

Masarykova univerzita, Filozofická fakulta

Psychologický ústav

Studijní rok 2011/2012



MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Arteterapie a její vztah k psychologii umění

Martina Gottwaldová

Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

Brno 2012

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Brně dne 28. listopadu 2012

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce, prof. PhDr. Mojžíru Svobodovi, CSc. za cenné připomínky a rady. Dále bych chtěla poděkovat arteterapeutům psychiatrické léčebny v Dobřanech Vladimíru Blažkovi, Vandě Strejčkové a Miroslavě Wiejové za to, že mi umožnili stáž na svém pracovišti a byli zdrojem inspirace. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu a toleranci při práci.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
I. Obecné vymezení vztahu psychologie a umění.....	10
II. Psychologie a výtvarné umění.....	16
1. Arteterapie.....	20
1.1. Arteterapie – definice a vymezení.....	20
1.2. Historický exkurz.....	21
1.3. Teoretická východiska a přístupy v arteterapii.....	22
1.4. Formy a cíle arteterapie.....	24
1.5. Arteterapeutické techniky.....	25
1.6. Hlavní indikace arteterapie.....	26
1.7. Diagnostické aspekty výtvarného projevu.....	32
2. Art brut.....	34
2.1. Definice a vymezení pojmu.....	34
2.2. Historie art brut.....	36
2.3. Jednotlivé formy art brut u nás a jejich představitelé	39
2.3.1. Spiritismus a mediální tvorba.....	39
2.3.2. Solitéři	41
2.3.3. Psychotici.....	42
2.3.3.1. Adolf Wölfli.....	42
2.3.4. Tvorba na okraji art brut : děti, primitivové a naivní umění.....	43
III. Schizofrenie.....	45
3. Definice, výskyt a epidemiologie.....	45
4. Historie a vývoj pojetí.....	46
5. Etiologie a patogeneze.....	47
5.1. Biologické nálezy.....	48
5.1.1. Genetické nálezy.....	48
5.1.2. Biochemické nálezy.....	48
5.1.3. Funkční a strukturální abnormality	49
5.1.4. Infekční teorie.....	49
5.2. Nálezy v psychosociální oblasti – enviromentální modely.....	50
5.2.1. Sociální skluz.....	50
5.2.2. Životní události.....	50
5.2.3. Emoční expresivita.....	50
5.2.4. Poruchy komunikace v rodině.....	51
5.3. Sociálně psychologické faktory s převahou intrapsychické komponenty.....	51
5.4. Teorie vzniku schizofrenního onemocnění.....	52
5.4.1. Evoluční teorie schizofrenie.....	52
5.4.2. Neurovývojový model vzniku schizofrenie.....	52
5.4.3. Teorie funkčního rozpojení.....	52
6. Základní symptomy.....	53
6.1. Pozitivní příznaky.....	53
6.2. Negativní příznaky.....	54
6.3. Kognitivní příznaky.....	55

7. Klinický obraz jednotlivých forem onemocnění a jejich diagnostika.....	56
7.1. Paranoidní schizofrenie.....	57
7.2. Hebefrenní schizofrenie.....	57
7.3. Katatonní schizofrenie.....	57
7.4. Nediferencovaná schizofrenie.....	58
7.5. Postschizofrenní deprese.....	58
7.6. Reziduální schizofrenie.....	58
7.7. Simplexní schizofrenie.....	58
7.8. Obecná diagnostická kritéria podle MKN-10.....	59
8. Průběh a prognóza.....	60
9. Terapie.....	61
9.1. Farmakoterapie.....	61
9.2. Elektrokonvulzivní terapie.....	62
9.3. Psychoterapeutické a sociálně terapeutické postupy.....	62
IV. Psychopatologie výtvarného projevu schizofreniků.....	65
EMPIRICKÁ ČÁST.....	71
10. Výzkumný problém a výzkumný cíl.....	72
11. Charakteristika výzkumného vzorku a podmínky výzkumu.....	73
12. Použitá metodologie a způsob zpracování dat.....	74
13. Sledované znaky.....	75
14. Interpretace.....	77
Případ D. Š.....	77
Případ F. K.....	88
Případ V. L.....	96
Případ I.B.....	99
Případ Z. S.....	101
Případ L. T.....	105
15. Diskuze a závěr empirické části.....	107
SHRNUTÍ.....	110
POUŽITÁ LITERATURA.....	111
PŘÍLOHY.....	117

ÚVOD

Cílem této práce je poskytnout ucelený pohled na vztah výtvarného umění a psychologie. Vzhledem k odvěké přirozenosti potřeby výtvarného projevu jsou tato odvětví lidské činnosti vzájemně propojena mnohými souvislostmi a styčnými body. Zároveň jsou však zmíněné disciplíny v určitém vzájemném kontrastu, který je dán zejména rozdílností fenomenologické podstaty vědy a umění. Z této difference generují odlišná stanoviska, jež k problematice odborníci příslušných oborů zaujímají a paralelní existenci různých aspektů problematiky tato práce odráží. Okolnostmi jejího vzniku je nicméně dáno, že je kladen důraz na prizma psychologicko-psychiatrické. Naš záměr pojmout téma v komplexnosti si ovšem žádá širší pojetí a v samém úvodu do problematiky se tedy zaměříme na studium souvislostí a vztahů mezi uměním a psychologií obecně.

Zaujímané stanovisko již ve zmíněném nástinu dává vyniknout fenoménům vlastním současnému paradigmatu psychologie, jež se tak přirozeně stávají předmětem následujících kapitol. Dostáváme se tedy k roli výtvarného umění v duševním životě člověka a vyvstávají zde otázky, z nichž každá vyplývá z koexistence umění a psychologické vědy a jež jsou zároveň jejich styčnými body.

V první řadě se zabýváme arteterapií, léčebnou metodou, kdy umění shledáváme nástrojem psychologie, přesněji řečeno psychoterapie. Jiné aspekty pak akcentuje studium fenoménu art brut jako velmi specifického druhu výtvarného umění, který je spíše výsadou teorie umění a kunsthistorie. Eminentní charakteristikou mu ale zůstává, že jeho autory bývají ve většině případů jedinci stojící mimo psychologické či psychiatrické vymezení normality a proto se i art brut dostává do centra našeho zájmu. Konečně psychopatologie výtvarného projevu je naopak výsostným územím psychologie a psychiatrie.

Naš úhel pohledu akcentuje právě vztah výtvarného umění duševní patologie. Pokud tedy pojetí ve zmíněném smyslu zúžíme, po krátkém přehlednutí problematiky snadno dojdeme ke zjištění, že existuje konkrétní druh duševního onemocnění, který mezi ostatními v rámci našeho kontextu v mnohých ohledech vyniká, totiž onemocnění schizofrenního okruhu. Z hlediska poplatnému arteterapii jsou totiž pacienti trpící psychotickým onemocněním vedle depresivních pacientů nejčastějšími klienty arteterapeutických ateliérů psychiatrických léčeben a jak bude rozebráno, výtvarný projev má v terapii tohoto onemocnění mimořádný význam z mnoha důvodů.

Již bylo uvedeno, že autorství v oblasti art brut typicky připadá duševně narušeným jedincům. Dodejme nyní, že dominujícím druhem patologie jsou onemocnění psychotická¹. Pohlédneme-li na výjimečnost schizofrenní tvorby v kontextu studia psychopatologie výtvarného výrazu, platí, že právě tato tvorba se těší mimořádnému zájmu jednak díky běžné vysoké produktivitě pacientů a jednak díky tomu, že jejich projev je bez nadsázky fascinující pro svou jinakost a poutá tak pozornost i bez nároku na jeho vědecké zkoumání.

Z výše uvedených důvodů je tedy právě psychopatologii výtvarného projevu schizofrenních pacientů věnována empirická část této práce, v níž se především zaměříme na výrazové charakteristiky děl obsažených v našem vzorku. Bude tak učiněno prostřednictvím srovnání s kritérii stanovenými odborníky v této oblasti a uváděnými literaturou. Záměrem výzkumné části je tedy v nástinu revidovat platnost poznatků o charakteristických rysech schizofrenní tvorby na dílech, která vznikala v rámci arteterapeutického procesu během pobytu pacientů v psychiatrické léčebně.

Cílem této práce je kromě výše zmíněného zachycení širších souvislostí psychopatologie a výtvarného projevu, tedy arteterapie a art brut. Jak v teoretické, tak v empirické části proto poukážeme i na význačné charakteristiky arteterapeutického procesu u těchto pacientů.

1 Nádvoříkové monografie mapující art brut je rozčleněna na dílo mediumiků, solitérů a psychotiků

TEORETICKÁ ČÁST

I. OBECNÉ VYMEZENÍ VZTAHU PSYCHOLOGIE A UMĚNÍ

Existenci paralely mezi psychologií a uměním vnímáme jako samozřejmý a přirozený jev. Umění je chápáno jako produkt lidské mysli a lidská mysl potom zpětně jako jeho konzument. Následující text proto bude věnován krátkému pojednání a o různých aspektech tohoto spojení.

J. Kulka (2008) uvádí v kontextu psychologie tři nejdůležitější požadavky na umění. Za prvé musí umění být prostředkem autorova sebevyjádření, což znamená, že nemusí nutně sdělovat konkrétní myšlenku, že je v tomto smyslu „dostačující“ aby sdělovalo názor či prožitek svého tvůrce, toto sdělení by ovšem mělo nést znak jedinečnosti, mělo by být „nepřeložitelné“². Dále pak uvádí, že podmínkou umění je jeho smyslová vnímatelnost, toto zobrazení pak (ať už slovy, hudbou či jinou formou) se pak stává zprostředkovatelem onoho tvůrce vyjádření. Konečně pak umění musí nést znak estetického uspořádání, působivosti (ošklivost nevyjímaje).

Přijmeme-li tyto požadavky a podrobíme-li je bližší analýze, vidíme, že v podstatě hovoříme o dvou rovinách, které se nacházejí v poli zájmu psychologie a skrz které psychologie na umění nahlíží. První je rovina vnímání – umění je percipováno smysly, což je elementární základ komunikace jeho prostřednictvím. Druhou rovinou jsou fenomény, které vznikají působením umění na lidskou psychiku. Toto působení pak může probíhat na velmi emocionální až katatymní úrovni.

Psychologie se tedy snaží o vysvětlení působení uměleckých artefaktů na jedince a zabývá se rovněž procesy vnímání. V neposlední řadě se ovšem orientuje na tvůrce jako takového. Je na místě připomenout znovu připomenout fakt, že nebýt umělecké dílo produktem člověka, není předmětem zájmu psychologie. Snaha o psychologický výklad díla je tak často vedena touhou pochopit jeho tvůrce, a nehovoříme nyní o psychodiagnostických aspektech v pravém slova smyslu, ale o prostý lidský zájem poznat blíže autora něčeho jedinečného. Umělci nezřídka bývají zajímavými, komplikovanými, kontroverzními a často i narušenými osobnostmi, což potencuje zájem okolí o pochopení umělcových pohnutek a

2 Za připomenutí zde jistě stojí Goetheho výrok: Umění je prostředníkem nevyslovitelná.“ (cit. Dle Podnělíček, 2002, str. 100)

o nahlédnutí do jeho duševního stavu. Tolik diskutovaný těsný vztah geniality a psychopatologie³ je pak pomyslným vrcholem pyramidy a právě duševně nemocní tvůrci se pochopitelně těší mimořádnému zájmu nejen o jejich tvorbu, ale i o vlastní osobnost. Z řady zástupců duševně nemocných výtvarníků jmenujeme alespoň Vincenta van Gogha, Edvarda Muncha či Alfreda Kubina.

Jak vidno, umění generuje otázky, které jsou zároveň předmětem zkoumání psychologie. Jeden úhel pohledu tak může nasvědčovat tomu, že jelikož tvorba a umění jsou produkty lidské psychiky a přesně jí se zabývá psychologie jako věda, zabývá se uměním jakožto jejím derivátem. To by ale bylo poněkud zjednodušujícím tvrzením vzhledem k tomu, jak rozsáhlou, významnou a hluboce zakořeněnou oblastí lidské činnosti umění je. Psychologii umění tak vzhledem jeho významu pro člověka chápeme jako samostatný aplikovaný interdisciplinární obor, kdy se stává nástrojem sloužícím jeho deskripci a exploraci (např. Široký, 1968, Kulka, 2008).

Stejně tak ale na druhé straně umění figuruje ve službách psychologie. Existují mnohé terapeutické metody, které pracují s vyjádřením uměleckého charakteru. Samozřejmě by mohlo být předmětem diskuze, zda je na místě hovořit v tomto kontextu o umění, není ale jisté, čemu by taková diskuze byla přínosem a dost možná by se jednalo jen o hru se slovy.

Historie psychologie umění

Již ze staroindických spisů datovaných do 7. stol. př.n.l. pocházejí první prameny obsahující úvahy na psychologicko - umělecká témata. Zaměříme-li se na jednotlivé druhy umění, jednoznačný náskok má psychologie hudby a psychologie výtvarného umění. O první jmenované oblasti publikovali H. Hlemtz a C. Stumpf v letech 1863 a 1883, přičemž v obou případech se jednalo o nauku o psychologickém působení tónů. První publikace o psychologickém charakteru výtvarného umění byly orientovány na estetiku spíše než na umění, tu však vykládají v psychologických termínech. První systematickou publikací pak byla Müller-Freienfelsova *Psychologie der Kunst* o třech svazcích, které byly vydány během let 1912-1933 (Kulka, 2008). V podobném duchu pokračoval filmový teoretik André Marlaux se svou *La Psychologie de l'Art*. Ve Spojených státech vydal r. 1933 John Dewey filozoficky

3 Myšlenku těsné provázanosti geniality a šílenství propagoval zejména italský psychiatr Cesare Lombroso

laděnou publikaci *Art as Experience*, jež se intenzivně zabývala a ovlivnila výukové praktiky ve školství. Kromě citovaných monografií nesmíme zapomenout, že se psychologii umění množství odborníků, umělců, psychologů i psychiatrů, zabývalo v nejrůznějších esejích a člancích.

V kontextu psychologických směrů pak dodejme, že interpretační část psychologie umění byla výsadou zejména psychoanalytiků, eminentní zájem o výtvarnou tvorbu je vlastní i hlubinné psychologii v pojetí Junga. Tvarová psychologie se pak stala živnou půdou pro výzkum zejména percepce.

Psychologie a různé formy umění

Celá tato práce je orientována na vztah psychopatologie a umění výtvarného, v návaznosti na výše zmíněnou polemiku o tom, zda je označení „umění“ na místě, můžeme říci spíše výtvarný projev. Než se však budeme soustředit na psychologické aspekty výtvarného umění, jež je v centru zájmu této práce, pro úplnost je na místě stručně připomenout ostatní druhy umění a jejich charakteristické rysy ve vztahu k psychologii.

Psychologie a hudba

Hudební umění je formou vyjádření, může ovlivňovat duševní procesy a stavy a podněcovat tak či tlumit určité formy chování. Je velmi dostupné a rozšířené napříč všemi kulturami i společenskými vrstvami a nezdá se díky své různorodosti ve spojení se zmíněným rozšířením potence a podporuje tvorbu určitých komunit, pro něž mají specifická odvětví hudby symbolický význam. Jeho celospolečenský význam je tak obrovský. Působení hudby na lidskou psychiku je velmi přirozené a mezi ostatními uměleckými formami se mu dostává té výsady, že jedinec dokáže ovlivňovat mimořádně mimovolně. Záměrná konzumace hudby má většinou za cíl právě změnu duševního stavu, ať už se jedná o pouhé předcházení nudě či únavě monotónním působením okolních vlivů, které doprovází jedinec u jiné činnosti, nebo cílený poslech, kdy ke vnímání těchto specifických akustických podnětů jedinec obrací

maximum pozornosti a mentální kapacity celkově. Psychologie hudby je navíc považována za nejrozvinutější oblast psychologie umění (Kulka, 2008).

Muzikoterapie byla zmiňována již ve spisech Platónových a Aristotelových a jako terapeutická metoda v pravém slova smyslu vznikla ve spojených státech koncem 18. století . Definujeme ji jako využití hudební intervence k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu (Kantor, 2009).

Rozlišujeme její formu receptivní a produktivní. Zatímco ta je především léčebným prostředkem vedoucím k odreagování, sebevyjádření, komunikaci a spolupráci se skupinou, čehož pacient nemusí být verbálně schopen, receptivní forma muzikoterapie se zaměřuje na vyvolání určitých emocionálních zážitků, má katarzivní účinek a napomáhá harmonizaci psychofyzické struktury osobnosti (Kulka, 2008).

Psychologie a tanec

Taneční, tanečně-pohybová terapie, či choreoterapie jsou psychoterapeutickými metodami, které vycházejí s těsného vztahu duševních a tělesných procesů s jsou tak založeny na interakci těla a mysli. Terapie tancem disponuje množstvím rozličných forem s různými teoretickými východisky, jejichž společným cílem je integrace jedince prostřednictvím pohybu jako přednostního kanálu komunikace a prostředku změny (Dosedlová, 2012). Můžeme tedy říci, že se jedná o psychoterapii prostřednictvím tělesného pohybu a tyto kinetické formy umění jsou zde ve službách psychologie.

Na druhé straně, ačkoli to není tak zřejmé jako v případě umění výtvarného, i těmto uměleckým formám může být psychologie nástrojem. I jejich cílem je vyvolat esteticko-emocionální prožitek, čemuž mohou poznatky z oblasti psychologie výtečně posloužit.

Psychologie a dramatická umění

Scénické umění je bdělým snem nabízejícím nám přesahy našeho každodenního, běžného života, jde ale o sen mnohoznačný a tato neurčitost je provokací pro uchopování světa (Šípek, 2010). Herecká postava je pak psychologickým komplexem propojujícím nás s víceméně archetypální osobou, způsobem jednání (Ibid.). Cílem psychologie je v tomto kontextu pochopení procesu divadelní tvorby a figurujících členů – dramatika (autora), herce a v neposlední řadě samozřejmě publika (Široký, 1968).

Z terapeutického hlediska zde rozlišujeme dva zásadní proudy: psychodrama a dramaterapii. Psychodrama vídeňského lékaře J. L. Morena je specifickou terapeutickou metodou s danou strukturou a je známo přes tři sta technik, se kterými pracuje. Ačkoli jeho realizace formálně působí dojmem hraní divadla, divadelní performance není jeho cílem a neměly by zde být uplatňovány umělecké ambice. Psychodrama pak více proniká do individuálních traumat z minulosti za účelem jejich přesunutí do vědomí, ve srovnání s dramaterapií méně pracuje s divadelními prvky, je mu bližší realismus než umělecké metafora a kreativita se více zaměřuje na hledání alternativního postoje, či modelu chování (Valenta, 2011).

Psychologie a literatura

Psychologický výzkum literatury jako obor psychologie literatury⁴ se zabývá tématickými oblastmi psychologie psychologie autora, problematikou tvůrčího procesu, strukturou samotného díla – textu (od stránky lingvistické až po stylistickou a žánrovou), oblastí percepce díla a konečně jeho sociálně kulturními aspekty⁵ (Viewegh, 1999).

Biblioterapie, tedy léčba četbou literatury má mezi uvedenými vůbec nejsilnější moment racionálního působení, stejně tak ale pracuje s intenzivními emocemi, podobně jako jí blízká narativní terapie.

4 J. Viewegh užívá termínu „psychologie umělecké literatury“ se záměrem vymezení se od literatury odborné, která je součástí bádání psychologie vědy

5 Toto vymezení oblastí zájmu lze shledat obecně platným i pro ostatní disciplíny psychologie umění

Moderní audiovizuální umění v psychologii

Moderním a mocným nástrojem je filmoterapie, která kombinuje působení na vizuální, auditivní i narativní složku sdělení a disponuje tak velkým potenciálem působení v krátkém čase. Film, jako systém souvisle se pohybujících a a sugestivně působících obrazů, je pro svou optickou bezprostřednost divákem velmi intenzivně spoluprožíván (až do míry divákova ztotožnění s hrdinou), což bývá umocněno podmínkami skupinové, kolektivní konzumace (Pondělíček, 1964).

K této umělecké formě má velmi blízko terapie pomocí digitálního umění, nový nástroj terapie, jež zcela jistě čeká slibná budoucnost.

Z druhé strany je pak opět psychologie nenahraditelným pomocníkem digitálního umění, v tomto případě jednak proto, že díky své masové dostupnosti a atraktivitě elektronické formy médií má potenciál upoutat pozornost nesmírného množství lidí, jednak proto, že prakticky není limitován (fyzikálními zákonitostmi, možnostmi dostupných technologií atd.) a je tudíž možné vytvářet artefakty s obsahem, jež dosud zůstával za hranicemi lidských schopností.

II. PSYCHOLOGIE A VÝTVARNÉ UMĚNÍ

Následující kapitola bude věnována vztahu psychologie a výtvarného umění obecně, přičemž se pokusíme o jeho z hodnocení z různých hledisek.

Na výtvarné umění můžeme nahlížet jako na samostatný fenomén, jako na samostatný obor lidské činnosti. Jak uvádí Šicková-Fabrice (2002), použil V. Cousin roku 1945 poprvé termín „*l'art pour l'art*“, který do češtiny překládáme jako „*umění pro umění*“ a o němž můžeme říci, že odmítá jakoukoli instrumentální funkci umění (Baleka, 1997). Tendence lartpoulartismu, mj. považovaná zejména umělci dekadentního hnutí za stěžejní, tak pokládá umění za nezávislý fenomén sloužící právě a jen sám sobě, popírá jeho existenci jako prostředku sloužícího účelům, jež jej přesahují, nebo jakýmkoli způsobem využívají. Odmítá tedy umění jako nástroj sloužící cílům sociálním, politickým, morálním, stejně jako, což je v dnešní době zvláště aktuální, komerčním, a co je nejpodstatnější v kontextu této práce, pochopitelně neuznává instrumentální funkci umění terapie.

Tento pohled na umění tak stojí ve zjevném kontrastu k pojetí umění jako léčebného prostředku. Tím nicméně není vyloučena naopak instrumentální funkce jiných vědeckých disciplín pro umění. Jako se historie snaží o deskripci jeho dějin a vývoje, psychologie usiluje o pochopení zákonitostí a jevů, které vyplývají z produkce či konzumace výtvarného umění v kontextu mentálních procesů jedince (případně v kontextu mezilidské interakce). Na nejelementárnější úrovni psychologie zkoumá výtvarné umění prostřednictvím vysvětlení mechanismů vidění a zrakové percepce. Čítí zrakem na fyzikální úrovni sice není primárně předmětem zájmu psychologie, jinak je tomu však u dalších fenoménů spojených s tímto druhem smyslové percepce. Psychologie tak definuje zákonitosti strukturace vizuálních vztahů mezi jeho částmi, což v důsledku vede k možnosti pochopit princip figury a pozadí, jež je mimo jiné v malířství základem kompozice.

Samozřejmostí je, že je to opět právě psychologie, která se zabývá vnímáním a působením barev na lidskou psychiku a nejinak je tomu u vnímání tvarů. S pomocí znalostí této části psychologie tak autoři umí dosáhnout toho, aby dvojrozměrný objekt byl vnímán trojrozměrně, aby statický předmět vyvolával dojem pohybu, nebo aby výtvarný artefakt vyvolával určitou emoci. Jako další stupeň psychologického zkoumání vizuálních podnětů tedy můžeme označit jeho chápání, přičemž podle Pondělíčka (2002), je konzumace specifickým případem, neboť ve srovnání s poznáním konkrétní, přírodní zkušenosti se zde na

konečném vjemu mnohem více podílí naše představa.

Psychologický výklad výtvarného umění z hlediska psychických potřeb tvořícího jedince podává H. Prinzhorn (2009). Pohnutky tvořit vycházejí podle něj z centrální potřeby tvorby, která je sycena třemi pudovými potřebami, a totiž potřebou zdobit, hrát si a potřebou projevu. Zatímco pud, resp. potřeba zdobit, vychází ze základního lidského instinktu obohacovat své okolí, pud hrát si je sycen potřebou aktivity. Typickým případem tvorby plynoucí z této potřeby jsou „náhodné“ čmáranice vzniklé v době dlouhé chvíle či únavy. Tvorba vznikající na základě zmiňovaných motivů vykazuje následující tendence: tendenci k vyobrazování, t. k uspořádání a potřebu symbolů. Odlišné oblasti tvorby pak vynikají převahou jednotlivých potřeb a tendencí, jak znázorňuje schéma:

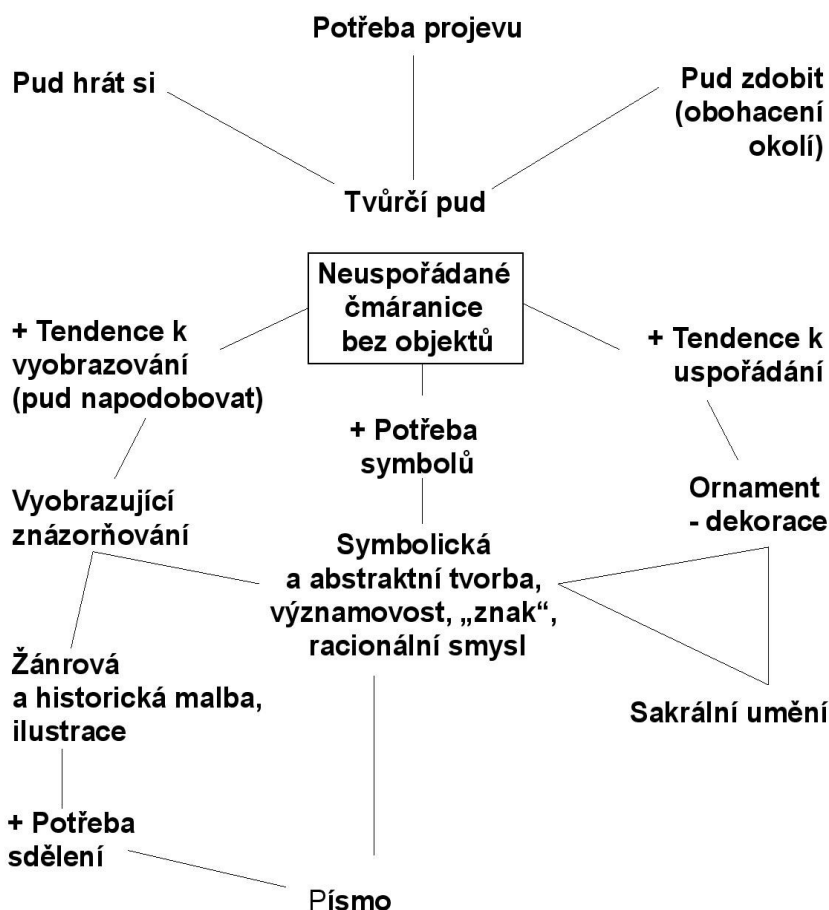


Schéma tvůrčích tendencí dle Prinzhorna

Jak je patrné, psychologie je nezbytným prostředkem vedoucím k objasnění významu umění pro člověka, bez výkladu jejími zákonitostmi bychom těžko porozuměli jejímu smyslu a jejímu vlivu člověka na tak elementární úrovni.

Na druhé straně je bez pochyby, že umění slouží psychologii a stává se tak nejen jejím předmětem zájmu, ale i její metodou. Dnes již všechny umělecké formy jsou se svými specifiky užívány k terapeutickým účelům a je nasnadě, že u arteterapie, tedy terapie výtvarným uměním je tomu stejně tak, a co víc, právě arteterapie je metodou velmi rozšířenou a oblíbenou. J. Šicková-Fabrice (2002, str. 26) analogicky k pojmu „*l'art pour l'art*“ zavádí „*l'art pour l'santé*“, umění pro zdraví, který jakoby byl vševypovídajícím mottem arteterapie, a který definuje takto:

„L'art pour l'santé“ je pojmemnování pro takové umění, jehož ambicí je cíleně mobilizovat v člověku touhu po spiritualitě, důstojnosti, naději, po transcendentnu, po smyslu, vyvolávat v tvůrci i divákovi procesy, které by ho aktivizovaly k tomu, aby neubližoval sobě, druhým lidem, přírodě, ale naopak – snažil se o harmonizaci, ozdravení (duševní, tělesné, duchovní) celé své bytosti, vztahů s lidmi a prostředím, v němž žije.“

Psychopatologie výtvarného projevu se pak soustředí na specifické rysy výtvarné tvorby jedinců nějakým způsobem duševně narušených či těch, u nichž je na takové narušení podezření. Je obecně známo že tato specifika bývají nezdárcem natolik význačná, že právě zkoumání výtvarných artefaktů výtvarného projevu duševně nemocných je rozšířeným a značně validním diagnostickým nástrojem.

S více či méně vyjádřenými odchylkami od normy v oblasti psychologických charakteristik tvůrců je ve většině případů spojeno i art brut, byť to není bezvýhradnou podmínkou. V analogii k termínům *l'art pour l'santé* a *l'art pour l'art* můžeme v tomto případě užít pojmu *l'art pour l'homme*, umění pro člověka, německého sochaře Siegfrieda Putze, který rovněž počítá s léčebnými účinky umění. Nejen v institucionalizované podobě totiž umění léčí, pomáhá a komunikuje.

Art brut, psychopatologie výtvarného projevu a arteterapie stojí v centru zájmu této práce a budou jim proto věnovány samostatné kapitoly.

Nelze však opomenout již zmíněný fakt, že výtvarné umění je velmi přirozenou součástí lidské psychiky a do psychologie je tak implikováno pro každodenní spontánní a často neuvědomované užití. Nejen v ordinaci odborníků nebo v arteterapeutických ateliérech má výtvarná tvorba psychologický náboj a hodnotu. Ať už jsme tak producentem výtvarné tvorby, nebo jejím konzumentem, což je u zdravých dospělých jedinců jev mnohem častější, její vliv na lidskou psychiku je nepopiratelný a je přítomen častěji, než si uvědomujeme. V první řadě je výtvarný projev nástrojem komunikace. Jak uvádí Šicková – Fabrici (2002), zásadní je zde jednak jeho potenciál fungovat jako metafora a zprostředkovat tak význam způsobem, který je v této obrazné formě účinnější, než sdělení prezentované např. verbální racionální argumentací a jednak fakt, že výtvarný projev je velmi přirozeným kanálem neverbální komunikace. Umění transcenduje to, co je slovy nevyjádřitelné a umožňuje navázat komunikaci s lidmi, kteří jinak z jakéhokoli důvodu (ať už se jedná o patickou příčinu nebo pouhou neznalost jazyka) komunikují velmi obtížně nebo vůbec a stává se tak univerzálním nástrojem komunikace. Terapeutický potenciál výtvarného umění spočívá i ve jeho schopnosti katarze, ventilace a kanalizace. Je sice faktem, že tyto koncepty jsou nástrojem arteterapeutů, to ale rozhodně neznamena, že se nevyskytují i v neformální a neinstitucionalizované podobě. Mohou být každodenním prostředkem duševní hygieny a seberozvoje každého člověka.

1. Arteterapie

1.1. Arteterapie – definice a vymezení

Mnohé rysy arteterapie již byly popsány v předchozím oddíle, zdaleka však nebylo toto téma vyčerpáno. Ačkoli ve své podstatě pojem arteterapie označuje léčbu jakoukoli formou umění, většina odborníků jím operuje v užším smyslu a míní jím terapii uměním výtvarným, zatímco pro ostatní užití ostatních druhů umění užívá specifické termíny. V následujícím textu bude užíván pojem arteterapie právě v tomto užším smyslu.

Uvedme jednu z údajně jednu z nejvýstižnějších definic arteterapie nizozemského psychoterapeuta Hilariona Petzholda (in Šicková-Fabrici, 2002, s. 31):

„Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.“

Česká arteterapeutická asociace definuje pojem následovně:

„Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvary a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.“

Je tedy nasnadě, že arteterapie představuje léčebný postup využívající výtvarné umění. Tím vyvstává potřeba vymezení arteterapie od jiných činností zahrnujících výtvarnou činnost, které, byť mohou mít terapeutický náboj, nelze arteterapií nazvat. Aby proces využívající prostředky imanentní výtvarnému umění mohl být arteterapií nazván, musí být jeho náplní *cílená* aktivita vedená profesionálním arteterapeutem, který ji řídí, přičemž platí, že samotný umělecký artefakt není na rozdíl od procesu tvorby důležitý (Šicková, 2000).

1.2. Historický exkurz

Kořeny arteterapie v pravém slova smyslu jako poměrně mladé disciplíny můžeme vystopovat ve 20. letech minulého století, přičemž předstupněm v jejím vývoji bylo zkoumání výtvarné tvorby duševně nemocných⁶ ve snaze o upřesnění diagnózy a jako terapeutická metoda se tato začala využívat asi o jedno až dvě desetiletí později. Za její průkopníky jsou považováni zejména C. Lewis, E. Kramerová a M. Naumburgová (Česká arteterapeutická asociace, 2005), přičemž poslední jmenovaná ve svých pracích ve 20. letech 19. století poprvé použila pojmu *art therapy*⁷

Počátky arteterapie ve smyslu využití výtvarné tvorby pro terapeutické účely u duševně nemocných nicméně sahají až do 19. století, jsou nepochybně spjaté právě s psychopatologií schizofrenie a staví na dvou zásadách:

1. duševně nemocní jedinci tvoří jinak, než zdraví
2. charakter jejich výtvarné tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci (Šicková-Fabrizi, 2002).

V 80. letech 19. století francouzští psychiatři Ambrose Tardieu a Paul-Max Simon publikovali první studie zabývající se specifiky grafické produkce duševně nemocných, v nichž rovněž připustili možnost terapeutického efektu výtvarné tvorby.

Za stěžejní období rozvoje zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných můžeme nesporně označit dvacátá léta 19. století, kdy za zásadní průlom považujeme publikaci *Bildneri der Geisteskranken* německého psychiatra a kunsthistorika Hanse Prinzhorna

⁶ Jak je zřejmé, art brut, psychopatologie výtvarného projevu a arteterapie mají kromě jiného společné i kořeny

⁷ Autorka Susan Hogan navzdory tomu bez udání dalších podrobností uvádí, že autorem pojmu se stal r. 1942 výtvarník Adrian Gill (Hogan, 2001)

v roce 1922, která vyvolala růst zájmu o tuto problematiku.

V roce 1924 se Jean Vinchon v publikaci *Art and Insanity* již pokusil o klasifikaci uměleckých děl ve vztahu k typu onemocnění, přičemž identifikoval šest hlavních typů: velké perverze, mánie a deprese, paranoia, epilepsie, demence a oligofrenie a schizofrenie

Po druhé světové válce začal rakouský psychiatr Leo Navratil diagnostikovat své pacienty pomocí kreseb a maleb, a to pod vlivem prací Karen Machoverové, americké autorky testu kresby lidské postavy.

K rozvoji arteterapie přispěl významným způsobem i Viktor Löwenfeld, který pracoval zejména se slepými a slabozrakými dětmi, rozdělil populaci na haptické a vizuální typy a stanovil šest stádií vývoje dětské kresby (Šicková-Fabrice, 2002).

Pokud jde o vývoj u nás, v 70. letech 20. století vznikla jako součást již existující Psychoterapeutické společnosti ČLS J. E. Purkyně arteterapeutická sekce vedená PhDr. Dariou Kocábovou, byť arteterapeutické metody byly v různých zařízeních využívány již od let padesátých. Arteterapie jako bakalářský studijní obor byla otevřena na Jihočeské univerzitě zásluhou PhDr. Milana Kyzoura⁸. V současnosti existuje Česká arteterapeutická asociace založená v r. 1994 se statutem občanského sdružení a kromě zmíněného studijního oboru lze u nás arteterapii studovat v rámci několika různě zaměřených sebezkušnostních výcviků (Česká arteterapeutická asociace, 2005).

1.3. Teoretická východiska a přístupy v arteterapii

P. Hrouzek (2006) uvádí následující možnosti klasifikace přístupů v arteterapii:

1. Na základě **postavení výtvarné aktivity v terapeutickém procesu**.
2. Ve vztahu k psychologickému **pojetí povahy výtvarného procesu**.
3. Podle **psychoterapeutických východisek**.

Podle prvně jmenovaného kritéria dělíme arteterapii na produktivní a receptivní.

8 PhDr. Milan Kyzour je rovněž zakladatelem rožnovského pojetí arteterapie, u nás významného proudu vycházejícího z pojetí arteterapie jako specifické psychoterapeutické metody, kdy je dyáda klient – terapeut rozšířena o obraz jako předmět komunikace, interpretace a analýzy (Kyzour, 2010)

Zatímco produktivní forma vyžaduje tvořivou aktivitu pacienta, receptivní pracuje s vnímáním již vytvořeného díla.

Klasifikace podle povahy výtvarného procesu je následující (Joanidis, 1973).

1. **Kreativistická arteterapie** předpokládá koncept latentní tvořivé síly vlastní každému jedinci, které je nutné uvolnit k posílení seberealizace.
2. **Integrativní arteterapie** klade hlavní důraz na tvořivou aktivitu jako integrující činitel (Mešková, 2008).
3. **Činnostní arteterapie** vychází z předpokladu léčebného účinku samotné aktivity.
4. **Projektivní arteterapie** předpokládá, že jedinec disponuje kapacitou projikovat cestou výtvarné tvorby své osobnostní charakteristiky.
5. **Sublimační arteterapie** pak pracuje s potenciálem ventilovat prostřednictvím výtvarné tvorby pudové impulzy nebo emoční stavy.

Dělení podle psychoterapeutických vodítek je pochopitelně v analogii ke stěžejním psychoterapeutickým školám a směrům a mezi jednotlivými autory nacházíme v této klasifikaci drobné odlišnosti. Uvádíme dělení podle Šickové – Fabrici:

1. **Analytický přístup** vlastní mj. průkopnici arteterapie M. Naumburgové si ukládá za úkol poskytnout výtvarným výrazem podmínky pro vyjádření internalizovaného konfliktu.
2. V **psychodynamické arteterapii** podle C.G. Junga jde zejména o diagnostiku a terapii interpretací symbolů zviditelněných pomocí umělecké exprese.
3. V pojetí **adlerovské individuální psychoterapie** jež zdůrazňuje lidskou touhu po moci jsou v popředí možnosti diagnostiky pocitů méněcennosti a zvýšení sebevědomí.
4. **Tvarová psychologie** aplikovaná v arteterapii zdůrazňuje význam dialogu prostřednictvím práce s obrázkem a vyjádření výtvarnou formou toho, co je neverbálně vyjádřitelné těžko nebo vůbec.
5. **Logoterapeuticky orientovaná arteterapie** vychází z Franklovy existenciální analýzy, za stěžejní terapeutický moment považuje možnost dát tvorbou výtvarného díla smysl a jako taková je často uplatňována u pacientů s terminálním onemocněním, vězňů nebo starých lidí.

Poněkud jiné dělení uvádí například Hrouzek, nicméně to je poplatné různým pohledům na klasifikaci psychoterapeutických přístupů jako takových a stejně tak je důraz na jednotlivé aspekty analogický k daným psychoterapeutickým směrům.

Šicková – Fabrici nakonec uvádí dělení poněkud praktičtějšího rázu, jež odráží tři zásadní trendy současné arteterapie:

1. Arteterapie je chápána především jako diagnostický nástroj, z hlediska výše uvedeného dělení je nejbližší psychoanalytickému a psychodynamickému pojetí.
2. Logoterapii, tvarové a humanistické psychologii je naopak blízké pojetí, které si nečiní nárok na interpretaci či analýzu a důraz klade na samotný léčebný efekt.
3. Eklektické pojetí spojuje oba předchozí přístupy.

1.4. Formy a cíle arteterapie

Arteterapeutické působení na pacienta probíhá buď individuálně, nebo ve skupině.

V případě individuální formy se zejména otevírá prostor pro intenzivnější a především intimnější kontakt s terapeutem. Se splněním této podmínky se tak nabízí aplikace u pacientů, jež z jakéhokoli důvodu nemohou kooperovat ve skupině. V případě, že pacient hodnotí svůj problém jako nepřijatelný pro konfrontaci před skupinou s obavou z porušení důvěrnosti či negativního hodnocení, se tak významně zvyšuje pravděpodobnost, že bude iniciován terapeutický proces. Samotná kvalita vztahu k terapeutovi navíc figuruje jako katalyzátor tohoto procesu. Individuální terapie je vhodným prostředkem k sebepoznání a získání náhledu na případnou psychopatologii a na charakter sociálních interakcí vůči blízkému okolí.

Skupinová arteterapie je intenzivně využívána u poruch, kde je konfrontace s názorem skupiny chápána jako podmínka terapeutického působení - v případě léčby závislostí či poruch doprovázených porušováním sociálních a kulturních norem, dochází zde ke korekci neadekvátního hodnocení situace konfrontací se zpětnou vazbou dalších členů. Významným faktorem je samozřejmě samotná podpora lidí s podobnými problémy. Arteterapeutická skupina je jedinečnou možností pro sociální učení. Vhodná je pro pacienty, u nichž je kontraindikována individuální terapie z obavy před subjektivně nežádoucí hloubkou

terapeutického vztahu a poskytuje vhodné prostředí u jedinců s potřebou dělit se o zodpovědnost. V neposlední řadě je to forma ekonomická, umožňující využití odbornosti u více jedinců v krátkém čase (Liebmann, 2005). Rodinná arteterapie pak představuje podskupinu této kategorie.

Obecně Liebmann dělí cíle arteterapie na sociální a individuální a lze říci, že skupinová forma analogicky směřuje více k cílům sociálním a naopak.

1.5. Arteterapeutické techniky

Je nasnadě, že tak jako má mnoho forem výtvarné umění, dosahuje podobné rozmanitosti i arteterapie, která jej využívá. Jelikož je podstatou terapeutického působení samotný proces tvorby (tedy nikoli její výsledek), mají na rozlišení užitých technik vliv zejména motorické možnosti pacienta, jeho intelektová úroveň, věk a osobní preference. Zvláštní postavení zaujímá vedle práce s barvami, kresbou či tvorbou koláží modelování z hlíny. V tomto případě se jedná o trojdimenzionální techniku, která přesahuje rámec arteterapeutického působení obecně zejména v tom smyslu, že je zde umocněn smyslový zážitek. V návaznosti na bádání V. Lowenfelda v oblasti haptického vnímání je arteterapeutická práce s hlínou předurčena pro indikaci u haptických typů⁹. Je zřejmé že zcela jedinečným médiem se hlína stává u zrakově postižených. U mentálně postižených jedinců pak modelování zaujímá jedinečné postavení proto, že grafické či verbální vyjádření je pro ně složitou abstrakcí. V neposlední řadě je pak modelování z hlíny vynikajícím prostředkem relaxace i rehabilitace u jedinců s narušenou jemnou motorikou. Nakonec dodejme, že zvláštní postavení zaujímá hlína jako médium v existenciálním a logoterapeutickém kontextu arteterapie. Jedná se totiž a archaický materiál spojený se stvořením člověka, který v sobě proto nese zvláštní symboliku (Šicková-Fabricsi, 2002).

⁹Viktor Löwenfeld ve svém díle *Creative and Mental Growth* r. 1947 vytyčil vizuální a haptický tvořivý typy, které se začínají formovat a projevují se v podobě specifického výtvarného tvarosloví kolem 12. roku, kdy se stabilizují základní charakteristiky osobnosti. Vizuálně orientovaného jedince je možné popsat jako pozorovatele, který vnější skutečnost vnímá nejdříve jako celek, vidí nejprve tvar vnímaného objektu, teprve následně vnímá detail. Ve výtvarném projevu lze pozorovat zájem o správnou proporčnost, dodržování měřítka, kvalitu světla, stínu, práci s objemem a úběžníkovou perspektivu. Hapticky vnímající jedinec se k podobě obrazu skutečnosti dopracovává jiným způsobem. Využívá k tomu rané kinestetické zkušenosti, dojmy z dotyků, pocity svalového napětí a uvolnění, uplatňují se u něj výrazněji vjemy chutí, vůní, váhy, rozdílných teplot povrchů předmětů. Při výtvarných aktivitách se takto vnímající tvůrce přímo stává součástí obrazu (Perout, 2005).

1.6. Hlavní indikace arteterapie

V následujících kapitolách se budeme věnovat problematice jednotlivých cílových skupin, u nichž bývá arteterapie typicky indikována.

Indikace plynoucí ze sociální a sociálně – patologické problematiky

Šicková – Fabrici popisuje (2002) popisuje četné zkušenosti s typickými příslušníky sociálně-znevýhodněné skupiny – romského etnika. Jak uvádí, typický je zde neobyčejný zájem o modelování z hlíny, zvýšená míra barevného citění a kreativity. U romských dětí se pak velmi cennou stává možnost diagnostiky patologických jevů týrání a zneužívání, jež jsou v této populaci časté.

M. Liebmann, J. Laing a u nás např. R. Karas uvádějí se zabývají indikací arteterapie u trestaných. U této skupiny klientů stojí v popředí korekce pasivního chování a nedostatku stimulace, ale je také prostředkem k odreagování agrese a v případě skupinové terapie k nácviku komunikace a kooperace s ostatními (Wimmerová, 2008) .

Své významné místo má arteterapie u jedinců zneužívajících návykové látky. Závislí pacienti ve své tvorbě často zpočátku používají omezené spektrum barev, což odráží jejich „černobílé“ a ploché vnímání reality zdeformované závislostí. Je tedy vhodné tyto klienty podporovat ve využití širšího spektra barev a technik, postupné objevování se těchto nových prvků svědčí o nastávajícím procesu změny (Wimmerová, 2008). Významnou roli má konfrontace se skupinou, jež napomáhá tomu, že si pacient dokáže připustit dosud neuvědomované (a to i díky spolupráci pacientů se stejnou problematikou, jež se nacházejí v pokročilejší fázi léčby). Jelikož jde často o sociálně nežádoucí obsahy pacientova problému, je výtvarná tvorba jedinečným kanálem vedoucím k prolomení autocenzury.

Z vlastní zkušenosti dodávám, že tvorba drogově závislých pacientů má svá specifika. Časté jsou zejména motivy očí všudypřítomných očí (tedy v kompozici nezvykle umístěných) a motivy typické pro subkulturu spojenou s užíváním drog – obrazy bývají inspirovány kulturou street-art, hudební kulturou blízkou mladým lidem apod. Pod vlivem prožité toxické

psychózy doprovázené změnou zrakového vnímání se vyskytují různě zdeformované tváře a jiné prvky. Tvorba toxikomanů se v některých ohledech podobá tvorbě psychotiků.

Arteterapie se zneužívanými a týranými dětmi

V tomto případě má stěžejní význam možnost prolomení autocenzury, která je přítomná ve verbálním výrazu a bariéry mlčení o tabuizovaném tématu prožitého traumatu. Výzkumně byly navíc zjištěny některé atributy typické pro výtvarnou tvorbu zneužívaných a týraných dětí, což v sobě nese významný diagnostický potenciál, ostatně pro tyto účely jsou hojně využívány standardizované kresebné diagnostické metody, jako je kresba lidské postavy a kresba rodiny. Právě v testu kresby lidské postavy nacházíme velmi typické znaky, jimiž jsou vynechání rukou symbolizující neschopnost odolávat násilí, zvýrazněné sexuální znaky (vyzývavý oděv, obličej s velkými řasami, přítomnost falických symbolů), vynechání genitální oblasti či celé dolní poloviny těla, časté použití červené a zelené v neobvyklých kombinacích, umělecký regres kresby (Šicková-Fabrics, 2002) a znázornění postavy vleže jako vyjádření pasivity (Davido, 2008).

V rámci terapeutického pak vzniká potenciál pro restrukturalizaci narušeného vnímání vlastního těla a očištění od negativních pocitů – zejména prostřednictvím rituálu s hlínou (Wimmerová, 2008).

Arteterapie s tělesně a smyslově postiženými

Tělesně postiženým jedincům, zvláště pak dětem, je arteterapie prospěšná jednak z hlediska rehabilitace a rozvoje jemné motoriky a jednak proto, že tito lidé kromě primárního tělesného postižení často trpí tzv. sekundárním handicapem. Časté jsou neurotické rysy osobnosti, zkreslené sebehodnocení, tendence k sociální izolaci či zvýšená senzitivita a vztahovačnost. Primárním cílem je u postižených dětí zážitek úspěšnosti. V duchu adlerovské psychologie terapeuti pracují s pocity méněcennosti (Ibid.)

V případě nevidomých a slabozrakých jedinců má arteterapie ten přesah, že umožňuje

zdokonalovat smysly kompenzující zrakový handicap. Omezení plynoucí z percepce zrakem znamená to, že nevidomý jedinec chápe percipované prvky více v elementech než v souvislostech a právě arteterapeutické působení jim postupně umožňuje dosáhnout většího stupně zevšeobecnění a integrace.

Arteterapie pacientů s duševní poruchou

V první řadě je nutno podotknout, že tvorba psychicky nemocných je v kontextu arteterapie velmi rozsáhlým odvětvím, jež se těší mimořádnému zájmu odborné a částečně i laické veřejnosti. Charakteristika výtvarného projevu psychiatrických pacientů je specifická pro dané onemocnění a poukazuje na jeho symptomatologii a chronologický sled výtvarného projevu umožňuje nahlížet na vývoj onemocnění. Výtvarný projev je zejména blízký pacientům psychotickým, typicky schizofrenikům. Specifickým rysům výtvarné tvorby psychiatrických pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu se budeme zabývat ve zvláštní kapitole. Věnujme se tedy nyní obecné charakteristice arteterapie u pacientů s duševní poruchou:

J. Šicková – Fabrici (2002, str. 142) uvádí následující cíle arteterapie u pacientů s duševními poruchami:

1. Arteterapie dává příležitost sublimace negativních prožitků;
2. Umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování;
3. Poskytuje reálný pohled na svou nemoc;
4. Nabízí vizi změn a chápání událostí i naději na vyléčení.

Jiná definice obecných cílů arteterapie duševně chorých hovoří v podobném duchu: Lidé s duševním onemocněním mohou prostřednictvím terapeutického využití umění rozvíjet a posilovat svůj kontakt se sebou samým, s ostatními jedinci i svým prostředím, promítnutím svého vnitřního života do výtvarné tvorby dochází ke zlepšení vazeb s vlastními emocemi a

prožitky, k rozvoji sebepoznání, pochopení vlastních pohnutek a hodnot. Stejně tak důležitý je v procesu objevování sebe sama prostřednictvím tvorby pocit vlastní kompetence i lidské jedinečnosti (volně přeloženo dle Spaniol, 2003).

Nesmírně důležitým aspektem arteterapie duševně nemocných jedinců je fakt, že často nejsou schopni adekvátně verbalizovat své myšlenky a to v některých případech až do té míry, že výtvarný projev může zastávat roli hlavního komunikačního kanálu. Některé vnitřní pohnutky nejsou pacienti schopni vysvětlit, ale po jejich výtvarném ztvárnění dochází k prolomení jakési bariéry a otevírá se možnost další komunikace. V procesu arteterapie navíc, ačkoli samotný artefakt není primárním cílem, získáváme zcela automaticky cenné časosběrné informace o průběhu onemocnění. Nelze opomenout ani fakt, že i samotná strukturace času v rámci docházení na arteterapii má určitý léčebný potenciál. Zvláštní nároky jsou pochopitelně kladeny na terapeuta. Každá cílová skupina má pochopitelně svá specifika, ale v tomto případě nabývá potřeba zejména hluboké empatie a flexibility vzhledem k velmi nekonvenčnímu až bizarnímu chování pacientů mimořádných rozměrů.

Jak jsem naznačila, konkrétní onemocnění s sebou přinášejí konkrétní specifika jak formální a obsahové stránky výtvarné tvorby, tak i samotného procesu. Následuje tedy přehled těchto charakteristických rysů u jednotlivých poruch.

Arteterapie s mentálně postiženými

Mezi hlavní cíle práce s těmito klienty patří kompenzace intelektových deficitů, rozvoj chápání jevů v souvislostech, rozvoj kreativity, socializace, integrace osobnosti či odbourání strachu z nedostatečnosti (Wimmerová, 2008). Z hlediska rozvoje intelektových schopností je kladen v arteterapeutickém procesu důraz na rozvoj paměti a pozornosti (Liebmann, 2005), vzhledem k potřebě rozvoji motorické zručnosti jsou často užívány techniky modelování a další postupy orientované primárně hapticky, což v sobě nese i potenciál pro rozvoj kontaktu s vlastním tělem. Klienti navíc nejsou schopni vnímat perspektivu, detaily a stíny, jejich grafický projev je chudý a obrázky mentálně postižených dospělých mají rysy dětských obrázků (Wimmerová, 2008). Léčebný význam arteterapie mentálně postižených jedinců má hluboký vliv na sociální rehabilitaci, kdy se klient cítí být užitečný tím, že něco tvoří, může se

v něčem realizovat a vyrovnat se ostatním lidem (Crhová, 2008). Obecně platí, že produkt arteterapeutické činnosti není tak důležitý jako proces tvorby, z výše uvedeného však vyplývá, že u této skupiny pacientů má velkou váhu ocenění vzniklého výtvaru.

Arteterapie s autistickými pacienty

Široké pole působnosti je zde dáno zejména chudostí až absencí sociálních vztahů, verbální komunikace, tělesného kontaktu (Šicková-Fabrice, 2002). Pokud hovoříme o cílech arteterapie u autistů, je hlavním posláním vyvádět jedince z atmosféry chaosu a disharmonie, nacházející se v jejich prostředí, ale i v nich samých, do bezpečného léčivého prostředí, které mohou najít i sami v sobě prostřednictvím výtvarného umění. (Šicková-Fabrice, 2006).

Arteterapie s autisty se vyznačuje prvky analogickými k onemocnění jako takovému. V terapeutickém procesu je tak důležité koncepce setkávání: pravidelnost, jasně vymezený začátek a konec, jasný systém práce s pevnými pravidly. Autisté mohou pracovat ve skupině, nikoli však se skupinou. Obzvláštnímu úskalí musí terapeut čelit v iniciační fázi práce, kdy naráží na typické odmítání ať už vlastní osoby, nového prostředí a činnosti nebo skupiny.

Tvorba autistů bývá krajně konkrétní s nápadným projevem neschopnosti abstrakce, typické je užívání stereotypně se opakujících prvků, přítomnost nezvykle podrobných detailů a ulpívání na konkrétních tématech po dlouhou dobu (Hájková, 2008)

Arteterapie u depresivních pacientů

U depresivních pacientů se nejčastěji potýkáme s apatií a nechutí k práci. Fyzická námaha při zpracování hlíny má pozitivní vliv při léčbě depresivních pacientů. Energie, která se těmito lidmi jinde v životě nedostává, může být touto cestou přirozeně uvolňována. Nelze očekávat aktivní přístup a bývá proto nutné zadat jasně strukturované téma a pevnou instrukci. Jak uvádí Šicková – Fabrice (2002), je dobré vyhýbat se drahým a hezkým materiálům, neboť se u pacienta může projevit sebeobviňující tendence, tedy že si takový materiál nezaslouží, a je vhodné volit monotónní témata vyžadující delší čas k dokončení. První známkou pozitivního terapeutického působení může být -na první pohled paradoxně- projev hostility a agrese v tvorbě.

V charakteristice výtvarného projevu depresantů dominuje prázdnota, nedostatek

detailů, kontrola a sebeovládání. Barevně jsou kresby chudé a převládají jejich temné odstíny. Celkově výtvoř vyvolávají dojem minima vložené energie. Někteří autoři uvádějí, že z tohoto důvodu je vhodná zejména práce s hlínou, která stimuluje právě uvolňování energie prostřednictvím fyzické námahy (Štětinová, 2007).

Arteterapie s manickými pacienty

Jako je mánie protipólem deprese, je i výtvarný projev těchto pacientů v ostrém kontrastu. Typické jsou pestré barvy v divokých kombinacích. Tvary jsou rozpínavé, takže bývá často plocha zaplněna tak, že kresba až přesahuje formát. Obsahově bývají v konečném výsledku díla manických pacientů spíše abstraktní, neboť jim myšlenkový trysk brání držet se vymezeného. Charakteristická je vysoká expresivita díla, patrně bývají neuspořádané linie vyryté do papíru a volná kompozice plná pohybu. V případě tvorby s konkrétní tematikou se často objevuje sexuální obsah (Ledvinová, 2002) .

Z hlediska práce s těmito pacienty samozřejmě dbáme na zklidnění a usměrnění, k čemuž směřujeme volbou tématu s jasnými instrukcemi i výběrem barev, které má pacient k dispozici.

Arteterapie u schizofrenních pacientů

Jelikož je schizofrenie duševním onemocněním heterogenního charakteru, probíhá různými cestami i arteterapie s těmito pacienty. Od katatonních stavů, kdy je orientována na stimulaci motoriky a odbourání strnulosti většinou prostřednictvím modelování hlíny tak přechází až k nutkavé potřebě tvorby, která se pak stává hlavní náplní pacientova času. Pomineme-li tyto extrémní případy, i v rámci jediného pacienta podléhá arteterapie proměnám tak, jak se v čase mění onemocnění. I v empirické části této práce figuruje případ, kdy pacient zpočátku nebyl ochoten tvořit vůbec a postupně dospěl do fáze, kdy se mu prostřednictvím citlivého vedení terapeutů stala tvorba potěšením.

Důležitým aspektem v tomto případě je, že verbální produkce pacientů často neumožňuje jejímu porozumění, nebo pacient nemluví vůbec. Obrazové vyjádření je tak někdy jedinou cestou komunikace a velmi často jedinečným prostředníkem k jejímu navázání.

1.7. Diagnostické aspekty výtvarného projevu

Již několikrát zde bylo zmíněno, jak významným fenoménem výtvarná tvorba v kontextu psychologie je a že její význam nabývá v souvislosti s duševním onemocněním dalších rozměrů, přičemž jedním z nich je psychodiagnostika těchto poruch na základě některých charakteristických znaků. Specifické rysy typické pro jednotlivé druhy duševních poruch byly popsány v předchozí kapitole, specifikům projevu schizofreniků se budeme věnovat později. Zde jsou uvedena kritéria a zásady hodnocení v obecnosti.

Odborníci se shodují, že v psychologické interpretaci kresby je namístě velké obezřetnosti. Řeč výtvarného umění je velmi mnohoznačná a její neopatrné posuzování může být velmi zavádějící. Víme, že existují formální a obsahové charakteristiky typické pro to či ono onemocnění, avšak jedině velmi disciplinovaný přístup k hodnocení tvorby může vést k validním výsledkům. Tato validita je samozřejmě nejlépe zaručena u standardizovaných testů (Test kresby lidské postavy, Baum test, Hárdiho dynamický test kresby lidské postavy, Test kresby domu a další), kde je průkaznost vyskytujících se jevů zaštitěna statistickým pozorováním a v případech, kde je možné srovnání shody v interpretaci více odborníky.

Zde je uveden seznam obecných kritérií pro hodnocení výtvarného projevu psychiatrických pacientů (Gantt, Tabone, 2003):

1. integrace kresby
2. využití prostoru na papíře
3. úroveň kresby postavy, jak je kresbě přítomná
4. adekvátnost barev,
5. přítomnost stereotypů
6. přítomnost perseverace
7. kvalita linie
8. logika kresby
9. sklon postavy
10. vložená energie

11. množství detailů

12. pozadí kresby

Tato obecná kritéria hodnocení mohou být chápána jako zobecnění hodnotících kritérií u jednotlivých testů, kde samozřejmě přihlížíme ke specifikům dané metody. Navzdory zdůrazňované opatrnosti jsou jak standardizované projektivní kresebné metody, tak díla pacientů tvořících v prostředí arteterapeutických ateliérů velmi cenným zdrojem informací a je to zejména zkušenost a cvik, co činí odborníky kompetentními interpretovat tato díla.

2. Art brut

2.1. Definice a vymezení pojmu

Autorem pojmu *art brut* je francouzský malíř, sochař a teoretik umění Jean Dubuffet, která jej poprvé použil r. 1945. Z etymologického hlediska vykládáme pojem následovně: *Art* znamená umění, ale v tomto kontextu pojem vykládáme spíše jako *tvorba*, neboť ze samé podstaty art brut vyplývá, že umění ani řemeslné zvládnutí není nutnou podmínkou pro tento druh tvorby. Výraz *brut* potom překládáme jako *syrový*, *surový*, či *původní* (Zemánková, 2011). V českém jazyce běžně užíváme pojmu art brut v původním znění, lze jej nicméně nejvýstižněji přeložit jako *umění v syrovém stavu*. Autorem tohoto pojmu je teoretik umění Karel Teige (Ibid.).

Sám zakladatel pojmu Jean Dubuffet definuje art brut následovně:

„Jedná se o výtvarné produkce všeho druhu - kresby, malby, výšivky, modelované či tesané plastiky atd., které vykazují spontaneitu a velkou tvůrčí představivost, a jsou co možná nejméně poplatné běžnému umění a kulturním šablonám. Autoři art brut jsou neznámé osoby, zcela vzdálené prostředí profesionálních umělců. Tito lidé čerpají náměty, výběr materiálů, slovosled, rytmus, způsob psaní atd. ze svých vlastních zdrojů, aniž si berou za vzor klasické umění, nebo umění, které je právě v módě. Jsme zde svědky zcela čisté, syrové umělecké činnosti, která ve svém celku i v jednotlivých fázích vychází výhradně z autora a jeho vlastních podnětů. Jedná se o umění, pro které je podstatnou funkcí invence a nikoli vlastnosti chameleóna a opice, které jsou tolik vlastní kulturnímu umění.“ (Dubuffet in Nádvořníková, 2008).

Pro srovnání uvádím definici J. Baleky (Baleka, 1997, str. 29):

„Art brut je termín, jímž po druhé světové válce malíř Jean Dubuffet označil přímou a spontánní (nikoli však brutální) tvorbu dětí, duševně chorých, tělesně postižených, vězňů, lidí žijících v sociálních útlacích apod.. Tvorbě tohoto typu přisuzoval souhrnnost, spontánnost a také hledisko jejího tvůrce, který do ní vkládal plnost své osobnosti nezávisle na vnějším okolí, na názorových konvencích, profesionalitě, naučitelnosti, ..., považoval ji proto za druh anti-umění. Spatřoval v ní rovněž zdroj poznání, ke kterému umění (v klasickém smyslu) nemůže dospět...“

Art brut můžeme tedy vymezit jako oblast umělecké tvorby, jež se vyznačuje tím, že není poplatná trendům ani společensko - kulturním normám, že je doménou jedinců bez formálního vzdělání v oboru a že nevzniká za účelem zisku ani prezentace. Je tvorbou mimořádně autentickou, vycházející z niterné potřeby jedince. V úvodu této práce jsem uvedla tři tendence přítomné ve výtvarné tvorbě: *l'art pour l'art* – umění pro umění, *l'art pour l'santé* – umění pro zdraví a *l'art pour l'homme* – umění pro člověka. Jako je *l'art pour l'santé* nejbližší arteterapii, je *l'art pour l'homme* nejbližší art brut. Právě toto umění totiž více než čemukoli jinému slouží člověku a slouží apriori člověku – jeho tvůrci. Jeho smyslem sice zde již není terapie, ale zcela jistě lze říci, že je doprovázeno značným terapeutickým a duševně hygienickým potenciálem. Nadto, ačkoli to není nutnou podmínkou, je art brut vlastní zejména jedincům nějakým způsobem se odchylojící od normy, ať už kulturně sociální nebo zdravotní – ve většině případů jeho autoři trpí duševní poruchou a splňují kritéria nějakého druhu psychopatologie. Z uvedeného zároveň vyplývá neostrost přechodu mezi umělcem-tvůrcem art brut a pacientem podstupujícím arteterapii. Množství psychiatrických pacientů produkuje výtvarné umění zcela spontánně a co víc, jejich produkce se zvyšuje v období dekompenzace jejich poruchy a je dokonce běžné, že se zlepšením symptomatiky výtvarná produkce těchto jedinců vymizí (např. syřišťová, 1985; Prinzhorn, 2009). V psychiatrické a psychoterapeutické praxi tedy není výjimkou, že jedinec, který je mimo institucionalizované prostředí spontánním tvůrcem a tvoří dále i v době své hospitalizace, nicméně tvoří spontánně, se stává pacientem podstupujícím arteterapii a umělcem art brut v jedné osobě.

O těsném vztahu nějaké formy individuální abnormity a art brut ostatně svědčí i americký ekvivalent *outsider art*¹⁰, který však má širší přesah, neboť zahrnuje i tvorbu umělců, kteří se vůči výtvarnému umění v pravém slova smyslu vymezují zcela záměrně. Předmětem polemiky by nicméně mohl být i fakt, že nutnou podmínkou syrového umění je spontaneita a autentičnost tvorby pramenící z nutkové a niterné potřeby jedince a vznikající tak bez nároku na odměnu či jiné, nehmotné, ocenění či prezentaci. Mnoho těchto „umělců čistého srdce“, jak je nazývá sběratel umění art brut Pavel Konečný (2008), totiž opravdu tvoří pod tlakem vnitřní naléhavosti, z potřeby prožitku procesu tvorby, avšak jejich díla se stávají známými a oceňovanými a předměty zájmu odborníků a stávají se i obchodním artiklem. Zcela jistě se tím tito tvůrci nestávají profesionálními umělci, předmětem

10 Autorem pojmu art brut je Roger Cardinal

k zamyšlení se ale může stát, zda tak jejich tvorba neztrácí na své proklamované ryzosti.

Konečně bychom v rámci charakteristiky podstaty syrového umění neměli opomenout další jeho význačný rys vyplývající z jeho naturalnosti a nesvázanosti normami. Hovoří o něm mj. Terezie Zemánková (2011, str.4)

„Art brut je však pouze uměle vytvořenou zastřešující kategorií, která pomáhá divákům zorientovat se a zařadit umělecké projevy, které jsou ze své podstaty nezařaditelné. Každý tvůrce, který je do art brut zahrnován, je de facto solitérem. Ačkoli lze mezi autory vystopovat určité podobnosti, nikdy se nejedná o záměrnou inspiraci, ale spíše o jakousi mentální spřízněnost.“

Niternost a autentičnost tvorby tedy dává prostor vyniknout jedinečnosti každého tvůrce a pokus o další klasifikaci by musel vést k redukci oné jedinečnosti, která je tak podstatným rysem art brut.

2.2. Historie art brut

Bylo již řečeno, že otcem pojmu art brut byl Jean Dubuffet, ale pochopitelně nelze říci, počátek existence toho fenoménu sahá do stejného období jako vymezení pojmu. Podstata jevu naznačuje, že tento druh tvorby je lidstvu vlastní od nepaměti, mezi art brut ostatně v některých pojetích řadíme i spontánní tvorbu dětí a nadto i duševní poruchy doprovázejí člověka již po tisíciletí. Můžeme tak vymezit jen období, kdy se objevily tendence tento fenomén zkoumat.

Hmatatelný zájem o tvorbu duševně chorých se objevil v období romantismu, kdy nastal zvrat ve smýšlení o těchto jedincích obecně. Do té doby totiž bylo duševní onemocnění nahlíženo jako stav vedoucí ke ztrátě individuality a individualita byla vnímána jako nutná podmínka pro tvorbu jedinečného díla. Právě romantické smýšlení však specifickou jedinečnost lidí stojících mimo normu, bláznů a podivínů, podtrhovalo a vyzdvihovalo (Rakušanová in Decharme, Šafářová, Zemánková (Eds.), 2006).

Francouzský lékař Philippe Pinel je považován za otce moderní psychiatrie ve svém oboru se zasloužil zejména prosazením humanního zacházení s nemocnými¹¹. Zájem o

¹¹ Pinelův progresivní přístup se stal předlohou malíři Tony Robert-Fleurymu, který jej r. 1876 vyobrazil ve

výtvarnou tvorbu duševně chorých byl v jeho případě doprovodným efektem tendence zavést jako součást léčby duševně chorých psychologické a psychoterapeutické metody (Gilman, 1985). Výsadou psychiatrů zůstal zájem o výtvarnou tvorbu duševně chorých po dlouhá desetiletí. V USA publikoval r. 1812 Benjamin Rush své dílo *Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind*, v němž se zabývá mimořádnými schopnostmi svých pacientů v oblasti umění. Paralelou šílenství a geniality se dále zabýval italský psychiatr *Caesare Lombroso*. Se svými pacienty prováděl výzkum na jehož základě tvrdil, že géniové v oblasti umění trpí psychiatrickým onemocněním (Spaniol, 2001).

Nevidaný průlom z dnešního pohledu znamenal počátek 20. let 19. století, kdy byla publikována zcela stěžejní díla této disciplíny, *Ein Geistkranker als Künstler* švýcarského psychiatra *Waltera Morgenthala* věnované patrně nejznámějšímu psychotickému umělci-schizofrenikovi vůbec, *Adolfu Wölflimu* a *Bildnerei der Geisteskranken* německého psychiatra a kunsthistorika *Hanse Prinzhorna*. Zatímco Morgenthalerova monografie o jeho pacientovi zůstala spíše v centru zájmu psychiatrů, bohatě ilustrovaná Prinzhornova „bible“ art brut vyvolala obrovskou vlnu zájmu na kulturní scéně a etablovala tento fenomén v oblasti výtvarného umění. Její vliv byl zajisté podpořen i faktem, že vznikla na podkladu sbírky univerzitní kliniky v Heidelbergu, Prinzhornova působiště, která čítala přes 5000 děl pocházejících od 450 psychiatrických pacientů¹². Toto dílo svým obsahem fascinovalo a zajisté ovlivnilo takové ikony moderního výtvarného i literárního umění, jako byli Paul Klee, André Breton nebo Paul Eluard a konečně i Jean Dubuffet. Právě tito umělci se stali zastánci a propagátory surového umění, jeho opravdovosti a upřímnosti. Za všechny uvádím příklad textu André Bretona z publikace A. Nádvorníkové (2008, str.16).

„Všechny ty „sonety“, které se stále píší, všechna ta senilní hrůza ze spontaneity, všechna ta povýšenost cvičitelů, všechna ta neschopnost milovat, to vše nás má přesvědčit o nemožnosti uprchnout ze staré polepšovny...takový je příkaz a řád, k jehož uposlechnutí nás již po staletí vybízí špatně pochopená přísnost a rozumnost a to v umění stejně jako jinde.“

svém díle Phillipe pinnel a la Salpetriere, jak zbavuje nemocné okovů

12 Jistě stojí za srovnání, že sbírka zmiňovaného Lombrosa čítala 57 děl a soudobá sbírka Morgenthalerova děl

Samou podstatu art brut pak trefně manifestoval Jean Dubuffet ve eseji *Raději art brut než kulturní umění* r. 1949 (Ibid.):

„Ten kdo se pustí - tak jako my - do prohlížení děl mimo normy, bude přiveden k tomu, že umění ověřené, tedy to, které vidíme v muzeích, galeriích a salonech ... začne chápat jinak, než je zvykem. Zmíněná produkce se mu už nebude jevit coby výsledek obecně umělecké činnosti, ale činnosti zvláštního klanu: klanu intelektuálů z povolání:“

Jedná se jen o jedny z mnoha umělců, kteří byli zaujati art brut a kteří se rozhodli prosazovat jeho význam a hodnotu. Nutno totiž říci, že ačkoli v dnešní době se již art brut těší nemalému zájmu nejen odborné, ale i laické veřejnosti, od svého vzniku narážel tento fenomén na nepochopení a zesměšňování a pro svou upřímnost a pravost byl navíc v evropském prostředí nepohodlný totalitním režimům 2. poloviny 20. století, tudíž pro něj vedle tendenčního umění tehdejší doby nebylo místo.

U nás byl počátek zájmu o art brut spjat s mediální spiritistickou tvorbou a největší rozmach zaznamenal ve 20. a 30. letech dvacátého století¹³. Ve shodě s výše uvedeným byl ovšem zájem o něj potlačován v době okupace i následné komunistické vlády. Šedesátá léta pak přinesla pověstné oteplení i do této oblasti umění, ale spíše než art brut stálo v centru zájmu tzv. insitní umění, které zahrnovalo art brut, umění naivní a umění lidové, přičemž umění zejména lidové mělo ke zdůrazňované ryzosti art brut velmi daleko – jednalo se o díla propagandisticky a ideologicky laděná a poplatná režimu. Nelze však popřít, že v rámci tohoto proudu byla alespoň sporadicky tvorba náležící art brut prezentována. Skutečný zájem o tato díla pak přišel až po revoluci v r. 1989, kdy nicméně byla spíše výsadou soukromých sběratelů z okruhu blízkému psychiatrii a psychologii. Dnes již lze říci, že díla psychiatrických pacientů., resp. duševně narušených umělců, bývají vystavována celkem běžně. Od r. 1997 tak bienálně probíhá výstava děl pacientů psychiatrické léčebny v Kroměříži s názvem *Umění je stav duše*, léčebna v Bohnicích nabízí ve zhruba měsíčních cyklech alternativní autorské výstavy svých pacientů a příležitostně výstavy pořádá i psychiatrická léčebna v Dobřanech u Plzně. Tvorbě art brut se u nás věnuje občanské sdružení ABCD, které připravilo výstavy Adolfa Wölfliho či Josefa Hofera, společnou výstavu *Anatomia Metamorphosis* autorů Luboše Plného, Anny Zemánkové a Františka Dymáčka, či

¹³ Problematikou výtvarného projevu psychiatrických pacientů se u nás zabýval Otakar Janota a r. 1924 o ní publikoval v knize *Výtvarná díla duševně chorých*

výstavu ze sbírky Hanse Prinzhorna.

2.3. Jednotlivé formy art brut u nás a jejich představitelé

Již několikrát zde bylo uvedeno, že bytostná jedinečnost tvůrců art brut je v určitém v rozporu se snahou o klasifikaci tohoto druhu umění. Nicméně u těchto tvůrců vystupují některé charakteristiky, z nichž vyplývá několik oblastí, jež bychom mohli označit jako hlavní proudy přítomné v umění v syrovém stavu. Toto dělení odráží složení té části populace, jíž je spontánní výtvarná tvorba vlastní, a to zejména v našich podmínkách a ve své publikaci jej uvádí Nádvorníková (2008). První skupinu tvoří tvůrci spojovaní s hnutím spiritismu, dále jsou to solitéři vymykající se zejména svou nezařaditelností a konečně samozřejmě psychotici¹⁴. Na konci kapitoly jsou uvedeny příklady tvorby která již není jádrem art brut, ale je mu bezesporu blízká.

2.3.1. Spiritismus a mediální tvorba

Spiritismus jako víra v možnost komunikovat se zemřelými se objevil v polovině 19. století v USA, načež se rychle se rozšířil do dalších částí světa a v první polovině 20. století představoval poměrně výrazný myšlenkový směr i u nás, kde se od zájem o něj rozšířil z intelektuálních vrstev až do své lidové podoby (Nešpor in Nádvorníková, 2008). Jakkoli se jedná o kontroverzní myšlenkový proud, faktem zůstává, že byl úzce provázán s uměleckou tvorbou literární i výtvarnou. Právě spiritistická mediální tvorba tak tvoří početnou skupinu tvůrců art brut.

V těchto případech je předmětem výtvarné produkce komunikace se zesnulými a tvorba je naplňována na základech psychického automatismu¹⁵. Autor tak nezasahuje vědomě a aktivně do obsahu vznikajícího artefaktu, ale tvoří naopak na podkladu nejhlubší imaginace bez kontrolovaných zásahů do vznikající tvorby. Tvorba na principu psychického automatismu je východiskem surrealismu, je jakýmsi jeho ideálem, tvorbou oproštěnou od jakékoli rozumové kontroly a již z toho je zřejmé, že taková tvorba vyžaduje zvláštní stav

¹⁴ Tuto Nádvorníkově kategorii bychom jistě mohli rozšířit na tvůrce s duševním onemocněním obecně, neboť v této skupině populace je sice art brut právě pro psychotiky typické, ale zcela jistě není vlastní jen jim

¹⁵ Autorem tohoto pojmu byl Michel Thevoz (Babyrádová, H., Křepela, P. (Eds.), 2010)

vědomí, tedy snění, psychotický stav, stav intoxikace nebo právě stav transu.

Neplatí však, že všichni mediální tvůrci vycházejí ze spiritismu. Mediální tvorbou jsou i díla, která nevznikla se záměrem komunikace se zesnulými, vznikla nicméně rovněž mimo volní záměr autora, na základě zmíněného automatismu, kdy se autor cítí více zprostředkovatelem než tvůrcem, ačkoli popudem zde již není sdělování spiritistických obsahů, ale obsahů nevědomí spjatých s archetypální pamětí.

Formální charakteristika těchto kreseb je velice typická a vyniká již při shlédnutí několika málo desítek děl. Trefně ji popsal J. Čapek (1999), který definuje dvě tendence. V prvním případě se zde jedná o díla typická grafismem a geometrismem, s ostrými přechody a tvrdým charakterem kresby, s opakujícími se detaily a vytvářející ornamentální vzor vyplňující plochu s grafickou zákonitostí¹⁶. Druhou tendencí je pak tvorba plná měkkých, jakoby organických linií, často představujících rostlinné a živočišné motivy. Pro tyto autory je typické používání tužky nebo barevných pastelů a dá se říci, že v drtivé většině se tak jedná o kresbu.

Následuje orientační přehled nejvýznamnějších českých představitelů art brut. Není-li uvedeno jinak, výhradním zdrojem tohoto přehledu je publikace Nádvorníkové *Art brut v českých zemích: Mediumici, solitéři, psychotici* (2008).

Josef Kotzian představoval významného spiritistického mediálního tvůrce, člena spiritistického spolku, který svá díla signoval jménem řídicího ducha – Solferino. Pro jeho tvorbu jsou typické velmi propracované a technicky dobře zvládnuté florální a ornamentální motivy. Jeho protipólem by v jistém smyslu mohl být **Jan Samolej**, který typicky produkoval díla pokrytá velmi přesnými, až strojovými ornamentálními motivy, další známý představitel mediální tvorby **Josef Krygel** pak vynikal bohatými biomorfními tvary s bohatou barevností. Jihomoravská mediální kreslířka **Františka Bergmanová** produkovala fantastické florální motivy vysoké výtvarné hodnoty. Dosud žijící tvůrkyní je **Vlasta Kodříková**. **Stanislav Holas** je ve své tvorbě částečně ovlivněn ornamentikou jihomoravského kraje. Zejména mimozemskou faunu a flóru zachycoval významný mediální kreslíř **Jan Tóna** podobně jako **Jan Kovář**. Jistou paralelu najdeme i mezi kresbami autorů **Hugo Hasmana**, **Jana Smetany**, či **Rofelína**. S počtem deseti tisíc kreseb byla tvůrkyní vynikající zejména mimořádnou produktivitou **Anna Haskel**.

Obsedantně pečlivé malby byly charakteristické pro mediálně inspirovaného tvůrce

¹⁶ Ornamentální charakter tvorby by mohl být předmětem srovnání s tvorbou psychotiků a jejich potřebou zaplňovat prostor opakovanými elementy

Václava Groula a vyvolávají dojem inspirace povoláním krejčího. Jisté prvky naivního umění nese tvorba **Cecílie Markové**, kterou odlišovalo mj. to, že ve velké míře se věnovala malbě.

2.3.2. Solitéři

Pokus o definici této skupiny tvůrců začíná a končí nezařaditelností, která je jejich nejvýznačnějším společným rysem. Navzdory tomu bychom některé z těchto autorů mohli zahrnout i do jiných skupin a neudělali bychom chybu, jedni byli inspirováni mediální tvorbou a jiní trpěli duševní chorobou. Domnívám se však, že není lepší způsob jak definovat tuto skupinu, než prostřednictvím příkladu některých představitelů a jejich tvorby.

Jak bylo řečeno, pojem *art brut – umění v syrovém stavu* do českého prostředí zavedl Karel Teige. Stalo se tak v rámci příprav výstavy vysokoškolsky vzdělaného tvůrce **Karla Havlíčka**, jež byla nakonec zakázána a Havlíčkova díla tak byla veřejnosti představena až v r. 1967. Jeho poloautomatické kresby charakteristické nedělným rukopisem jsou inspirací blízké tvorbě mediální, ale i surrealistické.

Unikátem mezi autory art brut byl **Jan Křížek (Krizek)**, a to v tom smyslu, že byl v oblasti výtvarného umění akademicky vzdělaný. Ačkoli toto své vzdělání programově ignoroval, vynikal mezi ostatními tvůrci i tím, že figuroval i v okruhu jeho teoretických protagonistů.

Za nejvýznamnější autorku českou autorku art brut je považována **Anna Zemánková**. Tvořit začala poté, co se u ní v padesáti letech objevily deprese a je tak příkladem autorky tvořící pod vlivem duševní poruchy. Pro její díla je typická kombinovaná technika a mnohotvárnost, spojování monumentální kompozice s drobnými detaily a určitá inspirace mediální tvorbou.

Psychotické onemocnění, byť nediagnostikované, bylo zřejmě popudem k typicky portrétní tvorbě doplněné florálními motivy **Miloslavy Ratzingerové**, která v mládí trpěla sluchovými halucinacemi. U této autorky zároveň platí, že pocházela ze spiritistického prostředí, avšak nejlépe její tvorbu vystihuje právě skupina solitérních tvůrců (Nádvorníková, 2008).

Kresby spiritistických médií připomínají díla v r. 2003 zesnulého **Františka Dymáčka**. Propiskou a fixy vytvářel dynamické organické struktury, které evokují kumulaci buněk či průřezy tělesnými orgány (Zemánková, 2011).

2.3.3. Psychotici

Pro tuto práci podstatnou českou autorkou dosud žijící autorkou je **Iveta Horváthová**, a to vzhledem ke své diagnóze paranoidní schizofrenie. Ve shodě s touto chorobou ve svých dílech často vyobrazuje abstraktní ukřižování, démony, či portréty žen. **Marie Kodovská** byla sice prezentována jako představitelka umění naivního či insitního, nicméně opakovaně zobrazované oči nasvědčují paranoidnímu vidění světa. **Zbyněk Semerák**, jeden z nejvýznamnějších tvůrců českého art brut tvořil díla typická svou úzkostnou detailností a Nádvorníková (2208) upozorňuje na jeho schizoidní ladění. Jako nemocného schizoafektivní psychózou označila Nádvorníková **Zdeňka Koška**, která sice kreslil i před vypuknutím choroby a pokračoval i po jejím odeznění, choroba se nicméně v jeho tvorbě zřetelně promítla – zaznamenával v ní autenticky obsahy svých bludů. Dosud žijícím autorem je lidským tělem fascinovaný **Luboš plný**. Ve svých kresbách se nechává inspirovat experimenty, které provádí na vlastním těle a do svých prací často zapojuje použité materiály se stopami medicínských produktů a krve¹⁷.

2.3.3.1. Adolf Wölflí

Vůbec nejzajímavějším zdrojem grafického materiálu a informací je pro nás rakouský autor **Adolf Wölflí (1864 - 1930)** neboť jeho tvorba byla pečlivě zdokumentována a pro studium problematiky je ideálním pramenem. Jeho dílo nastudoval a v monografii *Ein Geisteskranker als Künstler* o něm publikoval ošetřující lékař, psychiatr Walter Morgenthaler, který působil na klinice v Heidelbergu, kde byl Wölflí r. 1895 hospitalizován poté, co se opakovaně dopustil deliktu sexuálního obtěžování nezletilých dívek. Strávil zde pak zbytek svého života. Ačkoli pro nás zaujímá tak výsadní postavení díky své bohaté výtvarné tvorbě, nutno dodat, že Wölflí byl i mimořádně produktivním spisovatelem a literární tvorbě se dokonce začal věnovat dříve, než výtvarnému umění. Svůj životní příběh poprvé sepsal krátce po své hospitalizaci a později vydává fiktivní autobiografii o třech tisících stran *Od kolébky ke hrobu* (1908-1912). Velikášské myšlení se projevuje i v následných *Zeměpisných a počtářských sešitech* (1912-1916), kde se stává panovníkem celé

17 Plného dílo bylo společně s obrazy Františka Dymáčka a Anny Zemánkové představeno (mj.) v rámci výstavy *Anatomia metamorphosis* r. 2011

země a expanduje do vesmíru a v *Sešitech písní a tanců* (1917 – 1922) pak své dílo opěvuje. *Sešity-sbírky básní a pochodů* (1924-1928) pak obsahují svébytným způsobem zaznamenané zhudebnění skladeb, jež jen podtrhuje originalitu pacientova-umělcova myšlení. Až do své smrti pak pracoval na *Smutečním pochodu* rovněž obsahujícím zhudebněné skladby¹⁸. Podstatnou část díla představuje charakteristický slovní salát odrážející bizarnost myšlení.

O dochování výtvarného díla se zasloužil nejen Morgenthaler, ale i francouzský malíř a otec art brut Jean Dubuffet, který právě Wölfliho učinil jedním ze svých pilířů art brut. Soubro Wölfliho kreseb je jedinečným příkladem reprezentujícím nebývale široký záběr uváděných znaků schizofrenní tvorby (Šourek, 2012)

Základními prvky jeho rukopisu jsou různorodé ornamenty spojené v jednu hutnou kompozici, scénická vyobrazení zahrnutá do ornamentálního celku, textové a notové pasáže zakomponované do obrazu (obvyklá tendence k symbolismu a vepisování). Velmi typická je pro autora iterace symbolů, v tomto případě jsou to často izolované hlavy lidí se zvýrazněnými černě orámovanými očima (Sorriorová, 2012), kterým navíc „vyrůstají“ z hlavy kříže (kombinace lidských figur s neživými objekty). Přímo do očí bijící je pak horror vacui a plochost kreseb (kobercový charakter). Z časového hlediska je zásadní změnou postupné snížení propracovanosti kreseb až k omezení se na vyplnění plochy obrazu textem doplněné o ilustrace vystříhané z časopisů. (do příloh zástupce obrazů, detail hlav, přepis hudebního zápisu a pozdní tvorbu).

2.3.4. Tvorba na okraji art brut : děti, primitivové a naivní umění

Především svou autentičností se art brut velmi blíží tvorba dětí, příslušníků přírodních národů žijících mimo naši kulturu a tzv. naivní umění. Přes některé společné rysy ale ani jedna ze jmenovaných oblastí není v samém jádru syrového umění. Bude zde nicméně poukázáno na některé podobnosti.

Uměním přírodních národů se u nás zabýval Josef Čapek, který zároveň vytyčil dvě tendence ve výtvarné tvorbě, totiž geometrismus a naturalismus. První jmenovaná tendence realizovaná zejména ornamentální tvorbou je přírodním národům vlastní, je naplněním z magického myšlení plynoucí potřeby symboliky (Čapek, 1957). A právě zde nacházíme onen styčný bod mezi tvorbou art brut, zejména tedy tvorbou duševně nemocných a tvorbou

18 Wölfliho literární dílo je unikátním příkladem tvorby pod vlivem megalomanského bludu

těchto přírodních národů.

V případě dětského výtvarného projevu je nasnadě, že zásadní paralelou je zde spontaneita tvorby.

Naivní umění bývalo za dob komunismu často zaměňováno za umění lidové, nazývané též insitní. Je však třeba vytyčit ten rozdíl, že umění lidové přes některé formální podobnosti zdaleka nesplňuje tolik proklamované kritérium autentičnosti a niternosti vyjádření, jelikož se zde jedná spíše o prosté vyobrazování běžně se vyskytujících lidových motivů a námětů poplatné požadavkům někdejší doby. Naivní umění, snad pro charakteristické líbivé zobrazování navíc často bývá napodobováno a komerčně šířeno školenými umělci. I zde ale mějme na paměti, že nejde o naivní umění v pravém slova smyslu, neboť výtvarné vzdělání je a priori vylučující podmínkou tohoto druhu tvorby. Z řad našich zástupců jmenujme alespoň Natálii Schmidtovou, Václava Žáka, Roberta Guttmana, Josefa Hlinomaze, či Emílii Valčíkovou

III. SCHIZOFRENIE

3. Definice, výskyt a epidemiologie

Schizofrenie je duševní onemocnění chápáno jako jedna z nejzávažnějších psychických poruch. Výrazně narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat, chovat se, jednat a uplatnit se v životě a je charakterizováno významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí (Praško et al., 2011). Jako takové, zvláště pak v kombinaci s jemu typickou chronicitou, má výrazně omezující dopad na život jedince, jeho fungování ve společnosti a hovořit můžeme i o dopadu na společnost jako takovou – schizofrenie je totiž v průmyslovém světě na pátém místě mezi příčinami neschopnosti být produktivně činným, celosvětově pak na místě devátém (Lopez et. Al, 2006), přičemž v USA ční náklady na její léčbu 3% z výdajů za všechna onemocnění (Rice, 1999 in Horáček, 2003). Diagnostikováno je u 25% psychiatricky hospitalizovaných pacientů a u 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok (Češková, 2005). Odhady o prevalenci onemocnění se pohybují mezi 0,2% a 2% při celoživotní prevalenci 0,5% -1% a incidenci 2 – 4 případů na 10000 obyvatel a rok (např. Smolík, 2002). Výskyt onemocnění je stejně četný u žen a mužů¹⁹. Existují zde mírné odchylky z hlediska geografické polohy - existují odchylky ve smyslu vyššího výskytu onemocnění v některých endemických oblastech, např. na Istrijském poloostrově a v některých oblastech Skandinávie, což je vysvětlováno relativní uzavřeností komunit (Horáček et al., 2003) . některé studie poukazují na vyšší prevalenci schizofrenie v menšinových skupinách obyvatelstva, v nižších socioekonomických skupinách a u obyvatel měst oproti venkovskému obyvatelstvu (např. Os, Kenis & Rutten, 2010).

¹⁹ V minulosti však panovalo přesvědčení, že u mužů se schizofrenie vyskytuje častěji, dnes přetrvává odlišnost ve věku propuknutí, muži častěji onemocní v mladším věku.

4. Historie a vývoj pojetí

Pohled na onemocnění se zásadně měnil tak, jak se vyvíjela vzdělanost společnosti, její vnímání okolního světa a především její nároky a požadavky na jednání svých členů. Můžeme tak pozorovat velmi paradoxní jev – zatímco dnes, jak bylo uvedeno výše, je toto onemocnění celosvětově na předních příčkách mezi příčinami pracovní neschopnosti, je pravděpodobné, že v paleolitické společnosti, etapě dějin lidstva, kdy magické myšlení bylo nedílnou součástí kognitivního zpracování reality, se takto nemocní jedinci mohli těšit výsadnímu postavení²⁰.

Pokud jde o schizofrenii jako diagnostickou jednotku, můžeme její kořeny vystopovat v polovině 19. století, kdy Benedict Augustin Morel popsal stav „náhlého znehybnění všech duševních schopností“ a nazval jej jako „démence précoce“, tedy předčasná demence. Kraepelinova „dementia praecox“ popsaná r. 1899 v šestém vydání jeho *Učebnice psychiatrie* pak zahrnovala již tři formy tohoto onemocnění - schizofrenii paranoidní, hebefrenní a katatonní, tedy formy, které jsou dodnes platnými nozologickými jednotkami. Celá koncepce nozologické jednotky dementia praecox stála na premise typického průběhu postupného a nevratného úpadku duševních funkcí.

Z diametrálně odlišného náhledu na problematiku onemocnění pak vychází dnes užívaný pojem schizofrenie, který zavedl jako nozologickou jednotku švýcarský profesor psychiatrie Eugen Bleuler r. 1911 ve své monografii *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Bleulerova koncepce staví na poznání, že schizofrenní onemocnění, resp. v jeho pojetí heterogenní skupina těchto onemocnění, je nejlépe charakterizována nesouladem, rozštěpením jednotlivých duševních funkcí a etymologie pojmu tak vychází z řeckých slov *skhizein* (štěpit) a *phren* (mysl). Ještě jedním poznatkem přispěl Bleuler k vývoji pohledu tuto poruchu – rozdělil popsané symptomy na *základní* a *akcesorní*, přičemž základní jsou známy jako „Bleulerova čtyři A“: autistické myšlení, rozvolnění asociací, afektivní poruchy a ambivalence (Shives, 2004). Akcesorními příznaky pak Bleuler mínil halucinace, bludy nebo tělesné příznaky.

V klasifikaci symptomů onemocnění pokračoval i německý psychiatr Kurt Schneider, který r. 1957 v knize *Klinische psychopathologie* publikoval nové pojetí dělení příznaků. Německý psychiatr Ernst Kretschmer ostatně chápal schizofrenii právě jako regresi k magickému myšlení (Nakonečný, 1995).

založené na klinické zkušenosti, a to na příznaky prvního řádu a na ostatní příznaky druhého řádu (Praško et al., 2011). Schneiderovo stanovení příznaků prvního řádu mělo velký vliv na diagnostiku schizofrenie a ukázalo se užitečné při definování homogenních skupin pacientů (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Vzhledem k tomu, že ve výuce převládala Bleulerova koncepce nad koncepcí Kraepelinovou, tedy koncepce ve své podstatě širší, docházelo k tomu, že dg. schizofrenie byla užívána ve stále širším rozsahu a počátkem šedesátých let tak byl v USA zahájen proces přehodnocování tohoto širokého pojetí, společný americko-britský projekt, v jehož rámci byl Wingem vypracován dotazník *Present State Examination*.

Jednotlivým aspektům onemocnění je nadále přikládán různý význam a spíše než o evoluci myšlenkového proudu se tak v historii pojetí schizofrenie jedná o paralelní existenci různých pohledů, jež se navzájem nutně nevylučují. Jak uvádí Praško et. al (2011), odráží tyto odlišné pohledy nejasnosti ohledně základní podstaty schizofrenie.

5. Etiologie a patogeneze

Příčiny vzniku onemocnění jsou již po desetiletí předmětem intenzivního výzkumu, ten však dosud nedospěl k objevu samostatné dostačující příčiny onemocnění. V současné době je tak přijímán názor o multifaktoriální etiologii a mnohočetných patogenetických vlivech. Je obecně přijímán model kombinace vnitřní specifické vulnerability a expozice vnější zátěži jako spouštěcího mechanismu rozvoje onemocnění nazývaný často jako teorie dispozice a zátěže, přičemž úloze těchto dvou faktorů je v různých teoriích přisuzována různá závažnost.

Četné studie poukázaly na typické nálezy na různých úrovních, které však nelze chápat jako vysvětlení vzniku onemocnění, nahlížíme na ně spíše jako na jevy souběžné s klinickým obrazem schizofrenie, u nichž se předpokládá určitá možnost kauzálního vztahu. Níže je uveden přehled těchto nálezů.

5.1. Biologické nálezy

5.1.1. Genetické nálezy

Zdrojem poznatků o přítomnosti genetické komponenty schizofrenie jsou studie pokrevních příbuzných, dvojčecí studie a studie adoptovaných dětí, z nichž vyplývá důležitý poznatek, a totiž, že nadpoloviční podíl příčin schizofrenie je jiný než dědičný. Převažuje názor, že nejpravděpodobnější je teorie polygenního modelu dědičnosti se vzájemně se ovlivňujícími mnohočetnými genetickými lokusy (Smolík, 2002).

5.1.2. Biochemické nálezy

Souvislost mezi schizofrenním onemocněním a hypotézou biochemické komponenty stojí na faktu, že schizofrenie je poruchou zpracování informace, což je jev realizovaný chemickými látkami – neurotransmitery.

Hlavní teorií vzniku schizofrenie je dopaminová hypotéza. Teorie vychází z pozorování účinků psychofarmak²¹ a má za to, že psychotické symptomy schizofrenie jsou vztaženy k dopaminergní hyperaktivitě mozku (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). V současné době se na základě rozporuplné významnosti nálezů, jež by měly prokázat její pravdivost, od této klasické dopaminové teorie ustupuje. Současná revidovaná hypotéza tak předpokládá, že schizofrenii lze považovat za syndrom nerovnováhy neurotransmiterů se smíšenou etiologií, (Fišar et Al., 2009).

Vedle teorie předpokládající zásadní úlohu dopaminergního systému jsou zkoumány i hypotézy založené na předpokladu primární úlohy jiných mechanismů fungujících na neurochemickém principu. Jsou to zejména hypotézy beroucí v úvahu působení noradrenalinu, serotoninu, kyseliny gamaaminomáselné, glutamátu či některých neuropeptidů a příslušných receptorů, ale také například hypotéza o poškození mozkových glutenem při jeho nesnášenlivosti.

²¹ Ukazuje se, že zaprvé neuroleptika, tedy látky účinné v léčbě schizofrenie a zejména pak jejich pozitivní (psychotické) symptomy vyzvábí vazbu s dopaminovými receptory a dopaminergní systém tak inhibují. Za druhé pak bylo zjištěno, že látky působící jako agonisté dopaminu – způsobující jeho uvolňování (LSD, amfetamin), vyvolávají psychotické stavy klinicky podobné akutním psychózám při onemocnění schizofrenií.

5.1.3 Funkční a strukturální abnormity

Mozková atrofie byla nalezena prostřednictvím CT a MRI, především se jedná o korovou atrofii u 10-35% pacientů (Smolík, 2002). Kromě dalších pozorovaných abnormalit jsou opakovaně citovanými jevy rozšíření mozkových komor a ztráta buněk v oblasti limbických struktur. V obecnosti lze říci, že strukturálně je mozek schizofreniků prokazatelně odlišný od mozku zdravých jedinců a že se charakteristiky těchto struktur v průběhu léčby i onemocnění mění.

Kromě těchto anatomických abnormit byly zobrazovacími metodami zjištěny funkční odchylky, např. snížení klidového průtoku krve frontálním lalokem. Elektroencefalogram většiny schizofreniků sice vykazuje normální nález, nicméně se vyskytují typické funkční abnormity redukce pásma alfa a zvýšení aktivity v pásmu delta a theta, metoda evokovaných potenciálů prokazuje iniciální hypersenzitivitu vůči senzorické stimulaci.

Vše nicméně nasvědčuje tomu, že různé strukturální a funkční abnormity v mozku schizofreniků mají genetický a neurovývojový podklad a mohou pouze predisponovat tyto osoby k dekompenzaci pod vlivem dalších faktorů (Fišar, 2001, in Vavrečková Salihová, 2008). Potenciál užívaných metod není dosud plně vyčerpán, předpokládá se, že v budoucnosti budou tyto metody klíčové pro objasnění patofyziologie psychiatrických onemocnění schizofrenií nevyjímaje.

5.1.4. Infekční teorie

Teoriím předkládajícím možnost vzniku onemocnění na základě infekce některými viry svědčí neuropatologické nálezy v mozku schizofreniků, stejně jako přítomnost protilátek v séru a mozkomíšním moku. Uvažuje se také, že chřipková infekce matky v těhotenství by mohla být spjata se vznikem abnormit v mozku schizofreniků, mechanismem poškození by v tomto případě mohla být nejen přímá infekce mozku plodu, ale také vliv horečky či jiných obranných mechanismů stejně jako indukované perinatální komplikace (Höschl, 2004).

5.2. Nálezy v psychosociální oblasti – enviromentální modely

Vedle výše zmiňovaných biologických nálezů je onemocnění doprovázeno jevy psychologického charakteru, což je doprovázeno existencí teorií, jež jim připisují kauzální vztah vůči onemocnění a role biologických faktorů je v nich redukována na minimum. Tyto pozorované jevy bývají někdy souhrnně označovány jako enviromentální modely, neboť vycházejí z vnějšího prostředí jedince²². Höschl (2004) uvádí následující nálezy:

5.2.1. Sociální skluz

Studie z první poloviny minulého století poukázaly na vyšší výskyt schizofrenie v chudinských čtvrtích a v níže postavených socioekonomických vrstvách. Mělo se tak za to, že tyto socioekonomické podmínky mají kauzální vztah k onemocnění. Následně se však ukázalo, že kauzalita má opačný směr a že pacienti se schizofrenií ze zřejmých příčin dosahují nižšího socioekonomického statusu než zdraví jedinci a jsou tak nuceni žít v horších podmínkách. Sociální pokles po první epizodě onemocnění byl ostatně pozorován i u pacientů s afektivními poruchami (Turner & Wagenfeld).

5.2.2. Životní události

Vztah závažných životních událostí ke vzniku onemocnění nebyl prokázán, má se však za to, že tyto události mohou významně přispět k riziku relapsu.

5.2.3 Emoční expresivita

Emoční expresivita je ukazatelem emocí vyjádřených lidmi, kteří s pacientem žijí nebo o něj pečují a je prokázáno, že je významným faktorem ovlivňujícím úspěšnost léčby a riziko

²² Mezi enviromentální modely, jakožto vycházející z jedincova prostředí, řadí např. Fišar (2009), i některé biologické modely uvedené výše – tedy ty, které vycházejí z předpokladu vlivu poškození mozku vnějším prostředím: porodní komplikace, nitroděložní virová infekce, citlivost na gluten, malformace mozku atd.

relapsu. Má charakter bludného kruhu – v kontextu teorie dispozice a zátěže se zvýšená emoční expresivita stává zátěží spouštějící epizodu onemocnění, ta následně vyvolává poruchu vztahů a tato porucha konečně komplikuje úzdravu resp. zvyšuje riziko relapsu²³. Díky této charakteristice se tak emoční expresivita stává významným kofaktorem onemocnění aniž by vůči němu musela mít kauzální vztah (Kavanagh, 1992).

5.2.4. Poruchy komunikace v rodině

Dále existuje skupina starších hypotéz, které navrhuji vliv poruchy v rodinných vztazích, rolích nebo komunikačním stylu v rodině na rozvoj schizofrenního onemocnění. Jmenované jevy byly v tomto kontextu zkoumány, k vysvětlení schizofrenního procesu však nestačí. Jejich přítomnost však může ovlivnit vývoj jedince a snížit jeho adaptivní schopnosti potřebné ke kompenzaci schizofrenních vloh.

V souvislosti s jedincovým prostředím byly opakovaně zkoumány faktory velikosti místa narození, roční doby narození či socioekonomického statusu. Byly zde sice prokázány statisticky významné korelace, nikoli však kauzální vztah a tak tyto údaje zůstávají pouze epidemiologickými ukazateli.

5.3. Sociálně psychologické faktory s převahou intrapsychické komponenty

Následující modely jsou zde uvedeny jako psychosociální, na rozdíl od výše uvedených u nich však není podstatnou komponentou vliv prostředí, ale naopak intrapsychické procesy.

K vysvětlení měly posloužit zejména různé psychoanalytické modely, např. O neschopnosti dítěte dokončit vývoj „jáství“ a interpretovat tak správně realitu (Smolík, 2002).

Smolík dále uvádí, že z psychodynamického hlediska dochází během schizofrenního procesu k jakémusi vnitřnímu zaplavení vjemy, který pak vede k rozvoji obranných mechanismů: psychotické projekce, reaktivního formování a psychotického formování.

²³ Kavanagh (1992) uvádí 44% riziko relapsu u jedinců žijících v prostředí vykazujícím vysokou emoční expresivitu oproti riziku 21% u jedinců pocházejících z prostředí s nízkou emoční expresivitou

Ačkoli ani tyto modely nemohou být plnohodnotným etiologickým konceptem schizofrenního procesu, mají určitý potenciál v terapii – mohou posloužit k lepšímu uchopení symptomatiky konkrétního pacienta.

5.4. Teorie vzniku schizofrenního onemocnění

Na zmiňované nálezy můžeme nahlížet jako na střípky mozaiky popisující etiologii tohoto závažného a heterogenního onemocnění. Uvedme tedy na závěr přehled komplexních teorií, které se snaží o vysvětlení podstaty schizofrenního procesu v jeho celistvosti.

5.4.1. Evoluční teorie schizofrenie

Tato teorie se především snaží zodpovědět otázku, kdy a proč porucha vznikla a proč je v populaci dále udržována s konstantní prevalencí navzdory tomu, že postižení mají signifikantně méně potomků a proč tedy nezanikla negativní selekcí nemocných. Z toho plyne předpoklad, že s vlohami pro onemocnění je paralelně předáván jiný, adaptabilní znak. Definice takových znaků je předmětem výzkumu, Libiger (in Höschl et al., 2004) však dodává, že tyto teorie obsahují silný spekulativní prvek.

5.4.2. Neurovývojový model vzniku schizofrenie

Tato teorie předpokládá vznik podkladu onemocnění v časných vývojových stádiích, tedy prenatálním a perinatálním. Proti vysvětlení podstaty vzniku schizofrenie na základě pre- a perinatálně vzniklých lézí svědčí především fakt, že onemocnění je v některých případech nejen léčitelné, ale i vyléčitelné.

5.4.3. Teorie funkčního rozpojení

Existují přinejmenším dva modely, které se snaží o vysvětlení schizofrenie na základě disharmonie či rozpojení různých oblastí CNS zodpovědných za různé psychické funkce.

V úvahu přicházejí zejména následující možnosti této dyskonektivity: rozpojení kortikolimbické a kortikokortikální.

Jak je patrné z výše uvedeného, přes intenzivní výzkum a množství navrhovaných hypotéz není dosud etiologie onemocnění zdaleka objasněna. Jisté je, že se na jeho vzniku a průběhu podílí množství faktorů, které je navíc u různých pacientů zastoupeno v různé míře, což je ostatně úzce spjato s heterogenní povahou onemocnění. V současné době považujeme za přijatelnou teorii dispozice a zátěže, přičemž mezi dispozičními faktory dominují prokázané genetické vlohы. Díky rychlému pokroku techniky v neurologickém výzkumu se v současné době má za to, že právě díky těmto moderním metodám bude podstata onemocnění objasněna, pro což ostatně svědčí i množství biochemických, strukturálních, histologických, neurologických a dalších abnormalit, které jsou u schizofreniků pozorovány.

6. Základní symptomy

Ačkoli jsou jádrové příznaky jednotlivých psychických funkcí dobře známy, nelze říci, že existuje konkrétní patognomický příznak této choroby. Symptomatika je tak nespecifická, liší se od jedince k jedinci a částečně také u jedince v průběhu času. Lze tedy říci, že charakteristická je právě heterogenita příznaků a především jejich seskupení. V současné době je užívána klasifikace symptomů do následujících skupin:

6.1. Pozitivní příznaky

Tyto symptomy psychotické kvality jsou nejčastější příčinou hospitalizace a jsou spojovány s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou.

- **Bludy.** Často se vyskytují bludy paranoidní a bludy s náboženským obsahem (religiózní), typické jsou paranoidní bludy s technickým obsahem - např. sledování různými přístroji, paprsky, apod.²⁴(Kučerová, 2011). V kontextu této práce dodejme, že obsah bludů často se často odráží ve výtvarné tvorbě.

²⁴ Zde je na místě povšimnout si, jak markantně je klinický obraz onemocnění poplatný dané historické etapě.

- **Halucinace.** Pro schizofrenii jsou typické především halucinace sluchové, jež mohou mít podobu hlasů, které s jedincem vedou rozmluvu, či komentují jeho chování. Méně časté jsou potom halucinace zrakové (jednoduché nebo složité). Vyskytují se i halucinace čichové a chuťové (často společně), nebo tělové. Typem tělových halucinací jsou i halucinace posedlosti, kdy je pacient přesvědčen, že jeho pohyby nejsou spontánní, že je provádí někdo jiný (Svoboda (ed.), 2006)
- **Poruchy myšlení.** Charakterizovány jsou zmatením myšlení, což je patrné z verbálního projevu nemocného, která v něm přeskakuje z jednoho tématu na druhé a to jen s malou či dokonce žádnou logickou vazbou. Takový projev nazýváme inkoherní řečí a může být pro recipienta až zcela nesrozumitelný.
- **Bizarní chování** představuje společensky nevhodné nebo podivné chování, např. svlékání se na veřejnosti, grimasování, nebo zaujímání zvláštních postojů.

6.2. Negativní příznaky

Pokud nahlédneme na výše uvedené příznaky jako na symptomy „nadbytečné“, nepřítomné u normálních zdravých jedinců, negativní příznaky pak můžeme chápat jako ztrátu nebo oslabení normálně přítomných funkcí.

- **Emoční oploštělost a nepřiměřenost** jsou poruchami emotivity. Oploštělost je charakterizována ochuzením prožitku, neschopností emočně reagovat na jinak objektivně intenzivní emocionální podněty. Nemocný okolí jeví jako laxní, bez zájmu až bezcitný. V druhém případě se vyskytují emoční projevy nepřiléhavé vůči situaci (například smích nad úmrtím apod.). Toto chování je zejména typické pro hebefrenní schizofrenii.
- **Apatie a ztráta zájmu** je typická sníženou motivací a vede nejen k neschopnosti pracovat a věnovat se zájmovým aktivitám, ale v některých případech až neschopnosti postarat se o osobní hygienu apod.

- **Abulie** se svým způsobem podobá zmíněné ztrátě zájmu, příčinou z ní plynoucího ochuzení aktivit zde však není nezáměr o činnost a jako takový, ale spíše neschopnost volně plánovat a řídit své jednání.
- **Sociální stažení** u nemocných schizofrenií může nabývat různé intenzity od komplikací při navazování vztahů a povrchní interakci s okolím až po aktivní vyhýbání se sociální interakci.
- **Ochuzení myšlení** co do obsahu a objemu je opět patrné v pacientově verbálním projevu, který je výrazně redukován na holé věty či strohé odpovědi, popřípadě je slovní projev volný, ale ve skutečnosti nesděluje žádný obsah.

6.3. Kognitivní příznaky

Jak uvádí J. Praško a kol. (2011), schizofrenici dosahují horších výsledků prakticky ve všech psychologických testech.

Poruchám pozornosti bývají připisovány horší výsledky v neuropsychologických testech, přičemž největší problém mají tito pacienti s volní složkou pozornosti, obtížně se soustředí na jeden zdroj, jsou snadno vyrušitelní.

Poruchy paměti mohou u některých pacientů dosahovat až intenzity amnézie. Větší problémy mají schizofrenici s vybavováním než s poznáváním a pokud jde o složky paměti, téměř nepoškozená zůstává paměť procedurální a sémantická.

Exekutivní funkce jsou nadřazeným systémem jednotlivých modulů kognitivních funkcí – percepce, pozornosti, paměti a jazyka. Je zde předpoklad, že abnormality těchto modulů jsou sekundárními právě vůči tomuto nadřazenému řídicímu systému exekutivních funkcí.

7. Klinický obraz jednotlivých forem onemocnění a jejich diagnostika

Pro všechny formy onemocnění platí, že neexistuje specifická metoda, ať už laboratorní, zobrazovací nebo psychometrická, která by byla specifická pro diagnostiku schizofrenie. Dosud se tak opíráme zejména o subjektivní popis prožitků a pozorování symptomů uvedených v předchozím oddíle.

Laboratorní metody však mají své uplatnění v diferenciální diagnostice, akutní psychotické stavy totiž mohou mít podobný klinický obraz jako duševní poruchy způsobené psychoaktivními látkami, stejně tak se podobné symptomy mohou vyskytnout při některých nakažlivých chorobách (encefalitida u AIDS, herpetická encefalitida, neurosyfyilis) a metabolických poruch (uremie, Wilsonova choroba, akutní nedostatek vitamínu B12), (Češková, 2005).

Za tímto účelem administrujeme i psychometrické metody, navíc při diagnostice tak závažného onemocnění prostupujícího různé aspekty pacientovy osobnosti se snažíme získat komplexní psychologický nálezn. Uplatňují se tak testy inteligence, pozornosti, paměti (je třeba vyšetřit hloubku kognitivního deficitu) a testy osobnosti. Zhoršení výkonu v testech organického poškození mozku je pro schizofreniky typické, avšak právě mezi organicitou a psychotickým onemocněním často nediferencuje. Přesto byla zjištěna specifika typická právě pro schizofreniky – např. bizarnost konfigurací či roztříštění figur v Bender-Gestalt testu (Svoboda, 2010). Zcela zásadní postavení mají v diagnostice schizofrenie projektivní metody a samozřejmě klinické škály konstruované speciálně k diagnostice a diferenciální diagnostice širokého spektra psychopatologie.

Přes nezanedbatelnou úlohu výše uvedených metod o diagnostice schizofrenie stále platí, že stojí na klinických metodách. Jelikož je toto onemocnění výrazně heterogenní povahy, rozlišujeme několik jeho forem charakterizovaných typickými znaky, o něž se při diagnostice opíráme.

7.1. Paranoidní schizofrenie

Tato forma je nejčastěji se vyskytujícím typem onemocnění. Charakteristická je zejména pozitivními příznaky – halucinacemi a bludy, které jsou právě zejména parandoidního charakteru a mají organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného, které má často magický nebo symbolický charakter. Halucinace jsou nejčastěji auditivní, někdy kombinované – zejména u onemocnění s pozdním začátkem. Ostatní příznaky (narušení emotivity, vůle, řeči) jsou obvykle poměrně nenápadné. Začátek bývá pozdější než u hebefrenní či katatonní formy, za určitý podtyp pak lze považovat tzv. pozdní schizofrenii, která propuká netypicky ve 4. a 5. deceniu.

7.2. Hebefrenní schizofrenie

U schizofrenie hebefrenního typu jsou naopak v popředí symptomatiky změny afektivity. Chování je nepředvídatelné, nálada nepřiměřená situaci, typická manýrováním, grimasováním atd. Dá se říct, že projevy jakoby karikují chování typické pro pubertální věk. Myšlení je dezorganizované, projevuje se nespojitou řečí. Halucinace a bludy mohou být přítomny, nejsou ale v klinickém obrazu významné. Typicky tato forma propuká mezi 15.-25. rokem. Vzhledem k rozvoji negativních symptomů má špatnou prognózu.

7.3. Katatonní schizofrenie

U tohoto typu jsou v popředí poruchy psychomotoriky. Pacient tak může vykazovat nadměrnou vzrušivost, bezcílný neklid nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky, kdy kdy tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách a při pasivním pohybu vykazují zvýšený svalový tonus označovaný jako vosková ohebnost (*flexibilitas cerea*, *katalepsie*). Tyto projevy se mohou střídat ve svých extrémních variantách od hyperkineze ke katatonnímu stuporu, kdy pacient zaujímá nepřírozené pozice, v nichž setrvává. Vyskytuje se negativismus a povelový automatismus.

7.4. Nediferenovaná schizofrenie

U této formy jsou splněna obecná kritéria pro schizofrenii, ale nelze ji zařadit k žádnému ze specifických subtypů nebo jsou splněna kritéria pro více než jeden z nich, aniž by některá charakteristika převládala.

7.5. Postschizofrenní deprese

Touto poruchou rozumíme depresivní epizodu, která vzniká po odeznění schizofrenie. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají.

7.6. Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie představuje chronické stádium ve vývoji onemocnění s jasným postupem od počátečního stádia zahrnujícího jednu nebo více atak k pozdějšímu stavu charakterizovanému dlouhodobými negativními příznaky a zhoršením.

7.7. Simplexní schizofrenie

U této vzácně se vyskytující formy chybí bludy a halucinace a negativní příznaky typické pro reziduální schizofrenii se rozvinou, aniž by jim předcházely psychotické symptomy. Onemocnění je tak často rozpoznáno v souvislosti s výraznou změnou postojů vůči rodině, škole, nebo zaměstnání.

V DSM-IV chybí jednotky analgické k postschizofrenní depresi a simplexní schizofrenii, další odlišností je pak klasifikace hebefrenní schizofrenie, která je v DSM-IV klasifikována jako dezorganizovaný typ schizofrenie.

7.8. Obecná diagnostická kritéria podle MKN-10

Diagnostická kritéria pro uvedené formy odrážejí příslušné charakteristické rysy uvedené výše. Následující přehled uvádí obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro schizofrenii (Motlová, 2005):

G1. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze znaků a symptomů popsaných pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc:

(1). Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- Ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- Bludy kontrolování, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění; bludné vnímání.
- Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
- Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepříjemné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti

(2). nebo alespoň jedna z následujících charakteristik:

- Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu
- Neologismy, zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherence nebo irelevantní řeč.
- Katatonní jednání
- “Negativní” příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí

G2. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky:

(1) Jestliže pacient splňuje take kriteria pro manickou fazi nebo depresivni fazi, pak kriteria uvedena shora po G1 (1) a G2 (2) musel splňovat před tím, než se rozvinuly afektivni příznaky.

(2) Poruchu nelze přičíst organickému onemocnění mozku ani intoxikaci vyvolané alkoholem nebo psychoaktivními látkami, závislosti nebo odvykacímu stavu.

8. Průběh a prognóza

Vzhledem k metodologické náročnosti výzkumu a z toho plynoucím nedostatkům jsou údaje o variantách průběhu udávány v poměrně širokém rozmezí. Höschl (2004) uvádí, že množství pacientů, kteří prodělají jedinou epizodu onemocnění, se pohybuje mezi 15-22%, přičemž u 75% z nich dochází k plné remisi a u 12% z nich k remisi s reziduem. V této souvislosti byly popsány některé faktory zvyšující a naopak snižující pravděpodobnost dobré prognózy. Vzhledem k charakteru onemocnění je významným měřítkem i sociální zlepšení, společenská způsobilost a schopnost samostatného života. Ukazuje se, že v této oblasti dosahuje zlepšení 39-65% pacientů, ačkoli často nekoresponduje s hodnocením výsledného klinického stavu (Libiger in Höschl, Libiger & Švestka, 2004).

Horáček (2003) uvádí následující typické průběhové varianty onemocnění:

- jediná epizoda s úplnou remisí
- onemocnění probíhající v atakách s úplnými remisemi
- onemocnění probíhající v atakách se stabilním defektem
- onemocnění probíhající s atakách s progredujícím defektem
- chronický průběh s postupnou deteriorací

Obecně se tedy má za to, že schizofrenie je onemocněním, které je možné úplně vyléčit, avšak vzhledem k jeho heterogenní povaze a multifaktoriální etiologii je jeho průběh i prognóza značně variabilní.

9. Terapie

9.1. Farmakoterapie

Psychofarmaka (zpravidla ze skupiny antipsychotik) mají dnes v léčbě schizofrenie zcela výsadní postavení. Odborníci se domnívají, že v ideálním případě by měly být nasazeny již v prodromální fázi onemocnění, realita je nicméně jiná a pacienti začnou být léčeni obvykle ve fázi propuknutí první epizody s floridními symptomy, pro něž jsou obvykle hospitalizováni. Zdaleka není samozřejmostí, že preparát první volby je v daném v případě účinný vzhledem k tomu, že užívání antipsychotik s sebou nese řadu (i závažných) nežádoucích účinků a bývá tak často třeba vyzkoušet několik preparátů. Obecně tedy akutní léčba probíhá tak, že je nasazen preparát v podstatně nižší dávce, než je maximální možná a tato dávka je následně zvyšována do míry, než začne lék účinkovat (tzv. titrační fáze), teprve když ke kýženému účinku nedojde při maximální možné dávce, následuje výměna antipsychotika. Po stabilizaci akutní fáze jsou obvykle indikována antipsychotika druhé generace v udržovací dávce.

Klasická antipsychotika

Antipsychotika první generace, jinak též klasická antipsychotika²⁵, bývají podle klinického aspektu klasifikována na incizivní a bazální (sedativní). Bazální antipsychotika mají hypnosedativní účinek a malou miligramovou účinnost (dávkována jsou většinou ve stovkách miligramů). Charakterizována jsou rovněž nižší bloádou D2 a bloádou jiných receptorů – histaminových, cholinergních a alfa adrenergních (Češková, 2005). Z toho také vyplývají typické nežádoucí účinky. Incizivní antipsychotika jsou oproti tomu charakterizována silnou bloádou D2 a minimální bloádou ostatních receptorů, z čehož vyplývá jejich vysoká účinnost v rámci redukce pozitivních příznaků, ale také neurologické nežádoucí účinky z oblasti extrapyramidové symptomatologie.

²⁵ Tato skupina antipsychotik je, mj, reprezentována dodnes užívaným preparátem chlorpromazinem, jehož objev a následné zavedení do klinické praxe v r. 1952 znamenalo doslova revoluci v psychiatrii.

Atypická antipsychotika

Tato skupina léčiv, označovaná též jako antipsychotika druhé generace, se vyznačují schopností ovlivňovat negativní psychotickou symptomatologii a nízkým potenciálem vyvolávat extrapyramidovou nežádoucí symptomatologii. Samozřejmě jejich užívání není bez rizik a přináší možnost dalších nežádoucích účinků, přesto jsou dnes antipsychotika druhé generace lékem první volby. Atypická antipsychotika klasifikujeme podle jejich receptorového působení. Specifičnost účinků a nežádoucích účinků je analogická k mechanismu působení na daný receptorový systém.

Lze tedy říci, že vzhledem k menšímu výskytu neurologických nežádoucích účinků a lepšímu ovlivnění afektivní symptomatologie a negativních účinků jsou atypická antipsychotika lékem volby, nicméně i klasická antipsychotika stále nacházejí své uplatnění, a to zejména tam, kde je zapotřebí navodit sedativní účinek, tedy u pacientů agitovaných a se sklonem k agresivnímu chování.

9.2. Elektrokonvulzivní terapie

Tato forma léčby byla v minulosti spolu s atropinovou či inzulinovou terapií běžně užívaným terapeutickým prostředkem, po zavedení antipsychotik nicméně její užívání ustoupilo do pozadí. Nelze ale říci, že by (na rozdíl od dalších dvou jmenovaných metod) dnes nebyla v některých případech indikována. Uplatnění tak nachází u farmakorezistentních případů schizofrenie, u nemocných s výraznější afektivní komponentou a při katatonní symptomatologii. Zároveň je účinnou pomůckou ke zvládnutí neuroleptického maligního syndromu, jež je vzácným, nicméně velmi závažným nežádoucím účinkem při podávání neadekvátní dávky antipsychotik.

9.3. Psychoterapeutické a sociálně terapeutické postupy

Schizofrenie je onemocněním, u něž psychoterapie naráží na četná a závažná úskalí. Jak uvádí Praško (2011), jedná se zejména o nedostatečný náhled nemoci, s ní spojenou malou nebo žádnou motivaci k léčbě, nutnost ovlivnění i rodinného prostředí, nutnost užívání

psychofarmak a jejich nežádoucí účinky, špatnou complianci, občasné psychotické ataky s nutností hospitalizace a kognitivní deficit pacientů.

Přes tyto limity samozřejmě psychoterapeutické postupy v léčbě schizofrenie své uplatnění nacházejí. V první řadě s jejich pomocí aplikujeme psychoedukaci, kdy je cílem zvýšit informovanost nejen pacienta, ale i jeho rodinných příslušníků a různých aspektech onemocnění (průběhu a povaze psychózy, postupech léčby jejích možných nežádoucích účincích apod.). Psychoedukace zvyšuje pacientovo vědomí vlastní kompetence, jejím účelem je zejména navodit pacientův aktivní a zodpovědný přístup ke svému stavu a tentýž postoj pěstovat u jemu blízkých osob.

Ať už v rámci denních stacionářů nebo zařízení fungujících v rámci psychiatrických klinik a léčeben fungují programy nabízející terapeutické a rehabilitační postupy, jako jsou arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, či kinezioterapie, které jsou nenahraditelným prostředkem k překonání negativního vlivu nestrukturovaného času, pocitů méněcennosti, ale zejména prostředkem k relaxaci a sebevyjádření.

Z konkrétních psychoterapeutických přístupů se uplatňuje zejména podpůrná terapie, která vede k posílení duševní rovnováhy, zpracování psychotické zkušenosti a v neposlední řadě také pomáhá pacientovi zvládat psychicky vypjaté situace, které by mohly působit jako spouštěč relapsu. Aplikace individuální psychoterapie má podobné indikace, počítá se zde však s navozením hlubšího vztahu. Nácvik sociálních dovedností spolu se skupinovou terapií pacientovi umožňují zlepšit jeho interpersonální dovednosti, uvědomit si své formy chování a jejich působení na ostatní a svou situaci ve světě. Jak známo, schizofrenní proces bývá často spojen s různou mírou kognitivního deficitu. K jeho rehabilitaci byly vyvinuty programy zlepšující kapacitu paměti, pozornost, dovednost konceptualizace atd. Kognitivně behaviorální terapie dokonce nabízí určité postupy k ovlivnění halucinací a bludů, nejedná se samozřejmě o odstranění těchto symptomů, ale spíše o jejich zvládnutí (Libiger, 2004).

Psychoterapeutické a sociálně rehabilitační postupy jsou na poli terapie schizofrenie poměrně malou hybnou silou, působí však v oblasti, kde naopak nemají potenciál psychofarmaka. Jestliže ta jsou alfou a omegou léčby pozitivních a v různé míře negativních symptomů, jen sekundární efekt mají v psychosociální oblasti (např. pacient v společnosti lépe funguje, netrpí-li halucinacemi). Jak ale bylo zmíněno, schizofrenie vzhledem k tomu, v jaké šíři celou osobnost zasahuje, vyžaduje terapeutické působení rovněž v širokém spektru. Víme, že častou variantou průběhu je klinický obraz s vymizením floridní psychotické

symptomatiky avšak s reziduem některých negativních (deficitních) symptomů. Jakkoli je psychoterapie vhodným doplňkem a pomocnou metodou farmakoterapie po celou dobu schizofrenního procesu, po odeznění akutní fáze, může mít i dominantní postavení jako nástroj sloužící ke zvládnutí této deficitní symptomatiky a především jako nástroj sociální rehabilitace.

IV. PSYCHOPATOLOGIE VÝTVARNÉHO PROJEVU SCHIZOFRENÍKŮ

Základní charakteristiky výtvarné tvorby nemocných s různými okruhy duševní poruchy byly rozebrány v kapitole o arteterapii. Nyní se tedy zaměříme na tvorbu pacientů – schizofreníků.

Z vlastní zkušenosti mohu říci, že většina děl schizofrenních tvůrců je pro cvičené oko rozpoznatelná na první pohled. Bylo by ale zavádějící domnívat se, že je to snad způsobeno jednotvárností těchto děl. Zejména obsahové charakteristiky této tvorby jsou poplatné době a kultuře, ve které díla vznikala. Domnívám se navíc, že tak jako je schizofrenie pojímána jako heterogenní skupina poruch, nabývá i tvorba těchto pacientů vyšší variability, než je tomu např. u pacientů depresivních. Nutno dodat, že uvedené rysy se navíc proměňují v čase a tak se v tvorbě promítá jednak forma onemocnění, jednak individuální zvláštnosti pacienta (zejména v obsahové stránce) a jednak fáze onemocnění. Ponechme ale stranou tuto různorodost a pokusme se naopak definovat rysy, které jsou těmto dílům společné.

C. G. Jung (1998) výstižně zformuloval rozdíl mezi tvorbou neurotických a schizofrenních pacientů. Zatímco první skupinu definuje jednotným citovým laděním a v případě děl abstraktních bez vyjádřeného citového momentu potom alespoň vyjádřením zřejmého smyslu a symetrií, pro schizofrenní tvorbu je typická citová cizota nebo nejednotnost až rozpor. Jak dále uvádí. Z formálního hlediska převládá charakter rozervanosti, který se projevuje v lomových liniích, které se táhnou obrazem a vyvolávají dojem zborcení. Obě skupiny nicméně spojuje symbolický obsah kresby, jež u neurotiků naznačuje smysl a vyjadřuje snahu o jeho pochopení a sdělení, zatímco u schizofreníků se spíše stává obětí tohoto smyslu, jako by jím byl přemožen.

Lhotová (2005) uvádí, že jsou-li něčím díla schizofreníků typická, pak svou extrémností. Jsou buď barevně přebujelé nebo naopak monochromatické, někdy jsou ve znamení jednotvárných detailů, jindy chudé na detaily, někdy je formát zcela zaplněn do posledního místa, jindy je kresba chudá a číší z ní prázdnota. Obsahově může nést dílo scény citově velmi nabitě a jindy zase naopak vyvolávat dojem naprosté neangažovanosti.

Tvorbou schizofreníků se intenzivně zabýval německý psychiatr Helmut Rennert,

který r. 1962 ve své publikaci *Die Merkmale schizophrener Bildnerie* definoval 14 kritérií typických pro schizofrenní tvorbu (cit. dle Ledvinová, 2002):

1. Vertikální posun úhlu pohledu
2. Barokně zdobené formy (cukrářský styl)
3. Obrazový salát
4. Využití plochy až k okraji papíru (“horror vacui”)
5. Vepsání písmen
6. Kombinace heterogenních materiálů
7. Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty
8. Ornamentální stereotypie
9. Plochu zaplňující iterace figur, symbolů
10. Stereotypní opakování, perseverace
11. Geometrizace a schematizace
12. Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky
13. Ztráta kompozice
14. Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat

Velmi podobné znaky schizofrenní tvorby uvádí i Jakabová (1956, cit. dle Hárdi, 1992) navíc zde uvádí následující znaky jako archaizující primitivní zobrazení a slabá kvalita čar bez důrazu.

Walter Morgenthaler (1942) vytyčil na případě patrně nejproslulejšího umělce – schizofrenika vůbec, Adolfa Wölfliho následující znaky (cit. dle Hárdi, 1992):

1. sklon k symbolismu
2. snaha po monumentalitě skrz prázdnotu ke stereotypii
3. tendence k hravosti a svébytný rytmus, který potlačí věcné zobrazení úplně do pozadí

4. abstrahování na úkor zobrazení reality

5. sklon k dekorativnosti

I další badatel v oblasti schizofrenie, rakouský psychiatr Leo Navratil (1976) vymezuje typické znaky schizofrenního umění ve shodě s výše uvedenými autory a sdružuje je do čtyř hlavních tendencí:

1. symbolismus (čísla, znaky, spirály, labyrinty)

2. formalismus (výrazné nebo zanedbané užívání hraničních čar, geometrizace)

3. deformace, nepoměr, dislokace, distorze

4. tendence přikládat tvarům charakter obličeje

Kromě těchto uvedených tendencí popsal Navratil styl tvorby tvorbu schizofreniků jako nerealistický a nepřirozený (Cardinal, 1972).

Snažíme-li se o zevrubný výčet charakteristik tvorby schizofreniků, rozhodně nesmíme opomenout již zmiňovaného H. Prinzhorna, který se zabýval metafyzickou podstatou výtvarného umění a deskripci tvorby schizofreniků provedl na základě této své teorie. Připomeňme, že své závěry vyvodil z podkladů souboru čítajícího na 5000 děl pacientů. Základní charakteristikou schizofrenního myšlení je podle Prinzhorna *autistické stažení* pacienta, jehož následným symptomem je pak *asociativní rozvolnění*²⁶. Toto naladění se promítá do pacientova výtvarného projevu a zásadně ovlivňuje jeho obsahovou stránku. Toto tvrzení se značně shoduje s tvrzením J. Vinchona, který má za to, že „*Obrazy nemocných ukazují vrchol možnosti automatismu vyloučeného z vrchního dozoru rozumu*“ (1931, str. 62). Prinzhornovy poznatky vyslovené se značnou mírou opatrnosti jsou následující:

1. Schizofrenik vytváří jistý způsob zákonitosti formy, která neusiluje o smysluplnou jednotu.

26 Asociativní rozvolnění považuje Prinzhorn za sekundární symptom k autistickému stažení proto, že vzniká na základě obratu k „Já“ a opuštění převzatých konvencí či zkušeností vnějšího světa a dává tak vzniknout myšlenkám a potažmo tvorbě nespoutané těmito konvencemi.

2. Díla schizofreniků se vyznačují sklonem k symbolismu a dekorativnosti.

J. Vinchon (1931) ve své publikaci *Výtvarná tvorba choromyslných* kromě jiného poukazuje zejména na perseveraci schizofreniků v rámci celé jejich produkce a jako příklad uvádí svého pacienta, bývalého rytce medailí, který po propuknutí choroby kreslil výhradně návrhy medailí, jež navrhl pro všechny činy života, domácí činnosti apod .

Dalším velmi podstatným rysem schizofrenní výtvarné tvorby je její proměnlivost v čase analogická změně pacientova stavu. Ze samé podstaty tohoto jevu je zřejmé, že na něj lze poukazovat pouze v případech, kdy máme k dispozici sérii děl od totožného autora sebraných v různém čase. Pokud ovšem tuto možnost máme, dostává se nám do rukou cenný diagnostický i výzkumný materiál, který někdy až s překvapivou výmluvností ilustruje průběh onemocnění. Autorka této práce považuje za vhodné uvést zde známý případ britského kreslíře Louise Waina. Tento umělec byl ve viktoriánské Anglii značně populární pro své typické antropomorfizované obrázky zvířat, zejména koček. Panuje obecně známé přesvědčení o tom, že Wain onemocněl právě schizofrenií. Při bližším studiu však vychází najevo, že pro tuto (byť ne nepravděpodobnou) diagnózu neexistují dostatečné důkazy a nadto obrazy, které bývají prezentovány v pořadí demonstrujícím průběh onemocnění, nebyly datovány, jak uvádí autor monografie *Louis Wain: The Man Who Painted Cats* Rodney Dale. Nepokoušíme se zde o vyřešení tohoto problému, ale je vhodné na otázku poukázat. Neoddiskutovatelné nicméně je, že běžně prezentovaná série pěti kreseb není sama o sobě materiálem dostačujícím k tomu, abychom na progredující onemocnění mohli usuzovat. Dle názoru autorky kresby vykazují některé typické rysy (ornamentalizace, dekorativnost, posun k abstrakci), naopak ale chybí jiné charakteristické znaky, jako jsou horror vacui a či pověstná ztráta smyslu – i ve zcela abstraktní orientální kresbě vidíme zachovanou symetrii a obraz nepůsobí dojmem, že by autor byl užitým rytmem „pohlcen“, kompozice je úzkostlivě zachována

Z hlediska časového vývoje tvorby dále platí, že akutní fázi ataky pacient obvykle není schopen tvořit vůbec a skrz tvorbu chudou, následně abstraktní a postrádající kontakt s realitou dostává k produkci konkrétnější a blízké tvorbě normálních jedinců. Důležitý je zde ten aspekt, že se u tohoto druhu onemocnění výtvarný projev stává nejpřirozenější cestou komunikace, v mnohých případech dokonce jedinou a v době remise choroby tak autoři, jež

jinak neinklinují k výtvarnému umění, přestávají tvořit úplně (např. Prinzhorn, 2008).

Byl zde uveden výčet charakteristik definovaný několika autory a je zřejmé, že zejména z formálního hlediska nese schizofrenní tvorba prokazatelné typické rysy. Zmíníme na tomto místě ještě stručnou charakteristiku barevnosti schizofrenní tvorby. Má se za to, že neexistuje barevnost pro tuto skupinu typická, setkáváme se nicméně s kombinacemi, které na zdravé jedince působí značnou disharmonií a naléhavostí, vyvolávající pocit znepokojení. Barvy si tak ponechávají individuální význam.

Uvedli jsme zde poměrně široký výčet formálních znaků schizofrenní tvorby dle různých autorů. Z obsahového hlediska se často vyskytují náboženské motivy, velmi často v kombinaci s erotickou tematikou, což je jev u zdravých jedinců (zřejmě pod vlivem zažitých konvencí) poměrně nezvyklý (Prinzhorn, 2008). Jak bude rozebráno v empirické části, velmi častým jevem je zobrazování hlav a nelogicky umístěných očí (obojí je velmi častým prvkem „slovního salátu“), byť na to literatura významněji nepoukazuje – Syřišťová (1985) uvádí jako častý znak zvýrazněné oči plné úzkosti. Totéž platí pro výskyt v současnosti zobrazovaných témat inspirovaných vesmírem, mimozemským životem a vůbec jevy z oblasti science fiction. Tomuto se budeme dále věnovat v diskuzi.

Dosud jsme se zabývali znaky schizofrenní tvorby ve volné kresbě či malbě, nicméně i standardizované kresebné projektivní metody jsou formou výtvarného vyjádření a v diagnostice schizofrenie jsou navíc hojně užívány. Budou zde proto stručně zmíněny některé charakteristické rysy, které tyto pacienti vykazují²⁷.

Specifika schizofrenní tvorby v **dynamickém testu kresby lidské postavy** uvádí Machoverová. Typickým obsahovým rysem schizofrenní kresby V DTLP jsou nápisy a texty a bizarní, nedostatečné či zanedbané ošacení postavy. Z formálního hlediska se protokoly schizofreniků vyznačují plochostí, postava je markantně často na úrovni tyčové figury (ve vzorku 100 schizofreniků to bylo 81%) a vyskytuje se zvláště v akutní fázi a u chronických pacientů trvale. Dalším znakem bývá konturové zobrazení chladných forem s ostrým ohraničením, zarámování a fotografické zobrazení (typické je zejména pro pacienty v akutním stavu s příznivou prognózou), ovšem v kontrastu k uvedenému se objevuje i na detaily bohaté

27 Jedná se skutečně o stručný orientační výčet uvedený pro úplnost, neboť psychodiagnostika standardizovanými metodami přesahuje rámec této práce

a stínované zobrazení svědčící o grafické hyperaktivitě (Hárdi, 1992).

V **testu kresby stromu** vykazují schizofrenní pacienti jednak znaky analogické k ostatním projektivním metodám i volné kresbě, jako jsou deformované proporce, transparence či bizarní detaily a jednak znaky vlastní právě tomuto typu kresby, tedy rozštěp stromu, větve jsou kresleny jako zrcadlový obraz kořenů, kořeny mívají často tvar drápů (Buck, 1948).

Podobně charakterizuje kresby schizofreniků i Hammer (1991) v testu **dům – strom – člověk**. I zde je patrná bizarnost kresby, kolem domu se např. často vyskytují volně umístěné květiny, uprostřed domu se vyskytuje slunce, kresba obsahuje různé nápisy a komentáře, atd.

EMPIRICKÁ ČÁST

10. Výzkumný problém a výzkumný cíl

Teoretická část této práce byla věnována vzájemným souvislostem, které jsou styčným bodem výtvarného umění a psychologie. Pojednává tak o tématech arteterapie, art brut a o význačných rysech v tvorbě schizofrenních pacientů. Byly tak zde uvedeny typické zejména formální, ale i některé obsahové prvky, jejichž výskyt byl v dílech schizofreniků odborníky opakovaně zaznamenán. Ačkoli tvorba těchto pacientů stojí v samém centru zájmu terapeutů a psychiatrů a její jednotlivé aspekty jsou tak často předmětem nejrůznějších statí a esejů a tradičně vznikají akademické práce na téma specifík schizofrenní produkce ve standardizovaných kresebných projektivních psychodiagnostických metodách, chybí v literatuře naší provenience práce komplexního charakteru, která by poskytovala ucelenější pohled na danou problematiku. Navíc zde vyvstává otázka, zda si definované znaky nadále zachovávají svou platnost i v současnosti. Na jednotlivých dílech předkládaného vzorku se tedy autorka pokusila v komplexnosti poukázat na přítomnost, respektive absenci definovaných znaků ve vzájemných souvislostech a případně také o aktualizaci stávajících poznatků.

Cílem tohoto výzkumu je tedy kvalitativní zhodnocení kreseb pacientů vztažené k charakteristikám uvedených v dostupné odborné literatuře, jež vesměs vycházejí z kritérií definovaných Rennertem (1962, cit. dle Ledvinová, 2002), Morgenthalerem (1942, cit. dle Hárdi) a Navratilem (1976).

Jak již bylo několikrát zmíněno, cílem této práce je zachycení širších souvislostí psychopatologie a výtvarného umění a proto i tato empirická část práce bude kromě výše zmíněného věnována i arteterapii schizofrenních pacientů jako procesu. Nutno připustit, že nemáme přesné záznamy obsahující informace o průběhu arteterapeutického působení, ale jen ústně referované informace o význačných charakteristikách pro arteterapeutický proces u daného pacienta. Tento fakt je dán tím, že se jedná o již existující výzkumný soubor, u nějž některá data jednoduše nejsou k dispozici.

Klademe si tedy následující otázky:

- 1. Vykazují artefakty v našem vzorku charakteristiky uvedené v jmenované literatuře?**
- 2. Nasvědčuje analýza děl z našeho vzorku tomu, že existující další význačné charakteristiky neuvedené v literatuře?**
- 3. Jaké významné charakteristiky doprovázely arteterapeutický proces u těchto pacientů?**

Jak vyplývá z výše uvedeného, výzkumným cílem je jednak revize již stanovených charakteristik výtvarného výrazu schizofreniků a jednak deskripce některých jevů doprovázených arteterapeutický proces, v němž díla vznikala.

11. Charakteristika výzkumného vzorku a podmínky výzkumu

K dispozici máme 26 děl pocházejících od šesti autorů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Všichni autoři byli hospitalizováni v psychiatrické léčebně v Dobřanech u Plzně. Kresby a malby těchto pacientů vznikaly v různých časových obdobích v arteterapeutickém ateliéru léčebny a jejich fotografie byly pořízeny tamtéž během pětidenní stáže na tomto pracovišti. V době této stáže nebyl již až na jednu výjimku nikdo z autorů hospitalizován. K dispozici tak máme nesourodé anamnestické informace, které budou, v případě předpokladu souvislosti s prezentovanou tvorbou, uvedeny u jednotlivých případů. Dodejme, že počet děl, který máme od jednotlivých autorů k dispozici, je rovněž různý, což ostatně mj. odráží i individuální rozdíl v objemu jejich produkce. Mohlo by se zdát, že z výše uvedeného vyplývá určitý metodologický problém, domnívám se nicméně, že jediným údajem, jehož znalost je vzhledem k výzkumné otázce nezbytnou podmínkou, je diagnóza, s níž byli pacienti-autoři hospitalizováni a ta je ve všech případech známa – jedná se o homogenní skupinu pacientů s dg. paranoidní schizofrenie. S ohledem na různorodost v počtu zastoupení děl jednotlivých autorů s jejich individuálními specifiky v celkovém obsahu našeho vzorku potom bude na některá kritéria schizofrenní tvorby poukázáno ve vícero případech, než na kritéria jiná. Vzhledem k deskriptivnímu a kvalitativnímu

charakteru tohoto výzkumu si nicméně nečiníme nárok na zhodnocení statistické průkaznosti, a proto tato heterogenita dostupných dat není překážkou. Na zmíněná individuální specifika bude u jednotlivých autorů poukázáno.

12. Použitá metodologie a působ zpracování dat

Vzhledem k charakteru tohoto výzkumu se nabízí dvě možnosti, jak přistupovat zpracování dat. Jedním z možných postupů je stanovení příslušného kritéria na základě poznatků dostupných ve zmíněné literatuře (viz teoretická část) a jeho následná komparace v dostupných artefaktech obsažených v našem vzorku. Zvolena byla nicméně druhá možnost, totiž klasifikace děl podle kritéria autorství a následná explorace přítomnosti definovaných kritérií v kontextu tvorby příslušného autora. Jedině tak totiž můžeme kromě přítomnosti znaků zachytit i individuální charakter tvorby typický pro daného autora a stejně tak vývoj tvorby v čase. Neboť však není platnost definovaných znaků absolutní, vyskytují se i v tak malém vzorku, jaký máme k dispozici, výjimky a odchylky, na něž bude poukázáno. Tato jedinečnost je ovšem rovněž významným znakem, který bezesporu poukazuje na individualitu autora, ale s velkou pravděpodobností se i na heterogenitu onemocnění a jemné nuance jeho klinickém obraze v rámci téže diagnózy.

Jedná se tedy deskriptivně explorativní výzkum, kde v první řadě je cílem revize stávajících poznatků (viz první výzkumná otázka) a dále naznačení směru pro stanovení nových hypotéz, které by se mohly stát předmětem dalšího zkoumání. Konečně k třetí výzkumné otázce vztahujeme orientační výzkum, jehož cílem je poukázat na některá individuální specifika arteterapie u schizofrenních pacientů.

13. Sledované znaky

Rennert	Morgenthaler	Navratil
Vertikální posun úhlu pohledu	Sklon k symbolismu	Symbolismus (čísla, znaky, spirály, labyrinty)
Barokně zdobené formy (cukrářský styl)	Snaha po monumentalitě skrz prázdnotu ke stereotypii	Formalismus (výrazné nebo zanedbané užívání hraničních čar, geometrizace)
Nedbání na prostorové vztahy mezi jednotlivými obrazovými prvky	Tendence k hravosti a svébytný rytmus s potlačením věcného zobrazení tendence přikládat tvarům charakter obličeje	Deformace, nepoměr, dislokace, distorze
Využití plochy až k okraji papíru ("horror vacui")	Abstrahování na úkor zobrazení reality	tendence přikládat tvarům charakter obličeje
Vepsání písmen	Sklon k dekorativnosti	
Kombinace heterogenních materiálů		
Kombinace lidí nebo částí těla s neživými objekty		
Ornamentální stereotypie		
Plochu zaplňující iterace figur, symbolů		
Stereotypní opakování, perseverace		
Geometrizace a schematizace		
Obrazový salát		
Ztráta kompozice		
Rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat		

Přehled kritérií podle literatury (Rennert, Morgenthaler, Navratil)

Výše uvedená tabulka shrnuje přehled typických znaků dle jednotlivých autorů uvedený již v teoretické části. Nejrozsáhlejší je se svými čtrnácti kritérii definice znaků dle Rennerta, nicméně při bližším prozkoumání prozkoumání je patrné, že zdánlivá neobsažnost Navratilových kritérií je dána zejména shrnutím dílčích rysů do větších zastřešujících kategorií. Pro účely tohoto výzkumu by bylo výhodné podrobit definované rysy metaanalýze a zkoumat tak syntézu kritérií jednotlivých autorů. Vzhledem k tomu, že ale definice kritérií Rennertových a Morgenthalerových pochází ze sekundárních pramenů a kritéria dle Navratila byla volně přeložena autorkou této práce z německého originálu, přinesl by tento postup riziko zkreslení a proto budou kritéria srovnávána v této podobě.

Existují samozřejmě další autoři, jež definovaly rysy schizofrenní tvorby (viz kap. Psychopatologie výtvarného projevu schizofreniků v teoretické části této práce), uvedení tři tak ale učinili v největší komplexnosti a ostatní tak víceméně zastřešují, nebo totožné znaky pouze pojmenovávají tímž způsobem.

14. Interpretace

Případ D. Š.

Autorem následujících děl je muž, který byl v psychiatrické léčebně hospitalizován opakovaně a jeho tvorba si získala respekt nejen personálu, ale do jisté míry i veřejnosti, neboť vzhledem ke svému architektonickému vzdělání disponoval nadprůměrným výtvarným nadáním a jeho díla tak mezi ostatními nápadně vynikala, byla vystavována a jeho tvorba je tudíž typickým příkladem výtvarného projevu stojící na hranici mezi projevem art brut, patologickým projevem psychiatrického pacienta a projevem školeného umělce. I přes tuto svou odlišnost danou cvičeným projevem ale díla tohoto pacienta vykazují mnohé typické prvky vlastní schizofrenní tvorbě.

Odpovězme nejdříve na otázku specifík arteterapeutického působení u tohoto pacienta. Jak již bylo zmíněno, jedná se školeného umělce, který tvořil i mimo období hospitalizace a tedy mimo arteterapeutický proces. V první řadě je tak v tomto případě zřejmé, že arteterapie tomuto pacientovi umožnila trávit čas přirozeným způsobem – praktikováním záliby a byla protektivním faktorem vůči časté ztrátě vědomí vnímané vlastní účinnosti²⁸. Zejména vzhledem k výraznému vyjádření symbolů se nabízí možnost pracovat s pacientem ve smyslu dynamicky orientované projektivní arteterapie.

U pacienta D. Š. je vhodné upozornit ještě na jeden důležitý aspekt jeho výtvarné produkce. Byť nelze tvrdit, že se jedná profesionálního umělce, naopak, z anamnestických údajů je známo, že mimo prostředí léčebny žil na okraji společnosti (a dá se tak vlastně říci, že jde o umělce art brut), vešel přinejmenším v rámci svého domovského regionu v obecnou známost a stal se tak poslem „psychotického umění“ laické veřejnosti.

²⁸ Nízká vnímaná vlastní účinnost, resp. self efficacy bývá popisována zejména u pacientů s výraznými negativními symptomy (viz např. Bentall, 2010)



Obráz č. 1.: Komplexní vyobrazení zachyceného výjevu



Obr. č. 2: Komplexní vyobrazení 2



Obr. 3: Komplexní vyobrazení 3

V první řadě dodejme, co fotoreprodukcí nemusí být patrné: Ve všech třech případech se jedná o olejomalbu a díla jsou zachycena na plátnech o rozměrech cca 80x80 a 80x140 cm.

Budeme-li postupovat od nejobecnějších znaků k detailům, dozajista si i necvičené oko laika v první řadě povšimne nápadné výtvarné zručnosti. Dá se říci, že právě ta je v tomto případě zcela jedinečným odlišujícím prvkem a skutečně je dominující charakteristikou děl.

Pokračujme tedy deskripcí dalších prvků, které nejsou pro schizofrenní tvorbu typické. Jak jsme uvedli, častým jevem je ztráta perspektivy, plochost děl připomínajících koberce, Rennert tento znak označuje jako horizontální posun úhlu pohledu. Je zřejmé, že u těchto děl

je však perspektiva znázorněna. Nejpatrnější je to v druhém obraze, kdy je trojdimenzionalita explicitně vyjádřena binokulární disparitou - sbíháním linií dlaždic. Nutno ale podotknout, že i navzdory přítomnosti této perspektivy si obrazy jistou plochost zachovávají, a to díky nedodržení některých dalších zákonitostí trojrozměrného vnímání dvojdimenzionálně zachycených objektů: nepoměrné velikosti figur vzhledem ke vzájemné vzdálenosti – viz např. postava nahého holohlavého muže „sedícího na siluetě hor“ v obraze č. 2 nebo nejasnému překrývání figur.

Jmenovány byly znaky, které jsou v rozporu s kritérii popsány v odborné literatuře. Následuje deskripce znaků, které naopak vykazují shodu.

Povšimněme si nejprve **přítomnosti barokně zdobené formy** vyjádřené v abstraktních tvarech vyplňující plochu obrazu bez zjevné logiky a připomínající místy zdeformované siluety lidských postav, místy falické symboly a jindy působící dojmem snahy o prosté zaplnění prostoru. Tato tendence je jistě nejvíce patrná v prvním díle, kde vyplňuje celou dolní třetinu obrazu:



Obr. č. 4: Detail barokně zdobených forem

Zde jakoby tyto elementy působily dojmem, že svými organickými gangliovitými tvary naznačují určitý obsah a smysl (snad části lidských těl), který nicméně nebyl dokončen. V celém díle totiž zřetelně nalezneme sedm lidských figur, které se po vzoru motivů

barokních děl nacházejí v komplikovaných vztazích vyjadřujících dramatickosti vzájemného vztahu. Ve spodní části obrazu jakoby tyto neurčité tvary naznačovaly podobné uspořádání, ale nebyly dokončeny v tomto směru a za zvážení stojí, zda se během tvorby nenechal autor jednoduše pohltit aplikovanou formou na úkor vyjádření obsahu. Pro srovnání uvedme Jungovu myšlenku **pohlcenosti smyslem**, kdy onen přestává být prostředkem sdělení a přechází ve vůdčí motiv tvorby (Jung, 1994).²⁹

Oproti tomu ve zbylých dvou dílech barokní forma již zdaleka nezaujímá tak dominantní postavení a slouží patrně spíše k vyplnění prostoru a zdobení v souladu s Morgenthalerovým kritériem **sklonu k dekorativnosti**.



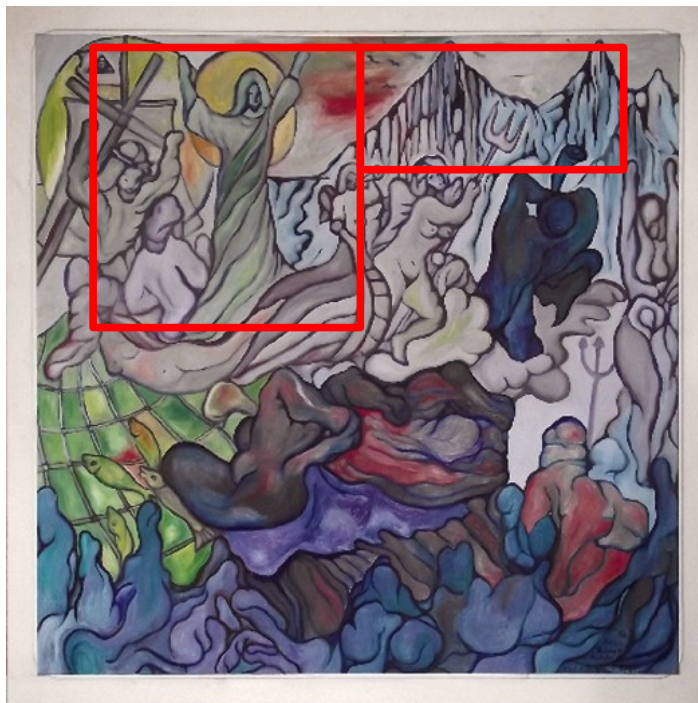
Obr. č. 5, 6: Barokní zdobení detailů a vyplnění prostoru dekorativními prvky

Tím se dostáváme k dalšímu charakteristickému prvku přítomnému v dílech, totiž fenoménu **horror vacui**. Je patrné, že se autor, jak je to jen možné, vyhýbá ponechání prázdnoty plochy, vidíme to například na prvním obraze, kdy vrcholky hor z hlediska

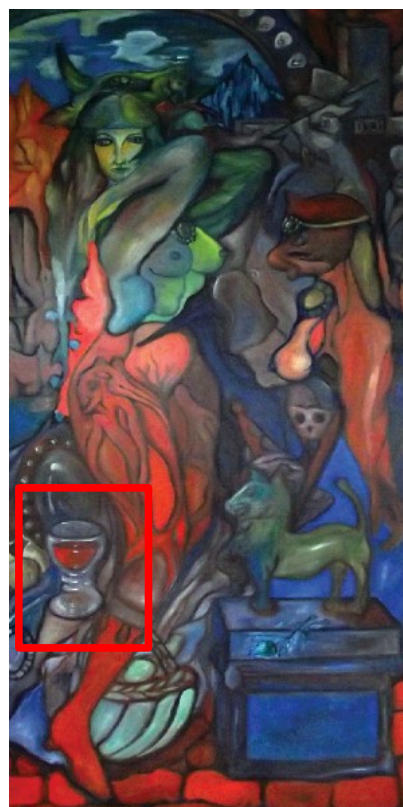
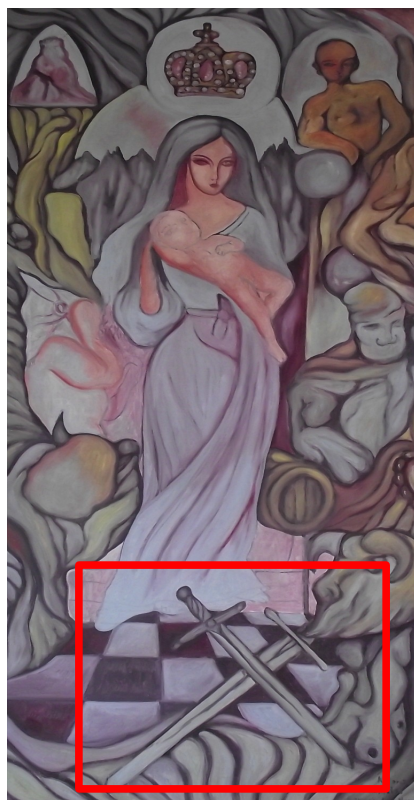
²⁹ Předpoklad, že barokně zdobená forma je zde prostředkem k naplnění autorovy pohlcenosti tvorbou, je však jen jedním z možných výkladů a explanace jevů navíc na rozdíl od prostého konstatování (ne)přítomnosti daného kritéria není účelem našeho výzkumu.

obvyklých konvencí kompozice zasahují nezvykle blízko k hornímu okraji plátna a kdy se lidská figura úplně vpravo ani nevejde celá na použitelnou plochu. Dále k tomuto dojmu strachu z prázdnoty přispívá právě i plocha zdobeně pokrytá a jakoby zhuštěná dolní třetina obrazu a nezvykle vykreslená plocha náležící horám v pozadí. Pohlédneme-li na další dvě díla, všimneme si, že i zde je plocha plátna pokrytá až okraji a všechny tři obrazy jakoby tak porušovaly běžné principy kompozice, kdy je v centrální části zachycen ústřední motiv celého díla, zatímco blíže k okrajům se nacházejí prvky pozadí, které jsou obvykle pro sdělení obsahu druhořadé. Z těchto děl ovšem získáváme dojem, jakoby byla jen výřezem komplexnějšího obsahu, neboť zobrazené figury skutečně zasahují až k okraji a nadto dokonce jakoby měly pokračovat dále, neboť k jejich celistvému zachycení jakoby již autorovi jednoduše nezbylo místo.

Mohlo by se ale stát předmětem diskuze, které z typických kritérií skutečně sytí vznik tohoto jevu, neboť stejně jako o horror vacui a z něj plynoucí přesahování vymezeného prostoru se může jednat o další z uváděných znaků, **ztrátu kompozice**, která je velmi blízká kritériu **nedbání na prostorové vztahy** či Navratilově kritériu **deformace, nepoměru, dislokace a distorze**. Jisté je, že tento znak je patrný v jiných aspektech obrazů:



Obr. č. 7: Detail Krista vyobrazeného v kompozičním nepoměru vůči horám v pozadí



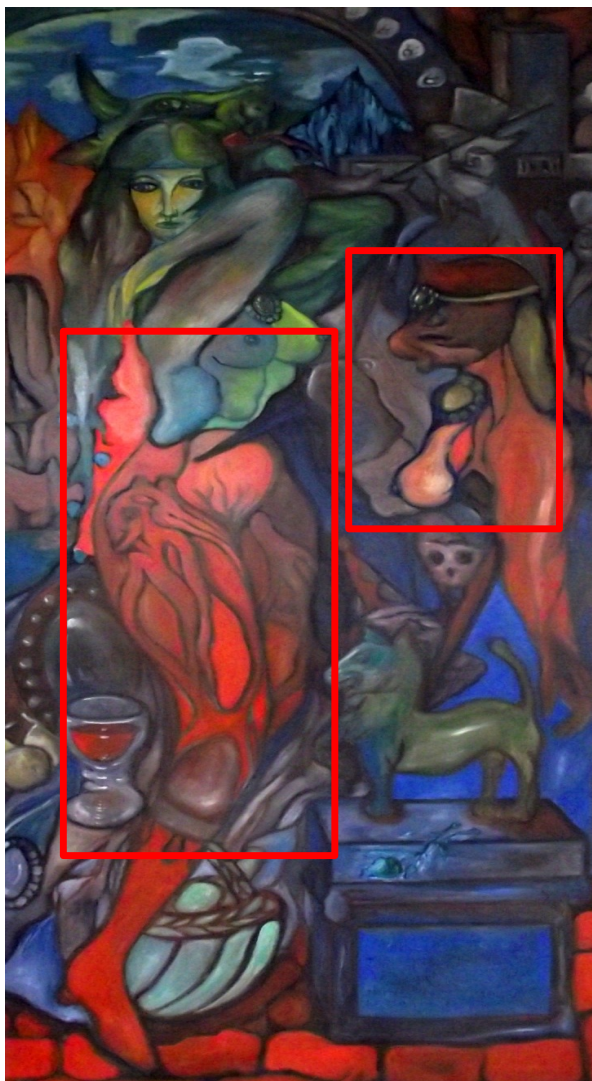
Obr. č. 8, 9: Další příklady porušení kompoziční logiky

Na obraze č.7 si v tomto kontextu povšimněme postavy připomínající biblický výjev stojící se vzepjatými pažemi před objektem Slunce ve stejné úrovni jako silueta hor. Nelze opomenout to, že autor velmi nezvykle zachytil postavu Krista v popředí Slunce a hned vedle postavu jinou opět v popředí Slunce (dost možná navíc rovněž Krista). Vzhledem k absolutně unikátnímu pojetí tohoto symbolu je jeho vyobrazení dvakrát na jedné ploše, natož vedle sebe, velmi nezvyklé.

Z hlediska porušení kompozice a prostorových vztahu je dále markantní již zmíněná postava muže „sedícího na siluetě hor“ a dále pak doslova do očí bijící symboly zkřížených mečů (obr. č.8) a kalichu s vínem (obr.č. 9) zachycených zcela mimo kontext obrazu (tedy mimo kontext prostorový).

Velmi pravděpodobně zde přesto nejsou zmíněné prvky vyobrazeny náhodně a pro nás jsou potvrzením přítomnosti kritéria **symbolizace**. Charakter zobrazovaných symbolů nás navádí k interpretaci na základě Jungových archetypů, to je však nicméně nad rámec této práce, neboť cílem je zde v první řadě poukázat na typické formální charakteristiky tvorby.

Dalším uváděným kritériem je **rozpuštění fyziognomie lidí a zvířat**. To je zejména patrné třetím z našich děl, kde je spodní polovina těla centrálně vyobrazené ženy znázorněna jakoby bez kůže a cévy, svaly a patrně děloha ženy jsou viditelné. Na tento zvláštní způsob transparency ještě poukážeme u dalšího z uváděných autorů. Jiné porušení fyziognomie dále můžeme sledovat u vpravo vyobrazené figury, jež je evidentně zvířecí, avšak v nejasně vyobrazeném trupu výrazně dominuje ženský prs.



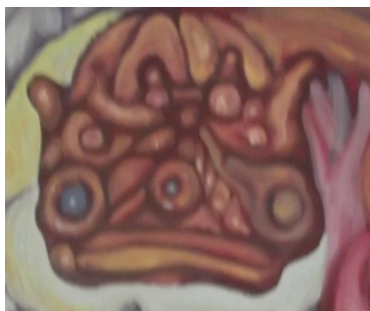
Obr. Č. 10: Porušení fyziognomie: transparency a kombinace prvků různých (živých) objektů



Obr. č. 11: Kombinace erotického a náboženského motivu

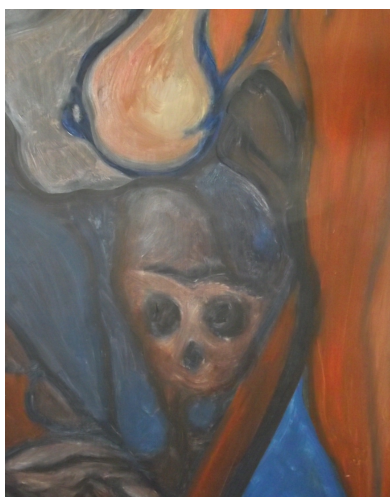
Zaměřme se nyní na některé obsahové charakteristiky autorova výtvarného projevu. Nejen ve zde prezentovaných dílech, ale i v další jeho tvorbě je patrné ulpívání na náboženských motivech. Prinzhorn (2009) uvádí, že **přítomnost náboženských motivů** pro schizofrenní tvorbu velmi typická. Toto tvrzení pochází nicméně z doby, kdy vyobrazování náboženských témat bylo obecně mnohem běžnější. Nepochybné je, že vzhledem k tomu, jak vlastní je schizofrenikům magické myšlení, je jim vlastní i zabývání se náboženskými tématy potažmo jejich zobrazování – pokud jim již fáze onemocnění dovoluje záměrně zachytit obsah vědomí a nejedná se pouze o ulpívání na rytmu projevu bez jakéhokoli zjeveného (a možná i bez zamýšleného) vyjádření smyslu, jako je tomu ve fázi neléčené akutní ataky. Nabízí se nicméně otázka, zda znázorňování náboženských motivů má stále takovou platnost a budeme se jí ostatně později zabývat. Dále ještě Prinzhorn (Ibid.) dodává, že velmi typická je kombinace těchto náboženských symbolů s motivy erotickými. Nabízí výklad, že prožívání erotična má pro pacienta stejně niterný význam jako prožívání víry a ten, oproštěný od omezení společenskými konvencemi je tak zobrazován na témže místě a na stejné úrovni.

Co platí bezesporu, je přítomnost kritéria **perseverace** napříč jednotlivými díly. Z tohoto hlediska si povšimneme zejména prvku hor v pozadí, který se vyskytuje u všech našich děl. Pokud bychom zde měli k dispozici vícero autorových děl, všimli bychom si, že se zdaleka nejedná o jediný takový symbol, viz např. opakované zobrazování koruny, trojzubců či křížů.



Obr. č.12, 13: Perseverace na stejných motivech

Jak již bylo řečeno, nečiníme si zde nárok na statistické zhodnocení přítomnosti obsahových či formálních znaků v kresbě, poukážme nicméně na jeden z typických prvků schizofrenní kresby, který je přítomen u mnoha autorů a opakovaně se vyskytuje i v našem vzorku a u typického představitele schizofrenní tvorby Adolfa Wölfliho (viz teoretická část), totiž samostatně a mimo logiku kompozice umístěného lidského obličeje bez těla, který navíc svým vyobrazením připomíná spíše mnohdy lebku, než normální lidský obličej, nebo alespoň lidský obličej jakoby zbavený znaků života (prázdný pohled).



Obr. 13: Typický prvek – obličej mimo kontext

Tento prvek pravděpodobně koresponduje s Navratilovým kritériem tendence přikládat tvarům charakter obličeje. Dodejme, že ve srovnání s četností výskytu tohoto jevu je překvapivé, že Navratil je jediným autorem definující tento znak.

Případ F. K.

V případě dalšího autora, rovněž pacienta diagnostikovaného s paranoidní schizofrenií, sice nejde o školeného umělce, ale i on se ve výtvarné tvorbě shlédl do té míry, že posléze uspořádal výstavu svých děl. Ostrý barevný kontrast a nekonvenční styl nepostrádající estetické uspořádání je ostatně jistě pro diváka dozajista působivým zážitkem.

Je zde prezentován malý výběr z několika desítek děl, které pacient během svého pobytu v psychiatrické léčebně vytvořil. Na rozdíl od předchozího případu sice nebyl umělecky aktivní před vypuknutím onemocnění a tvořit začal až v rámci indikované terapie, ale jeho extrémní produktivita a následné vystavování děl nasvědčuje tomu, že i pro něj byla arteterapeutická intervence důležitým prvkem léčby, a to v stejném ohledu – působila jako protektivní faktor vůči snížení sebepojetí. Vzhledem k nutkavému charakteru děl tak tvorba byla i prostředkem k naplnění potřeby činnosti (viz Prinzornův pud hrát si jako jeden z motivů výtvarné činnosti u schizofreniků často zvýrazněný).



Obr. 14: Komplexní vyobrazení

V první řadě je třeba podotknout, že z autorovy tvorby máme k dispozici několik desítek děl a jejich rukopis je velmi typický, dá-se říci shodný s prezentovanou ukázkou na obr. 14.

Z globálních charakteristik si zřejmě nejprve povšimneme pestrosti a kontrastu užitých barev. V tomto kontextu vzpomeňme na Lhotové tvrzení o časté **extrémnosti barevných kombinací**, někdy se hovoří dokonce o znásilnění barev. Velmi zřejmá je v tvorbě **abstrakce na úkor zobrazení reality**. Ačkoli pro účely této práce byly obrazy mírně ořezány, víceméně je vyobrazena celá jejich plocha a je tak zřejmé, že celou tvorbou opět prostupuje další typický rys, **horror vacui**. V rámci horror vacui je plocha až úzkostlivě vyplněna **iterujícími symboly a ornamenty** (Obr. 15):



Obr. č. 15: Příklad iterace symbolů a ornamentální výzdoby

U autora se dále setkáváme s **perseverací** na některých motivech napříč tvorbou. Jsou to zejména blíže nespecifikovatelné útvary organických tvarů, jež působí améboidním dojmem a vytvářejí cípaté ostré formy (a, obr. č.16) a jindy housenkovité či stonožkovité útvary se zvýrazněnými hrboly či cípy jakoby naznačujícími končetiny a „hlavou“ vykazující osovou symetrii (b, obr.č.17).

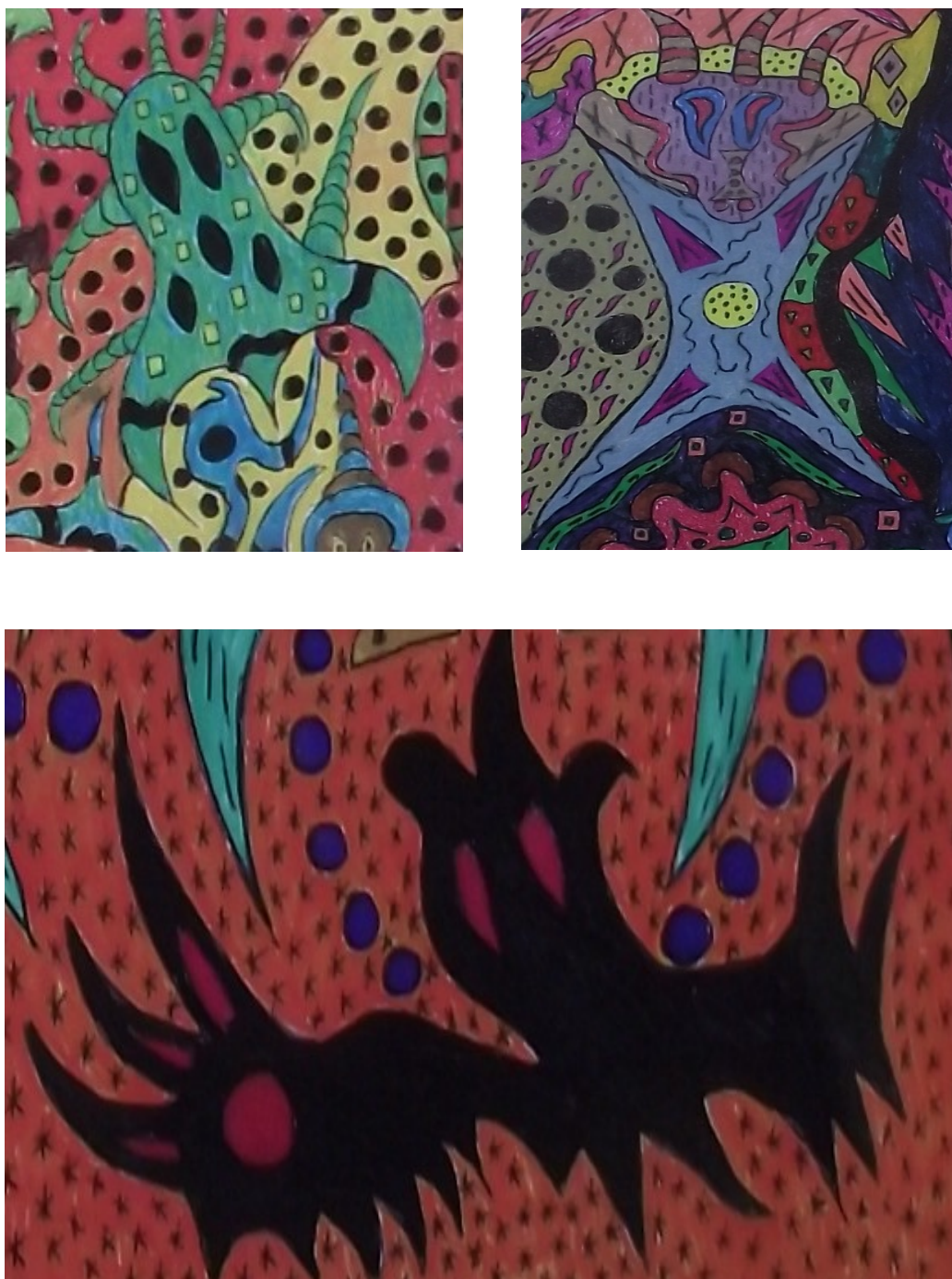


Obr. č. 16: Příklad užití prvku *a*



Obr. č. 17: Příklad užití prvku *b*

V dalších početných případech tyto „rohaté“ formy nabývají podoby lidské postavy či izolované hlavy, vždy stylizované jako démon nebo monstrum, nabývající podoby nějaké mimozemské bytosti (c, obr.č.18)



Obr. č.18: Příklad prvku c



Obr. č.19: Bizarnost a plochosť v kresbě

Ve vyobrazených kresbách spatřujeme pověstnou bizarnost – při bližším prozkoumání se zdá, jakoby byly obrazy vyplněny skoro výhradně motivy děsivých monster a stvůr, což ale ostře kontrastuje s optimistickou (byť poněkud agresivní) barevností. Na straně zdravého jedince percipujícího dílo tak vzniká dráždivá diskrepance mezi jednotlivými aspekty díla.

Kobercovou plochosť kreseb, výjevů zakomponovaných do ornamentálně vyplněného pozadí a detailní vykreslenosti drobných symbolů je tvorba tohoto autora blízká Adolfu Wölflimu.

Případ V. L.

Následující autor, rovněž muž, paranoidní schizofrenik, je v některých ohledech protipólem výše uvedených autorů. V obou výše zmiňovaných případech díla bezpochyby vykazují vysokou míru dynamiky. Tvorba tohoto autora je oproti nim poněkud rigidní. Další na první pohled patrná odlišnost spočívá ve zobrazovaných motivech. Jak bylo zmíněno v teoretické části této práce, jednou tendencí schizofreniků je sice abstrahování na úkor reality a zobrazování bizarních motivů ve vzájemně nelogických kombinacích, na druhé straně se ale setkáváme i s rigiditou, která je patrná jednak ve formální stránce tvorby (tváře bez výrazu, strnulé postoje figur) a jednak se promítá do perseverace na určitých motivech. V případě tohoto autora se zjevně snoubí oba zmíněné aspekty této svázanosti. Autor zde jakoby naopak trval na zobrazování realistických námětů i přes počáteční nezdary.

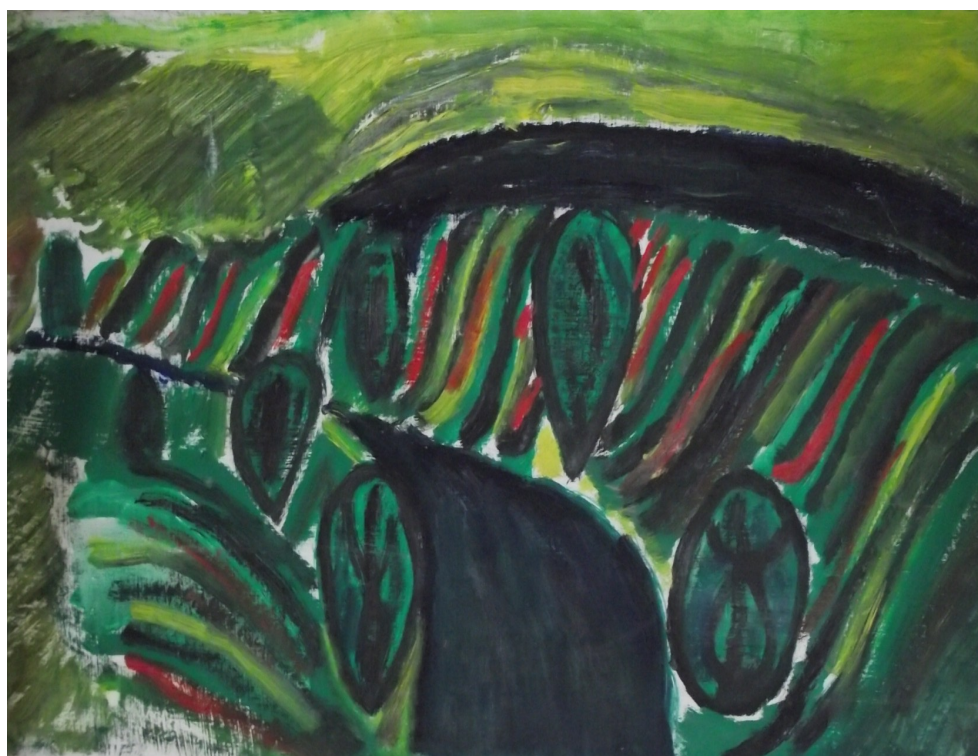
I z hlediska terapeutického procesu se jedná o odlišný případ. Ve dvou předchozích případech šlo o spontánně tvořící autory charakteristické až nutkavou nadprodukcí, zatímco tento pacient musel být k tvorbě podněcován až přemlouván. Z počátku projevoval nelibost nad požadavkem, aby kreslil či maloval a v průběhu léčebného procesu se arteterapie účastnil s narůstajícím potěšením.

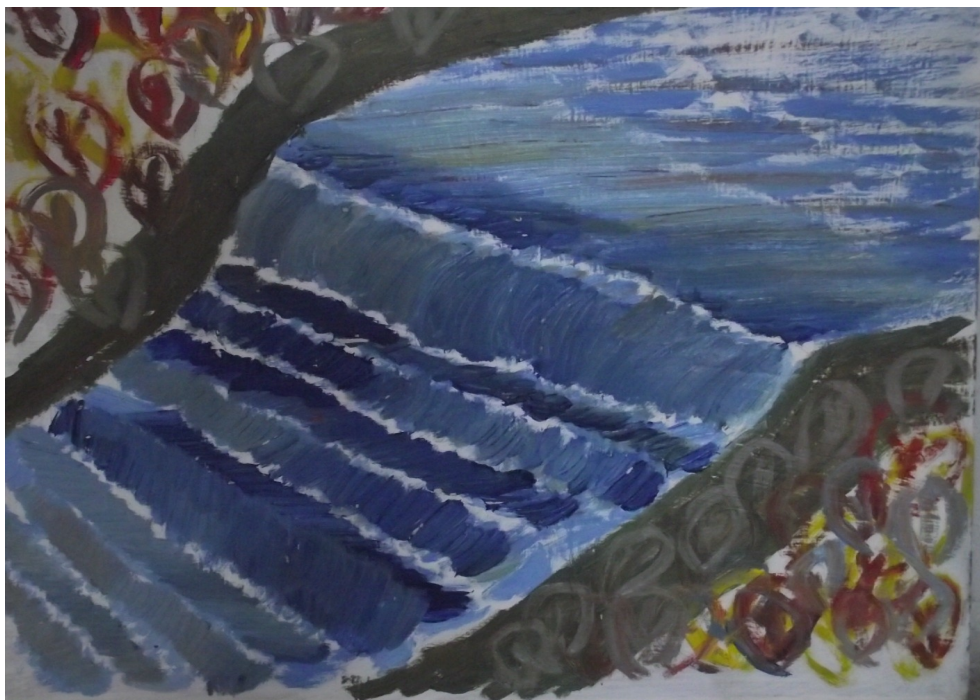


Obr. č.20: Ulpívání na stejném motivu

Zobrazená trojice maleb poukazuje na ulpívání na stejném motivu. Je ke škodě, že nemáme k dispozici časovou následnost maleb, neboť u třetí vyobrazené malby je zachycena trojrozměrnost čímž je nastolena otázka, zda toto vyjádření hloubky souvisí se zlepšením pacientova stavu.

Následující malby sice nejsou přesně datovány, máme nicméně informace o jejich časové souslednosti (jíž je dáno pořadí vyobrazení).





Obr. č. 21, 22, 23, 24, 25: Série kreseb zachycující vývoj pacientovy tvorby v průběhu léčby a arteterapeutického procesu

Tyto malby jsou nám tak jedinečným materiálem zachycujícím jiné zmiňované kritérium schizofrenní tvorby, totiž její **vývoj v čase**. Zatímco u prvního obrazu stěží vůbec rozpoznáme neohrabaně zachycený motiv krajiny, ve druhé malbě se již autor pokouší reflektovat perspektivu v zobrazení uhýbající cesty, ve třetím obraze se mu to již relativně uspokojivě daří a vyobrazený vodopád je navíc poměrně propracovaně vystínován. Na posledních dvou kresbách již vidíme zdařilý pokus o zachycení reality, přičemž u posledního obrazu si povšimneme i odlesku na láhvi od piva, díky němuž je tak podtržena zachycená plasticita. Obrazy si však nadále ponechávají poněkud násilnou barvenost.

Je zjevné že tento autor se od začátku vyznačuje touhou zachycovat realistická témata, což je na jednu stranu v rozporu s kritériem **abstrahování na úkor reality**, na straně druhé to ale poukazuje na pacientovu rigiditu, které rovněž bývá v tvorbě přítomna.

Případ I.B.

Od tohoto autora máme sice k dispozici jediné dílo, pro svou výmluvnost si však jistě zaslouží uvést. Tato malba je totiž artefaktem nebývale charakteristickým.

V první řadě si povšimneme **symbolického znázornění démonických postav** ve spodní části obrazu. Dost možná se jedná o vyjádření motivu podsvětí, pekla.

Vyobrazená figura ženy vykazuje typickou **transparentci**, kdy jsou v jedné polovině těla viditelné vnitřní orgány. Kolem její hlavy jsou pak umístěny **hlavy izolované od těla**, další charakteristický znak, tentokrát obsahový. Z obsahového hlediska by naší pozornosti neměly uniknout ani vyobrazené končetiny s pařáty³⁰.

Na volně v prostoru umístěné hlavy dále navazují **oči**, opět velmi typický prvek vyjadřující zřejmě paranoidní pocity sledování, byť literaturou neuváděný.

Z hlavy ženy konečně „vyrůstá“ rostlina, jedná se zde tedy o **vzájemné propojení nesouvisejících prvků**.

30 Autorka této práce se domnívá, že vyobrazení různých pařátů, drápů a obecně končetin „monstrózních“ forem se vyskytuje v pracích schizofreniků se zvýšenou četností. Tento jev by mohl být předmětem výzkumu, jehož cílem by bylo jednak statisticky prokázat významnost tohoto jevu a jednak se pokusit objasnit jeho fenomenologickou podstatu. V tomto smyslu se nabízí otázka, zda toto vyobrazování není vyjádřením pocitů ohrožení.



Obr. 26: Velmi charakteristická malba schizofrenika propojující několik kritérií na jediném obraze

Případ Z. S.

V tvorbě tohoto autora jsou je zejména patrné ulpívání na tématech makro- a mikrosvěta, fascinace vesmírnými a sci-fi motivy (obr. 29, 30). To je ostatně jeden z důvodů, proč jsou zde jeho díla prezentována. Existuje zde možnost, že právě vyobrazování „kosmických témat“ se v současnosti stává u těchto pacientů významnou tendencí. Tuto tematiku lze bezesporu chápat jako velice blízkou schizofrennímu magickému myšlení a proto, tak jako tomu zejména v minulosti bylo u motivů náboženských, by se mohla stát velmi častým motivem výtvarné tvorby pacientů trpících schizofrenií.

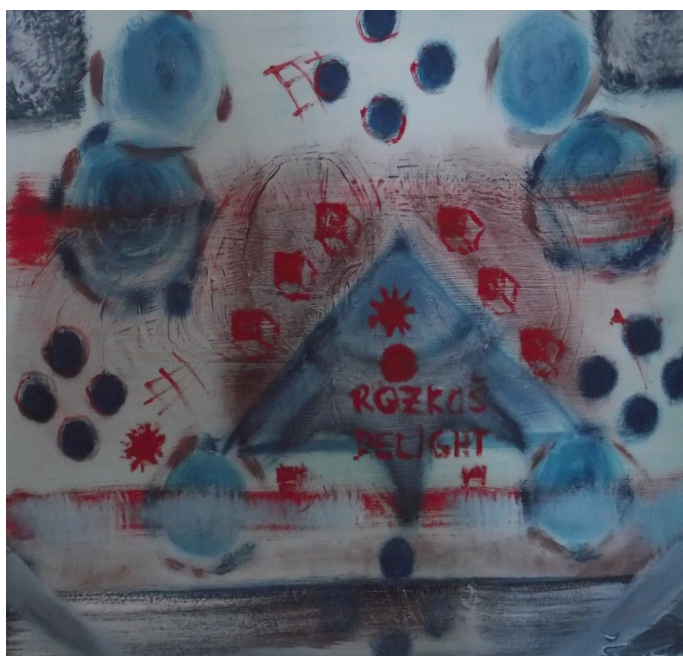


Obr. č. 27: Organické motivy s rohy

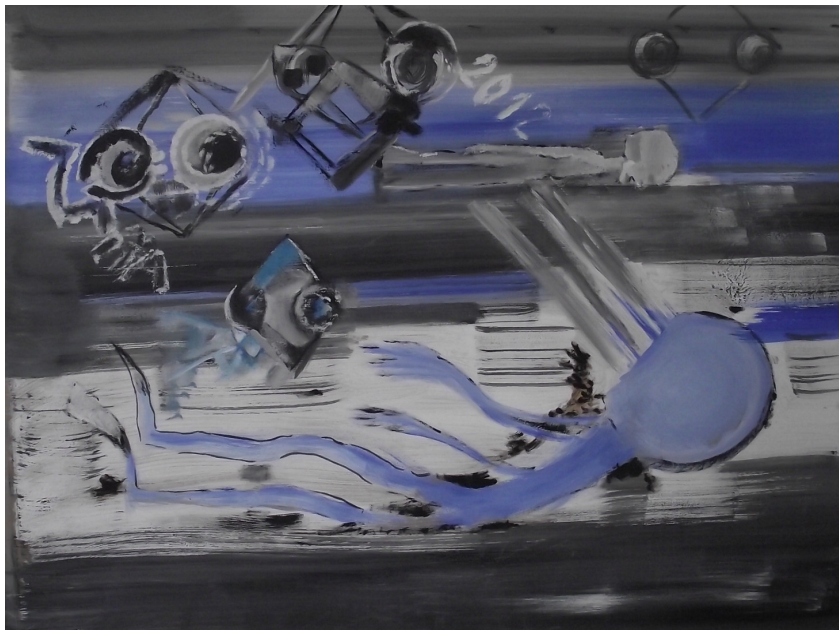


Obr. č. 28.:Organické motivy a hmyz umístěný mimo kontext

V obrazech č. 27 a 28 stojí ze povšimnutí opakované užití organicky zahnutých rohů, které se nápadně podobá, byť v odlišném obsahovém kontextu, užívání těchto forem v případě autora F. K.



Obr. č.29: Vepsání nápisu – použití písma, kosmický motiv



Obr. č. 30: Vepsání nápisu, kosmický motiv

Charakteristickým rysem, který se sice neopakuje v rámci ostatních děl našeho souboru, nicméně pro schizofrenní tvorbu je typický, je **vepsání nápisu** u obrazů č. 29 a 30.

Hmyz znázorněný na obr. č. 28. je zase příkladem **prvků znázorněných mimo kontext** – tedy mimo kontext vnímaný zdravým jedincem – zvláští je zejména proto, že jde o zcela konkrétní prvek v jinak zcela (alespoň zdánlivě) abstraktně pojatém díle s převahou **tendence dekorativnosti**. V tomto ohledu stojí za zvážení předpoklad, že hmyz má zde nějaký symbolický význam. Pud zdobit a potřeba symbolů se tak v tomto obraze snoubí nezvykle zřejmě.

O průběhu či zvláštěnostech arteterapeutického procesu nemáme v případě tohoto autora další informace.

Případ L. T.

Od poslední autorky v našem vzorku máme k dispozici dvě díla, která nejsou vyloženě typická tím, že se pokouší o zachycení velmi konkrétního, reálného motivu (podobně jako tomu byl u případu V.L.), avšak vykazují přinejmenším tři charakteristické znaky.



Obr. č. 31, 32: špatně vyjádřená perspektiva a zvláštní barevnost

Za prvé je to zejména u prvního obrazu nezvyklá až extrémní barevnost díla zdravým jedincem vnímaná jako zneklidňující. Druhý znak je rovněž více hmatatelný v prvním díle, totiž nedostatečná plasticita obrazu přes skutečnost, že vzhledem k charakteru vyobrazeného motivu jde o typicky prostorový obraz, kde zachycení perspektivy by v případě zdravého jedince bylo prioritní. Tato absence dostatečné plasticity navíc vzdoruje zjevné relativní kreslířské schopnosti autorky.

Máme sice k dispozici jen dva artefakty, ale za zmínku jistě stojí opěťovaná perseverace na zpracovávaném motivu, byť tentokrát není dostatečně průkazná.

15. Diskuze a závěr empirické části

V předešlé kapitole byly prezentovány a podrobeny analýze více než dvě desítky děl pocházejících od šesti autorů trpících diagnózou paranoidní schizofrenie. Smyslem tohoto kvalitativního rozboru bylo na prezentovaném vzorku poukázat na některé typické prvky výtvarného výrazu těchto pacientů. Bylo tak učiněno v rámci jednotlivých autorů. Pojednejme nicméně ještě stručně o prvcích, které se vyskytovaly u vícero autorů. Byť bez nároku na statisticky průkazné zhodnocení, budou tak vytyčeny charakteristiky, které se v našem vzorku projeví jako nejvýraznější.

U všech autorů bez výjimky platilo v nějakém smyslu kritérium **perseverace**. U některých bylo naplněno opakováním izolovaného prvku (např. koruna u D.Š. nebo organické tvary s rohy u F.K.). Dalo by se namítat, že se nejedná o patognomický znak perseverace, neboť opakování motivů je zcela přirozeným jevem i u naprosto zdravých jedinců. Již u tohoto prvního kritéria tedy vystupuje možná jediný zcela bezesporu platný a ostatně již obecně známý soud plynoucí z tohoto výzkumu, a totiž že neexistuje kritérium výtvarného výrazu, které by *samo o sobě* poukazovalo na patologii. Vzhledem k tomu, že však výzkumným problémem je poukázat na přítomnost těch či oněch znaků, lze toto kritérium zhodnotit jako v našem vzorku naplněné.

Velmi typickým kritériem důrazně se projevujícím mj. v tvorbě Adolfa Wölfliho je **horror vacui**. V našem vzorku se sice projevilo jen v případě D.Š. a F.K., o to však naléhavěji, stejně jako **sklon k dekorativnosti**. Ad hoc se zde nabízí závěr, že sklon k dekorativnosti se s *horror vacui* vyloženě snoubí – otázkou ale zůstává, který z fenoménů je primární, zda tvůrce dekoruje v intencích zaplnit plochu, tedy potlačit úzkost vzniklou na základě *horror vacui*, zda se nechává unést tvorbou ve smyslu Prinzornova u schizofreniků zvýrazněného pudu tvořit a prostor tak zaplňuje mimoděk, což generuje dojem *horror vacui*, či zda se snad jedná o zcela nezávislé fenomény, jejichž spoluvýskyt je v našem vzorku náhodný a jinak neprůkazný.

Rovněž tendence k **užívání symbolů** byla v dílech našich autorů velmi hmatatelná, a to zejména opět v případě D.Š. a I.B. Tyto symboly by mohly být předmětem hlubší analýzy. Při dostatečně širokém vzorku a kvalitní interpretaci podložené důsledně

vedeným inquiry zde existuje možnost, že by byl alespoň částečně poodhalen systém, kterým schizofrenici transformují duševní obsahy do výtvarné tvorby a bylo by poukázáno na to, zda tento princip mezi jednotlivci vykazuje nějaké podobnosti, či zda se jedná o vyloženě unikátní způsob daný např. životními zkušenostmi.

Odpovězme tedy nyní na první výzkumnou otázku, totiž **zda artefakty obsažené v našem vzorku vykazují charakteristiky uváděné v odborné literatuře.**

Již bylo uvedeno, že málo početný vzorek, který máme k dispozici nemůže nabídnout dostatek materiálu ke statistickému zhodnocení výskytu popsáných fenoménů. Tyto jevy však již byly v minulosti popsány a proto cílem tohoto deskriptivního výzkumu bylo posouzení přítomnosti v daném vzorku a orientační průzkum prvků nových.

Nejvýrazněji se v našem vzorku uplatnila kritéria **horror vacui, perseverace, sklonu k dekorativnosti a symbolismu.** Další uplatňovaná kritéria jsou uvedena v rámci interpretace jednotlivých případů.

Dále byla nastolena otázka, **zda se v dostupném vzorku vyskytly další potenciálně typické charakteristiky neuvedené v literatuře.**

Uvedli jsme, že jedním ze znaků schizofrenní tvorby dle Navratila je tendence **přikládat tvarům charakter obličeje.** Je pravdou, že i v našem vzorku se opakovaně vyskytl motiv izolovaně a nelogicky umístěného obličeje, jak jej známe mj. od Adolfa Wölfliho. Nelze tedy říci, že by tento znak dosud nebyl popsán, nicméně četnost jeho výskytu je zřejmě mnohem významnější, než literatura uvádí. Jedná se o izolovaný prvek, jehož zobrazení lze navíc dobře kvantifikovat a statistická významnost tohoto jevu by tak mohla být dále zkoumána,

U případu I.B. bylo dále poukázáno na výskyt **izolovaně vyobrazených očí.** U tohoto znaku rovněž platí, že se s ním ve výtvarné tvorbě psychotiků můžeme setkat opakovaně, v případě zobrazování očí navíc existuje i hypotéza, proč takto pacienti činí – velmi pravděpodobně se jedná o symbolické vyjádření pocitů paranoi. S analogickou explanací motivu k opakovanému vyobrazování hlav se autorka v literatuře nesetkala, byť prostá přítomnost tohoto jevu je komentována hojněji (i když stále velmi sporadicky).

Třetí potenciálně typickou charakteristikou tvorby a tudíž námětem k výzkumu by

mohl být čestný výskyt forem **tvořených organicky zahnutými rohy** (v našem vzorku zejména případ. F. K., I. B. A ostatně i D.Š). S deskripcí tohoto fenoménu se autorka při studiu literatury nesetkala, domnívá se nicméně, že je skutečně velmi patrný a bezesporu proto stojí za bližší prozkoumání. Nabízí se zde možnost, že toto je jinou formou kritéria **barokně zdobených forem**, které nicméně vykazují podobnou nepravidelnost a organicko-fyziologický charakter, avšak typická je pro ně naopak oblost³¹.

Díla prezentovaná v empirické části jakoby při pokusu o srovnání vykazovala dvě protichůdné tendence. Za prvé je to snaha o realistické a rigidní zachycení konkrétního motivu (případ V.L.) a za druhé potom naopak tendence o k symbolizaci, abstrahování a naprostému rozvolnění asociací dané snad psychickým automatismem způsobeným duševní chorobou či ztrátou kontroly udávanou konvencemi.

Dodejme, že se potvrdil i předpoklad neexistence typické barevnosti, byť v některých případech se vyskytl popisovaný jev extrémní barevnosti či znásilnění barev.

Z obsahového hlediska lze konstatovat platnost tvrzení, že tato stránka je definována individuální charakteristikami (zkušenosti, zájmy, příslušnost k sociální skupině), nicméně nesporná je fascinace „magickými“ tématy. V tomto kontextu se autorka domnívá, že přibývá a přibývat nadále bude schizofrenních autorů zabývajících se tematikou kosmu, mimozemského života apod. Tato tematika totiž jakoby byla „nástupcem“ motivů náboženských, které v současné společnosti ustupují do pozadí. Tato transcendentálnost religiozity je dozajista zastoupena i v tomto tématu a proto zde lze hledat analogii. Sledování tohoto jevu by mohlo přinést zjištění, do jaké míry je tvorba schizofreniků stálá vůči prostředí a nakolik podléhá celospolečenským zájmům.

Podotkněme na závěr, že navzdory neoddiskutovatelné přítomnosti definovaných rysů díla v našem vzorku skutečně vykazují unikátní autorský rukopis a lze se snad i domnívat, že byla-li by prezentována neznalému pozorovateli, jednoznačně by je klasifikoval podle kritéria autorství. Otázkou zůstává, zda je tato význačnost na úrovni autorského stylu jako je tomu u ostatních (zdravých) umělců, nebo zda odráží perseveraci a rigiditu, či snad typickou naléhavost duševního obsahu schizofrenika a je tedy ve své podstatě patognomickým znakem.

³¹toto zostření by případně mohlo být dáno i mimoděk percipovanými trendy v zobrazování. Vyřešení takové otázky by však vyžadovalo metodologicky náročný interdisciplinárny výzkum

SHRNUTÍ

Teoretická část této práce vymezila vztah psychologie a psychopatologie vůči umění nejprve v nejobecnější rovině a poté v rovině jednotlivých fenoménů, které jsou naplněním tohoto těsného a přirozeného, avšak zároveň komplikovaného i mnohoznačného vztahu.

Nebylo snadné učinit rozhodnutí, kterým směrem se vydat v rámci výzkumné části, neboť problematika psychopatologie výtvarného projevu je široká nejen v ohledu výše zmíněné mnohotvárnosti aspektů dané problematiky, ale i v ohledu pestrosti samotné psychopatologie. Autorka této práce se nicméně domnívá, že výtvarný projev schizofreniků je mimořádně význačným příkladem propojení výtvarné tvorby a lidské psychiky, protože unikátním způsobem naplňuje onu provázanost ve všech oblastech.

Hovořili jsme o arteterapii a právě pacienti trpící schizofrenií jsou jejími častými klienty s nejrůznější potřebou tvořit. Rozebrali jsme fenomén art brut a opět jsou to právě psychotičtí pacienti, v klinické praxi tedy schizofrenici, kteří naplňují význačnou skupinu tvůrců tohoto neoficiálního tvůrčího proudu. Věnovali jsme se charakteristice jejich výtvarného projevu a viděli jsme, jak typický a pestrý zároveň je. Převážně k této problematice byla vztažena empirická část této práce. Ta vedla i na malém vzorku, který byl k dispozici, ke zjištění, že typické rysy schizofrenní tvorby si s největší pravděpodobností nadále zachovávají svou platnost a objevily se navíc dvě charakteristiky, o nichž literatura nereferuje v patřičné míře a jedna potenciální charakteristika, kterou literatura nezmiňuje vůbec.

Je sice pravdou, že si nelze činit nároky na definitivní závěry, byl nicméně učiněn nástin toho, jakým směrem by se mohl ubírat další výzkum.

Výtvarné umění je jazykem, který nelze doslovně přeložit. V případě psychiatrických pacientů (a schizofreniků obzvlášť) je pak tento jazyk kódován dvakrát. Nelze si tedy dělat nároky, že tento jazyk bude jednoznačně přeložen do řeči jedinců pohybujících se v mezích psychologické normy. To ovšem neznamená, že je zbytečné snažit se o porozumění jeho význačností a charakteru.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Babyrádová, H., Křepela, P. (Eds.) (2010). *Spontánní umění*. Brno: Masarykova univerzita.
2. Baleka, J. (1997). *Výtvarné umění - výkladový slovník*. Praha: Academia.
3. Bentall, R. P., Bentall, R. P. (2010). Motivation and avolition in schizophrenia patients: The role of self-efficacy. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1), 12-22.
4. Breton, A. (2008). Automatické poselství. In A. Nádvorníková (Ed.), *Art brut v českých zemích* Olomouc: Arbor Vitae.
5. Buck, J. N. (1948). *The H-T-P technique: A quantitative and qualitative scoring manual*. Journal of Clinical Psychology, 4, p. 317 – 396.
6. Cardinal, R. (1972). *Outsider art*. New York: Praeger.
7. Crhová, L. (2008). *Využití prvků arteterapie u osob s mentálním postižením*. (Nepublikovaná diplomová práce)
8. Čapek, J. (1957). *Umění přírodních národů*. Praha: Československý spisovatel.
9. Čapek, J. (1999). *Méně výstav a více umění*. Praha: Vysoká škola uměleckoprůmyslová
10. Česká arteterapeutická asociace. (2005). *arteterapie v České republice* . Dostupné z <http://www.arteterapie.cz/>
11. Češková, E. (2005). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.
12. Davido, R. (2008). *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál.
13. Decharme, B., Šafářová, B., Zemánková, T. (Eds.) (2006). *Art Brut, sbírka ABCD* [katalog výstavy]. Praha: ABCD les editions.
14. DOSEDLOVÁ, J.(2012). *Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. první. Praha: GRADA Publishing, a.s.,
15. Fišar, Z. et al. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada.
16. Gantt, L., Tabone, C. (2003). The Formal Elements Art Therapy Scale. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy*. New York: The Guilford Press.
17. Gilman, S. L. (1985). The Mad Man as Artist: Medicine, History and Degenerate Art.

- Journal of Contemporary History*, 20, 575-597.
18. Hájková, M. (2008). *Využití prvků arteterapie při práci s dětmi s autismem*. (Nepublikovaná diplomová práce)
 19. Hammer, E. F. (1991). *The H-T-P. Clinical research manual*. Western psychological services: Los Angeles.
 20. Hárdi, I. (1992). *Dynamický test kresby lidské postavy*. Nové zámky: Psychoprof.
 21. Hogan, S. (2001). *Healing arts: The history of art therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
 22. Horáček, J. Et al. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Amepra.
 23. Höschl C., Libiger J., & Švestka J., (2004). *Psychiatrie*. 2nd ed. Praha: Tigris.
 24. Höschl, C. (2009, 10 10). *Od mechanismu účinku antipsychotik ke klinické praxi aneb malé psychofarmakologické repetitorium*. Dostupné z http://www.hoschl.cz/files/3848_cz_Antipsychotika_Hoschl.pdf
 25. Hrouzek, P. (2006). *Účinné faktory vývojové arteterapie - integrativní přístup*. (Nepublikovaná disertační práce).
 26. <http://alternativemedicinesresources.com>. (2008, june 27). *The history of art therapy*. Dostupné z <http://alternativemedicinesresources.com/therapies/art-therapy/the-history-of-art-therapy/>
 27. Joanidis, L. (1973). Arteterapie – teoretická východiska. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1, 12-26.
 28. Jung, C. G.(1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
 29. Kantor, J. (2009). Vymezení muzikoterapie. In J. Kantor, M. Lipský , J. Veber (Eds.), *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.
 30. Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 32, 601-620. Dostupné z <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=128&sid=93183147-752e-43b0-8e7a-6f9ae3538ccf@sessionmgr114&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>
 31. Konečný, P. (2008). *Umělci čistého srdce II – Pocta Anně Zemánkové* [katalog výstavy]. Olomouc: Národní památkový ústav, Územní odborné pracoviště v Olomouci.
 32. Kučerová, H. (2011). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
 33. Kulka, J. (2008). *Psychologie umění*. Praha: Grada.

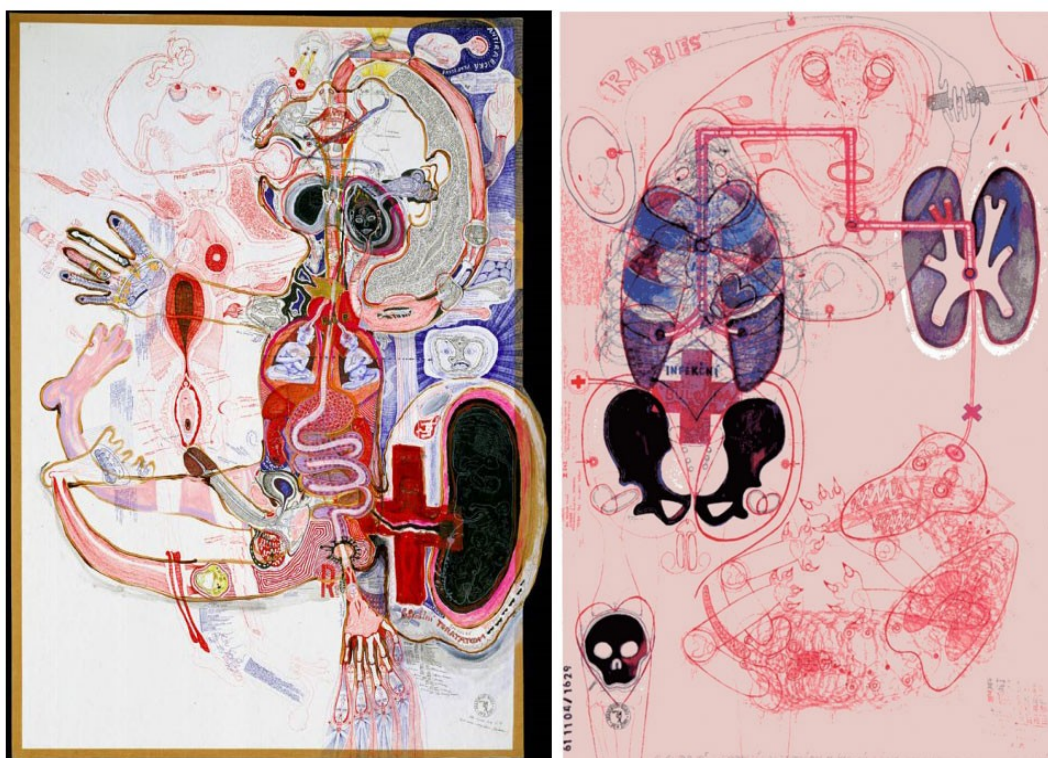
34. Kyzour, M. (2010, prosinec 16). *Arteterapie rožnovská interpretační arteterapie*. Retrieved from <http://www.arteterapie.wz.cz/arteterapie.html>
35. Ledvinová, J. (2002). Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Časopis České arteterapeutické asociace*, 2(2), 32-40.
36. Lhotová, M. (2005). ornamentální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu. *Arteterapie*, 9(4), 37-46.
37. Libiger, J. (2001). stigma duševního onemocnění. *Česká a slovenská psychiatrie*, 5(1),
38. Liebmann, M. (2005). *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál.
39. Mešková, J. (2008). *Arteterapie a artefietika při práci s dětmi s poruchami emocí a chování*. (Nepublikovaná diplomová práce).
40. Motlová, L. (2005, 03 16). *schizofrenie_klinicky_obraz.pdf*. Retrieved from http://www.psychosy.cz/storage/schizofrenie_klinicky_obraz.pdf
41. Nádvorníková, A. (2008) *Art brut v českých zemích: Mediumici, solitéři, psychotici* Praha: Arbor vitae.
42. Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
43. Navratil, L.(1976). *Schizophrenie und Sprache, Schizophrenie und Kunst*. München : Deutscher Taschenbuch Verlag,
44. Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(11), 203-212. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35e8acd4-0676-4b23-9089-ca73e928cb8e@sessionmgr114&vid=1&hid=107>
45. Perout, E. (2008). Viktor lowenfeld a jeho pojetí dvou tvůrčích typů . *Arteterapie*, 5(4), 32-37.
46. Pondělíček, I. (1964). *Film jako svět fantómů a mýtů*. Praha: Orbis.
47. Pondělíček, I. (2002). *Fantaskní umění*. Praha: Vodnář.
48. Praško J. et al., (2011). *Klinická psychiatrie*. 1st ed. Praha: Tigris.
49. PRINZHORN, Hans. *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. V Řevnicích: Arbor vitae, 2009
50. Shives, L. R. (2004). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
51. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
52. Sorriorová, E. (2012). Výklad Wöflého díla. In T. Zemánková (Ed.), *1. Adolf Wöfler: stvořitel univerza*. Řevnice: Arbor Vitae.
53. Spaniol, S. (2001). Art and mental illness: where is the link? *The Arts in*

- Psychotherapy*, 28, 221-231.
54. Spaniol, S. (2003). Art therapy with adults with severe mental illness. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy*. New York: The Guilford Press.
 55. Svoboda M. (2006). Psychopatologie (obecná psychiatrie). In M. Svoboda (ed.), E. Češková
 56. Syřišťová, E. (1985). *Imaginární svět*. Praha: Smena.
 57. Šicková-Fabrice, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.
 58. Šicková-Fabrice, J. *Arteterapia – Užité umění*? Bratislava: Petrus, 2006
 59. Šicková, J. (2000). *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Karlova univerzita.
 60. Šípek, J. (2010). *Psychologické souvislosti scénické tvorby*. Praha: KANT.
 61. Široký, H. (1968). *Nástin psychologie divadla a psychodramatu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
 62. Šourek, P. (2012). Adolf wölflí - od kolébky ke hrobu. In T. Zemánková (Ed.), *1. Adolf Wölflí: stvořitel univerza*. Řevnice: Arbor Vitae.
 63. Štětínová, A. (2007). *Vnímání arteterapeutické skupiny neurotickými pacienty v psychiatrické léčbě jhlava*.
 64. Turner, R. J. & Wagenfeld, M. O. (n.d.). Occupational mobility and schizophrenia: An assessment of the social causation and social selection hypotheses. *American Sociological Review*, 32(1), 104-113. Dostupné z <http://www.jstor.org/stable/2091723?seq=1>
 65. Valenta, M. (2011). *Dramaterapie - 4., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada.
 66. Vavrečková Salihová, H. (2008). *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v období remise*. (Nepublikovaná disertační práce)
 67. Viewegh, J. (1999). *Psychologie umělecké literatury*. Brno: Nakladatelství Pavel Křepela.
 68. Vinchon, J. (1931). *Výtvarná tvorba choromyslných*. Praha: Orbis.
 69. Wimmerová, V. (2008). *Arteterapie a její využití v praxi*. (Nepublikovaná diplomová práce)
 70. Zemánková, T. (2011). *Art Brut: Anatomia Metamorphosis. František Dymáček* [katalog výstavy]. Praha: Herausgeber: Galerie Montanelli.
 71. Zemánková, T., Šafářová, B. (2011). *Art Brut: Anatomia Metamorphosis. Anna*

Zemánková [katalog výstavy]. Praha: Herausgeber: Galerie Montanelli.

72. Zemánková, T., Šafářová, B. (2011). *Art Brut: Anatomia Metamorphosis. Luboš Plný* [katalog výstavy]. Praha: Herausgeber: Galerie Montanelli.

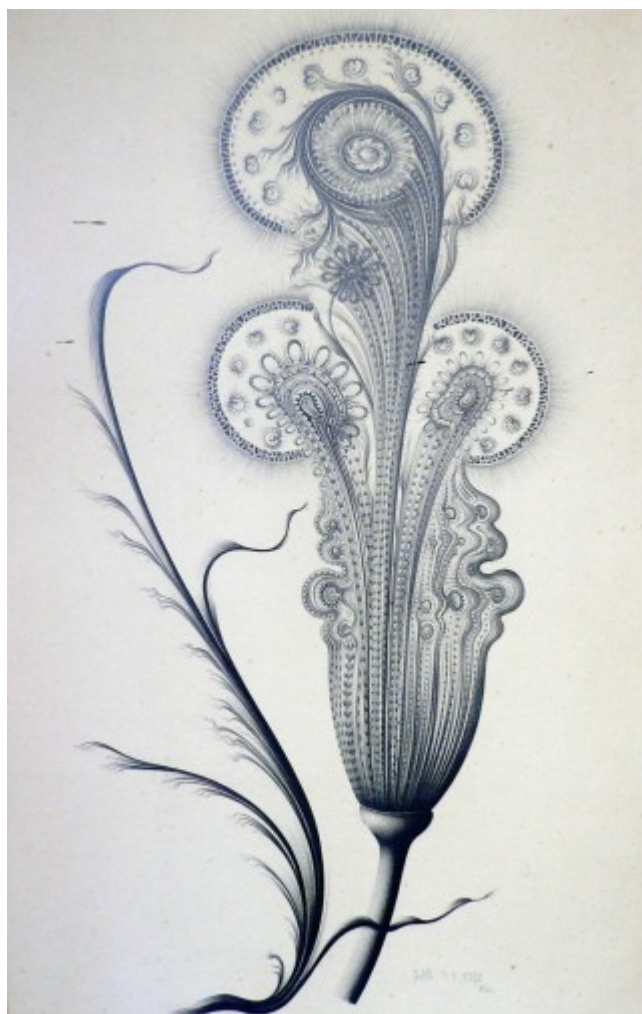
PŘÍLOHY



Příloha č. 1: Příklady tvorby art brut- Anna Zemánková a Luboš Plný



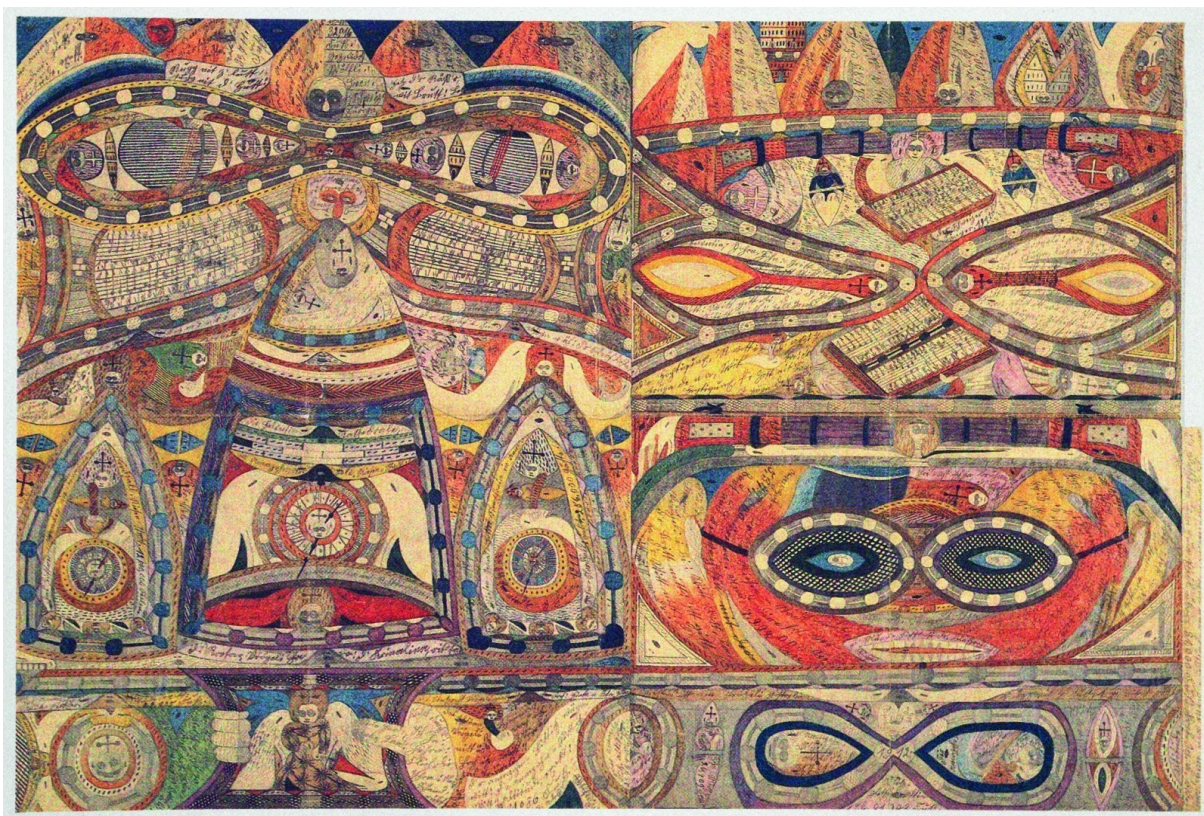
Příloha č. 2: Příklady tvorby art brut - Karel Havlíček



Příloha č. 3: Příklad tvorby art brut – Josef Kotzian



Příloha č. 4: Příklad naivního umění - Natalie Schmidtová



Příloha č. 5: Tvorba Adolfa Wölfliho