

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Využití barevné modifikace Warteggova  
kresebného testu u žen s poruchami příjmu  
potravy**

Bakalářská práce

České Budějovice 2011

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Jana Kouřilová

**Autorka bakalářské práce:**  
Kateřina Žaloudková

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. dubna 2011

---

Kateřina Žaloudková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Kouřilové za odborné vedení mé bakalářské práce, za všechny podnětné rady, připomínky k danému tématu a za její komentáře, které i „neučesané“ byly vždy vše vystihující. Mgr. Janu Dufkovi a MUDr. Michaelu Krsovi patří mé poděkování za umožnění sběru dat a zprostředkování kontaktu s jejich klientkami. Pavlu Tóthovi vděčím za jeho neutuchající trpělivost a jazykovou korekturu. V neposlední řadě děkuji také ženám, které se zúčastnily výzkumu a bez jejichž spolupráce by má práce nemohla vzniknout.

## **Anotace**

ŽALOUDKOVÁ, Kateřina. *Využití barevné modifikace Warteggova kresebného testu u žen s poruchami příjmu potravy: bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie, 2011. 59 l. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jana Kouřilová.

Bakalářská práce se zabývá využitím barevné modifikace Warteggova kresebného testu u žen s diagnózou poruch příjmu potravy. V teoretické části je podán podrobnější přehled o kresebných projektivních technikách s akcentací barevné modifikace Warteggova kresebného testu. Dále se věnuje problematice poruch příjmu potravy, jejich příčinám, projevům a možnostem terapie. V empirické části jsou zpracovány kazuistiky tří klientek doplněné o deskripci a interpretaci jejich kresebných testů. Na závěr empirické části jsou předloženy výsledované typické znaky ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu u žen s poruchami příjmu potravy a některá specifika práce.

**Klíčová slova:** barevná modifikace Warteggova kresebného testu, kresba, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, projektivní techniky.

## **Abstract**

ŽALOUDKOVÁ, Kateřina. *The Utilization of Coloured Modification of Wartegg Drawing Test at Women with Eating Disorders: Bachelor Thesis*. České Budějovice: University of South Bohemia, Pedagogical Faculty, Department of Pedagogy and Psychology, 2011. 59 p. Supervised by Mgr. Jana Kouřilová.

The bachelor thesis is concerned with the utilization of coloured modification of Wartegg Drawing Test at women with eating disorders. In the theoretical part it has given the elaborated overview across drawing projective techniques with the emphasis on the coloured modification of Wartegg Drawing Test. Further the thesis pushes ahead with eating disorders, their causes, manifestations and therapies. There are processed the casuistries of three patients in the empirical part, they are appended about the drawing tests and their description and interpretation. In conclusion of the study, the representative characteristics in the coloured modifications of Wartegg Drawing Test at women with eating disorders and some specifics in work with them are pointing out.

**Key words:** the colour modification of Wartegg Drawing Test, drawing, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, projective techniques.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	9
<i>1. Projektivní techniky</i> .....	9
1.1 Projekce .....	10
1.2 Dělení projektivních technik .....	11
1.3 Reliabilita projektivních technik .....	11
1.4 Validita projektivních technik .....	12
1.5 Grafické projektivní techniky .....	13
<i>2. Warteggův kresebný test (Wartegg-Zeichen-Test, WZT)</i> .....	13
2.1 Vznik a vývoj testu .....	14
2.2 Administrace .....	15
2.3 Hodnocení a interpretace .....	16
2.3.1 Archetypický význam podnětů .....	17
2.4 Barevná modifikace WZT .....	18
<i>3. Barvy</i> .....	19
3.1 Barvy a jejich vliv .....	19
3.2 Symbolika barev .....	20
<i>4. Poruchy příjmu potravy (PPP)</i> .....	22
4.1 Vymezení poruch příjmu potravy .....	22
4.1.1 Mentální anorexie .....	22
4.1.2 Mentální bulimie .....	23
4.1.3 Atypické a nespecifické PPP .....	24
4.2 Etiologie poruch příjmu potravy .....	25
4.2.1 Sociální a kulturní faktory .....	25
4.2.2 Rodinné faktory .....	25
4.2.3 Biologické a genetické faktory .....	26
4.3 Kognitivní funkce u PPP .....	26
4.4 Přehled léčby .....	27
4.5 Arteterapie a poruchy příjmu potravy .....	29
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	31
<i>1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky</i> .....	31

2. <i>Metoda výzkumu</i> .....	31
3. <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	32
4. <i>Postup při získávání dat</i> .....	32
5. <i>Metoda zpracování dat</i> .....	34
6. <i>Kazuistiky</i> .....	34
6.1 Katka .....	34
6.1.1 Deskripce a interpretace testu .....	35
6.2 Helena .....	39
6.2.1 Deskripce a interpretace testu .....	42
6.3 Markéta .....	45
6.3.1 Deskripce a interpretace testu .....	45
7. <i>Společné znaky kreseb</i> .....	49
7.1 Pracovní postup .....	49
7.2 Linie .....	49
7.3 Využití barev .....	50
7.4 Využití prostoru .....	51
7.5 Zpracování pole č. 4 .....	52
8. <i>Některá specifika práce se ženami s PPP</i> .....	53
9. <i>Závěr výzkumné studie</i> .....	54
<b>ZÁVĚR</b> .....	56
<b>LITERATURA</b> .....	57
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	59
<b>PŘÍLOHY</b>	

# ÚVOD

*„Na hezkou ženu je příjemné pohlížet, s rozumnou je příjemné žít.“*

**José Ortega y Gasset**

Problematika poruch příjmu potravy je v několika posledních letech široce medializována. Vzrůstá také informovanost laické veřejnosti o stále mladším věku (hlavně) dívek, ve kterém dochází k počátku tohoto závažného psychického onemocnění. Můj zájem o toto téma měl původ v době, kdy má přítelkyně začala pracovat v módním průmyslu jako modelka. Z jejího vyprávění jsem měla možnost hlouběji proniknout do atmosféry a podmínek, které zde panují. Především prostředí při konání módních přehlídek a tzv. fashion weeks zkouší odolnost sebevědomí a body image vystupujících dívek, často ještě v pubertálním věku, kdy jsou emoce labilnější a sebevědomí i po sexuální stránce dospívajících dívek citlivější. V takovémto prostředí je poté větší ohrožení dívek i chlapců poruchami příjmu potravy, které se dnes již neomezují pouze na mentální anorexii a mentální bulimii, ale přibývá výskyt dalších poruch souvisejících s patologickou péčí a patologickým zájmem o svou váhu a vzhled.

Výtvarnému projevu a jeho charakteristikám u žen s poruchami příjmu potravy se česká literatura věnuje výjimečně teprve v publikacích, jež vycházejí v poslední době. Ovšem výtvarný projev a arteterapie především je důležitým prostředkem k adekvátní sebereflexi, jež pacientkám s poruchami příjmu potravy v různé míře chybí. Svou prací bych tak i přes skrovný výzkumný vzorek chtěla přispět do zatím méně publikované, i když již celkem běžně využívané oblasti práce s pacientkami s poruchami příjmu potravy.

Cílem mé práce je nalézt a popsat specifické způsoby zpracování polí ve Wartegově kresebném testu u žen s poruchami příjmu potravy.

Teoretická část mé práce se zaměřuje na charakteristiku a přehled projektivních technik obecně s akcentem na popis a využití barevné modifikace Wartegova kresebného testu. Charakterizují východiska tohoto kresebného testu a jeho posun od grafologického pojetí k projektivnímu. Snažila jsem se také naznačit z dostupné literatury některé rysy výtvarného projevu pacientek s PPP. Dále se věnuji samotné problematice poruch příjmu potravy, jejich příčinám, projevům a možnostem terapie.



V empirickém oddílu předkládám v první části tři případové studie pacientek s poruchami příjmu potravy doplněné o vyplněné protokoly Warteggova kresebného testu, jejich deskripci a interpretaci. V druhé části sleduji některé charakteristické znaky ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu pacientkami s poruchami příjmu potravy.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Projektivní techniky

Projektivní techniky původně označovaly především klinický nástroj. Primárně byly využívány odborníky k vyšetření osobnosti, obvykle s terapeutickým či diagnostickým záměrem. V současnosti jsou nicméně projektivní techniky používány v souvislosti s rozličnými problémy i vyšetřeními. (Lindzey, 1961)

První projektivní zkouškou byl asociační experiment provedený Francisem Galtonem roku 1879. Nicméně až v roce 1939 zazněl poprvé pojem „projekční technika“, a to na přednášce Lawrence Franka. Označil ji za metodu výzkumu osobnosti a přirovnal k rentgenovým paprskům (nepřímá metoda, která hodnotí vnitřní stav osoby pomocí průchodu podnětu). (Šípek, 2000)

Urban (in Šípek, 2000, str. 20) rozumí projektivními technikami: „...*testové nástroje, které konfrontují subjekt s podnětovou situací značně neurčitou, mnohovýznamnou, na niž má subjekt reagovat podle toho, co pro něj tato situace znamená, jinými slovy podle smyslu významu, který sám dává stimulu o sobě neurčitému.*“ Způsob, jakým člověk vnímá a interpretuje podnět či situaci, odráží jeho osobní psychologické fungování. Pomocí projektivních technik zachycujeme osobní významy, vzorce reakcí i prožívání a na rozdíl od dotazníků můžeme zjistit více o jedinečnosti osobnosti.

Subjekt má při administraci techniky většinou minimální či žádnou možnost záměrně zkreslovat výsledky, protože neví, co předkládaná technika sleduje. To je určitě neocenitelnou vlastností projektivních technik, na druhou stranu z toho plyne nejednoznačná a nesnadná možnost dané metody skórovat nebo dokonce kvantifikovat. Právě proto patří projektivní techniky k diagnostickým nástrojům, které vyžadují k jejich zvládnutí dlouhodobější praxi, a to často i pod dohledem zkušenějšího supervizora. Pro pochopení a vyhodnocení mnoha technik je mnohdy potřeba absolvovat postgraduální kurzy a nabýt tak dostatečných kompetencí k používání metody. Nejvýhodnější v diagnostickém procesu se zdá být využití projektivních technik k získávání hypotéz, které dále ověřujeme a doplňujeme jinými metodami. (Svoboda, 2009)

Šípek (2000) uvádí základní charakteristiky projektivních technik jako:

- málo strukturovaný úkol, který dovoluje takřka neomezené množství možných odpovědí
- představuje maskovanou testovací proceduru
- umožňuje globální přístup k hodnocení osobnosti
- nabízí účinnost při odhalování latentních nebo nevědomých aspektů osobnosti

## 1.1 Projekce

V nejširším smyslu slova projekce znamená promítnutí. Pojem projekce se do psychologie dostal jako konstrukt psychoanalytické teorie. Sigmund Freud definoval tento pojem na konci 90. let 20. století ve svých spisech jako jeden z obranných mechanismů. Vyjadřoval tehdy projekcí také mechanismus, kterým se paranoidní člověk vyhýbá připuštění si vlastních pohnutek a výčitek, tyto své tendence pak směřuje na ostatní. Přesto Freud projekcí vyjadřoval jak normální, tak patologický proces. Takzvaná jednoduchá projekce odkazuje na proces, kdy si osoba mylně vykládá vnější svět za výsledek svých vnitřních stavů. (Lindzey, 1961)

Dle Junga (in Šípek, 2000) je projekce nevědomý a spontánní mechanismus, kdy se subjektivní obsahy jakéhokoliv druhu přenáší na objekt. Také říká, že vše nevědomé je projikováno.

Existuje více možných druhů projekce, ale například Šípek (2000) uvádí dělení dle Holmese na:

- atributivní projekci (osoba připisuje vlastní motivy a tendence druhým, realizuje se na nevědomé i vědomé úrovni)
- autistická projekce (osoba modifikuje vnímané věci v souladu s jeho vlastními potřebami)
- racionalizační projekce (vědomá racionalizace chování osoby)
- jiné formy projekce (např. protikladné vnímání druhých lidí či potlačení tvrdé reality)

Šípek (2000) považuje projekci v užším smyslu slova za vědomou i nevědomou modifikaci procesu vnímání. V širším smyslu slova pak nachází projekci v každém lidském chování.

## 1.2 Dělení projektivních technik

V literatuře lze nalézt mnoho způsobů dělení projektivních technik. Některé jsou strukturovanější než jiné a snad o každém rozdělení by se dalo polemizovat.

Říčan a Ženatý (1988) uvádí své dělení jako více pragmatické, uspořádané podle druhu činnosti, která se od probanda vyžaduje:

- 1) Techniky interpretační (ROR, TAT, Hand test)
- 2) Techniky slovně asociační (Asociační experiment, Doplnování vět, Doplnování příběhů)
- 3) Techniky imaginativně-verbální (Ahsenův eidetický rodičovský test)
- 4) Techniky scénické (Scenotest van Staabsové)
- 5) Techniky výtvarné:
  - a) kresebné tematické okruhy (Kresba postavy, stromu, rodiny)
  - b) kresebné doplňovací techniky (Warteggova technika)
  - c) jiné kresebné techniky (Blochův MDZT, Johanssonova Technika kruhu, Bender-Gestalt, Tylův Test čáry života)
  - d) ostatní výtvarné techniky (malování jako projektivní technika, Technika mozaiky podle Lowenfeldové)
- 6) Preferenční techniky (Lüscherův barvový test, Szondiho test, Barevná pyramida, Zazzův Test zvířat)
- 7) Techniky výrazové (Analýza mimiky a pantomimiky, grafologie, Mirův test myokinetické diagnostiky)

Naproti tomu jednodušší dělení používá a nabízí Svoboda (2010):

- 1) Verbální techniky
- 2) Grafické techniky
- 3) Manipulační techniky (techniky volby)

## 1.3 Reliabilita projektivních technik

Reliabilita je míra spolehlivosti, se kterou test měří to, co měří. Spolehlivost bývá nejdiskutabilnější otázkou u projektivních technik. Jak zdůrazňuje Domino (2006), postavení reliability v souvislosti s projektivními technikami je problematické. Test-retest považuje za inkongruentní, s přihlédnutím k faktu, že to, co projektivní metody měří, se mění v čase. Jiné druhy reliability často nejsou aplikovatelné, protože i když

máme dvě varianty testu, individuální podnět může být zcela odlišný. Taktéž koeficienty vnitřní konzistence se často neuplatňují. Zajímavá jsou porovnání objektivních a projektivních testů, která provedl Masling (in Šípek, 2000, str. 107). „Zjistil, že dlouhodobé chování je predikovatelné účinněji projektivními metodami, zatímco krátkodobá předpověď je lépe stanovitelná na základě objektivních testů.“

Šípek (2000) také upozorňuje, že mechanismus projekce funguje oboustranně. Tedy, že následně při interpretaci projikuje i vyšetřující osoba. Přes řadu těchto obtíží Morávek (in Šípek, 2000) říká, že většina základních projektivních technik má reliabilitu potvrzenou.

#### **1.4 Validita projektivních technik**

Validita udává platnost testu. Tedy zda test skutečně měří to, co měřit má. Vypovídá o praktické užitečnosti testu, a proto je nejdůležitějším psychometrickým ukazatelem. U projektivních technik pak validita závisí i na examinátorovi a je přímo úměrná jeho zkušenostem s testem. Také způsob vyhodnocení a interpretace výsledků ovlivňují validitu testu. (Svoboda, 2009)

Říčan a Ženatý (1988) uvádí tzv. otevřenost validity projektivních technik, což je skutečnost při zadávání projektivního testu, kdy nevíme, který aspekt osobnosti nám zpřístupní a v jakém směru se tak ukáže jako validní. Výsledek interpretace projektivní techniky má být chápán jako hypotéza. Přesto bychom neměli těmto výsledkům přikládat menší váhu než jiným. Na základě dalších dat, získaných z jiných testů, bychom měli určit, které možnosti platí pro daného probanda. Validizační výzkumy ověřují diagnostickou hodnotu získaných výsledků jako podkladů pro určitou hypotézu. Tato hodnota bývá nepatrná (např. korelace mezi velikostí hlavy v kresbě postavy a bolestmi hlavy), přesto hodnota tohoto výsledku jako stopy, podle níž zaměříme své další pátrání, může velmi přispět.

Validita projektivních technik je také ovlivněna kulturním prostředím, nicméně údajů se k tomuto tématu vyskytuje velmi málo. Pravděpodobně se nevědomí formuje na základě kulturního materiálu. A i když není univerzálnost nevědomí zpochybněna, u neevropských kultur bývá užití projektivních technik nejasné. (Šípek, 2000)

## 1.5 Grafické projektivní techniky

Kresba patří k nejstarším expresivním projevům psychických stavů člověka a její projektivní hodnota je značná. Psychologická diagnostika používá tematické kresby (proband kreslí rodinu, postavu, strom...), techniku doplňování započatých kreseb (např. Warteggův test), volné kreslení či spontánní čmárání. (Svoboda, 2010) Tyto metody se nám snaží zpřístupnit osobnost jedince, a to na základě podnětu, který by měl být aplikovatelný napříč kulturami, s minimální potřebou užití verbální instrukce při zadávání. Tyto kresebné techniky jsou proto často součástí baterie testů, a to především v klinické praxi. (Domino, 2006)

Psycholog zadávající kresebný test by si měl všimnout nejen samotné kresby, ale také tempa, komentářů a chování, které doprovázejí vznik kresby. Po dokreslení se doporučuje rozhovor s probandem, jehož odpovědi mohou zásadně pomoci při interpretaci objektů a detailů. Kresebné testy jsou vhodné pro diagnostiku kognitivních schopností, úrovně jemné motoriky, senzomotorické koordinace, vizuální percepce, ale také pro diagnostiku psychických procesů dětí a dospívajících. V kresbě se tedy odráží emoční prožívání, typ temperamentu i postoje. (Šicková-Fabricsi, 2002)

## 2. Warteggův kresebný test (Wartegg-Zeichen-Test, WZT)

Warteggův kresebný test je projektivní technikou využívající nedokončených předloh ke stimulaci určitého kresebného projevu. Jak uvádí Svoboda (2010), test se využívá k hodnocení osobnostní struktury a kreativity. WZT je možné používat v klinické i poradenské praxi jako součást testové baterie. Zadávání je vhodné pro děti s adaptačními či emočními problémy, ale využívá se také při volbě povolání a výchovném poradenství. Svoboda poukazuje i na uplatnění testu v rámci forenzní psychologie při diagnostice neuróz.

Wartegg (1953) přiřazuje jednotlivým stimulům kvality, ve kterých poté rozpoznává různé charakterologické alternativy. Charakterologickými alternativami míní komponenty struktury osobnosti, které určují oblast afektů a vůle. Wartegg považuje tyto komponenty za nejstabilnější jednotky osobnosti, při jejichž změně, pak dochází k poruchám.

Metoda není zatím standardizována na české populaci a není zjištěna ani reliabilita testu. Nicméně Svoboda (2009) uvádí, že validizační studie zjistily vysokou korelaci Wartegova kresebného testu a Wechslerova testu inteligence  $r = 0,79$ , což potvrzuje validitu testu jako zkoušky kreativity, která souvisí s inteligencí. Stančák (1982) uvádí Lossena a Schotta, kteří doplnili test o zapracování a hodnocení časového sledu kreseb. Takala (1964) upravil hodnocení tak, aby se dala matematicky zpracovat, a tím přispěl k validitě testu.

## 2.1 Vznik a vývoj testu

Ehrig Wartegg vydal svou první verzi testu roku 1939 v práci „Gestaltung und Charakter“. Navázal tak na Sanderův Phantasie test z 20. let 20. století. Charakterizoval svůj test jako metodu vhodnou na zjištění struktury osobnosti a příslušné neurofyziologické základy. Záměrně tedy volil archetypické znaky, které měly navodit požadované podráždění mozku. Původní varianta se snažila zjistit charakterologický profil – dílčí psychické procesy (u každého popisovaly dvě vlastnosti): cit (otevřenost a citlivost), fantazie (zaměřenost na tvar a množství nápadů), rozum (střízlivost a přesnost), vůle (pudovost a pevnost). (Svoboda, 2009)

Dle Vetterové (1994) směřoval k odkrytí charakterových vrstev pomocí 1. a 2. signální soustavy I. P. Pavlova a jeho premisou bylo, že duše může pravděpodobně existovat jen ve spojení s materiálním mozkiem. Pomocí grafologie hodnotil Wartegg stálé komponenty osobnosti i momentální duševní stav (změna rukopisu vlivem okolí). Byl tedy zaměřen především na psychomotorickou hodnotu kresby. Uznával i symbolický význam zpracovaných obsahů, ale varoval před jejich přeceňováním.

V roce 1953 uveřejnil autor svůj interpretační postup, tzv. grafoskopickou diagnostiku vrstev, při které vycházel z Lerschova vrstevového modelu osobnosti. Šlo o zachycení reakcí na předlohu, jež se snažil zařadit z hlediska ontogenetického vývoje. (Stančák, 1982)

Posledním interpretačním přístupem Wartegga z roku 1963 se stal tzv. reflexografický profil vrstev, kdy se soustředil na hledání osobnostního profilu (stanovil profil vrstev a profil kvalit). Výsledkem bylo přiřazení probanda k vzrušivému, útlumovému nebo senzibilnímu typu.

U nás byl test populární zejména v 60. letech 20. století, kdy se nepoužívaly původní kritéria pro vyhodnocení, ale spíše obsahová analýza jednotlivých kreseb. (Svoboda, 2009)

Stančák (1982) dodává, že zásluhou Kratochvíla existuje zkrácený Warteggův manuál, který referuje o vývoji samotné metody a o hodnotících kritériích.

## 2.2 Administrace

Způsob administraci dle Wartegga (1953):

Probandovi předkládáme záznamový arch A4, v jehož horní části se nachází 8 černě ohraničených čtverečků velikosti 4x4 cm. V každém čtverečku je umístěn předtištěný podnět, který má stimulovat kresebný projev.

Instrukce, jež doporučuje autor: *„Zpracujte zde načatý znak do celku, který by dával nějaký smysl.<sup>1</sup> Rozhodující je nápad, nikoliv provedení. Pořadí podle Vašeho uvážení. Vedle čísla uveďte, co Váš nápad znamená. Nakonec můžete ještě zaznamenat, které pole je Vám nejpříjemnější a který ze svých obrázků považujete za nejlepší/nejhorší.“*

Test lze administrovat individuálně i skupinově. Zadáváme-li test jednotlivci, měli bychom sami zaznamenávat pořadí a obsah kreseb. Důležité jsou mimické i fonetické reakce, gesta a případné nezrealizované nápady k jednotlivým znakům. Test není časově omezen, přesto zapisujeme přibližný čas věnovaný dílčím kresbám a celkový čas potřebný ke zpracování. Průměrná doba vypracování testu je 10-20 minut.

Při skupinovém testování by počet osob neměl být vyšší než 25. Měli bychom zamezit vzájemnému ovlivnění mezi členy skupiny. Čas u skupinového zadávání je ohraničen na 30 minut a zdůvodňuje se průměrnou dobou, která stačí většině lidí pro vypracování.

Probandovi ke kreslení poskytneme středně tvrdou tužku. Gumování je povoleno, ale guma se dává k dispozici jen na vlastní přání. Barevné pastelky doporučuje autor nabízet až při opakovaném pokusu. Wartegg udává dobu možnou pro zopakování testování v rámci psychoterapeutické léčby po 4 týdnech, při pedagogických poradách interval 3 až 6 měsíců.

---

<sup>1</sup> Vetterová (1994) poukazuje na slovo „smysl“, které sice instrukce obsahuje, avšak Wartegg sám uvádí i hodnotí abstraktní možnost zpracování znaku. Abstraktní kresba ale postrádá „smysl“.



## 2.3 Hodnocení a interpretace

Svoboda (2009) vychází ze tří kritérií:

1. *Přiměřenost kresby danému podnětu* – vychází se z předpokladu, že dílčí podnět vyvolává určitou reakci. Lze zde tedy hodnotit adekvátnost využití podnětu. Proband může reagovat přizpůsobením kresby podnětu, jeho zdůrazněním nebo ignorováním.

2. *Obsah kresby* – může se jednat o konkrétní objekt, situaci či abstraktní obrazce. Nakreslený obsah nám naznačuje probandovy asociace k jeho zájmům, obavám. Varianty z hlediska obsahu: bezsmyslné čmáranice, abstraktní obrazce, realistické obrázky a fantazijní zpracování tématu.

3. *Způsob provedení kresby* – hodnocení z pohledu projektivních kritérií. Například zdůrazněné, potlačené nebo opomenuté aspekty kresby mohou signalizovat některé osobnostní charakteristiky.

V České republice nejvíce využívaný vyhodnocovací postup je tzv. diagnostika vrstev, která, jak uvádí Svoboda (2010), sleduje:

1. *sled dokreslování předloh*.

2. *profil vrstev* – reakce na předlohy. Autor si v této části hodnocení všimá ontogenetického vývoje v kresbě.

3. *profil kvalit* – sleduje se míra, do níž je proband usměřován původní kvalitou podnětu.

4. *obrázková skladba* – spadá sem perseverace, asociace, přesun a doplnění.

5. *charakterologické schéma* – hodnotí formální a obsahové zpracování dílčích kreseb. Různá zpracování jsou přiřazována k určitým osobnostním vlastnostem.

Charakterologické schéma prezentuje Stančák (1982) jako diagnostické hodnocení, které má největší význam. Výsledky totiž umožňují charakterologickou či psychopatologickou interpretaci.

Charakterologické schéma se skládá ze dvou částí (dle Svobody, 2010):

### *I. Endotymní základ*

1) vitalita – afektivita a senzitivita

2) přizpůsobení – adaptace a introverze

3) snaha – touha po uplatnění (vyjádřená pevným vedením linií) a idealismus

## II. Nadstavba

- 1) prosazení – zaměření vůle a pevnost vůle
- 2) odstup – střízlivost a přesnost
- 3) výraz – běžnost a originalita

Tyto vlastnosti se skórují z hlediska formálního i obsahového zpracování. Podle intenzity a závažnosti výskytu příslušného znaku se přiřazují 0-3 body. Vyhodnocování WZT je nicméně komplikované. Po vyhodnocení všech kreseb získáme skóry pro jednotlivé vlastnosti, které se zakreslují jako profil charakterologického schématu do vyhodnocovacího protokolu.

Takala (1964) uvádí ve svých výzkumech několik zajímavých výsledků spojených s obsahem jednotlivých kreseb u adolescentních dívek. Kresby obsahující přírodu a lidské bytosti pozitivně korelují s verbálními schopnostmi. Naopak například při zobrazování užitkových objektů byla prokázána pouze nízká korelace se zručností.

### 2.3.1 Archetypický význam podnětů

Vetterová (1994) ve své práci poukazuje na archetypickou funkci jednotlivých znaků: „*Jak hluboce jsou tyto znaky ve smyslu C. G. Junga zakotveny jako kolektivní zkušenost, fylogeneticky ilustruje skutečnost, že desítky let po koncepci tohoto testu byly prokázány kvalitativní koreláty v babylonském, čínském a původním semitském obrázkovém písmu.*“

*Charakteristiky jednotlivých znaků dle Wartegga (1953):*

#### 1. čtverec – Bod

- jemné, organické, nepatrné, přesto určité (umístěním ve středu)

Archetyp: začátek, střed, nyní

Význam: sebenalezení, centrování



#### 2. čtverec – Vlnovka

- organicky uvolněné citové hnutí nebo vzrušení

Archetyp: životní jádro, vzruchová schopnost, vzrušení, které dává nebo ohrožuje život, přizpůsobení

Význam: afektivita, kontakt, zdrženlivost až blokáda



### 3. čtverec – Tři stoupající čáry

- dynamické prodlužování vertikály, architektonické rozdělení

Archetyp: stupňování, vzestup, přehánění, šířka, hloubka

Význam: snažení, stálost, intencionální dimenze, stálost x kolísavost



### 4. čtverec – Čtverec

- hranatost, tíže

Archetyp: ohrožení, temnota, noc, sen, strach, vina, smrt

Význam: nevědomí, pozice strachu, nutkavosti a viny



### 5. čtverec – Dvě nespojené na sebe kolmé linie

- dynamika při současném překonání momentu napětí

Archetyp: protiklad jako odpor, prosazení

Význam: vitalita, řízení vůlí, rozhodnost x nerozhodnost

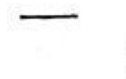


### 6. čtverec – Dvě nespojené pravý úhel tvořící linie

- rozhodnutí, zda spojit či rozdělit

Archetyp: protiklad jako oddělenost, rozčleněnost

Význam: integrace, řízení, racionální



### 7. čtverec – Tečky uspořádané do oblouku

- vcítění do jemného rozčlenění

Archetyp: cítění, tušení, zjemnění

Význam: senzibilita, odevzdanost, vkus a takt



### 8. čtverec – Oblouk

- harmonické uzavření, zaokrouhlení

Archetyp: vazba, ochrana, harmonie

Význam: citová základna, vyrovnanost, schopnost vazby, vyzrálost



Čtvercům číslo 1, 2, 7 a 8 přiřazuje spíše ženský akcent – jsou to znaky jemné, něžné. Čtvercům číslo 3, 4, 5, 6 přisuzuje mužský akcent – jsou ztuhlé, vzpřímené, mechanicky napjaté, dynamicky zaměřené a staticky těžké.

## 2.4 Barevná modifikace WZT

Autorkou barevné modifikace Wartegova kresebného testu je česká lékařka žijící ve Švýcarsku – Eva Vetterová. Její modifikace se zaměřuje na prostorovou, obsahovou a barevnou symboliku. Barvy mohou svým použitím měnit význam objektů

a i nevyužití barvy se vyhodnocuje jako projev určitého konfliktu, obavy nebo bloku. Barevná modifikace se hodí i pro kontrolu terapeutického efektu. (ústní sdělení Y. Mazéhoové in Svoboda, 2009)

Vetterová (1994) při administraci poskytuje probandovi tužku a pastelky, za zcela nevhodné považuje fixy. Při vyhodnocování se více zajímá o symboliku než o grafologické detaily (charakter tahu, tlak na tužku...) a symbolice barev přisuzuje stejný význam jako obsahové. Ve své práci uvádí Brönimannův pracovní postup při posuzování Warteggova protokolu. Brönimann zjistil, že tři jako první dokreslené podněty nám umožňují usuzovat o aktuální problematice. Tato problematika by měla být terapeuticky snadněji zpracovatelná, protože se nachází blíže vědomé rovině klientek. Na druhou stranu, znaky doplňované naposledy náleží k nejjávnějším, komplexním a nejvíce potlačeným problémům.

### **3. Barvy**

Světlo je elektromagnetické záření, které má určitou barvu právě v závislosti na délce elektromagnetické vlny. Předměty vnímáme prostřednictvím světla, které odráží svým povrchem. Černá barva vzniká nepřítomností světla a naopak bílá barva složením různých vlnových délek. Bílá se skládá ze šesti okruhů barev – červená, oranžová, žlutá, zelená, modrá a fialová. Počíték barvy je ovšem závislý na podmínkách pozorování, citlivosti zrakového orgánu a psychickém stavu daného člověka. (Kulka, 2008)

Základními barvami v rámci arteterapie jsou červená, modrá, žlutá a komplementárními barvami k nim (tedy barvy na barevném kruhu si nejvíce vzdálené, nejvíce kontrastní) jsou zelená, oranžová a fialová.

#### **3.1 Barvy a jejich vliv**

Výběr barev a jejich vliv na lidskou psychiku se využívá nejen v psychologické diagnostice (např. Lüscherův test, Test barevného diferenciálu, Barevný pyramidový test...), ale také při zařizování interiérů – jak uvádí například Hulke (1996) – v USA byli agresivní vězni ubytováni v růžově vymalovaných celách, načež došlo k jejich výraznému uklidnění.

Energetické záření barvy výrazně působí na lidské tělo, což vědecky doložil již Nils Finsen (nositel Nobelovy ceny za medicínu v r. 1903) zakladatel světelné terapie. Dokázal, že barvy nejsou silami sugestivními, ale naopak samostatnými barevnými chvěními, na která lidské tělo jasně reaguje. Šíří-li se světlo z jednoho místa na druhé, chová se jako vlna. Ale pokud je něčím přijímáno (např. našim tělem), potom se chová jako částice. Barevné paprsky odevzdají v těle energii elektronům podle toho, jakou mají vlnovou délku. Při pokusech byl nejdříve do modře a poté do červeně vymalovaného pokoje přiveden slepec. V první místnosti jeho teplota výrazně klesla, naopak po vstupu do druhé opět vystoupala, ačkoliv v obou pokojích byla teplota udržována stejně vysoká. (Hulke, 1996)

Vliv barev a barevných kombinací na psychické i fyzické zdraví člověka je prokázáný, ale jejich působení je individuální. Barvy mohou zlepšit náladu i vitalitu člověka. Cítí-li se člověk vyrovnanější a energičtější, prohlubuje se mu dýchání, prokrvení i výměna látek. (Šicková-Fabricsi, 2002)

Kulka (2008) uvádí, že při vnímání barev nás výrazně ovlivňují barevné kontrasty, které jsou především výsledkem činnosti zraku. Kontrast dvou sytých barev vzniká na základě srovnání vedle sebe položených barev (např. červená-žlutá). Zatímco simultánní kontrast barev zdánlivě zvětšuje rozdíly barev sousedních. Komplementární barvy spolu nejvíce kontrastují. Nepozměňují se, ale vzájemně zvýrazňují svou sytost.

### 3.2 Symbolika barev

Barvy mají v arteterapii psychologický, estetický a kulturní kontext. Je důležité zmínit, že význam barvy ovlivňuje její sytost a umístění, zároveň také věk, osobnost a aktuální psychický stav kreslíře i okolnosti vzniku kresby.

Všeobecně vzato jasné a teplé barvy svědčí o vyrovnanosti, zatímco tmavé barvy ukazují tendenci ke smutku, úzkosti, případně na odpor k někomu nebo něčemu. Bledé odstíny mohou vyjadřovat citovou nevyrovnanost či špatný zdravotní stav. Absence barvy v celé kresbě nebo pouze při zpracovávání určitých témat prozrazuje citovou prázdnotu. (Davido, 2008)

Dle Kulky (2008) a Lüschera (1997) podávám jednoduchý přehled:

- *Bílá* – vyjadřuje čistotu, pořádek a nevinnost. Symbolizuje počátek bytí a světlo. Může reprezentovat i jednotu a plodnost, ale na druhou stranu také i smrt. Dle

Kellogové (in Šicková-Fabricsi, 2002) může bílá použitá na bílý papír značit potlačování, ukryvání něčeho nebo nechuť přijímat pocity vlastního těla.

- *Černá* – je výrazem tajemna, smutku, smrti, konce, prázdnoty a tmy. Černá je slavnostně vážná, lesk jí dodává eleganci.
- *Šedá* – symbolizuje klid, neutralitu a neangažovanost. Snižuje intenzitu barvy vedle ní ležící a může tvořit ideální pozadí pro ostatní barvy.
- *Červená* – vyjadřuje živost, dynamiku, sílu, vášně, lásku a žádostivost. Je symbolem pro oheň, krev, moc a revoluci (ve středověku značila spravedlnost). Červená je barva síly a sebedůvěry, radosti z prožívání a tvořivé vůle.
- *Růžová* – je jemnější kvalitou červené a nejčastěji ztělesňuje lásku, nezralost a naivitu.
- *Žlutá* – ztělesňuje slunce, jas a rozum a vyjadřuje vzrušení, radost a povrchnost. Symbolizuje uvolnění, změnu, osvobození a napětí. Platí za barvu osvětlení a vykoupení. Zlatožlutá představuje bohatství a úctu.
- *Oranžová* – je kombinací energie, tepla, síly, vzrušení a intelektu. Je barvou veselí a vzdoru, ale dokáže podtrhnout i pocit neštěstí.
- *Purpurová* – byla v minulosti nejdražším barvivem a stala se symbolem pravdy a zákona. Dnes symbolizuje důstojnost, bohatství, krásu, moc a působí slavnostně a vznešeně.
- *Fialová* – v křesťanství je barvou pokání. Symbolizuje spiritualitu, tajemství, mystiku, citlivost, důstojnost, skryté touhy i utlumenou vášně.
- *Modrá* – vyjadřuje klid, pasivitu, věrnost, soustředěnost, oddanost a bezčasovou věčnost. Modř je ideál jednoty a harmonie. Symbolicky odpovídá ženskému principu, horizontálnímu směru, levé straně a flegmatickému temperamentu. Je symbolem nebe a moře, z čehož plyne její význam nekonečnosti a nedosažitelnosti.
- *Tyrkysová* – je chladnějším výrazem klidu, jakoby bez citu. Symbolizuje vodu, led a vytváří dojem hloubky.
- *Zelená* – vyvolává harmonii, pohodu, jistotu, konstantnost a růst. Je symbolem pro přírodu, mládí, naději, přátelství a bezpečí. Čím více ztmavující modré je do zelené přidáno, tím pevněji, chladněji, napjatěji a odolněji barva působí.
- *Hnědá* – je výrazem pokory, spolehlivosti, trpělivosti a symbolizuje zemi a také výkaly.

## 4. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažným psychosomatickým onemocněním, které má hluboké sociální a rodinné důsledky. Naše společnost se za posledních několik desítek let výrazně proměnila ve vztahu k jídlu. Na jedné straně přestali lidé přizpůsobovat příjem potravy svému životnímu stylu a nezdravým jídlům spojeným s přejídáním směřují k obezitě. Na druhé straně se pro mnoho (obzvláště) mladých dívek a žen, ale i mužů, stala posedlost po zdravé výživě a pro-ana přístup životním stylem.

### 4.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Diagnóza vyžaduje splnění všech diagnostických kritérií, avšak jednotlivé diagnózy mohou mezi sebou přecházet. V poslední době se proto prosazuje tzv. transdiagnostický model, který se snaží o zlepšení klasifikace PPP, někteří autoři se dokonce přiklání k myšlence PPP nedělit. (Papežová, 2010)

Krch (2005) zmiňuje, že poruchy příjmu potravy, to je hlavně strach a úzkost z tloušťky, jídla, nevolnosti, strach, že opět zklamou rodiče atd. Musíme tedy počítat s tím, že strach se snadno přenesení i na jiný objekt či aktivitu. Proto často v průběhu onemocnění přibývají další komorbidity, aniž by to nutně muselo znamenat, že na počátku nutně musela být závažná duševní porucha. Avšak dnes již nejsou PPP natolik výjimečné, to znamená, že se nevyhýbají ani nemocným primárně s jinou závažnou duševní poruchou.

#### 4.1.1 Mentální anorexie (MA)

Papežová (2010) poukazuje, že při diagnostice v klinické praxi se využívají diagnostická kritéria dle MKN-10, ve výzkumu se pak používá DSM-IV (avšak rozdíly v daných kritériích nejsou zásadní). Mentální anorexie je charakteristická především záměrným snižováním tělesné hmotnosti.

*Diagnostická kritéria podle MKN-10:*

- tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo BMI (váha v kg/výška v m<sup>2</sup>) je 17,5 nebo méně (viz Příloha č. 1)

- pacientka sama cíleně snižuje váhu dietami, zvracením, užíváním diuretik, laxativ nebo excesivním cvičením
- přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvázce, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé myšlenky na udržení podvážky
- endokrinní porucha – u žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu (ovšem v případech, kdy pacientka užívá hormonální antikoncepci, nemusí být toto kritérium naplněno)

Krch (2005) připouští, že u některých pacientek omezení jídla naopak doprovází zvýšený zájem o stravu (neustále myslí na jídlo, rády vaří a sbírají recepty). U anorektiček bulimického typu se také častěji můžeme setkat s poruchami nálad a závislostí na alkoholu (mají bohatší obecnou psychopatologii).

Zjištěná celoživotní prevalence<sup>2</sup> u žen s MA (dle finské studie Keski-Rahkonen et al., 2007) dosahuje 2 %. Při použití širší definice (nevyžadovalo-li se splnění všech kritérií) stoupla na 4 %. Ovšem jiné studie, např. Hudson et al. (2007), našly celoživotní prevalenci u 0,9 % žen. Zjištěná incidence<sup>3</sup> u MA studii založenými na primární péči je kolem 5/100000 obyvatel. Studie založené na nemocničních registrech docházejí k nižším údajům, populační studie ukazují, že větší část pacientů s MA pravděpodobně terapii nevyhledává. Věk vzniku mentální anorexie je nejčastější mezi 15-19 roky. (Papežová, 2010)

#### **4.1.2 Mentální bulimie (MB)**

Mentální bulimie je charakteristická opakujícím se záchvatovitým přejídáním (binge eating) a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Z diferenciatně-diagnostického hlediska je důležité uvést, že pokud pacientka naplňuje diagnostická kritéria pro MB a zároveň i kritéria pro MA, pak má přednost diagnóza mentální anorexie. Na rozdíl od MA se u bulimie nevyskytuje závažnější váhový úbytek ani trvalá amenorea. Častá je koincidence MB a závislosti na alkoholu. Mentální bulimie (taktéž MA bulimického typu) se také může vyskytovat s hraniční poruchou osobnosti. (Krch, 2005)

<sup>2</sup> *Prevalence* – počet nemocných v populaci v určitém časovém období, celoživotní prevalence udává počet jedinců, kteří někdy během života trpěli sledovaným onemocněním

<sup>3</sup> *Incidence* – počet výskytu nových případů v populaci za určitý časový úsek (nejčastěji jeden rok), obvykle se incidence udává na 100 tisíc obyvatel (Hartl, 2000)



*Diagnostická kritéria podle MKN-10:*

- epizody přejídání (nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců), neodolatelná touha po jídle a neustálé zabývání se jídlem
- snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokované zvracení, užívání laxativ či diuretik, hladovky a u diabetických pacientů manipulace s inzulínovou léčbou
- chorobný strach z tloušťky a snaha o nižší než nemorbidní a často přiměřenou hmotnost

Výsledky celoživotní prevalence MB u žen v USA a Kanadě se pohybují mezi 1,1-2,8 %. Studie incidence založené na registru primární péče v Holandsku a ve Velké Británii došly k podobným výsledkům 6,1 % (1995-1999) a 6,6 % (2000). Průměrný věk vzniku mentální bulimie je udáván 20-39 let, ale studie z posledních let (např. Van Son et al., 2006) udávají snižující se věk vzniku. (Papežová, 2010)

#### **4.1.3 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy**

*Atypická forma MA* či *atypická forma MB* se vyznačují tím, že u pacientek chybí jeden nebo více klíčových příznaků při jinak typickém klinickém obrazu (např. pacientka s nízkou tělesnou hmotností má stále pravidelnou menstruaci, i když není hormonálně léčena). Představují významnou část pacientek s PPP, která vyhledá léčbu, a pravděpodobně i větší skupinu v obecné populaci. (Papežová, 2010)

Krch (2005) odkazuje na „*Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy*“ (Eating Disorders Otherwise Specified - EDNOS) – jsou diagnostickou kategorií DSM-IV. MKN-10 obsahuje podobnou kategorii „*Jiné poruchy jídla*“ (F50.8).

Mezi tyto poruchy patří například:

- jedinci, kteří žvýkají a vyplivují velká množství jídla, aniž by je polykali
- psychogenní přejídání (binge eating disorder)
- jedinci, kteří splňují kritéria MA a došlo u nich k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, přesto ale jejich váha stále odpovídá normě
- syndrom nočního přejídání (night eating syndrom) – nespavost ve spojitosti s nočním přejídáním
- pica neorganického původu u dospělých (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu)

Problematiku poruch příjmu potravy stále rozšiřuje množství nových diagnóz, jako *ortorexie* (patologická posedlost zdravou výživou), *bigorexie* (svalová dysmofobie převážně u mužů závislých na posilování), *drunkorexie* (opakovaná redukce příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více vysoce kalorického alkoholu), *pregorexie* (anorektické symptomy v souvislosti s těhotenstvím).

## 4.2 Etiologie poruch příjmu potravy

U poruch příjmu potravy nelze určit jednu příčinu, jedná se o souhrn více faktorů, jako jsou genetické a biologické dispozice, osobnostní charakteristiky (perfekcionismus, impulzivita) či sociální prostředí (nefunkční rodinné vztahy, problém s přijetím role ženy).

Linesch (1988) uvádí, že mentální anorexie reprezentuje především pokus vyřešit psychický konflikt fyzickým řešením. (Rehavia-Hanauer, 2003)

Některé studie označují za vysoce rizikový faktor opakující se vystavení traumatickým událostem. Rozdíl mezi pacienty s PPP a lidmi zdravými tedy spočívá v opakované expozici negativní události a nikoliv v jednorázovém negativním zážitku. PPP jsou spojené s prenatálními a perinatálními komplikacemi. Největším rizikovým faktorem je hypoxické poškození mozku a předčasný porod. (Papežová, 2010)

### 4.2.1 Sociální a kulturní faktory

PPP jsou považovány za kulturně podmíněné a nemohou být tedy pochopeny mimo daný kulturní kontext. Ve společnosti působí sociální a kulturní tlaky, které šíří kult štíhlosti (omezená nabídka běžné konfekce, módní časopisy či vyhraněná zdravá strava) a předpojatost vůči obézním lidem. Společnost oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Zároveň jsou na ženy kladeny vyšší nároky v souvislosti s možnostmi profesionálního uplatnění, jež po nich vyžaduje udržování si fyzické atraktivity. (Krch, 2005)

### 4.2.2 Rodinné faktory

Silným spouštěcím faktorem bývají dlouhodobě *dysfunkční rodinné vztahy*. Jde nejčastěji o rodiny, ve kterých se klade velký důraz na výkon a úspěch. Pro dítě a hlavně tedy dospívající dívku je těžké se osamostatnit, jediným způsobem pasivního vzdoru se pak stává oblast jídla. Významně se zde jeví vztah s matkou, které u anorektických dívek často bývají perfekcionistické, málo empatické, avšak zároveň hyperprotektivní.

Často mají samy nízké sebevědomí a obavy o zvládnání mateřské role. (Vágnerová, 2008) Dalším faktorem je chronický nesoulad mezi rodiči nebo chronické onemocnění jednoho z nich, jež naruší fungování rodiny. (Papežová, 2010)

#### 4.2.3 Biologické a genetické faktory

Významným rizikovým faktorem pro vznik PPP je *ženské pohlaví*. Ženy onemocní mentální anorexií či bulimií dokonce desetkrát častěji než muži.

Svou roli sehrává pravděpodobně také *etnický původ*. PPP bývají často považovány za nemoc „bílých“ dívek. Výzkumy naznačují, že Afroameričanky jsou spokojenější se svým tělem, přestože mají průměrně vyšší BMI.

Dalším rizikovým faktorem je *věk*. Nejrizikovější pro rozvoj PPP bývá období adolescence a časná dospělost. (Papežová, 2010)

Vágnerová (2008) uvádí za biologický základ dispozice ke vzniku poruchy jídla také změny *funkce hypotalamu* (důležitý pro regulaci potravy). Dysfunkce hypotalamu se může výrazněji projevit teprve v dlouhodoběji stresových podmínkách. Zároveň bývají narušeny také neurotransmitterové systémy zajišťující regulaci pocitů hladu a sytosti.

Výzkumy také zjistily častější výskyt PPP v rodině – např. sestry anorektiček trpí poruchou pětkrát častěji než průměr populace. Fichter a Noegel (1990) dokonce tvrdí, že jednovaječná dvojčata projevují zvýšenou genetickou vulnerabilitu pro PPP, ale současně i pro například depresi. (Krch, 2005)

#### 4.3 Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy

Literatura není příliš jednotná ohledně kognitivního deficitu a kognitivní funkce u poruch příjmu potravy. Není zcela jasné, které změny jsou důsledkem PPP a které se dají považovat za trvalou charakteristiku jedince.

Přesto prokazatelně dochází v kognitivních testech ke změnám, ke kterým vede nejen nepřiměřená kalorická hodnota potravy, ale i její skladba. Pacientkám byl změřen zpomalený reakční čas, došlo ke zhoršení v mentálně aritmetickém testu, krátkodobé vizuální paměti a ve výbavnosti dlouhodobé paměti. Zhoršuje se automatické (nevědomé) zpracování informací oproti vědomému učení, což se zdůvodňuje především zúženým zaměřením pozornosti a paměti na jídlo a tělesné proporce. „*U mentální anorexie jsou zhoršené pouze některé exekutivní funkce, přičítané*

*nefrontálním okruhům. Relevantní pro klinickou praxi je nedostatečná flexibilita ve strategii řešení problémů, především v situacích s nejistým výsledkem.*“ (Preiss, 2006, str. 270) Kognitivní deficit exekutivních funkcí se objevuje nejen v testech zaměřených na řešení problémů, ale také v testech zaměřených na pracovní paměť, kognitivní a percepční flexibilitu. Výzkumy naznačují, že rigidita a porucha flexibility jsou charakteristické trvalé rysy spojené s predispozicí pro mentální anorexii. Zatímco schopnost řešit problémy se s nárůstem váhy zlepšuje, percepční flexibilita pozornosti zůstává snížena i po dlouhodobé remisi. (Preiss, 2006)

Převažující poškození pravé hemisféry referuje o větším poškození nonverbálních a numerických procesů ve srovnání s relativně zachovalými verbálními funkcemi a často výbornými studijními výsledky založenými na verbálních projevech. Dle studií u mentální anorexie není většinou celkové IQ sníženo. Některé poruchy jsou způsobené jako sekundární jev hladovění a některé předcházejí počátku poruchy jídla a přetrvávají i po uzdravení. (Papežová, 2010)

Základní kognitivní dysfunkcí u PPP je porucha vnímání vlastního těla (především tedy u MA), která se v současnosti považuje za komplexní funkci. Souvisí s poruchou interocepce (čítí vnitřního prostředí organismu), jež je nezbytná k rozpoznávání a identifikaci vlastních emocí i emocí ostatních lidí. Vnímání tělesného schématu (prostorové aspekty velikosti a tvaru) a body image (emoční a kognitivní postoj k vlastnímu tělu) jsou závislé na sensorických vjemych včetně proprioreceptorů a vizuálních a hmatových pocitů. (Preiss, 2006)

#### **4.4 Přehled léčby**

V této kapitole se snažím stručně shrnout léčebné programy a možnosti, které jsou v současné době pacientkám i pacientům s poruchami příjmu potravy k dispozici. Avšak konkrétní postup léčby je komplexní záležitostí, vždy se přizpůsobuje konkrétní pacientce – odpovídá její anamnéze, závažnosti a šíři diagnózy, sociálnímu a rodinnému zázemí. Závisí na její motivaci k léčbě i na koordinaci všech klinických pracovníků.

Hlavní problémy léčby poruch příjmu potravy spočívají v egosyntonní kvalitě symptomů, tzn. onemocnění, které je důležitou součástí sebepojetí nebo se stává formou řešení problematických interpersonálních vztahů. Egosyntonní onemocnění se pak stává pro pacienta přijatelnějším způsobem života. Pacientky si často odmítají přiznat své onemocnění, odmítají pomoc a vyhýbají se léčbě. Zásadní je proto snaha terapeuta o

dostatečné motivování pacientky a zlepšování motivační strategie i v průběhu terapeutického procesu. (Papežová, 2010, viz Příloha č. 2)

### **Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**

Kognitivně-behaviorální terapie se doporučuje pacientkám se středně těžkými až těžkými symptomy, pro které vzhledem k jejich věku není vhodná rodinná terapie. Fairburn et al. (2005) zdůrazňují následující hlavní body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají a doprovázejí; 2) pravidelné vážení; 3) změna schématu jídelního chování (překonání redukčních diet, rozšíření jídelníčku, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování; 4) kognitivní restrukturační s cílem identifikovat a změnit navyklé chyby v myšlení (přehnaná generalizace aj.); 5) zavedení prevence relapsu. (Krch, 2005) Významnou roli v terapii zaujímá sebemonitorování, aktivní nácvik, konfrontace se zúzkostňujícími situacemi a domácí cvičení. (Papežová, 2010)

### **Rodinná terapie**

Rodinná terapie se volí u mladých pacientek, případně u starších, které žijí se svojí rodinou, a párová terapie se indikuje u partnerských problémů. Rodinná terapie může být také doplňkovou léčbou individuální terapie v případě práce s traumatem (např. pohlavní zneužití v rámci rodiny). Pracuje se s celým rodinným systémem, důraz se klade na komunikaci, klíčové vztahy a na sociální okolí pacienta. (Krch, 2005)

Papežová (2010) doporučuje nový přístup v případě léčby adolescentů, a sice vícerodinné terapie. Spočívají v intenzivním psychoterapeutickém programu pro skupiny složené z několika rodin, v nichž jeden nebo i více členů trpí poruchami příjmu potravy.

### **Interpersonální terapie**

Interpersonální terapie se primárně nezaměřuje na problematiku jídla. Snaží se o identifikaci vztahových problémů, které jedince vedly k rozvoji onemocnění a nadále jej udržují. Řeší osobnostní a vztahové problémy především v rámci prevence relapsu. Měla by být zařazena při léčbě pacientek s dlouhodobě přetrvávajícími symptomy. (Papežová, 2010)

## **Psychodynamická terapie**

Krch (2005) uvádí doporučení zvažovat začlenění dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé KBT u pacientek, kde selhaly jiné a levnější přístupy. Papežová (2010) doporučení doplňuje o případy PPP s psychiatrickou komorbiditou (hraniční osobnost, sexuální zneužití, posttraumatická stresová reakce). Nová generace dynamicky orientovaných terapeutek se snaží modifikovat dynamickou terapii poruch příjmu potravy s přihlédnutím ke specifickým otázkám psychologie žen (hledání ženské identity, diskriminace, sexuální zneužití...).

## **Psychoedukace**

V celém průběhu léčby je zdůrazňována psychoedukace, neboli poučení o onemocnění, důsledcích hladovění a možnostech léčby. Záměrem psychoedukace je adekvátně informovat pacientky i jejich rodiny a využívá se v kombinaci s nutričním poradenstvím. (Papežová, 2010)

## **Farmakoterapie**

Medikace by neměla být metodou první volby v léčbě PPP (její účinnost se sleduje v souvislosti s psychoedukací, nutričním poradenstvím a psychoterapií). O farmakoterapii by se mělo uvažovat u pacientek s MB nebo záchvatovitým přejídáním, u kterých se počáteční pokus o KBT setká s neúspěchem. Ve farmakoterapii se zkouší mnoho psychotropních látek (např. antidepresiva, antipsychotika a látky stimulující chuť k jídlu), ovšem žádná látka není jednoznačně účinná, aby převážila riziko nežádoucích účinků a působila bez nutnosti psychoterapeutické intervence. (Papežová, 2010)

## **4.5 Arteterapie a poruchy příjmu potravy**

Arteterapie je prostředkem k reflexi problémů a vnitřních konfliktů pomocí výtvarného projevu. V rámci arteterapie bychom měli zmapovat pacientův problém, snažit se hledat nalezení cesty, jak pomoci a jak vést pacienta k nápravě a určitému řešení. Produkty vytvořené pacientem mají tu výhodu, že je můžeme stále znovu a znovu vnímat a při sérii více produktů pak dokumentovat vývoj onemocnění. (Šicková-Fabrice, 2002)

Arteterapie je velmi vhodný doplněk při léčbě PPP právě pro své specifické kvality. Jelikož nezávisí na verbální interakci, zda se arteterapie uskuteční či nikoliv, umožňuje to pacientce vyjádřit nevědomý a nezpracovaný vnitřní obsah, aniž by došlo k aktivaci obranných mechanismů. Schaverien (1994) se domnívá, že obrázky umožňují a zprostředkovávají cestu mezi vnitřním a vnějším světem, stejně jako jídlo, které může být také označeno za vyjednávání a prostředek mezi vnitřním a vnějším světem pacientek. (Rehavia-Hanauer, 2003)

Klientky s poruchami příjmu potravy se pomocí arteterapie učí vyjadřovat diferencovanější emoce spojené s trvalejšími realističtějšími názory, očekáváním a pohledem na sebe sama a tělesné proporce. (Papežová, 2010)

Malchiodi (1999) uvádí několik důvodů indikace arteterapie u pacientek s PPP:

- omezený verbální projev (např. mutismus) nebo omezený přístup k pacientovým pocitům prostřednictvím slov (např. deprese)
- je požadováno doplňkové vyšetření
- verbální terapie nevedla ke zlepšení
- pacientka je neobvykle vnímavá k uměleckému způsobu vyjádření

Podle Papežové (2010) mají pacientky na počátku hospitalizace problémy (v rámci arteterapie) s otevřeným a spontánním vyjadřováním. Pacientky se snaží svou práci uzpůsobit tak, aby byl terapeut spokojený – zdůrazňují estetickou rovinu kreseb (barevné ladění, upravenost, idealizace). Volí často tužku, výjimečně pastelky. O zadaném tématu diskutují a snaží se ho změnit.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Za cíl kvalitativního výzkumu jsem si stanovila nalezení společných znaků ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu u klientek s poruchami příjmu potravy. Zároveň jsem se zaměřila na kazuistiky tří probandek a jejich zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu. Zaměřila jsem se také na informace o průběhu testování a problémů, které se mohou v souvislosti se specifiky klientek s poruchami příjmu potravy vyskytnout.

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- 1. Existují společné znaky kreseb ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu u žen s poruchami příjmu potravy?*
- 2. S jakými specifiky se můžeme setkat při administraci Warteggova kresebného testu a při práci u klientek s poruchami příjmu potravy?*

### 2. Metoda výzkumu

Klíčovou metodou výzkumu byla barevná modifikace Warteggova kresebného testu, která je podrobněji popsána v teoretické části této práce. Používala jsem standardní záznamový arch s osmi čtverečky velikosti 4x4 centimetry, viz Příloha č. 2.

Administrace začínala s následující instrukcí: „*Na listu před Vámi je osm políček a v každém je započatý nějaký obrázek. Vaším úkolem je ho dokreslit podle Vaší fantazie. Pole můžete dokreslovat v libovolném pořadí (tj. nemusíte začít prvním políčkem a skončit osmým), ale je důležité po dokreslení každého pole napsat jeho číslo a název na dolní část listu.*“ Po dokončení všech políček jsem probandky vyzvala, aby vybraly a označily jedno pole, jež se jim nejvíce líbí, a jedno pole, jež se jim líbí nejméně.

Pojmenování obrázků slouží k lepšímu porozumění jednotlivých kreseb a případně i k samotným motivům probandů. Po definitivním dokončení kresby jsme si



vždy ještě společně s probandkou zopakovaly názvy, abych si byla jistá, že jsem pochopila její záměr. Mnohdy to bylo nutné i z hlediska čitelnosti písma.

### **3. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 11 žen, kterým byla v minulosti diagnostikována mentální anorexie nebo mentální bulimie. Věkové rozložení probandek se pohybovalo v rozmezí 18 – 28 let. Tři probandky ze souboru měly v době testování děti.

Ve výzkumném souboru se z jedenácti probandek pouze dvě daly v době testování považovat za zdravé a vyléčené (na základě subjektivního hodnocení probandky a absence chování, které by odpovídalo mentální anorexii či bulimii). Osm žen, které vypracovávaly Warteggův kresebný test, bylo v době administrace hospitalizováno nebo bylo zapojeno v individuální psychoterapii (také s tím souvisí i případné užívání psychofarmak).

Rozložení poruch příjmu potravy se hůře vyčleňuje, jelikož mentální anorexie může po určité době přejít v mentální bulimii a opačně (pro diagnostické účely má přednost diagnostikovaná mentální anorexie před mentální bulimií – hovoříme pak o bulimickém typu mentální anorexie). V době administrace kresebného testu osm žen trpělo mentální anorexií a tři mentální bulimií.

U všech probandek jsem zjišťovala i nejvyšší dosažené vzdělání a aktuální studium či zaměstnání. Tři probandky byly studentkami gymnázií, dvě probandky dosáhly středoškolského vzdělání a již více než osm let pracovaly a šest probandek studovalo vysokou školu (z toho jedna probandka souběžně se studiem byla na mateřské dovolené). Poukazuji také na fakt, že z oněch šesti vysokoškolaček byly tři studentkami medicíny a jedna studentkou sociální práce. Probandka se středoškolským vzděláním pracovala jako zdravotní sestra. Ještě bych také podotkla, že všechny probandky byly pravačky.

## 4. Postup při získávání dat

Nejprve jsem oslovila neziskovou organizaci, která se zabývá pomocí klientkám i klientům s poruchami příjmu potravy. Obrátila jsem se i na spoustu soukromých psychoterapeutů a psychiatrů, jež se soustředí na léčbu PPP. A nakonec jsem prostřednictvím internetových stránek a diskuzí kontaktovala i samotné klientky, které se na daných fórech sdružují a podporují. Velká většina z oslovených institucí a terapeutů spolupráci odmítla. Některé instituce mají bohužel špatné zkušenosti se studentkami zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy a mnoho terapeutů nemělo aktuálně v léčení žádné klientky s PPP. Většina klientek byla ochotna se zapojit do výzkumů k tematice poruch příjmu potravy, avšak když jsem je informovala, že je potřeba osobního setkání k administraci, pak velmi často schůzku odmítly. Testování probíhalo od března 2010 do února 2011.

Nejvíce kontaktů na klientky mi předal MUDr. Krs, jenž působí v Plzni, zabývá se poradenstvím a terapií pro poruchy příjmu potravy a je velmi oblíben i mezi samotnými klientkami. Pan doktor se dotazoval svých klientek, zda by nebyly ochotné zúčastnit se testování. Já jsem se poté telefonicky spojila se samotnou klientkou a domluvily jsme si termín osobní schůzky. Vhodná místa setkání jsem vybírala dle dostupnosti pro probandky, ale také jsem zohledňovala nároky na prostředí, tzn. prostředí, kde by probandky měly klid a ticho na zpracování kresebného testu a kde by nás nikdo nevyrušoval. Nejčastěji proto setkání probíhala ve studovnách nebo v prázdných učebnách.

Další administrace probíhala ve Fakultní nemocnici v Plzni a ve Fakultní nemocnici v Brně. Byla jsem předem domluvená s ošetřujícím psychologem pacientek a před samotným setkáním s pacientkou jsem měla možnost nahlédnout do zdravotních záznamů. Testování se uskutečnilo v určených místnostech na odděleních, kde jsme mohly s probandkou zůstat o samotě a nerušeny.

Schůzky jsem zahajovala nejdůležitějšími informacemi o samotném testování, jež probandku čeká, zaručením anonymity a nechávala jsem probandkám čas na otázky. Doba kreslení se různila, a to v rozmezí 5 – 45 minut, nejčastější doba vyplnění trvala přibližně 15 minut. V průběhu kreslení jsem si zapisovala údaje o způsobu zpracování čtverců a chování probandek. Po zpracování testu jsem se dotazovala na pocity k samotnému průběhu kreslení, pojmenovávání obrázků nebo na největší obtíže

s konkrétními čtverci. Na závěr jsem si test převzala a ujistila se, že vše přečtu a rozumím názvům obrázků. Po testovací fázi následoval rozhovor, kdy jsem zjišťovala předem určené informace - věk, vzdělání, diagnózu, průběh onemocnění, rodinnou situaci, aktuální váhu a nejnižší váhu.

## **5. Metoda zpracování záznamových archů**

Jako metodu zpracování dat v této práci jsem použila kvalitativní analýzu získaného materiálu. S ohledem na velikost výzkumného souboru nebylo mým cílem kvantifikovat, ale nalézt a popsat společné znaky kreseb a formulovat z nich případné hypotézy, které by kvantitativní výzkum s vymezeným výzkumným vzorkem mohl rozvinout a případně kvantitativně podložit.

Vybrala jsem tři probandky, u nichž vznikly kazuistiky doplněné o kvalitativní analýzu. Zkoumala jsem u nich obsahovou i formální stránku kreseb – následnost zpracování (Lossen a Schott (in Wartegg, 1953)), interpretaci pořadí kreseb a odpověď na archetypální znaky (vycházím z poznatků Brönimanna (1974) a Vetterové (1994)), začlenění výzvy, tlak na tužku a dynamiku linií, využití a symboliku barev, názvy kreseb a jejich hodnocení. Postupovala jsem po jednotlivých polích, tak, jak byla zpracovávána probandkami. Mým cílem ovšem nebylo postihnout komplexní interpretační hodnotu a symboliku jednotlivých protokolů doplňujících kazuistiky.

Všechna jména objevující se v mé práci byla s ohledem na zachování anonymity probandek zaměněna za jiná.

## **6. Kazuistiky**

Probandky a testy, ze kterých později vznikly samostatné kazuistiky, jsem vybírala záměrně s ohledem na množství informací, jež se mi podařily o dané ženě zjistit. Snažila jsem se předložit, co nejvíce relevantních, komplexních informací a údajů, které by umožnily mně i čtenáři co nejpřesnější vhled do životní situace probandky a do samotného kontextu nemoci. V mnoha případech se vyskytuje komorbidita s různými (nejen) psychiatrickými poruchami (např. poruchy osobnosti,

závislost na alkoholu, depresivní porucha...) a je také omezujícím kritériem pro následující kazuistiky. Nelze vždy zcela přesně určit, které znaky v kresbě patří ke znakům a charakteristikám dané diagnózy.

## 6.1 Katka

Osmnáctiletá Katka studuje 3. ročník gymnázia, žije v úplné rodině a má o dva roky mladší sestru. Před rokem a půl jí byla diagnostikována mentální anorexie a před půl rokem byla poprvé hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Motole na dětském oddělení. Celková doba hospitalizace na psychiatrickém oddělení u ní přesáhla čtyři měsíce. Nyní navštěvuje individuální terapii u psychologa. V akutním období onemocnění vážila Katka 45,5 kilogramů při výšce 181 centimetrů (odpovídá BMI 13,9), její nynější váha se pohybuje okolo 55 kilogramů při stejné výšce (BMI 16,8). Dle vlastního hodnocení by nechtěla být znovu hospitalizována, především proto, že prostředí shledávala demotivující (kolektiv stejně nemocných dívek, z nichž některé se snaží vyhybat stravovacímu režimu a pravidlům), ale nebyla si jistá, zda se jí bude dařit udržovat současnou váhu. Myslím si, že sama nebyla rozhodnutá a nebyla si jistá vlastní motivací v léčbě a jejím pokračování.

Na první pohled působila Katka velmi subtilně a plachým dojmem. Na naše setkání přišla oblečená ve stylu punk-rocku s výrazným očním líčením. Na kladené otázky odpovídala stručně a konkrétně, sama od sebe se nijak verbálně neprojevovala. Očividně ji nebylo příjemné bavit se podrobněji o průběhu onemocnění, což jsem respektovala a otázky dále nerozvíjela. Přesto z jejího vyprávění vyplynulo, že navštěvuje gymnázium, jež klade vysoké nároky na své studenty. Zmínila se, že více studentek i ze stejného ročníku sdílí potřebu udržovat svůj vzhled a váhu za cenu výrazného omezování se ve stravování.

V průběhu kreslení seděla Katka mlčky a vypadala napjatě. U sedmého čtverce se zeptala, zda musí zachovávat podnět. Než začala toto pole zpracovávat, chvíli přemýšlela, nakreslila několik základních linií obrázku a poté se dotazovala na gumu. Trochu ji zaskočilo, že jí gumu neposkytnu a znovu přemýšlela, co s načatou kresbou. Katka velmi zaujatě kreslila přesné a pečlivé tahy. Používala výhradně obyčejnou tužku a několik pastelék. Přestože jiné barvy nepoužívala, měla všechny pastelky během několika minut rozházené po celém stole. Poslední čtverec (pátý) měla hotový rychle, avšak mnohem déle nad ním zprvu přemýšlela. Celková doba kreslení byla třicet minut.

### 6.1.1 Deskripce a interpretace testu

V kresbě jsou přednostně zpracována pole č. 3, 7 a 8, což může naznačovat zvýšenou citlivost, aktivizující energii, která ale může být problematicky či neadekvátně zaměřená. Jedná se o vnímavou až přecitlivělou osobnost s introverzními sklony. Znak č. 5, 4 a 1 byly zpracovány nakonec a náleží tedy k nejtěživějším a nejvíce potlačeným problémům. Poukazují pravděpodobně na potlačovanou afektivitu, na silné ovládání se a na narušené sebevědomí, které souvisí se strachem, labilitou a uzavřeností. Následnost zpracování čtverečků bych označila za uvolněný průběh, který se předpokládá u osob afektivních, ale zároveň se dostatečně ovládajících.

Výzva v poli č. 3 byla adekvátně začleněna. Katka zde zobrazila krajinu – dva kopečky, mezi nimi úzkou cestu a tři stromy. Na podnět je nasazená vývojová tendence. Plynulý přechod nakreslené cesty naznačuje sestupný charakter. Dalo by se tedy usuzovat na patrný strach z postupu vpřed, z budoucích kroků a na nejisté nahlížení do blízké budoucnosti.

Čtverec č. 7 působí jemnocitně až odevzdaně. Kresba vyhlíží introspektivně, lehce narcisticky. Z podnětu v sedmém čtverci vzniklo originální a detailní zobrazení hlavy ženy se zavřenými očima, jež znázorňuje „spící pannu“ – čili nechut' dospět. Autorka vyjadřuje potřebu zůstat dítětem a sexuálně neprobuzena. Toto pole Katka po dokončení kreseb ohodnotila jako to, které se jí nejméně líbí, a to jak motivem, tak zpracováním.

Symbolika nakreslené želvy ve čtverci č. 8 odkazuje na to, jak a kde je pro Katku možné cítit se dobře. Vyjadřuje pocity izolace, osamění a potřebu hledání ochrany. Potřebuje být hodně chráněna, tak jako želva svým krunýřem. Pravděpodobně to lze chápat jako úzkostný prvek, který je ještě posílen výslednou barevností, což dokládá introvertní sklony. Autorka tuto kresbu a tento stav pojmenovala právě jako „spokojenost“. Tedy intuitivně vystihla symboliku archetypu v tomto poli. Ačkoliv podnět tvoří významnou část kresby a je její plnohodnotnou součástí, barevně i výrazově zůstává odlišen od ostatních linií v obrázku.

Pole č. 6 zobrazuje dle názvu „výlet“ - věcnou a dynamickou situaci. Výzvu tvořenou dvěma liniemi Katka integrovala a propojila v centrálně orientovanou kresbu. Jedná se o střizlivou, racionální a řízenou situaci (vlak jezdí po kolejích).

Podnět ve čtverci č. 2 je začleněn a součástí kresby neznámé postavy. Odpověď na archetyp životního jádra vypadá stroze a nepřístupně. Kresba, kde je významem

kontakt a afektivita, vypadá chladně a zdrženlivě. Symbolické zobrazení padajících lístečků a zavánějícího odpadkového koše se mi jeví jako autorky odmítavý postoj, jako odpor. Ve vztahu k okolí si v tomto poli počíná odloučeně a osamoceně. Můžeme pozorovat neukotvenost, postavě chybí spodní část nohou, což nás odkazuje na problematiku v nejbližších kontaktech, kterou Katka ještě zdůrazňuje názvem obrázku – „*osamělost*“. Tuto kresbu Katka ohodnotila za nejzdařilejší a nejlepší.

Prezentace a vnímání sebe sama v poli č. 1 naznačuje zranitelnost a nejistotu, namísto centrování středu je kresba rozptýlena nepatrnými kapkami, kde ztrácí sílu a energii (oblast spojená se sebevědomím a sebepojetím). Výzva se stala součástí celku kresby, ovšem vyhlíží labilně, nesoběstačně až závisle. Autorka tuto kresbu asociuje s pojmem „*naděje*“, i když kresba nepůsobí pozitivním dojmem. Patrně se cítí být chycena v pasti své nemoci.

Výzvu ve čtverci č. 4 charakterizuje tíha, strach a hlavní zatěžující problém. Katka zpracovala výzvu jako nicotu, nesnažila se podnět oslabit například jeho zpracováním do plochy. Naopak zesílila kvalitu výzvy, zvýrazněním čtverce více zdůraznila tísnivost, sklíčenost a citovou náladu kresby. Zpracovala tento temný znak jako konec cesty a nazvala ho „*nicota*“.

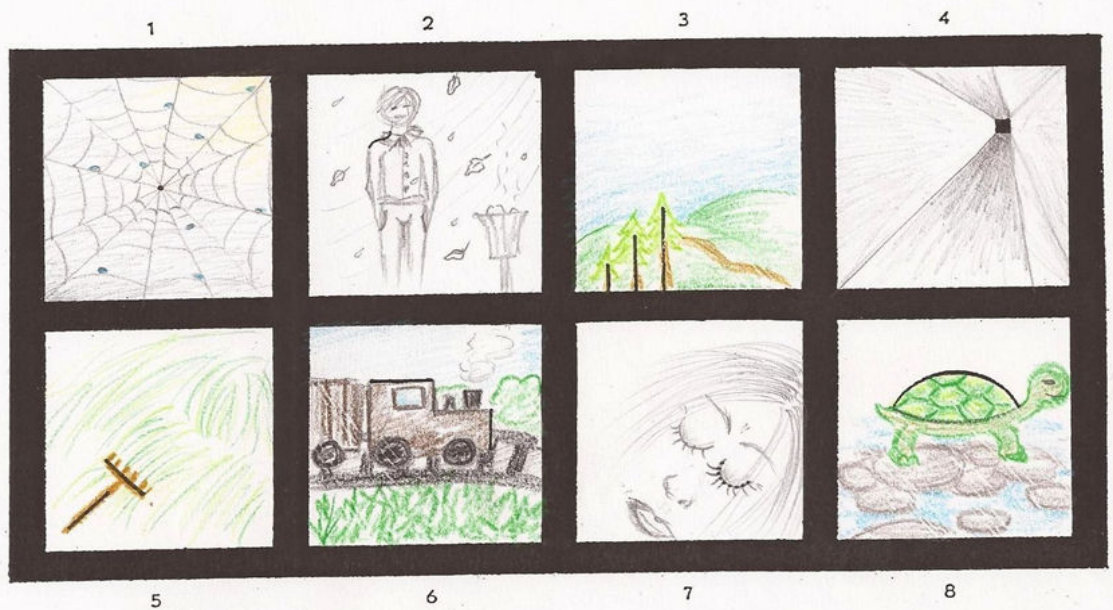
V poli č. 5 nakreslila Katka užitkový (praktický) nástroj - hrábě. Dovede tedy obecně používat praktická řešení, ale někdy použije neadekvátní způsob řešení dané situace – souvislost zobrazení silně zpracovaných hrábí na jemnou trávu. S přihlédnutím k barvě obrázku můžeme usuzovat na její potřebu „být vidět“ a neschovávat se v davu, potřebu být vnímána jako autorka, původkyně. Pohyb je znázorněn směrem doleva, což naznačuje introvertní, někdy možná až sebepoškozující tendenci.

Obsahově jsou kresby zpracovány do konkrétních předmětů nebo situací (až na výjimku ve čtvrtém čtverci). Tahy tužkou jsou lehké a jemné, při vzdálenějším pohledu na kresby vyčnívají jen některé části jednotlivých polí a jiné jsou téměř neviditelné. Celkové zpracování je až netypicky jemné. Linie a obrysy jsou vedeny přesně a jedním tahem. Prázdnou plochu polí vyplňovala šrafováním či dokreslováním motivů jako obloha, tráva a voda. S ohledem k mentální anorexii se v kresbách vyskytuje málo infantilních či regresních prvků.

Využití tužky a pastelky je v testu přibližně stejně zastoupené. Katka používala na určitá pole výhradně tužku a na jiná výhradně pastelky. Jedinou výjimku tvoří pole jedna, kde je použita tužka v kombinaci s bledou žlutou barvou v pravém horním okraji

a modrou barvou zdůrazňující kapky. Při užití pastelek se Katka omezila na převažující zelenou, modrou, hnědou a těžko zaznamatelnou žlutou barvu. Absence teplých barev a aplikace těchto studených odstínů nás znovu odkazuje na introvertní a úzkostné sklony autorky.

K pojmenování kreseb využívala Katka více abstraktních názvů, např. soustředění, spokojenost, naděje aj. Volila jednoslovné názvy, jež jsou adekvátní obsahu kreseb, a motivy jednotlivých obrázků vyjadřují zřejmé asociace k názvům.



3- příroda  
 7- soustředění -  
 8- spokojenost  
 6- výlet  
 2- samička +  
 1- malý  
 4- město  
 5- prázdniny

**Záznamový arch č. 1 - Katka**



## 6.2 Helena

Helena je 21 let a žije v úplné rodině. Je prvorozená a tedy nejstarší ze tří sester – prostřední sestře je 15 let a nejmladší 12 let. Helena vystudovala gymnázium, po jehož úspěšném dokončení byla přijata ke studiu všeobecného lékařství. Prostředí mezi spolužáky a vyučujícími popisovala jako vysoce kompetitivní a nevraživé. Uvádí, že jí velmi vadila nepřátelská atmosféra, která byla cíleně podporována stresujícím a psychicky i časově náročným studiem. Přestože ji studium naplňovalo a zajímalo, Helena ho po prvním roce z vlastní vůle ukončila. V době testování se hlásila na zdravotně-sociální fakultu, kam byla asi dva měsíce poté přijata na obor všeobecná sestra.

Její prostřední sestře Anně byla v předškolním věku diagnostikována lehká mentální retardace, v té době se jejich matka psychicky zhroutila. Poté následovalo několik měsíců lékařské a psychologické péče o matku i Annu. Až na začátku školního věku došlo u Anny ke změně diagnózy z mentální retardace na atypický autismus. Tuto dobu jejich matka popisuje jako etapu, kdy došlo k uklidnění rodinné situace a kdy se rodičům viditelně – s určením definitivní diagnózy – ulevilo.

Právě v tomto období, přibližně před osmi lety, začaly Heleniny problémy s mentální anorexií. Před třemi roky byla dvakrát hospitalizována na dětské psychiatrické klinice. Před rokem a půl byla hospitalizována opět, avšak již na psychiatrickém oddělení pro dospělé. V současné době navštěvuje individuální terapii spojenou s užíváním psychofarmak. Během posledních dvou let také došlo k posunu z mentální anorexie k jejímu bulimickému typu. V akutní fázi onemocnění vážila Helena 48 kilogramů při výšce 168 centimetrů (BMI 17), nyní váží 64 kilogramů při výšce 170 centimetrů (BMI 22,1).

Helena při rozhovoru se mnou mluvila o problémech v rodině a o nárocích, které na ni byly kladeny ze strany rodičů. Avšak o tom, že má mladší autistickou sestru, se nezmínila. Po půl roce od setkání s Helenou jsem se osobně seznámila s její matkou i sestrami, a to zcela nezávazně na našem testování a rozhovoru. Některé další informace související s fungováním rodiny a bližší setkání s jejími členy mi proto zase více objasnily počátek a průběh Helenina onemocnění. Autismus prostřední sestry, jež vyžaduje specifický přístup a péči, samozřejmě velmi ovlivnil život rodiny a její priority. Sama matka přiznává, že počátek mentální anorexie u Heleny byl, mimo jiné,

způsoben nedostatkem pozornosti, kterou rodiče více věnovali autistické dceři a jejím potřebám.

Helena je štíhlá a sympatická mladá žena. Očividně se snaží oprostit od problémů v rodině a veřejně se prezentovat odlišně. Během testování byla Helena zcela zaujata kreslením a vůbec nemluvila. Jen po předložení protokolu a pastelek se zeptala, zda to musí být barevně, a při kreslení předposledního čtverce se omlouvala, že jí to moc dlouho trvá. Celková doba zpracování testu byla přibližně dvacet minut.

### **6.2.1 Deskripce a interpretace testu**

Přednostně zpracována byla pole č. 8, 1 a 2. Naznačují, že není narušena normální schopnost vazby a navazování citových vztahů. Mohla by také poukazovat na centrování sebe sama, otevřenost vůči okolí, ale také citovou otevřenost a zdůraznění citů. Čtverce č. 6, 4 a 7 kreslila Helena až nakonec a zpracování těchto podnětů naznačuje emocionalitu, otevřenost, flexibilitu, ale také potlačení, vyhýbání se problému či problémům a potlačenou senzibilitu. Následnost zpracování bych označila za uvolněný průběh, předpokládaný u osob se dostatečně kontrolujících, ovládajících a afektivně pohyblivých.

Výzva ve čtverci č. 8 tvoří významnou součást celku kresby, zobrazuje horní linii deštníku, který chrání znázorněný otazník před nakresleným deštěm. Námět otazníku se poté odráží též v názvu „*BEZPEČÍ?*“. Tento podnět symbolizuje nejistou citovou základnu a nevyváženou harmonii.

Do pole č. 1 nazvaného „*DOKONALOST*“ vyobrazila Helena detail sněhové vločky s propracovanou strukturou. Podnět nacházející se ve středu je zcela začleněn a představuje opět fixní součást motivu. Tento znak vyjadřuje vlastní Já a prezentaci sebe sama svému okolí. Zpracování působí dojmem zranitelnosti a nejistoty a hlavně také chladu (obrázek je bez emocí, jakoby vysoustružený – takovéto zpracování by bylo typičtější např. pro autistu či psychotika).

Čtverec č. 2 znázorňuje lístečky padající za slunečního svitu. Celá scéna vypadá uvolněně a citově zabarveně, avšak jednotlivé lístečky (a žilky na nich) i sluneční paprsky jsou propracovány s jistou strohostí, závazností bez spontánnosti. Výzva tvoří část jednoho ze zobrazených lístků. Tento čtverec se Heleně nejvíce líbil.

Podnět č. 3 je integrovaný do celkového věcného motivu – schodů, jež jsou nahoře zakončeny dveřmi. Helena dveře zdůraznila silnějším obtáhnutím, ovšem

otázkou zůstává, co by mělo být za nimi. Obrázek je pojmenován „*BOJ*“ a mohl by tak naznačovat strach, zdrženlivost a nejistotu.

Helena zpracovala pole č. 5 symetricky, zobrazila zde devět trojúhelníků a rozhodla se výzvu, kterou tvoří dvě nespojené, na sebe kolmé linie, nespojit. Mohlo by to poukazovat na tendenci se přizpůsobovat, ovládat a na pasivnější jednání v řešeních konfliktních situací. Zpracování naznačuje neschopnost řešit náročné situace, autorka pravděpodobně nedokáže rozeznávat aspekty, které k řešení situací jsou potřeba a které nikoliv.

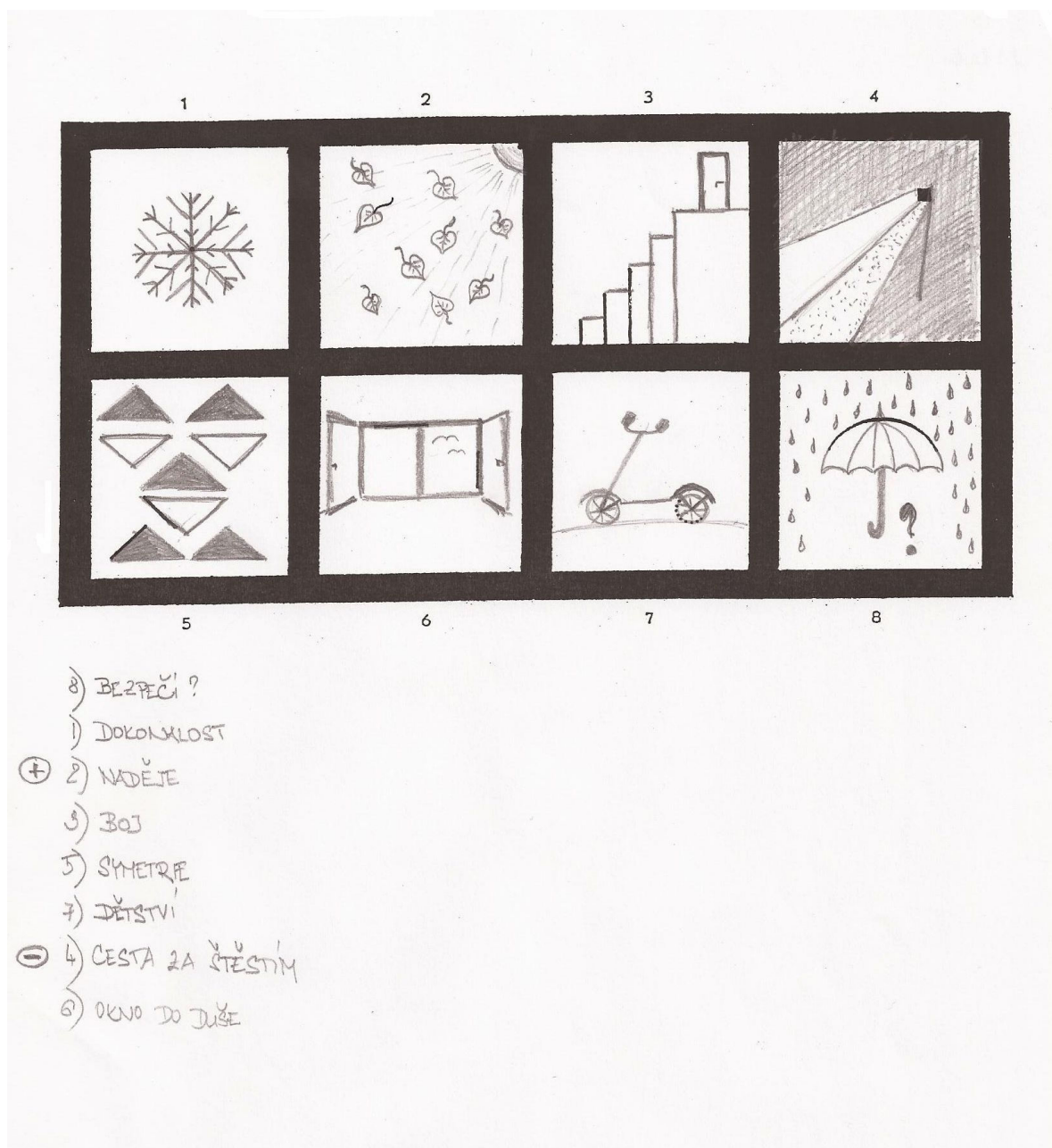
Ve čtverci č. 7 je nakreslena koloběžka, kdy podnět představuje linii jejího zadního kola. Tlak na tužku a zvýraznění je patrné u řídítek, zadní nápravy a blatníku. Na obrázku mi chybí zachycení osoby, jež koloběžku řídí či vlastní.

Výzva v poli č. 4 zůstala nejvýraznější a ústřední částí kresby. Helena obrázek pojmenovala jako „*CESTA ZA ŠTĚSTÍM*“. Přestože se jedná o temný a tíživý podnět, zpracovala ho Helena jako zdroj světla v jinak temné a prázdné ploše. V obrázku také zůstala nedokončena jedna z linií vytvářející dojem prostoru a světla, která směřuje od zdroje – podnětu. Okolí podnětu Helena celkem silným tlakem na tužku vyšrafovala, což by mohlo vyjadřovat regresi. S tímto polem byla Helena nejméně spokojená a označila ho znaménkem minus.

Dvě nespojené čáry tvořící pravý úhel ve čtverci č. 6 tvoří samotné části motivu – „*OKNO DO DUŠE*“. Jen bych podotkla, že ač obrázek nese tento filozofický pojem, za „oknem do duše“ můžeme vidět dva letící ptáky. Linie otevřeného okna jsou několikrát obtaženy. Nechybí ani takový detail, jakým je klička k jeho otevírání, avšak zobrazeny jsou pouze kličky umístěné z opačné strany, nikoliv zevnitř prostoru, ze kterého se díváme.

Způsob vypracování testu působí celkově hodně chladně, málo spontánně a s plochými emocemi (zde bychom mohli uvažovat o vlivu autismu mladší sestry, se kterou vyrůstala). Někdy v obrázcích ulpívá na detailu, ale podstata a širší smysl celku jí poté uniká (můžeme vztáhnout i pro život). Větší část obsahové stránky kreseb tvoří konkrétní předměty, tedy kromě čtverců č. 4 a 5, které jsou zobrazeny abstraktně (bez předmětného či situačního námětu). Ovšem názvy kreseb bych označila všechny za abstraktní. U poloviny polí využila Helena celý prostor, avšak ten byl vyplněn opakujícími se prvky a šrafováním. Jednotlivé tahy jsou lehké, bez většího tlaku na tužku. Některé kontury si Helena nejprve předkreslila a většinu předkreslených obrysů

poté ještě několikrát obtáhla, čímž docílila silnějšího dojmu linek. Helena ke kreslení používala výhradně obyčejnou tužku.



**Záznamový arch č. 2 - Helena**

### 6.3 Markéta

Osmadvacetiletá Markéta žije se svým manželem a dvouletou dcerou v menším městě. Vystudovala střední zdravotnickou školu, obor zdravotní sestra. Po absolvování střední školy pracovala čtyři roky jako zdravotní sestra na interně a poté dva roky v domově důchodců. Před dvěma roky nastoupila s dcerou na mateřskou dovolenou. Markéta je tři roky vdaná a manželství lze označit za velmi konfliktní. O své orientační (původní, výchozí) rodině mluvit nechtěla.

Již od 13 let má problémy s mentální anorexií, ke které přibyl v posledních čtyřech letech abúzus alkoholu. Ve 14 letech byla Markéta poprvé hospitalizována na dětském oddělení ve Fakultní nemocnici Motol. Od té doby se v různých časových intervalech účastnila individuální i skupinové psychoterapie. V 19 letech byla hospitalizována na psychiatrických odděleních ve Fakultní nemocnici v Plzni a v nemocnici v Klatovech. Stejně tak v letech 2003 a 2004 byla opět hospitalizována, v té době se také poprvé objevily její problémy se závislostí na alkoholu. V době testování byla především kvůli abúzu alkoholu již dva týdny hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Plzni. Z lékařských záznamů vyplývá, že se Markéta po několika letech abstinence vrátila k pití alkoholu. Jako důvod Markéta uvádí problémy a hádky v manželství a nezvládání péče o malou dceru.

V akutní fázi onemocnění (ve 14 letech) vážila Markéta 30 kilogramů při výšce 162 centimetrů (BMI 11,4), v současné době (dle lékařských záznamů) váží 49,5 kilogramů při výšce 164 centimetrů (BMI 18,4).

Markéta působila při administraci protokolu uzavřeně. Dobrovolně souhlasila s testováním, avšak sama chtěla mít pravděpodobně celou situaci co nejrychleji za sebou. Na první pohled vypadala Markéta rázně a odhodlaně, ač byla drobné postavy. Měla téměř do krve okousané nehty a výrazně vystouplé žíly na rukou. Vypadala také mnohem starší, než byl její skutečný věk, její tvář vyhlížela unaveně a bez energie. Při kreslení nemluvila, byla zabraná do tvoření. O razanci, s jakou pracovala, vypovídá i fakt, že čtyři různé pastelky při používání zlomila. Celková doba kreslení byla asi patnáct minut.

#### 6.3.1 Deskripce a interpretace testu

Markéta přednostně zpracovávala čtverce č. 1, 2 a 6, z čehož bychom mohli usuzovat na zvýšený vztah sama k sobě (až samolibost), otevřenost citovým projevům,

zdůrazňování citů, prožívání a pravděpodobnou vnitřní tenzi spojenou s rigiditou. Pole č. 7, 4 a 8 vypracovala Markéta až nakonec, a tak jako nejtěživější a potlačená témata bych sem zařadila schopnost vztahů na erotické úrovni, potlačení zásadních problémů týkajících se Markéty, vyhýbání se jim, horší schopnost vazby, nedůvěrou potlačenou potřebu ochrany a ochranné vazby, možná je i tendence k zpřetrhání dřívějších vztahů. Následnost zpracování polí bych hodnotila jako difusní, což Lossen a Schott shledali u mnohovrstevné, odtlumené až pudově kolísavé osobnosti.

Čtverec č. 1 označila Markéta za „*životní spirálu od počátku onemocnění*“. Podnět zdůraznila, zabarvila černou pastelkou a zahrnula do většího kulatého detailu. Nakreslenou spirálu (připomíná také ulitu) rozčlenila barvami na vícero různě velkých segmentů. Přesto ve středu čtverce zůstalo více bílého, prázdného místa. Zobrazení barevných segmentů by mohlo symbolizovat životní etapy, jež se v souvislosti s mentální anorexií a alkoholem v Markétině životě střídaly.

Výzvu v poli č. 2 Markéta nezačlenila do komplexní povahy obrázku a pouze reprodukovala její tvar. V této kresbě také využila celou plochu pole a ze způsobu zpracování je zřetelné přetahování žluté pastelky přes hranice pole. Dvě z reprodukovaných výzev, které jsou nakresleny černou pastelkou, ohraničila červenými bublinami či kapsami. Tuto kresbu Markéta ohodnotila jako nejvíce zdařilou a nejvíce líbivou.

Pole č. 6 tvoří sedm rozdílně velkých čtverců nakreslených černou pastelkou, jejichž střed tvoří žlutá barva. Obrázek Markéta nazvala „*uzavřenost – strach*“, což odpovídá tomu, jak pracovala s výzvou. Dvě nespojené, pravý úhel tvořící linie neintegrovala, izolovala je do jednotlivých částí obrázku. Toto zpracování poukazuje na jistou difuzi osobnosti, snad i na nedostatek praktické, konkrétní racionality a odkazuje na vztah k realitě. Tento čtverec se Markétě líbil nejméně.

Zpracování podnětu ve čtverci č. 3 symbolizující vývoj a vývojovou energii působí nesourodě a bezradně. Mezi třemi liniemi původní výzvy Markéta použila žlutou a růžovou barvu. Třetí linii opět zvýraznila černou pastelkou a následující dokreslené linky zasadila do oranžového podkladu, na jehož konec postavila otazník (obtáhnutý žlutou a červenou barvou). Zvláště působí vyzdvihnutí konců dokreslených linií.

Čtverec č. 5 vypadá neuceleně a neslučitelně. Výzva nebyla integrována do celku a její motiv Markéta reprodukovala. Při kreslení nejprve vznikly černé linie, které imitují podnět, poté byly nakresleny barevné části obrázku – zde Markéta použila

modrou, oranžovou, hnědou, žlutou a červenou – a nakonec plochu černě zabarvila. Ze způsobu vyřešení podnětu lze usuzovat na potíže s řešením konfliktů (vnějších i vnitřních), na neschopnost obracet tuto energii navenek, tendenci naopak ji obracet proti sobě.

Podnět v poli č. 8 Markéta začlenila do výsledného černého kruhu, který vznikl dostředivým směrem, a postupně slábla intenzita tlaku na pastelku. Okolo kruhu jsou umístěny do všech směrů orientované tahy černou a hnědou barvou. Osobitou odpovědí na tuto abstraktní kresbu je specifické Markétino pojmenování „*otok – špek*“.

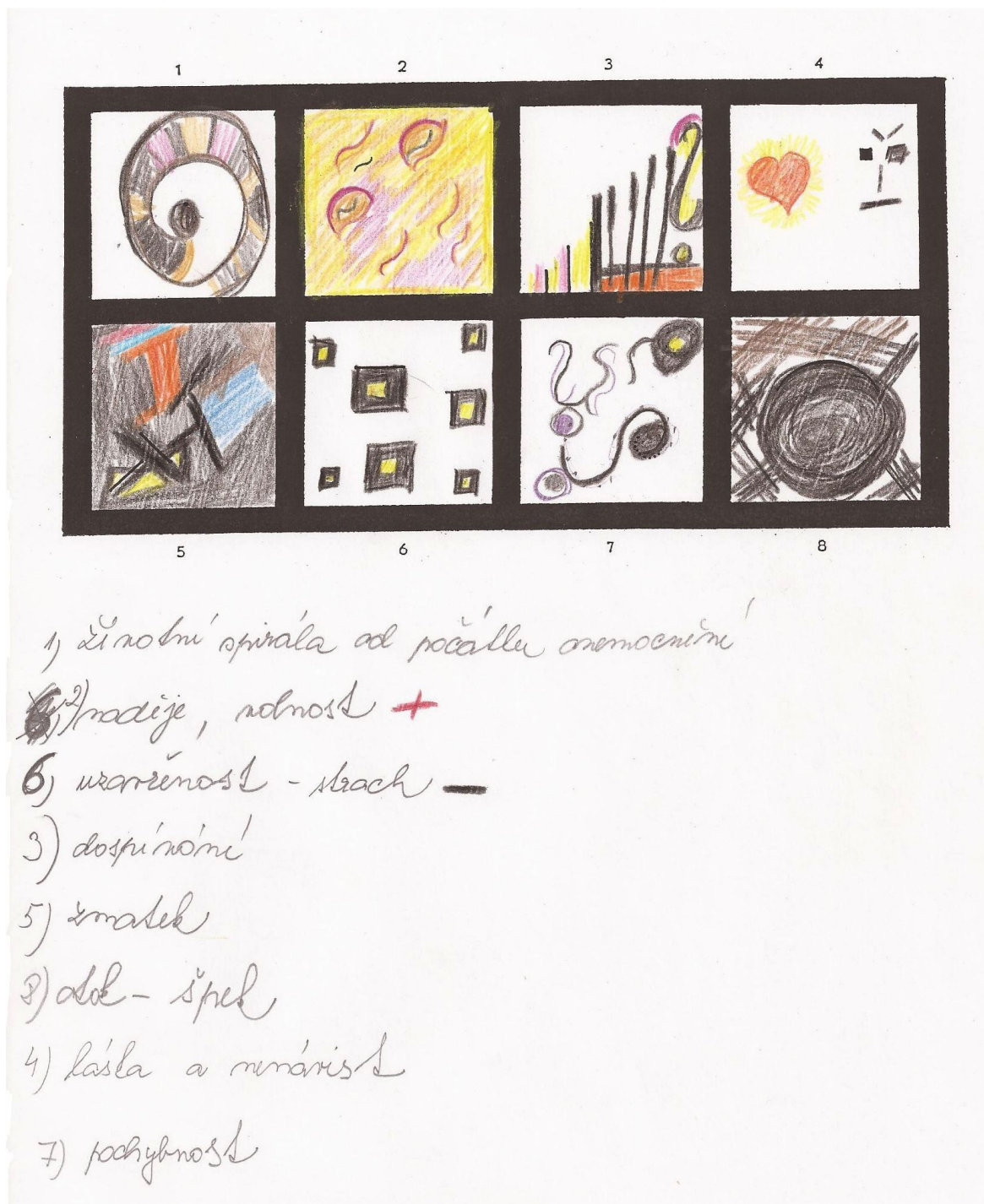
Čtverec č. 4 Markéta zpracovala jako protiklad lásky a nenávisti. Infantilně zobrazené červené srdce vyzdvižené žlutými paprsky kolem a schematický „smajlík“, který se na nás nesměje, nýbrž mračí. Jedná se o patické, konkrétní a vcelku uvědomělé zachycení problémů – zřejmě v rodině i v manželství. Nerozdělila problém do plochy, naopak jde o jeden z nejméně zaplněných čtverců.

Výzva č. 7 je součástí kresby a byla motivem pro pokračování a reprodukování teček dále do pole, výzva tak byla zcela překryta. Obrázek tvoří několik vlnovitých linií a kulatých tvarů, kdy některé z nich jsou ještě obtahovány fialovou barvou. Toto zpracování podnětu odpovídá představě o partnerském vztahu a jeho erotickém významu. Na symbolické úrovni mi jednotlivé části kresby asociují spermie.

Markéta zpracovávala podněty abstraktně, výjimkou je pole č. 4, kde symbolicky vyjádřila lásku a nenávist. U tří polí využila celkovou plochu, kterou zaplnila převážně jednou barvou. Některé tahy jsou vedeny silně a tlak na tužku je u čtverců č. 2, 3, 5 a 6 patrný i z druhé strany protokolu. Markéta kreslila rychle, avšak s jistou dávkou pečlivosti a jistoty.

Markéta používala výhradně pastelky, převážně aplikovala černou a žlutou barvu, méně pak oranžovou, červenou, růžovou a fialovou. Žlutá ztělesňuje uvolněnost, osvobození a napětí, proto je zajímavé její použití v kresbě. Hlavní barvou se stala žlutá v poli č. 2 „*naděje, volnost*“, zajímavé je zobrazení žluté v poli č. 3 „*dospívání*“ a č. 4 „*lásky a nenávisti*“, kde obklopuje nakreslené srdce. Naopak fialová barva symbolizující citlivost, tajemství, skryté touhy a utlumenou vášeň byla aplikována do kontextu čtverce č. 7 „*pochybnost*“. Celkově kresba působí více agresivně a skličujícím dojmem. Zobrazením abstrakcí překrývá svou nezakotvenost v realitě, kde jí chybí sebereflexe.

Pole nesou abstraktní pojmenování a autorka měla potřebu vyjádřit své pocity a náměty víceslovnými názvy.



Záznamový arch č. 3 - Markéta



## 7. Společné znaky kreseb

### 7.1 Pracovní postup

Jedním z diagnosticky důležitých kritérií je mimo jiné pracovní postup zpracování jednotlivých polí. Brönimann zjistil, že první tři archetypy, které jsou dokresleny, poukazují na aktuální témata (náležití blíže vědomí) a poslední tři na závažnější a potlačené problémy.

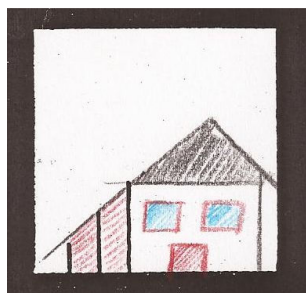
V mém výzkumu vyšlo najevo, že nejvíce probandek (šest) přednostně zpracovávalo pole č. 8, tedy výzvu ve tvaru oblouku s archetypálním významem vazby, ochrany a harmonie.

Nejčastější zpracování čtverce na závěr se objevilo u pole č. 4 (čtverec), celkem sedmkrát. A šest probandek dokreslovalo pole č. 7 (do oblouku uspořádané tečky) mezi třemi posledními. Z toho bychom mohli předpokládat nevědomé potlačování a vyhýbání se tématu jejich nemoci, aspektů, jež vedly k jejímu vzniku a uzavření se před okolím (neochota mluvit o nemoci, jejím průběhu a emocích s ní souvisejících).

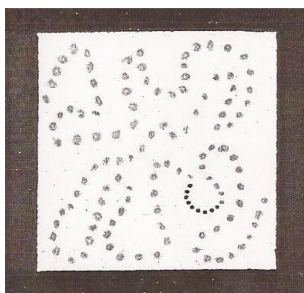
### 7.2 Linie

Probandky s mentální anorexií často používaly přesně a jedním tahem vedené linie. Objevovaly se pregnantní obrysy, jež jsou jasně definované a oddělují obrys motivu od pozadí obrázku (viz Obr. 1 – u obrázků ponechávám pojmenování, která jim samy probandky přisoudily). V motivech, které probandky s mentální anorexií kreslí, lze nalézt více hranatých (čtverce a obdélníky) a také ostrých motivů. Netradičním prvkem, který se vyskytl v kresbách, je otazník. Dvě probandky zobrazily a začlenily otazník přímo do obrázku (můžeme sledovat v kazuistice Heleny a Markéty) a u dvou probandek se otazník objevil v názvu pole.

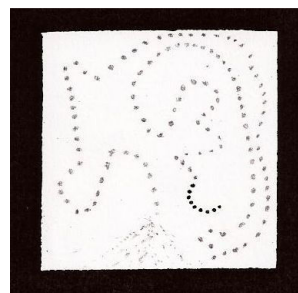
Probandky s mentální bulimií více užívají ohebné linie – v jejich kresbách se často objevovaly prvky jako vlnovky, puntíky, kolečka či korálky. Vyskytují se pole, jež jsou doslova vytečkována, takto zpracovaná pole potom nabízejí úvahu, zda tyto motivy nevyjadřují spojitost poruchy příjmu potravy a především mentální bulimie s trávicím ústrojím (především se střevy) – viz Obr. 2 a 3.



**Obr. 1: Chalupa**



**Obr. 2: Rozsypané korálky**



**Obr. 3: Nepolapitelně**

### 7.3 Využití barev

Při srovnávání obrázků anorektických žen můžeme jejich používání barev rozlišit do tří skupin – první skupina zpracovávala obrázky výhradně tužkou (tři ženy), druhá používala pouze pastelky (dvě ženy), třetí skupiny, kdy probandky využily tužku k předkreslení obrysů a motivy poté vybarvily (dvě ženy) a na pomezí stojí jeden protokol, u něhož probandka polovinu polí nakreslila pouze tužkou a druhou polovinu pouze pastelkami. Objekty v polích byly vybarveny hlavně základními barvami – červená, zelená a modrá, velmi málo se vyskytovala žlutá. Probandky s mentální anorexií v barevných provedeních kreseb inklinovaly ke zdůraznění některých prvků v obrázcích použitím oranžové nebo fialové barvy (viz Obr. 4 a 5)



**Obr. 4: Květina**



**Obr. 5: Dárek**

Bulimické probandky využívaly téměř výhradně pastelky (pouze u jedné – vyléčené – klientky s MB se vyskytly tři čtverce zpracované pouze tužkou). Ve zpracování můžeme poukázat na signifikantní rozdíly v odstínech používaných barev. Probandky s mentální bulimií aplikovaly oproti probandkám s mentální anorexií hlavně pastelové barvy (světlá modrá, světlá zelená, růžová, žlutá) – viz Obr. 6 a 7, méně používaly fialovou a některé detaily a části motivů znázorňovaly a zdůrazňovaly

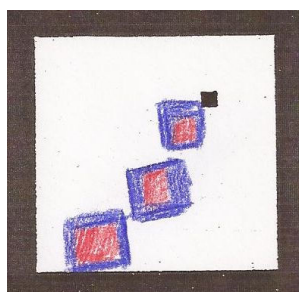
červenou barvou (viz Obr. 8, Obr. 9 a Obr. 10). Především aplikace pastelových barev působila v kontextu celého zpracování obrázků infantilně a nezrale.



**Obr. 6: Vysmátý kapr**



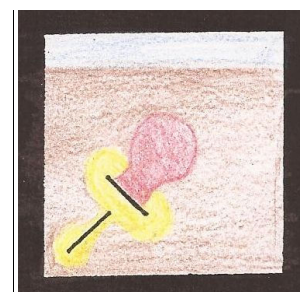
**Obr. 7: Motýl(ka)**



**Obr. 8: Kostky**



**Obr. 9: Zásoby na zimu**



**Obr. 10: Mateřství**

#### **7.4 Využití prostoru**

V testech probandek s mentální anorexií se také opakovalo šrafování objektů či pozadí, namísto jejich vybarvování (Obr. 11). Tendence k výraznému šrafování některých probandek by mohla poukazovat na regresi a vyjadřovat tak jejich touhu zůstat dítětem, pozdržet sexuální zralost a projevy, které s sebou přináší.

Probandky s mentální bulimií obrázky nešrafovaly, pozadí v poli buď vybarvily celé, nebo ho ponechaly prázdné (viz Obr. 8, 9 a 10)



**Obr. 11: Kousek přírody**

U všech obrázků můžeme nalézt tendenci k využívání celé plochy pole – avšak probandky často reprodukovaly stejné prvky (např. listy, vítr, kolečka, kapky) a stejné ornamenty (především vlnovky), viz Obr. 12 a 13. Také se v testech vyskytuje tendence pouze vyplnit prostor pole barvou (nikoliv stínování, naznačení prostoru aj.), tedy zaplnění prostoru, které je v podstatě nefunkční.



**Obr. 12: Živo**

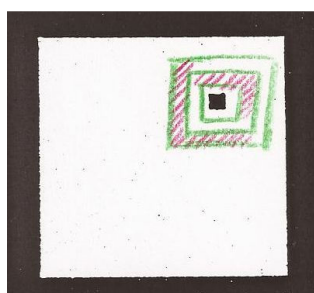


**Obr. 13: Vlna**

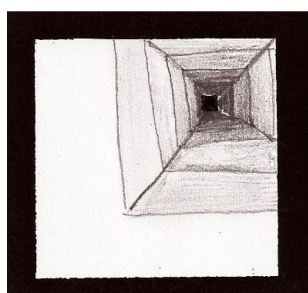
### 7.5 Zpracování pole č. 4

Již u pracovního postupu jsem uváděla, že probandky toto pole, představující „kámen úrazu“ a tíhu, zpracovávaly v sedmi případech mezi posledními třemi dokreslenými čtverci.

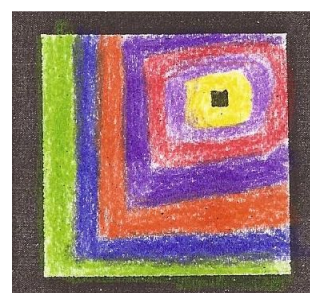
U anorektických probandek se vyskytovalo za prvé „opouzďení“ výzvy (viz Obr. 14, Obr. 15 a Obr. 16) a za druhé převedení výzvy na světelný zdroj či bod, kde naopak světlo končí (viz Obr. 17 a Obr. 18). Pouze v jednom případě se objevilo zpracování výzvy do předmětu.



**Obr. 14: Terč**



**Obr. 15: Tunel**



**Obr. 16: Nesoulad**

Probandky s mentální bulimií projevovaly snahu integrovat podnět v poli č. 4, nicméně jejich způsob zpracování obrázku působil nelogicky až absurdně. Výzva

zůstala v kresbě výrazně odlišena od zbytku motivu a lze ji zřetelně rozpoznat (viz Obr. 8, Obr. 17 a Obr. 18).



**Obr. 17: Jiný**



**Obr. 18: Ráj melodií**

## **8. Některá specifika práce se ženami s poruchami příjmu potravy**

Již v momentě, kdy jsem se snažila zajistit probandky s PPP do svého výzkumného vzorku, se ukázalo, že většina oslovených žen se se mnou nechtěla konfrontovat osobně, pokud ústředním motivem naší schůzky měl být kresebný test a krátký rozhovor. Přesto některé z nich vyjádřily potřebu sejít se s cizím člověkem, se kterým by mohly sdílet informace o jejich onemocnění.

Probandky, se kterými jsem mluvila, vyprávěly o svém zdravotním stavu, o svých rodinných i partnerských vztazích. U tří probandek tyto rozhovory probíhaly přímo na psychiatrických odděleních v nemocnicích. Poté jsem měla možnost nahlédnout do jejich zdravotní dokumentace a mohla jsem tedy srovnávat osobní výpovědi se záznamy. Ve všech třech případech jsem zjistila, že probandky některé informace „cenzurovaly“. Stalo se, že někdy nezmínily zcela zásadní údaje. A v některých případech tento fakt souvisel i s idealizací pohledu do vlastní budoucnosti probandky. Z jejich jednání jsem proto občas cítila jistou míru manipulace.

Například jednadvacetiletá Romana, čtvrtým rokem trpící mentální anorexií a aktuálně hospitalizovaná, velmi zaujatě a nadšeně mluvila o svých plánech na brzké založení rodiny (ač aktuálně bez přítele), vyjádřila přání mít alespoň dvě děti a malý domek se zahradou. Pohled na důsledky a budoucnost svého onemocnění neřešila. Od ošetřujícího lékaře a z dokumentace jsem se dozvěděla o komorbiditě. Chronické onemocnění diabetes mellitus, kterým Romana od desíti let věku trpí, ve spojení

s mentální anorexií pro ni ovšem znamená velmi špatnou prognózu do budoucna, pravděpodobně pouze pár let života.

Obecně měly anorektické probandky větší problém s otevřeností a především se spontánností než probandky s mentální bulimií. Často se v rozhovorech objevovaly témata jako separace od rodiny a problémy se sebeprosazením. Probandky, jež podrobněji povídaly o svých orientačních rodinách, zmiňovaly jasné a časté tabuizování onemocnění v rodině. Na druhou stranu také samy ženy někdy do poslední chvíle tají své problémy s jídlem. Jedna probandka dokonce popisovala, že až dva roky po vyléčení z mentální bulimie přiznala vlastní rodině existenci a závažnost svého onemocnění.

Polovina probandek působila ve vztahu k terapii a léčbě svého onemocnění demotivovaně a ambivalentně, ve svých názorech a postojích se často jevily rigidně.

Při zadávání úkolu probandky nejednou vyjádřily ujištění, že neumí kreslit a že kresby nebudu hodnotit z hlediska výtvarného zpracování. Jen dvě probandky mi oznámily, že rády kreslí, a na úkol se těšily. Bulimické probandky se mi jevily jako rozhodně více upovídáné než anorektické, jež byly při kreslení více tiché. V některých situacích jsem měla pocit, jako by se snažily vyhovět mým očekáváním a „správným“ zpracováním se mi zavděčit.

Průměrná doba kreslení byla 20 minut, ovšem u dvou probandek se doba zpracování testu protáhla na 45 minut. Několik probandek se také v průběhu kreslení i vícekrát omlouvalo, že jim vypracování na některé podněty trvalo moc dlouho.

## **9. Závěr výzkumné studie**

V provedeném výzkumu jsem se soustředila na kvalitativní zpracování tří případových studií probandek s poruchami příjmu potravy. Snažila jsem se postihnout podstatné údaje, které souvisely s počátkem onemocnění, reakce rodiny i dopad na interpersonální vztahy. Přestože se nejednalo o typické diagnózy mentální anorexie či mentální bulimie, myslím, že zpracování těchto kazuistik bylo přínosné a umožnilo nám nahlédnout do širší oblasti poruch příjmu potravy, což doplnily vypracované kvalitativní analýzy jednotlivých protokolů.

V první výzkumné otázce jsem si kladla za cíl zjistit existenci a strukturovat společné znaky v kresbách probandek s poruchami příjmu potravy. Nejsnáze rozpoznatelným společným znakem byl určitě pracovní postup, tedy v jakém pořadí probandky zpracovávaly jednotlivá pole. Ukázalo se, že nejčastěji přednostně zpracovávaným podnětem bylo pole č. 8. Výrazně zastoupené zpracování na konec se objevilo u polí č. 4 a č. 7.

Ve znázornění linií se objevily společné znaky specifické pro mentální anorexii a specifické pro mentální bulimii. Probandky s mentální anorexií často používaly přesně a jedním tahem vedené linie. V jejich motivech se objevovaly hranaté a ostré objekty. Bulimické probandky užívají ohebné linie – v jejich kresbách se často objevovaly prvky jako vlnovky, puntíky, kolečka či korálky.

Využití barev nebo pastelek se s ohledem na malé množství vzorku nedalo přesně vymežit, jelikož ani jeden ze tří způsobů používání pastelek a tužky nebyl přesvědčivě zastoupen. Anorektické probandky vybarvovaly objekty hlavně základními barvami – červenou, zelenou a modrou, velmi málo se vyskytovala žlutá, a inklinovaly ke zdůraznění některých prvků v obrázcích použitím oranžové nebo fialové barvy, zatímco probandky s MB preferovaly pastelky a používaly především pastelové barvy.

Při srovnávání využití prostoru jsem zjistila, že anorektické probandky inklinovaly k šrafování objektů i motivů. A u všech obrázků můžeme nalézt tendenci k využívání celé plochy pole, kdy probandky často reprodukovaly stejné ozdobné prvky a stejné ornamenty. V testech se také objevovala tendence zaplňovat prostor pole barvou, tedy zaplnění prostoru, které je v podstatě nefunkční.

U zpracování pole č. 4 probandky s mentální anorexií tíhly k „opouzdření“ výzvy a její převedení na počátek nebo konec světla. Probandky s mentální bulimií projevovaly snahu integrovat podnět v poli č. 4, nicméně jejich způsob zpracování obrázku působil nelogicky až absurdně.

S druhou výzkumnou otázkou souvisela specifika práce s probandkami, s nimiž jsem se při testování setkala. Obecně měly anorektické probandky větší problém s otevřeností a především se spontánností než probandky s mentální bulimií. Často se v rozhovorech objevovala témata jako separace od rodiny a problémy se sebezprosažením. Probandky, jež podrobněji povídaly o svých orientačních rodinách, zmiňovaly jasné a časté tabuizování onemocnění v rodině. Některé probandky také měly potřebu filtrovat a cenzurovat informace, jež sdělovaly.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala využitím barevné modifikace Warteggova kresebného testu u žen s poruchami příjmu potravy. Cílem práce bylo vysledovat a popsat společné znaky, které se objevily ve zpracováních jednotlivých polí ve Warteggově kresebném testu. Zaměřila jsem se také na informace o průběhu testování a problému, jež se v souvislosti se specifiky klientek s poruchami příjmu potravy vyskytly.

V teoretické části jsem propracovala ústřední témata bakalářské práce – projektivní techniky s důrazem na barevnou modifikaci Warteggova kresebného testu. Součástí je samozřejmě také kapitola zaměřující se na problematiku poruch příjmu potravy, jejich příčiny, projevy a možnosti terapie.

Dále následuje v empirické části samotný kvalitativní výzkum, kde jsem se věnovala případovým studiím třech pacientek s poruchami příjmu potravy doplněným o zpracované záznamové archy Warteggova kresebného testu, jejich deskripci a interpretaci. Empirickou část uzavírají sledované společné znaky v barevné modifikaci Warteggova kresebného testu u pacientek s poruchami příjmu potravy.

S ohledem na velikost výzkumného vzorku nebylo mým cílem dosažené výsledky jakkoliv kvantifikovat a generalizovat, ale naopak podnítit a formulovat případné následující otázky a hypotézy, které by další výzkum s dostatečně velkým souborem probandek mohl kvantitativně podložit.

Do příloh jsem přidala na ukázkou čtyři kompletní vyplněné protokoly barevné modifikace Warteggova kresebného testu od svých probandek.



## LITERATURA

- DAVIDO, Roseline.** *Kresba jako nástroj poznání dítěte.* Praha : Portál, 2008. str. 208. ISBN 978-80-7367-415-1.
- DOMINO, George a DOMINO, Marla.** *Psychological Testing.* Cambridge : Cambridge University Press, 2006. str. 640. ISBN 978-0-511-22012-8.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena.** *Psychologický slovník.* Praha : Portál, 2000. str. 776. ISBN 80-7178-303-X.
- HULKE, Waltraud.** *Kniha o léčivé moci barev.* Praha : Pragma, 1996. str. 154. ISBN 80-7205-000-1.
- KRCH, František.** *Poruchy příjmu potravy.* Praha : Grada, 2005. str. 256. ISBN 80-247-0840-X.
- KULKA, Jiří.** *Psychologie umění.* Praha : Grada, 2008. str. 435. ISBN 978-80-247-2329-7.
- LINDZEY, Gardner.** *Projective Techniques and Cross-Cultural Research.* New York : Appleton-Century-Crofts, Inc., 1961. str. 340. ISBN 0-89197-908-5.
- LÜSCHER, Max.** *Čtyřbarevný člověk.* Praha : Ivo Železný, 1997. str. 138. ISBN 80-237-3491-1.
- MALCHIODI, Cathy.** *Medical Art Therapy with Children.* London : Jessica Kingsley Publishers, 1999. str. 209. ISBN 1-85302-676-X.
- PAPEŽOVÁ, Hana.** *Spektrum poruch příjmu potravy.* Praha : Grada, 2010. str. 424. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PREISS, Marek a KUČEROVÁ, Hana.** *Neuropsychologie v psychiatrii.* Praha : Grada, 2006. str. 416. ISBN 80-247-1460-4.
- REHAVIA-HANAUER, Dafna.** Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy.* 2003, Sv. 30, stránky 137-149.
- ŘÍČAN, Pavel a ŽENATÝ, Jan.** *K teorii a praxi projektivních technik.* Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., 1988. str. 208.
- STANČÁK, Andrej.** *Klinická psychodiagnostika.* Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982.
- SVOBODA, Mojmír.** *Psychologická diagnostika dospělých.* Praha : Portál, 2010. str. 344. ISBN 978-80-7367-706-0.

- SVOBODA, Mojmir; KREJČÍŘOVÁ, Dana a VÁGNEROVÁ, Marie.** *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha : Portál, 2009. str. 792. ISBN 978-80-7367-566-0.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava.** *Základy arteterapie.* Praha : Portál, 2002. str. 176. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠÍPEK, Jiří.** *Projektivní metody.* Praha : ISV nakladatelství, 2000. str. 114. ISBN 80-85866-53-6.
- TAKALA, Martti.** *Studies of the Wartegg Drawing Completion Test.* Helsinki : Suomalainen Tiedeakatemia, 1964. str. 112.
- TREASURE, Janet; SCHMIDT, Ulrike a FURTH, Eric.** *The Handbook of Eating Disorders.* Chichester : John Wiley & Sons, 2003. str. 479. ISBN 0-471-49768-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha : Portál, 2008. str. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VETTEROVÁ, Eva.** *Modifikace Warteggova kresebného testu pro diagnózu a terapii.* České Budějovice : Nепublikovaná skripta. Ateliér arteterapie PF JU, 1994.
- WARTEGG, Ehrig.** *Schichtdiagnostik – Der Zeichentest (WZT).* Göttingen : Hogrefe, 1953.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Tabulka hodnot BMI

**Příloha č. 2:** Komplexní úkoly při léčbě PPP a terapeutické cíle

**Příloha č. 3:** Záznamový arch Warteggova kresebného testu

**Příloha č. 4:** Záznamový arch – mentální anorexie

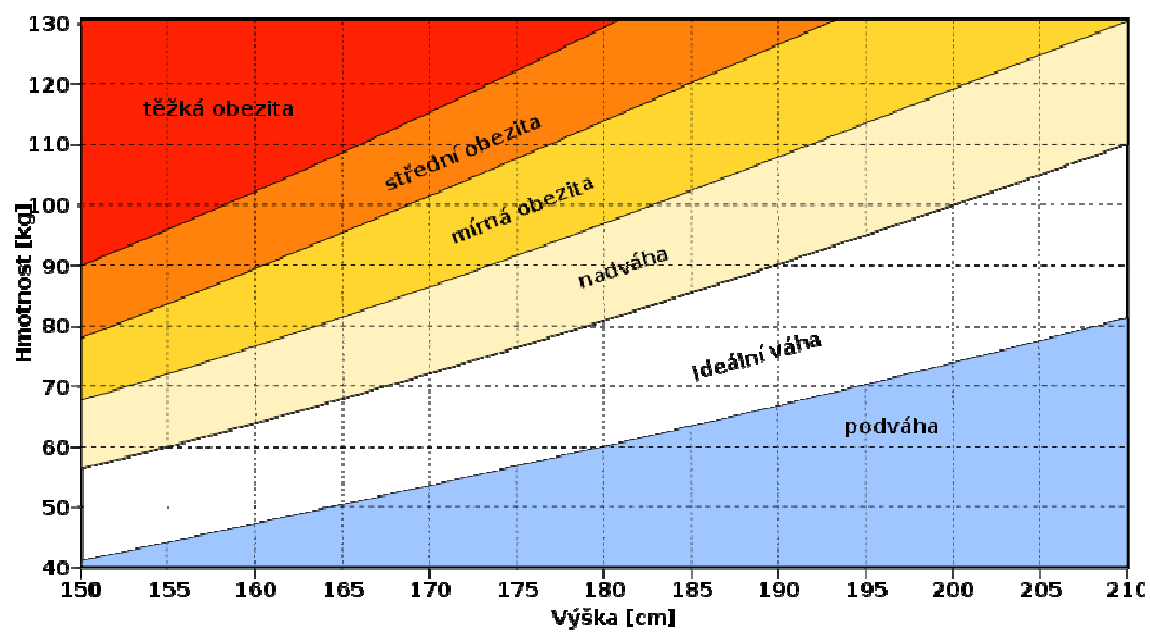
**Příloha č. 5:** Záznamový arch – mentální anorexie

**Příloha č. 6:** Záznamový arch – mentální bulimie

**Příloha č. 7:** Záznamový arch – mentální bulimie

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Tabulka hodnot BMI (zdroj: <http://zdrava-dieta.eu/hodnoty-bmi/>)



## Příloha č. 2: Komplexní úkoly při léčbě PPP a terapeutické cíle (Papežová, 2010)

**Tab. 1** Komplexní úkoly při léčbě PPP

adaptovat a modifikovat terapeutické strategie podle změn v průběhu onemocnění a podle vývoje terapeutického vztahu
uvědomovat si protipřenos; stanovit jasné hranice v léčbě (terapeutická smlouva)
zabezpečit a koordinovat péči a spolupráci s dalšími klinickými pracovníky
konzultovat s ostatními lékaři v nutričním poradenství a při interní, endokrinologické, gynekologické a stomatologické a další péči
spolupracovat s rodinnými terapeuty a adekvátními terapeutickými programy (individuálními i skupinovými)
vychovávat a supervidovat nezkušený personál
monitorovat nebo zabezpečit monitorování symptomů PPP včetně patologického jídelního chování i somatického stavu: váhy, krevního tlaku a pulzu; příjmu a výdeje potravy a tekutin, výskytu otoků; specifické váhy moči; minerálů a elektrolytů

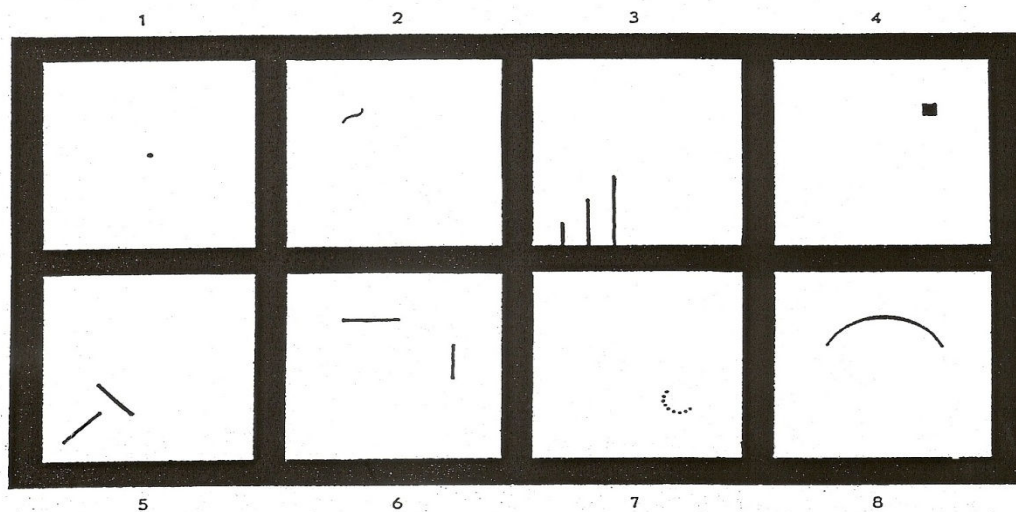
**Tab. 2** Terapeutické cíle při léčbě AN: cílem a podmínkou léčby je především nutriční rehabilitace (Russell a Byrnes, 1998)

navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí – menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů
navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů
zastavení demineralizace kostí
odstranění dalších biologických i psychologických následků malnutrice
psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeuty)
změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování
podpora rodiny nebo partnerů, poradenství nebo terapie v indikovaných případech
prevence relapsu (realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt)

**Tab. 3** Terapeutické cíle při léčbě BN

redukovat přejídání a zvracení
akceptovat stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability
nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat držení diet (nutriční poradenství)
volit adekvátní tělesnou zátěž
léčit komorbiditu, osobnostní problematiku, závislost na návykových látkách

**Příloha č. 3: Záznamový arch Wartegova kresebného testu**



#### Příloha č. 4: Záznamový arch – mentální anorexie

Žena, 21 let, mentální anorexie (49 kg/180 cm; BMI 15,1).



### Příloha č. 5: Záznamový arch – mentální anorexie

Žena, 18 let, mentální anorexie (41,5 kg/162 cm; BMI 15,8).

1 2 3 4

5 6 7 8

W. 5. ÚTOK Z NEZNÁMA  
3. VÍDA (-)  
6. OKNO DO DÍSE BEZPEČÍ  
7. NEPOLAPITELNO  
8. MOUDROST  
1. NEKONEČNO (+)  
4. TUNEL  
2. ROMANTICKÝ OKAMŽÍK?



**Příloha č. 6: Záznamový arch – mentální bulimie**

Žena, 22 let, mentální bulimie (55,5 kg/168 cm; BMI 19,6).

2. spirály  
8. vysmátý kapr  
1. soustředění +  
4. jiny  
3. pyramida  
6. červená obálka  
5. divná květa  
7. cvrčkářské kulíček -

### Příloha č. 7: Záznamový arch – mentální bulimie

Žena, 18 let, mentální bulimie (57 kg/159 cm; BMI 22,5)



3. Pracovní skladiště
5. Waterství
6. Skladba
8. Slunce v květině
1. Flek na zdi -
2. Luotyl(ka)
7. Záboby na zimu
4. Ráj melodií +