měla zlepšit i kvalita života pacienta. Existují dvě strategie této léčby – kontinuální udržovací léčba a cílená léčba,

kteřá je zahájena až při prvních známkách hrozícího relapsu. Kontinuální léčba je rozhodně účinnější, cílená léčba bývá využívána u těch pacientů, kteří po odeznění akutní fáze odmítají pokračovat v léčbě (Češková, 2005).

Existují určité rozpory v otázce, jak dlouho by měla kontinuální léčba antipsychotiky trvat. Někteří autoři tvrdí, že po odeznění akutní fáze by měla léčba trvat jeden až dva roky, po opakovaných relapsech pak minimálně pět let, jiní odborníci se ale shodují, že léčba při opakovaných relapsech by měla být ještě delší, v podstatě celoživotní. Mnozí ale také poukazují na variabilitu pacientů se schizofrenií, v potaz by se podle nich pak měla brát nemoc jakožto záležitost individua a výsledky nezevšeobecňovat (Češková, 2005).

Psychosociální léčba ve stabilní fázi by dle Češkové (2005) měla být cílená na rodinu a měla by se objevovat alespoň snaha nemocného pracovně zapojit. Z psychoterapeutických přístupů je pak vhodná KBT a kognitivní rehabilitace (Češková, 2005).

2.4 Prostředky léčby schizofrenie

V následujícím textu budou popsány některé prostředky léčby schizofrenie – farmakoterapie, rehabilitace a psychoterapie. Mezi další prostředky pak mohou být zahrnuty ještě například biologické metody, mezi něž patří elektrokonvulzivní terapie (ECT), fototerapie, EEG biofeedback či hluboká mozková stimulace (Praško, 2011), těm ale v této práci nebude věnována pozornost.

2.4.1 Farmakoterapie

Rok 1952 byl pro léčbu schizofrenie významný, neboť do klinické praxe byl poprvé zaveden první lék, chlorpromazin, který se užívá dodnes (Češková, 2005). Tento přípravek dle Pečeňáka a Aziri (2009) přinesl obrovský zvrat v léčbě schizofrenie, neboť umožnil pacientům pobyt mimo ústavní léčbu a poskytl možnost rozvoje resocializačních a psychoterapeutických metod.

K léčbě schizofrenie se dnes užívají tzv. antipsychotika (dříve nazývaná neuroleptika), léky, určené k odstranění akutních psychotických příznaků a k dlouhodobé prevenci relapsu. Tyto léky mají pozitivní vliv na psychické funkce a co je velmi důležité, antagonistují dopaminové D2 receptory (Koukolík, Motlová, 2004).

Antipsychotika (AP) dělíme na klasická (AP I. generace) a atypická (AP II. generace).

Klasická AP jsou dále dělena na bazální (sedativní) AP a incizivní AP (způsobující menší útlum) a řadí se do této skupiny např. Chlorpromazin, Chloprothiexin či Haloperidol. Do skupiny atypických AP patří např. Sulpirid, Klozapin, Zotepin či Aripiprazol (Češková, 2005).

Při srovnání účinků obou skupin nebyl jednoznačně zjištěn větší efekt atypických antipsychotik oproti klasickým, přesto byly stanoveny určité přednosti, mezi něž patří například méně klinicky relevantní projevy motorických vedlejších účinků, méně afektivních nežádoucích účinků, lepší vliv na neuropsychologický deficit či lepší subjektivní pocit při podávání. Mezi vedlejší účinky atypických AP lze pak zařadit například zvýšení hmotnosti či rozvoj diabetu (Češková, 2005).

Schizofrenie je definována jako proces, i ve farmakoterapii se tedy musí dbát na rozdílnost přístupu v jednotlivých fázích léčby. V akutní fázi je potřeba, aby AP byla podávána po adekvátní dobu (min. 3 – 6 týdnů, pokud není léčebný efekt, AP se mění) v adekvátní dávce (Češková, 2005).

V současnosti se spolu s podchycením prodromů také uvažuje „preventivní“ podávání antipsychotik, což je ale podle mnohých autorů eticky problematický postup, proto se takový postup obecně nedoporučuje a léčba v prodromálním stádiu onemocnění se spíše soustřeďuje na navázání spolupráce s rodinou, edukaci a důkladné pozorování pacienta (Koukolík, Motlová, 2004).

2.4.2 Rehabilitace

Mezi rehabilitační léčebné metody patří (Koukolík, Motlová, 2004):

- *nácvik sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí*, např. komplexní Brennerův Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT), který je rozčleněn do pěti modulů, v nichž klienti trénují postupně kognitivní rozlišení, sociální percepci, verbální komunikaci, sociální dovednosti a nakonec řešení problému,
- *zaměstnání s podporou*, které vede k nižší frekvenci hospitalizace, lepší spolupráci v léčbě, nižšímu abúzu alkoholu, zlepšuje sebevědomí a vede k vyšší sociální aktivitě, ač je to možná nečekané, výzkumy ukazují, že účinnější strategií při podporovaném zaměstnání je nejprve zaměstnat a potom trénovat, než nejprve trénovat a potom zaměstnat,
- *chráněné bydlení*, ve kterém je nyní trendem spolupráce osobních asistentů

s pronajímateli, který vede ke zlepšení kvality života a zkrácení doby hospitalizace.

Rehabilitační metody pak také doplňují tzv. svépomocné programy, které vznikají na základě přesvědčení o pozitivním vlivu setkávání lidí se stejným postižením (Koukolík, Motlová, 2004).

2. 4. 3 Psychoterapie

Psychoterapie má při léčbě schizofrenie nezanedbatelný význam, neboť pacient v této situaci musí čelit obrovské spoustě problémů – přes obtíže v komunikaci a deprese až po snahu vyrovnat se s psychotickými symptomy. Jak již bylo zmíněno, velkou roli v psychoterapii u jedinců se schizofrenií má kognitivně-behaviorální terapie. Psychoterapie slouží k podpoře nemocného, k jeho lepšímu porozumění sobě samému a také ke zlepšení kognitivních a sociálních funkcí. Pomáhá snížit pocity viny, zabraňuje sociální izolaci a zlepšuje náhled na onemocnění (Koukolík, Motlová, 2004).

Základním prostředkem k navázání psychoterapeutického vztahu je podpůrná psychoterapie, která pomáhá vstřebat a pochopit psychotický prožitek a umožňuje pacientovi obnovení kontaktu s realitou (Seifertová, Libiger, Švestka, Mohr, Motlová in Seifertová, Praško, Horáček, Höschl, 2008).

Individuální a skupinová psychoterapie osob se schizofrenií

Psychoterapie má formu individuální a skupinovou a obě hrají v léčbě pacientů se schizofrenií nemalou roli. Individuální psychoterapie má zcela jistě dlouhodobější tradici než psychoterapie skupinová, v posledních dvaceti letech se ale klienti setkávají s takovým syntetickým přístupem terapeutů, který nejenže propojuje individuální a skupinovou psychoterapii, navíc se ale snaží o tzv. totální útok na schizofrenní onemocnění, tedy o komplexní terapeutický přístup k těmto jedincům. Tento přístup pak zahrnuje působení všech psychosociálních faktorů, které jsou k dispozici – tedy nejen kombinaci individuální a skupinové psychoterapie, ale také arteterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, rehabilitace, rodinné psychoterapie apod. (Bouchalová in Syřišťová, 1990). „Totalita léčebného útoku se neprojevuje jen v rozsahu, nýbrž i v intenzitě a hloubce psychoterapeutického působení“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990, str. 58). Jako nejvhodnější se pak tedy jeví kombinovat různé terapeutické metody vzhledem k individuálním vlastnostem jedince, zvláštnostem choroby, systému potřeb a hodnot

jedince a jejich nasycení či frustraci (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Ve srovnání s individuální psychoterapií nabízí skupinová psychoterapie klientovi se schizofrenií možnost začlenit se do rozsáhlejší sítě sociálních vztahů, poskytuje mu možnost sociálního tréninku v bezpečném prostředí a je modelem sociálních vztahů v malých sociálních skupinách (Bouchalová in Syřišťová, 1990). „Vzhledem k typologii schizofrenního onemocnění je ale důležité říci, že samotná skupinová psychoterapie neposkytuje jedinci se schizofrenií dostatečně diferencovaný prostor pro rozvinutí a rekonstrukci jeho sociální reaktivity v jejím individuálně specifickém rozsahu a hloubce. Neumožňuje tak zpětně ani její korekci.“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990) Jedinec se schizofrenním onemocněním pak tedy může zůstat v jádru terapií zcela nedotčen, přestože navenek vykazuje některé změny v chování ve skupině. Tyto změny ale mohou být pouhým výsledkem naučeného chování, behaviorálního tréninku, klient je však nedokáže přenést do mimoskupinové sociální reality a při ukončení spolupráce v terapeutické skupině klient od takového naučeného chování upouští (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Podle Bouchalové (1990) je pro jedince se schizofrenií klíčový dyadický vztah k terapeutovi, jenž je pro jeho další sociální komunikaci zcela určujícím modelem lidského vztahu. Terapeut pouze v takovém vztahu může dostatečně diferencovaně respektovat specifickou pacientovy percepce světa a dešifrovat různé významy jeho chování, čímž může volit účinnější taktiku psychoterapeutického působení (Bouchalová in Syřišťová, 1990). Takový terapeutický vztah se posléze stává základem pro rozvíjení dalších sociálních vazeb, mimo jiné může sloužit i jako základní předpoklad klientova členství v psychoterapeutické skupině (Bouchalová in Syřišťová, 1990). Přestože má podle Bouchalové (1990) individuální terapie v psychoterapii jedinců se schizofrenií nezastupitelný význam, je stejně žádoucí kombinovat individuální psychoterapii s aktivitami skupinovými.

Skupinová psychoterapie vzbuzuje ve většině klientů se schizofrenií zpočátku velkou úzkost a vyvolává v nich obranné mechanismy, které je mohou ještě více uzavřít do sebe. Dynamika sociálních interakcí ve skupině pak má sevřený a na terapeuta centrováný charakter. Podle Bouchalové (1990) je usměrnění takové dynamiky skupiny interakcí problematické – takový přístup vede k zablokování psychoterapeutického procesu a někdy až k zesílení obranných postojů. Mezi metody, které v takovém případě snižují úzkost, patří např. biografické vedení skupinové psychoterapie, hloubková analýza struktury a dynamiky chování, psychodrama (některé formy) ad. Za vhodné prostředky k navázání

kontaktu ve skupině jsou pak považovány hudba (většina forem muzikoterapie), arteterapie, některé formy psychodramatu, modifikace psychopantomimy ad. (Bouchalová in Syřišťová, 1990). „Tyto terapeutické prostředky působí jako aktivátory psychosociální dynamiky jedinců a jako prostředky jejich komunikace s realitou“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990, str. 69).

Jelikož expresivní terapie jsou využívány povětšinou ve skupinovém prostředí, následující text bude zaměřen na skupinovou terapeutickou práci jedinců se schizofrenií.

Psychoterapeutická skupina jedinců se schizofrenií

Psychoterapeutická skupina jedinců se schizofrenií je malá sociální skupina s terapeutickou funkcí, jejíž specifika jsou určena zvláštnostmi struktury této skupiny a jejích cílů, smyslem a způsobem jejího vzniku a trvání.

V rámci psychoterapeutického procesu plní skupina tři základní funkce, jimiž jsou (Bouchalová in Syřišťová, 1990, str. 60):

I. Funkce modelu malé přirozené sociální skupiny

Skupina se stává pro jedince potenciálním korektivním modelem společnosti, kde je jedinci umožněna korekce jeho dosavadních postojů, vztahů a forem sociální komunikace a kde jedinec může reprodukovat individuální formy komunikace a přenosové vztahy. Rovněž svým členům poskytuje příležitost k formování pocitu sociální sounáležitosti a významnosti, sociálního sebevědomí a eliminuje pocity sociální izolace (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

II. Funkce mitigované sociální skupiny

Psychoterapeutická skupina může jedinci zprostředkovat zážitek začlenění, přesto tato skupina nefunguje jako běžná skupina, ale jako jakási milosrdnější verze reality, kde jsou zmírňovány sociální sankce či sociální agrese. Pokud se ale skupina pro pacienta stane idealizovanou pseudorealitou, ztrácí svou terapeutickou hodnotu (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

III. Diagnostická funkce

Projevy členů skupiny jsou zároveň ukazateli jejich individuálních zvláštností a proměn, jež za předpokladu, že je terapeut rozpozná a diagnostikuje, mohou být terapeutem také usměrňovány (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Co se týče indikace jedince k zařazení do psychoterapeutické skupiny, většina autorů se shoduje na tom, že z hlediska nosologie by skupina měla být homogenní, neboť takové

složení pak má pozitivní vliv na atmosféru akceptace, empatie a na pocity bezpečí, dále je zde pak očekávána větší koheze a menší tendence k vytváření podskupin (Bouchalová in Syřišťová, 1990). Homogenita ve skupině jedinců se schizofrenií by měla být zachována především z důvodu, že osoby se schizofrenií vyžadují terapeuticky specifický přístup, který by v nosologicky heterogenní skupině mohl způsobit napětí, stagnaci, nepochopení a netrpělivost vůči jedincům se schizofrenií (Bouchalová in Syřišťová, 1990). Zvláště doporučené je vyvarovat se heterogenním skupinám jedinců se schizofrenií a jedinců s organickou duševní poruchou, afektivní poruchou, poruchou sexuální preference, histriónskou poruchou osobnosti a jedinců s neurotickou poruchou, neboť každá z těchto skupin jedinců vyžaduje odlišný terapeutický přístup, který by byl pro další skupinu kontraindikací (Bouchalová in Syřišťová, 1990). V otázce nosologické homogenity je třeba také přihlížet k zastoupení jednotlivých druhů schizofrenních poruch. Je tak třeba velmi namáhavá práce se skupinou jedinců s převážně hebefrení symptomatologií či s převahou paranoidních forem, neoptimálnější se jeví rovnoměrné rozložení jedinců s různými schizofrenními poruchami (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Taktéž by skupina měla být homogenní co do výšky IQ, neboť přítomnost jedince s podprůměrným IQ může způsobit jeho izolaci od ostatních, což může postupně vést k prohloubení symptomatologie – především u paranoidních forem schizofrenie. Postoj ostatních členů terapeutické skupiny k jedinci s podprůměrným IQ se zpravidla omezuje na pouhou toleranci, shovívavost či lítost. Přítomnost více členů s nižším IQ pak může být brzdou vývoje celé skupiny (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Homogenita skupiny z hlediska věku a pohlaví jedinců v psychoterapeutické skupině je však zatím rozporuplná. Podle některých autorů je pozitivním přínosem, podle jiných je nežádoucí. V posledních letech ale přibývá odborníků, kteří jsou zastánci heterogenity z hlediska věku i pohlaví a to z toho důvodu, že psychoterapeutická skupina tak modeluje přirozenou sociální skupinu (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Výběr jedinců do psychoterapeutické skupiny je v praxi ovšem často omezen na podmínky, v nichž terapeut pracuje, tedy většinou podmínky psychiatrického zařízení, kde je terapeut většinou závislý na poptávce klientů. Jenom málokterý terapeut pracuje v optimálních podmínkách, proto je velmi důležité určit si kritéria tolerance, kterou terapeut může a nesmí překročit. Primárně je třeba respektovat kritéria diagnostická, dále IQ a teprve následně kritérium pohlaví a věku (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Cíle skupinové psychoterapie jedinců se schizofrenií

Podle Bouchalové (1990) jsou cíle skupinové terapie následující: korekce sociálního chování ve směru sociální adaptace, která by jedinci umožnila uspokojující komunikaci v přirozených podmínkách běžné sociální skupiny, plnění sociálních úkolů a rolí, odpovídajících jeho individuálním zvláštnostem, a zvyšování pocitu sociálního sebevědomí, jistoty a uspokojení z činnosti.

Jak ale dále tvrdí Bouchalová, „cílem terapie jedinců se schizofrenií není úplné zrušení specifických forem percepce světa a reaktibility, ale pouze odstranění těch maladaptivních prvků, které jsou pro pacienta a jeho okolí zdrojem utrpení“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990, str. 61).

Terapeutický vztah v procesu skupinové terapie schizofrenie

„Existuje jediný opravdový přepych, a to lidské vztahy.“

Antoine de Saint Exupéry

Přestože existuje mnoho rozdílných psychoterapeutických přístupů, v jednom jsou všechny za jedno – za základ celého terapeutického působení se obecně považuje terapeutický vztah. Tento je pak chápán jako „specifická forma autentického lidského vztahu, v níž jsou zúčastnění mezi sebou v terapeutické interakci“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990). Pravidla této interakce jsou pak dána individuálními zvláštnostmi jedince i terapeuta, metodami a technikami terapeutického působení i faktory prostředí, v němž terapeutický proces probíhá (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Zvláštnosti komunikace klienta se schizofrenií pak na terapeuta kladou specifické požadavky a staví mu do cesty specifické nástrahy. Při terapeutické práci s osobami se schizofrenií musí být terapeutovy projevy klientovi srozumitelné, terapeut musí hovořit jazykem symbolů, které volí klient. Dále u klienta musí vzniknout pocit, že je pochopen a tudíž není ve své situaci osamocen.

Ve skupinové psychoterapii musí být terapeut zpočátku velmi aktivní, nesmí však být direktivní či hyperaktivní, protože to by mohlo vést k prohloubení potlačení spontánních projevů a pocitů zodpovědnosti a klient by pouze automaticky vykonával terapeuta přání. Je tedy nutné, aby terapeut v různých fázích psychoterapeutického procesu pracoval různě. V první, tzv. iničiální fázi musí být terapeut nejvíce aktivní. Zde je jeho úkolem navázání vztahu s klientem, zpravidla jde o jednosměrnou komunikaci terapeuta ke

klientovi. Ve druhé fázi procesu dochází k emocionální závislosti klienta na terapeutovi, kdy aktivitu přejímá zpravidla klient, její terapeutické usměrnění ovšem stále zůstává na terapeutovi. Ve třetí fázi, ve fázi sociální autonomizace klienta, je úkolem terapeuta uvolnění jednostranné závislosti, interakční aktivita se pomalu stává vyváženou mezi oběma stranami, terapeutický obsah je však stále regulován terapeutem. V poslední čtvrté fázi musí terapeut především podněcovat situace, vhodné pro fixaci nových postojů a forem komunikace, a přebírat podpůrnou funkci při orientaci klienta v reálném prostředí (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Zmíněnými nástrahami pak mohou pro terapeuta být (Bouchalová in Syřišťová, 1990):

- *vystavení projevům ambivalence klienta* – střídání projevů hostility, agrese a nedůvěry s emocionální závislostí,
- *hypersenzitivita klienta na podněty slabé intenzity*,
- *neregování klienta či reakce ve stereotypních* – terapeut je vystaven nebezpečí, že podlehne pocitu marnosti vlastního úsilí,
- *důraz klienta na faktor metakomunikace* – pro klienta se schizofrenní poruchou je obvykle mnohem důležitější faktor metakomunikace (intonace, mimika, gotika ad.), než význam slov. Tyto faktory pak mohou být v terapeutickém procesu velmi nápomocné, na druhou stranu pro terapeuta ale i zrádné, kolikrát totiž mohou prozradit mnohem více, než chce terapeut dát klientovi najevo.

Tyto zmíněné nástrahy mohou zahnat terapeuta do pozice, kdy je závislý na manifestních reakcích pacienta a terapeutický vztah tak může ztrácet své korekční působení (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

Vybudovaný vztah k terapeutovi má pro klienta hlubokou hodnotu. Tento vztah je náročný pro obě zúčastněné strany, klientovi dává ale obrovskou naději na změnu, je opěrným bodem jeho dalších životních zkušeností (Bouchalová in Syřišťová, 1990).

„Dosáhne-li navázaný vztah terapeuta s pacientem hodnotu skutečného lidského sblížení, důvěry a jistoty, stává se zpravidla klíčovým prostředníkem mezi sociální realitou a schizofrenním světem.“ (Bouchalová in Syřišťová, 1990)

3. Expresivní terapie

„Tam, kde nám chybí slova, pomohou skutky.“

Michelangelo

Slovo terapie je řecko - latinského původu, řecké sloveso ‚therapeuó‘ má dva základní významy, jimiž jsou ‚sloužím‘ a ‚pečuji o někoho‘. Z tohoto výrazu se vyvinulo slovo ‚therapia‘ - ‚sloužení někomu‘, ‚léčení‘ či ‚pečování o někoho‘ (Lipner, 2009).

Terapeutický přístup pak lze vymezit jako „takový odborný způsob odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřuje k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně“ (Müller in Müller, 2007, str. 13).

Expresivní terapii, nazývanou také arteterapií v širším smyslu, pak lze definovat jako „odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“ (Müller in Müller, 2007). Do této kategorie spadají především dramaterapie, teatroterapie, biblioterapie, arteterapie v užším smyslu, tanečně-pohybová terapie či muzikoterapie (Kantor in Kantor, Weber, Lipský a kol., 2009).

V zahraničí je možné expresivní terapie hledat také pod pojmy umělecké kreativní terapie nebo terapie uměním (Kantor in Kantor, Weber, Lipský a kol., 2009).

Hanušová (in Vymětal a kol., 2007) vymezuje expresivní postupy v psychoterapii jako takové metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média (uměleckého, pohybového). Práce s určitým výtvozem směřuje k uvědomění si do nich projikovaných obsahů a tím vede k větší kontrole emocí (Hanušová in Vymětal a kol., 2007).

Díky využití uměleckých prostředků dochází k nižší vědomé kontrole projevu emocí uvědomovaných i skrytých, abreakci (odžití emocí), a tím i tedy k prevenci sociálně méně přijatelného jednání (Šindelířová, 2010).

3.1 Umění

„Uměním a jen uměním se zdokonalujeme. Umění a jen umění nás může odvrátit od špinavého, nebezpečného života.“

Oscar Wilde

Na umění je možné pohlížet z mnoha pohledů, jedním z nich je například pohled na umění jako na lidskou kulturní činnost, tedy zahrnující sociální prvek, také ale existují snahy umění definovat i jako formu vlastní, osobní exprese, tedy jako prvek individuální (Šicková - Fabrici in Müller, 2007).

Funkce umění

Umění je určitým způsobem součástí života každého jedince. Již spousta lidí se proto zabývala otázkou, má-li umění nějaký pozitivní účinek na život člověka. Například už Aristoteles formuloval v dávných časech myšlenku, že jednou ze základních funkcí umění je i mírnění bolesti. Na něho navázal v pozdějších letech Josef Bohuslav Foerster, který se zabýval otázkou samotné podstaty umění. Tuto podstatu pak definoval jako rozvádění životní disonance v konsonanci, smiřování protikladů, sblížování a slučování srdce, povznášení a utěšování, oblažování a očišťování duše. Na Foerstera navázala celá řada autorů, která se zabývala funkcí umění a tuto funkci začala postupně formulovat. Dnes je funkce umění rozdělena do čtyř základních bloků, jimiž jsou: bazální, formativní, terapeutická a rekreační funkce (Spousta, 1996).

Mezi bazální, čili základní funkce umění patří funkce hodnotové (reprezentuje duchovní hodnoty), estetické, magické (překračuje meze smyslového poznání), komunikativní (zprostředkovává spojení), informativní (podává zprávu – utvoření mínění, postoje), kognitivní (rozšíření poznání, názor) a petrifikační (uchovává poznané, prožité – upevnění) (Spousta, 1996).

Mezi rekreační funkce umění náleží funkce solitární (navozuje pocit izolace a osamělosti), desolitární (usnadnění navození sociálních kontaktů), hedonistická (poskytuje požitek, smyslovou rozkoš) a zábavná (Spousta, 1996).

Do formativních funkcí umění patří funkce kompenzační, stimulační, pedagogická a humanizační. Kompenzační funkce má uspokojit potřeby opozitního charakteru při touze po osobnostním vyrovnání (Spousta, 1996). Stimulační funkce je zaměřena na rozvoj senzibility, fantazie, imaginace a invence. Taktéž podněcuje aktivní postoj člověka k okolnímu světu. Vnitřní svět uměleckého díla je poskládán tak, aby se recipient do díla mohl vžít a vcítit se do jeho atmosféry (Spousta, 1996). Funkce formativní spočívá v otevření člověku nových dimenzí vnímání okolního světa (Spousta, 1996). Humanizační funkce umění spočívá ve znásobení vnímavosti člověka, zjemnění jeho emotivity, učení ho toleranci a citlivosti k těžkostem a útrapám druhých a zbavení ho agresivity (Spousta, 1996).

V neposlední řadě má umění také funkci terapeutickou, do níž je řazena funkce relaxační, defrustrační, psychoterapeutická a katarzní (Spousta, 1996).

Relaxační funkce využívá umění jako nástroje relaxace a rehabilitace, čímž zbavuje

vnímajícího psychického napětí a umožňuje mu, aby dosáhl celkového uvolnění a získal duševní rovnováhu (Spousta, 1996). S touto funkcí úzce souvisí i funkce defrustrační, která má výrazné uplatnění při interpretačních a tvůrčích aktivitách, kdy setkání se s uměním dokáže člověka zbavit špatné nálady a celkově ho zklidnit (Spousta, 1996). Psychoterapeutickou funkci umění popsal ve svých Zákonech již Platón, který ve zmíněném textu doporučoval hudbu a tanec jako lék proti strachu. Že umění pomáhá v léčbě bolavé duše i těla a zmírňuje bolest je již dnes zřejmé (Spousta, 1996). V těsné blízkosti s psychoterapeutickou funkcí je také funkce katarzní. Význam slova katarze je vnitřní duševní očista, očišťující proces. Tomu, že umění pomáhá regenerovat duševní síly a vede k očistě ducha, věřili lidé již od pradávna (Spousta, 1996).

3.2 Vztah umění a terapie

„Umění není nic odděleného, nepatří jen několika vyvoleným, ale je něčím, co má dát konečný smysl a dovršení všem projevům života.“

John Dewey

Jak již bylo zmíněno, expresivní terapie v sobě zahrnuje dva základní prvky – umění a terapii. Tyto prvky se mohou na první pohled zdát odlišné, při bližším náhledu je ale zřetelné, že spolu souvisí a v něčem na sebe dokonce i navazují. Jak popisuje Syřišťová (1990, str. 106): „umění jako terapeutický prostředek může podporovat specificky lidskou potřebu tvořit, realizovat se, navázat spontánní, nejméně násilnou cestou kontakt s druhými lidmi“.

Valenta ale upozorňuje, že jde o vztah jednostranný. „Zatímco úroveň uměleckého zážitku je zcela nezávislá na terapii, úroveň (arte)terapie je přímo úměrná hloubce estetického zážitku“ (Valenta, 2007, str. 18).

3.3 Využití expresivních terapií při práci s osobami se schizofrenií

„Ve svém vlastním díle hraji o svůj vlastní život a polovina mého rozumu vzala přitom za své...“

Vincent van Gogh

Často se u osob se schizofrenií můžeme setkat s potřebou sdílení a zároveň nemožností

či neschopností prožitky sdělovat obvyklým způsobem. Dle Syřišťové (in Syřišťová a kol., 1990) jde v terapiích uměním především o to, aby terapeut klientovi se schizofrenií usnadnil možnost dialogu, aby klienta vnímal a dal mu najevo, že ho přijímá a snaží se ho pochopit.

V léčebných přístupech, pomáhajících osobám se schizofrenií, bývají často označovány veškeré abnormální jevy jako patologické a je snahou tyto jevy eliminovat, terapeuticky nosnější se ale jeví přístup opačný, který uznává, že tito klienti mohou být v některých ohledech psychicky bohatší a že to, co je z hlediska normality považováno za vadu, může být v některých případech považováno za takovou neobyčejnost, kterou je třeba konstruktivně rozvinout a tím získat mnohem více, než když je tato abnormalita potlačena (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Jedním z těchto opačných přístupů se jeví expresivní terapie.

Dále zde je třeba také zmínit skutečnost, že je zde určitá souvislost mezi tvorbou některých jedinců se schizofrenií a umělců. „Základní psychologické předpoklady tvořivé činnosti umělců mají řadu společných rysů s psychologickou genesí tvorby některých klientů se schizofrenií.“ (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990, str. 95) Tento fakt je dle Syřišťové (in Syřišťová a kol., 1990) nejmarkantnější v incipientní (přípravné) fázi schizofrenie, ve fázi krajně vystupňovaného úzkostného ladění nebo vzrušení, napjatého očekávání, úžasu nebo úděsu z náhle nepochopitelného obrazu světa, doprovázené pocity ztráty všech dosavadních jistot. V tomto případě lze mluvit o tzv. schizofrenní depersonalizaci, kdy se hroutí obrysy vlastního já a vnějšího světa. Jedinec si v takové chvíli musí hledat nový opěrný bod a nové formy pochopení sebe sama a okolního světa. A právě v takové chvíli jsou u schizofrenních jedinců pozorovatelné podobné rysy s genezí umělecké tvorby – fáze inspirace, zvýšené senzitivity a napětí a potřeby nekonvenčního vyjádření nově objevené reality (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). V obou případech je zde tedy patrný odklon od běžného vnímání reality a schopnost spatřit dosud nespátřené (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). „V psychóze i v umění se dostávají ke slovu běžně nesdělitelné prožitky, dochází v různém stupni k prolínání subjektu a objektu, k rozpuštění hranic mezi obojím, mezi fantasií a realitou, k expresi, vyúsťující někdy až k iluzivnímu prožívání, ovládanému běžnými konvencemi“ (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990, str. 96) Umělec se od jedince se schizofrenií liší tedy především v tom, do jaké míry se ex post stává pánem svého díla, tedy schopností reversibility do světa běžných norem (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

U osob se schizofrenií převládá naprostá spontaneita, schizofrenní prožitek si sám nachází výrazový prostředek, převážná většina tvorby jedinců se schizofrenií je vysoce expresivní a symbolická. Syřišťová dále poukazuje i na fakt, že lidi se schizofrenií tvoří nejvíce ze všech duševně nemocných a tato spontánní exprese by tedy měla být terapeutem podněcována, ale nikoli vynucována, neboť tak by nebyla pochopena (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

„Tvoření psychotika je nutno přijmout jako výraznou možnost a jeden z významných předpokladů psychoterapie. U schizofreniků, tak často málo aktivních a vitálních, je potřebí chránit každý projev tvořivé exprese jako přemostění k životu.“ (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990, str. 99)

3.4 Arteterapie

Původ slova arteterapie pochází z latinského ars – umění a řeckého therapeia – léčba, jde tedy doslovně o léčbu uměním. V užším smyslu je ale arteterapie považována za terapii uměním výtvarným, výtvarnými prostředky (Šicková - Fabrici, 2008).

Arteterapie je dle Vrbové (in Praško a kol., 2011) terapeutická technika, která využívá projekce zážitku do výtvarného projevu. V arteterapii, ostatně jako i ve většině dalších expresivních terapiích, je nejdůležitější samotný proces tvorby, nikoli jeho výsledek, produkt (Šicková - Fabrici, 2008). První využití arteterapeutické metody, jakožto využití kresby v psychoterapii, se datuje do roku 1926 a je spojováno se jménem H. Morgensteinové. Další důležitou osobností při vzniku arteterapie jako samostatného oboru je Edith Kamer, která v roce 1972 vydala publikaci *Art as Therapy with Children* (Šicková - Fabrici, 2008).

Arteterapie má aktivní (produktivní) a pasivní (receptivní) složku. V produktivní arteterapii jde o použití konkrétních výtvarných činností, zatímco v receptivní arteterapii je jedinec vystaven vnímání určitého výtvarného díla (Šicková - Fabrici, 2008).

Tato expresivní metoda může být využita jak v individuální, tak ve skupinové formě, častější je ale její využití ve skupině. Skupinová arteterapie odkrývá vztahovou problematiku jedince, která se odráží i v konečném výtvoru těchto lidí (Vrbová in Praško a kol., 2011).

Liebmann (2005) rozděluje arteterapeutické sezení do pěti základních částí, jimiž jsou úvod, rozehřátí, hlavní činnost, reflexní diskuse a zakončení sezení.

Cíle arteterapie

Mezi cíle využívání arteterapeutických technik řadí Vrbová (in Praško a kol., 2011):

- *usnadnění vyjadřování pocitů,*
- *rozpoznání některých (jinak těžko rozpoznatelných) osobnostních rysů klientů,*
- *slučování vědomých a nevědomých tendencí klientů,*
- *zkrácení doby vyjádření pocitů oproti verbálnímu projevu,*
- *posílení sebevědomí prostřednictvím tvůrčí činnosti,*
- *spontánní tvořivost, sebeuzdravující proces,*
- *změna sebe sama, vztahů a prostředí, v němž klient žije.*

Liebmann (2005) pak rozděluje cíle arteterapie na individuální a sociální. Mezi individuální řadí schopnost uvědomování si sebe samého, využití fantazie v tvorbě, zdravé sebehodnocení, spontánnost, celkový rozvoj jedince, sebereflexe, relaxace, schopnost vyjadřovat city a emoce, svoboda při experimentování. K sociálním sílům podle něho náleží rozvoj empatie, uvědomění si individuality každého jedince, zvýšení soudržnosti skupiny, schopnost lepší komunikace, zlepšení schopnosti uznat hodnoty druhých, podpora důvěry ve skupině, větší sdílnost a nacházení společných skupinových témat.

3. 4. 1 Využití arteterapie při práci s osobami se schizofrenií

Hlavním cílem arteterapie při práci s osobami se schizofrenií je možnost sebevyjádření a nalezení společné „řeči“, rezonance s druhými lidmi. Arteterapie zde může také sloužit jako nenásilná příprava k rozvíjení sociálního kontaktu (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Vrbová (in Praško a kol., 2011) také upozorňuje, že arteterapie nemusí být vhodná pro lidi v počínající a akutní fázi schizofrenie. Přesto Strossová (1984) tvrdí, že arteterapie je velmi významnou metodou v psychoterapii psychotiků, neboť pacientům s nedostatečným verbálním projevem umožňuje vyjádření výtvarnými prostředky.

Arteterapie „může zpřístupnit komunikaci se schizofreniky jinými prostředky nedosažitelnou, umožňuje pacientovi sdělovat mnohdy verbálně nesdělitelné a jinak nevyjádřitelné obsahy jeho prožívání i chápání života a světa“ (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990, str. 94).

Jak dále uvádí Syřišťová, arteterapie je často jedinou možnou formou sebevyjádření

klienta se schizofrenií, čímž se také stává jednou z mála přístupových cest do vnitřního světa klienta, neboť jeho verbální schopnosti většinou nestačí obsáhnout všechny procesy, které se v pacientovi odehrávají (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Tato expresivní terapie také vnímavému terapeutovi umožňuje zachycovat i velmi jemné změny v duševním stavu klienta, může vyjádřit chorobné změny či začínající psychotický proces, popřípadě jeho recidivu (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

Psychologicky i psychoterapeuticky jsou velmi cenné portréty či autoportréty některých jedinců (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Z toho, že je symptomatologie, a to i výtvarná, v iniciačním období rozvoje poruchy jiná než v období jejího plného rozvoje, by se dala vyvozovat možnost zobrazení fáze rozvoje duševní poruchy, o čemž svědčí například náhlá vybočení z obvyklého stylu (Lhotová, 2005).

V terapeutické skupině ale není vhodné analyzovat skryté symbolické významy jejich kreseb a provádění rozboru mimovědomého a traumatického prožívání je zde spíše kontraindikací (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Jednou ze zásad arteterapie osob se schizofrenií je tedy aplikace takové terapie, která neotvírá a neevokuje traumatické prožitky či neřešitelné konflikty, ale neosobně je přehodnocuje a činí přijatelnými (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

V arteterapii existuje řada technik, používaných při práci s osobami se schizofrenií, z hlediska základního cíle arteterapie jsou ale tyto vedlejší (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Mezi tyto techniky se řadí například:

- *technika volného čmárání*
- *volná kresba či malba*
- *autoportrét*
- *tematická kresba*
- *malba snů a fantasií, přání a vzpomínek*
- *obrazový dialog*
- *portréty* (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990, str. 102)

Jako osvědčená témata, používaná při arteterapeutické práci s psychotiky řadí Strossová (1984):

Konkrétní témata z minulosti, současnosti a budoucnosti - Moje rodina v dětství, Nepříjemná a příjemná vzpomínka z dětství, Já v zaměstnání, Já se svým životním partnerem, Já v rodině (nyní), Moje nemoc, jak ji vidělo okolí, Moje životní cesta (graficko-obrazově od narození až perspektivně do budoucnosti), Kde se cítím nejlépe, Já

ve skupině, Já ve společnosti, Moje budoucnost.

Témata introspektivní a symbolická - Moje nemoc, jak jsem ji prožíval, Můj vnitřní svět, Na co teď právě myslím, Kdo jsem (autoportrét s vyjádřením charakteristiky), Já na maškarním plese (maska), Já v podobě živlů (oheň, voda, země, vzduch), Můj erb.

Témata emočně-abstraktní - Citový stav, který chci vyjádřit (radost, láska, smutek, strach, hněv), Kontrární emoční stavy (nenávist – láska, strach – odvaha, smutek – radost), Kontrární abstraktní pojmy (zlo – dobro, slabost – síla)

Témata pro volnou projekci - Spontánní kresba bez zadaného tématu, Volná kompozice ze zadaných konkrétních prvků (např. osoba, zvíře, věc, země, voda, oheň), Kresebné doplňování pěti předkreslených jednoduchých tvarů

Techniky k podpoře sociální interakce - Interakční kreslení ve dvojicích, Vzájemné obdarovávání ve dvojicích, Skupinová kresba domu (nebo jiného námětu), Skupinové doplňovací kreslení (bez zadaného tématu).

Strossová (1984) uvádí, že složitější témata je vhodné zpracovávat pomocí koláží.

H. Rennert vymezuje ve své práci *Die Merkmale schizophrener Bildnerie* schizofrenní výtvarnou tvorbu čtrnácti základními kritérii, kterými jsou:

- *ornamentální stereotypie jako příznak perseverace v myšlení,*
- *vertikální posun úhlu pohledu,*
- *barokně zdobené formy – cukrářský styl,*
- *obrazový salát,*
- *využití plochy až k okraji papíru – „horror vacui“,*
- *vepisování písmen,*
- *kombinace heterogenních materiálů,*
- *kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty,*
- *plochu zaplňující iterace figur, symbolů,*
- *stereotypní opakování,*
- *geometrizační a schematizační,*
- *nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky,*
- *ztráta kompozice,*
- *rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat (Lhotová, 2005).*

Tyto specifické rysy schizofrenní tvorby je ale podle Syřišťové (1990) nutno brát s určitou rezervou, neboť ty rysy, které byly dříve v malbě považovány za specificky

schizofrenní (například rozpadlá fyziognomie člověka a zvířat, stereotypně opakující se ornamenty, monstra s různými disproporcemi či obrazy zániku světa), nejsou již dnes pro schizofrenní vyjadřování typické.

„Pokud jsou práce psychotiků něčím typické, tak svou extrémností“, tvrdí Lhotová (2005, str. 14). Jsou buď nápadně intenzivně barevné nebo monochromatické, ve znamení jednotvárných detailů nebo na detail chudé, obsah nese citově nabitě scény nebo scény zcela neangažované (Lhotová, 2005).

Ale i podle Syřišťové (1990) má výtvarný projev osob se schizofrenií určitá specifika. Z hlediska obsahu je nápadný podíl individuální historie ve výtvarném projevu, figuruje zde osobní symbolika, související s prožitkovým světem nemocného, která se projevuje jak výběrem motivů, tak i například barev. Častý je také ve výtvarném projevu podíl projekce obsahu bludů a halucinací (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

3.5 Muzikoterapie

Pojem muzikoterapie je odvozen z latinského musica – hudba a již zmíněného řeckého therapeia – léčení.

V Evropě byla tato expresivní terapeutická metoda zprvu považována za doplněk psychoterapie, postupně ale nacházela své místo jako specializovaná psychoterapeutická metoda a začala se prosazovat jako nezávislá terapeutická metoda, která vedla k založení různých muzikoterapeutických spolků a organizací, v jejichž prostředí se pořádají konference, symposia a kongresy (Zeleeiová, 2007). Za tyto organizace lze jmenovat například AMTA, American Music Therapy Association, založenou v roce 1998, která definovala muzikoterapii jako použití hudby terapeutickým cílům: znovuoživení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. „Jde o systematickou aplikaci hudby řízenou terapeutem v terapeutickém prostředí tak, aby se dosáhlo kýžené změny v chování. Hudba pomáhá jedinci v rozvíjení jeho celkového potenciálu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti. Muzikoterapie je plánovitě a kontrolovaně použití hudby k terapeutickým účelům s dětmi, mládeží a dospělými se zvláštními potřebami na základě sociálních, emocionálních, fyzických nebo duševních omezení. Při formulaci léčebných a tréninkových cílů se oslovují čtyři funkční oblasti: sociální, psychologická, fyzická a intelektuální“ (definice dle AMTA in Zeleeiová, 2007). Podle Müllera (in Müller, 2007) využívá muzikoterapie základní prvky hudebního umění - melodii, rytmus, harmonii, zvukovou barvu, dynamiky, tempo a druh taktu, přičemž pak již hudba sama o sobě působí

bezprostředně a intenzivně na psychiku a dynamiku daného jedince.

Muzikoterapie se tradičně dělí dle způsobu zapojení klienta na aktivní a receptivní složku, které však dohromady mohou tvořit kompatibilní celek (Müller in Müller, 2007). Základem aktivní muzikoterapie je přímé zapojení klienta do terapeutické činnosti zpěvem, hrou na tělo nebo na hudební nástroj, kdežto receptivní muzikoterapie zahrnuje poslechové aktivity (Kantor in Müller, 2007). Mezi základní prostředky aktivní muzikoterapie patří lidské tělo, hlas a hudební nástroj (Kantor in Müller, 2007). V receptivní muzikoterapii je pak časté propojení poslechu hudby s imaginací, pohybem, relaxací a s arteterapeutickými, psychodramatickými či jinými terapeutickými technikami (Kantor in Müller, 2007).

Cíle muzikoterapie

Kantor (in Müller, 2007, str. 185) shrnul základní terapeutické cíle do následujících kategorií:

- *vnímání a pozornost* – získání zkušeností se svými smysly, rozvoj narušeného senzoryckého vnímání a senzorycké integrace, zlepšení koncentrace, rozvoj pozornosti ad.,
- *motorika a senzomotorika* – rozvoj hrubé a jemné motoriky, vizuomotorické koordinace, schopnosti vyjadřování pohybem, rozvoj výkonových i kvalitativních aspektů motoriky
- *emoce* – kontrola impulzivního jednání, práce s agresí, verbální i neverbální vyjadřování pocitů, abreakce, zvýšení sebevědomí, vyrovnání se se ztrátou/zármutkem ad.,
- *sociální interakce* – zlepšení interpersonálních dovedností, sociálních interakcí, osvojování si jednotlivých sociálních rolí, pocit sounáležitosti s druhými, snížení izolace, posilování nezávislosti a vlastní identity, schopnost akceptovat pochvalu a chválit druhé, kritizovat a přijmout konstruktivní kritiku, sdílení doteků ad.,
- *chování* – redukce rušivého chování, rozvoj jednání zaměřeného na dosažení cílů, uvědomění si neproduktivních způsobů chování, schopnost následování pokynů, zvýšení aktivního zapojení ad.,
- *komunikace* – zlepšení expresivní i receptivní složky komunikace, podnícení komunikace, rozšiřování slovní zásoby, rozvoj motoriky mluvidel, efektivní používání nonverbální komunikace
- *vědomosti a školní dovednosti* – pomoc při učení (počítání, identifikace částí těla,

- rozlišování barev apod.), posilování paměťových schopností ad.,
- *relaxace a antistresové dovednosti* – schopnost psychosomatického uvolnění, nácvik strategií zvládnání stresu a psychické zátěže ad.,
 - *volnočasové aktivity* – účast na vhodných volnočasových aktivitách, rozvoj povědomí o dostupných volnočasových aktivitách, zvýšení kvality života, zábava ad.,
 - *jiné cíle* – diagnostika, získání náhledu na své chování a prožívání, rozvoj kreativity, posilování motivace, osobnostní růst, nácvik dovedností pro snížení bolesti, reminiscence životních zkušeností a zážitků, podnětění explorační spirituálních záležitostí ad.

3. 5. 1 Využití muzikoterapie při práci s osobami se schizofrenií

Za nejcennější dynamický faktor muzikoterapie považuje Dreikurs neverbální komunikaci (Mikula in Syřišťová a kol., 1990). Podle něho může člověk s duševním onemocněním najít určitý přístup ke světu v hudbě a to jak poslechem či aktivním vytvářením, tak i pouhým pohupováním se do rytmu. Rozhodující vliv pak má opět terapeut, který u pacienta musí umět hudby citlivě využít (Mikula in Syřišťová a kol., 1990).

Řada autorů považuje za důležité, aby byla muzikoterapie aplikována individuálně a to z důvodu velké variability reakcí psychotiků na hudbu, přesto se však používá i skupinová psychoterapie (Mikula in Syřišťová a kol., 1990). Strossová (1984) ovšem vymezuje také rozdíl mezi aktivní a pasivní složkou muzikoterapie, kdy pasivní muzikoterapie je podle ní vhodnější aplikovat individuálně, zatímco aktivní složka muzikoterapie má větší význam při aplikaci do skupiny. Co se týče skupinové muzikoterapie, dle Weintrauba může hudba vytvořit nonverbální most interpersonálního kontaktu lidí se schizofrenií, jejich interpersonální postoje však významně nemění (Mikula in Syřišťová a kol., 1990). Pokud již je aplikována pasivní muzikoterapie do skupiny psychotiků, neměla by trvat déle než deset minut a měla by mít význam především komunikativní, k tomu je ale třeba, aby bylo zvoleno takové hudby, která vyvolává pozitivní emoce. Po takovém poslechu je osvědčenou metodou bezprostřední písemné vyjádření, které není ovlivněno ostatními (Strossová, 1984).

Skupinovou receptivní muzikoterapii pak lze použít při stimulaci klientů k verbalizaci a při rozvíjení interpersonálních vztahů ve skupině na základě společného prožitku (Mikula

in Syřišťová a kol., 1990).

Muzikoterapeutické metody pomáhají klientům se schizofrenií k objektivizaci a utřídění hodnot a zážitků, subjektivních postojů k realitě a sobě samému, apelují na tvořivou složku osobnosti a umožňují vyjádřit jinak nesdělitelné obsahy myšlení (Mikula in Syřišťová a kol., 1990).

U lidí se schizofrenií se převážně využívá aktivačního účinku muzikoterapie, ostatní možnosti jsou pak spíše druhotného charakteru. Dle většiny autorů lze skupinovou aktivní muzikoterapií dosáhnout například emocionálního uvolnění, upevnění pocitu sebeuspokojení, vytvoření relevantních skupinových vztahů, regulace psychofyzického napětí či koordinace narušené motoriky a neverbálních kontaktů (Mikula in Syřišťová a kol., 1990). Nejlépe se tato metoda provádí pomocí Orffových nástrojů, ale lze využít i jiných nástrojů a možností, které pracují převážně s rytmem (Strossová, 1984).

Dalším důležitým faktorem v muzikoterapii může být její podíl na resocializaci jedince prostřednictvím dodržování formálních konvencí při poslechu hudby, kdy každý hudební žánr je spojen s určitým poslechovým rituálem, což v klientovi může probouzet vědomí podílu na životě spolupřítomných (Mikula in Syřišťová a kol., 1990).

Z hlediska výběru hudby se jeví jako nejvhodnější vážná hudba, která se díky své melodicko-harmonické složce osvědčuje zejména v terapeutických postupech, směřujících k individuálnímu světu klienta. Dále pak se preferuje také hudba jazzová pro svou rytmickou složku, která je využívána hlavně k aktivaci skupiny a psychomotorické složky (Mikula in Syřišťová a kol., 1990).

Důležité je vědět, že u psychotických pacientů jsou všechny formy muzikoterapie v akutním psychotickém stavu kontraindikací. Aplikace muzikoterapie je vhodnější u doznívajících akutních a u reziduálních stavů (Mikula in Syřišťová a kol., 1990).

3.6 Dramaterapie

The National Association for Drama Therapy ve Spojených státech definuje dramaterapii jako „záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu“ (Landy, 1985, str. 58). Valenta pak vymezuje tento obor jako „terapeuticko-formativní disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti“ (Valenta a kol., 2006, str. 7). Dalo by se také říci, že

dramaterapie je tedy určitý postup upravující narušenou činnost organismu divadelními prostředky (Valenta, 2007). Dramaterapie bývá často slučována s teatroterapií a psychodramatem, ve skutečnosti se ale jedná o různorodé systémy, které sice využívají některých identických prostředků, efekt a přístup je však odlišný.

Dramaterapie se koncem 60. let 20. století vyčlenila z psychodramatu. Rozdíl mezi dramaterapií a psychodramatem spočívá hlavně v zaměření terapií, kdy se psychodrama zaměřuje více na proces jedince a realitu a dramaterapie se zaměřuje spíše na skupinový proces, fantazii a kreativitu (Valenta, 2007).

Valenta (2007) doporučuje strukturovat dramaterapeutické lekce do následujících fází:

- *pozdrav terapeuta se skupinou,*
- *warm up* (zahřívací cvičení),
- *otevření hracího prostoru,*
- „*nastartování hry*“,
- *hlavní část sezení,*
- *uzavření sezení.*

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace, neboť „odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, umožňuje expresi aktuálního stavu a cítění, rozvíjí spontaneitu, je zcela svobodná v experimentování s různými rolemi, podporuje vnitřní vhled do modelových situací a její dynamiky, buduje schopnost okamžité reakce a zapojení do spolupráce v societě a v neposlední řadě – má improvizace blíže ke skutečnému životu než jakýkoli skutečný tvar“ (Valenta, 2007, str. 33). Improvizace je dělena na plánovanou, neplánovanou a nepřipravenou (Emunah, 1994). Dalšími prostředky dramaterapie jsou například mimická a řečová cvičení, dramatická hra, verbální hra, hra v roli, scénář, mýty a příběhy, práce s textem, pantomima, loutková hra či práce s maskou (Majzlanová, 1998).

Cíle dramaterapie

Je nutno podotknout, že cíle dramaterapie jsou velmi různorodé, mohou být specifikovány nejen podle potřeb dané klientely, ale i člověka jako individua. Majzlanová (1999) však vytyčila následující hlavní cíle dramaterapie:

- *redukce tenze,*
- *rozvoj empatie, fantazie a kreativity,*
- *odblokování komunikačního kanálu,*

- *integrace osobnosti,*
- *rozvoj sebedůvěry,*
- *vytváření pocitu zodpovědnosti,*
- *úprava reálné situace.*

Emunah (1994) pak k nespecifickým cílům přiřazuje:

- *zvyšování sociální interakce, interpersonální i intrapersonální inteligence,*
- *získání schopnosti uvolnit se,*
- *zvládání kontroly svých emocí,*
- *změna nekonstruktivního chování,*
- *rozšíření repertoáru rolí pro život,*
- *získání schopnosti spontánního chování,*
- *rozvoj představivosti a koncentrace,*
- *posílení sebedůvěry a sebeúcty*
- *získání schopnosti poznat a přijmout svá osobní omezení a možnosti.*

3. 6. 1 Využití dramaterapie při práci s osobami se schizofrenií

Valenta (2007) upozorňuje na práci s distancí (odstupem) při aplikování dramaterapie na osoby se schizofrenií. Je velmi důležité si uvědomit, jak distanc v dramaterapii funguje, a naučit se s ní pracovat. Klient se schizofrenií má distanc přílišnou, což v praxi znamená, že je odtažitý až rigidní a má omezený repertoár rolí a vzorců chování a prožívání v nich (Valenta, 2007). V takovém případě je třeba klienta přiblížit příběhu, zkrátit mu distanc, navodit tzv. estetickou distanc. Valenta (2007) uvádí prostředky, jež se dají využít v takovém případě:

- *odehrávání děje v přítomnosti (popřípadě blízké budoucnosti či minulosti) a v reálném prostředí „našeho místa“ (tady a teď)*
- *umocnění děje zvukem, hudbou, ... (využití muzikoterapeutických prvků)*
- *při dramaterapeutické práci využít nácvik koncentrace spojený s fyzickou relaxací, následovaný vizualizací*
- *zařazení technik zaměřených na vizuální, akustickou a emocionální paměť (představ si, že...)*
- *využití charakterových masek apod.*

Při práci s psychotickými jedinci by měly být brány v potaz také fáze ontogenetických modelů, definovaných Piagetem a Landym.

Piagetův model kognitivního vývoje:

pohyb – zvuk – obraz (představa) – postava (zosobnění) – pojem (verbalizace)

Landyho model dramatického prožívání:

*senzomotorická hra – dramatická hra – aplikovaná dramatická hra – improvizace v roli
– rozšířená dramatizace – performance*

Terapeut by si měl uvědomovat, v jaké fázi se jeho klient nachází, pak teprve bude jeho práce s klientem smysluplná. Při práci s psychotickými klienty se stává, že obranné mechanismy daných jedinců jim nedovolí pohybovat se na skutečné úrovni dosažené fáze, klient by se ale v průběhu terapie měl posunovat směrem k verbalizaci. Běžná je u těchto osob také regrese, na což je vhodné se připravit (Valenta, 2007).

V dramaterapeutické práci je důležitým prvkem také rituál, který zde navozuje změnu. Rituál by měl být prováděn na začátku a na konci sezení, čímž navozuje u pacienta pocit jistoty a předvídatelnosti, dává klientům prostor pro zorientování se v situaci (Valenta, 2007).

3.7 Psychodrama

Psychodrama definuje Valenta (2007, str. 14) jako dramatickou improvizaci zaměřenou k terapeutickým účelům, při nichž klient dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantasmii. Za jeho zakladatele je považován Jacob Levy Moreno, který od 20. let 20. století začal prosazovat divadlo spontánnosti, jež vedlo ke vzniku psychodramatu. V dubnu 1942 založil The American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama.

Strukturu psychodramatu rozděluje Kratochvíl (2006) do tří částí:

- *rozehrátky* – fantasmijní a pohybová rozcvička, která by měla podnítit spontaneitu a kreativitu,
- *vlastní psychodrama* – obvykle začíná dotazem „Kdo chce předvést nějaký svůj problém?“, když se nikdo nehlásí, terapeut následně někoho pobídne,

– *sdílení citů* – závěrečná fáze, kdy skupina sdílí své názory, zkušenosti a pocity.

Mezi základní prostředky psychodramatu podle Valenty (2007) náleží:

- *jeviště*,
- *protagonista* – klienta, představující sebe sama, hrající svůj příběh,
- *režisér*, terapeut
- *publikum* – podpora protagonistovi, poskytování náhledu,
- *koterapeuti*, pomocní herci.

Technik psychodramatu je kolem třistapadesáti, mezi základní a nejznámější ale patří hraní vlastní role, monolog, výměna rolí, alter ego či zrcadlo.

3. 7. 1 Využití psychodramatu při práci s osobami se schizofrenií

Vyskočil a Vyskočilová (in Syřišťová, 1989) popisují zkušenosti s aplikováním psychodramatu na jedince se schizofrenií jako reakci těchto jedinců na něco falešného. Uvádí, že klienti se povětšinou cítili hloupě a bylo pro ně nemožné něco přehrávat, popřípadě vůbec nepochopili, co se po nich chce. Vyskočil a Vyskočilová ale dodávají svůj poznatek, že psychodrama u těchto jedinců smysl má, ovšem klade nemalé nároky na tvořivost a schopnosti terapeuta. Zmínění autoři popisují psychodrama jako takovou terapeutickou metodu, která pracuje se spontaneitou klienta a především s již určitým příběhem, poukazují ale na skutečnost, že klient se schizofrenií povětšinou takovýto objektivizovatelný příběh v podstatě nemá. Takový protagonista není schopen najít hranici, osu a tvar příběhu, které by jej držely pohromadě. Proto je velmi důležité uvědomit si, že v psychodramatu nejde o pouhou reprodukci příběhu, nýbrž o jeho tvorbu. Jde o vytvoření skutečnosti projevení se, setkání, dialogu. Takový příběh je pak určitou koláží, sestává z evokací, variací či útržků a jeho tvorba učí klienta osvojování si výrazových prostředků a procvičování si různých dovedností (Vyskočil, Vyskočilová in Syřišťová a kol., 1989).

Vyskočilová a Vyskočil (in Syřišťová a kol., 1989) dále také poukazují na zásadu vyhnout se situacím, kdy se klienti začínají v psychodramatu předvádět a nejde již o opravdovou spontánnost, ale o touhu ukázat se, čímž tato terapeutická metoda ztrácí svoji hodnotu.

Využitím psychodramatu u psychotiků se také podrobně zabývá Strossová (1984), která jej specifikuje do třech základních forem využití: přechod k psychodramatu uprostřed skupinové diskuse, práce s psychodramatem po celou hodinu s určitým stanoveným cílem,

nebo účast terapeutického týmu na psychodramatu s jedním klientem bez účasti ostatních pacientů. Strossová (1984) říká, že psychodrama velmi napomáhá k navázání hodnotnějšího vztahu s klientem a zároveň také zlepšuje vztahy ve skupině. Taktéž podotýká, že některé techniky psychodramatu jsou pro psychotiky vhodnější mírně upravené, například technika výměny rolí, která je pro osoby se schizofrenií vhodnější jako tzv. zastřená výměna rolí, kdy pacient na scéně nehraje doslova se sebou samým, nýbrž pouze s osobou, která je mu v určitém chování podobná, což je pro psychotika přijatelnější. Podle Strossové (1984) se moc nevyužívají techniky zrcadla a dvojníka, ovšem ani práce s těmito technikami nevyklučuje.

Také Strossová (1984) upozorňuje na možnost acting outu (například agrese) při psychodramatu, kdy doporučuje takovouto situaci nechat v klientovi doznít a následně ji důkladně rozebrat.

Strossová (1984) poukazuje na důležitou skutečnost, že psychodrama je pro psychotiky významným prostředkem katarze a odreagování, zároveň má však i účinky resocializační, klienti se prostřednictvím psychodramatu učí zvládat určité situace.

3.8 Teatroterapie

Teatroterapie je další expresivní metodou, jejíž podstatou je příprava a realizace divadelního představení a to včetně přípravy kulis, kostýmů, scény, technického zázemí atp. (Polínek in Valenta a kol., 2006). Přestože se teatroterapie přiřazuje k expresivním terapiím, v určitém ohledu se od ostatních expresivních terapií značně liší. V tomto terapeutickém přístupu totiž nejde pouze o léčebný proces, jenž je hlavní podstatou ostatních zmíněných terapií, ale je zde od samého začátku důležitý také efekt konečný. Teatroterapie směřuje ke konečnému divadelnímu tvaru, k představení, které má být interpretováno před diváky. Předvedení výsledku je v ostatních expresivních terapiích až druhotné, ne-li zcela nepodstatné.

Ze všech expresivních terapií se tedy teatroterapie nejvíce přibližuje umění jako takovému. Teatroterapie ovšem není pouze předvedení divadelního představení, kdy herci přehrají role dané režisérem a nezapojí vlastní kreativitu, nýbrž jde hlavně o proces celé přípravy představení (Polínek in Valenta a kol., 2006).

Cíle teatroterapie

Teatroterapeutické cíle rozděluje Polínek (in Valenta a kol., 2006) na:

- *Terapeutické cíle teatroterapie* - takové cíle, které by měly vést k uzdravení klienta (v plném smyslu či „pouhé“ posunutí žadaným směrem), v rámci terapeutického procesu se jedná o základní složky, jimiž jsou: rozvoj komunikace verbální i neverbální, zmírnění sociálních fobií, snížení sociální izolace, zlepšení sebekritiky a sebereflexe, zdokonalení sebekázně a smyslu pro povinnost, rozvoj kreativity, zvýšení adaptability, zvýšení sebevědomí, zvládnutí kontroly svých emocí, získání schopnosti spontánního chování, rozšíření repertoáru rolí pro život (Polínek in Müller, 2007).
- *Umělecké cíle teatroterapie* – především dosažení umělecky kvalitního představení, kde zásadní roli hraje direktivita a přístup terapeuta a motivace klientů (Polínek in Müller, 2007).

„Umělecká kvalita je mnohdy přímo úměrná léčebnému efektu.“ (Polínek in Müller, 2007, s. 140) Jedná se zde především o to, jaké má představení úspěch u diváků, což často ovlivňuje sebevědomí herců. Je-li představení kladně oceněno, hercovo sebevědomí zažívá vzestup. Dále to může být také například rozšíření repertoáru životních rolí, kterého herci docílí správnou charakterizací role.

- *Integrační cíle teatroterapie* – integrace je chápána jako proces začleňování jedince do širší společnosti nejen prostřednictvím závěrečného představení, ale již také v průběhu celého teatroterapeutického projektu – už jen nutností spolupráce s jinými členy skupiny.
- *Edukačně-formativní cíle teatroterapie* - zaměřené na celkový rozvoj a učení osobnosti, jsou realizovány v průběhu celého teatroterapeutického procesu, kdy se jedinec například v různých ohledech setkává sám se sebou i s ostatními, učí se novým či obměněným způsobům interakce, jsou na něho kladeny nároky například v oblasti zodpovědnosti a samostatnosti, zlepšuje své motorické schopnosti a prostorovou orientaci či „pouze“ získává nové zkušenosti.

3. 8. 1 Využití teatroterapie při práci s osobami se schizofrenií

Při teatroterapeutické práci je hlavním problémem to, že projev osob se schizofrenií neodpovídá jejich pocitům, prožitkům a představám, což jim také způsobuje komplikace v komunikaci. Tento problém se ale dá odstranit právě prostřednictvím herecké práce (Vyskočil, Vyskočilová in Syřišťová a kol., 1989).

Vyskočil a Vyskočilová (in Syřišťová, 1989) popisují zkušenosti s výukou herectví osob se schizofrenií, kdy usuzují, že osoby se schizofrenií nemají herecký talent na první pohled, jelikož jsou zatvrzelými introverty a neumí napodobovat chování druhých. Když se ale s těmito jedinci pracuje dlouhodobě, jejich schopnost artikulovaného, sděleného, výrazného a osobitého projevu se začne projevovat a herci jsou pak schopni tvořit prožitky zvnitřku. Jestliže dojde k takovému objevení sebe sama a propojení jejich pocitů, prožitků a představ s jejich tělem, herci jsou schopni pracovat na sobě dále a experimentovat sami se sebou a se zkušeností prožitku (Vyskočil, Vyskočilová in Syřišťová a kol., 1989).

Teatroterapeutická metoda vyžaduje od terapeuta při práci s osobami se schizofrenií velikou trpělivost a důvěru. Terapeut musí herci naslouchat, musí mu ponechat dostatek prostoru pro jeho vlastní vyjádření tak, aby si na „správný“ způsob vyjádření přišel sám, nikoli mu tento způsob ukazovat, neboť to je posléze základním selháním terapeuta, které vede k blokaci klienta, ke snížení jeho sebevědomí a schopnosti spolupracovat (Vyskočil, Vyskočilová in Syřišťová a kol., 1989).

Jak upozorňují Vyskočil a Vyskočilová (in Syřišťová a kol., 1989), počáteční fáze, kdy klient tápe, může trvat dlouho, někdy i roky, když se ale tato fáze přehoupne, postupuje kupředu velice rychle a terapeuta již přestává potřebovat.

3.9 Biblioterapie

Pojem biblioterapie pochází z řeckého bilion – kniha, a již zmiňovaného therapeia. Definice biblioterapie je několik, základní podstatou většiny těchto vymezení je ale určení biblioterapie jakožto využití literatury při léčbě duševně nemocných, které pomáhá při rozvoji lidské osobnosti (Kruszewski, 2008). Křivohlavý (1987) například definuje biblioterapii jako záměrné a systematické využívání knih osobně čtených čtenářem, stejně jako předčítaných posluchači v rámci psychoterapie.

Nosným prvkem biblioterapie je především děj, popřípadě přehrávání rolí, základní složkou biblioterapie je pak slovo (Svoboda in Müller a kol., 2007).

V nitru klienta se při biblioterapii postupně odehrávají následující fáze (Kruszewski, 2008): identifikace s fiktivním hrdinou (klient sdílí své myšlenky s terapeutem prostřednictvím tohoto hrdiny, což pro něj může být bezpečnější), katarze (očistění) – odblokování nahromaděných emocí, náhled (literární text nabízí nové poznání) a přijetí nového poznání. Poslední dvě jmenované fáze mají v biblioterapii největší význam.

Stejně jako většina jiných expresivních terapií má i biblioterapie složku aktivní (tvořivě

psaní) a receptivní (četba literárních děl). Obě tyto formy mohou být praktikovány v tiché formě, nebo ve formě hlasité – přednes, ozvučená produkce (Svoboda in Müller a kol., 2007). Dále je rozlišována také biblioterapie individuální a skupinová. V praxi se často v rámci této terapie využívá i jiných expresivních terapií, například arteterapie či dramaterapie (Machalová, 2008).

Müller (in Müller a kol., 2007) poukazuje na skutečnost, že biblioterapie je svou podstatou mezi ostatními expresivními terapeutickými metodami spíše terapií doplňkovou, což je, dle jeho názoru, dáno menší dynamikou působení literárního umění.

Cíle biblioterapie

Mezi cíle biblioterapie řadí Kruszewski (2008):

- *dosažení změny u klienta v rámci pohledu na sebe samého a*
- *získávání nových dovedností.*

3. 10 Poetoterapie

Někteří autoři jsou toho názoru, že poetoterapie je součástí biblioterapie, jiní ji však zařazují jako samostatnou disciplínu a to z důvodu odlišnosti poezie, potažmo lyriky, jíž využívá poetoterapie, a prózy, epiky, jež je základnou biblioterapie. Jelikož je poezie nedějová a pocitová, využívá ve svém působení především působení zvukomalby, rýmu a rytmu (Svoboda in Müller a kol., 2007).

Poetoterapií rozumí Svoboda (in Müller, 2007, str. 151) „v užším smyslu systematické terapeutické působení na psychicky, somaticky a sociálně narušené jedince prostřednictvím poezie, v širším smyslu pak využívání poezie k pozitivnímu ovlivnění požívání a jednání člověka.“ Tato expresivní terapeutická metoda jako taková vznikla na konci 60. let, kdy byla v New Yorku založena Společnost pro poetoterapii, jež vymezila poetoterapii od biblioterapie (Svoboda in Müller, 2007).

Účelem této expresivní terapie je záměrné a cílevědomé terapeutické působení na klienta, jež má pomoci ostatním expresivním metodám upravit narušené sociální či psychosomatické komponenty jedince (Svoboda in Müller, 2007).

Základním prvkem poezie je slabika a verš, jež jsou ovlivňovány dvěma základními faktory a to faktorem básnickým a přednesovým. Mezi básnické faktory Svoboda (in Kolektiv VCIZP, 2010) řadí organizaci a souhru slabik, rytmus veršů a děj, mezi faktory

přednesové zahrnuje faktory akustické (barva hlasu, dynamika, tempo a hlasitost přednesu), faktory vizuálně prostorové (volba barev, uspořádání terapeutické místnosti, volba kostýmů a doplňků), faktory specifické (osobnost terapeuta, výběr básní a volba metody) a doplňkové faktory (využití doprovodných nástrojů, aromaterapeutická intervence, taktilní intervence, arteterapeutická intervence ad.).

3. 8. 2 Využití biblioterapie a poetoterapie při práci s osobami se schizofrenií

Biblioterapie byla vlastně původně určena pro práci s osobami s duševními poruchami, při práci s osobami se schizofrenií hraje tedy tato terapeutická metoda nemalou roli (Kruszewski, 2008). Literární výtvořiny osob se schizofrenií mají v podstatě analogický terapeutický význam jako výtvarné vyjádření klientů, jedná se tedy o hluboce osobní výpovědi a jeho vnímání skutečnosti (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Literární projevy těchto jedinců pak mají převážně expresivní, komunikační a kreativní funkci. Vyjadřování osob se schizofrenií bývá často složitější, než jaké bývá vyjádření pouhé věcné informace. V textu se často objevují paradoxy, v nichž dochází k anulaci vzájemných protikladů, vypouštění významu slov, čímž vznikají jakoby dadaistické texty, či nadměrná reflexe v myšlení i řeči, tzv. zenonský syndrom (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990). Texty klientů se schizofrenií mají vždy určitý kryptografický význam ve vztahu k osobnosti a její situaci (Syřišťová in Syřišťová a kol., 1990).

3. 11 Taneční a pohybová terapie

Uplatnění tance jako sanačního rituálu se datuje již od raných počátků lidské historie (Chodorow, 2006). Taneční terapie je expresivní metodou, vycházející z psychoanalýzy. Vznikla ve 40. letech 20. století a v roce 1966 byla založena Asociace americké taneční terapie (American Dance Therapy Association – A. D. T. A.), jež tuto terapeutickou metodu definovala jako terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince (Dosedlová in Müller a kol., 2007).

Taneční terapie se vyvinula z moderního tance, za jehož zakladatele jsou považováni Isadora Duncan, Loie Fuller a Ruth StDenis, a jehož důvodem vzniku byla reakce na zvyšující se poptávku po taneční technice na úkor jeho výrazu. V důsledku kladení důrazu na výrazovost tance byly zdůrazňovány následující hodnoty, které jsou pro dnešní taneční a pohybovou terapii stále aktuální: spontaneita, autentičnost, individuální výraz,

vědomí těla a výraz emoce (Šindelířová, 2010).

V raných počátcích byla tato forma terapie využívána především u těch pacientů, jež se verbálně nevyjadřovali (Šindelířová, 2010).

Jednou z průkopnic této expresivní terapie je Marian Chace, která položila teoretické základy tanečně-pohybové terapie a začala na tanec pohlížet jako na komunikaci, čímž je schopen naplnit základní lidskou potřebu. Marian Chace stanovila čtyři základní koncepty, na kterých je vystavena taneční a pohybová terapie. Těmito jsou: akce těla, symbolika, terapeutický vztah v pohybu a rytmická skupinová aktivita (Bič a kol., 2011).

Cíle taneční a pohybové terapie

Cílů taneční a pohybové terapie je mnoho, za základní jsou ale považovány cíle vymezené Trudi Shoop (in Čížková, 2005), jimiž jsou:

- rozpoznání části těla, kterou daný jedinec nepoužívá nebo s níž zachází nesprávně, a nasměrování této části k jednání podle funkčních vzorců,
- stanovení sjednocujícího, interaktivního vztahu mezi myšlením a tělem, mezi představivostí a realitou,
- udělení subjektivnímu emočnímu konfliktu objektivního fyzického tvaru, jenž člověku umožňuje tento konflikt vnímat a konstruktivně se s ním vypořádat,
- užívání každé stránky pohybu, která bude zvyšovat schopnost člověka přiměřeně se přizpůsobit svému prostředí, a zakoušení sebe sama jako celistvou, fungující lidskou bytost.

Šindelířová (2010) pak za cíle této terapeutické metody považuje možnost jasnějšího vnímání, zlepšení orientace ve vztazích, ujasnění si vztahu k sobě samému - porozumění a přijetí sebe sama, otevřené vyjadřování sebe sama.

Jiné zdroje považují za cíle taneční a pohybové terapie zdokonalování formy pohybu, objevování nových způsobů bytí, cítění a odhalování emocí, odstranění patologických stereotypů a bloků v chování (Lipský, 2010).

Podle Evropské asociace je cílem taneční terapie znovu nalézat radost z funkční činnosti, jednotu tělesna a duševna, obnovu pozitivního sebepřijetí, autonomie, tělesnou symboliku a sublimaci (Dosedlová in Müller a kol., 2007).

3.11.1 Využití taneční a pohybové terapie při práci s osobami se schizofrenií

Dosedlová (in Müller a kol., 2007) uvádí, že většina tanečních a pohybových terapeutů pracuje v psychiatrických léčebnách, kde mají největší uplatnění. Pacienti, s nimiž terapeuti pracují, většinou nebyvají schopni adaptace na prostředí ani běžné interakce s ostatními lidmi. Dosedlová (in Müller a kol., 2007) také konstatuje, že duševní poruchy se u pacientů často projevují i v pohybovém projevu jedince, člověk se schizofrenií například produkuje nesourodá gesta a postoje. Taneční a pohybová terapie takovému jedinci umožní lepší uvědomění svého těla skrze zrcadlení pohybů terapeutem. Terapeut u pacienta vyvolává pocit porozumění prostřednictvím komunikace pohybem. Pacient posléze začíná vnímat nejen své tělo, ale i svou osobu jako integritu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíle výzkumu

V minulosti zažívala léčba schizofrenie různorodé fáze, ve kterých se postupně uplatňovala farmakoterapie, jež je dnes nezbytně doprovázena psychoterapií a sociální rehabilitací klientů s tímto onemocněním. Součástí psychoterapie jsou i expresivní terapeutické metody, které jsou již dnes značně využívanou metodou. Tato práce si klade za cíl prozkoumat informovanost o expresivních terapiích a zhodnotit zkušenosti s nimi, ověřit účinek těchto terapeutických metod.

Práce má tedy následující cíle:

- *ověřit účinky expresivních terapií u vybraných jedinců se schizofrenií,*
- *prozkoumat informovanost o expresivních terapiích a zhodnotit zkušenosti s nimi a následně porovnat rozdíly těchto výsledků mezi osobami se schizofrenií a veřejností.*

5. Použité výzkumné metody

Jelikož výzkum byl realizován v poměrně malé skupině osob se schizofrenií, byly zvoleny především metody kvalitativního šetření, které mají sice tu nevýhodu, že jejich výsledky se nedají zobecnit, na druhou stranu ovšem poskytují podrobný náhled do života jedince či skupiny klientů, do jejich myšlení a vnímání a zkoumají jevy, jež by byly kvantitativním zkoumáním nepřístupné.

Byly tedy využity následující výzkumné metody:

- *Pozorování*

Jedná se o nejvíce uplatňovanou a také jednu z nejstarších testových metod (Chráška, 1993). Jde o cílevědomé, plánovité a soustavné vnímání jevů a procesů, jež směřuje k odhalení skutečnosti (Skalková a kol., 1983). Autorka využila dlouhodobého strukturovaného extrospektivního přímého pozorování, zaznamenávaného průběžně pomocí deníkové formy. Autorka si je vědoma možnosti subjektivnosti pozorování, proto při výzkumu využila i jiných výzkumných metod.

Při výzkumu byly pozorovány oblasti sebevždření, tvořivost, komunikace a empatie.

– *Případová studie*

Jedná se o takovou metodu, která je charakterizována jako „detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů“ (Hendl, 1997, str. 104).

V práci je využita především krátká osobní případová studie jednotlivých klientů a případová studie skupiny. Výzkumným závěrem této studie je v práci ověření účinků expresivních terapií na život a možnosti klientů.

– *Ohnisková skupina*

Jde o takovou metodu, ve které se klienti vyjadřují k danému tématu uvnitř skupiny, nejde tedy o individuální rozhovor, nýbrž o vyjádření názoru ve skupině, je tedy možné se na stejnou otázku zeptat více klientů současně. Podstatou skupiny je tedy téma, tzv. ohnisko, kolem něhož se točí otázky výzkumníka. Údaje z ohniskové skupiny byly zpracovány pomocí metody zakotvené teorie, což je induktivní metoda, „odvozená teorie ze zkoumání jevů, které reprezentuje“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 14).

– *Reflektivní bilance*

Tato metoda je vlastně záznamem projekivní osobní výpovědi, jež může být označena pojmem následná strukturovaná reflexe, neboť charakter vnitřního uspořádání těchto reflexí není dán předem, ale teprve při reflexi je rozpoznáván a následně vymezen (Slavík, 2006). Jde o písemné zachycení čerstvé vzpomínky výzkumníka, ne staré více než tři dny (Slavík, 2006).

Byla zvolena taková metoda reflektivní bilance, která popisuje pět různých skupin, každou z jiného období skupiny. Tyto reflektivní bilance byly autorkou zaznamenávány jednou za tři měsíce.

– *Dotazník*

Tato metoda slouží jako jedna z nejvíce využívaných metod ve výzkumu. Metoda je kvantitativní, ovšem pro výzkum informovanosti o expresivních terapiích se zdála být vhodnou.

Byla zvolena metoda anonymního dotazníku, neboť takové dotazníky obecně mívají větší validitu (Gavora a kol., 2010). Jednalo se o dotazník, který byl distribuován jak elektronicky, tak i osobním setkáním s respondenty (viz. Příloha č. I). Tyto údaje byly zpracovány pomocí Fisherova kombinatorického testu.

6. Výzkumné otázky a hypotézy

Pro kvalitativní výzkum byly stanoveny základní výzkumné otázky, jimiž jsou:

- Usnadňují expresivní terapie klientům se schizofrenií komunikaci?
- Mají expresivní terapie pozitivní vliv na sebehodnocení klientů se schizofrenií a pomáhají jim k sebeuvědomění a k vyjádření sebe sama?
- Jsou expresivní terapie pro klienty se schizofrenií přínosné a příjemné?

Pro vyhodnocení kvantitativního výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

- a. Osoby se schizofrenií jsou lépe informovány o pojmu expresivní terapie než intaktní populace.
- b. Osoby se schizofrenií jsou lépe informovány o jednotlivých expresivních terapiích než intaktní populace.
- c. Osoby se schizofrenií mají větší zkušenosti s expresivními terapiemi než intaktní populace.
- d. Expresivní terapie mají větší vliv na život jedinců se schizofrenií než na osoby z intaktní populace.
- e. Osoby se schizofrenií relaxují pomocí uměleckých činností častěji než intaktní populace.

7. Výzkumný vzorek

Přímý výzkum byl realizován na Charitě Olomouc v Domě sv. Vincenta pro lidi s duševním onemocněním, jedná se tedy převážně o zaléčené pacienty s diagnózou schizofrenie. Výzkum probíhal po dobu více než jednoho roku s pěti klienty, kteří docházeli pravidelně, zbytek skupiny tvořili klienti, kteří se programu neúčastnili pravidelně, pouze v různých časových intervalech. Základ skupiny tvořili čtyři muži a jedna žena ve věku kolem třiceti let. V následujícím textu jsou respondenti stručně popsáni tak, jak se projevovali ve svém chování na prvních skupinách. Taktéž je krátce popsáno počáteční fungování skupiny.

Klient Eduard, 32 let. Klient pochází z neúplné rodiny, nyní žije pouze s matkou v bytě na malém městě. Klient má starší sestru, se kterou se pravidelně stýká. Schizofrenní

onemocnění u něj propuklo před sedmi lety. Klient trpěl velkými depresemi.

Eduard působil velmi pozitivně, vždy bral věci s nadhledem a rád si dělal legraci, ne ovšem, že by zesměšňoval vážná témata, dokázal ale dobře rozpoznat, kdy je vhodná chvíle a kdy nikoli. Zpočátku se klient moc nevyjadřoval, projevil se teprve po několika sezeních, kdy k autorce získal důvěru. Působil velmi přátelsky, rád se bavil o běžných věcech a zajímal se i o druhé.

Klient Norbert, 31 let. Klient pochází z neúplné rodiny, nyní žije s manželkou, se kterou má dítě. Jeho manželkou je další z klientů, klientka Saša. Oba manželé ale mají diagnózu schizofrenie, o jejich syna se tedy starají manželčiny rodiče. Klient si našel práci na poloviční úvazek, do které pravidelně dochází a jež mu přináší uspokojení.

Klient byl na první pohled velmi dobře naladěný, rád si povídal, často hovořil v symbolech a znacích, jeho vyjadřování bylo velmi filosofické. Do činností se zapojoval s nadšením mu vlastním a dodával práci jiné rozměry, vždy zkoumal podstatu jevů.

Klientka Saša, 31 let. Klientka pochází z úplné rodiny, momentálně žije s manželem, se kterým má dítě, o něž se starají její rodiče. Klientka syna chodí pravidelně navštěvovat. Schizofrenie byla klientce diagnostikována před sedmi lety, od té doby má ale pravidelné relapsy.

Saša ve svém projevu působila velmi pozitivně a uvolněně, vnitřně byla velmi duchovně založena. S navázáním kontaktu neměla žádné problémy, spíše měla problémy s udržením takového kontaktu. Ve skupině se projevovala jako velmi rozumný člověk, ostatní se těšili na její připomínky.

Klient Tadeáš, 32 let. Klient pochází z úplné harmonické rodiny, má staršího bratra. Žije spolu s rodiči v rodinném domku na malé vesnici, kde má svůj vlastní pokoj. Klientovi byla diagnostikována schizofrenie před pěti lety. Klient byl často velmi unavený.

Klient se zpočátku vůbec neprojevoval, v běžném rozhovoru byl pasivní, na otázky odpovídal velmi stroze, ne více než jednou větou, či neúplně. Často spíše krčil rameny. Působil velmi nesměle, když na něho byla soustředěna pozornost, usmíval se, aby zakryl rozpaky. Nicméně do všech aktivit se zapojoval, problémy mu dělalo pouze verbální vyjadřování.

Klient Martin, 30 let. Klient pochází z úplné rodiny, stále žije se svými rodiči v rodinném domku na malém městě. Schizofrenie byla Martinovi diagnostikována před čtyřmi lety.

Martin měl problémy při rozhovoru udržet pozornost, stále odbíhal k tématu, které ten den nakouzl jako první, tato témata se pořád opakovala dokolečka, například pocit, že nemůže znát všechny lidi či jak se nechá pohřbít. Ve svém projevu byl ale klient velmi přátelský a starostlivý, rád se ostatních vyptával na to, jak se mají a na jejich názory, šlo spíše ale o konverzační otázky, jejichž odpovědi málokdy dokázal poslouchat, během odpovědi většinou nedokázal udržet pozornost.

Studie skupiny

Skupina jako celek byla velmi různorodá, přestože se jednotliví členové skupiny ze zařízení znali, zpočátku se mezi sebou nijak nebavili a působili velmi uzavřeně, o druhé se nijak nezajímali. Jelikož nešlo o uzavřenou skupinu, mohl kdykoli přijít nový člen. Zpočátku na skupinu chodilo osm lidí, postupně se z nich ale vygenerovalo zmíněných pět klientů, kteří na skupiny docházeli víceméně pravidelně. Skupina byla zprvu velmi nepoddajná a netvárná, členové skupiny nereagovali na nikoho jiného ze skupiny, než na autorku, jejich reflexe byly velmi strohé a pokud se autorka nezeptala přímo jednotlivých členů skupiny, na otázky nikdo nereagoval. Klienti se zprvu nevyjadřovali k žádným aktivitám, teprve postupem času se situace začala měnit. Zprvu se jednotlivci také nedokázali rozdělit do dvojic, ve kterých by mohli pracovat, na takový pokyn nereagovali, bylo tedy nutné dvojice určit. I v následné práci mezi sebou jedinci ve dvojicích ale verbálně nekomunikovali.

8. Sběr dat

Skupina se scházela zpravidla jedenkrát za čtrnáct dní na 1,5 hodin. Náplní těchto setkání byla právě expresivní terapie, autorka prokládala setkáními různé druhy těchto uměleckých terapií, především využívala technik arteterapie a muzikoterapie, okrajově využila i technik biblioterapie, poetoterapie, taneční a pohybové terapie, dramaterapie a teatroterapie. Arteterapie a muzikoterapie se totiž ukázaly jako prostředky, které klienty opravdu zaujaly a jež pro ně byly hlavně zpočátku nejbezpečnější. Klienti se zpočátku obávali vyjadřování před autorkou i před skupinou a produkt, který měli před sebou, jim tak dával větší jistotu a mluvil za ně. Až časem si autorka dovolila zařadit i techniky jiných

expresivních terapií, kde klienti využívali i jiné vyjadřovací prostředky, jako například psané slovo či pohyb.

Na začátku programu autorka vždy zařadila rozechřivací aktivity, takzvané warm-upy, na konci sezení naopak techniky pro zklidnění, pro ukončení sezení. Skupina byla vždy posazena do kruhu okolo stolu tak, aby na sebe jednotliví členové viděli. Po každé hodině následovala reflexe klientů a volná diskuse, kdy se autorka soustředila na náhled klientů na sebe sama a také na přijetí realizovaných technik klienty. Během skupiny byla vždy zařazena desetiminutová přestávka, aby se mohli klienti odreagovat, jelikož po čtyřiceti minutách již pomalu začali ztrácet pozornost.

9. Expresivní terapeutické techniky, využité při práci se skupinou

V následujícím textu jsou popsány některé techniky, využité při práci s těmito klienty.

Při práci s klienty se autorka zaměřovala hlavně na techniky, které souvisely a podporovaly sebevyjádření, komunikaci s ostatními a propojení mysli s tělem.

V následujícím textu jsou popsány pouze některé techniky, které byly při práci s klienty využity a vždy je také uvedeno pozorování na jednom či několika klientech v průběhu dané techniky.

9.1 Arteterapeutické techniky

Jak již bylo zmíněno, prostředky arteterapie se ukázaly pro klienty bezpečné, proto i zpočátku nejlépe přijatelné. Autorka často propojovala jednotlivé expresivní terapie tak, aby klientům co nejvíce vyhovovaly, nestavěly je do situací, které by je znervózňovaly, ale zároveň aby klientům také mohly být co nejvíce prospěšné.

Malování po kruhu

Klienti si vzali papír a tužky a byli požádáni, aby při relaxační hudbě zkusili namalovat, co je právě napadá. Po úvodních dvou minutách byli ale vybídnuti, aby papír poslali svému sousedovi po levé ruce, čímž se jim dostal jiný obrázek, do kterého měli opět něco vkreslit. Takové střídání obrázků probíhalo do té doby, než se k majiteli dostal jeho původní obrázek (viz. Příloha č. II).

Pozorování: klient Martin

Klient byl při vyzvání k výměně obrázků zpočátku poněkud zmatený a nevěděl, co se děje. Vzápětí tomu ale porozuměl a začal do všech obrázků vkreslovat stejné tvary. Při reflexi klient uvedl, že pro něho tato aktivita byla těžká, protože zprvu nevěděl, co má dělat a posléze nestíhal vymýšlet, co do kterého obrázku přikreslit, proto se soustředil na pouhý jeden tvar.

Můj úspěch

Klienti si měli vybrat nanejvýše tři věci, které se jim v životě povedly a výtvarně je ztvárnit.

Pro klienty celkově byla tato aktivita obtížná, nemohly si vybrat, který úspěch ztvární a celkově byli spíše skleslí. Autorka proto nejprve začala volně diskutovat, co považují klienti za úspěch, načež se klienti rozpovídali. O úspěchu nejprve diskutovali všeobecně, postupně se témata začala konkretizovat. Následně měli ztvárnit svůj úspěch výtvarně, což už jim nepůsobilo problémy, každý věděl, co chce nakreslit.

Pozorování: klient Eduard

Klient byl zprvu nejistý, nevěděl, který úspěch si má vybrat a je-li to vůbec úspěch, nakonec se právě on hodně položil do diskuse. Celkově pro něj byla práce obtížná, což zdůraznil také v reflexi.

Symbol

Klienti si měli vytvořit vlastní symbol pomocí jakéhokoli výtvarného materiálu, k dispozici jim byla plastelína, tempery, voskovky, křídly či materiál na koláž. Vytvořený symbol měl charakterizovat osobnost klienta, popřípadě jeho vlastnosti či zájmy.

Pozorování: klient Norbert

Klient si zvolil jako výtvarný prostředek voskovky. Nejprve nakreslil práci, kterou ve svém životě dělá. S klientem se autorka o jeho výtvoru v průběhu práce bavila a navrhla klientovi, jestli by svůj symbol nechtěl pojmout jinak, jakožto symbol vlastní osoby. Klient se k tématu hodně zamýšlel, trvalo mu velice dlouho, než se rozhodnul pro svůj symbol a nakonec nakreslil přístav (viz. Příloha č. III). Při reflexi hovořil o tom, proč si zvolil za svůj symbol přístav a velmi podrobně popisoval svůj obrázek (klient je obvykle málo hovorný a vyjadřuje se pomocí dvou až tří vět). Klient se k tématu vyjádřil velmi

pozitivně, očividně ho téma zaujalo, dokonce autorce sdělil, že jej téma přinutilo přemýšlet o smyslu svého života, o tom, co je pro něho v životě podstatné.

Pozorování: klient Tadeáš

Klient pro vytvoření svého symbolu zvolil techniku koláže. Poměrně dlouho přemýšlel, jak svůj symbol vyjádří, nakonec zvolil dva různé obrázky, které přelepil přes sebe. Klient byl posléze rychle hotov (viz. Příloha č. IV). Při reflexi působil uvolněně, bylo vidět, že přesně ví, co chtěl vyjádřit. Klient se při reflexi také dotkl tématu svého onemocnění, čemuž se doposud vyhýbal.

Ruce

Klientům byla zadána instrukce, aby se rozdělili do dvojic, ve kterých budou následně pracovat. Každý dostal dva papíry a na ně měl obkreslit svoji ruku. Do jedné ruky má nakreslit, jak vidí sám sebe, druhou ruku nakreslit tak, jak vidí svého partnera ve dvojici.

Následně měli klienti představit sami sebe a také partnerovu ruku. Ostatní klienti měli hádat, o koho ze skupiny se jedná. K této technice se rozproutila velmi živá debata. Klienti se obecně hodně soustředili na symboliku barev a význam jejich kombinace.

Pozorování: klient Norbert

Klient nejprve kreslil svoji ruku (viz. Příloha č. V). Zajímavostí bylo, že všichni klienti (včetně klienta Norberta) nakreslili sami sebe jednobarevně a partnera nejméně třemi barvami (viz. Příloha č. Vb). Klient do své ruky vložil symbol kočky, ovšem nebylo to dáno tím, že by chtěl vyjádřit, že má kočky rád, chtěl dát ale najevo, že má podobné vlastnosti jako toto zvíře. Svoji ruku měl klient hotovou poměrně rychle, více času věnoval ruce svého partnera. Jednotlivé části této ruky vybarvil různě, přičemž každá z těchto barev měla svůj význam, který klient při reflexi velmi podrobně popisoval. Jak klient uvedl, tato technika mu sloužila především pro uvědomění si svého partnera, „protože ho nechtěl odbýt“.

Pozorování: klientka Saša

Zpočátku byla klientka trochu zmatená a nevěděla, co má dělat, instrukce jí proto byla zopakována. Klientka poté taktéž nakreslila samu sebe jedinou barvou (viz. Příloha č. VI), žlutou, neboť měla momentálně veselou náladu. Doprostřed své ruky klientka vepsala své

jméno, protože je prostředek ruky zakryt. Taktéž si dala velmi záležet na ruce svého partnera (viz. Příloha č. VIb), dlouho přemýšlela, jaké barvy použije a dlouho se na partnera dívala, než začala kreslit. Stejně jako předchozí klient i tato klientka měla hodně promyšlenou symboliku barev, o kterou se chtěla podělit s ostatními. Klientka se po technice velmi uvolnila a rozpovídala. Začala následně mluvit i o symbolech života všeobecně a ptala se ostatních, jak tyto symboly vnímají oni, načež se na toto téma rozproudila krátká diskuse, kterou si klientka sama řídila. Následně tuto techniku velmi pozitivně hodnotila v tom, že se zamyslela nad ostatními.

9.2 Muzikoterapeutické techniky

Při sezeních, zaměřených na muzikoterapii, bylo využito především netradičních hudebních nástrojů (například bambusová flétna, damaso, carimba, djembe, chrastítka, deštná hůl či klakson), klienti se tak seznamovali se zcela novými nejen zvuky, ale i tvary a způsoby hraní. Dále se i zpívalo a pracovalo s hlasem.

Hudební improvizace

Klienti byli požádáni, aby si vyzkoušeli některé hudební nástroje a prozkoumali, jaký zvuk který nástroj vydává a jak se jim na který nástroj hraje. Posléze si klienti měli zvolit jeden z nástrojů, na který budou následně hrát, začít hrát až budou připraveni a zkusit hrát po nějakou dobu s tím, že zkusí pomocí svých nástrojů vytvořit sehraný celek. Klientům trvalo delší dobu, než se někdo z nich odvážil začít, postupně se ale přidali všichni ve skupině a samotná improvizace trvala poměrně dlouhou dobu. Klienti si většinou vzali nenápadné nástroje, které nevydávaly moc hlasité zvuky. Průběh improvizace byl velmi kolísavý, v některých momentech se klientům dařilo se sladit, ale po většinu času nikoli. Všichni klienti však byli velmi soustředění na svůj hudební nástroj a na jeho zvuk. Fascinace hudebními nástroji se projevila také v reflexi, kdy klienti udávali, že jim nástroje hodně zvedly náladu a že se při hře cítili velmi spokojeně.

Co se odehrává v těle

Klientům byla zprvu puštěna relaxační hudba a instrukcí bylo zaposlouchat se do svého těla. Klienti byli následně požádáni, aby to, co se odehrávalo v jejich těle a čeho si všimli, zaznamenali výtvarnými prostředky na papír.

Pozorování: klient Eduard

Klient byl po celou dobu vnímání vlastního těla soustředěný, při znázornění byl velmi rychle hotov. Při následné reflexi zmínil, že co si uvědomoval, byl především tlukot vlastního srdce, že tak hlasitě jej již dlouho bít neslyšel. Klient zdůraznil, že se při této aktivitě velmi uklidnil (viz. Příloha č. VII).

Pozorování: klient Tadeáš

Klient po dobu poslouchání působil poněkud neklidně, jako by mu dělalo potíže se soustředit, což také zmínil v následné reflexi. Jeho výtvar (viz. Příloha č. VIII) působí ale velmi klidně, autorka se tedy klienta ptala, co při poslechu hudby cítil, klient odpověděl, že si uvědomoval své tělo, ale že to nebylo jednoduché. Také ale odpověděl, že „tělo má velkou sílu, přestože ho často neposloucháme“.

Vyjádření nálady

Klienti zkoušeli různými nástroji vyjadřovat různé nálady, tyto jim zprvu navrhovala autorka, posléze si klienti vymýšleli nálady sami. Před technikou byli klienti již s nástroji seznámeni a na většinu z nich si již vyzkoušeli hrát. Dále měli klienti pomocí jednoho vybraného hudebního nástroje vyjádřit svoji momentální náladu. Nejprve si měli zkusit ztvárnit svoji náladu všichni najednou, posléze měli zkusit hrát každý sám a náladu poté popsat verbálně.

Pozorování: klientka Saša

Klientka se na výběr hudebního nástroje velmi soustředila, vybírala si jej důkladně. Zpočátku si ani nevyzkoušela všechny, nebo aspoň většinu z nich jako ostatní klienti, ale než si některý nástroj vybrala, nejprve si jej prohlédla. Při vyjadřování vlastní nálady se klientka do zvuku nástroje opravdu ponořila a její sólo bylo nejdelší ze všech. Klientka byla soustředěná a měla zavřené oči, její hra se zdála být kreativní. Jak sama uvedla, hudba ji velmi uklidňuje a pozitivně nabíjí.

9.3 Ostatní expresivně terapeutické techniky

Jak již bylo uvedeno, těmito technikami autorka rozumí techniky biblioterapie, poetoterapie, teatroterapie, dramaterapie a pohybové a taneční terapie.

Tvorba básní

Klienti měli ve dvojici vytvořit první verš básně na jakékoli téma, posléze list papíru posunuli po směru hodinových ručiček a přišel jim tak papír s veršem od jejich sousedů. Na tento nový papír měli klienti dotvořit rým k prvnímu verši. Takto se papír předával, až vznikla „minibáseň“ o čtyřech verších, na níž se určitou částí podílela celá skupina (viz. Příloha č. IX).

Pozorování: klient Martin

Klient se při vymýšlení veršů nedokázal soustředit. Jak sám posléze uvedl, neměl náladu něco vymýšlet. Nechal tedy partnera ve dvojici tvořit samotného a aktivitě se nevěnoval. Ani při hlasitém předčítání výtvorů se klient nedokázal soustředit. Klient uvedl, že ho nezaujalo téma a že básně vmýšlí nerad, protože ho nic nenapadá. Také již byl unavený, neboť techniku předcházela již třičtvrtěhodinová práce.

Tvorba loutkové opery

Klientům byla navržena možnost zkusit vytvořit divadelní představení, k čemuž se postavili velmi pozitivně. Klienti sami nejprve vymysleli téma Austrálie, které bylo následně probráno, a vyplynuly tři hlavní postavy, které by v příběhu měly figurovat – domorodý obyvatel, tzv. křovák, businessman, tzv. křivák a námořník. Klienti se při tvorbě příběhu všeobecně velmi dobře bavili a zapojovali se do diskuse k tématu, spontánně vymýšleli příběh, až dospěli k myšlence, že by mohlo jít o loutkové představení, jež později specifikovali na operu. Klienty napadlo, že by mohli text zpracovat do veršů, aby lépe zněl (viz. Příloha č. X).

Pozorování: klient Martin

Klient se do aktivity zprvu nezapojoval a byl pasivní. Když ale viděl aktivitu ostatních klientů, začal se k nim postupně přidávat, až si ho práce na představení získala a klient se začal zapojovat do všech aktivit s divadlem souvisejících. Klient se dokonce zapojil i do přebásnění textu do veršů. Při zpěvu působil klient sebejistě, zpívat před ostatními mu nedělalo žádné potíže, ba naopak byl rád, že měl pro zpěv prostor, jak posléze uvedl. Na aktivitách se klient podílel, ale jak při reflexi uvedl, několikrát byl duchem úplně jinde a nemohl se občas soustředit, zvláště při diskusích k tématu.

Pozorování: klient Eduard

Klient byl při tvorbě akční a dobře se bavil. Po celou dobu vypadal opravdu uvolněně a šťastně. Zpracování textu do veršů bylo pro klienta jednoduché, nepůsobilo mu žádné potíže, šlo mu samo. Při zpěvu působil klient suverénně. Při konečné reflexi uvedl, že se při aktivitě cítil uvolněný a práce ho těšila. Celkově pro něho byla aktivita zábavná.

Pozorování: klient Tadeáš

Klient se k aktivitě přidal až v průběhu tvorby, takže již byla vymyšlena základní kostra představení, což mu ale nepůsobilo potíže a do inscenace se začlenil jako postava námořníka. Klient společně s ostatními vymýšlel texty a podílel se i na tvorbě kulis a loutek. Klient byl také aktivní, několikrát se stalo, že přišel s novým nápadem. Při zpěvu byl zprvu velmi nesmělý, když se ale ke zpěvu připojila hudba, dodala mu jistotu v projevu. Při konečné reflexi klient uvedl, že se při tvorbě dobře bavil. Po většinu času se také usmíval.

Slunce svítí na toho, kdo...

Klienti se měli zamyslet, co by o druhých lidech ve skupině chtěli vědět (například jestli má někdo rád kapelu AC/DC) a následně použít formuli: „Slunce svítí na toho, kdo...“ (například má rád kapelu AC/DC).

Pozorování: klientka Saša

Klientka byla při této technice velmi kreativní, hodně se zajímala o druhé klienty a kladla otázky, které směřovaly k hlubším tématům - například důvěra v lidi, víra v boha. Klientka vymyslela nejvíce otázek a měla se stále na co ptát. Bylo vidět, že názor ostatních ji opravdu zajímá.

Malování na záda

Klienti se rozdělili do dvojic a každá dvojice dostala předkreslený jednoduchý obrázek (dům, slunce, květina). Úkolem klientů bylo překreslit obrázek partnerovi na záda tak, aby byl schopen překreslit tento obrázek dále na papír.

Pozorování: klient Martin

Klient se nemohl soustředit a nedokázal si udělat představu o tom, co mu partner na

žáda kreslí. Při reflexi sdělil, že se při kresbě nemohl soustředit na dotek a následně si uvědomit, co dotek jako celek představuje. Více mu vyhovovalo, když byl tím, kdo kreslí na záda. Klient byl v této činnosti velmi pečlivý.

Pozorování: klient Norbert

Klient se při práci velmi dobře bavil, činnost mu byla, jak uvedl, příjemná a dotek partnera mu vůbec nevadil. Více mu vyhovovalo, když byl tím, komu se kreslí na záda, než tím, kdo má obrázek překreslit.

Zrcadla

Klienti se rozdělí do dvojic a určí si, který z nich bude nejprve zrcadlem, posléze se v rolích vystřídají. Klienti si stoupnou naproti sobě a klient – zrcadlo opakuje pomalé pohyby po svém partnerovi. K aktivitě je puštěna klidná pomalá hudba.

Pozorování: klient Norbert

Klient se po celou dobu trvání aktivity velice soustředil, působil velmi klidně a i při konečné reflexi uvedl, že tomu tak i bylo. Klient se snažil vnímat partnerku a pohyby opakoval s přesností, vnímal detaily. Po skončení byl klient zamyšlený a při reflexi zmínil, že si připadal partnerce blíž.

Pozorování: klientka Saša

Klientka pracovala velmi zaujatě, aktivitu hodně prožívala a brala ji vážně, i ona cítila, že se partnerovi přiblížila, z čehož byla potěšená, ale zůstávala vážná.

Pozorování: klient Tadeáš

Klient byl při aktivitě nesmělý, pohyby prováděl opravdu pomalu a velmi se soustředil. Když pohyb vedl, svému partnerovi se vydržel dívat do očí po poměrně dlouhou dobu. Když pohyb zrcadlil, velice se soustředil na přesnost provedení pohybů. Při reflexi uvedl, že pro něj byla aktivita zajímavá, nedokázal ale vyjádřit čím.

Vymysli příběh předmětu

Bylo vybráno několik předmětů (špunt, svíčka, papírový sáček, kancelářská spona a hrneček), kterým měli klienti vymyslet příběh – měli popsat přímé vyprávění v první

osobě předmětu, který si vybrali - jak vznikl, co zažil, co má či nemá rád atd.

Pozorování: klient Tadeáš

Klientovi dělalo velký problém začít psát. Na aktivitu bylo určeno zhruba deset minut, klient však začal psát až těsně před koncem aktivity, po celou dobu koukal na předmět a na autorku. Klient uvedl, že věděl, co chce psát, ale nešlo mu začít, bylo to pro něj těžké.

Poznání hmatem

Klienti byli rozděleni na dvě skupiny, které si sedly naproti sobě. Nejprve zavřela oči celá skupina A a vybraný člověk ze skupiny B vložil pravou ruku do rukou všem členům skupiny A a posadil se zpět na své místo. Poté skupina A již s otevřenými očima ohmatala pravé ruce všem členům skupiny B a rozhodla se pro jednoho člena, o kterém si myslela, že jim vložil ruku do rukou, když měli zavřené oči. Poté se skupiny vyměnily. Následovala obměna, kdy všichni členové skupiny A zavřeli oči a všichni členové skupiny B si vybrali jednoho člověka a tomu vložili ruku do rukou. Klienty tato aktivita celkově sblížila a dala jim téma ke společné konverzaci, která trvala i po aktivitě.

Pozorování: klient Tadeáš

Klient byl v pohybu velmi nesmělý, zároveň ale také pečlivý. Po celou dobu se jakoby obával ruku druhého člověka vzít a ohmatat ji, jeho dotek byl jemný a nevýrazný. Ruku druhého člověka ale vždy poznal. Klient při reflexi uvedl, že se při aktivitě cítil dobře, i když trochu nejistě.

Pozorování: klient Norbert

Klient byl aktivní, dobře se bavil. Na ruce druhých se soustředil, poznal je ovšem jenom jednou. Při doteku zkoumal ruce důkladně a dlouho. Sám měl radost, když jeho ruku někdo poznal a k aktivitě měl tendenci se stále vyjadřovat. Pro klienta byla tato zkušenost pozitivní v tom, jak sám uvedl, že ho nikdy nenapadlo zkoumat ruce ostatních.

Vyjádření emoce

S klienty byla tato metoda v obměnách využita několikrát. Zpočátku se autorka s klienty bavila o emocích, klienti postupně jmenovali různé emoce, vždy je měli zaznamenat na papír barvou, která pro ně danou emoci vyjadřuje (viz. Příloha č. XI), a následně

k emoci přiřadit nějaký pohyb, či grimasu. Pro klienty bylo vcelku jednoduché emoce pojmenovat, s výběrem barev si dali záležet a podivovali se, že každá barva je pro někoho významem jiné emoce. Většinu klientů aktivita velmi zaujala a byli velice aktivní, grimasování a pohyb vyjadřovali postupně čím dál více bez ostychu. Posléze si klienti měli vybrat emoci, kterou mají nejraději a ztvárnit ji výtvarně. Pro klienty bylo ztvárnění emoce kresbou jednoduché, věděli, co nakreslí, zpočátku ale chvíli trvalo, než si nějakou emoci dokázali vybrat. Při následném popisování obrázku neměli problém s popisem, věděli, co ke které emoci říct.

10. Výsledky výzkumu

10.1 Vyhodnocení pozorování

Výsledky pozorování při jednotlivých technikách byly popsány výše. Pozorování bylo průběžně zaznamenáváno formou deníku. Autorka se v jednotlivých skupinách soustředila na výše popsané pozorované oblasti a průběžně si zapisovala znaménkovou formou, zda se jednotliví klienti v dané skupině v oblasti nějak posunuli, či zůstávali stále na stejné úrovni. Následně výsledky převedla na procenta. Byl-li posun v dané oblasti u určitého klienta procentuálně větší než 50%, bylo do tabulky zaznamenáno příslušné znaménko, podle toho, jestli se jednalo o posun pozitivním či negativním směrem. Pokud bylo toto číslo menší než 50%, bylo do tabulky uvedeno číslo 0.

Celkem bylo s klienty realizováno 29 sezení. Zmínění klienti se zúčastnili většiny sezení, pouze klientka Saša přestala po třičtvrtě roce na skupiny docházet, zaznamenané pozorování se tedy týká pouze uvedené doby.

Tabulka č. 3. Záznam pozorování pomocí znaménkové tabulky

	Sebevyjádření	Komunikace	Tvořivost	Empatie
Klient Eduard	+	0	+	+
Klient Martin	0	+	+	0
Klient Norbert	+	0	+	+
Klientka Saša	+	0	+	+
Klient Tadeáš	+	+	+	0

Z tabulky je patrné, že všem klientům podporovaly expresivní terapie jejich tvořivost. Tvořivost a využití kreativních prvků je vlastně základní součástí uměleckých terapií, tedy hlavně jejich aktivní složky. Jelikož ale autorka využívala převážně složky aktivní a pasivní složku expresivních terapií případně kombinovala se složkami aktivními, tvořit bylo součástí každé skupiny. Například klientovi Martinovi se stávalo, že se mu ani moc tvořit nechtělo, nebo spíše nevěděl, co by chtěl vytvořit, občas tedy „spíchl“ výtvar na poslední chvíli, celkově ale i u něho převažovala složka aktivní tvořivosti.

V oblasti sebevyjádření byl zaznamenán téměř u všech klientů pozitivní posun. Jak již bylo zmíněno, možná to bylo i tím, že klienti byli schopni lépe se vyjadřovat díky tomu, že před sebou měli své výtvary, nebo že nemuseli své prožitky ihned verbalizovat, že si je zkrátka nejprve prožili a až posléze se k nim měli vyjádřit, pocity pro ně tedy byly čerstvější a utříděnější. U klienta Martina nebyl zaregistrován významnější posun v této oblasti. Když tento posun zaznamenán byl, na další skupině se situace opět vrátila do zajetých kolejí. Celkově tedy klient zůstává v této oblasti na stejné, možná mírně zlepšené úrovni.

Taktéž komunikace byla skrze expresivní terapie velmi usnadněna. Klienti udávali, že se cítí jistěji, když mají před sebou nějaký produkt, o který se mohou opřít, když mají mluvit o sobě, o tom co cítí. Klienti Saša, Norbert a Eduard mají uvedenu číslici nulu, neboť jejich komunikační úroveň byla poměrně dobrá již na začátku spolupráce, komunikace se tedy zlepšovala na prvních několika málo skupinách, pak již ale byla na vysoké úrovni a klienti si takovou úroveň udrželi. Zajímavý byl vývoj u klienta Tadeáše, který, jak již bylo popsáno, zpočátku neřekl více než jednu souvislou větu. Autorka se zpočátku domnívala, že je to dáno tím, že se vzájemně neznají a klient se stydí, ale i z rozhovoru s pracovníky daného zařízení zjistila, že tomu tak není. Dokonce se někteří pracovníci divili, že již po druhém sezení byl klient schopen říci celou větu. Klient se v průběhu sezení postupně více vyjadřoval, dnes je schopen několika souvislých vět, stále mu ale dělá potíže vyjadřovat se bez vyzvání, sám od sebe. U klienta Martina bylo pozorováno zlepšení v oblasti komunikace, neboť se začal sám vyjadřovat k danému tématu, bez vyzvání, což se u něj zpočátku neprojevovalo. Klient nyní zaujal takovou strategii, že se k tématu vyjádří hned, neboť ví, že poté by neudržel pozornost, což stále přetrvává. Přestože klient stále také ulpívá na některých myšlenkách a projevuje se to i v komunikaci, jeho komunikační úroveň je celkově lepší.

Co se týče oblasti empatie, byl hodnocen projev empatie v dané skupině, tedy například

když měli klienti před sebou obrázky rukou a říkali, kdo si myslí, že kterou ruku namaloval a proč. Klienti Tadeáš a Martin se v některých skupinách projevovali empaticky, celkové skóre bylo ale blíže nule. Klient Tadeáš je spíše méně hovorný, když se tedy někdo nezeptá vyloženě přímo jeho, sám se většinou nevyjadřuje. Možná i tím je způsoben poměrně nízký skóre v oblasti empatie. Klient Martin je sice hovorný a o druhé se zajímá, jeho mysl však neustále odbíhá od daného tématu, je pro něj tedy těžké udržet pozornost. Klient většinou vydržel u činností, ale jakmile se rozběhla diskuse, která trvala déle než dvě minuty, již se přestával soustředit.

10.2 Případové studie

V následujícím textu jsou popsány výsledné případové studie, změny, kterých klienti dosáhli v průběhu trvání výzkumu a případné posuny v jednotlivých oblastech klientů.

Klient Eduard, 32 let.

Klient na skupiny docházel pravidelně a velmi se na ně těšil, vždy zmiňoval, že byl velmi zvědav, co budeme dělat. Eduard získal k autorce důvěru během prvních tří měsíců, načež se začal zabývat i svými myšlenkami a přáními a nebál se je projevovat.

V průběhu realizace výzkumu došlo k výraznému posunu mezi klientem a ostatními členy skupiny. Klient se začal zajímat o druhé a při realizaci určitých činností se stával jakýmsi podněcovatelem ostatních členů skupiny. Při reflexi se začal velmi projevovat a i ostatních členů se doptával na jejich názory.

Eduard se projevoval velmi tvořivě, stále měl nové nápady a postupně se nebál je projevit. Realizace nápadů mu ale vždy zabrala nejméně času, pak už jen posedával a díval se, jak tvoří druzí. Když ale o výtvoru hovořil, bylo znát, že má vše velmi důkladně promyšlené.

V březnu 2012 mu byla snížena dávka antidepresiv.

Klient Norbert, 31 let.

Klient na skupiny docházel celkem pravidelně, nicméně ve stejném období jako jeho žena řešil osobní záležitosti, takže svoji docházku na skupiny omezil. Po tomto období začal ale opět docházet pravidelně.

Klient byl velmi filosoficky založen a měl stále potřebu o něčem hluboce uvažovat. Často se tak, zejména zpočátku, potýkal s nepochopením druhých, když klient začal

uvažovat, ostatní ho přestali poslouchat, postupem času ale klient takové chování omezil a ostatní si také zvykli, takže se klient posléze velmi inicioval ve skupinových aktivitách a byl ostatními členy skupiny přijímán.

Norbert se ve skupině projevoval jako aktivní člen, který měl stále zájem vymýšlet něco nového a hlavně se vyžíval v takových aktivitách, které ho vedly k podstatě sebe samého.

Pro klienta byly celkově nejpřínosnější techniky muzikoterapie, které mu přinášely nevědní zážitky a do nichž si mohl projektovat sebe sama. Možná pro něho byly tyto techniky také důležité proto, že pomocí nástrojů mohl vyjádřit sebe sama a byl stále přijímán ostatními.

Klientka Saša, 31 let.

Klientka zpočátku na skupiny docházela pravidelně a žádnou nevynechala. Začala se více pouštět do reflektování. Zprvu působila nejistě, když se jí autorka na jednotlivé výroky doptávala, časem ale dospěla k tomu, že byla schopna o svých pocitech diskutovat.

Po sedmi měsících klientka přestala na skupiny docházet pravidelně, řešila právě nějaké osobní záležitosti, které jí ztěžovaly přicházet na skupiny v daný čas. Takto pokračovala další tři měsíce, po kterých přestala na skupiny docházet zcela. Znovu se na skupině objevila na konci roku 2011, byla ale velmi málo hovorná a práce ve skupině ji neuspokojovala. V únoru 2012 klientka zrelapsovala a byla hospitalizována.

Klient Tadeáš, 32 let.

Klient na skupinu od začátku docházel pravidelně, vynechal asi jen dvě skupiny v závěru realizace výzkumu a to z důvodu změny léků, které mu nedělaly zpočátku dobře. Jak již bylo zmíněno, klient vypadal často velmi unaveně, o čemž se také mnohokrát zmínil.

Klientovi zpočátku dělalo problém verbální vyjadřování, postupně ale autorka vysledovala, že když má klient před sebou nějaký výtvar, či zážitek, o který se může při verbálním vyjádření opřít, cítí se jistěji a mluvení mu nedělá takový problém. Celkově se klient v průběhu realizace výzkumu začal mnohem častěji vyjadřovat k daným tématům, zprvu pouze pokud byl osloven, v dnešní době již je ale schopen začít mluvit sám od sebe, přestože tento jev není častý, určitý posun zaznamenán je.

Klient byl při realizaci výtvarů velmi pečlivý, vždy mu trvalo nejdéle, než výtvar dokončil a měl pečlivě promyšlen každý detail.

Po změně prášků v lednu 2012 byl klient velmi utlumený a jeho projev byl při nesoustředění se rušen občasnými záškuby, které mu ztěžovaly již tak obtížnou komunikaci. Klient si tedy v současné situaci na nové prášky zvyká a učí se záškuby ovládat.

Klient Martin, 30 let.

Martin je stále ve stavu, kdy nedokáže udržet pozornost při verbálním projevu, jedná-li se ale o neverbální projev, je pro klienta nejspíš přitažlivější, neboť na takový se dokáže soustředit mnohem déle, ať už se jedná o projevy ostatních tak i vlastních.

U klienta přesto byl zaznamenán posun v oblasti komunikace a to co se týče oblasti vyjadřování k tématu. Klient je nyní hovornější, přestože má stále odbíhavé myšlenky.

Během práce byl klient nesoustředěný, několikrát se stalo, že pokud byla práce dlouhodobější (více než pět minut), zapomněl, co má dělat. Často se také potýkal s problémem, že nerozuměl zadání úkolu.

Studie skupiny

Jak již bylo výše popsáno, skupina zpočátku nefungovala jako skupina, spíše šlo o současné setkání několika jednotlivců s autorkou. Přestože se jednotliví členové znali, nedokázali na sebe reagovat a reagovali pouze na autorku. Situace se postupně začala měnit po třech až čtyřech měsících práce, tedy zhruba kolem sedmého sezení. V dané oblasti byl zaznamenán určitý posun, protože průběžně se situace začala zlepšovat a klienti byli schopni začít se vzájemně poslouchat a reagovat i na sebe vespolek. Tento posun byl výrazný, v dnešní době již klienti dokážou navázat spolupráci mezi sebou, ve skupině se také vzájemně baví. Fungování skupiny již není zcela závislé na autorce. Při pokynu k rozdělení do dvojic se klienti dokážou domluvit, jak budou dvojice rozděleny. Ve dvojici je stále základním prostředkem komunikace neverbální, klienti jsou již ale schopni domluvit se ve dvojici, jak bude tato neverbální komunikace probíhat a následně ji zreflektovat. Při reflexi jsou klienti schopni reagovat na předešlé reflexe a navazovat na jejich vyjádření.

V průběhu sezení se také stanovilo určité seskupení lidí, kteří na skupinu docházeli pravidelně, vzájemně si tedy na sebe navykli, a když někdo z nich na skupinu nepřišel, zajímali se o to, co s ním je. Před začátkem setkání si spolu klienti vždy začali povídat a utužovat tak vzájemné vztahy.

Klienti také zpočátku byli se všemi činnostmi hned hotovi, nedávali si s nimi práci. Aktivita, které byly zprvu určeny na několik desítek minut, klientům trvaly třeba pouhých pět minut a posléze již neměli chuť dělat něco víc. Situace se postupně začala měnit i v této oblasti po třech až čtyřech měsících, kdy klienti u činnosti vydrželi mnohem déle, kolikrát i déle, než autorka čekala.

Skupina momentálně pracuje na divadelním představení, na kterém se společně dokázala shodnout, a každý ze členů si v tomto představení našel své místo.

10.3 Vyhodnocení ohniskové skupiny

Ohniskové skupiny se zúčastnili čtyři klienti, klientka se nezúčastnila, neboť byla právě hospitalizována. Pro ohniskovou skupinu byl vyčleněn čas patnáct minut. Klienti nebyli moc výřeční, klient Tadeáš ale například mluvil více než obvykle, když je mu takto položena přímá otázka. Klientům byly položeny tři otázky, týkající se jejich účasti na skupinách. Rozhovor probíhal po jedné ze skupin. Celý rozhovor byl také se souhlasem všech nahráván na diktafon v telefonu a posléze přepsán.

Při ohniskové skupině bylo klientům podáno pět otázek, které byly následně zpracovány pomocí metody zakotvené teorie, konkrétně pomocí otevřeného kódování.

1. Jaká je pro Vás účast na této skupině?

Klienti uváděli, že je to pro ně povětšinou hlavně zábava a smysluplné naplnění volného času. Taktéž uvedli, že je pro ně důležité, že skupina se opakuje pravidelně, čímž pádem se mají na co těšit a vědí, co přijde. Taktéž byl vyjádřen zájem o sebe sama, klienti uvedli, že jsou rádi, že se tu o sobě také něco dozví. Celkově z debaty vyplynulo, že klienti na skupinu chodí rádi.

Tabulka č. 4. Otevřené kódování. Co klientům přinesla účast na skupině.

Kategorie	Výrok
Sebepoznání	„Taky bylo to dobrý, člověk se o sobě něco taky dozví, že jo...“
Smysluplné využití volného času	„Je to přínosné, malujeme, vyprávíme si... Tak člověk se zabaví, že... Asi je to taková dobrá náplň času.“
Zábava	„Tak to byla sranda, někdy jsme si procvičili paměť a tak...“ „No, zábava, prostě že vystříhováváme, nebo že si člověk procvičuje“

	jak manuální zručnost, tak jako slovní a jako paměť a takhle jako.“
Pravidelnost	„Nebo ta pravidelnost prostě, no...“ „Ta pravidelnost, to jo, no, že víme, že to bude a že se máme na co těšit...“

2. Která činnost, co jsme tu dělali, byla pro Vás největším přínosem?

Klientům vyhovovalo hlavně to, že na skupině mají čas na to, aby se zamysleli sami nad sebou a že si mohou popovídat. Jeden z klientů uvedl, že pro něj měla největší přínos muzikoterapie, protože hudba je pro něj velice důležitá. Další klienti uvedli, že nemají vyhraněný názor na některou z aktivit, že celkově pro ně byly všechny aktivity přínosné.

Tabulka č. 5. Otevřené kódování. Co bylo pro klienty největším přínosem.

Kategorie	Výrok
Čas pro sebe	„To, že si vždycky povídáme a že máme nějaký čas pro sebe...“
Muzikoterapie	„Pro mě byla asi nejpřínosnější ta muzikoterapie, s těma nástrojema, no... Vlastně každý nástroj má duši a my si ten nástroj vezmeme a na tu duši musíme hrát, to je to. To si člověk musí zažít, no...“

3. Posunul se nějak Váš vztah k ostatním lidem ve skupině?

Klienti uváděli, že jsou si nyní s ostatními klienty bližší, že se lépe poznali a více spolu nyní dokážou komunikovat i mimo skupinu.

Tabulka č. 6. Otevřené kódování. Jak se změnil vztahy ve skupině.

Kategorie	Výrok
Snazší komunikace	„Já si myslím, že jo, že se teď jako víc známe a že je jako snazší se teď bavit... Že dřív jsme se tak nebavili...“
Poznání druhých	„Tak my jsme se už trochu znali předtím, ale teď třeba vím, co ostatní chtějí, nebo co je pro ně důležité...“

4. Můžete to, co tu děláme, nějak využít i jinde?

Klienti měli pocit, že nabyté zkušenosti využít jinde mohou. Hlavním přínosem pro ně bylo to, že na skupině mají zábavu a odnáší si dobré zážitky, na které si pak mohou vzpomenout, když jsou jinde a nemají dobrou náladu. Dále také uvedli, že na skupině se lépe poznají skrze to, co dělají, že se zhloubají do sebe, což pak mohou využít i v reálném životě, například že mohou být oporou druhým lidem.

Tabulka č. 7. Otevřené kódování. Jak mohou klienti využít nabyté zkušenosti.

Kategorie	Výrok
Zlepšení nálady	„Já mám deprese a člověk si na to vždycky může vzpomenout a je mu líp.“
Opora pro druhé	„Tak třeba že si uvědomí, jaký je a pak ví, co chce, nebo co má dělat a může být oporou druhým.“

5. Co byste tu nechtěli, co byste změnili?

Na tuto otázku nebylo pro klienty jednoduché odpovědět, nevěděli, co by změnili a také nebylo nic, co by ve skupině nechtěli. Pouze jeden z klientů se vyjádřil, že by byl rád, kdyby bylo více muzikoterapeutických aktivit.

Tabulka č. 8. Otevřené kódování. Co by se mělo změnit.

Kategorie	Výrok
Více muzikoterapie	„Já bych dal víc té muzikoterapie, poslouchat hudbu a tak... Hrát... Ta hudba, to má pozitivní účinky, člověk se tak zrelaxuje, abych tak řekl. Když mám pak špatnou náladu nebo tak, tak si vzpomenu na tu hudbu a na to, že to byla zábava a tak a je mi hned líp.“

Jak je z výsledných odpovědí patrné, skupina byla celkově s terapií spokojená a zdála se být obohacena především o nevšední zážitky, kterých mohou její členové využít i v reálném životě. V rozhovoru padly dozajista některé velmi zajímavé myšlenky, možná ale i proto, že skupina nebyla příliš hovorná, nakonec zapadly a nebyly náležitě rozvinuty,

což se zdá být škoda. Na druhou stranu ale skupina na rozhovoru působila uvolněně a spokojeně.

10.4 Výsledky reflektivní bilance

Jak již bylo zmíněno, autorka si psala záznamy z každé skupiny pomocí deníkové formy, v následujícím textu jsou uvedeny záznamy reflektivního bilancování po třech měsících, aby mohly být zaregistrovány případné posuny. Celkově je zde tedy uvedeno pět záznamů.

1. záznam

Dnes jsem měla poprvé skupinu expresivních terapií s klienty se schizofrenií, zpočátku jsem se opravdu bála, co bude, vůbec jsem nevěděla, jak s klienty začít pracovat. Doposud se projevovali jako málomluvní a hlavně se jim nechtělo moc hýbat... Napětí ze mě ale opadlo, když dorazil první klient, uff, aspoň někdo přišel. Sedl si vedle mě a začal se bavit, ptal se mě, co se bude dít, trochu mě to překvapilo, usmíval se. Asi se na skupinu těšil. Pak začali chodit další klienti a vařit si čaje. Když si všichni uvařili čaj či kávu, mohli jsme začít. Jeden klient se mě taky ptal, jestli nechci čaj, bylo to milé. Na úvod jsme se posadili do kroužku kolem stolu (z předešlého dne jsem měla zkušenost, že klientům nejvíce vyhovuje pozice vsedě, s co nejmenším počtem pohybů) a podívali se, kdo všechno se dnes programu účastní. Celkem přišlo osm klientů, což mi připadalo jako úspěch, protože sociální pracovnice ze zařízení mě strašila, že přijdou dva lidi. Začali jsme technikou Klubíčko – posíláme si po stole klubíčko, vždy když k nám dojde, odmotáme si kousek provázku a řekneme, z čeho dnes máme radost, až se klubíčko vrátí k prvnímu majiteli, postupujeme obráceným směrem a snažíme si vzpomenout na to, z čeho měl radost člověk před námi. Tato technika byla pro některé klienty celkem obtížná, nemohli si vzpomenout, z čeho měli radost, obzvláště pan P. měl vcelku špatnou náladu kvůli obtížím s rodinou, proto pro něho bylo nesmírně těžké se obrátit k něčemu pozitivnímu. Jinak klienti říkali věci, jako že mají radost z toho, že svítí sluníčko, nebo že je čeká něco pěkného. Přišlo mi moc hezké, že aspoň něco mohli najít, zároveň jsem si ale říkala, že musí být ohromně smutní, když jim trvá tak dlouho přijít na něco, z čeho mají radost... Téměř každý si i vzpomenu, z čeho měl radost člověk před ním. Klienti se u této techniky trochu rozhovořili, někteří se aspoň pousmáli. Další technikou bylo kreslení společného obrázku ve dvojici voskovkama. Tato technika klienty velmi bavila, neměli problém se

zasahováním do společné kresby a společná práce jim vcelku vyhovovala. Neměli chuť vybírat si dvojici sami, proto byli do dvojic rozděleni. Bylo to trochu nepříjemné, protože vlastně nereagovali na požádání o rozdělení do dvojic, nevěděla jsem, jestli se jim nechce, nebo jestli nejsou zvyklí, když jsem se jich ale zeptala přímo, jestli budou pracovat s tím a tím klientem, reagovali vcelku pozitivně, bylo vidět, že se spíš báli zeptat svých společníků. Bylo to zvláštní. Během kresby nebyly žádné problémy, klienti se soustředili na zadaný úkol a vypadalo to, že jim práce ve dvojici vyhovuje, přestože nepromluvili ani slovo, každý si zkrátka vzal barvu a kreslil. V kresbě na sebe ale navazovali. Po této společné kresbě následovala krátká reflexe toho, jak se při technice cítili, klienti odpovídali jednoslovně, většinou řekli, že dobře. Pan P. měl problémy se zapojením se, ale nezapojovat se nechtěl, proto jsem se ho zeptala, co bychom měli dělat pro to, aby se uvolnil a cítil lépe, řekl, že bychom si měli zazpívat, proto jsem mu dala zpěvníky, aby si mezitím vybral písničku. S tímto postupem klient souhlasil, dokonce se zdál být potěšen. Následně bylo vybráno několik předmětů (špunt, svíčka, papírový sáček, kancelářská spona a hrneček), kterým měli klienti vymyslet příběh – měli popsat přímé vyprávění onoho předmětu, jak vznikl, co zažil, co má či nemá rád atd. Zprvu klienti vypadali udiveně a moc neporozuměli tomu, co mají dělat, bylo na nich vidět, že váhají se zapojením, ale nakonec to přijali jako výzvu a začali pracovat. Zapojil se i pan P., který již měl vybranou píseň, ovšem nepopisoval žádný z předmětů, nýbrž se ve svém psaní soustředil na svoji přítelkyni M., popisoval svoji lásku k ní. Pořád se u toho usmíval, vypadal moc spokojeně, bylo příjemné se dívat na výrazy jeho obličeje. Klienti měli na příběh cca 10 min, poté každý svůj příběh přečetl – i pan P., kterému to vážně značně zlepšilo náladu. I někteří ostatní klienti poslouchali jeho čtení s velkým zaujetím a smáli se komickým situacím, nedokázali se ale soustředit všichni. S psaním měl trochu problémy pan T., který je i v běžné komunikaci velmi málo výřečný. Nakonec napsal aspoň dvě věty, což bylo pracovníci následně zhodnoceno jako úspěch. Pan T. se po celou dobu usmíval, nejspíš rozpaky. Příběhy ostatních klientů byly zajímavé, říkala jsem si, že takové jsem ještě nikdy neslyšela, například zajímavý původ špuntu, bylo to k smíchu, klienti se ale vážně moc neposlouchali, takže jsem se smála spíše já. Pak jsem se ostatních ptala, jak na ně příběhy působily, někteří uvedli různé důvody, spousta klientů ale řekla, že se nemohla soustředit. Poté jsme si zazpívali písničku vybranou panem P., Slavíci z Madridu. Klientům tato aktivita pozvedla náladu, připadalo mi, že se trochu odreagovali. Asi měla být zařazena přestávka, vypadali unaveně. Další technikou bylo procvičování hmatu

a zároveň posílení komunikace beze slov, neboť verbální komunikace byla u těchto klientů značně nerozvinutá. Klienti byli rozděleni na dvě skupiny, které si sedly naproti sobě na židle. Nejprve zavřela oči celá skupina A a jeden člověk ze skupiny B vložil pravou ruku do rukou všem členům skupiny A a posadil se zpět na své místo. Poté skupina A již s otevřenými očima ohmatala pravé ruce všem členům skupiny B a rozhodla se pro jednoho člena, o kterém si myslela, že jim vložil ruku do rukou, když měli zavřené oči. Poté se skupiny vyměnily. Následovala obměna, kdy všichni členové skupiny A zavřeli oči a všichni členové skupiny B si vybrali jednoho člověka a tomu vložili ruku do rukou. Klientům tato technika velmi šla a moc je bavila. Během této techniky se klienti zprvu ostýchali vložit ruku do rukou někoho jiného, postupem času si to ale začali užívat. Během aktivity nikdo vlastně moc nemluvil, pustila jsem tedy aspoň relaxační hudbu, aby se klienti mohli uvolnit. Obcházela jsem klienty, abych se podívala, jak se u této činnosti tváří, abych poznala, jak se jim činnost zamlouvá a je-li pro ně příjemná. Občas bylo slyšet různé uchichnutí. Přemýšlela jsem, jestli nebylo nevhodné využít právě tuto techniku, klienti se ale ze zařízení znali, předpokládala jsem, že tedy již mají vytvořené nějaké základní vztahy, zatím to ale vypadalo, že jsou tam pouze sami za sebe. Možná je to ale trochu sblížilo. Po aktivitě přišla reflexe, klienti zprvu měli ukázat, jakou mají náladu pomocí teploměru, v té aktivitě se vyjádřili všichni, verbálně již jen několik klientů. Cítila jsem se trochu zaskočená.

2. záznam

Dneska mě čekalo příjemné překvapení. Měla jsem na skupinu nachystaných několik aktivit. Přišla jsem mezi klienty, všichni již tam byli a čekali u stolu. Celkově šest klientů. Začali se se mnou hned bavit, ptali se mě, jak se mi daří a co je nového. Chvilí jsme si povídali o tom, jak jde život a pak jsme zahájili skupinu. Začali jsme tím, že klienti vyjádřili svoji náladu výtvarnými prostředky, čímž se klienti celkem uvolnili a rozkreslili. K dispozici měli pastelky, voskovky, křídly a tempery, po temperách ale nikdo nesáhl, tempery si nikdy nevyberou, pokud to není jediná možnost, nevím proč. Při verbálním projevu nálady vypadali klienti nějak jistější, hlavně klientka Saša se zdála být velmi hovorná, měla tendenci vysvětlovat mi všechny detaily. Nechala jsem ji, bylo vidět, že opravdu potřebuje mluvit. Ostatní klienti S. poslouchali, nikdo ale nic neříkal.

Následovala aktivita, kde se klienti měli rozdělit do dvojic, když jsem jim to řekla, utvořily se dvě dvojice, třetí dvojice tedy zbyla. Ptala jsem se tedy zbylých klientů, jestli

budou pracovat spolu a klienti souhlasili. Pustila jsem relaxační hudbu a klienti měli obkreslit svou ruku dvakrát a do jedné zaznamenat, jak vnímají sami sebe, do druhé jak vnímají partnera z dvojice. Bylo to velmi zvláštní, klienti byli do aktivity velmi pohrouženi, sledovala jsem je, jak pracují, vypadali, že ani nechtějí skončit, práce jim také dlouho trvala. Během práce klienti hodně přemýšleli, často měli zavřené oči nebo se dívali na partnera. Samotná práce trvala déle než dvacet minut, divila jsem se, že se klienti vydrželi tak dlouho soustředit. Čekala jsem, že se začnou trousit na záchod, ale nic podobného se nestalo, klienti opravdu u aktivity vydrželi, příjemně mě to potěšilo. Pak byla přestávka, aby si klienti mohli odpočinout. Seděla jsem u stolu a čekala, až se klienti vrátí, šli si uvařit kávu. Vypadalo to, že jsou velmi dobře naladěni, ptala jsem se jich, co budou dělat ten den, a každý z klientů mi začal něco vyprávět, bylo to moc příjemné, takové blízké.

Po přestávce nám zbývalo už jen dvacet minut na dokončení práce, následovala tedy diskuse nad vytvořenými rukama, klienti postupně představovali svoje ruce - jak vidí sami sebe a pak si měli vybrat jeden z výkresů ostatních, jež ležely na stole, a diskutovali jsme společně nad tím, komu by která ruka mohla patřit. Pan M. se nikdy nestrefil. Pan N. byl naopak velmi úspěšný, při tipování, kdo by mohl být kdo, vymýšlel velmi zajímavé teorie, například bude to pan T., protože je tam hodně zelené a modré a on má rád přírodu a jezdí rybařit. Klientům jeho nápady připadaly velmi zajímavé a zaujatě ho poslouchali a na jeho nápady reagovali, například tak, že říkali, že přírodu má rád i pan P., takže by to mohl být i on. Bylo velmi zajímavé pozorovat, jak se konečně rozproudila diskuse, snažila jsem se do diskuse moc nezasahovat. Taktéž se hodně rozhovořila klientka S., která znaky a barvy pojímala hodně duchovně, například že když je tam modrá barva, bude to člověk, který je určitě hodně klidný a vyrovnaný. I na její náměty klienti reagovali se zaujetím a s vážností.

Když byly přiděleny všechny ruce, bavili jsme se společně o tom, k čemu tato aktivita byla, co klientům přinesla. Objevily se zajímavé názory, klienti měli pocit, že aktivita vedla k zamyšlení nad sebou samým, ale i nad svým partnerem a vyjadřovali k aktivitě své pozitivní postoje. Hodně se zapojovala klientka S., která se vyptávala i ostatních, co si myslí o jejích názorech. Opravdu proběhla podnětná diskuse.

3. záznam

Dnešní skupina byla věnována muzikoterapii, připadala jsem si trochu nejistá, protože pouze muzikoterapii jsem s klienty ještě nikdy nedělala, sehnala jsem ale spoustu

rytmických nástrojů, takže jsem je chtěla na skupině co nejvíce využít. Na skupinu dnes dorazili čtyři klienti, kteří z donesených nástrojů měli ale opravdovou radost. Přišla po nějaké době i klientka S., už jsem ji delší dobu neviděla. Očividně měla skvělou náladu, byla dost hovorná. Hned na úvod jsem nástroje vyndala z tašek, aby k nim měli klienti okamžitý přístup a začali jsme tím, že klienti měli tyto hudební nástroje co nejvíce prozkoumat, zjistit, jak hrají. Byl to zážitek, klienti většinu z nástrojů neznali, a tak opravdu vyzkoušeli všechny, různě si s nimi hráli a zkoušeli, co všechno na nich jde vyloudit za zvuky. Zvláště pan N. byl z nástrojů zcela unesen. Při aktivitě se klienti po celou dobu usmívali a bylo na nich opravdu znát, že je jim to příjemné. Měla jsem radost, že jsem nástroje přinesla a mé váhání a nejistota byly ty tam.

Když klienti prozkoumali zvolené nástroje, měli si vybrat jeden z nástrojů a vyjadřovali jsme různé nálady - hněv, radost, smutek, překvapení, spěch, únava a další. Klienti se začali zapojovat i do vymýšlení nálad. Při jejich přehrávání měli často i patřičný výraz v obličeji, bylo vidět, že když hrají hněv, opravdu se hněvají, o radosti ani nemluvě. Klienti se mě při aktivitě také ptali, kde se dají takové nástroje koupit, poradila jsem jim, ať se podívají na internet, kde určitě najdou široký výběr takových nástrojů. Když už nás nenapadaly žádné nálady, které by bylo možné zkusit vyjádřit, měli si klienti zkusit vyjádřit svoji aktuální náladu. Klienti nad tím ani moc nepřemýšleli a postupně po kolečku vyjádřil bez ostychu každý svoji náladu. Všechny byly velmi pozitivní.

Posléze jsme hudební nástroje odložili a rozdělili se do dvojic. Každá dvojice si vyzkoušela vytváření básně, do kterých mohla zapojit zvuky různých nástrojů. Tyto básně se moc povedly, klienti byli při vytváření velmi kreativní a nepotřebovali ani nijak povzbuzovat, aby si vyzkoušeli, co všechno je možné. Nejdříve se klienti ptali, na jaké téma mají básně vytvořit, ponechala jsem jim ale zcela volnou ruku ve výběru témat a bylo na nich, aby se dohodli ve dvojici. I to bylo velmi zajímavé sledovat, protože každý z klientů měl jiný nápad. V jedné skupině se klienti dohodli, že vytvoří básně na obě témata, ve skupině druhé tento nápad zaslechli a dohodli se, že to tak udělají také. Po celou dobu neztráceli klienti dobrou náladu. Obě skupiny vytvořily dvě básně, které následně přehrávaly druhé skupině. Tato aktivita měla u klientů velký úspěch. Následně jsme se snažili o vytvoření podobného kolektivního příběhu v celé skupině, to již ale nebylo ono, příběh po prvních pár větách přestal dávat smysl, proto byl ukončen. Klienti začali mluvit o honzovi, který šel za princeznou, která se s ním následně rozešla. Byla to legrace, ale ne už taková, jako tvoření ve dvojici.

Skupina byla zakončena kolektivním jamováním, ve kterém na sebe klienti sice moc nenavazovali, při aktivitě se ale dobře bavili. Během hry někteří vystřídali i více nástrojů, chtěli si je ještě co nejvíce užít.

Vůbec tato hodina byla velmi pozitivně laděna. Po skončení hudební sešlosti jsme se bavili o tom, co klientům hodina přinesla, jaké z ní mají pocity. Klienti se dost rozhovořili, všichni vyjadřovali své pozitivní emoce a odcházeli velmi spokojení.

4. záznam

Dnešní skupina byla hodně zajímavá. Zúčastnilo se jí pět klientů. Když jsme se sešli, chvíli jsme se bavili o tom, co se děje a jak se všichni máme. Klienti jsou vždy velmi zvědaví a rádi se baví o novotách. Začali jsme technikou Pošli masku, kdy jeden z klientů nasadil určitý výraz ve tváři, který postupně předával jiným klientům tím, že ho na ně hodil. Ti si ho upravili po svém a házeli dál, na ostatní. Nejprve jsme používali výrazy známé, vyjadřující určité emoce a nálady, které jsme i pojmenovávali, postupně ale klienty přestaly napadat další a další emoce a začali se různě šklebit. Překvapilo mě, že byli takoví bezostyšní. Při této aktivitě panovala všeobecně dobrá nálada, trochu jsem se bála, jestli se klienti nezaleknou a nepřestanou spolupracovat, naopak je to ale trochu nastartovalo a dobře se u této aktivity bavili. Rozproudila se také živá diskuse a převládalo veselí.

Jelikož jsem celkově chtěla, aby si klienti uvědomili sami sebe a aby se dokázali podívat na své dobré stránky, zvolila jsem dále techniku Nakresli svůj úspěch, kdy si klienti měli vybrat nejméně jeden, nanejvýše však tři ze svých úspěchů a ty výtvarně ztvárnit. K dispozici měli temperové barvy, tuše, fixy, pastelky a křídly. Téma bylo ale pro klienty vcelku obtížné, měli problém s tím definovat svůj úspěch a nenapadlo je nic, čemu by tak mohli říkat. Proto jsme se začali všeobecně bavit s klienty o tom, co je to úspěch, co považují za úspěch. Během diskuse se vyvinula témata, ve kterých klienti našli i sami sebe, své úspěchy. Bylo to velmi zvláštní, měla jsem pocit, jako kdybych jim zadala téma zcela opačného charakteru, taková ponurá a napjatá nálada tam v tu chvíli panovala. Nakonec si tedy každý z klientů našel úspěch, který za úspěch opravdu považoval a tento ztvárnil. Klienti nad prací strávili mnoho času, při němž moc nemluvili, spíše působili zamyšleně. Přemýšlela jsem nad tím, jak by to asi šlo udělat jinak, aby se klienti cítili bezpečněji a také nad tím, do jaké míry je potřeba, aby se cítili bezpečněji.

Po skončení malování měli klienti přestávku, kdy si šli udělat kávu. Pak své úspěchy měli předvést ostatním, při prezentování svých úspěchů zase trochu pookřáli a nálada byla

povznesena. Klienti prezentovali takové úspěchy, jako chycení velké ryby, či dodělení školy. Při prezentaci se klienti vzájemně poslouchali.

Jelikož již všeobecně opět panovala dobrá nálada, navrhl jsem klientům, že bychom si mohli úspěchy ztvárnit pomocí soch, kdy si klienti vyberou jakýkoli ze svých úspěchů, popřípadě z úspěchů, o kterých jsme se prve bavili, a zkusí je předvést v obraze. Klienti se zprvu trochu ostýchali a do pohybu se jim moc nechtělo, nakonec se ale odhodlali a začali. Nabídla jsem jim, že si vždy mohou vzít někoho do dvojice, s nímž se domluví na tom, kdo co bude a jak úspěch předvedou. Ostatní klienti pak vytvořené sousoší sledovali a zkoušeli hádat, o jaký úspěch se jedná. Tato aktivita měla nakonec obrovský úspěch, klienti se velmi dobře bavili, smáli se a dělali si legraci, měla jsem z toho radost, protože do té doby se hýbat vždy ostýchali a moc se jim nechtělo vůbec vstávat ze židle. Při konečné reflexi klienti uváděli, že hodina byla zajímavá, ale hodně náročná, že to téma bylo těžké. I já jsem to tak cítila, přestože jsem z toho byla velmi překvapená.

5. záznam

Dnes jsme pokračovali v práci z minula, kdy jsme se dohodli, že začneme nacvičovat divadelní představení, operu, a klienti vypracovali hrubý nástin příběhu. Sešli jsme se v určený čas, já a čtyři klienti. Nejprve jsme si chvíli povídali o tom, jak se klienti mají a co zažili po dobu, co jsme se neviděli. Klient N. skupině začal vyprávět o svojí ženě, která byla hospitalizována, bylo ale vidět, že je s touto skutečností již smířen, o události vyprávěl s určitým nadhledem. Ptala jsem se klienta, jestli je něco, co by momentálně potřeboval, jestli pro něj můžeme něco udělat, klient ale odvětil, že je rád, že přišel a těší se na program. Ostatní klienti na nastalou situaci nijak nereagovali, přestože vyprávění slyšeli. Nikdo ale nic neříkal, proto jsme tedy začali pracovat. Byla jsem trochu zaskočená takovou událostí a zpočátku jsem si hodně dávala pozor na to, aby byl klient v pořádku, po celou dobu se ale projevoval velmi klidně a vyrovnaně, na záležitost s manželkou nemyslel. Ani ostatní klienti se nezdáli být nijak rozhození, možná to bylo i příjemnou tvořivou atmosférou, která pak ve skupině nastala, nebo to bylo něco, co moc dobře znali a nechtěli si takovou věc připouštět, nebo nad ní měli nadhled.

Na začátek jsme se tedy začali bavit o připravovaném divadelním představení a rozhodli jsme se, že bude zajímavé, zvolíme-li loutkové představení. Klienti si tedy začali vyrábět loutky. K činnosti jsem pustila relaxační hudbu. S klientem N. jsme se domluvili již minule, že v představení hrát nebude, protože se na tuto činnost necítil, při výrobě loutek

tedy klient vyráběl kulisy. Při této činnosti klienti žertovali a celkově působili velmi uvolněně. Loutky byly vyráběny z papíru a malovány temperovými barvami, stejně tak i kulisy. Posléze jsme výtvořiny nechali zasychat a soustředili jsme se na text, který jsme chtěli zveršovat, aby se lépe zapamatoval a také zhudebnil. S klientem N. jsme byli domluveni, že bude představení doprovázet na hudební nástroj. Klient si zvolil djembe, což se hodilo i k tématu představení. Zveršování textu šlo klientům vcelku snadno, sám od sebe se zapojil i klient T., který měl nakonec spoustu dobrých nápadů. I při této činnosti byli klienti uvolnění a žertovali. Celkově byla hodina velmi poklidná, bez jakéhokoli napětí. Klienti si poté vyzkoušeli, jak by text mohli zpívat, klient N. jim k tomu hrál na djembe. Klienti se velmi nasmáli, falešné tóny se budou muset dopilovat. I pro mě to byla velká zábava. Nakonec jsme začali řešit, jak by představení mohlo vypadat, klienti měli spoustu nápadů, jako odkud budou přicházet, na čem budou sedět, jak bude fungovat nápověda či jaké bude pozadí scény. Byla jsem velmi zvědavá, jak to všechno dopadne, na představení je určitě třeba udělat ještě velký kus práce. Zdálo se, že všichni odchází s dobrým pocitem, což také klienti sdělili v reflexi. Se svou prací ve skupině byli velmi spokojeni a odnášeli si dobrý pocit z vykonané práce.

10.5 Vyhodnocení sémantického diferenciálu

Sémantický diferenciál byl klientům podáván na konci skupiny těsně před reflexí. Autorka ho klientům v průběhu výzkumu podala celkem třikrát, aby zjistila, jaký byl rozdíl v jednotlivých skupinách. Vždy se s klienty posléze bavila o tom, proč to tak cítí, klienti ale často na otázku „proč?“ nedokázali odpovědět.

Sémantický diferenciál byl vyhodnocen podle vzorce:

$$X = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n} \quad (\text{Gavora a kol., 2010})$$

Tabulka č. 9. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 1

<i>Položka</i>	<i>Průměr</i>
Položka č. 1	2
Položka č. 2	4,67
Položka č. 3	1,33

Položka č. 4	2
Položka č. 5	5
Položka č. 6	5,33
Položka č. 7	4,67

V první skupině vyplnili sémantický diferencíál tři lidé.

Tabulka č. 10. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 2

<i>Položka</i>	<i>Průměr</i>
Položka č. 1	2,33
Položka č. 2	3,67
Položka č. 3	2,67
Položka č. 4	2
Položka č. 5	5,33
Položka č. 6	4,33
Položka č. 7	6

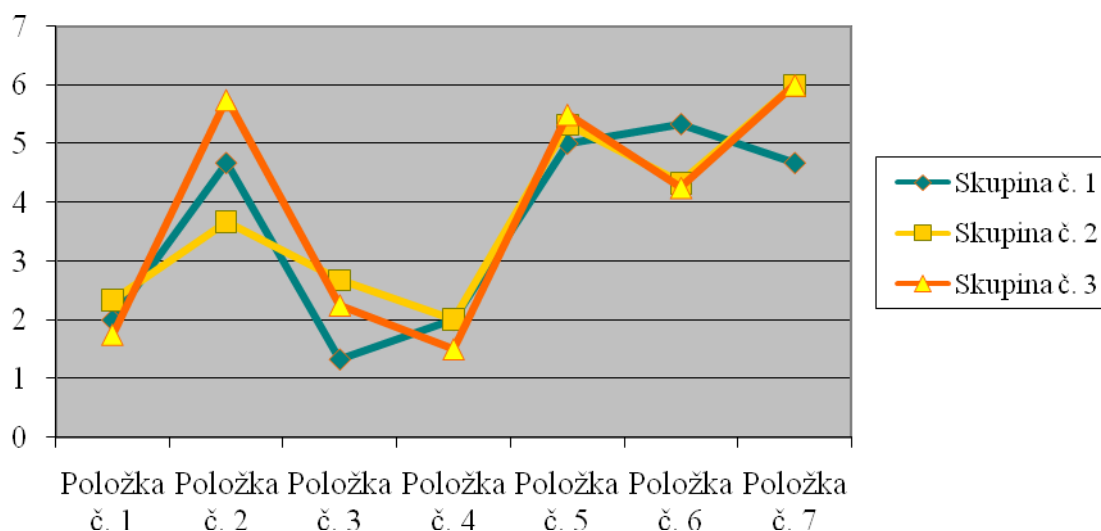
Ve druhé skupině vyplnili tento sémantický diferencíál taktéž tři osoby, jedna osoba se ale lišila od předešlé skupiny.

Tabulka č. 11. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 3

<i>Položka</i>	<i>Průměr</i>
Položka č. 1	1,75
Položka č. 2	5,75
Položka č. 3	2,25
Položka č. 4	1,5
Položka č. 5	5,5
Položka č. 6	4,25
Položka č. 7	6

Ve třetí skupině vyplnili sémantický diferencíál čtyři lidé.

Graf č. 1. Grafické znázornění rozdílnosti vnímání jednotlivých položek ve skupinách



Jak je z grafu patrné, většinou se klientům zdála skupina spíše příjemná, dobrá a spíše zajímavá. Mezi jednotlivými skupinami se poněkud lišilo hodnocení v položkách těžký – lehký, užitečný – neužitečný, pomalý – rychlý a pasivní – aktivní. Přestože výsledné průměrné hodnoty těchto položek nesměřovaly vyloženě opačným směrem, jejich hodnoty se nepatrně liší.

Výzkumný vzorek 4 klientů z jednoho zařízení nicméně nebyl pro tuto statistickou metodu zcela reprezentativní, výsledky tedy nemohou být považovány za všeobecně platné, je ale zajímavé, a i z grafu je patrné, že výsledky byly ve všech skupinách velmi podobné.

10.6 Vyhodnocení dotazníku

Dotazník vyplnilo celkově 92 respondentů z intaktní populace, z čehož bylo 81 žen a 10 respondentů z populace osob se schizofrenií, z nichž bylo 9 mužů.

Dotazník byl vyhodnocen pomocí Fisherova kombinatorického testu. Test je prováděn na hladině významnosti 0,05.

Znalost pojmů

Autorku zajímalo, jak jsou lidé informováni o pojmu expresivní terapie a dále také zjišťovala, jestli lidé znají jednotlivé pojmy jako arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, poetoterapie, taneční a pohybová terapie a teatroterapie. V textu jsou uváděny jako jedinci, kteří pojem znali, ti, kteří se s těmito pojmy nejen setkali, ale dokázali je i náležitě

definovat. V tabulce č. 14 pak pouze ti, kteří dokázali definovat všechny uvedené pojmy.

Tabulka č. 12. Znalost pojmu expresivní terapie.

		Znalost pojmu expresivní terapie		
		ano	ne	Σ
Diagnostikovaná schizofrenie	ano	1	9	10
	ne	80	12	92
Σ		81	21	102

Tabulka č. 13. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 1.

		A	Σ
	0	10	10
	81	11	92
Σ	81	21	102

$$P_i = [(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!] : (n!a!b!c!d!)$$

$$P_i = 1,11772$$

$$P_{iA} = 1,65588$$

$$P = P_i + P_{iA}$$

$$P = 2,7746$$

Tabulka č. 14. Znalost jednotlivých pojmů.

Znalost jednotlivých pojmů (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, poetoterapie, taneční a pohybová terapie, teatroterapie)

		ano	ne	Σ
Diagnostikovaná schizofrenie	ano	1	9	10
	ne	42	50	92
Σ		43	59	102

Tabulka č. 15. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 2.

	A		Σ
	0	10	10
	43	49	92
Σ	43	59	102

$$P_i = 0,02536$$

$$P_{iA} = 0,00295$$

$$P = 0,02831$$

Zkušenost s expresivními terapiemi

V následujícím textu jsou za respondenty, kteří mají zkušenost s expresivními terapiemi ti, kteří uvedli účast alespoň jednou na jednom z uvedených druhů terapií (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, poetoterapie, taneční a pohybová terapie, teatroterapie).

Tabulka č. 16. Zkušenost s expresivními terapiemi.

		Zkušenost s alespoň jednou z expresivních terapií		
		ano	ne	Σ
Diagnostikovaná schizofrenie	ano	8	2	10
	ne	84	8	92
	Σ	92	10	102

Tabulka č. 17. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 3.

	A		Σ		B		Σ
	9	1	10		10	0	10
	83	9	92		82	10	92
Σ	92	10	102	Σ	92	10	102

$$P_i = 0,19664$$

$$P_{iA} = 0,40785$$

$$P_{iB} = 0,33852$$

$$P = 0,94301$$

Vliv expresivních terapií na život dotazovaných

Autorka zjišťovala, jestli měla zkušenost s expresivní terapií vliv na zúčastněné, či nikoli.

Tabulka č. 18. Vliv expresivní terapie na život dotazovaných.

		Expresivní terapie měla vliv na můj život		
		ano	ne	Σ
Diagnostikovaná schizofrenie	ano	6	2	8
	ne	47	37	84
Σ		53	39	102

Tabulka č. 19. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 4.

		A	Σ			B	Σ	
		7	1	8	8		8	
		46	38	84	45		39	84
Σ		53	39	102	Σ	53	39	102

$$P_i = 0,18276$$

$$P_{iA} = 0,06458$$

$$P_{iB} = 0,00952$$

$$P = 0,25686$$

Pokud respondenti uváděli, že expresivní terapie měla vliv na jejich život, udávali nejčastěji, že měla vliv na způsob pohledu na sebe samého, na způsob pohledu na ostatní, na rozšíření obzorů, získání zkušeností, zlepšení komunikace, zlepšení psychického i fyzického stavu a na schopnost uvolnění. Dále respondenti uváděli také podněty pro své budoucí povolání. Někteří respondenti uváděli, že terapie jim umožňuje kontakt s jinými lidmi, uvědomění si dříve neuvědomovaného, vyrovnání se s negativními zážitky, či rozhodnutí stát se terapeutem některé z uvedených expresivních terapií. v neposlední řadě

byla také zmiňována možnost útěku před prázdnotou.

Relaxace uměním

Jelikož byla v dotazníku uvedena spousta cizích slov a odborných názvů, měla autorka obavu, jestli všichni respondenti budou schopni odpovědět na dané otázky a dozví-li se tak zcela pravdivé informace. Proto byla na konci dotazníku zařazena otázka, zda, popřípadě jak, respondenti relaxují pomocí nějakého druhu umění. Tato otázka měla sloužit k tomu, aby autorka zjistila, jestli je pro respondenty umění něčím užitečné, popřípadě využívají-li takových metod i sami od sebe.

Tabulka č. 20. Relaxace pomocí umělecké činnosti

		Relaxace pomocí umělecké činnosti		
		ano	ne	Σ
Diagnostikovaná	ano	9	1	10
schizofrenie	ne	83	9	92
	Σ	92	10	102

Tabulka č. 21. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 5.

	A		Σ
	10	0	10
	82	10	92
Σ	92	10	102

$$P_i = 1,60918$$

$$P_{iA} = 0,33852$$

$$P = 1,9477$$

Mezi nejvíce uváděné umělecké činnosti, pomocí kterých dotazovaní relaxují, patřily v obou skupinách kresba a malba a hudba. Dále byly v obou skupinách zastoupeny činnosti jako zpěv a pohyb. Mezi jedinci z kontrolní skupiny se vyskytovaly i další umělecké

činnosti jako tanec, čtení knih, tvořivé psaní či divadlo.

Mezi jiné umělecké činnosti, které byly mezi dotazovanými uváděny, patřily ruční práce (vyšívání, pletení, šití), ketlování, keramika, výroba šperků, malba na sklo či batika.

11. Závěry šetření

11.1 Zpracování kvalitativního výzkumu

Při kvalitativním výzkumu pracovala autorka převážně s pěti klienty s diagnózou schizofrenie, kteří na skupiny docházeli pravidelně. Výzkumná činnost spočívala v aplikaci metod různých expresivních terapií. Při pozorování se autorka soustředila na čtyři hlavní oblasti, oblast komunikace, sebevyjádření, tvořivosti a empatie. Metodou reflexivního bilancování si autorka zafixovala pocity z jednotlivých skupin, jež mohla i dále zpracovat. Také jednotlivé případové studie i skupinová případová studie napomohly k vyjádření závěrů šetření.

– Usnadňují expresivní terapie klientům se schizofrenií komunikaci?

Při nalézání odpovědi na tuto výzkumnou otázku se autorka zaměřila na pozorování toho, jak klienti se schizofrenií komunikují. Zjistila, že v této oblasti má většina klientů určité nedostatky, převážně ve verbálním projevu. Úroveň verbálního projevu se ale u klientů v průběhu výzkumu zlepšovala, především u některých z nich. Klienti se začali přiměřeně projevovat a mnohdy začali i samovolně diskutovat k danému tématu, což bylo zpočátku nemyslitelné. I v tabulce č. 2 je vidět, že komunikace byla u klientů posunuta pozitivním směrem. Výzkum tedy prokázal, že expresivní terapie klientům se schizofrenií komunikaci usnadňují.

– Mají expresivní terapie pozitivní vliv na sebehodnocení klientů se schizofrenií a pomáhají jim k sebeuvědomění a k vyjádření sebe sama?

Při hledání odpovědi na tuto otázku se autorka zamýšlela nad tím, že exprese by vlastně měla vést k sebevyjádření klienta a k uvědomění si především sebe sama, chtěla tedy zjistit, jestli tento fakt opravdu platí i v praxi v terapii osob se schizofrenií. Autorka zjistila, že pokud mají klienti před sebou určitý výtvar, nebo momentální zážitek něčeho, kdy mohli své emoce a myšlenky prožít jinou formou, než přímým vyjadřováním se, jsou si klienti svým projevem mnohem jistější, neboť během této formy vyjádření se si mohli své

myšlenky dostatečně utřídit natolik, aby je posléze dokázali vyjádřit i verbálně. Co se týče sebeuvědomění, bylo prokázáno, že i na tuto složku mají expresivní terapie vliv, což vyplývá převážně z rozhovorů s klienty. Jestli má expresivní terapie pozitivní vliv na sebehodnocení klientů nebylo dostatečně prokázáno.

– *Jsou expresivní terapie pro klienty se schizofrenií přínosné a příjemné?*

Výzkum prokázal, že umělecké terapie jsou pro klientu opravdu příjemné a přestože každému klientovi jsou přínosem v jiném směru a v jiném slova smyslu, i tento fakt se potvrdil. Vyplývá tak z rozhovorů s klienty a z jejich průběžných reflexí.

11.2 Zpracování kvantitativního výzkumu

Pro ověření hypotéz byl použit Fisherův kombinatorický test. V následujícím textu jsou popsány hypotézy a výsledky jejich ověřování.

1. Osoby se schizofrenií jsou lépe informovány o pojmu expresivní terapie než intaktní populace.

H0a Podíl respondentů, kteří mají náležité informace o pojmu expresivní terapie, je stejný u osob se schizofrenií i u intaktní populace.

H1a Mezi informovaností respondentů se schizofrenií a intaktní populace o tomto pojmu je statisticky významný rozdíl.

Hodnota 2,7736 je větší, než hladina významnosti 0,05, proto je připuštěna možnost platnosti nulové hypotézy. Hypotéza tedy nebyla potvrzena.

2. Osoby se schizofrenií jsou lépe informovány o jednotlivých expresivních terapiích než intaktní populace.

H0b Podíl respondentů, kteří mají náležité informace o jednotlivých expresivních terapiích, je stejný u osob se schizofrenií i u intaktní populace.

H1b Mezi informovaností respondentů se schizofrenií a intaktní populace o těchto terapiích je statisticky významný rozdíl.

Jelikož hodnota 0,02831 je menší než hladina významnosti 0,05, je připuštěna možnost

odmítnutí nulové hypotézy a přijetí hypotézy alternativní. Hypotéza tedy byla potvrzena.

3. Osoby se schizofrenií mají větší zkušenosti s expresivními terapiemi než intaktní populace.

H0c Podíl respondentů, kteří mají zkušenosti s expresivními terapiemi, je stejný u osob se schizofrenií i u intaktní populace.

H1c Mezi podílem respondentů se zkušeností s expresivními terapiemi z řad osob se schizofrenií a z řad intaktní populace je statisticky významný rozdíl.

Hodnota 0,94301 je větší než hladina významnosti 0,05, proto je připuštěna možnost platnosti nulové hypotézy. Hypotéza tedy nebyla potvrzena.

4. Expresivní terapie mají větší vliv na život jedinců se schizofrenií než na osoby z intaktní populace.

H0d Podíl respondentů, na jejichž život mají expresivní terapie vliv, je stejný u osob se schizofrenií i u intaktní populace.

H1d Mezi podílem respondentů, na jejichž život mají expresivní terapie vliv, z řad osob se schizofrenií a intaktní populace je statisticky významný rozdíl.

Jelikož je hodnota 0,25686 větší než hladina významnosti, je možné konstatovat, že platí nulová hypotéza. Hypotéza tedy nebyla potvrzena.

5. Osoby se schizofrenií relaxují pomocí uměleckých činností častěji než intaktní populace.

H0c Podíl respondentů, kteří relaxují pomocí umělecké činnosti je stejný u osob se schizofrenií i u intaktní populace.

H1c Existuje statisticky významný rozdíl mezi podílem osob, kteří relaxují pomocí umělecké činnosti, mezi osobami se schizofrenií i mezi osobami z intaktní populace.

Hodnota 1,9477 je větší než hladina významnosti 0,05, proto může být připuštěno, že platí nulová hypotéza. Hypotéza tedy nebyla potvrzena.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na výzkum specifík expresivních terapeutických metod, využívaných při práci s osobami se schizofrenií. V první části byla tato specifika zpracována teoreticky, což mělo vést k lepšímu vhledu do problematiky, v druhé části byly získané poznatky uvedeny do praxe a bylo sledováno jejich přijetí klienty.

Z výzkumu vyplývá, že expresivní terapeutické metody mají pro klienty velký význam a to hned z několika důvodů. Klientům tyto terapie napomáhají především k vyjádření sebe sama, k sebeuvědomění a zlepšují také náhled klientů na svoji osobu. Dále klientům poskytují zábavu a pozitivní zážitky a dávají jim zkušenosti, kterých pak mohou využít v reálném životě. Taktéž napomáhají ke sblížení klientů ve skupině a k jejich uvolnění. Práce ale nepotvrdila, že by klienti se schizofrenií měli větší zkušenosti s expresivními terapiemi než majoritní společnost, ani že expresivní terapie mají větší vliv na život jedinců se schizofrenií než na osoby z majoritní společnosti. Taktéž výzkum nepotvrdil, že by osoby se schizofrenií byly lépe informovány o samotném pojmu expresivní terapie. Bylo ale potvrzeno, že osoby se schizofrenií jsou lépe informovány o jednotlivých expresivních terapiích než intaktní populace.

Jak bylo zjištěno, umění je významným prvkem v životě většiny lidí, a to jak z majoritní společnosti, tak i z řad lidí se schizofrenií. Tvořivost lidí sahá až k samotným kořenům lidstva a možná právě v této tvořivosti je terapeutický potenciál všech uměleckých terapií. Právě potřeba takovéto tvořivosti dokládá zásadní význam expresivních terapií. Jak ale vyplývá z výzkumu, nelze potvrdit výrok, že osoby se schizofrenií pomocí uměleckých činností relaxují častěji než intaktní populace.

Expresivní terapie se zdají být nenásilnou metodou, jak klienty přimět k sebeprojevení. Jelikož se nejprve soustředí na nonverbální expresi, klientům se metoda zdá bezpečnější a nemají strach se v ní projevit. Zároveň ale tyto terapie podporují verbální vyjádření klienta, takže mu slouží jako startovací můstek pro rozvoj sociálních kontaktů a vůbec fungování v běžném životě.

Autorka si je vědoma faktu, že díky malé reprezentativnosti výzkumného vzorku nelze závěry zobecňovat na celou populaci klientů se schizofrenií, přesto je však zajímavým faktem, že i tento výzkumný vzorek potvrzuje výzkumy, jež byly v této oblasti již realizovány.

Hlavní přínos této práce může být spatřen v ověření léčebných účinků expresivních

terapií na osoby se schizofrenií a v poznatku, že exprese může mít velmi různorodé formy a je tedy důležité pouze určit si tu pravou pro daného klienta a hledat způsoby, jakými je realizace té které metody možná, nikoli předkládat důvody, které realizaci znemožňují, jak se tomu v mnoha případech děje.

Tento výzkum by mohl přispět k rozrůstajícímu se bádání nad nezbytností expresivních terapií při léčbě schizofrenie a zároveň by mohl sloužit jako podklad pro rozšíření dalších výzkumů, například zaměřených na jednotlivé umělecké terapie, zkoumaný ve větším výzkumném souboru a v několika zařízeních, což by přispělo také k větší validitě výzkumu. Taktéž by tato práce mohla vrátit již odvrácenou pozornost k takovým velkým vědcům ve výzkumu schizofrenního onemocnění, jakými byli Carl Gustav Jung a John Weir Perry, kteří se expresivními terapiemi zabývali již ve své době a kteří položili základy využití expresivních terapií při léčbě schizofrenie. Uvedená práce by se dala rozšířit o detailnější poznatky a výzkumy zmíněných autorů.

Literatura

BIČ, P. a kol. Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově. Olomouc : VUP, 2011. ISBN 978-80-244-2713-3.

BENDA, Jan. *Mystika a schizofrenie : mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Ústí nad Labem : Jan Benda, 2007. ISBN 978-80-254-0367-9.

BOUCHALOVÁ B. Vztah individuální a skupinové psychoterapie u schizofrenního onemocnění. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

BOUCHALOVÁ B. Definice, cíle a úkoly psychoterapeutické skupiny schizofrenních. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

BOUCHALOVÁ B. Indikace skupinové terapie schizofrenie. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

BOUCHALOVÁ B. Terapeut v procesu skupinové terapie schizofrenie. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

BOUCHALOVÁ B. Metoda, účinné psychoterapeutické techniky a prostředky skupinové psychoterapie schizofrenie. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi : skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.

ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-547-7.

DOSEDLOVÁ Jaroslava. *Taneční terapie*. In Müller a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

EMUNAH Renée. *Acting for real: Drama Therapy Process, Technique and Performance*. New York : Brunner - Routledge, 1994. ISBN 0-87630-730-6.

HANUŠOVÁ Ingrid. *Expresivní postupy*. In Vymětal a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

- HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-549-3
- HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- CHODOROW, Joan. *Taneční terapie a hlubinná psychologie. Imaginace v pohybu*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-554-X.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1993. ISBN 80-7067-287-0.
- JUNG, Carl Gustav. *Duše moderního člověka*. Brno : Atlantis, 1994. ISBN 80-7108-087-X.
- KANTOR Jiří. *Muzikoterapie*. In Müller a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
- KANTOR Jiří. *Vymezení muzikoterapie*. In Kantor Jiří, Lipský Matěj, Weber Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KOUKOLÍK, František, MOTLOVÁ Lucie. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Komunikace učitelů se žáky*. Olomouc : Krajský pedagogický ústav, 1987.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
- LANDY, Robert. *Drama therapy: Concepts and practices*. Springfield, IL : C. C. Thomas, 1985.
- LHOTOVÁ, Marie. *Ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu*. *Arteterapie*, 2005, 9, 14-20. ISSN 1214-4460.
- LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie*. Praha : Portál, 2005. ISBN 978-80-7376-729-9.
- MAJZLANOVÁ, Kateřina. *Uplatnění dramaterapie v léčebno-výchovném procesu*. In: *Tvořivá dramatika*. Praha : ARTAMA, 1998, č. 2-3, 34-36. ISSN 1211-8001.

MIKULA, Vladimír. Muzikoterapie psychotiků. In Syřišťová a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

MOHR, Pavel. Psychózy. In Herman Erik, Praško Ján, Seifertová Dagmar. *Konziliární psychologie*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-498-0.

MOTLOVÁ, Lucie. Schizofrenie. In Seifertová Dagmar, Praško Ján, Horáček Jiří, Höschl Cyril. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha : Medical Tribune CZ, 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.

MÜLLER Oldřich. Teoretický úvod. In Müller Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

PERRY, John Weir. *The far side of madness*. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1974.

POLÍNEK, Martin Dominik. Teatroterapie. In Müller Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

POLÍNEK, Martin Dominik. Teatroterapie. In Valenta Milan a kol. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1358-2.

PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

SEIFERTOVÁ Dagmar, LIBIGER Jan, ŠVESTKA Jaromír, MOHR Pavel, PRAŠKO Ján. *Schizofrenie - V: Postupy v léčbě psychických poruch*. In Seifertová Dagmar, Praško Ján, Höschl Cyril. Praha : AMEPRA, Medical Tribune Group, 2004. ISBN 80-86694-06-2.

SKALKOVÁ, Jarmila a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1983. Syst. číslo 000436082.

SLAVÍK, Jan a kol. *Dětská zkušenost s výtvarným projevem a vizuální kulturou : informace z výzkumu NIPOS - interpretace dotazníkových položek*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-7290-273-3.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika*. Praha : Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.

SPOUSTA Vladimír. *Krása, umění a výchova*. Brno : Masarykova univerzita, 1996. ISBN 80-210-1196-3.

STRAUSS, Anselm L., CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

SVOBODA, Pavel. Poetoterapie. In Müller a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

SYŘIŠŤOVÁ Eva a kol. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

ŠICKOVÁ – FABRICI, Jaroslava. Arteterapia. In Müller Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

ŠICKOVÁ - FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-408-3.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. Praha : Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.

VALENTA, Milan a kol. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1358-2.

VRBOVÁ, Kristýna. Arteterapie, muzikoterapie, psychogymnastika. In PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

VYSKOČIL, Ivan, VYSKOČILOVÁ, Eva. Výuka herectví jako psychoterapeutická možnost. In Syřišťová a kol. *Skupinová terapie psychóz*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje

Autorský kolektiv VCIZP. *Učební texty pro účastníky projektu „Další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti podpory komunikativních kompetencí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.* (Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0171 „Rozmluva“). 2010 [cit. 14. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc_text_Rozmluva.pdf

GAVORA, Peter a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu.* [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978–80–223–2951–4.

KRUSZEWSKI, Tomáš. *Téma: biblioterapie - léčba četbou.* Čtenář. 2008 [cit. 14. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://ctenar.svkkk.cz/clanky/rocnik-2008/0708-2008/tema-biblioterapie-lecba-cetbou-43-196.htm>

LIPNER Milan. *Od psycho... k socio... (terapii).* Socioterapeutické listy. 2009 [cit. 2. dubna 2010]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.socioterapie.cz/index.php?a=6>

LIPSKÝ, Matěj. *O asociacích.* Česká asociace taneční a pohybové terapie. 2010 [cit. 14. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.expresivniterapie.org/ceska-asociace-tanecni-a-pohybove-terapie.html>

MACHALOVÁ, Jana. *Biblioterapie v praxi.* Inflow. 2008 [cit. 11. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

http://www.inflow.cz/files/inflowpriloha/Priloha6_2008.pdf

PEČEŇÁK, Ján, AZIRI, Helena. *Koncepty hodnotenia účinnosti dlhodobej liečby schizofrenie.* Psychiatrie pro praxi, 2009, 10 (3), 117 – 121. [cit. 1. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/03.pdf>

PERRY, John Weir. *Rozhovor.* In Scheansová Andrea. Představuji: John Weir Perry a projekt Diabasis. Forum Jungianum – časopis České společnosti pro analytickou psychologii, 2007, 2, 19 – 21. [cit. 1. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.stinstromu.net/krize/perry.pdf>

SCHEANSOVÁ, Andrea. *Představuji: John Weir Perry a projekt Diabasis.* Forum Jungianum – časopis České společnosti pro analytickou psychologii, 2007, 2, 19 – 21. [cit.

1. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.stinstromu.net/krize/perry.pdf>

SLAVÍK, Jan. *Příklad reflektivní bilance*. Artefiletika, 2006. [cit. 29. března 2012] Dostupné na World Wide Web:

<http://www.artefiletika.cz/modules/articles/article.php?id=13>

STROSSOVÁ, Irena. *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. 1984. [cit. 21. března 2012]. Dostupné na World Wide Web:

http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm#_Toc82177590

SVOBODA Martin. *Citáty*. 2007-2010 [cit. 8. dubna 2010]. Dostupné na World Wide Web:

<http://citaty.net/>

ŠINDELÍŘOVÁ, Eliška. *Tanečně-pohybová terapie*. 2010 [cit. 17. dubna 2012]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.maut.cz/cz/clanek-12-2/main-top>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1. Poruchy emocí u schizofrenie

Tabulka č. 2. Postupy komplexní léčby schizofrenie

Tabulka č. 3. Záznam pozorování pomocí znaménkové tabulky

Tabulka č. 4. Otevřené kódování. Co klientům přinesla účast na skupině.

Tabulka č. 5. Otevřené kódování. Co bylo pro klienty největším přínosem.

Tabulka č. 6. Otevřené kódování. Jak se změnil vztahy ve skupině.

Tabulka č. 7. Otevřené kódování. Jak mohou klienti využít nabyté zkušenosti.

Tabulka č. 8. Otevřené kódování. Co by se mělo změnit.

Tabulka č. 9. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 1

Tabulka č. 10. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 2

Tabulka č. 11. Vyhodnocení sémantického diferenciálu ve skupině 3

Tabulka č. 12. Znalost pojmu expresivní terapie.

Tabulka č. 13. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 1.

Tabulka č. 14. Znalost jednotlivých pojmů.

Tabulka č. 15. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 2.

Tabulka č. 16. Zkušenost s expresivními terapiemi.

Tabulka č. 17. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 3.

Tabulka č. 18. Vliv expresivní terapie na život dotazovaných.

Tabulka č. 19. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 4.

Tabulka č. 20. Relaxace pomocí umělecké činnosti

Tabulka č. 21. Pomocná tabulka pro Fisherův kombinatorický test 5.

Graf č. 1. Grafické znázornění rozdílnosti vnímání jednotlivých položek ve skupinách

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Malování po kruhu

Příloha č. 3 - Symbol, klient Norbert

Příloha č. 4 – Symbol, klient Tadeáš

Příloha č. 5 – Ruce, klient Norbert

Příloha č. 5b – Ruce, klient Norbert

Příloha č. 6 – Ruce, klientka Saša

Příloha č. 6b – Ruce, klientka Saša

Příloha č. 7 – Co se odehrává v těle, klient Eduard

Příloha č. 8 – Co se odehrává v těle, klient Tadeáš

Příloha č. 9 – Tvorba básní

Příloha č. 10 – Tvorba loutkové opery

Příloha č. 11 – Vyjádření emoce

Příloha č. 12 – Sémantický diferenciál

Příloha č. 13 – Přepis ohniskové skupiny

Příloha č. I – Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

dovoluji si Vás tímto oslovit ke spolupráci. V rámci své diplomové práce se zabývám expresivními terapeutickými metodami, využívanými při práci s osobami s psychotickým onemocněním. Tato práce se zaměřuje na průzkum informovanosti o expresivních terapiích a na posouzení zkušeností s nimi.

Tento výzkum je anonymní, výsledky budou sloužit pouze pro účely této diplomové práce.

Předem děkuji za spolupráci.

Věra Macková

Prosím, vybrané odpovědi zakroužkujte.

1. **Pohlaví:**

- a. muž
- b. žena

2. **Setkal/a jste se již někdy s pojmem expresivní terapie?**

- a. ano
- b. ne

3. **Co si pod tímto pojmem představíte?**

.....
.....

4. **Co si představíte pod následujícími pojmy?**

Arteterapie:

.....
.....

Dramaterapie:

.....
.....

Muzikoterapie:

.....
.....

Poetoterapie:

.....
.....

Taneční a pohybová terapie:

.....
.....

Teatroterapie:

.....
.....

5. Zúčastnil/a jste se již někdy některé z následujících terapií?

Arteterapie	několikrát - jednou - nikdy
Dramaterapie	několikrát - jednou - nikdy
Muzikoterapie	několikrát - jednou - nikdy
Poetoterapie	několikrát - jednou - nikdy
Taneční a pohybová terapie	několikrát - jednou - nikdy
Teatroterapie	několikrát - jednou - nikdy

Pokud jste se žádné z terapií nikdy nezúčastnil/a, prosím pokračujte otázkou č. 9.

6. Zkušenost s následujícími terapiemi pro Vás byla

(Vyplňte, prosím, pouze u těch terapií, s kterými zkušenost máte.)

Arteterapie

- a. příjemná
- b. nepříjemná

Dramaterapie

- a. příjemná
- b. nepříjemná

Muzikoterapie

- a. příjemná
- b. nepříjemná

Poetoterapie

- a. příjemná

- b. nepříjemná

Taneční a pohybová terapie

- a. příjemná
- b. nepříjemná

Teatroterapie

- a. příjemná
- b. nepříjemná

7. Ovlivnila nějak Váš život účast na některé z těchto terapií?

- a. ano
- b. ne

8. Pokud ano, jak?

.....

.....

.....

.....

9. Relaxujete někdy pomocí nějaké umělecké činnosti?

- a. ano
- b. ne

10. Pokud ano, o jakou činnost jde?

.....

.....

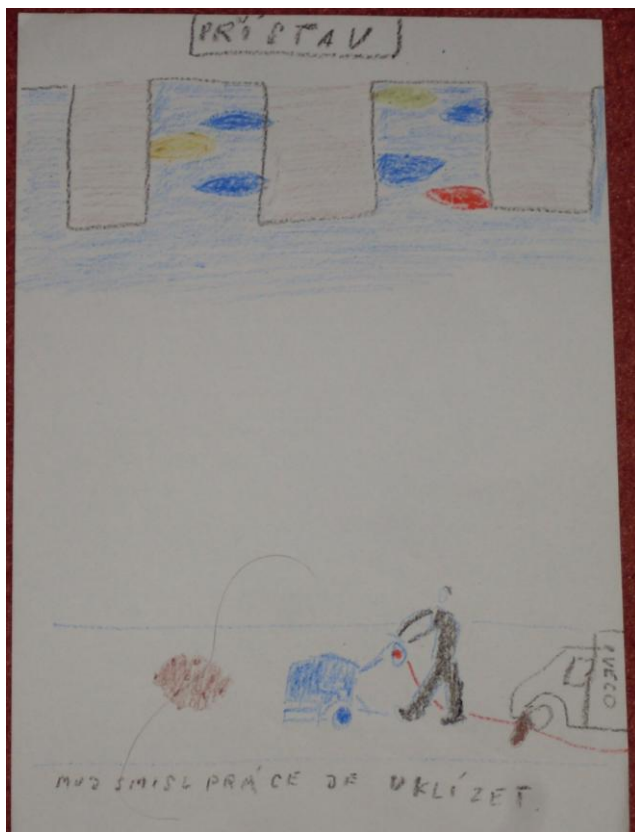
Děkuji Vám za Váš čas, který jste nad dotazníkem strávil/a.

Příloha č. II – Malování po kruhu





**Příloha č. III – Symbol, klient
Norbert**



Příloha č. IV – Symbol, klient Tadeáš



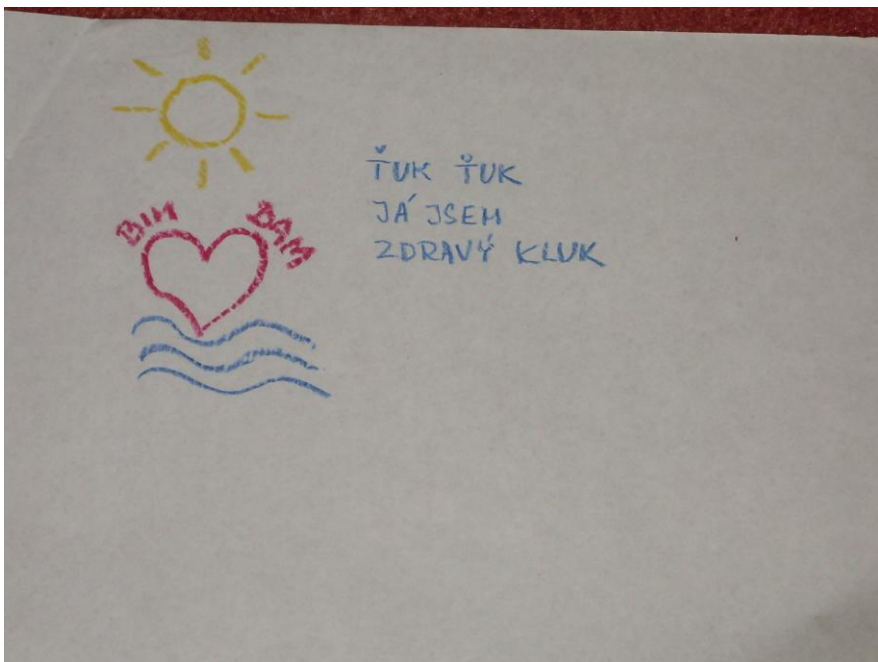
Příloha č. V, Vb – Ruce, klient Norbert



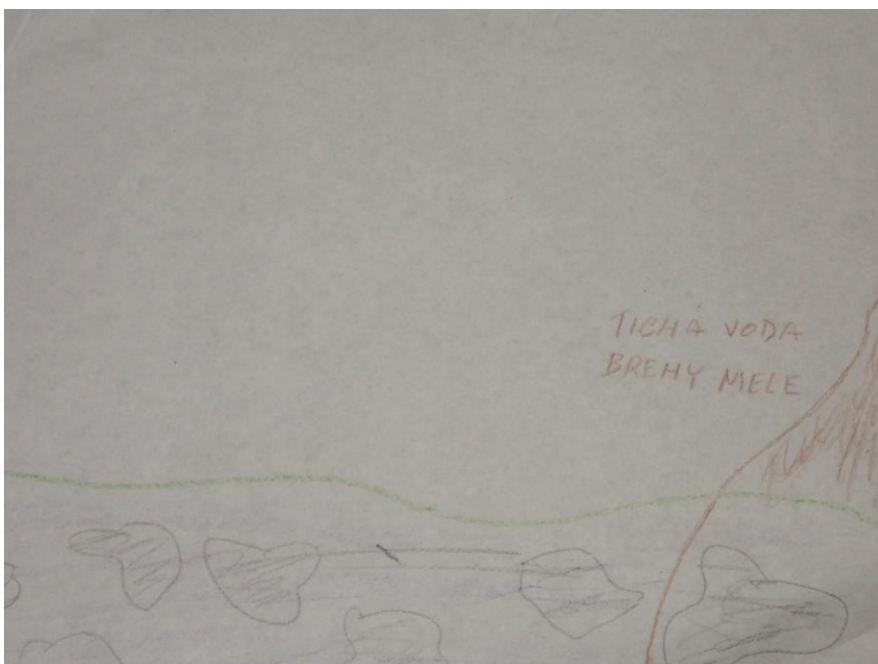
Příloha č. VI, VIb – Ruce, klientka Saša



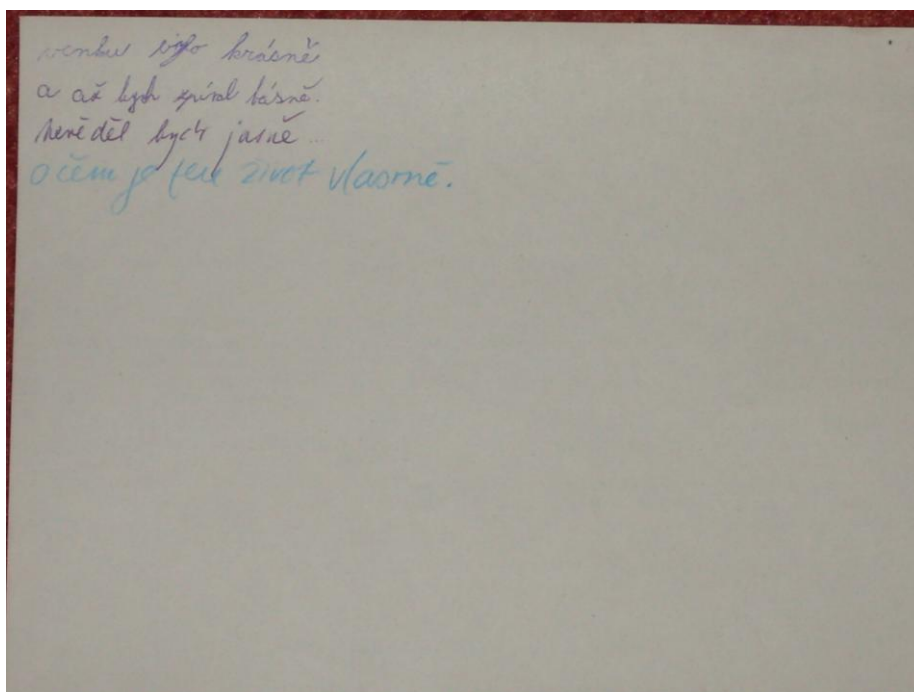
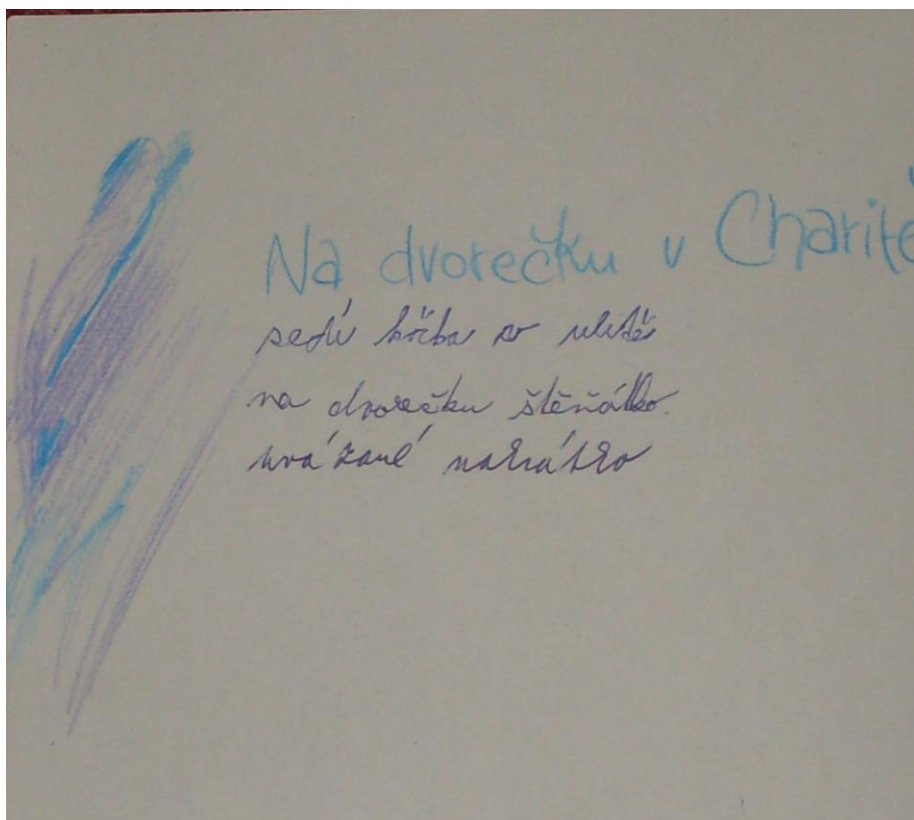
Příloha č. VII – Co se odehrává v těle, klient Eduard



Příloha č. VIII – Co se odehrává v těle, klient Tadeáš



Příloha č. IX – Tvorba básní



Příloha č. X Tvorba loutkové opery

Setkání v Austrálii

Takové malé sociálně ekologické dráma.

(Křovák je na scéně a zpívá svůj malý song o tom, jak miluje přírodu)

(přichází Křivák, temná, uspěchaná hudba)

Křivák: Ahoj křováku,

ty starej dobráku!

Dnes navštívit jsem tě přišel,

že máš zlato jsem slyšel...

Dej mi zlato –

co chceš za to?

Křovák: Milý dobrý člověče,

nejeden se po zlatu už nabrečel...

Však já moc zlata nemám,

stále ho jen hledám.

Proč po mě, pane, pořád to zlato chceš,

když víš, že chudý jsem jak veš?

Křivák: Já mám zlato a chci ještě víc a víc, hodně zlata,

tak nasol nugáty natotata.

(Přijíždí námořník, hudba moře, oba přítomní zmlknou)

Námořník: Neposlouchej toho muže,

on za znečištění tvé domoviny může!

Dej to zlato mě,

z cest přivezu ti holky dvě.

Ten muž ti lže do očí

doufá, že si tě zotročí!

Křivák: Námořníka neposlouchej,

to zlato bude u mě oukej!

Jen ukaž mi, kde hledat mám.

však ti také trochu dám..

Pak budeš mít vlastní byt,

co víc bys chtěl ještě mít?

Mikrovlnku, sprchu,

umyješ se trochu.

Křovák: Ale já žiju tady rád,

s přírodou jsem kamarád.

Čerstvý vzduch tu dýchám,

vlastní kaši míchám.

Ve městě bych nechtěl být,

místo toho chci v džungli žít.

Námořník: Rozumím tvé lásce k domovině,

i já bych chtěl žít ve křovině.

Však na moři musím žít,

jsem jen chudý námořník.

My si spolu budem rozumět,

tak dej to zlato jenom mě...

Běž si bydlet do města,

tam tě čeká nevěsta...

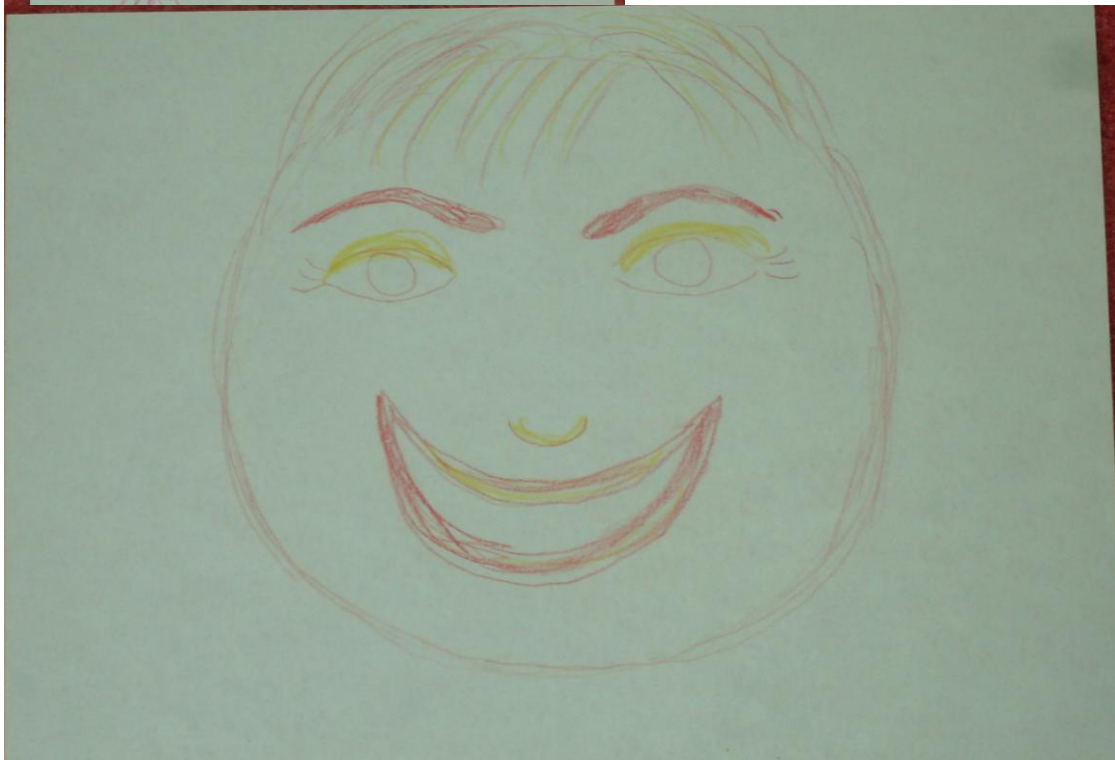
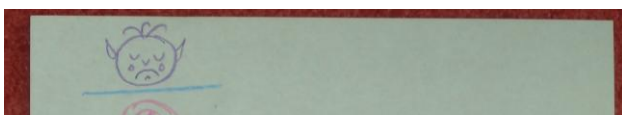
Křovák: Jsem tu svobodný jak orel,

ve městě bych pošel!

Křivák a námořník: Tak si klidně pojdi,

dřív však pro zlato nám dojdi!

Příloha č. XI – Vyjádření emoce

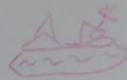




soustředeni

POUSTŘEĎENÍ
SOUSTŘEĎENÍ
SOUSTŘEĎEVŤ
POUSTŘEĎIT

SMUTEK



SPOK!
VPOKOJENOST

SMUTEK
SMUTEK
SMUTEK
SMUTEK



SPKOJENOST
VPOKOJENOST
SPKOJENOST

HNĚV!!!

HNĚV
HNĚV
HNĚV
H H H H E E V V

PŘEVÁŽENÍ
PŘEVÁŽENÍ
PŘEVÁŽENÍ
PŘEVÁŽENÍ

PŘEVÁŽENÍ
PŘEVÁŽENÍ
PŘEVÁŽENÍ



HLAD

hladičekk! Mijam...:

HLAD
HLAD
HLAD /



MÍT RÁD MÍT RÁD

MÍT RÁD
MÍT RÁD



.....

MÍT MOC RÁD!!!



Příloha č. XII - Sémantický diferenciál

Dnešní skupina pro mě byla:

příjemná	1	2	3	4	5	6	7	nepříjemná
těžká	1	2	3	4	5	6	7	lehká
užitečná	1	2	3	4	5	6	7	neužitečná
dobrá	1	2	3	4	5	6	7	špatná
nudná	1	2	3	4	5	6	7	zajímavá
pomalá	1	2	3	4	5	6	7	rychlá
pasivní	1	2	3	4	5	6	7	aktivní

Příloha č. XIII – Přepis ohniskové skupiny

Ohniskové skupiny se zúčastnili čtyři klienti, klientka se nezúčastnila, neboť byla právě hospitalizována. Pro ohniskovou skupinu byl vyčleněn čas patnáct minut. Klienti nebyli moc výřeční, klient Tadeáš ale například mluvil více než obvykle, když je mu takto položena přímá otázka. Klientům byly položeny tři otázky, týkající se jejich účasti na skupinách. Rozhovor probíhal po jedné ze skupin. Celý rozhovor byl také se souhlasem všech nahráván na diktafon v telefonu a posléze přepsán.

1. Jaká je pro Vás účast na této skupině?

Eduard: „Je to přínosné, malujeme, vyprávíme si... Tak člověk se zabaví, že... Asi je to taková dobrá náplň času.“

Tadeáš: *(smích)* „Tak to byla sranda, někdy jsme si procvičili paměť a tak... Nebo ta pravidelnost prostě, no... *(smích)* Je to zábava.“

Eduard: „Ta pravidelnost, to jo, no, že víme, že to bude a že se máme na co těšit...“

Norbert: „Taky bylo to dobrý, člověk se o sobě něco taky dozví, že jo...“

Eduard: „A člověk si třeba na těch příbězích procvičuje paměť, právě ledacos se dozví nebo tak... *(pomlka)* No, zábava, prostě že vystřihováváme, nebo že si člověk procvičuje jak manuální zručnost, tak jako slovní a jako paměť a takhle jako.“

Norbert: „Já sem chodím rád.“

Eduard: „Jo, to já taky.“

2. Která činnost, co jsme tu dělali, byla pro Vás největším přínosem?

Martin: „Já vůbec nevím, Věři. Asi všechno...“

Norbert: „Pro mě byla asi nejpřínosnější ta muzikoterapie, s těma nástrojema, no... Vlastně každý nástroj má duši a my si ten nástroj vezmeme a na tu duši musíme hrát, to je to. To si člověk musí zažít, no...“

Eduard: „Mě asi bavilo všechno, Věruš. To, že si vždycky povídáme a že máme nějaký čas pro sebe... *(pomlka)* Taky se mi líbí, že hrajem to divadlo teď, to jo.“

3. Posunul se nějak Váš vztah k ostatním lidem ve skupině?

Martin: „To nevím, Věři... Asi ne.“

Eduard: „Já si myslím, že jo, že se teď jako víc známe a že je jako snazší se teď bavit... Že dřív jsme se tak nebavili...“

Norbert: „Tak my jsme se už trochu znali předtím, ale teď třeba vím, co ostatní chtějí, nebo co je pro ně důležité...“

Tadeáš: „Nevím.“

4. Můžete to, co tu děláme, nějak využít i jinde?

Eduard: „No tak určitě... Já mám deprese a člověk si na to vždycky může vzpomenout a je mu líp.“

Norbert: „No tak člověk se tak nějak líp pozná, no, tak to pak může využít... (pomlka) Tak třeba že si uvědomí, jaký je a pak ví, co chce, nebo co má dělat a může být oporou druhým.“

Tadeáš: „No...“

Eduard: „Jo, tak.“

5. Co byste tu nechtěli, co byste změnili?

Tadeáš: „Tak nechtěl asi nic...“

Eduard: „Hm, já taky ne...“

Martin: „Já bych tu nic neměnil... Hele, přichází K.“

Norbert: „Já bych dal víc té muzikoterapie, poslouchat hudbu a tak... Hrát... Ta hudba, to má pozitivní účinky, člověk se tak zrelaxuje, abych tak řekl. Když mám pak špatnou náladu nebo tak, tak si vzpomenu na tu hudbu a na to, že to byla zábava a tak a je mi hned líp.“

Eduard: „To jo...“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Věra Macková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Expresivní terapeutické metody využívané při práci s osobami se schizofrenií
Název v angličtině:	Expressive therapeutic methods used when working with schizophrenic patients
Anotace práce:	<p>Tato práce si klade za cíl vymezit specifika jednotlivých expresivních terapií při práci s osobami se schizofrenií a následně ověřit léčebné účinky uměleckých terapií u těchto osob. V první části této práce, teoretické, je tedy vymezen pojem schizofrenie, jsou popsány druhy schizofrenie a léčba tohoto duševního onemocnění. Dále jsou zde také charakterizovány jednotlivé expresivní terapie a jejich specifika při práci s osobami se schizofrenií. V části praktické je popsán výzkum, realizovaný s klienty se schizofrenií a jeho vyhodnocení. Výzkum ukázal, že expresivní terapeutické metody mají na osoby se schizofrenií v některých oblastech jejich života pozitivní vliv. Cíl práce byl tedy naplněn.</p>
Klíčová slova:	Schizofrenie, expresivní terapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, teatroterapie, muzikoterapie, biblioterapie, poetoterapie, taneční a pohybová terapie.
Abstract:	<p>The aim of this diploma thesis is to define the specifics of different expressive therapies when working with schizophrenic patients and consequently verify the therapeutic results of art therapies when working with these clients. In the first part of this thesis, the theoretical one, the concept of schizophrenia is defined and the types of schizophrenia and the treatment of this mental disorder are described. There are subsequently characterized the particular expressive therapies and their specifics for the work with schizophrenic patients. In the practical part of this thesis, the research that was implemented with schizophrenic patients and its results are described. The research showed a positive influence of expressive therapeutic methods on schizophrenic patients in certain parts of their lives. The goal of this thesis was achieved.</p>

Key words:	Schizophrenia, expressive therapy, arttherapy, dramatherapy, psychodrama, teatrotherapy, muzikotherapy, bibliotherapy, poeotherapy, dance and movement therapy.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. I – Dotazník</p> <p>Příloha č. II – Malování po kruhu</p> <p>Příloha č. III - Symbol, klient Norbert</p> <p>Příloha č. IV – Symbol, klient Tadeáš</p> <p>Příloha č. V – Ruce, klient Norbert</p> <p>Příloha č. Vb – Ruce, klient Norbert</p> <p>Příloha č. VI – Ruce, klientka Saša</p> <p>Příloha č. VIb – Ruce, klientka Saša</p> <p>Příloha č. VII – Co se odehrává v těle, klient Eduard</p> <p>Příloha č. VIII – Co se odehrává v těle, klient Tadeáš</p> <p>Příloha č. IX – Tvorba básní</p> <p>Příloha č. X – Tvorba loutkové opery</p> <p>Příloha č. XI – Vyjádření emoce</p> <p>Příloha č. XII – Sémantický diferenciál</p> <p>Příloha č. XIII – Přepis ohniskové skupiny</p>
Rozsah práce:	109 stran + přílohy
Jazyk práce:	Český.