

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**Katedra psychologie**

**Arteterapie z pohledu mladých žen trpících poruchami  
příjmu potravy**



**Diplomová práce**

**Autor: Kristýna Kopečná**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.**

**Olomouc**

**2010**

Prohlašuji, že jsem písemnou práci vypracovala samostatně a všechny použité  
prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 25. března 2010

.....

Děkuji své vedoucí práce doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc. za podnětné připomínky a hodně užitečných rad a především za vstřícné a odborné vedení mé diplomové práce. Dále děkuji Mgr. Petře Vláčilové za přínosné informace z oblasti arteterapie, poskytnutí inspirativních myšlenek a umožnění nahlédnutí a zapojení se do arteterapeutické skupiny. Také děkuji Mgr. Kulhánkovi za cenné informace a názory, jež mi předal. Děkuji všem arteterapeutům za poskytnutí rozhovorů, bez jejichž znalostí problematiky a odborných zkušeností, které mi ochotně poskytly, by nebyla výzkumná část diplomové práce kompletní. A hlavně pak patří mé poděkování všem ženám z PL Bohunice, které se zúčastnily mého výzkumu a podělily se se mnou o své osobní zkušenosti a životní zážitky.

## Obsah

Úvod.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. Poruchy příjmu potravy .....	8
1.1 Historie.....	9
1.2 Epidemiologie .....	10
1.3 Diagnostická kritéria a klinické rysy mentální anorexie .....	11
a mentální bulimie .....	11
1.4 Etiopatogeneze poruch příjmu potravy .....	15
1.4.1 Biologické faktory .....	16
1.4.2 Psychologické, individuálně vývojové faktory .....	17
1.4.3 Rodinné a sociokulturální faktory.....	20
1.5 Komorbidita .....	27
1.5.1 Deprese a autodestruktivní chování.....	28
1.5.2 Obsedantně kompulzivní porucha.....	33
1.5.3 Závislosti .....	34
1.6 Prognóza a důsledky poruchy příjmu potravy .....	35
2. Adolescence a dospělost .....	39
2.1 Vymezení období adolescence .....	39
2.2 Vývojové fáze dospívání dle Piageta, Kohlberga, Flowera a Eriksona .....	41
2.3 Věkové rozlišení jednotlivých etap dospělosti .....	43
2.4 Vybrané charakteristiky mladé dospělosti .....	45
3. Arteterapie.....	51
3.1 Umění a arteterapie .....	51
3.2 Historie arteterapie ve světě a České republice .....	52
3.3 Druhy arteterapie .....	55
3.4 Spolupráce v arteterapeutickém procesu .....	57
3.5 Ústřední pojmy v arteterapii .....	62
3.6 Zásady práce s lidmi s duševní poruchou .....	63
3.7 Arteterapeutické techniky .....	64
3.7.1 Rozehřívací činnosti.....	65
3.7.2 Arteterapeutické techniky využívané při tvorbě s klienty s poruchami příjmu potravy .....	66
3.7.3 Tvorba, znaky v kresbě a témata žen trpících poruchami příjmu potravy .....	71
II. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	76
4. Úvod do zkoumané problematiky.....	77
5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	78
6. Metodologie výzkumu .....	79
6.1 Plán výzkumu .....	79
6.2 Výzkumný soubor .....	81
6.2.1 Výběr výzkumného souboru .....	81
6.2.2 Popis výzkumného souboru.....	82
6.3 Metody získávání dat .....	87
6.4 Procedura sběru dat.....	91
6.5 Způsob zpracování dat .....	92
7. Výsledky analýzy.....	93
7.1 Hodnocení arteterapeutické činnosti a osoby arteterapeuta.....	94
7.2 Kontext poruch příjmu potravy.....	108
7.3 Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s poruchami příjmu potravy .....	130

7.4 Vztahový model subjektivního pohledu na arteterapii a problematiku poruch příjmu potravy .....	135
8. Diskuze .....	140
8.1 Očekávání mladých žen s poruchou příjmu potravy a jejich hodnocení arteterapeutické činnosti .....	143
8.2 Vztah s arteterapeutem.....	147
8.3 Okolnosti, kontext rozvoje mentální anorexie a bulimie.....	148
8.4 Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s poruchou příjmu potravy .....	153
9. Závěr .....	157
10. Souhrn.....	160
Použitá literatura .....	164
Obrazové přílohy .....	168

## Úvod

Na základě svého zájmu o různé druhy umění, zejména o výtvarnou činnost, jsem se i při výběru diplomové práce orientovala tímto směrem. Inspirovala mě zejména krátkodobá praxe ve speciální škole pro žáky s více vadami, kde jsem se měla možnost seznámit s využitím jednotlivých forem arteterapie u dětí, ale i u dospívajících s těžkým mentálním a somatickým postižením. Tato zkušenost mě podnítila k návštěvě několika workshopů s ukázkami arteterapie a také k účasti na sebezkušenostních hodinách dramaterapie.

V posledních letech se uplatnění arteterapie u klientek s poruchami příjmu potravy zvyšuje, avšak na našem trhu je stále nedostačující množství odborných textů pojednávajících na toto téma. Nejčastěji se můžeme setkat s kazuistikami jednotlivých pacientek, na nichž je povětšinou demonstrována úspěšná léčba, chybí etablované práce zabírající se opačnými případy či věnující se mezím arteterapií. Setkala jsem se jak s názory, kdy je terapeutická účinnost ze strany arteterapie přeceňována, tak i s názory opačnými, kdy je velmi podceňována. Často zmiňovanou výhodou arteterapie je, že může obrazně řečeno, vytvořit most k verbálním terapiím, a svými terapeutickými prostředky tak vytvořit nebo otevřít nová témata či usnadnit vyjadřování pocitů, jež klient obtížně verbalizuje. Tyto poznatky se promítají i do postavení arteterapie v České republice, kdy je na mnoha místech součástí terapeutických i doléčovacích programů.

Práci jsem chtěla přispět k rozvoji diskuze a přinést poznatky na toto téma, jež by mohly být podnětem pro další výzkumné práce. Zajímalo mě, jak mladé ženy trpící mentální anorexií či mentální bulimií ze svého pohledu hodnotí činnost v arteterapeutické skupině a zda jim práce ve skupině něco přináší. Snažila jsem se zmapovat, jak klientky hodnotí arteterapeutické techniky, práci v arteterapeutické skupině a osobu arteterapeuta.

Práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část je členěna na tři hlavní kapitoly zabývající se poruchami příjmu potravy- mentální anorexií a mentální bulimií, specifiky adolescence a dospělosti (přesněji mladou dospělostí) a arteterapií. Částečně jsem některé poznatky čerpala ze své ročníkové práce. V práci se nebudu věnovat obezitě jako součásti poruch příjmu potravy, i když si uvědomuji, že je to aktuální a v současné době velmi diskutované téma. V empirické části jsem se pokoušela odpovědět na tyto výzkumné otázky: Jaká byla očekávání mladých na začátku arteterapeutické skupiny a jak hodnotí arteterapeutickou činnost ke konci skupiny? Jak mladé ženy vnímají vztah

s arteterapeutem? Jaké okolnosti provázely mladé ženy v rozvoji mentální anorexie či mentální bulimie? A jaká jsou specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s poruchami příjmu potravy.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1. Poruchy příjmu potravy

V této kapitole se pokusím podat komplexní pohled na nemoc, přičemž větší důraz je kladen na psychologické, individuálně vývojové a rodinné faktory nemoci.

Mentální anorexie i mentální bulimie se projevuje jak tělesnými, tak psychickými změnami, které jsou velmi úzce spjaty s celkovým životním stylem. Velmi důležitou roli u těchto poruch hraje vývojová fáze rodiny a také sociokulturní civilizační aspekty. Horká (2008) uvádí, že se tyto nemoci někdy zařazují do tzv. civilizačních chorob, a pak tedy jde o psychosomatická onemocnění.

Papežová (2002, s. 600) definuje poruchy příjmu potravy tak, že: „...představují spektrum psychosomatických poruch charakterizovaných převážně psychogenně navozeným maladaptivním stravovacím chováním.“

Leibold (1995, s. 5) přirovnává mentální anorexii ke skutečné návykové závislosti, jak říká: „Lze jen těžko pochopit, že se jídlo anebo- jako v případě mentální anorexie- odmítání jídla může stát opravdovým návykem, stejně jako je návykové zneužívání drog, léků nebo alkoholu, které pomalu ničí tělo i psychiku.“

Mentální anorexie je duševní porucha, na jejímž pozadí se rýsují pocity- jsem tlustá a ošklivá, východiskem se pak stává striktní dieta, hubnutí.

Na rozdíl od anorexie, což je ztráta chuti k jídlu, která se objevuje u některých somatických onemocnění (například: u rakoviny), díky níž daný pacient nepocítuje hlad a nemá chuť k jídlu, jedinec s mentální anorexií účelně hladoví, přičemž neustále myslí na jídlo a rád je chystá pro druhé (Cohen, 2002).

Kocourková (1997) popisuje, že ženy s mentální anorexií pocítují výraznou úzkost a ohrožení v činnostech, kde zdravý jedinec pocítuje pohodu a uvolnění (například: v jedení, sexualitě atd.), právě zesílením svého asketického a restriktivního chování čelí vysoce nepříjemným pocitům. Následným porušením těžce vybudovaných postojů- kontrolovat se a dokonale se ovládat- způsobuje u dívky vznik pocitů studu, selhání, viny a nenávisti k sobě samé. Tento tzv. kolotoč můžeme pozorovat ve výraznější podobě především u pacientek s mentální bulimií.

Tyto patologie velmi silně nabourávají a negativně ovlivňují nejen dospívání jedince samotného, který nemocí trpí, ale také jeho rodinu. Ohroženou skupinou lidí v rozvoji poruch příjmu potravy jsou zejména adolescentní dívky a mladé ženy.

## **1.1 Historie**

Morton již v roce 1694 (in Höschl, Libige, Švestka, 2002) vysvětloval mentální anorexii jako onemocnění, které má původ v psychice jedince.

Onemocnění mentální anorexie bylo poprvé podrobně popsáno v roce 1873, sirem Williamem Gullem, který jej takto nazval v Angli, a doktorem Laseguem ve Francii. Gull i Laseuge zdůrazňovali skutečnost, že považují anorexii spíše za psychickou než fyzickou nemoc (Champion, Power, 1992).

V průběhu 20. století se pod vlivem rozličných teorií v psychiatrii několikrát změnil výklad i přístup k mentální anorexii. 20. léta reprezentoval neuropsychiatrický pohled a kladl se důraz na spojení kachexie a přední hypofýzy. 40. a 50. léta charakterizuje pokus o vysvětlení onemocnění skrze psychoanalytické teorie jako obrana před sexualizovanými orálními fantaziemi a regrese sexuálního vývoje na orální úroveň. V České republice jako první uvedli a popsali příklady mentální anorexie V. Janota v roce 1941 a později O. Janota v roce 1946. V následujících letech byly propracovávány zejména modely objektových a rodinných vztahů. Zástupkyní v tohoto pojetí je H. Bruchová, které v 70. letech kladla důraz na rodinné prostředí a vztah mezi matkou a jejím dítětem. Předpokládala, že selhávání ve zmíněných oblastech má za následek nefunkční hledání vlastní autonomie skrze anorektickou kontrolu a ovládání vlastního těla. Případy mentální bulimie jsou známy již od středověku, avšak jako diagnostická jednotka byla poprvé G. Russelem uvedena v roce 1980 v DSM- III. Zájem v dnešní době vyvolávají především biologické mechanismy etiologie onemocnění, modely interakce genetické vulnerability, neurohumorálních faktorů a environmentální faktory (Papežová, 2002).

## 1.2 Epidemiologie

Dle H. Papežové (2002) můžeme sledovat výrazný nárůst a vyšší prevalenci mentální anorexie a mentální bulimie zhruba od 60. let.

V České republice dochází k vyššímu výskytu hospitalizace pro poruchy příjmu potravy. Ve srovnání s USA uvádí H. Papežová (2008), že v České republice dochází k nárůstu osob trpících poruchou příjmu potravy, zatímco v USA se nárůst zastavil.

Podle Kaplana (in Kocourková, 1997) v posledních letech je pozorován vyšší výskyt mentální anorexie a zároveň vzestup tohoto druhu onemocnění u prepubertálních dívek a chlapců. Odborníci se setkávají s čísly, která udávají desetkrát až dvacetkrát častější vznik anorexie u adolescentních dívek a žen než u chlapců a mužů. Nejčastěji mentální anorexie propuká ve střední adolescenci s bimodálním rozložením ve 14, 5 a v 18 letech.

Některé výzkumy uvádějí, že na 10 - 20 nemocných dívek připadá jeden nemocný chlapec. Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vedl některé autory k předpokladu, že tito muži mají sklon k homosexualitě, nebo že mají narušený sexuální život. Příčinná souvislost se však neprokázala.<sup>1</sup>

O rozšíření a rozložení nemoci v populaci píše i Leibold (1995), který určil hlavní ohroženou skupinu, a tou jsou z 90 % všech nemocných ženy, ve věkovém rozpětí 15- 55 let. Ve zmíněné věkové skupině pak každá desátá žena onemocní jednou z forem manického vztahu k jídlu.

Mentální bulimii popisuje Kocourková (1997) jako nemoc s vyšším výskytem, která se pohybuje mezi 1- 3 % u mladých žen.

Podle Papežové (2002) je mentální anorexie diagnostikována u 0,5-1 % nemocných. Stejně jako mentální anorexie je i mentální bulimie častěji nalezena u žen než u mužů. Od mentální anorexie se liší obdobím vzniku, nejčastěji je uváděna pozdní adolescenci či raná dospělost (Kocourková, 1997).

Hoek a kol. (in Cohen, 2002) nezjistili významný rozdíl ve výskytu mentální anorexie u jedinců žijících ve městech a na venkově. Zatímco ve větších městech se objevuje faktor vážící se k mentální bulimii.

Z longitudiální studie Hebebranda a kol. (in Cohen, 2002) vyplývá, že úbytek na váze je velmi důležitý z hlediska prognózy smrti u pacientek s poruchou příjmu potravy.

---

<sup>1</sup> Portál o poruchách příjmu potravy, Informace a služby s odbornou garancí. Mentální bulimie a anorexie. [http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie\\_clanek\\_show.asp?id=19](http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie_clanek_show.asp?id=19) (20. 2. 2008).

Během devítileté studie zemřela většina pacientek, která měla v době vyšetření body mass index (BMI) menší než 13 kg/m<sup>2</sup>.

Po prostudování rozličných prací vystoupili Powers a Fernandez (in Kocourková, 1997) s tvrzením, že uváděná procenta týkající se úmrtnosti klientů (asi 6 %) s poruchou příjmu potravy stoupá s délkou katamnestického zkoumání a sahá až k 20 %. Dále bylo zjištěno, že suicidalita se vyskytuje přibližně u 1 % nemocných.

Shromáždění údajů o prevalenci jídelních patologií, jak tvrdí Papežová (2002), je složité, plyne totiž z podstaty onemocnění, což je popírání a skrývání problémů či úplné odmítání pomoci z řad odborníků. Typickými důvody návštěvy několika lékařů klientkou s mentální anorexií jsou udávány jakékoliv jiné zdravotní komplikace. Přičemž klienti trpící mentální bulimií, kteří se zároveň i léčí, tvoří pouze malé procento nemocných mentální bulimií.

### ***1.3 Diagnostická kritéria a klinické rysy mentální anorexie a mentální bulimie***

T. Horká (2008) rozeznává dvě formy tohoto psychosomatického onemocnění, restriktérskou - mentální anorexie a formu bulimickou - mentální bulimie. To, co obě tyto poruchy spojuje, je touha po extrémní štíhlosti. Je uváděno, že jedna forma poruchy může přecházet v druhou, asi okolo 50 % pacientů s mentální anorexií přejde do mentální bulimie.

První „anorektické kroky“ se zpravidla neodlišují od dietních snah vrstevníků nebo některých rodičů. Anorexie a bulimie nejsou jen ohrožující změny jídelních a pohybových návyků, ale i změny v pohledu na sebe a na okolní svět. Základní příznaky anorexie a bulimie mohou sloužit jako obrana před dospělostí, samostatností a ženskou rolí. S rostoucími problémy přibývá negativních prožitků. To, co původně mělo přinášet uspokojení, se stává zdrojem strádání, úzkostí, depresí a negativních závěrů o sobě. Jedinci trpící touto poruchou se snižuje tolerance k psychické zátěži, vzrůstá sebestřednost.

Pacientky často připomínají, že jsou jiné než jejich vrstevnice, a přecitlivěle reagují nejenom na podněty týkající se jídla a tělesné hmotnosti (Krch, 2008).

Podobně vnímá nemoc i Stárková (2005), která upozorňuje na to, že mentální anorexie je ego-syntonní porucha a ze začátku je dívkami přijímána, než ovšem dojde k prohloubení či přidružení symptomů nemoci. Do té doby se dívka cítí pyšná na svou sebekontrolu a schopnost udržet si nízkou váhu. Zatímco mentální bulimie je tak vnímána jako ego-dystonní. Ženě nevyhovuje, jak je tomu u „anorektiček“, je pocíťována, zejména pro širokou škálu psychických komplikací, jako nesnesitelná.

Tři základní definice vymezující anorexii dle Russella (in Champion, Power, 1992) se jako první týkají chování anorektika či anorektičky, které vede ke značné ztrátě tělesné hmotnosti. Dále také promyšlené vyhýbání se jídlu nebo potravinám, které by mohly způsobit ztloustnutí. Často, ale ne vždy se jedinec uchyluje k dalším způsobům, jimiž si zaručí ztrátu váhy, jako jsou například zvracení, které si sami vyvolají nebo čištění či nadměrné cvičení.

Což dokládá i Cohen (2002), který tvrdí, že proto, aby si dívky udržely nízkou váhu či dosáhly jejího snížení, nejčastěji praktikují nadměrné cvičení či užívají laxativa, diuretika, tyroxin nebo inzulin (zejména při cukrovce).

Také se mohou objevit příležitostné záchvaty přejídání. Druhým specifikem je dle Russella (in Champion, Power, 1992) porucha endokrinní žlázy, která se u žen klinicky projevuje přerušáním menstruace-amenorea. Amenorea se projeví až u 70 % případů krátce potom, co začne jedinec držet drastickou dietu.

Garfinkel a kol. (in Cohen, 2002) předkládá, že amenorea jako diagnostický symptom byla zpochybněna a je považována za částečný syndrom mentální anorexie podle kritérií DSM-III-R.

V poslední z definic dle Russela (in Champion, Power, 1992) je anorexie pokládána za chorobný strach z toho, že ztloustnu, který může být plně vyjádřen subjektem nebo bývá spíše pozorovatelný z chování jedince. Na svou ochranu proti tomu, co se nazývá „ztráta kontroly“, ve smyslu neschopnosti přestat jíst, se snaží zůstat abnormálně hubené. Mentální bulimie byla popsána a pojmenována jako rozdílná nemoc od mentální anorexie teprve v roce 1971 Russellem. Ve své studii popsal pacienty se znaky bulimie, kteří neměli nic společného s jedinci, kteří trpí mentální anorexií. Tito jedinci střídali typicky období, kdy omezovali jídlo s obdobími, kdy se doslova „přežírali“, tzn., že rychle snědli obrovské množství jídla během velmi krátké doby. Po přejedení se obvykle sami donutili vyvracet nebo zneužili projímadla či jiné další pročišťující prostředky, aby se zdánlivě vyhnuli

následkům přijímání takového velkého množství kalorií a také, aby zmenšili či utišili svůj typický neklid a sklíčenost, jakožto výsledek přejídání. Russell také dokázal, že existuje jasné překrývání mezi pacienty s mentální bulimií a s pacienty, kteří trpí bulimií se znaky mentální anorexie.

Horká (2008) uvádí, že se v anamnézách jedinců trpících mentální bulimií často objevuje dřívější epizoda mentální anorexie, interval mezi jednotlivými fázemi se může pohybovat od několika měsíců do několika let.

Smidt a kol. (in Cohen, 2002) objevili, že přibližně ještě rok před samotným propuknutím nemoci velká část žen s budoucí mentální anorexií řešila zátěžové situace či problémy s rodiči, přáteli či v oblasti sexuality.

Riziková skupina pro vznik mentální anorexie je 13 - 20 let a pro mentální bulimii 16 - 25 let. Obě tyto nemoci probíhají až do dospělosti. Průměrná délka trvání nemoci je šest let (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) (in Kocourková, 1997, s. 16, 17, 18) jsou vymezovány syndromy mentální anorexie a mentální bulimie následovně:

#### Mentální anorexie

- Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hranicí, nebo Queteletův index hmoty těla je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamopituitární-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

- Jestliže začíná onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděná.

### Mentální bulimie

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit »výkrmný« účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, tyreoidní preparáty nebo diuretika. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby.
- Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let. Tato epizoda může být plně vyjádřena a mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy a přechodnou fází amenorey.

Pokud se všechny tyto syndromy objeví, můžeme uvažovat o diagnóze mentální anorexie či bulimie, pokud se vyskytují jen některé ze zmíněných syndromů a jiné ne, lze mluvit o atypické poruše příjmu potravy (Kocourková, 1997).

Soubor „netypických“ příznaků je zastřešován pod názvem diagnózy atypické mentální anorexie (F50.1) nebo atypické mentální bulimie (F50.3) či F50.8 Jiné poruchy jídla (kde se nachází pica či psychogenní ztráta chuti k jídlu) (Krch, 1999).

Mentální anorexie má dvě formy dle DSM IV (in Stárková, 2005): 1. restriktivní a 2. bulimický subtyp (smíšený typ). Restriktivní forma mentální anorexie se vyznačuje několika charakteristickými rysy: výrazným omezením přísunu potravin, živin, extrémní podoba této formy může dospět až k těžkému hladovění. Většinou si ženy začnou odepírat či omezovat i příjem tekutin. Posledním rysem je excesivní cvičení, které má podobu rituálu.

Bulimický subtyp mentální anorexie je tvořen těmito charakteristikami: ženy se omezují v jídle, ale občas něco snědí, což bývá doprovázeno následným zvracením nebo zneužitím laxativ či diuretik. Energetický příjem bývá také spálen excesivním cvičením.

Mentální bulimie se svým psychologickým obsahem výrazně neliší od mentální anorexie, bulimičky si také chtějí udržet kontrolu nad energetickým příjmem. Typický příklad bývá žena držící dietu, když už to nemůže vydržet, tak se impulzivně přejí velkým množstvím jídla, což si následně jde vykompenzovat zvracením. DMS IV stanovila mentální bulimii jako diagnózu, pokud se bulimické přejedení s následným zvracením opakuje s frekvencí alespoň 2x týdně po dobu nejméně tří měsíců.

A také u bulimie dle DSM IV (in Krch, 1999) můžeme objevit dva typy: purgativní formu mentální bulimie, kdy dívka pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika a nepurgativní formu mentální bulimie, kdy dívka používá namísto purgativních metod, ke snížené váhy excesivní cvičení, diety a hladovky.

## **1.4 Etiopatogeneze poruch příjmu potravy**

Papežová (2004, s. 291) říká, že: „*etiopatogeneze poruch příjmu potravy je považována za komplexní biopsychosociální proces.*“ Jde o kombinaci vlivů sociokulturních také determinant individuálně psychologických a biologických.

Cohen (2002) usuzuje, že nejčastější témata, která řeší dívky trpící mentální anorexií, jsou: odchod z domova, sexuální vztahy, disharmonický vztah rodičů, zodpovědnost vyplývající z dospělosti nebo také sexuální zneužití.

Porucha se neobjeví z ničeho nic, většinou nenápadně vzniká měsíce či roky, jejíž prvotní příznaky bývají zlehčovány či odůvodňovány tím, že ještě roste. Příznakem, který většinou upozorní rodiče, je dlouhodobější ztráta menstruace (Stárková, 2005).

Budu se postupně zabývat všemi faktory, které mohou ovlivnit vznik nemoci, ale z biologických faktorů uvedu jen ty nejzákladnější, i když je známa řada biologických činitelů a hormonů, které ovlivňují příjem potravy, svou práci jsem zaměřila více směrem k psychologickým a rodinným faktorům jedince.

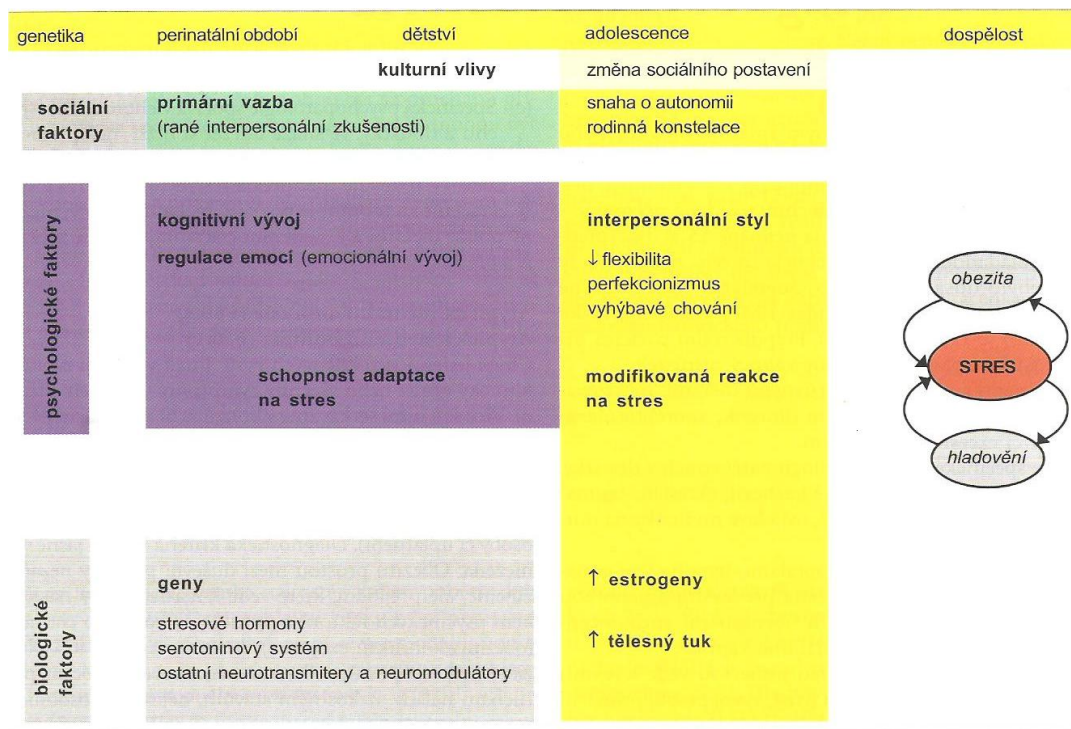


### **1.4.1 Biologické faktory**

Na pozadí biologické zranitelnosti lze najít deregulaci a dysfunkci neurotransmitterových systémů. Pokud je dívka biologicky vulnerabilní, není schopna zvládat stres adekvátně. Stres pro ni může představovat cokoli (např. puberta, separace od nukleární rodiny, problém ve vztazích, studijní úspěšnost), které by jedince bez biologické zranitelnosti tolik nestresovaly. Dospívání je náročné a zcitlivuje osobnost na zátěže a stres je špatně snášen a hůře zpracován, stres se stane chronickým, a pokud má i dívka genetické dispozice přítomen, odstartuje se chaotický či nezdravý jídelní režim, diety, případě hladovění (Stárková, 2005).

V dnešní době je určeno velké množství hormonů, neurotransmitterů a peptidů, jež se podílejí a účastní na regulaci váhy a pohybové aktivity. Uváděny jsou orexigenní látky které zvyšují chuť k jídlu, dále je zájem směřován na endogenní opioidní systém, jež také hraje důležitou roli. Dále nás ovlivňují glukokortikoidy, galanin, aminokyseliny glutamát a GABA a také některé receptory noradrenalinu podporují příjem potravy. Na inhibici příjmu potravy, zejména cukru a pocitu sytosti se podílí serotonin, dopamin zase na příjmu proteinů (Papežová, 2004).

Neurovývojový model podle Connana (in Papežová, 2002) staví na vzájemném ovlivňování environmentálních faktorů s genetickými dispozicemi, jako spouštěč onemocnění byl označen stres. Obrázek 1 přehledně ilustruje tuto koncepci.



Obr. 1 Neurovývojový model vzniku mentální anorexie dle Connana (in Papežová, 2002)

#### 1.4.2 Psychologické, individuálně vývojové faktory

Dívky trpící mentální anorexií vykazují dle Horké (2008) určité charakteristické znaky, patří mezi ně: premorbidní nápadná přizpůsobivost, perfekcionistické rysy, orientace na výkon, bývají citlivější a často jsou nadprůměrně inteligentní. Mentální anorexie se vyskytuje v období psychosexuálního zrání, při realizaci autonomních snah, jak již bylo zmíněno, např. nepodařenou separací od rodiny. Jako etiologický faktor bývá uváděn strach z dospělosti. Dívky trpící mentální bulimií jsou stejně jako dívky s mentální anorexií velmi závislé na hodnocení svým okolím. Literatura orientovaná psychodynamicky staví do popředí narušené rané objektivní vztahy se slabou nebo narušenou mateřskou figurou. Zatímco kognitivně - behaviorální pohled zdůrazňuje patologicky naučené vzorce chování a myšlení v oblasti příjmu potravy.

Kocourková (1997) uvádí adolescenci jako možný spouštěcí faktor mentální anorexie. Začátek dospívání je klienty s mentální anorexií vnímán jako velmi náročné období, během něhož se nedokáží vyrovnat s danými vývojovými úkoly, například s fyzickými změnami a nároky, které jsou na ně kladeny. Příkladem může být i sexualita, která je významnou

oblastí ve vývoji jedince, v období separace a individuace je spojena s úzkostí. Tato úzkost není vysvětlována jako úzkost ze samotného pudu, nýbrž jako úzkost z významů, jež si dítě s sebou nese a které vyplývají z jeho objektních vztahů a představ o sobě samém. Reakcí na neúspěšnost a selhání je regradace k psychosexuální organizaci nižšího věku. A právě zvýšená restriktce a kontrola v oblasti příjmu potravy a následné vytrvalé ovládnutí hladu je označováno za symbolické vyjádření ovládnutí a kontrolování intrapsychického a interpersonálního prostoru klientkou.

K charakteristikám pro poruchy příjmu potravy patří v dětském věku osobnost s rysy vyhýbavosti, emoční staženosti a sociální konformity, přítomny bývají i rysy perfekcionistické. Děti často úmyslně popírají svévolné hladovění, přičemž si často stěžují na bolesti břicha a také nechutenství. Objevuje se častá komorbidita s depresí a obsedantně kompulzivní poruchou. Mezi spouštěcí faktory je potom řazeno dospívání, změna školy či skupina kamarádů, spolužáků, nebo problémy v rodině či zážitek ztráty. V tomto věku bývá význam rodiny značný, protože děti i dospívající jsou na rodině více závislí (Koutek, 2008).

Osobnostní struktura klientek s poruchami příjmu potravy představuje další rizikový faktor v rozvoji léčby. Mezi nejčastěji zmiňovanými osobnostními rysy dle Kocourkové a Koutka (2001), bývají uváděny úzkostnost, inhibovanost a zvýšená tendence ke kontrole u žen s mentální anorexií, mentální bulimie bývá dávána do vztahu se zvýšenou afektivní labilitou, chaotičností a nízkou sebekontrolou.

Krch (2003) ve své studii zjistil rozpor týkající se perfekcionismu a nízkého sebevědomí, který je běžně udáván v literatuře. Nejistil korelaci mezi sklonem k perfekcionismu a nízkým sebevědomím a rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Ale byla potvrzená souvislost a vztah mezi přáním zhubnout, depresivitou a negativní představou o svém těle.

Mentální bulimie bývá dávána do vztahu s hraniční osobnostní strukturou a mentální anorexie s vyhýbavou osobností (Kocourková, Koutek, 2001).

Psychodynamické souvislosti, které se váží k symptomům mentální anorexie, uvádí Goodsit (in Kocourková, 1999, s. 152), mluví o tom, že: „*dívky bývají ve svém vývoji fixovány na preoidipovské úrovni s nedostatečným vývojem v oblasti separace a individuace.*“ Dívky s mentální anorexií bývají popisovány jako: závislé na ujištění a ocenění svého okolí, nemající dostatečnou vlastní narcistickou rovnováhu. Prožívají se jako bezmocné, neadekvátní a neefektivní a právě to, jak dávají na odiv svou soběstačnost, je vlastně ze strachu ze separované existence.

Neumí pracovat s negativními pocity, zejména vůči blízkým lidem. Dále Goodsit (in Kocourková, s. 152, 1997) doplňuje, že: „*trpí narcistickou patologií, která se projevuje na intrapsychické i interpersonální úrovni. Jednou z významných charakteristik této narcistické patologie je prožívání vlastní omnipotence a vlastní potřeby kontroly.*“

I další výzkumy potvrzují již zmiňované osobnostní rysy u mentálních bulimiček, jako jsou vyšší míra úzkostnosti, impulzivity, emoční nestability. Z důvodu nízkého sebevědomí si chtějí dívky/ženy vylepšit postavu, tzn. zhubnout, tak aby vypadaly dokonale. Rozdíl mezi anorektickými a bulimickými pacientkami je ten, že „bulimička“ neumí najít rovnováhu a hubnout či hladovět stejně jako „anorektička“. Dlouhodobé držení diety je ukončeno přejedením, které se pojí s pocity těžkých výčitek a depresí ze selhání. Myšlenky na jídlo ji zcela ovládají (Stárková, 2005). K dalším rysům osobnosti „mentální bulimičky“ bývá řazena hysterie, egocentrismus, hypersenzitivita, narcistická porucha osobnosti či sociální fobie (Krch, 2004).

Atkinsová a Silber (in Kocourková, Koutek, 2001) tvrdí, že u obou poruch příjmu potravy existuje osobnostní deficit v seberegulačních funkcích ega, který propuká v adolescenci a demonstruje se jako porucha příjmu potravy. Paralelu vidí Kocourková a Koutek (2001) stejně tak u dospívajících zneužívající psychoaktivní látky.

Kearney-Cooke a Steichen-Asch (in Kocourková, 1997) vytvořili profil chlapce s možnou budoucí poruchou příjmu potravy. Zjistili, že zmiňovaným chlapcům schází pocit autonomie, identity a kontroly nad svým životem. Uvádějí, že chlapcova existence je založena především na tzv. „dělání radosti druhým“, jeho sebehodnocení funguje spíše na základě mínění druhých, pro něj významných osob. Také prostředí, v němž chlapec vyrůstá, mu nedokáže potvrdit jeho snahu po nezávislosti. Dalším zmiňovaným významným faktem, podporující rozvoj nemoci, jsou v minulosti se vyskytující negativní zážitky prožívání svého těla (např. obezita), které později způsobují u chlapce zvýšenou citlivost na svůj tělesný obraz. Problematickým se pak stává jeho vývoj maskulinní identity, protože častým jevem bývá tendence k identifikaci s matkou než otcem.

Jedinci s poruchou příjmu potravy věnují jídlu či přemýšlení o problémech s jídlem nebo stravování až 85 % svého času. Obvyklá je u těchto pacientů manipulace ve vztazích (Koutek, 2008).

Pro většinu pacientek s poruchami příjmu potravy, jak říká Cash a Deagle (in Uher, Pavlová, Papežová, 2004), je typický narušený vztah k vlastnímu tělu. Dívky s mentální anorexií vidí své tělo zkresleně a neuvědomují si svou podvýživu, zatímco dívky s mentální bulimií prožívají negativně rozpor mezi štíhlým ideálem a pro ně ne tolik

dokonalým vzhledem. Fairburn (in Uher, Pavlová, Papežová, 2004) tvrdí, že pro obě poruchy je typická výlučná závislost sebehodnocení na dosažení vysněného a zároveň nerealistického ideálu váhy a postavy.

Stárková (2005, s. 12) tvrdí, že: „malé tělo (*kachetická vyhublost*) tak reprezentuje pocity „jsem malé dítě, nemohu žít jen sama, potřebuji, aby o mě pečovali, nechci zabírat moc prostoru, nedokážu najít svoje místo.“

Charakteristickým rysem žen s poruchami příjmu potravy je dle Halmi, Sunday a Bruchové (in Uher, Pavlová, Papežová, 2004), že málokdy rozlišují pocit hladu a sytosti a nejsou senzitivní vůči tělesné únavě a také, jak z výzkumů prováděné Lautenbacherem, Papežovou, Yamamotovou a Nedvídkovou (in Uher, Pavlová, Papežová, 2004) vyplývá, jsou méně senzitivní k vnímání bolestivých podnětů.

Tělové schéma se vytváří delší dobu, mezníkem v budování představy o svém těle je dospívání. Jedinec může prožívat vlastní tělo a vidět sebe jinak, než jej vidí ostatní, nehledě na své reálné proporce. Příčinou je subjektivní zkreslení, které je odrazem celkového vztahu k sobě samému. Představa o svém těle je poměrně stabilní a přetrvává, přestože skutečnost již tomu neodpovídá, jedinec se vidí takový, jaký byl. Typickým příkladem jsou dívky, které bývaly v dětství a v dospívání silnější a slýchávaly o svém vzhledu negativní poznámky, na jejichž základě si udělaly představu o svém těle, v dospělosti odpovídají jejich skutečné proporce hubené ženě, ony však sebe samu vidí jako silnější. Právě v době adolescence tělo prochází řadou biologických změn a dívkám se typicky začnou zaoblovat boky a jejich tělo dostává podobu ženské postavy, což představuje zátěž a ztrátu jistoty. Pokud není tělesná přeměna přijímána, dívka se jí snaží různými způsoby zbrzdit, například hladověním, čímž se jí podaří zachovat svou dětskou postavu (Vágnerová, 1999).

### **1.4.3 Rodinné a sociokulturální faktory**

Primární rodina dívek, žen s poruchami příjmu potravy sehrává důležitou roli nejen jako možný etiologický faktor, ale také jako podpůrný faktor v léčbě poruch příjmu. V této kapitole se také věnuji ranému vztahu s mateřskou osobou, tento vztah je uváděn jako velmi důležitý a zásadní pro další úspěšný vývoj jedince. Selhání v této oblasti se znovu připomíná v adolescenci, kde komplikuje plnění vývojových požadavků. Rodinnými faktory mám na mysli styl rodinné interakce.

Sociokulturální pohled zahrnuje žádoucí model štíhlosti, výkonnosti a úspěšnosti dnešní doby.

Mladé dívky a ženy jsou ovlivňovány, nejenom rodinným prostředím, ale také spolužáky, kamarády a značný podíl má i konzumně orientovaná kultura dnešní doby, která propaguje ideály štíhlosti a značný je i tlak vrstevnic na dodržování diet (Krch, 2003).

Ke zkreslenému vnímání anorexie jako častější duševní nemoci v rodinách s vyšším sociálním statusem přispěly studie, jak uvádí Garner a Patton (in Cohen, 2002), které byly prováděny nejvíce na ženách, které se nechaly hospitalizovat. Poté, co se začaly studie provádět i v jiných než nemocničních prostředích, byla porucha zaznamenána ve všech sociálních třídách.

Tuto skutečnost potvrzuje i grantové šetření Krcha (2003), z něž vyplynulo, že se trend začíná měnit. Dříve označovaná jako nejrizikovější skupina žen (vyšší sociální třída, vyšší postavení, vyšší vzdělání) pro výskyt poruch příjmu potravy se v současné době ukazuje jako skupina, u níž se objevují nižší dietní tendence a přejímání nezdravých a rizikových jídelních způsobů. Možné příčiny obratu byly identifikovány jako: jedení kvalitnější stravy spolu s kombinací zdravějšího stravování a náplň volného času, zdá se, že pokud se dívky zaměstnají koníčky, nebudou se zabírat pouze svým zevnějškem, tělem a strachem z tloušťky. Podobný trend sledují od 90. let i ve Velké Británii a USA. Demografické hranice, místo bydliště, typ studia, vzdělání rodičů a sociální zázemí již nejsou směrodatné, je to závažný problém především dospívajících dívek.

Mezi patogenní rodiče bývají řazeny matky, které např. příliš protektivní - děti ženou vpřed, ale nedokáží je pustit, dále přespříliš přísné matky, které často zvyšují hlas, trestají a jsou sexuálně frigidní. Jako vzor patogenního otce je např. otec projevující se v zaměstnání s nezbytnou tvrdostí, ale v intimních vztazích je nesmělý, někdy se bojí projevit náklonnost či své city, doma neočekává příliš ohleduplné zacházení (Erikson, 2002).

Balcar (2006, s. 147) uvádí, že: „*po obsahové stránce je pro vznik psychosomatické poruchy příznačný zvláště jeden druh vnitřního konfliktu: je to rozpor mezi výrazným motivem bezpečí v citové závislosti na blízké osobě či osobách na jedné straně a výrazným motivem hostilního sebeprosazení proti týmž klíčovým osobám.*“ Dítě si však své pocity neuvědomuje, jsou obvykle vytěšňovány a právě touto podvojnou vazbou, zažíváním trvalé úzkosti a protichůdných pocitů si dítě trvale přetěžuje organismus a následně dochází k poškození či narušení jeho funkce nebo struktury (Balcar, 2006).

Zvládnutí obtížných vývojových úkolů klade vysoké nároky zároveň i na rodinu klientky. U dívek v první době rozvoje symptomů mentální anorexie je nejčastěji pozorován velmi těsný a kontrolující vztah k matce a naopak odmítání otce. Raný vztah matky a dcery ve spojitosti s vývojem osobnosti budoucí mentálně anorektické dívky je často zmiňován jako signifikantní. Bruchová (in Kocourková, 1997) označovala péči matky o kojence navenek za dobrý, avšak z hlediska jejich vztahu upozornila na malou schopnost empatie ze strany matky na potřeby svého dítěte.

Spojení mezi jídelními návyky v dětství a následnými poruchami příjmu potravy v pozdějším věku předpokládali po H. Bruchové i další odborníci. N. Micali (2005) předkládá dvě longitudinální studie, v nichž se odborníci zabývají prozkoumáváním vzájemných vztahů mezi krmením v dětství, zažívacími potížemi a v pozdějším věku vznikem mentální anorexie a mentální bulimie.

Marchi a Cohen (in Micali, 2005) si ke svému výzkumu zvolili 659 dětí, jež následně studovali od doby, kdy výzkum začal, tj. od jejich 1 roku až do jejich 21 let, přičemž využívali hlášení matek ve třech různých obdobích. Rané zažívací potíže, tzv. piku a snahy o snížení příjmu potravy dávali do souvislosti s pozdějšími bulimickými projevy. Ze studie vyplynulo, že riziko vzniku mentální bulimie v pozdějším věku bylo téměř sedmkrát vyšší u jedinců, kteří v dětství trpěli pikou. Vybíravost v jídle, kterou autoři dále upřesnili přítomností další znaků, zahrnuje nedostatečným příjmem a nezájmem o jídlo nebo velmi pomalé jedení. Kombinace vybíravosti v jídle spolu se zažívacími problémy v dětství dává předpoklad vzniku anorektických symptomů. Souběžně se vyskytující pika a snaha o omezený příjem potravy zase v budoucnu předpokládá rozvoj bulimických příznaků.

Na Marchiho a Cohenův longitudinální výzkum navázali Kotler et al. (in Micali, 2005), studii rozšířili a zjistili, že rozsah poruch příjmu potravy v raném dětství, které vymezili od 1 do 10 let, umožňuje předpokládat rozvoj příznaků poruch příjmu potravy v rané a pozdní adolescenci a také v časně dospělosti. Signifikantními prvky v jídelním chování dětí byly konflikty a boje o jídlo a také nepřátelský postoj k jídlu, z nichž bylo možné usuzovat na pozdější rozvoj mentální anorexie. Dále bylo zjištěno, že pokud dítě jedlo méně, byl to důležitý protektivní údaj spojovaný s tím, že v budoucnu lze uvažovat o menším riziku vzniku mentální bulimie. Na rozdíl od studie Marchiho a Cohena, Kotlerův tým tvrdí, že vybíravost v jídle není významně provázána s následným rozvojem mentální anorexie či mentální bulimie.

Micali (2005) poukazuje na to, že výsledky studie tím pádem stěžují možné interpretace dřívějších výsledků. Výzkum je kritizován z důvodu malé prevalence jedinců s poruchou příjmu potravy. Vypovídací hodnota je tak menší, z čehož vyplývá, že i výsledky mají své limity. Doporučením je, aby byly longitudinální výzkumy prováděny na větším vzorku, čímž by mohly metodologicky odpovědět na otázky, které se vztahují k poruchám (nejen k poruchám příjmu potravy), jež mají nízkou prevalenci. V situaci, kdy chybí longitudinální výzkumy, mohou výrazně pomoci klinické případové studie. Většina z případových studií, které vznikly do dnešní doby, podporuje hypotézy, v nichž se tvrdí, že problémy s příjmem potravy v dětství mohou být rizikovými faktory pro rozvoj některé z poruch příjmu potravy v pozdějším věku.

Raným vztahem matka-dítě se také zabýval Masterson (in Kocourková, 1997), který svou teorii postavil na teorii separačně individuálního procesu Mahlerové. Masterson tvrdil, že dítě nezvládá plnit vývojové úkoly ve fázi znovupřiblížení, v této fázi se dítě nachází zhruba v 18. měsíci života. Dítě si není schopno vytvořit optimální emoční vzdálenost od své matky, vzdálení od ní se mu tak pojí s pocity opuštění a ty mu zabraňují v dalším rozvoji a utvoření bezpečné autonomní explorační světa. Dítěti zbývá možnost setrvání v závislé hostilní pozici a následně selhává v osamostatňování a schopnosti odpoutat se. Podle Griepka (in Kocourková, 1997) je úloha otce v separačně individuální fázi popisována jako úloha vyvažujícího činitele mezi touhami dítěte s matkou splynout nebo se od ní separovat, čímž napomáhá v posilování bezpečí dítěte. Problém ve vývoji a upevňování vlastní identity nastává, pokud si dítě nevytvoří k oběma rodičům převážně kladné vazby. Více nejasné bývají popisy vývoje chlapců než dívek s poruchami příjmu potravy.

Krch (1999) vykreslil některé častěji se objevující znaky tzv. anorektické matky i otce. Matka mentální anorektičky bývá hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, se vztahem příliš těsným vůči svému dítěti, dítě (pozdější anorektička) a matka jsou na sobě závislé. Přičemž matka má ke svému dítěti ambivalentní pocity.

Kog a Vandereycken (in Krch, 1999) popsal otce dívek s mentální anorexií a mentální bulimií. Existuje několik druhů popisu otce, který stojí za vznikem poruchy příjmu potravy své dcery, někdy se vyznačuje: pasivitou, slabostí a tím, že si od dcery udržuje větší emoční vzdálenost, někdy naopak bývá popisován jako dominantní. Další možné kombinace charakteristik jsou: aktivní a tak úžasný otec, že se stává pro dceru nedosažitelným. A posledním zmiňovaným typem je otec agresivní, rigidní a vzteklý, přesto je před dcerou idealizován svou partnerkou.



Zatímco u dívek trpících bulimií hraje otec roli velmi blízkého člověka, ale pouze v raném dětství, příliš úzký vztah je poté narušen nastupujícím dospíváním.

Launay a spol. (in Krch, 1999) se domnívají, že důvod emoční vzdálenosti otce od své dcery je ten, že mezi manželi vznikl vážný konflikt, který dcera, i když je před ní utajovaný, vycítí a přidává se na stranu matky, a vytváří tak s ní proti svému otci alianci.

Vědecky bylo prokázáno, jak tvrdí Garfinkel (in Cohen, 200), že existuje genetická komponenta stravovacího chování, touhy po štíhlosti či nespokojenosti s vlastním tělem a indexem tělesné hmotnosti, avšak výzkumy potvrzující, že by k takovému obrazu přispívalo i rodinné prostředí je málo a některé jsou vyvráceny.

Což dokládá i Papežová (2004), která říká, že: „*původní koncept Minuchina o existenci typické anorektické či psychosomatické rodiny nebyl potvrzen.*“ Podle Eislera (in Krch, 2004) tento navrhovaný koncept rigidních rodin, kde jsou vyzdvihovány do popředí slabé mezigenerační hranice, nerespektuje multifaktoriální podmíněnost poruch příjmu potravy ani fakt, že model jednání se uvnitř rodiny vyvíjí a navzájem spolu se symptomatickým chováním nemocného se ovlivňují.

U anorexií vznikající ve středním věku byl zaznamenán problém vztahu rodič – dítě, kdy se do tohoto vztahu začne promítat strach ze stárnutí a přetrvávající závislost na rodičích. Což může vyústit v těžce léčitelnou formu anorexie, protože ženy nejsou schopny žít nezávislejší život a obávají se stárnutí rodičů (Papežová, 2004).

U žen s mentální bulimií se usuzuje na velmi silné nevědomé agrese k rodičovským postavám, zejména k matce, která se demonstruje ve způsobu zacházení s jídlem, potažmo pak jeho znehodnocení (Kocourková, 1999).

Selvini-Palazzoli (in Krch, 2004) dává do spojitosti tendence hladovět až do vyhublosti s odmítáním ženského vzhledu, díky němuž se může odlišit od své ovládající matky.

Nepotvrzenou teorii předkládá Boskind-Lodahlová (in Krch, 2004), kde předkládá mentální anorektičku jako dívku, která se snaží tak, aby při extrémním zhubnutí dosáhla ženskosti. Jako nejdůležitější faktory pro rozvoj mentální bulimie vnímala sociální závislost bulimiček a ztrátu sociální podpory ze strany muže.

Faiburn a Welch (in Krch, 2004) určili rodinné faktory zvyšující citlivost k dietám a bulimii, a tím jsou: obezita a dietní chování v rodině, kritizování jídla, či kritické komentáře hodnotící jídlo obecně, vzhled a váhu.

Rizikovými faktory u mentální bulimie byly Schmidovou (in Krch, 2004) označovány buďto afektivní porucha, alkoholismus či obezita v rodině nebo nedostatky v rodičovské

péči, které se vázaly na konflikty mezi příslušníky rodiny, v kombinaci se zanedbáváním, fyzickým nebo sexuálním zneužíváním.

Fisher, Hsu, Steiner, Sanders a Ryst (in Krch, 2004) se domnívají, že za vznikem a rozvojem stojí nadměrně vysoká očekávání ze strany rodičů, také jejich kritičnost a nedostatek empatie a péče.

Dle Chvály a Trapkové (1998, s. 253) říkají, že: *„koncepty rodinné terapie ukazují, že jde spíše o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo, než jen o poruchu jednotlivce.“*

Chvála a Trapková (in Chvála a Trapková, 1998) popisuje poruchy příjmu potravy ne jako stagnaci a hladovění jedné osoby (text se vztahuje pouze na dcery), ale jako problém všech členů, kdy nejčastěji matka prahne po emoční blízkosti svého partnera, který se jí vzdaluje, to mu dává jasně najevo tím, že je odtažitá ještě více než předtím, přičemž muž tyto pohnutky nevyčítal a nechápe, proč je mu odmítán sex. Autoři vybízí ke komplexnímu a především kontextuálnímu pohledu, bez něž se obávají přílišné generalizace pojmů, které vedou k chaotickému náhledu na poruchy příjmu potravy.

Celá rodina dle Chvály a Trapkové (in Chvála a Trapková, 1998) prochází od puberty až k separaci dítěte z primární rodiny třemi fázemi, při jejichž zdárném ukončení se uskuteční „sociální porod“. První stádium je nazváno „sblížení s matkou a separace od ní“, druhé stádium je „sblížení s otcem a separace od něj“ a posledním stádiem je „samostatnost“.

Poruchy příjmu potravy vnímají jako charakteristický projev anorektické či bulimické stagnace ve druhé fázi, v níž se jedinec zastaví a nemůže pokračovat dál, do následující fáze. Přičemž jedinou reakcí na tuto stagnaci nemusí být poruchy příjmu potravy, ale také např. zneužívání drog, poruchy chování atd. Děje se tak z příčiny nedostupnosti někoho z trojúhelníku (dcera-matka-otec), a tím nedochází k postupnému emočnímu sblížení a následnému odpoutání. Stagnace se může objevit také z důvodu odmítání či naopak bránění v separaci jednoho druhého v trojúhelníku. V první fázi potřebuje dcera matku jen pro sebe a je schopná o ni soupeřit s otcem či sourozencem, až se tato potřeba nasytí (obvykle probíhá velmi rychle, bez povšimnutí), může dál. Otec je v této fázi vnímán jako soupeř a probíhají tedy mezi ním a dcerou konflikty. Ve druhé fázi dcera, jak říká Chvála a Trapková (1998, s. 256): *„Naplní-li se potřeba dcery být otcem přijata a respektována taková jaká je, bude potvrzena a stabilizována v nové roli.“* V této fázi dochází ke změně dívky na ženu. Naopak nyní dochází ke konfliktům s matkou a sourozenci.

Hladký průběh fáze bývá narušen, pokud není otec ve vztahu s partnerkou (matkou) uspokojován, to se pak zesiluje incestní tabu vůči dceři a nedochází k potřebné emoční blízkosti. Další překážkami mohou být nevhodně používaný jazyk mezi otcem a dcerou nebo neschopnost se emočně otevřít ze strany otce. Pokud úspěšně absolvovala obě stádia, je schopna navázat plnohodnotný partnerský vztah a má rozvinuté vlastní ženské sebevědomí (Chvála, Trapková, 1998).

Garner (in Cohen, 2002) prováděl studie zaměřené na spojitost mentální anorexie s genetickými dispozicemi a uvedl, že je prokázána genetické dispozice u 50 % jednovaječných dvojčat a u 10 % dvouvaječných dvojčat, přímé příbuzné ženy s poruchou příjmu potravy byly označena za rizikovější než ženy z kontrolní skupiny v možném rozvoji poruchy.

V současné době Garner a Patton (in Cohen, 2002) stejně jako řada dalších odborníků nepřikládají takovou důležitost sourozeneckým pozicím, jaká jim byla věnována v minulosti.

Jak již bylo řečeno, vrstevníci se také navzájem velmi ovlivňují, proto uvádím Krchovu (2003) výzkumnou studii, která byla prováděna na souboru 1500 dětí staršího školního věku, kdy se potvrdilo, že v České republice existují rozdíly v jídelních zvyklostech mezi dospívajícími dívkami a chlapci. Rozdílnost v jídelních návycích je významně podmíněna vztahem ke svému tělu a také touhou po tom, jak si přejí dospívající vypadat.

Z výzkumu vyplynulo, že velké procento dívek již zcela samozřejmě přijímá dietní omezení ve svém stravování, přičemž je pokládá za zdravou výživu. Obavy z přibírání či tloušťky, které se kromě omezení ve stravování (vyhýbání se hlavním jídlům, nechození do školní jídelny, odmítání masa nebo úplně společných jídel s rodiči) se navíc promítají také do pozadí některých dalších návyků. Negativní vliv strachu z nadváhy byl zaznamenán v rozvoji kouření, naopak pozitivní vliv se ukázal v tom, že děvčata častěji konzumovala zeleninu a ovoce, pravidelněji cvičila nebo jedla méně uzenin než chlapci.

Výsledky uvádějí, že až o 15 % procent nižší váhu než je norma (váhové kritérium anorexie) má asi 4 % čtrnáctiletých a 6 % patnáctiletých. Se zvyšujícím se věkem dospívajících dívek přibývá těch, které mají svou váhu pod stanovenou normou či různé váhové odchylky od normy. Jako další symptom poruch příjmu potravy bylo odhaleno asi u 4 % děvčat pravidelné zvracení za účelem snížení váhy a 10 % z celkového počtu dívek přijímalo zvracení jako možný způsob snižování váhy.

Krch (2006) se domnívá, že v dnešních médiích je propagován model vysokého sebevědomí vybudovaného na podkladě vnějších hodnot, jakými jsou peníze, vzhled,

ocenění vrstevníků či rizikové chování je samozřejmostí. Někteří jedinci je pak požadují. Tento utvářený sociální standart ovlivňuje jak myšlení a cítění, tak i chování širokých sociálních vrstev. Takovým jedincům pak sebevědomí snadno kolísá, vzrůstá sociální napětí a požadavky, podléhají pocitům nekompetentnosti a selhání a jejich sebevědomí ještě klesá. Sebevědomí je pokládáno za citlivou veličinu, která během života kolísá a nelze ji spojovat s rozvojem psychických problémů, má kladné i záporné stránky.

Krch (2006, s. 286) zjistil, že *„zatímco většina léčených pacientů s mentální anorexií a bulimií si stěžuje na nízké sebevědomí, z hlediska poruch příjmu potravy rizikovní adolescenti překvapivě vykazovali v průměru vyšší sebevědomí než jejich vrstevníci. Více si věřili, více jim záleželo na mínění ostatních, ale také byli více ochotni riskovat.“*

Důležitým zmiňovaným hlediskem v následné léčbě mentální anorexie je situace, v níž se klientka nachází, vždy se musí posuzovat z hlediska biologického, psychologického i sociálního a z toho vyplývají i odlišné požadavky na terapeuty a psychology, kteří pracují s dívkami na počátku dospívání a jiné na začátku dospělosti (Kocourková, et. al. 1997).

## **1.5 Komorbidita**

Jako nejčastěji se vyskytující komorbidity u poruch příjmu potravy bývají uváděny deprese, závislost na psychoaktivních látkách a obsedantně kompulzivní porucha. Zaměřil jsem se především na depresi, která je přítomna u velké většiny žen trpících mentální bulimií. Symptomy deprese se objevují jako následek poruch příjmu potravy a mnohé ústí do suicidiálních myšlenek, přičemž i obsedantně kompulzivní porucha je často doprovázena depresemi, proto depresivní poruše v textu věnuji nejvíce prostoru.

Příklady dalších komorbidit, jež stěžují léčbu, jsou: afektivní poruchy, které objevil Rastam (in Kocourková, Koutek, 2001) u 49 % dospívajících dívek, také úzkostné poruchy zjištěné u 29 %.

### **1.5.1 Deprese a autodestruktivní chování**

Rozlišují se dva základní depresivní syndromy - deprese kognitivní a deprese hluboká, dříve známá pod názvem endogenní deprese. Kognitivní deprese se projevuje především tzv. kognitivní triádou, která je tvořena negativním pohledem na sebe (špatným sebehodnocením), na svou aktuální situaci a na budoucnost. Objevuje se dominance pocitů beznaděje a bezmoci, pocity vlastní neužitečnosti, odmítání rodiči či vrstevníky (okolím jedince). Další provázející symptomy jsou iritabilita, pocity viny, snížená nálada a časté je suiciální jednání nebo myšlenky. Kognitivní deprese se neprojevuje tak velkou změnou motorického tempa a takovou hloubkou somatických příznaků jako deprese endogenní. Endogenní neboli inhibiční deprese je v období dospívání odlišně definována od endogenní deprese v dospělosti. Mezi základní symptomy endogenní deprese patří útlum, anhedonie a depresivní nálada. Často bývá spojena s úzkostí a sebelítostí.

Hsu (in Krch, 2004) zjistil, že až u 20 % žen s mentální anorexií a 40 % žen s mentální bulimií v průběhu onemocnění je možné diagnostikovat velkou depresivní poruchu. Syndromy deprese se váží na obavy o postavu, tělesnou hmotnost a kontrolu příjmu potravy. Bylo zjištěno, že přestože depresivní příznaky ustupují, když se nemocné podaří získat kontrolu nad jídlem a omezí jej, naopak symptomy úzkosti se častokrát více zvýrazní nebo nadále přetrvávají.

S. J. Blatt (in Baumgartner, 2004) se svými spolupracovníky popsal ve své teorii dvě základní dimenze prožívání deprese - anaklitickou a introjektivní, a to na základě toho, zda se depresivní prožívání váže spíše na oblast interpersonální nebo na oblast intrapersonální. Anaklitická deprese je závislá na interpersonální rovině, vyznačuje se strachem z osamocení, bezmocností, závislostí na jiných. Objevuje se spolu s pocity opuštěnosti, vyčerpání a slabosti. Zatímco v rovině intrapersonální se vzniká introjektivní deprese, která je typická sebekritičností, pocity méněcennosti a zážitky neúspěchu při srovnávání se s určitými měřítky či standarty. Na základě této teorie rozlišujeme dva typy osobností: osobnost závislou a osobnost sebekritickou, které představují predispozici pro vývin depresivní symptomatologie. Tzn. čím vyšší míra závislosti na druhých či sebekritičnost, tím více jsou tito lidé náchylnější k depresím.

Celá tato teorie se týká také adolescentních jedinců, i když v manifestující podobě nemusí být příznaky deprese přítomny. Na této teorii byl také vyvinut dotazník DEQ, který se soustřeďuje na obě již zmíněné formy deprese.

Model deprese hloubání-rozptýlení u adolescentů podle Nolen - Hoeksemanové (in Medved'ová, 2002) je založen na strategii přiblížení se - oddálení se. S. Nolen-Hoeksemanová charakterizuje hloubání (rumination) jako ulpívání jedince na problémech, nejčastěji projevující se vykládáním či psaním deníku o tom, jak zle se cítím, jak jsem nešťastná, rozebíráním negativních zážitků. Ruminace jako strategie zvládnání stresu se vyznačuje zaměřením se na vlastní osobu, stupňovaným zaměřením se na vlastní kognice a emoce, a tím i jejich prohlubování. Opakem této strategie je oddálení se, což znamená rozptylující chování či myšlení, které jedince odvádí od problému a redukuje negativní emoce.

Rovina hloubání je ve vyšší míře zastoupena u žen, tato rovina se může stát rizikovým faktorem pro vznik deprese a může podle Broderickové (in Medved'ová, 2002) způsobovat to, že ženy vykazují vyšší úroveň deprese než muži. Výzkum týkající se této problematiky provedli již zmiňovaní S. Nolen - Hoeksemanová a J. S. Girgus. Výzkum byl prováděn na vzorku starších adolescentů. Ukázalo se, že právě u dívek byly zaznamenány existence určitých rizikových faktorů, které výrazně působí právě v období adolescence, kdy se u dívek stupňují tělesné i sociální změny. Také empirické studie, jak uvádí Harris, Blum, Resnick (in Medved'ová, 2002), ukazují u adolescentních dívek vyšší výskyt deprese, negativistického pohledu na sebe sama, na své tělo, poruch příjmu potravy, pocity bezmoci a suicidálních pokusů, než je tomu u chlapců.

U pacientů s mentální bulimií dochází k záchvatům tzv. vlčího hladu a následnému přejedení, které spustí koloběh pocitů viny, výčitek ze selhání. Depresivní prožitky pak řeší zvracením, které si vyvolají sami či zneužitím laxativ. U takto trpících jedinců je obvyklá emoční labilita a depresivní prožívání a také značně vysoké riziko suicidia. Jedinci s mentální bulimií trpí více depresí než jedinci s mentální anorexií. (Horká, 2008).

Autodestruktivní chování zahrnuje rizikové chování, sebepoškozování a suicidalitu. Tyto formy se mohou vyskytovat souběžně nebo následně. Mírnější formy představují rizikový faktor pro závažnější projevy, např. suicidiální chování (Kocourková, Koutek, 2005).

Podle několika autorů nejvýraznější změny v úrovni i formách agrese probíhají v období adolescence a rané dospělosti. V odborné literatuře se také udává nárůst hostility, agrese a negativismu právě v období rané adolescence, jak uvádí Loeber, Hay (in Medved'ová, 2002). Kritérium agresivity není samotné chování, ale záměr chování. Existuje interpersonální agrese a agrese zaměřená na sebe, kterou nastíním dále v textu. Interpersonální agrese je záměrné ubližování a poškozování v meziosobní interakci.

Dle Björqista, Östermana, Kauikiainena (in Baumgartner, 2004) mohou být formy agresivního chování různé, agresi můžeme dělit jednak na přímou, což jsou tzv. otevřené způsoby ubližování, a jednak na nepřímou, což znamená agresi skrytou. S projevy skryté agrese se setkáváme jak v adolescenci, tak v dospělosti častěji, než s projevy agrese otevřené. Rozdíly v projevech agrese se objevuje také mezi pohlavími, muži preferují otevřenou, ať už slovní či fyzickou agresi, a ženy preferují skryté či nepřímé formy ubližování.

Baumgartnerův (2004) výzkum byl zaměřen na „Dispozície k depresi a vnímanie agresivného správania adolescentov“ prováděný dotazníkem ASVI (dotazník projevů agresivního chování), DPD (dotazník prožívání deprese). Tento výzkum předpokládal, že závislejší či sebekritičtější jedinci budou hodnotit chování druhých vůči své osobě negativněji, tzn., že budou druhé vnímat jako agresivnější než ti jedinci, kteří nemají v takové míře rozvinuté predispozice závislosti na druhých či sebekritičnosti. Výzkum byl prováděn na 131 adolescentech v průměrném věku 16 let. Z výzkumu vyplývá, že jedinci s vyšší mírou závislosti považují agresivní chování namířené vůči nim za častější než jedinci s nižším stupněm závislosti. Také se domnívají, že jedinci téhož pohlaví vyjadřují vůči nim negativní pocity jak v gestech, tak v pohledech, častěji je pomlouvají, omezují jejich schopnost projevit se a poslechnout si jejich názor. Stejně výsledky se ukázaly i u jedinců s větší mírou kritičnosti.

Co se týče výsledků u osob opačného pohlaví, závislejší jedinci připisují agresivní projevy druhým lidem častěji než méně závislý. Při porovnání skupin s vyšší a s nižší mírou sebekritičnosti se ukázalo, že skupina s vyšší mírou sebekritičnosti hodnotila chování jiných osob za agresivnější v porovnání s lidmi méně sebekritickými. Výsledky potvrdily, že jedinci mající sklon k depresi vidí v chování druhých lidí více agresivních prvků než lidé, kteří nemají sklon k depresi. Přičemž z výzkumu vyplynulo, že sebekritičnost je silnějším činitelem a také se ukázalo, že vyšší výskyt agrese se projevuje mezi adolescenty stejného pohlaví kolem 16 let.

**Sebepoškozování** je specifické autodestruktivní chování. Je pro ně typické, že nemá suicidiální cíl, i když někdy může následkem značného poranění skončit letálně, je vědomé a obvykle začíná v adolescenci. Nejčastější formou je pořezávání se žiletkou či nožem na předloktí nebo zápěstí. Dalšími formami může být popalování se (cigaretami) nebo nekontrolované předávkování se léky, kde chybí přímý úmysl zemřít. Sebepoškozování se často vyskytuje v anamnéze suicidiálního chování. Přítomno bývá u osob s poruchami osobnosti, disociativními poruchami, se závislostí na návykových

látkách a u osob s poruchami příjmu potravy. Většinou se jako příčiny tohoto chování uvádí agresivní motivy, které se obracejí proti „já“. Bývá přítomna potřeba sebepotrestání, sadomasochistické fantazie. Návykové chování - sebepoškození, obsahuje dynamiku napětí - uvolnění (Kocourková, Koutek, 2003).

Sebeškození u poruch příjmu potravy se vyskytuje až ve 30 – 40 %. Bývá označováno jako „syndrom záměrného sebeškození“. S patologií jídelních poruch souvisí nejen již zmíněné způsoby poškozování se, ale také méně zřetelné formy jako jsou např. studené sprchy, extrémní fyzická aktivita, stahování pasu, odebírání krve či polykání předmětu. Nejčastěji se vyskytuje u starších adolescentních pacientek. U poruch příjmu potravy rozlišujeme dva druhy sebeškození nazývané jako impulzivní a kompulzivní. Mezi impulzivní projevy sebeškození řadíme pořezávání a pálení se. Tyto projevy bývají spojeny se suicidálním chováním a depresí a v anamnéze nemocného často nacházíme fyzické nebo sexuální zneužití. Impulzivní typ sebeškození se obvykle vyskytuje u mentální bulimie. Kompulzivní projevy sebeškození jsou vázány na obsedantní patologii. Jsou to podobné projevy jako např. onychofagie. Často bývá přítomen defekt v uvědomování si vlastních emocí a pocitů. Tento typ projevu je charakterističtější pro mentální anorexii. V pozadí sebeškození jsou psychodynamické mechanismy spojované s disociativními procesy a osobnostní patologií, zejména pak narcistickou a hraniční (Kocourková, 2008).

**Suicidální chování** představuje druhou nejčastější příčinu smrti v období adolescence, jak uvádí Shaffer, Greenberg (in Kocourková, Koutek, 2005). Suicidální chování se vyskytuje v několika formách, rozlišujeme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium (Koutek, Kocourková, 2003). Dle Koutka, Kocourkové (2007, s. 72) je dokonané suicidium definováno jako *„sebeškození akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít. Suicidální pokus je každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Suicidální nápady, myšlenky a tendence jsou charakterizovány verbálními nebo neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu.“*

Suicidální jednání nepředstavuje samostatnou diagnózu v žádné své formě. Často bývá spojeno s řadou psychických poruch. Se suicidálním jednáním jsou spojeny především depresivní porucha, schizofrenie, návykové nemoci a poruchy příjmu potravy (Koutek, Kocourková, 2007).



Motivem suicidálního pokusu v adolescentním věku jsou většinou konflikty v rodině, v partnerských vztazích, ve vrstevnických vztazích a ve škole. Rizikovým faktorem je předchozí psychiatrická morbidita, opakované suicidální pokusy, sebepoškození a dysfunkční rodina. U dospělých často vede k suicidii deprese. U většiny jde o důležitý sociální kontext, kontext specifických negativních životních událostí, které se kumulují měsíce, léta a vyústí v adolescenci v suicidální chování. Suicidálnímu jednání předchází tzv. presuicidální syndrom (delší období konfliktů a krizových situací), který poprvé popsal Ringel. V první fázi dochází k omezení iniciativy, zájmů, přítomny jsou nihilistické představy (nic nemá smysl), vyhýbání se kontaktům, objevují se absence ve škole, zdůvodněné somatickými potížemi. V dalším období se objevují agresivní fantazie, které se snaží jedinec zabrzdit., často je nasměřují proti konkrétní osobě, která se stane nepřítelem. Ve třetí fázi se objevuje přání smrti a sebevražedné myšlenky se postupně stávají stále více konkrétními, součástí je představa smutku pozůstalých na svém pohřbu či představa reakce člověka, který jim domněle či skutečně ublížil. Nezřídka po dlouhé době napětí, depresivního a dysforického ladění může nastat uvolnění, jakoby zlepšení nálady, což pro jedince znamená definitivní rozhodnutí o sebevraždě, poté může následovat suicidální jednání. Klíčové jsou kumulace ztrát. Ztráta milované osoby nebo ztráta lásky milované osoby senzibilizuje dítě či dospívajícího a otevírá mu tak cestu k suicidii (Koutek, Kocourková, 2003).

Suicidium u adolescentů není jednorázová zkratka, ale dlouhodobý proces. V psychodynamice suicidálního chování v adolescenci je přítomna interakce deprese - agrese, dále souvisí s kapacitou snášet úzkost, depresi a dysforické afekty a schopnost unést adolescentní ztráty a separace, včetně narcistických očekávání a zranění (Kocourková, Koutek, 2004).

Způsoby suicidálního chování můžeme, dle Koutka, Kocourkové (2003), dělit na měkké metody a tvrdé metody. U měkkých metody je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, jsou to metody, které okamžitě nevedou ke smrti. Řadíme zde intoxikaci medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z nízké výšky – naděje, že bude zachráněn. U jednotlivých typů suicidálního jednání pak lze uvažovat o vědomých nebo nevědomých tendencích přežít sebevražedný pokus. V adolescenci je dosti typický způsob dát život v sázku, kdy suicidant počítá s oběma možnostmi - buď zemře, nebo bude zachráněn - oba výsledky jsou přijatelné. Měkké metody jsou používány u suicidálního pokusu často účelového či demonstrativního charakteru. Tvrdé metody vedou k velmi rychlé smrti, možnost záchrany je velmi snížena. Mezi tvrdé metody řadíme strangulaci,

použití střelné zbraně, skok z velké výšky. Použití tvrdé metody převažuje u dokonaných sebevražd. Nejčastější metodou dokonaného suicidia je strangulace, v r. 2000 tak zemřelo 906 osob (55 % dokonaných suicidií), poté následuje zastřelení – dnes vzestup na 11 % a poté skok z výšky. Muži mají tendenci k použití agresivnějších metod tvrdých, u žen je tomu naopak, používají metody méně drastické, měkké metody.

Ovšem zdaleka nejpoužívanějším způsobem ve všech věkových skupinách je intoxikace medikamenty, v roce 2000 tímto způsobem zemřelo 118 osob. Koutek a Kocourková zabývající se suicidálním jednáním u dětí a adolescentů, vyšetřili 38 pacientů (7 chlapců a 31 dívek) hospitalizovaných po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. V uvedeném souboru převažoval způsob provedení intoxikací medikamenty (31 osob, tj. 81 %). Jako aktuální psychopatologické projevy byla v 79 % zjištěna depresivní symptomatika.

### **1.5.2 Obsedantně kompulzivní porucha**

Z psychických komplikací vyskytujících v důsledku mentální anorexie jsou mimo jiné uváděny obsedantní myšlenky. Obsedantní myšlenky se mohou týkat jídla, ale i dalších věcí či činností jako například: oblékání, mytí či pořádku (Cohen, 2002).

Stárková (2005, s. 12) tvrdí, že: *„primárním obsahem nemoci je psychopatologie zkreslená představa vlastního těla a strach z tloušťky. Myšlenky na jídlo a tvar těla mají charakter ovládatého myšlení.“*

Podle Faltuse a Smolíka (in Němečková, 1997) se projevuje v adolescenci nebo mladé dospělosti, i když se může vyskytnout už i v dětství. Výskyt v populaci je přibližně 2- 3 %.

Praško, Prašková a Kosová ji charakterizují výskytem obsedantních myšlenek nebo kompulzivních činů. A jak Praško, Prašková a Kosová (in Němcová, 1997, s. 459) říkají: *„Podle MKN 10 je výskyt těchto projevů po většinu dne po dobu nejméně dvou týdnů, projevy jsou chápány jako vlastní, jsou pro pacienta nepříjemné, pokouší se jim čelit, a to alespoň v jednom případě neúspěšně, jsou chápány jako nesmyslné a narušují sociální sféru.“*

Rastam (in Krch, 2001) ve svém zkoumaném vzorku dívek s mentální anorexií objevil, že 35 % z nich trpělo obsedantně-kompulzivní poruchou.

Podle Maršálka a Rabocha (in Němcová, 1997) by mohla být mentální anorexie spolu s obsedantně kompulzivní poruchou a dalšími nemocemi řazena do širšího spektra impulzivních poruch.

Cryan, Harrington, Darby a Valsh (in Němečková, 1997) se pokusili pozorovat výskyt obsedantních projevů u poruch příjmu potravy a vyvodili z nich, že by poruchy příjmu potravy mohly být druhem obsedantně kompulzivní poruchy.

Kompulze zbavují, jak tvrdí Němečková (1997), klienta úzkostných a nepříjemných obsedantních myšlenek. Obsah obsedantních myšlenek se může týkat čehokoliv, jako jeden z obsahů bývá uváděno jídlo, velmi častá je také touha po dokonalém vzhledu nebo také strach z tloušťky. Kompulze, které spouští strach z tloušťky jsou mírněny odmítáním jídla, excesivním cvičením nebo zvracením. Jak tvrdí autorka, mentální anorexie se velmi podobá obsedantně kompulzivní poruše (OCD), protože stejně jako v kritériích pro OCD i při mentální anorexii jsou myšlenky trvalé, součástí pacienta, jenž je považuje za vlastní, opakují se a jsou pacientem hodnoceny negativně a také pacienta obtěžují v sociální interakci. Od pacientů s OCD se liší tím, že se nesnaží vzdorovat těmto myšlenkám, avšak podobnost spatřuje v tom, že se pacienti s mentální anorexií chovají přesně v souladu se svými myšlenkami, což může být chápáno jako jistá tendence vyhnout se úzkosti, kterou myšlenky na jídlo vyvolávají.

### **1.5.3 Závislosti**

Často bývá uváděno, že se adolescent snaží před pocity beznaděje utéct k drogám nebo k alkoholu, případně k přejídání či naopak nejedení. Extrémně zvýšené riziko suicidia je, pokud je přítomná klinicky významná deprese, pocity beznaděje či bezmoci spolu s impulzivností jedince a vyskytujícími se experimenty s alkoholem nebo drogami nebo pokud je jedinec vystaven dlouhodobě stresující zátěži. Dle výzkumů má v České republice každý třetí absolvent základní školy zkušenosti s drogou. Závislost rozlišujeme psychickou (bažení), fyzickou a kombinovanou (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Klykylo a Klay (2005, s. 269) zjistili, že: „jeden ze čtyř pacientů s poruchou příjmu potravy má v historii zneužívání prášků nebo v současné době prášky zneužívá. Jedinci s poruchami příjmu potravy mohou zneužívat amfetaminy ke snížení váhy. Užívání léků je více rozšířené u mentální bulimie než u mentální anorexie.“

V německé studii pod vedením Laessle (in Krch, 1999) zjistili, že když mezi sebou porovnávaly pacientky s restriktivní formou a bulimickou formou mentální anorexie a pacientky, které měly v anamnéze období mentální anorexie a ty, které je neměly, u všech tří zmíněných bulimických skupin byla prokázána signifikantně vyšší životní prevalence zneužívání psychoaktivních látek než u žen z anorektické skupiny či běžné populace.

Tibenská, Hrnčiarová, Martinek (2009) zaznamenali v léčebně velmi nízký počet pacientek s restriktivní formou mentální anorexie závislých na psychoaktivních látkách. Nejčastěji se na oddělení závislostí objevovaly ženy s mentální bulimií se závislostí na alkoholu nebo ženy s mentální anorexií purgativního typu se závislostí na pervitinu. V začátcích abstinence dochází frekventovaně k dekompenzaci poruch příjmu potravy.

## **1.6 Prognóza a důsledky poruchy příjmu potravy**

Anorexie i bulimie se projevuje jak tělesnými tak psychickými změnami, které jsou velmi úzce spjaty s celkovým životním stylem, velmi důležitou roli u těchto poruch hraje vývojová fáze rodiny a samozřejmě sociokulturní civilizační aspekty.

Ze zmíněných způsobů kontroly tělesné hmotnosti, které jsem uvedla již na začátku kapitoly, mají za následek vznik velmi vážných psychických a fyzických potíží. Mezi psychické potíže vzniklé následkem mentální anorexie řadíme depresivní syndromy, nutkavé myšlenky a rituály, fobie, stavy úzkosti, nízké sebevědomí, poruchu vnímání vlastního těla a jak už bylo vícekrát zmíněno, hrozí zde vysoké riziko siucidia (Horká, 2008).

K dále zmiňovaným psychickým komplikacím, jež jsou vázané na mentální anorexiu podle Papežové (2002) patří: zúžení veškerých zájmů na vaření, diety, přípravu jídla pro ostatní. Objevují se poruchy koncentrace a kognitivních funkcí, černo-bílé myšlení, nedůvěra jak v sebe, tak v ostatní.

U mentální bulimie byly zaznamenány: autoakuzace, sud, afektivní labilita, deprese a anxieta. Mezi sociální důsledky spojené s poruchami příjmu je řazena: sociální izolace, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí či zaměstnání nebo ekonomické potíže spojené s krádeží jídla nebo peněz.

Tělesná poškození, jak uvádí Stárková (2008), bývají velmi rozsáhlá a značná, u mentální anorexie se nejčastěji objevuje endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární - gonádovou osu. U žen se projevuje jako ztráta menstruace - amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Vyskytují se také zvýšené hladiny růstového hormonu, kortizonu a odchylky ve vylučování inzulínu, atd. U bulimie se objevuje ruptura jícnu, při zvracení se ztrácí důležitý iont pro svaly a srdce - draslík, roztažený žaludek tlačí na tepny, dochází ke změně vnitřní rovnováhy a také se vyskytují mechanické důsledky přejedení. Stárková uvádí počet úmrtí v procentech, způsobených poruchou příjmu potravy, u skandinávské studie, která obsahovala 72 % pacientů, zemřelo 40 % v důsledku suicidia, 32 % zemřelo v důsledku mentální anorexie - extrémní podvýživy a 23 % zemřelo v důsledku jiné tělesné nemoci spojené s touto chorobou. Pacientky s mentální anorexií mají vyšší mortalitu než normální populace. V 50 % umírají na následky suicidií a 30 % z nich na kardiovaskulární selhání. Ve 20 % umírají pacientky na následky závažných nemocí, jež mají díky jejich poruše netypický průběh a nemají klinické příznaky. Tělo neadekvátně reaguje na zánět, pacientky nemívají teploty, když tak jen 37°C. Nemají patřičnou imunologickou odpověď. Úmrtnost u pacientů trpících mentální anorexií je 2 - 8 % a u pacientů s mentální bulimií je 0 - 2 %. Zcela se vyléčí kolem 50 % nemocných s mentální anorexií a nemocných s mentální bulimií se zcela vyléčí okolo 60 %.

Pro úplnost předkládám v tabulce č. 1 častěji se vyskytující somatické komplikace v důsledku mentální anorexie a mentální bulimie (Papežová, 2002).

<b>symptom</b>	<b>příčina</b>
<b>ledviny-elektrolyty</b>	
hypokalemie	↓ K <sup>+</sup> při zvracení, užívání diuretik, laxativ
hypochloremická metabolická alkalóza	↓ K <sup>+</sup> , při zvracení
<b>gastrointestinální trakt</b>	
parotitis	hladovění, mechanické poškození, zvracení
zpomalené vyprázdňování žaludku	hladovění,
hyperamylasemie, pankreatitis(časté u bulimie)	hypersekrece slin a pankreatických působků
zácpa, nadýmání	hladovění, abúzus laxativ v anamnéze
<b>kardiovaskulární syndromy</b>	
bradykardie	hladovění
hypotenze	hladovění, nedostatek tekutin
<b>hematologické syndromy</b>	
trombocytopenie, leukopenie	hladovění
hypercholesterolemie	nejasné
<b>dermatologické syndromy</b>	
suchá praskající kůže, nehty	dehydratace, ztráta podkožního tuku
lanugo (tvář, hrudník)	nejasné
Russelovo znamení	mozol na hřbetu ruky vyvolávání zvracení
periorální dermatitis	zvracení
<b>stomatologické komplikace</b>	
kazivost zubů	kyselý obsah zvratků
periodontitis	kyselý obsah zvratků
<b>CNS a neurologické komplikace</b>	
nespecifické změny EEG	hladovění
<b>reprodukční a neuroendokrinní komplikace</b>	
amenorea	dg. kritérium pro mental. anorexii
infertilita	dlouhodobé snížení pohlavních hormonů

Tabulka č. 1 Somatické komplikace u AN a BM

Papežová (2002, s. 605) říká, že: *„horší prognóza bývá spojená s nižší minimální váhou, výraznými výkyvy váhy, častějším zvracením, neúspěšností předchozí léčby, komorbiditou, premorbidně narušenými rodinnými vztahy a horší kvalitou života.“*

S přibývajícím roky, u chronických pacientek se hranice mezi jednotlivými subtypy začíná ztrácet a symptomy poruchy se zvyšují co do množství i intenzity. Odborníci mají pak velké problémy diagnostikovat, co je následek hladovění samotného a co jsou specifické následky psychopatologie poruch příjmu potravy (Papežová, 2002).

Pokud se jedinec trpící mentální anorexií rozhodne sám přibrat na váze, je dle Cohena (2002) zcela individuální, za jakou dobu se dostane opět na normální váhu vzhledem k poměru jeho výšce. Po tuto dobu je doporučeno, aby si klient prošel psychoterapií na různých úrovních. Díky této strategii by se jednak mohlo u klienta předejít krizím, které většinou řeší opět účelným snižováním váhy, ale také, aby terapeut mohl pomoci rozvinout pocit sebeúcty a hodnoty, který v sobě dosud klient nenašel.

Adolescence je vnímána jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy, proto se nyní zaměřím na specifika adolescence a mladé dospělosti, v níž se mimo jiné zabývá sexualitou a rodičovstvím v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

## **2. Adolescence a dospělost**

### **2.1 Vymezení období adolescence**

Termín „adolescence“ je odvozen z latinského slova *adolescere*, který znamená vyrůstat nebo mohutnět. V dnešní společnosti můžeme stanovit dolní hranici období dospívání na 11 - 12 let a horní hranici přibližně na 20 - 22 let. Protože je toto věkové rozpětí široké, celé období je v literatuře dále členěno, např. podle J. Langmeiera a D. Krejčířové (2006), kteří jej rozlišují na období pubescence a adolescence. Období pubescence trvá zhruba od 11 do 15 let, zahrnuje dvě fáze, fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. Období adolescence se pohybuje v rozmezí zhruba od 15 do 22 let věku dospívajícího. V období adolescence je postupně dosahována plná reprodukční zralost a dokončován tělesný růst (ovšem již pomalejším tempem, než jak tomu bylo v předchozím vývojovém období - pubescence). Mění se také postavení dospívajícího ve společnosti. Děti přecházejí ze základní školy do učebního oboru či na střední školu, mezi dospívajícími se začínají rozvíjet hlubší erotické vztahy a zásadně se mění sebepojetí. Běžně bývá tato věková skupina označována jako mladiství, dorost, teenagers či jugendalter (toto označení se v některých publikacích může krýt s celým obdobím dospívání). Jiné pojetí je u Macka (2003), který chápe adolescenci jako vývojové období trvající sedm let. Její hranice stanovil od 13 do 20 let, zahrnuje období puberty i adolescenci.

Simmons a Blyth (in Macek, 2003) z několika prováděných výzkumů zjistili, že když dochází k nahromadění vývojových změn do jednoho okamžiku vývojového období (tedy nástupu puberty), zhoršuje se citelně přizpůsobení adolescenta jak na výkon, tak na pohodu a i na sebehodnocení. Nejenže se mění celá postava adolescenta a odehrávají se v něm velké biologické změny, ještě se mění i jeho sociální prostředí - přechod ze základní školy na střední školu.

Oproti starším zjištěním, kdy se o adolescenci mluvilo v souvislosti s emoční instabilitou, spíše směrem k negativním rozladám, o nestálosti a nepředvídatelnosti chování, o obtížích s koncentrací, přehnaném pozorování se v důsledku vnitřní zmatenosti, uzavírání se do svého vnitřního světa či denního snění.

Nová výzkumná šetření ukazují, že tento pohled je uznáván jen zčásti, nebyl však potvrzen



univerzální výskyt emočních krizí a ani jejich přímá spojitost s pohlavním zráním (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zvýšená sebereflexe je charakteristickým prvkem adolescence. Ukazuje se s v různých podobách, nejprve na počátku období adolescence, má charakter separace. Míček (in Macek, 2003) uvažuje, že se nejprve cítí mladý jedinec zmatený ve svých pocitech a prožitcích, ale postupem času, zráním a díky zkušenostem, které adolescent sbírá, stále více uplatňuje introspekci.

Markus a Nurius (in Macek, 2003) pojednávají o měnícím se vztahovém rámci v uvažování o vlastní osobě. Objevuje se důležitá role „možných já“, které v sobě nesou přání a představy, vztahující ke své budoucnosti. Adolescent začíná přehodnocovat svou minulost a polemizovat nad budoucností. Ke svému já přibírá výroky a názory subjektivně podstatných osob, vrstevníků. Také ke svému „já“ vztahuje společenské normy.

Klíčovým rysem vývoje v adolescenci je vysoká intraindividuální variabilita, což znamená, že i když jsou popsány a uváděny modely vývoje biologického, psychického a sociálního, změny, které vývoj nastolí, jsou však v každém adolescentovi spuštěny individuálně. Žádný jedinec neprožívá vývojové vzorce souběžně a beze zbytku (Macek, 2003).

Podle toho, jaký je dáván důraz na vlivy biologické, psychologické nebo sociální, vznikají různě orientované teorie dospívání. Příkladem může být psychoanalytická teorie, která dává do popředí biologické vlivy, u své teorie genitální fáze naopak v sociálních teoriích se jejich zástupci přiklání k tomu, že hlavními faktory v období dospívání jsou sociální a sociálně psychologické faktory (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Coleman a Hendry (in Macek, 2003), již se věnovali otázce načasování jednotlivých nároků a požadavků dospívání, předkládají ve svém ohniskovém modelu, že existuje přirozené rozložení vývojových úkolů, některým je přikládána větší důležitost v jednom období, jiné jsou v centru zájmu v dalším období. Sociální okolí i sám adolescent ví, kdy je ten správný čas a kdy je normativní např. mít vztah či pohlavní styk.

Problém nastává, pokud k tomuto přirozenému rozložení úkolu nedojde a ony se místo toho seskupí do jednoho okamžiku, což způsobí, že adolescent začne zažívat krizi a bude se muset potýkat s řadou konfliktních situací.

R. a S. Jessovi (in Macek, 2003) vytvořili obecný model vztahů mezi problémovým chováním a jeho determinantami, jelikož byl kladně podpořen longitudinálním výzkumem v USA, lze jej, dle Macka využít i k orientační predikci rizikových projevů chování

adolescentů u nás. Autoři určili čtyři obecné okruhy prolínajících se faktorů, které působí na chování adolescenta. Jsou to: demografické charakteristiky a charakteristiky sociální struktury, socializační vlivy, vnímané charakteristiky prostředí a osobní charakteristiky adolescentů. Přičemž rodina byla označena jako nejzásadnější faktor pro predikci problémového chování jedince. Význam má vše, rodinu ovlivňuje jak vzdělání rodičů, tak začlenění rodiny do širšího sociokulturního rámce i její hodnotová orientace či náboženství rodiny. Roli hraje zejména matčina tolerance deviantního chování, což také ovlivňuje chování jedince. Je to období, kdy se do popředí dostává vliv a v některých případech naopak tlak vrstevníků. Jako třetí socializační faktor jsou uváděna massmédiá. Školu jako faktor však opomíjejí. I když Šafářová (in Macek, 2003) zjistila, že ji lze počítat k rizikovým faktorům, protože na půdě školy dochází k interakci dospívajícího se spolužáky, kamarády i s učiteli. Z osobnostních charakteristik je zmiňováno celkové sebehodnocení a locus of kontrol jedince k postoji vůči rizikovému chování.

Dále bych se chtěla od vymezení období adolescence přesunout k samotným vývojovým fázím dospívání, s nimiž jsou spojeny konkrétní vývojové úkoly.

## **2.2 Vývojové fáze dospívání dle Piageta, Kohlberga, Flowera a Eriksona**

Na tomto místě předkládám dílčí periodizace vývoje, postupně z pohledů jednotlivých autorů (Piageta, Kohlberga, Flowera a Eriksona) spolu s přehledem nároků, od kterých se očekává, že budou zvládnuty v průběhu vývoje.

Dle Jeana Piageta (in West, 2002) zhruba kolem jedenáctého roku, za předpokladu normálního vývoje, se dítě z konkrétních operací dostává k formálním operacím, tento vývoj trvá až do dospělosti. Dítě již chápe symboliku příběhů a také dokáže logicky uvažovat. Formální logika umožňuje zabývat se nejenom skutečnostmi, které si lze snadno představit, dítě v tomto období již dokáže uvažovat nad hypotetickými situacemi. Mladí lidé si většinou idealisticky představují, jak by měl vypadat svět, rodiče, politika a náboženství. Proto při střetu s realitou mnoho dospívajících podrobují jak své rodiče, tak učitele nadměrné kritice. Cítí se nadřazeni, protože nejsou zatíženi životními situacemi, představují si idealistické manželství i to, že nebudou muset dělat kompromisy v kariéře.

A někteří dospívající jen zkoušejí procvičovat své nově objevené rozumové dovednosti formou různých hádek, např. s jejich rodiči, a tak se často stává, že se náctiletý a jeho rodiče hádají kvůli triviálním věcem. Ovšem část dospívajících se může stát stejně kritická vůči sobě. V tomto období, kdy ještě není identita natolik silná, se může stát dospívající nesmírně přecitlivělý ke stejnému typu kritiky, která se může pojit zejména s jeho vzhledem a tělesnými změnami. Kritické myšlení přináší i pozitivní změny, mezi něž patří snění. Dále pomáhá při pochopení učiva, a to zejména fyziky, chemie a literatury.

Lawrence Kohlberg (in West, 2002) založil svá stádia mravního vývoje na teorii kognitivního vývoje Jeana Piageta. Ve své práci uvádí, že mravnímu vývoji předchází kognitivní vývoj. Ovšem při dosažení určitého stupně kognitivního vývoje nemusí být automaticky dosažen i odpovídající stupeň morálního vývoje. To také dokazují Kohlbergovy výzkumy, které naznačily, že jen malé procento lidí dosáhne šestého či sedmého stádia vývoje. Dospívající i dospělí, kteří se podceňují, či nemají zdravě vybudovanou identitu, se v některých situacích chovají tak, jako by to bylo v nesouladu s jejich schopností mravně přemýšlet. Kohlberg vytvořil tři úrovně mravního myšlení, z nichž každá úroveň obsahuje dvě stádia. Abychom se mohli dostat na konvenční úroveň morálky, musíme si dobře vyvinout etický kodex, který v sobě zahrnuje potřeby a pocity jiných. Ve třetím stádiu se velký důraz klade zejména na vztahovou rovinu. Dospívající chce být považován např. za dobrou dceru i žáčku, zároveň chce být uznáván i v partě svých kamarádů. Občas proto musí ustoupit ze svých názorů, vzdát se něčeho, co chce, aby svým chováním nepoškodil druhé. Dospívající se může cítit tzv. rozpolcený. Ví, že by rodiče s jeho chováním nesouhlasili, ale vrstevníci jeho chování podporují. Během tohoto období se dospívající zaměřují na to, co by měli dělat, aby byli přijati do společnosti. Taková dilemata představují složitý problém a mohou se stát pro mladého člověka frustrující. Čtvrté stádium se vztahuje k dodržování společenských zákonů a řádů. A jen malé procento lidí, jak už bylo zmíněno, se dostane až na úroveň postkonvenční morálky.

Na stádiích Jeana Piageta a Kohlberga založil svá stádia víry James Flower (in West, 2002). Dospívání se váže se třetím Flowerovým stádiem a tím je synteticko - konvenční víra loajální. Pro mladého člověka jsou nesmírně důležité vztahy a to, aby jej přijali pro něho významní lidé. Proto je toto stádium především stádiem konformity. Bývají silně poutáni k některým důležitým skupinám a vlastní úsudek bývá z velké části ovlivněn názory uznávané autority. Smýšlejí o lidech ne podle vlastností, ale podle skupiny, ke které se řadí. Dospívající jsou věrni „své“ církvi, škole, rodině a skupině vrstevníků.

Často upraví své vlastní hodnocení, jen aby vyhověli skupině. Nastíněné chování odkrývá nedostatek samostatnosti v názorech a nedostatečné poznání.

Také Erik H. Erikson popisuje typické změny ve vývoji v přechodu z dětství do puberty v devíti vývojových fázích. Adolescenci - identitu proti konfúzi rolí - charakterizuje jako období, ve kterém jedinec zpochybňuje veškerou neměnnost a kontinuitu, na které se dříve spoléhal a to vše pod vlivem nového faktoru, jimž je pohlavní zralost. Nyní se zabývá především tím, jak působí na okolí, ve srovnání s tím, jak se cítí on sám. Začíná stádium „zamilování se“, stádium klanové soudružnosti, kde se velmi testují schopnosti dodržet slib věrnosti skupině, která vytěsňuje všechny ostatní, kteří jsou „jiní“ (Erikson, 2002).

*Dle Eriksona „integrace, k níž dochází ve formě ego identity, představuje více než pouhý součet identifikací dětství. Je to suma nahromaděných zkušeností, jež plynou ze schopnosti ega integrovat veškeré identifikace s kolísáním libida, se schopnostmi rozvinutými díky nadání s příležitostmi, jež nabízejí sociální role...“*

*V tomto stádiu číhá nebezpečí difúznosti - problém ego identity. Tam, kde je založena na silných předchozích pochybnostech o sexuální identitě, nejsou vzácné případy delikvence či přímo psychotické poruchy. Jsou-li správně diagnostikovány a léčeny, nemají tyto incidenty tak fatální dopad jako v jiných obdobích vývoje dítěte“* (Erikson, 2002, s. 237-238).

Jelikož jsem do svého výzkumného vzorku zařadila nejen dospívající dívky s poruchami příjmu potravy, ale také mladé ženy, které svým věkem již neodpovídají věkovým normám adolescence, uvádím zde kapitolu věnující se problematice mladé dospělosti, kterou následně charakterizují.

### **2.3 Věkové rozlišení jednotlivých etap dospělosti**

Jednotlivé etapy dospělého věku se navzájem překrývají a také nastupují zcela individuálně dle potřeb a zvládnutých předchozích období vývoje jedince. Přesné věkové vymezení jednotlivých období dospělosti vnímá každý z autorů jinak.

Zatímco J. Langmeier a D. Krejčířová (2006) rozdělují etapy dospělosti na časnou dospělost, ve které se jedinec nachází přibližně od 20 do 25 až 30 let, druhá etapa je označována jako střední dospělost, jež trvá zhruba do 45 let.

Období, které trvá až do začátků stáří, je pozdní dospělost. Tato etapa tedy trvá obvykle do 60 až 65 let. Poslední z etap, stáří, lze však ještě dále dělit na časná a vysoká. Časná dospělost je vnímána jako přechod od adolescence k dospělosti. Aby jedinec dosáhl této etapy vývoje, měl by splňovat podmínku jednak výše zmíněného věku, dále pak zvládnutí vývojových úkolů a dosáhnout určitého stupně osobní zralosti. Střední dospělost je pokládána za období výkonnosti a relativní stability.

Naopak Švancara (in Langmeier, Kejčřířová, 2006) vymezuje mladou dospělost od 20. roku života, končící mezi 30. až 32. rokem. Střední dospělost pak vnímá od 30. - 32. do 46. - 48. let a starší dospělost do 60. - 65. let.

Dospělost můžeme také rozdělit následovně: na prozatímní dospělost, v níž se jedinec pohybuje zhruba od svých 18 do 30 let, dále na první dospělost, která je vymezena na věkové období 30 až 45 let a poslední etapu dospělosti tzv. druhou dospělost, která začíná od 45 a končí v 85. a více letech (Sheehyová, 1999).

Nejširší věkové rozpětí mezi jednotlivými etapami dospělosti popisuje Vágnerová (2007), která mladou dospělost nazývá období od 20 do 40 let. Střední dospělost vymezuje na věkové období 40- 50 let, starší dospělost trvá zhruba od 50 do 60 let. Za období stáří pokládá dobu od 65 let a výše, dělí ji, podobně jako Langmeier a Krejčřířová, na rané stáří, jež trvá do 75 let a od 75 let nahoru je toto období nazýváno jako období pravého stáří.

Sheehyová (1999) popisuje změny ve vnímání věkových hranic mužů a žen. Nastihuje potřebu lidí dělit život na období a etapy, jež poskytují určitou jistotu a pevný řádu. Tato potřeba provázela západní svět již od středověku až současnosti. Od začátku dvacátého století až do poloviny sedmdesátých let byly vždy jako významné mezníky života brány: maturita, nástup do zaměstnání, první sňatek, první dítě, prázdné hnízdo, odchod do důchodu atd., podle kterých se jedinec v životě mohl orientovat. Podle chronologického věku se dalo určit, jaké vývojové úkoly a role se s tímto věkem pojí. Dospělost vymezovaly dvě hranice, spodní z nich, jednadvacet let a horní hranice, šedesát až pětadesát let.

Sheehyová (1999, s. 21) píše: „*avšak od vydání mé knihy Passages (Přechody) v roce 1976 se věkové normy posunuly a nejsou již směrodatné. Uvažme, že: dívkám v devíti letech rostou nadra a pubické ochlupení, třicetiletí muži stále bydlí s maminkou, čtyřicetileté ženy se právě připravují na těhotenství atd.*“ Autorka tento trend vysvětluje tím, že došlo v převratu životního cyklu.

Sheehyová (199, s. 22) uvádí, že: „během jedné krátké generace se celé schéma životního cyklu od základu změnilo. Lidé dnes dětství opouštějí dříve, ale déle dospívají a mnohem později umírají. Puberta přichází o několik let dříve, než tomu bylo na začátku století. Adolescence trvá u středních vrstev až do třicítky a u dělnických povolání do pětadvaceti, neboť více mladých zůstává déle doma u rodičů. Opravdová dospělost začíná až ve třicítce.“

Podobně popisuje kulturní trendy v České republice i Langmeier a Krejčířová (2006), bylo zjištěno, že především po roce 1989 začali mladí lidé oddalovat uzavření manželství, pozdější nástup tohoto trendu v západních zemích si autoři vysvětlují komunistickým režimem, který zde vládl předtím.

## **2.4 Vybrané charakteristiky mladé dospělosti**

Zaměřuji se především na psychosociální znaky mladého člověka, na roli rodiny při procesu separace, prostor také věnuji změnám ve vrstevnické skupině a v partnerství. Jsou zde zmíněny i biologické změny v období mladé dospělosti, které doplňují sexualitou a riziky v těhotenství u žen s poruchami příjmu potravy.

Krogerová (2007) popsala mladou dospělost, jež vnímá od 23 do 39 let věku, jako období, do kterého jedinec vstupuje pouze při splnění obou dvou podmínek zároveň, první z nich je dosažení již zmíněného věku a druhou nezbytnou podmínkou je splnění psychosociálních úkolů života. Očekává, že pokud jedinec vstoupí do dospělosti, stává se stálým v odborných a mezilidských rolích a realizuje se významná filozofie života.

Vágnerová (2007) označuje mladou dospělost jako fázi intimity a generativity. Náplní fáze intimity je vytvoření intimního, spolehlivého, harmonického a stabilního vztahu, který poskytuje oběma v páru pocit bezpečí a jistoty, na němž následně budují svou rodinu. Erikson a Vaillant (in Vágnerová, 2007) si vykládají fázi generativity jako plnění úkolů, kdy se jedinec snaží něco významného vytvořit, příkladem může být vlastní tvorba nebo práce a také se snaží něco po sobě zanechat, například své děti.

Sheehyová (1999, s. 27) tvrdí, že: „na rozdíl od vývojových období v dětství jsou období v dospělosti charakterizována nikoli tělesným růstem, ale růstem duševním a společenským.“

Dle Offera (in Kogerová, 2007) probíhá u části jedinců přestup z období adolescence do dospělosti bez větších obtíží. Což si vysvětluje tak, že vytvořená identita v dětství poskytuje rámec, skrze který bezproblematicky vstupuje mladá dospělost. Ale nároky, které jsou kladeny a předváděny množstvím komplexů dělají tento proces přestupu mnohem složitější, a proto je pro některé mladé dospělé tento přesun externě i intrapsychicky bouřlivý.

A právě proto by měl být brán zřetel na tvrzení, v němž Hurrelmann říká: „*Vývojový úkol, který je odložen jako nezvládnutý, je obvykle slabým předpokladem pro nesplnění dalšího vývojového úkolu; mnoho nahromaděných problémů vzniklých nezvládnutím vývojových úkolů, které se navzájem dostávají do mnoha rozporů, a tak se stávají zátěžovým faktorem*“ (in Hurrelmann, 2006, s. 21).

Strach z dospívání je mnoha autory dáván do souvislostí se zábrany v sexuálním životě pacientek s mentální anorexií. Právě jistá asexuálnost či pozastavení se ve vývoji má za následek rezervovanost a vyhýbání se důvěrným vztahům v dospělosti. Ženy s mentální bulimií jsou zase vnímány jako sexuálně aktivnější, což je vysvětlováno promiskuitnějším sexuálním životem, ve kterém hledají uspokojení svého „hladu“ po uznání a lásce, k čemuž však Krch dodává, že se jedná o příliš generalizovanou tezi. Výzkumy zabývající se sexualitou žen trpících mentální anorexií se však shodují, že většina žen v akutní fázi mentální anorexie trpí značně sníženým zájmem o sex v důsledku extrémní vyhublosti a snížené činnosti pohlavního systému (Krch, 1999).

Ze studie prováděné v Austrálii dle Abrahama (in Krch, 1999) vyplynulo, že bulimičky na rozdíl od dívek z kontrolní skupiny jsou více sexuálně zkušené, rychleji dosáhnou orgasmu při masturbaci, avšak již zřídka jsou schopny dosáhnout při pohlavním styku. Ale celkově výsledky této studie potvrdily, stejně jako studie z Německa a Švýcarska, že dívky s mentální bulimií jsou stejně „typické“ jako ženy z kontrolní skupiny.

Dilema rané dospělosti spatřuje Vágnerová (2007) v rozporu potřeb svobody a nezávislosti s potřebou zkusit nové role. Je to zátěž, avšak na druhou stranu přináší nové podněty a prestiž. Působí zde také určitý tlak společnosti, která akceptuje dospělého na stejné úrovni jako jeho rodiče, až pokud žije v trvalejším partnerském svazku (popřípadě uzavře manželství), ve kterém společně vychovávají dítě. Psychosociální znaky dospělosti můžeme nalézt v oblasti změn osobnosti, dále pak ve změnách v socializačním rozvoji a také v sociálním osamostatnění, jakožto výsledkem ekonomické nezávislosti.

Komplexní osamostatnění člověk se projevuje tím, že jedinec má relativní svobodu v rozhodování, avšak za své rozhodnutí či následky svého chování jak k sobě samému, tak k ostatním lidem musí přijmout zodpovědnost. Zdrojem větší osobní vyrovnanosti je vyšší sebejistota, sebedůvěra a schopnost realistického odhadu vlastních sil a kompetencí (Vágnerová, 2007).

Archer, Krogerová, Haslett (in Krogerová 2007) předkládají, že možnost širokého rozsahu životního stylu a vyjadřování totožnosti se stává příležitostí pro mladého člověka k prezentaci sebe sama a uspokojení ve světě dospělých. Rozhodování mladých lidí se nemusí dotýkat jen oblastí a témat spojených budováním kariéry či prací, hodnot, ideologií nebo sexuální role, ale také se zabývají rozvržením celkové energie tak, aby byla v rovnováze vůči spotřebované energii za zmíněné oblasti.

Významným krokem v životě dospělého se stává osamostatnění od své primární rodiny, přestává být na ní závislý. Pozitivní stránkou tzv. vylétnutí z hnízda je zklidnění vztahů mezi rodiči a již dospělými potomky, jejich vzájemný vztah se stává symetričtější. Symetrie v dvougeneračním vztahu je nastolena především tím, že jedinec již nechce proti svým rodičům revoltovat a domáhat se uznání vlastní samostatnosti, v tomto čase se již nezávislým stal. Zbrzdění rozvoje u mladého člověka může nastat, pokud po skončení studia vysoké školy nebo střední školy začíná chodit do práce, ale stále zůstává bydlet s rodiči pod jednou střechou, buduje se větší či nepřiměřená závislost mezi rodičem a dítětem. Vágnerová (2007) vidí příčiny vzniklé situace v horších ekonomických prostředcích a zaopatřeních mladého dospělého člověka nebo také ve zvyklosti české společnosti, která vnímá, že je přirozené, aby svobodný mladý člověk bydlel spolu s rodiči. Autorka se dále zabývá vztahy s kamarády a jejich proměnou v dospělosti. Tvrdí, že nejhodnotnější úlohu zaujímají v tomto období symetrické vztahy s vrstevníky, mnohé z nich si jedinec přináší z dob adolescence, ale nebrání se navázání nových. Zejména v tomto období snadno a častěji jedinec navazuje vztahy, i když někdy značně povrchní či jen krátkodobé, avšak ze všech čerpá zkušenosti. Také mu napomáhají v poznání různých aspektů emočního prožívání.

Situace se začíná měnit kolem 30. roku života, což takto vnímá více odborníků mezi nimi i Carstensen a Whitbourne (in Vágnerová, 2007). Mladý člověk naopak redukuje svou sociální síť, má pár vybraných přátel a spíše než na kvantitě a četnosti kontaktů mu záleží na kvalitě vztahů, které se prohlubují, stávají se stabilnějšími a o to víc přinášejí uspokojení.



Mnoho autorů Diehl, Coyle, Labouvie-Vief, Stuchlíková a Willi (in Vágnerová, 2007) je přesvědčeno, že k největšímu rozvoji diferenciacie emocí dochází mezi 20. – 40. rokem života. Rozvoj probíhá současně s vývojem kognitivních kompetencí, dochází k rozšíření repertoáru komplexnějších emočních reakcí a vylepšuje se pružnost v řešení zátěžových situací a jedinec již dokáže vesměs správně interpretovat emoce. Rozvoj v oblasti emocí se projevuje lepší orientací v emocích, empatií vnímavostí vůči prožívání druhých lidí. Dochází také k postupnému vyladění racionální a emocionální složky mladého jedince.

Důležitým prvkem vyzrálости dospělého jedince je jeho schopnost odložit uspokojení svých vlastních tužeb pokud je to v zájmu dlouhodobějších či vyšších cílů nebo druhých osob. Od dospělého jedince se také očekává, že bude schopen ovládat a kontrolovat své emoce a jednání. Zlepšuje se tedy schopnost regulovat své emoce, v porovnání s adolescenty, dospělý jedinec již ví, kdy je vhodné a kdy může, či kdy je naopak nevhodné své emoce projevit. V druhé polovině mladé dospělosti se má míra emoční sdílnosti tendence snižovat. V některých případech se může objevit problém v komunikaci mezi blízkými lidmi či v osobních vztazích, kdy jedinec není schopen v dostatečné míře vyjadřovat emoce, neochota či neschopnost může pramenit z potřeby ochrany své vlastní intimity, při potřebě umět rozlišovat mezi osobními a formálními vztahy nebo může plnit funkci obrany před situací vyvolávající nejistotu (Vágnerová, 2007).

Podstatným milníkem v tzv. překročení prahu dospělosti je oblast identity, jež se formovala a dotvářela po čas období adolescence. Dospělý jedinec se dostal do fáze, kdy ke svému zdravému fungování potřebuje jak individuální identitu, tak zároveň na skupině založenou identitu (Krogerová, 2007).

Důležitým aspektem se stává schopnost žít v páru, kdy se oba partneři snaží vyjít si vstříc ve svých potřebách a také se je učí vzájemně sladit. K dalšímu kroku se dvojice posouvá, když do života vstoupí dítě a mladí lidé přijímají rodičovskou roli. Rodičovství je pojímáno jako demonstrace generativity i intimity zároveň. (Vágnerová, 2007).

A jak Vágnerová (2007, s. 26) tvrdí: „*Pro mnoho lidí je vědomí, že jsou součástí blízkého, oboustranně citově uspokojujícího vztahu nebo komplexu vztahů, nejvýznamnější součástí identity. Nemusí být rozhodující, zda jde o partnerský resp. manželský vztah, či přátelství.*“

Jako jeden z nejpodstatnějších aspektů biologické stránky dospělosti je dle Vágnerové (2007) rozvoj sexuality, ta se stává zároveň také velmi důležitou složkou partnerského vztahu. Navíc se v rozvoji sexuální zralosti v určitém období u dvojice objevuje touha po dítěti, nyní, na rozdíl od období adolescence, plní sexualita úlohu reprodukční.

Ale jak doslovně Vágnerová (2007, s. 11) říká: „ Biologicky podmíněné faktory působí na další rozvoj osobnosti mnohem méně než sociokulturní podněty.“ Biologickým změnám nepřikládá Vágnerová velký význam, ovšem vyjma těhotenství a porodu.

Sheehyová (1999) uvádí, že trendem současných Evropanů je, že mladí lidé uzavírají sňatek v pozdějším věku, mají méně dětí a zároveň se jejich délka života prodlužuje.

Většina žen v akutní fázi mentální anorexie je neplodná z důvodu hormonálních poruch a již zmíněné nedostatečné sexuální aktivity. Ovšem díky umělému oplodnění, které se stále zdokonaluje, je možné i ve stavu extrémní vyhublosti přijít do jiného stavu. Dle zjištění mnoha odborníků Fahyho a O'Donoghuea, Franka a Waltona, Lemberga a Halltona, Stewartena, Schweigera (in Krch, 1999) lze díky rychlému vývoji umělého oplodnění i ve stavu extrémní vyhublosti přijít do jiného stavu. Ženy záměrně neinformují lékaře o tom, že trpí či trpěly poruchou příjmu potravy. Dalo by se usuzovat, že se tak děje z jejich pocitů viny či studu.

Procentuálně se dle Stewartena, Thommena, Valacha a Kineckého (in Krch, 1999) na kliniku plánovaného rodičovství dostaví 7,6% žen s poruchami příjmu potravy v Kanadě a 5,8% žen s poruchami příjmu potravy ve Švýcarsku.

Dle Brincheo, Isagera a Tolstrup a Woodsida (in Krch, 1999) má přibližně 1/3 vdaných žen s mentální anorexií děti.

Těhotenství u žen s mentální anorexií může dle Lewise, le Grangeho, Georgia a Halla (in Krch, 1999) zesilovat psychické symptomy onemocnění mentální anorexie i depresi a úzkost. Přestože většina žen pociťuje strach z toho, že by mohly svému plodu uškodit, pokud by snažily zhubnout, avšak strach ze ztráty kontroly nad váhou jim může bránit v přibírání na váze a obavy o plod nevedou ke zlepšení symptomů. Objevují se u nich pocity nedostatečnosti ohledně rodičovské role, které plynou z jejich nízkého sebevědomí a pocitu nedostatku kontroly. U žen s mentální bulimií byly zaznamenány ty samé problémy v době těhotenství a příčiny, které je vyvolávaly, byly totožné s těmi u žen s mentální anorexií.

Beumont a Stewart (in Krch, 1999) odhalili, že ženám s mentální anorexií se rodí více dětí s malformacemi, s nízkou porodní váhou, nízkým skórem Apgaru a u těchto dětí je zvýšené riziko úmrtí při porodu nebo v důsledku nedostatečné zralosti.

Lemberg, Phillips a Fisher (in Krch, 1999) při svých šetřeních zjistili, že až 70 % žen s mentální anorexií uvedlo během těhotenství celkové zlepšení, těhotenství mělo kladný vliv na zlepšení symptomů, avšak po porodu se u nich opět v plném rozsahu symptomatika objevila, pouze 23 % žen s mentální anorexií si dokázalo udržet zlepšení symptomů, autoři

však u tohoto výzkumu uvádějí možná zkreslení díky vzorku, jež byl tvořen dobrovolníky.

Miyake a Stewart (in Krch, 1999) se zabývali pacientkami v remisi a také těmi, které se úplně vyléčily, ukázalo se, že v těhotenství se pravděpodobně neobjeví komplikace a dítě bude zdravé.

Van den Broucke, Vandereycken a Norre (in Krch, 1999) připisují u pacientek s mentální bulimií kvalitě partnerského vztahu v manželství velkou váhu. Woodside, Lewis a le Grange (in Krch, 1999) tento jev doplňují a tvrdí, že ženám, kterým během těhotenství úplně vymizely symptomy bulimie, mívají častěji stálý a vyrovnaný vztah. Ty ženy, které měly častěji nesrovnalosti v partnerských vztazích a objevovaly se u nich pocity selhání, překračovaly bulimické chování častěji v době těhotenství i po porodu.

V období mladé dospělosti má velký význam učení, mladý jedinec se musí naučit se pohybovat v nových rolích, které získává. Zkušenosti, které si s sebou člověk nese a také získává v průběhu života, ovlivňují všechny jeho stránky (kognitivní kompetence, emoční projevy, osobnostní vlastnosti a celkové sebepojetí) a následně se promítají do plnění různých rolí (profesní či rodičovské), prakticky do všech oblastí života člověka. Klíčovým faktorem, jenž formuje způsob pojetí a vnímání vlastní dospělosti je právě zkušenost s chováním dospělých lidí v dětství. Mladí lidé jsou ovlivňováni svými vzory, nejčastěji rodiči, i když třeba nevědomě, bez ohledu na věk (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007, s. 15) říká: „*Stabilita dospělého závisí na uspokojivém naplnění tří oblastí: partnerství, rodičovství a profesi.*“ Pokud v některé z oblastí selhává, může se pokusit tuto nevýhodu vyrovnat v některé z dalších dvou oblastí. Emoční podpora by se mu měla dostávat od partnera, dětí a přátel, pokud ovšem někdo nemá vybudované osobní zázemí, stává se příliš zranitelným.

Jak Krch (1999, s. 113) říká: „*Nepřekvapuje nás, že chronické nemoci, mezi které poruchy příjmu potravy patří, mají hluboký vliv na psychosociální fungování vdané ženy, včetně její schopnosti péče o dítě.*“

Buďto symptomy spojené s mentální anorexií nabourávají každodenní život, a tak se dostávají do rozporu s citlivým mateřstvím, nebo vznikají problémy ve vztahu rodič- dítě, protože jedinci s poruchami příjmu potravy mají velké potíže v interpersonálních oblastech. Studie odhalily, že pokud se mladá žena trpící poruchou příjmu potravy stane sama matkou, pak její děti trpí nepřiměřenou výživou a matka se přespříliš zajímá o váhu dítěte (Krch, 1999).

Nyní bych ráda přešla ke kapitole věnované arteterapii, jakožto možnému způsobu léčby poruch příjmu potravy. Nejprve osvětlím základní teoretická východiska arteterapie a ke konci kapitoly se zaměřím na samotnou aplikaci arteterapeutické činnosti u žen s poruchami příjmu potravy.

### **3. Arteterapie**

Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčbu uměním souhrnně, za pomoci všech druhů umění. K hlavním druhům patří zejména hudba, tanec, poezie, slovesnost, výtvarná činnost, mimika a divadlo. V literatuře se také vyskytuje synonymum širšího pojetí arteterapie a tou je „kulturní terapie“. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu především prostřednictvím výtvarné činnosti zahrnující různé techniky grafické, malířské a modelovací (Kořínková - Vindušková, 2001).

Acharya, Wood a Robinson (1995, s. 242) poznamenávají, že: *„Arteterapie může usnadnit svobodu vyjádření, představitosti a autonomie, jež mohou posílit a povzbudit vývoj ega.“*

V této práci budu vycházet, jako většina současných autorů, z užšího pojetí arteterapie, avšak v předposlední kapitole, která se přímo zabývá arteterapeutickými technikami, které jsou využívány při léčbě poruch příjmu potravy, popíši jednotlivé techniky, které čerpají ze spojení výtvarných technik s dalšími druhy umění (například: hudbou).

#### **3.1 Umění a arteterapie**

Umění chápeme jako samotný proces tvorby, i jako jeho výsledek. V literatuře se setkáme s dvěma pojetími umění; umění jakožto tvořivá činnost, anebo umění jako terapie. Campellová (1998, s. 13) uvádí, že: *„výtvarná činnost je vnímána jako odpočinková tvůrčí činnost, jež nějakým způsobem obohacuje náš život. Stejnou roli sehrává i v pečovatelských a léčebných zařízeních, ať už jsou to klinická psychiatrická zařízení, věznice či léčebny.“*

Rysy umění, jež jsou významné pro arteterapii, jsou zejména metaforičnost a schopnost integrovat. Jestliže hovoříme o integraci osobnosti, např. dítěte či adolescenta, v průběhu arteterapeutického tvořivého procesu dochází k integraci všech složek osobnosti (psychické, emocionální, sociální, perceptivní, fyzické a kreativní složky), k růstu osobnosti. Jde o určitý způsob komunikace, samotné umění ji podporuje a usnadňuje. Díky neverbální komunikaci můžeme vyjádřit i to, co se velmi těžko za pomoci slov popisuje. Pomocí umění se častokrát můžeme domluvit i s dětmi či dospívajícími, kteří mají problémy s vyjadřováním či vůbec nekomunikují. Umění je také univerzálním zdrojem transkulturní komunikace mezi lidmi. Stává se zdrojem sublimace i katarze. Tento typ komunikace může zastupovat jeden ze způsobů ventilace emocí. Umělecká činnost, tvořivý proces většinou umožní uvolnění katarzi či naplnění. Skrz umění je nám nabízeno znovuprožití problému, situace, atd. Právě ventilace, katarze jsou výrazy, které arteterapeuti užívají v souvislosti s mechanismy umění, které jsou přítomny v arteterapeutickém procesu (Šicková - Fabrici, 2002).

Tvůrčí proces pomáhá odvádět účastníky od destruktivního chování a hraje také velmi důležitou roli v překonávání jejich psychických obtíží. V tomto tvořivém procesu mohou arteterapeuti využít několik výtvarných technik a prostředků, mohou si zvolit také to, jak budou pracovat - v ploše nebo v prostoru. Jako práce v ploše se uvádí malba, kresba či grafika. Práce v prostoru je představována modelováním (Campellová, 1998).

### ***3.2 Historie arteterapie ve světě a České republice***

Arteterapie bývá často označována jako hraniční disciplína, protože je blízká výtvarnému světu a zároveň světu psychoterapie.

Kořeny arteterapie je možno nalézt již v 18. a 19. století. Idea využití výtvarné činnosti terapeuticky vznikla na základě zájmu odborníků o odlišnou tvorbu duševně nemocných lidí měnící se na základě jejich druhu nemoci a psychického stavu. Nejvíce pak souvisela s psychopatií schizofrenie. Na tuto tezi navázal německý psychiatr **Hans Prinzhorn** ve dvacátých letech 20. století. Vytvořil sbírku z prací svých psychiatrických pacientů (Šicková - Fabrici, 2002).

Velmi důležité pro vývoj arteterapie byly jak teoretické, tak praktické poznatky psychoanalýzy. Z původních konceptů Sigmunda Freuda vzešla řada pojmů a psychoterapeutických postupů. Výtvarná činnost se stala komunikačním prostředkem i pro psychoanalyticky pracujícími s dětmi. Především C. G. Jung odhalil význam symbolů pro člověka. Terapeutická praxe byla také ovlivněná humanistickou psychologií, ze které v 60. a 70. letech vzniklo hnutí „Potenciál člověka“ (Human Potential). Gestalt - arteterapie se ve své práci s klienty zaměřuje především na to, co se odehrává „zde a nyní“. Terapeutické přístupy se o sebe navzájem velmi odlišují, jsou založeny na mnoha různých pohledech, od psychoanalytického až po názor, že význam terapie spočívá v samotné tvořivé činnosti (Campellová, 1998).

Pod vlivem prací **Karen Machoverové**, která tvrdila, že kresba lidské postavy odkrývá psychické rozpoložení jedince, začal své pacienty **Leo Navrátil** diagnostikovat pomocí kreseb a maleb. Byl to rakouský psychiatr, který si byl ve své době vědom tabuizace duševně nemocných lidí. Arteterapii i celkově výtvarnou výchovu velmi významně ovlivnil **Viktor Löwenfeld**. Ve svých výzkumech se soustředil na práci s nevidomými a slabozrakými dětmi. Jeho velkým přínosem pro arteterapii byl výzkum, kterým dokázal, že se populace dělí na haptické a vizuální typy. Samotný pojem art therapy poprvé ve 30. letech 20. století v USA použila **Margaret Naumburgová**, vycházející z psychoanalýzy. V USA bylo poprvé studium arteterapie na univerzitě nabídnuto v šedesátých letech 20. století. V Evropě se termín art therapy začal používat až roku 1940 (Šicková - Fabrici, 2002).

Naumburgová (1947, s. 71, cit. Šicková-Fabri, 2002, s. 26) poznamenává, že: „*proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech.*“ Potažmo řečeno, co je před námi samými ukryté touto tvořivou činností se stane jasnější. Autorkou výrazu „sublimace prostřednictvím výtvarného projevu je významná arteterapeutka **Edith Kameronová**. V práci, věnované dětem, *Art as therapy with children*, zdůrazňuje především cíl posílit ego a smysl pro vlastní identitu a to skrze výtvarné vyjádření. V současné době zažívá arteterapie velký rozkvět v mnoha zemích. V posledních desetiletích vzniklo mnoho univerzit i vzdělávacích institutů, také existuje řada univerzitních programů pro studenty po celém světě i v zemích třetího světa (Šicková - Fabrici, 2002).

Při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (tzv. rožnovská arteterapie) vznikl Ateliér arteterapie v roce 1990. Založil jej malíř, pedagog a hudebník PhDr. **Milan Kyzour**. Byl zastáncem vhodné volby metodického postupu, podobně jako Viktor Löwenfeld a také kladl patřičný důraz na věkové rozlišení dětí. Této problematice se věnoval v článku O krizových jevech v dětské malbě a kresbě. Jeho arteterapeutický přístup bývá nazýván také jako projektivní či intervenční arteterapie. Pomocí různých metodických postupů se snaží dosáhnout změny jak ve výtvarné produkci klienta, tak i v jeho chování. Svému klientovi se snaží zprostředkovat motivaci k nalézání nových a adekvátnějších řešení krizových situací. **Rožnovská škola** je ideově plánována jako výcviková, předpokládající zážitkovou analýzu ve skupině. Důraz je kladen především na praktickou zručnost studentů a také na aplikování poznatků v konkrétní práci s uměleckým výtvozem v klinickém prostředí či v oblasti speciální pedagogiky. Využívanou metodou je metoda projektivní, která se svým kauzálním přístupem nejvíce přibližuje k dynamické psychoterapii. A zadávaná témata, jež slouží k interpretaci, se zpracovávají tzv. akčním akvarelem nebo formou akvarelu a koláže. Arteterapii v České republice je možno také studovat v Brně či Praze. **Česká arteterapeutická asociace** organizuje již od roku 1998 pětileté komunitní sebezkušenostní výcviky. Také u nás každoročně probíhá velké množství kurzů a dílen, které pořádají různé instituce na seznámení se základními arteterapeutickými technikami (Šicková - Fabrici, 2002).

Na závěr této kapitoly ještě zmíním několik významných zahraničních odborníků, kteří se zabývali využitím umění při léčbě poruch příjmu potravy.

Mezi první odborníky, kteří se dané problematice věnovali, je řazen A. H. Crips (in Johnsonová, Parkinsonová, 1999), který svou prací přinesl nové poznatky do této oblasti již v roce 1980, ačkoliv jeho práci objevila až v roce 1992 Jane Rustová, když zkoumala a prováděla recenze odborné literatury a léčebných přístupů související s klienty s poruchami příjmu potravy. Ve svém díle A. H. Crips vysvětlil a popsal, jak sám techniku nazval, projektivní umění v nemocničním prostředí.

V roce 1984 vystoupil J. Murphy s článkem nazvaným „Užití arteterapie v léčbě mentální anorexie“, na nějž navázal v roce 1989 J. Schaverien s článkem „Přenos a obraz“ (Johnsonová, Parkinsonová, 1999).

V roce 1996 shromáždil a vydal D. Doktor (in Johnsonová, Parkinsonová, 1999) sborník esejí pod názvem Umělecké terapie a klienti s poruchami příjmu potravy, tímto pojmenováním zastřešil několik druhů uměleckých terapií: Arteterapii, dramaterapii, psychoterapii, taneční a pohybovou terapii a muzikoterapii, kterým se dále v knize podrobněji věnoval.

### **3.3 Druhy arteterapie**

Arteterapii také rozlišujeme na receptivní a produktivní. Arteterapie receptivní je vnímání uměleckého díla, které arteterapeut vybere za určitým cílem. K této terapii patří návštěvy výstav a galerií, projekce diapozitivů a videí s rozhovory o vnímaných výtvarných dílech. Prostřednictvím této terapie lépe poznáváme naše nitro, ale také pocity druhých. Arteterapie produktivní znamená využití specifických tvůrčích činností, jako jsou kresba, modelování či malba nebo použití intermediálních aktivit, což jsou činnosti propojující různá média (Šicková - Fabrici, 2002).

Koblicová (2000) rozlišuje v arteterapii dva přístupy, které se liší užitou mírou verbalizace. Prvoprocsová a druhoprocsová jsou termíny, jež autorka zavedla jako ekvivalenty k jejich anglickým názvům: art as therapy a art - psychotherapy. Při prvoprocsové arteterapii je kladen důraz především na proces tvorby díla čili na primární proces. Při druhoprocsové terapii je více brán zřetel na sekundární proces a staví se zejména na verbalizaci.

Velkou výhodou arteterapie je její vhodnost i pro „výtvarně nenadané“. Arteterapii lze dělit na individuální, kolektivní a skupinovou. U individuální arteterapie je významný maximální kontakt a úzký vztah mezi klientem a arteterapeutem. Vzniká velmi intenzivní emocionální zážitek. Začíná se s technikami, které zbavují klienta tenze a strachu. Délka jednoho sezení je zcela individuální, dle potřeb a specifik klienta. Také záleží na tom, jak dlouho se dokáže klient soustředit. Avšak maximální doba sezení zpravidla nepřesahuje 90 minut (Kořínková - Vindušková, 2001).

Hornáková (in Šickové - Fabrici 2002) uvádí, že individuální terapie je vhodná zejména pro klienty, jejichž problémy vyžadují celou pozornost terapeuta nebo jejichž chování ve skupině by působilo rušivě, odstrašujícím způsobem a mohlo by mít pro druhé klienty negativní následky (např. agresivita, psychotické projevy, negativní vůdcovství). Zpočátku vyžadují individuální arteterapii např. hyperaktivní, nebo naopak anxiózní děti.



Při kolektivní formě arteterapie se vytvoří náhodná skupina klientů či pacientů. Jako příklad kolektivního uskupení pacientů jsou uváděny ateliéry psychiatrických léčeben (např. PL Kroměříž, PL Bohnice). V těchto prostorech se scházejí pacienti v rámci povinných denních aktivit či z vlastní iniciativy. Jelikož se nejedná o uzavřené skupiny, pacienti jsou zde fluktuující, roli u těchto pacientů hraje i délka hospitalizace. Cílem práce je spontánní tvořivá činnost pacientů, arteterapeut se snaží, aby v rámci své nemoci neulpívali na určitých tématech, které se k ní vážou. Umělecký výtvar se poté již dále nevyhodnocuje, ale stává se dokumentací průběhu pacientovy choroby, je součástí chorobopisu a může být využit jako podklad při sezeních. Souhrnně můžeme takovéto aktivity označit jako ergoterapie, což mezi některými odborníky vyvolává polemickou debatu, zda je ergoterapie ještě arteterapií či nikoliv. Uskupení při skupinové formě arteterapie není náhodné a tato skupina bývá uzavřená. Skupiny mohou být smíšené (různorodost věková či odlišnost diagnózy), ale je třeba brát v potaz diagnózu pacienta. Ze zkušeností odborníků vyplývá, že není vhodné kombinovat skupinu psychotiků a neurotiků. Skupina je spoluurčována věkem, typem onemocnění, jejím průběhem atd. (Kořínková - Vindušková, 2001).

Komunikace mezi jednotlivými členy skupiny může být verbální i neverbální a zahrnuje i řeč těla. Skupinová forma je při výtvarné činnosti uznávaná v mnoha oborech zaměřených na práci s lidmi, týká se jak jejich vzdělávání, tak rehabilitací, práce s mládeží, práce na psychiatrických odděleních, u podpůrných či svépomocných skupin. Větší důraz při této činnosti bychom měli klást na obsahovou stránku tvorby, než na její etickou hodnotu. Skupina musí mít jasně stanovený cíl, aby se nestala čistě terapeutickou. Výtvarná činnost může být koncipována jako oddechová činnost, či jako prostředek k rozvoji vnímání či k vlastní psychohygieně. Významný rozdíl mezi oddechovou či vzdělávací skupinou a terapeutickou skupinou je ten, že u skupin oddechových je kladen důraz především na estetickou hodnotu výsledného díla, vedoucí skupiny přejímá roli učitele a jde o zaměřenou činnost, při které si klient rozvíjí výtvarné techniky. Na rozdíl od terapeutické skupiny, u níž je už samotný proces tvorby stejně důležitý jako výsledek činnosti a následná společná debata. Výtvarné techniky a dovednosti jsou méně důležité a nehodnotí se, zda je výtvar provedený či ne. Je posilováno spontánní vyjadřování a výtvarné práce se stávají součástí psychického vývoje. Při této formě skupiny hraje vedoucí skupiny toho, který klientům pomáhá zvládat všechny aspekty terapeutického procesu a předává jim své zkušenosti a představy. Mnoho klientů skupin se ze začátku cítí velmi ohroženo tím, že o sobě prozrazují velmi intimní věci ostatním ze skupiny,

avšak tím může velmi získat, neboť přesně tato ochota riskovat nám nabízí obrovský prostor pro rozvoj fantazie. Zakončení skupinové arteterapie je stejně důležité jako její zahájení. Vedoucí skupiny pomáhá členům skupiny se odpoutat od vztahů, které vznikaly po dobu pravidelných setkání skupiny tak, aby se nadále mohli věnovat jiným činnostem. Často bývá používán závěrečný rituál (Campellová, 1998).

Pro doplnění představy o skupinové arteterapii předkládám poznatky Štětinové (2007, s. 20), jež uvádí, že: *„velká výhoda skupinové arteterapie spočívá v aktivním zapojení všech členů skupiny ve stejnou dobu. Což není při běžné diskuzní skupinové psychoterapii možné. U arteterapeutických sezení je velký prostor pro sebevyjádření provšechny členy skupiny současně. Na počátku prostřednictvím individuální práce na svém díle (pokud netvoří všichni jedno dílo) a poté nastává možnost diskuze a získání zpětné vazby tak, jak je tomu u skupinové psychoterapie.“*

Existují také arteterapie partnerské, rodinné, nebo společné terapie matek s dětmi.

Koblicová (2000) se kriticky zamýšlí nad neprofesionálně praktikovanou arteterapií z řad řádně neproškoleného zdravotnického personálu, nemající oprávnění k vykonávání tohoto druhu terapie. V našich léčebných zařízeních zaznamenala Koblicová (2000, s. 22) častý úkaz v užívání arteterapeutických technik, k němuž říká, že: *„psychoterapeuti často chápou arteterapii jen jako doplňkovou a někdy i jako podřadnou metodu, kterou mohou snadno používat dle vlastního uvážení bez speciální přípravy a občas pouze jako ilustraci terapeutického procesu, což je ovšem velmi zjednodušené pojetí, opomíjející další dalekosáhlejší možnosti arteterapeutického působení.“*

### **3.4 Spolupráce v arteterapeutickém procesu**

Dle Matouška (in Caseová, Dalleyová, 1990) by měl terapeut klienty podporovat v jejich volném tvořivém vyjadřování a výklad významu jejich produkce by měl v největší míře nechat na klientech samotných. Zábrany klientů lze překonat i tak, že terapeut kreslí s nimi. Pro vážně psychicky nemocné lidi může být - zejména v době počínajícího onemocnění schizofreniemi v době prudkého záchvatu endogenní deprese - arteterapie příliš náročná a může nemocnému stěžovat návrat k lepšímu stavu.

I po mírném zlepšení stavů lidí trpících těžkou psychotickou formou deprese jsou jejich výtvořky stále odrazem jejich pustého vnitřního světa bez energie. Velké riziko suicidia nastává u melancholiků, pokud se v jejich tvorbě objeví energie,

kteřá je ponejvíce ztvárněna červenou barvou. Terapeut, který zadává téma, musí dopředu počítat s tím, že výtvor nemusí odpovídat jak tvarově, tak obsahově zadanému tématu, dílo se musí terapeut doslova naučit vnímat očima pacienta. Jen díky tomuto přijetí může poté terapeut, ovšem jen velmi citlivě, ovlivňovat pacienta. Velmi nebezpečné jsou ovšem techniky, které by jakýmkoliv způsobem mohly narušit ochranný prostor, pokud se pro ně sám pacient nerozhodl. Mezi něž patří i technika se smýváním posledního nánosu barvy. Arteterapeut by neměl používat direktivní pokyn, výsledek nikdy neinterpretuje, naopak o to víc jej ocení (Ledvinová, 2002).

Pro užívání metody smývání nánosu barvy s klienty s poruchami příjmu potravy platí stejná pravidla, která jsou zmíněna nahoře, především pak nenutit k smytí nánosu, pokud klient sám necítí, že to chce udělat, a velký důraz je přikládán vhodnému načasování, uvedení této techniky příliš brzy, kdy skupina ještě není připravená, ztrácí veškerý význam (Vláčilová, 2009).

Koblicová (2000, s. 25) uvádí, že: *„arteterapie jako neverbální technika podněcuje klienta, aby se vyjadřoval jinak než slovy. S těmi jsme navyklí zacházet a využívat jich jak k předávání, tak k matení a zastírání obsahů. Ve výtvarném projevu to pro většinu lidí není tak snadné, jelikož jej neumíme kontrolovat tolik, jako verbální výraz. Arteterapie umožňuje vyjádřit a zpracovat mnohé, co si neuvědomujeme a ani bychom to nebyli schopni vyjádřit slovy. Arteterapii je možno začlenit do kteréhokoli teoretického rámce.“*

Matoušek (in Caseová, Dalleyová, 1995) tvrdí, že u lidí, kteří mají nepřekonatelné zábrany při výtvarném projevu, a kteří arteterapii vyloženě odmítají, pozbývá její využití smyslu. Avšak arteterapie může sloužit jako vhodná rozehrívací technika.

Mnoha klientům výrazně zvedne sebevědomí, když si uvědomí svůj tvůrčí potenciál.

Významnou úlohu zastává arteterapie v oblasti terapie s lidmi, kteří jsou závislí (alkoholismus, drogová závislost, poruchy příjmu potravy) či s lidmi, kteří trpí duševními a fyzickými handicapy. Arteterapie je dobře kombinovatelná s dalšími terapeutickými metodami jako například s relaxací, imaginací, psychogymnastikou, muzikoterapií aj. (Kořínková - Vindušková, 2001).

Lunn se domnívá, že: *„arteterapie je forma psychoterapie v níž vlastní pacientův obraz nebo umělecká práce je ohniskem vzájemného působení mezi terapeutem a pacientem. To poskytuje neutrální prostor, který je hmatatelný a má konkrétní hranice. Tento přístup může být zvláště cenný u anorektických pacientů, kteří mají často potíže v rozpoznávání svých vlastních hranic, obou, fyzických i psychických“* (in Acharya, Wood, Robinson, 1995, s. 242).

Podle Koblicové (2000) by měl arteterapeut zvládnout jak požadavky (dovednosti, znalosti), které jsou kladeny na psychoterapeuty, tak také nároky vyplývající z výtvarného vzdělání a také citění. Prvopocesový arteterapeut je hlavně výtvarníkem, a tudíž se od něj očekává dobrá znalost výtvarných technik a prostředků, přesto své znalosti musí doplnit i o znalosti průběhu psychoterapeutického procesu a sám se vzdělává v nějakém jemu blízkém směru psychoterapie. Důležité je, zda arteterapeut pracuje individuálně s klientem nebo s celou skupinou, pak by automaticky měl být seznámen s průběhem skupinového sezení, skupinovou dynamikou, rolemi a dalšími specifiky, které se k této formě práce váží.

K dalším požadavkům kladených na arteterapeuty patří dobrá znalost psychodiagnostiky a patologie. Druhopocesový arteterapeut by měl z podstaty ovládat výše zmíněné terapeutické a psychologické dovednosti a znalosti, navíc je však obdařen uměleckým citěním. Může to být například i „amatérský umělec“, který se orientuje ve výtvarné tvorbě, avšak s rozdílem tom, že jeho znalosti o výtvarných prostředcích nejsou úplné a jeho vzdělání ve výtvarné oblasti není kompletní. Prvopocesový arteterapeuti chápou arteterapii jako samostatnou a jedinečnou metodu, narozdíl od druhopocesových arteterapeutů, kteří arteterapii vnímají spíše jako přídatnou techniku.

Koblicová (2000, s. 24) se domnívá, že: *„záleží mimo jiné na tom, s jakým typem klientů převážně pracujeme. Např. u mentálně retardovaných, psychotiků či závažně somaticky nemocných bych osobně kladla větší důraz na samotný proces tvorby, u poruch osobnosti, psychosomatiků a neurotiků je možno více stavět na verbalizaci a interpretaci směřující k náhledu.“*

Výběr arteterapeutického přístupu záleží především na terapeutově náklonnosti k určitému směru. Pokud arteterapeut dle Lhotové (2009) uplatňuje hlubinný přístup v arteterapii, vnímá v tvorbě a samotném díle klienta znázorněnou vnitřní čili jeho psychickou realitu, která skrze výtvarné představy reflektuje jevy a situace provázané s vnější realitou a právě expresí mohou být vyjádřeny niterní prožitky. Poněšický uvádí, že: *„v termínech psychoanalýzy jde v arteterapii o přetváření pudově-citových hnutí („ono“) do sociálně akceptovatelné formy (in Lhotová, 2009, s. 3).“*

Umění symbolizuje tzv. most vedoucí od fantazie k realitě. Projektivní arteterapii je nazývána arteterapie, se kterou arteterapeuti pracují za účelem projikování vnitřních psychických obsahů klienta do výtvarné činnosti.

V centru zájmu hlubinně zaměřené arteterapie stojí intrapsychické konflikty, klientova minulost a rané zážitky, přičemž za pomoci využití specificky účinných faktorů způsobí změny v emocionální oblasti, jako jsou abreakce, katarze nebo emoční korektivní zkušenost.

Terapii zaměřenou na klienta, tedy Rogerovskou terapii- reflektivní, nedirektivní a prožitkovou arteterapii lze využít jako rozvíjející přístup při práci s výtvarnými prostředky, kdy je podněcován samostatný růst klienta. K tomu arteterapeuté využívají autosanačního potenciálu samotného výtvarného procesu, dále pak napomáhá k sebeexploraci a poznání vlastních potřeb a přání. V tomto přístupu se terapeuté vyhýbají vůči svým klientům direktivity či jakýkoliv instrukcí, arteterapeut je zde pro klienta, otevřeně jej podporuje a nabízí mu prostor, aby mohl tvořit, vytváří tak pro něj podmínky, aby si cestu ke zlepšení našel sám. Při procesu arteterapie slouží převážně jako katalyzátor. Je žádoucí, aby následně autenticky vyjádřil své osobní pocity, empatii a vřelost v diskuzi nad artefaktem, avšak není to podmínkou, především klient udává míru následné práce s výtvarnými tvorbami, záleží především na klientovi, zda chce o artefaktech dále hovořit. Výtvarná tvorba sama o sobě nese léčebné prvky, mezi něž patří: posilování vědomí osobní identity, organizování percepce a vztahů vnitřního a vnějšího světa, uvolnění potlačených emocí, integrace rozporných sil v člověku s maximální eliminací těch destruktivních.

Zatímco v behaviorální arteterapii skýtá výtvarná tvorba prostor k procesu učení a přeučování, vychází z toho, že stejně jako neadekvátní chování či reakce lze změnit, odnaučit a naučit také výtvarnou tvorbu, jak v procesuální tak i ve formální stránce. Arteterapeut pracuje s pozorovatelnými a registrovatelnými znaky, viditelnými a popsitelnými ve výtvarné formě. Jedním z úkolů arteterapeuta je posilovat expresivní projev klienta. Behaviorální arteterapeuté se zaměřují především na úzkostné symptomy, jež jsou demonstrovány ve výtvarném projevu klienta. Mezi hlavní úzkostné symptomy převedené na papír patří: omezená barevnost, přemíra tmavých barev, absence doplňkových barev, ohraničování objektů, bílá nezaplňovaná místa mezi objekty, zarámovaný prázdný prostor, ploché obrázky bez perspektivy, absence adaptability na změny témat, zmenšování formátu, stereotypně se opakující prvky či objekty, zborcení linií. Všechny výše jmenované znaky stojí v centru zájmu, jsou předmětem učení a jsou zaměňovány či nahrazovány jinými prvky. Ve výtvarném procesu jsou praktikovány techniky systematické desenzibilizace či zaplavení.

Namísto přímé konfrontace s realitou je zde ke konfrontaci užita výtvarná tvorba, sloužící zároveň jako bezpečné prostředí, kde si klient může odžít strach, když např. opakovaně výtvarně zpracovává situace vyvolávající strach. Behaviorální arteterapie má vyšší nároky na arteterapeuta jakožto výtvarníka či někoho, kdo výtvarnému umění rozumí a dobře se v něm i v prostředcích orientuje (Lhotová, 2009).

Lhotová (2009, s. 6) říká, že: „*tzv. rožnovská škola (ateliér arteterapie v Českých Budějovicích) označuje behaviorálně orientovanou arteterapii za harmonizující, zapouzdřující terapii, která převážně pracuje s intenzitou symptomu, aniž se snaží o kauzální řešení. Sama podstata této školy však spočívá v systematickém korigování ve výtvarné produkci. Korekce arteterapeuta je zaměřena na harmonizaci výtvarné produkce, anebo redukci typických znaků náležejících určité nozologické jednotce pacienta. Je to nácvik směřující k harmonii díla, který by se v konečném efektu měl pozitivně odrazit v pacientových příznacích poruchy.*“

Ideální je, pokud arteterapeut dokáže skloubit své znalosti a vzdělání se svou osobností a druhem klientely, se kterým pracuje. Problémem se pro arteterapeuty, kteří jsou schopní vyvážit oblast terapie a výtvarnou stránku věci, stává dostupnost supervize, jejíž poskytování z řad kvalifikovaných supervizorů je v tomto oboru v České republice nedostatečné (Koblicová, 2000).

Shirley Rileyová velmi rozšířila práci s adolescenty v oblasti arteterapie. Shirley Rileyová (in Šicková - Fabrici, 2002) poznamenává, že arteterapeutická tvořivá činnost může adolescentním klientům pomoci v oblasti myšlení, a to především pomoc přejít z oblasti konkrétního myšlení do oblasti abstraktního myšlení, dále pak v oblasti sociálního rozvoje (altruismus, empatie), rozvoj zdravé sexuality a sebekritičnosti.

Práce arteterapeuta spočívá především v podpoře dospívajícího v hledání identity.

Rabigerová (in Caseová, Dalleyová, 1995) se zmiňuje o nevhodnosti hyperstimulace, předstírání, že jde o skupinu dospívajících. Některé výtvarné aktivity, které působí na mladé lidi, mohou mít efekt nejen matoucí, ale mohou také vyvolat negativní reakci.

### 3.5 Ústřední pojmy v arteterapii

Mezi zásadní témata, se kterými se pracuje v arteterapii, jsou přenos, protipřenos a projekce. Tyto pojmy, ač se staly typickými pro pole individuální psychoanalýzy, můžeme nalézt v každé skupině, avšak oproti verbálně zaměřeným terapiím je dynamika arteterapie silně ovlivněna nejen výtvarnými technikami, ale ve stejné míře také asociacemi, které v nás vytvořené práce vyvolávají (Campellová, 1998).

Slavík (2003, s. 20) se domnívá, že: „*pojem „přenos“ můžeme jednoduše popsat jako specifický duševní proces, ve kterém dochází k promítání (projekci) pacientových nevědomých – z minulosti pocházejících – vzorců vnímání, chování a prožívání do aktuální terapeutické situace. Na základě toho je možné prozkoumat pacientovu minulost a tím i případné patologické stránky ukryté v základech jeho psychiky*“. Projekce tvoří podstatu přenosu a jsou v průběhu sezení interpretovány, tyto interpretace mají velký význam.

Thompson, Khan (in Campellová, 1998, s. 28) „*uvádí za příklad protipřenosu, když v rámci skupiny odpovídá její vedoucí na přenos tím, že přejímá roli důležité osoby z období klientova dětství, např. matky či učitele*“.

Důležité je také mít optimální prostředí na tvorbu. Pod pocitem bezpečí si můžeme představit zadávání instrukcí, týkající se tématu a času vyčleněného na práci, které musí být všem jasné. Arteterapeut by měl vytvořit prostředí, v kterém se budou klienti cítit uvolněně a dokáží využít svých tvůrčích schopností a nebudou se obávat strachu z možného ponížení, pokud se ve své tvorbě odhalí. Často se používá pojem, který zahrnuje tyto požadavky, a tím je „dávání souhlasu“. Zmíněné dávání souhlasu probíhá ve dvou rovinách, protože souhlas dává jednak každý člen skupiny sám sobě. Což znamená, že pokud jednotliví členové skupiny cítí, že si arteterapeut strach z jejich výtvarného projevu, ať už z jakýchkoliv příčin uvědomuje a současně je nechává pracovat způsobem, jakým jim samotným vyhovuje, jsou většinou ochotni riskovat a následně čekat, co se bude dít dál, co vznikne. A v druhé rovině dává vedoucí souhlas skupině. A to tak, že vytvoří prostor, kde je možné, jak již bylo zmíněno, vyjádřit strach a obavy. A dále všem účastníkům vysvětlí arteterapeutický přístup k jejich tvorbě a vymezí jej od klasického pojetí výtvarné tvorby. Cílem skupiny je sebevyjádření pomocí výtvarné činnosti, která nebude následně hodnocena.

Nikdo nebude nikomu říkat, jak má práce vypadat a že k vyjádření svých pocitů mohou použít jak barvy, tak různé materiály a tvary. Ve stručnosti se s účastníky skupiny prodiskutují jejich asociace, pojící se k různým barvám (Campellová, 1998).

Appellebaum (in Waller, 2006) se snaží vysvětlit, v čem tkví a proč se děje změna v průběhu psychoterapie. V jedné ze svých kapitol mezi sebou porovnává psychoanalytickou psychoterapii a umění. Na základě svých zjištění vyslovil domněnku, že evokativnost je v terapii podobná té, která se nachází v umění.

V popisování vztahu mezi terapeutem a pacientem Appellebaum (1981, s. 104, in Waller, 2006, s. 272) říká: *„Proces mezi umělcem-divákem a terapeutem-pacientem poskytuje příležitost pro oba účastníky, ne pouze pro umělce a terapeuta – sdílet alespoň část toho, co lze považovat za umění. Pacient jako umělec se pokouší říci terapeutovi-divákovi o svých zkušenostech.“* Výhodou je, že je jedno, zda je pacient zdaným umělcem či nikoliv, podstatou je, že spontánní činnost v umění je provázaná s volnými asociacemi ve Freudově významu. Tvorba může být hravá, zároveň může pomoci pacientovi zprostředkovat spojení s primárními procesy a také může pomoci k návratu. Sám autor považuje za velmi hodnotné, co přispívá k pochopení, že očekávat reakci- zavržení, což je pojem zastřešující naučené zkušenosti z rodiny nebo z jiných vztahů, jež si lidé nesou s sebou životem, se nedostaví od terapeuta.

### **3.6 Zásady práce s lidmi s duševní poruchou**

Jako cíle arteterapie u pacientů s duševními poruchami uvádí Klivar *„formulaci slovenského centra arteterapie v Bratislavě “Terra terapeutica“ následovně: za prvé je to dávání příležitosti sublimace negativních prožitků, dále umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování, poskytuje také reálný pohled na svou nemoc a nabízí vizi změn chápání událostí i naději na vyléčení“* (Klivar, 2002, s. 4).

Cílem arteterapie, jak uvádí Šicková-Fabrici (2002), je klienty s duševními poruchami skrze uměleckou tvorbu naučit reflektovat své problémy (hněv, depresi, chaos, úzkost, strach, zoufalství) a pokusit se je integrovat jako součást sebe. Někteří z pacientů např. nejsou schopni verbálně popsat svůj vztek či hněv, avšak když jej nakreslí, dokáží jej komentovat. Umělecká reflexe má funkci pomyslného mostu mezi pacientovým



prožíváním a jím samým a zároveň vede k pochopení dané situace. Pacient si může díky arteterapii zmapovat své problémy a nalézt tak nějaké řešení. Umělecký výtvar dokladuje současný stav, proto se doporučuje zakládat jednotlivé výtvarky, pomocí nichž můžeme sledovat vývoj pacientovy choroby.

Kresby podle Syřišťové (in Kořínková - Vindušková, 2001) vyjadřují chorobné změny ohlašující začínající psychotický proces nebo jeho recidivu ještě dříve, než je to možné postihnout jinou klinickou nebo psychologickou metodou.

Lidé s duševní poruchou se svými výtvarky pohybují na dvou protipólech. Na jedné straně výtvarná chudoba až prázdnota a na straně druhé výrazově bohatá umělecká tvorba s velkým množstvím zajímavých artefaktů (Šicková - Fabrici, 2002).

Prvním pozitivním terapeutickým efektem je, když klient skrze uměleckou tvorbu začne vyjadřovat svůj hněv, hostilitu a agresivitu.

Koblicová (2000, s. 24) předkládá, že: „*v ideálním případě by arteterapie měla být záměrným a cíleným využitím výtvarných aktivit v procesu léčby.*“

### **3.7 Arteterapeutické techniky**

Arteterapeutických technik existuje nepřeberně mnoho. Práce s dospívajícími, kteří trpí duševní poruchou je velmi náročná, a proto se k ní nedá přistupovat šablonovitě. Pro arteterapeuta je dobré znát hodně případových studií, které mu pomohou najít své vlastní přístupy pro podobné poruchy pro jednotlivé pacienty (Šicková - Fabrici, 2002).

Při výběru techniky je nezbytné se řídit druhem onemocnění či postižením pacienta, jeho osobností nebo složením skupiny. Není vždy možné sestavit určitý harmonogram technik a témat, protože volba je často určována momentálními problémy pacienta nebo skupiny, které se v průběhu sezení vyskytnou (Koblicová, 2000).

Jednotlivé arteterapeutické techniky jsou určeny pro skupinu klientů, jiné jen pro jednotlivce či dvojice. Některé z technik jsou univerzální, takže se dají použít jak ve skupině, tak u jednotlivce. Pro skupinovou arteterapii se osvědčily techniky komunikativního kreslení, společné tvorby, znázornění vztahů v rodině a ve skupině. Doporučuje se začínat s technikami, kterým se říká tzv. rozechřívací, mezi něž bychom mohli zařadit volné čárání tužkou, přes volnou kresbu prsty namočenými v barvě, volná kresba jednou barvou na papír namočený ve vodě.

Až se postupně dostáváme k technikám, které jsou složitější (akvarelové barvy, tvorba koláží - viz obrazová příloha), také témata bývají postupem času náročnější (Kořínková - Vindušková, 2001).

Caseová, Dalleyová (1995) uvádí příklady jednotlivých arteterapeutických technik, jako jsou koláž z výstřižků, sestavování objektů z přírodních materiálů, technická kresba (např. vlastní portrét, malování „začarované“ rodiny do zvířat), interakční kresba ve dvojici, při níž se komunikuje pouze pastelkou na společném papíře, dále malování společného domu, malování města, apod.

Kleinová získala přístup k dětskému nevědomí skrze kresbu, jež je základním prostředkem bezpečné komunikace vědomých a nevědomých procesů. U dětí jsou kresby viditelným vyjádřením jejich vnitřního prožitku (Caseová, Dalleyová, 1995).

### **3.7.1 Rozehřívací činnosti**

Jak už bylo zmíněno, rozehřívací techniky můžeme použít při jakékoliv psychoterapii. Tyto techniky slouží jako uvolnění počátečního napětí, navození bezpečného prostředí a postupně se přes ně dostáváme ke složitějším a technikám a tématům. Několik druhů rozehřívacích cvičení, které ve své knize uvádí J. Campbellová, jsou určeny provšechny věkové kategorie, tento typ činností má účastníky arteterapeutické skupiny zejména zbavit napětí, zároveň by měly posilovat soudružnost skupiny, další činnosti jsou pro změnu orientované na posílení sebeuvědomění a uvolnění či na přípravu práci s tělem, které je založeno na rozprouzení krevního oběhu (např. skákáním), poté na zklidnění. Cílem rozehřívací činnosti může být také seznámení s různými materiály, které se dají při tvořícím procesu použít (Campbellová, 1998).

Pfaff (2006) ve své knize předkládá různorodá cvičení pro každodenní práci s barvami, např. cvičení s oranžovou barvou pomáhá vyrovnat se s negativními vnějšími vlivy. Oranžová barva je zde ztotožňována s radostí ze života. Tato cvičení by se měly prohlubovat a posilovat. Udržení takovéto radosti ze života dle autora docílí tím, že se každý naučí vnímat působení energie oranžové barvy, kombinace různých barev našeho oděvu s oranžovou barvou. Těmito cviky se pak dá zabránit výkyvům nálad, rozmrzelosti či depresi.

### **3.7.2 Arteterapeutické techniky využívané při tvorbě s klienty s poruchami příjmu potravy**

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, uvádím zde jednak arteterapeutické techniky v užším slova smyslu, týkající se především výtvarných technik, a jednak techniky, které využívají i širšího pole působení arteterapie např. v kombinaci s hudbou.

Arteterapeutické techniky našly své trvalé uplatnění u osob trpících poruchami příjmu potravy. Pacientky trpící anorexií jsou vedeny k tomu, aby se nebály prostoru, aby byly uvolněnější ve své tvorbě, stále se nekontrolovaly, daly prostor svým prožitkům, fantaziím, volily pestré a mnohotvárné materiály. Zatímco s bulimickými pacientkami se pracuje tak, aby se pomalu naučily vymezovat si hranice, samostatně si stanovovat přijatelnou míru skrze formáty a tvorbu artefaktů (Vláčilová, 2009).

Kulháněk (2008) doporučuje zdržet se veškerých výkladů, každý artefakt je zcela individuální, a proto u technik arteterapie nefunguje výklad, právě naopak. Na konferenci „Poruchy příjmu potravy“ probíhal pod vedením Kulhánka workshop „**Mapa ostrova**“ (viz obrazová příloha č. 2 a č. 3), což je arteterapeutická technika, která spojuje imaginaci a arteterapii. Jedná se o často využívanou techniku při práci s anorektickými či bulimickými pacientkami, které vidí své tělo nerealisticky a odlišně než jejich okolí. Technika spočívá v kresbě své postavy jako ostrova a znázornění, co se na něm nachází, či co na něm může najít. Bezpečnou atmosféru ve skupině arteterapeut nastaví pomocí relaxační hudby a videa s ostrovy, ptactvem či podmořským světem, atd. Klientky se naladí na to, aby skrze tělo mohly přijít nejrůznější emoce. Pokud se skupina již delší dobu zná, mohou se navzájem po svých ostrovech provést, představit je. Silueta nabízí příběh. Ve skupině se všichni snaží mluvit proto co nejkonkrétněji. Skrze tělo cítí různé věci, mohu na svém ostrově najít místo, které je mi příjemné, kde se cítím bezpečně či se zamyslet nad tím, na co jsem měla chuť. Na tyto důležité informace, kdy se od klientek arteterapeut dozvídá, co mají rády či naopak, co se jim na svém těle protiví nebo z čeho mají strach, je možno stavět při dalších technikách či hlouběji pracovat v následné psychoterapii.

Užívanou variantou ke zmíněné technice je vzájemné „**Obkreslování vlastní postavy**“ na balicí papír a následné výtvarné zpracování jednotlivých či problematických partií s diskuzí v kruhu na závěr (Vláčilová, 2009).

Jako velmi přínosné se Bakalové (2003) ukázaly při jejím výzkumu „Já a moje tělo“, jež realizovala formou víkendových a večerní arteterapeutických sezení, expresivní techniky: **dramatizace figury a psaní příběhu o figuře**. Techniky plynule navazovaly na reflexe výše zmíněné techniky (obkreslování obrysu těla). Výzkumu se účastnily ženy od 18 do 35 let, z nichž jedna trpěla mentální anorexií, tou dobou se neléčila a několik dalších žen řešilo problémy s váhou, proporcemi či problémy s příjmem jídla.

Další užívanou arteterapeutickou technikou je „**Kresba erbu**“ (viz obrazová příloha č. 4 a č. 5). Pomocí svého erbu klientka vyjadřuje a přemýšlí nad tím, co je pro ni důležité či typické nebo čím si myslí, že většinou zaujmeme druhé. Kresba erbu slouží především k prohloubení prožívání sama sebe a k uvědomění si vztyčných bodů v svém životě (Kulhánek, 2008).

V rámci arteterapeutického procesu pomoci uchopit či zpracovat vzpomínky z dětství nebo na jednotlivé členy rodiny pracují arteterapeuté s klienty na tématech: „**Matka a dítě**“, „**Otcův svět**“, „**Rodina u stolu**“ či „**Zážitek z dětství**“ (Bakalová, 2003).

„**Klivarova luminoterapie**“, jak ji popisuje Klivar (2002), je název pro techniku barevného pozadí na základě iluziorního dojmu barevného osvětlení. Technika luminoterapie je především využitelná v arteterapii s duševně nemocnými, u jejichž tvorby se setkáváme jak s prázdnotou a chudostí výrazu, tak na druhé straně s přemírou ornamentálních nebo geometrických tvarů. Technika vznikla na základě experimentální psychologie T. Cramera. Přesněji jde o modifikaci Cramerova experimentu přizpůsobeného podmínkám terapie. Obvyklým postupem bývá vytapetování části místnosti papírem zvolené barvy, poté osvětlení dané části širokoplošným zdrojem bílého světla tak, že vytapetovaná stěna působí jako by byla osvětlována barevným světlem. Poté můžeme zkoumat, jaký efekt má tato arteterapeutická technika na pacienty. Také se často využívá toho, že se pacient může procházet či se nořit v kouřové cloně, která se vytváří z bílého světla. Promítané obrázky na zabarvenou stěnu se poté jeví jako trojrozměrné, střídá se zaostřenost obrázku při slabém zaostření, kdy ztrácí svou předmětnou barvu a trojrozměrnost. Jedna z dalších možných variant je promítání modrého čtverce na žlutou stěnu, který bude dle míšení barev šedý. Přínosným podnětem této techniky je pacientovo vnímání hloubky v trojrozměrné dimenzi, proto se také dá s touto technikou velmi dobře pracovat v terapii mentálně retardovaných. Tím, že se vyhýbá přímému osvětlení z umělého zdroje, se předchází alergickým reakcím klientů. Působí uklidňujícím způsobem jednak tím, že pracuje buď s čistými abstraktními barvami iluzorního světla, nebo s promítáním obrázků, jejichž tematika je záměrně

vybírána tak, aby byla v protikladu k prázdnotě a chudosti výrazu a jednak v protikladu k ornamentálnosti a přebujelosti tvarů kreseb pacientů. U depresivních jedinců a také u anxiózních dětí se v této technice využívají tmavé barvy. Za významný efekt autor považuje, že vytvářené barevné prostředí neomezuje vnímání předmětů.

Technika „**dobývání hradu**“ se svým tematickým zaměřením řadí k hojně praktikovaným technikám. Stejně tak, jako technika propojující imaginaci s kresbou, nazývaná „**zvíře, které pro nás představuje sílu**“. Princip techniky dobývání hradu spočívá v zakreslení sebe sama na cestě k uzdravení tak, jak to cítí a vnímá klientka, poté do obrazu zakreslí i ostatní členy skupiny, podle toho, jak se domnívá, že jsou daleko od hradu, tedy vyléčení se. Na začátku techniky zvíře, které pro nás představuje sílu, je kladen důraz na uvolnění klientek a jejich pohodlné, ničím nerušené vnímání hlasu terapeuta, který je „provází“ po různých místech, na kterých si mají představit své zvíře. S představami zvířete se dále pracuje, klienti je mají za úkol zpracovat na papír. Po dokončení artefaktu se o něm diskutuje v kruhu skupiny (Vláčilová, 2009).

Další technikou, která se opakovaně využívá jak u dětí tak dospívajících i dospělých, je technika zvaná „**mandaly**“. Do psychologie zavedl pojem mandaly C. G. Jung. Děti malují mandaly velice spontánně, aniž by věděly, o čem v mandalách jde. Zhruba do 10 let je malování baví a nemusí se do malování mandal nutit. Malováním vyjadřují lépe než slovy, zatímco starší děti a dospívající se bojí hodnocení, stávají se tak vůči sobě i svým výtvorům kritičtější. Jung tvrdil, že již samotné pozorování a uložení si mandaly do paměti v nás nastolí harmonii. Jde o specifický druh duchovního cvičení. Přestože mandaly původně pocházejí z Tibetu, tato technika je známá v mnoha zemích a kulturách od Afriky počínaje až po Evropu. Mandaly mohou sloužit jednak jako posvátné umělecké dílo, jednak pro hlubokou meditaci. U dětí se tvorba mandal využívá k jejich zklidnění a trénování pozornosti a u dospívajících či dospělých k nahlédnutí do svého nevědomí. M. Fillová uvádí, že tvorba mandal je velice prospěšná v práci s dětskými psychiatrickými pacienty, se kterými má sama autorka bohaté zkušenosti. Pracuje především s dětmi se schizofrenií, s pacienty s poruchami příjmu potravy, poruchami chování, maniodepresivními stavy a se sebepoškozováním. Tvorba mandal je mezi dětmi velmi oblíbená, dokáže je plně zaujmout a vytváří prostor pro rozvoj jejich fantazie či pro zobrazení jejich nevědomých fantazií a celkově jim dodává pocit většího vnitřního klidu (Fillová, 2004).

Podle výpovědi paní H. (2003) jí právě technika mandal umožňuje zcela bezprostředně barevně zobrazit náladu a emoce. S užíváním léků její myšlenky ztratily agresivitu. Dříve se jimi paní H. často zaobírala a dnes, pokud je dokáže barevně zpracovat, se jí už nevracejí. Pokud jedinec dokáže zpracovat ambivalentní pocity a emoce opakovaným vyjádřením pohybu či kresbou, malbou, získá dle slov paní H. jistý druh vnitřního vyrovnání. Paní H. chodila tři měsíce denně na hodinu otevřeného ateliéru, kde se učila pracovat samostatně.

Dle Johnsonová a Parkinsonová (1999) užívání uměleckých materiálů na začátku každého sezení může pomoci klientům přesunout se do průzkumné a méně vědomé cesty bytí. Na začátku jejich arteterapeutických skupin klienti buď vyrábí směsi, tvoří obrazy, vytrhávají věci nebo pracují tiše či hlučně nebo nedělají vůbec nic.

K hojně využívaným technikám patří dle Vláčilové (2009) také práce s hlinou, práce s ní je přínosná zejména, pro její možnost plastického zobrazení i tzv. ohmatání si témat např. „**vyobrazení nemoci**“ (viz obrazová příloha č. 6 a č. 7). Pracuje se s nejrůznějšími projektivními technikami, téma mají dívky za úkol zpracovat dle svého uvážení, podle toho, co se jim pod ním vybaví. Jedno z přínosných témat, které se dívky pokoušejí zobrazit a zpracovat je „**boj s drakem**“. Drak má symbolizovat nemoc, s níž právě zápasí, důležitým znakem, který asociuje postoj k nemoci (odevzdání, kamarádství, boj) je vzájemná pozice draka a bojovníka (viz obrazová příloha č. 8, 9).

Šicková (2000, s. 114) říká: „*Vo svojej 15- ročnej práci arteterapeutky som sa sama hmatateľne presvedčila o tom, že výtvarné aktivity s hlinou v oblasti arteterapie sú nezastupiteľným fenoménom pri snahe: 1. o prelomenie bariér anxiózy, 2. neschopnosti komunikácie (napr. autisti), 3. odburanie agresívneho i autoagresívneho správania, 4. rozvíjanie trojdimenzionálneho vnímania a predstavivosti u detí, 5. vytváranie zázemia pre zmenu postojov k sebe aj druhým, 6. hlina je materiálom ponúkajúcim kompenzáciu poškodeného alebo absentujúceho zmyslu (nevidiacia a slabozrakí), 7. hlina je materiálom diagnosticky mimoriadne plastickým a expresívnym, 8. hlina je materiálom relaxačno-rehabilitačným poškodenou jemnou motorikou.*“

Hlína je velmi tvárný materiál, který má tu schopnost, že dokáže pohltit pocity zoufalství, strachu, deprese a bolesti. Šicková (2000) má bohaté zkušenosti s prací s dospělými, své úvodní hodiny zahajuje technikou „**hledání mého vlastního tvaru**“, která nastolí ve skupině atmosféru uvolnění a pohody bez napětí, je vhodné ji použít i u anxiózních klientů, bývá jimi dobře přijímána. Jednotlivé kroky a úkoly zpracovávání hlíny, které svým klientům zadává, vždy vysvětluje následujícím krokem, tak zabraňuje případnému pocitu nedůvěry ze strany klientů a zároveň přispívá k otevřenosti mezi ní a skupinou. Úkolem zmíněné techniky je vzít si kus hlíny tak velké, aby se vešla do dlaně. Pokud se někdo ze skupiny štítí či se bojí hlíny dotknout, sama arteterapeutka si odebere a zpracuje si v rukou kus hlíny a poté ji hodí klientovi, který z ní má strach, tak aby ji mohl chytit oběma dlaněmi. Poté skupinu arteterapeutka vyzve k tomu, aby ze svého kusu vymodelovali kouli, o které následně diskutují, promítají do ní své představy, hovoří o symbolice kruhu, koule. Kouli přemodelovávají na kočku, kočku na osmiúhelník... Změny tvaru přinášejí nejen nové asociace, ale také nové hmatové pocity. Poslední část techniky obsahuje zadání, aby vytvořili tvar, který jim bude na dotek příjemný pro svou vlastní jedinečnou formu. Nemusí se přitom jednat pouze o příjemné tvary, je na klientech zda chtějí vytvořit něco pozitivního nebo naopak něco, co v nich vzbuzuje negativní pocity. Svůj výtvar nakonec každý opatří názvem. Tato technika je zejména vhodná pro depresivně laděné klienty, protože má v sobě dynamiku, náboj, se kterým může klient pracovat a částečně jej tak ovlivnit, nese v sobě možnost změn.

A právě pro vlastnosti této techniky- dynamiku, možnosti změny a zakoušení nových hmatových pocitů, zbavování úzkosti, může být dobře využita i u klientů s poruchami příjmu potravy.

Hlína dle Bakalové (2003) evokuje tělo, i autorka stejně jako její kolegyně zdůrazňuje, že při práci s hlínou je primární hmatový prožitek, hlína dokáže podpořit změny v prožívání svého těla, jež pacientky s poruchami příjmu potravy vnímají problematicky, stejně jako mají problémy s pocíťováním fyzických potřeb. Pacientky mají často obavu či se přímo štítí modelovat z hlíny. Hlína evokuje špinavost, může tedy připomínat hnůj, bažinu, fekálie, ale také jídlo a zvratky. Bakalová (2003, s. 10) tvrdí, že: „*pozorujeme-li práci pacientky s ní, můžeme vidět, jak zachází s jídlem a zároveň se pacientka tím, že se učí zacházet s hlínou, učí zacházet s jídlem.*“

Může se stát, že se klienti nebudou schopni přenést přes své vnitřní bariéry a odmítnou s hlínou pracovat, pak se nabízí možnost práce s kresebnými nebo malířskými technikami či s hustší barevnou pastou, zaměřené tematicky na zlepšení či zprostředkování užšího kontaktu se svým tělem. Právě barevná pasta je dobrou náhražkou za hlínu, jež se někdy díky svým vlastnostem stává lepkavou, špinivou a nepříjemnou hmotou, s tím rozdílem, že je více estetizovaná. K zbavení se a přetvoření vnitřní agrese a napětí do umělecké tvorby jsou úspěšně využívány grafické techniky, zahrnující linoryt nebo dřevoryt (Bakalová, 2003).

### **3.7.3 Tvorba, znaky v kresbě a tematika žen trpících poruchami příjmu potravy**

Johnsonová a Parkinsonová (1999, s. 92) říkají, že: „malování může být užito k napravení zmatku ve vnímání, barvami a formou ke komunikaci s ostatním ve skupině.“

Bruch (in Wolf, Willmuth, Gazda, Watkins, 2007) doporučoval využívat arteterapeutické techniky jako prostředky stimulace nevědomosti pocitů, jež bývají pro jedince s mentální anorexií typické, stejně jako další problematické oblasti nemoci-potvrzení a vlastnění pocitů.

Bruchovu koncepci podporuje i Mitchell (in Wolf, Willmuth, Gazda, Watkins, 2007), také vidí v umělecké tvorbě klientek s mentální anorexií cenný prostředek k získání sebevědomí.

Crowl (in Wolf, Willmuth, Gazda, Watkins, 2007) studoval uměleckou práci dvanácti klientů s mentální anorexií, z čehož vyvodil, že umění představuje symbol tří základních oblastí konfliktů a to: sebeobrazu, sebeúcty a kontroly.

Níže popisované znaky tvorby žen s poruchami příjmu potravy byly sepsány za účelem hlubšího proniknutí do problematiky nemoci, nikoli jako soupis nutně platných a zobecňovaných pravidel. Nelze se jimi striktně řídit, protože každá klientka má různé umělecké schopnosti či vzdělání, zažila například i jiné hospitalizace, jejichž součástí byla také arteterapie, také mají rozličné osobnostní rysy, tím vším jsou samozřejmě ovlivněny, a proto je nutné brát při práci s jednotlivými dívkami všechny proměnné na vědomí. Avšak je možné z těchto poznatků čerpat, mohou pomoci v lepší orientaci v projevech onemocnění. Například v době akutního propuknutí onemocnění se tyto znaky v tvorbě hodně vyskytují. Jedná se tedy o souhrnný záznam mnohaletých zkušeností arteterapeutky



Vláčilové, vyzporovaných z artefaktů klientek trpících poruchou příjmu potravy.

Vláčilová (2009) uvádí, že kresba dívek s mentální anorexií působí, jako by byla neviditelná či prázdná, k dalším prvkům, které se v tvorbě dívek s poruchami příjmu potravy objevují, je zdůrazňování ostrých hran. Některé výtvořky jsou poskládány pouze z geometrických tvarů, navzájem se křížících linek či ji tvoří spoustu ornamentů (viz obrazová příloha č. 10). Často vznikají kresby schematické a na ploše papíru jsou povětšinou rozloženy osamocené prvky či postavy, i když jsou v těsné blízkosti další postavy, působí osamoceně. Kresba většinou zabírá menší část vymezeného prostoru, v tvorbě se objevuje větší množství miniatur. Velký důraz kladou klientky na detaily, doslova si tzv. hrají i s tím nejmenším, proto může být v tvorbě mentálních anorektiček opakovaně zachyceno detailní provedení nákresu např. hroznového vína či dalšího ovoce (viz obrázková příloha č. 11). Pokud kreslí, často opomíjejí pohyb postav, chybí vyjádření dynamiky. O to více jsou tvořeny obrazy, které zachycují pomalé uvadání či umírání květiny (viz obrazová příloha č. 12). Nejfrekventovaněji vyskytujícím se námětem je šťastná rodina neboli ideální rodina, z artefaktu však toto vyobrazení vyznívá prázdně, jako by se pohybovaly pouze po povrchu, celkově se v jejich tvorbě objevuje ustrnutí v klišé - „klidná rodinná večeře“, „dům a vedle něj všichni členové držící se za ruce“ (viz obrazová příloha č. 13 „Šťastná rodina“). Pokud dívky pracují na společném díle, je patrná jejich izolace od ostatních (viz obrazová příloha č. 14 „Opuštěný ostrov“). Z prací žen s mentální bulimií je čitelná nepřehlednost, často chaos, který se projevuje nánosem více barev na sebe či na plochu a následným tzv. spatláním všech barev dohromady. V obrazech se projevuje tendence zahltit celou nabízenou plochu papíru (viz obrazová příloha č. 15).

V průběhu svého výzkumu od roku 2001 do roku 2002, kdy předkládala účastnicím skupiny techniku „obkreslování postavy“, si Bakalová (2003) všimla několika frekventovaně se opakujících témat v jednotlivých artefaktech žen a to: oddělenosti hlavy od těla, desintegrace jednotlivých tělesných částí, izolace břicha, velké stěny mezi figurou a okolím, nebo naopak příliš těsného spojení figury s okolním prostorem.

Témata, jež arteterapeut zadává ke zpracování, ať už na skupinovém nebo na individuálním sezení by měla přispívat k odhalování klientovi kreativity a k odstranění zábran.

Důležité je, aby jej neomezovala, pokud však dané téma klientovi tzv. nesedí a zpracovává jej s nechutí, přestože arteterapeut vysvětlil, proč tvoří to, co tvoří a v místnosti navodil bezpečnou atmosféru, mohlo se stát, že vybral nevhodné téma a pak nezbyvá než čekat, zda na ně po čase přistoupí nebo jej musí arteterapeut změnit úplně (Janotová, 2000).

Haeseler (in Wolf, Willmuth, Gazda, Watkins, 2007) zavedl do odborné literatury koncepci vysvětlující vztah mezi terapeutem a klienty trpící mentální anorexií. Teoretické poznatky pro svou koncepci čerpal z Kohutových děl věnovaných narcistním poruchám osobnosti a Lachman-Chapinových pokusů, které se následně snažil propojit a aplikovat do praxe v arteterapii. V tomto pojetí je mentální anorexie chápána jako porucha, jež si razí cestu z raného nedostatku mateřské empatie. Vztah mezi terapeutem a klientem je pak vnímán jako poskytnutí příležitosti pro klienta, k využití terapeuta jako svého self objektu.

V případě závažných poruch příjmu potravy může být klientčin vztah k jídlu pochopen jako prostředek k vyjednávání a zprostředkování mezi vnitřním světem a vnějším světem. Na základě této domněnky předpokládá Schaverien (in Johnsonová a Parkinsonová, 1999), že se umělecký objekt může dočasně i nevědomě stát náhradou za jídlo a tím pádem dojde k přesunu: jídlo, které dříve potřebovala jako spojku ke konkrétnímu vyjádření, je nyní přeměněno v užívání uměleckých prostředků, objektů ve snaze po vyjádření. A zde je již možné spatřit začátek pohybu směrem k symbolizaci.

Při průběhu arteterapeutické skupiny s klienty s poruchami příjmu potravy pozorovaly Johnsonová a Parkinsonová (1999) způsoby, v nichž se snoubí umělecké materiály s představami a fantaziemi, které jednotliví členové skupiny vytvářejí, jsou užívány spolu s psychodynamickými skupinovými procesy. Autorky se zaměřily se na zkoumání pohybu mezi konkrétním vyjadřováním v umění a schopností symbolizovat. Pro výklad textu používají vlastní definici poruch příjmu potravy: užívání jídla vnímají jako alternativu k cítění. Tvrdí, že se klienti mohou vztahovat k uměleckým materiálům se stejnými potížemi, se kterými se vztahují k ostatním členům skupiny a terapeutovi. Právě malováním vytváří každý klient a předkládá něco ze svého vnitřního světa viditelného jak pro ostatní členy skupiny, terapeuty, tak i pro něj samotného. Úkolem skupiny je pomoci svým členům přesunout se ze vztahování se k vlastním malbám ke schopnosti vztahovat se také k ostatním ze skupiny. Příkladem toho, jak může obraz ukazovat vnitřní pocity, jež jsou v rozporu s tím, co verbálně klient proklamuje, je rozbor obrazu „ ideální domácí život“ na skupinové arteterapii (viz obrazová příloha č. 16). Klientka ukázala svůj nakreslený obraz ideálního domácího života, po němž ona i matka

toužily. Ve svých vzpomínkách z dětství sebe vykreslovala, jak ze školy přichází domů k sálajícímu krbu a horké polévce, což očividně kontrastovalo s představou, kterou nakreslila. Při vyrábění svého obrázku úmyslně vylíčila příjemnou chvíli tzv. čaje o páté. Místo toho mohla skupina na obrázku sledovat prázdné čajové hrníčky na ubruse s přísně vedeným vzorem, bez jídla na stole. To, co žena nakreslila, vnímaly arteterapeutky jako deprivaci jejího vnitřního světa. Touto kresbou klientka zavedla skupinu do velice bolestivých oblastí svého života, jak skupina dělala pokroky a žena byla schopná více mluvit o svém vnitřním tlaku. Podle toho, jak klienti, jenž trpí poruchou příjmu potravy, zacházejí s uměleckým materiálem, tak popisují svůj vztah k jídlu, avšak spíše než v obrazných či symbolických situacích, jej ukazují spíše v těch konkrétních. Jako názorný příklad takového chování předkládají arteterapeutky chování jedné ze svých klientek na skupinové arteterapii. Dle jejich popisu klientka ráda vyráběla obrazy rychle, s použitím extravagantních barev, litých přímo z plechovky a poté své výtvary vyhodila do koše. Po skončení chtěla klientka nechat běžet vodu z kohoutku, i když neustále popobíhala tam a zpět mezi místnostmi pro skupinovou arteterapii k utírání svého pracovního místa. Její chování na arteterapeutky působilo jako rituální uklízení koupelny, v níž, potom, co se přejí, se také následně vyzvrací. Johnsonová a Parkinsonová (1999, s. 92) konstatují, že: „*nevědomě přinášela své ostudné tajemství do prostoru skupiny.*“

Wolf, Willmuth, Gazda a Watkins (2007) ukazují na sebraném uměleckém materiálu svých pacientek, které měly diagnostikovanou poruchu příjmu potravy, jak samy komentují své artefakty i co v tvorbě spatřují arteterapeuté. Umělecká tvorba jedné klientky H. R. zobrazovala vnitřní pocity prázdnoty a osamělosti, které pacientky s mentální anorexií často zažívají. Autoři své tvrzení dokládají popisem dvou obrazů klientky, první z nich (viz obrazová příloha č. 17), který nakreslila na začátku svého pobytu v nemocnici, sama klientka vykreslila jako prázdný, opuštěný dům, opuštěný buďto rodinou, která zde nemohla zůstat nebo poustevníkem, který zemřel. Klientce působilo potíže vytvořit jej, nejvíce však měla problémy u pocitů blízkých k lidem, jednalo se o problém, který již byla schopná při své dřívější hospitalizaci vyjádřit. Těsně než opustila nemocnici, nakreslila v druhém obrázku astronauta vtahovaného do černé díry, přičemž jeho lano bylo odštíženo od jeho lodi (viz obrazová příloha č. 18). Svého astronauta popsala jako bezmocnou, vystrašenou a osamocenou postavu, tak jak prožívá sama sebe.

Obvykle se také v obrazech pacientů s mentální anorexií objevuje zaměření na kontrolu a na hranice odpovědnosti. Klientka P. A. vytvořila svůj obraz okna, v době, kdy se u ní opět objevily potíže s příjmem potravy a její nutriční hodnoty byly nižší. Svůj obrázek vykreslila jako zamrzlé okno, jež prezentuje ji samotnou a kterým může nahlížet ven pouze malé kořátko (viz obrazová příloha č. 19). Obraz podle arteterapeutů vyzníval jako pacientčino přání či obava, že nikdo, kromě ní nemůže vidět, co se děje uvnitř. V pozdější tvorbě vyobrazila měsíc, načež svůj obrázek komentovala slovy: „*Měsíc se nemůže jevit opravdový/reálný, protože není stálý.*“ Volně asociovala své kolísající emoce s měnícím se měsícem. Její emoce byly nespolehlivé, nevyznala se v nich a nemohla je kontrolovat, proto se jí zdály nereálné. Přestože pacientka dělala vše, co se po ní chtělo, dodržovala pravidla diety, i těsně před propuštěním z nemocnice, stále pociťovala úzkost ohledně intenzity svých pocitů, přála si být stabilnější a mít své city pod kontrolou (viz obrazová příloha č. 20). Dále můžeme u dívek s mentální anorexií spatřit vědomé či nevědomé obranné mechanismy - rozštěpení, které používají ve snaze po uchopení silných pocitů. Což arteterapeuté demonstrovali na artefaktech pacientky P. A., která nakreslila portrét sebe sama v době, kdy se v nemocnici odehrály personální změny. Na obrázku je nakreslena tvář z venku, s překrývajícími se úsměvy, zatímco vnitřní já je smutné a plačtivé. Zubaté linie, jež lemují obrázek po stranách, představují jizvy ze starých ran (viz obrazová příloha č. 21). Později nakreslila opět svůj vlastní portrét a nakreslila se jako rozdělená tvář na dvě poloviny, levá polovina byla šedá a nebarevná a pravá polovina byla barevná, přesto byly obě strany nešťastné. Tvář vyjadřovala její starou část „já“, jako levou polovinu tváře a pravou tvář jako její „nové já“, které již cítilo. Posledním příkladem obrazové tvorby ženy s mentální anorexií, který zde uvedu, je kresba pacientky, která měla velké potíže se zvládnutím protichůdných pocitů, těsně před svým propuštěním vytvořila obraz, v němž vykreslila sebe samu jako včelu snažící se rozhodnout na rozcestí, zda jít zpět, do šedého bezpečí úlu nebo se vydat do nového, barevného, leč nebezpečného prostředí, kde bude riskovat pavouka či sovu na cestě k dosažení květin. Z obrázku ční výzva a zaměření na budoucnost, na nový prostor mimo nemocnici, návrat na vysokou školu, to vše je z obrázku patrné (viz obrazová příloha č. 22). Těmito posledními prakticky zaměřenými kapitolami, ve kterých jsem se pokusila propojit arteterapii s charakteristikami poruch příjmu potravy, bych svou teoretickou část ukončila. A v následné výzkumné části práce, kterou navazují, se budu snažit využít nasbíraných informací a s pomocí výsledků kvalitativní analýzy je budu dávat do vzájemných souvislostí.

## **II. VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **4. Úvod do zkoumané problematiky**

Tvorba v arteterapii přináší klientům s poruchami příjmu potravy dle odborné literatury, z které čerpám, důležitý rozměr v multidimenzionální léčbě, jež je vzhledem k etiologii nemoci nezanedbatelnou součástí. I když je známá spousta etiologických faktorů (biologické, genetické, rodinné, psychologické a vývojové determinanty a také sociokulturní faktory), jež vzájemně působí na jedince, stále není jasná dynamika, potažmo léčba onemocnění. Adolescence bývá v odborné literatuře označována jako možný spouštěcí faktor mentální anorexie. A právě jedinci s mentální anorexií je toto období vnímáno jako zátěžové, potýkají se s problematickým zpracováním témat např. sexuality, fyzických změn, separace z primární rodiny atd. Svůj podíl má vurneabilita jedince. Proto jsem si pro sebe kladla otázky, čím vším si ženy s mentální anorexií či mentální bulimií prošly.

Podle preference a upřednostňování etiologického faktoru vznikla řada teorií a modelů léčby poruch příjmu potravy (například: psychoanalýza klade důraz na rané vztahy k mateřskému objektu, zatímco behavioristé se zaměřují na špatné jídelní a nevhodné pohybové návyky). Pokud je arteterapie užívána ve smyslu psychoterapie, záleží také na arteterapeutovi k jakému směru více „tíhne“ či na jeho terapeutickém výcviku. Lze praktikovat hlubinný přístup v arteterapii, potom budou v centru zájmu klientovi intrapsychické konflikty, minulost či rané zážitky. Pokud však arteterapeut využívá rogerovský přístup v arteterapii, staví na autosanačním potenciálu tvorby a napomáhá svému klientovi k sebeexploraci atd. (další možná pojetí arteterapie jsou uvedeny v kapitole „Spolupráce v arteterapeutickém procesu“). Hranice mezi jednotlivými přístupy a užívanými technikami však nejsou striktně vyhraněny, záleží na daném arteterapeutovi, co si zvolí.

Ale přes všechny nasbírané informace o poruchách příjmu potravy i o možnostech léčby a využití technik nemůže být opomenuta individualita jedince, která dělá léčbu nemoci tak složitou. Arteterapeutických technik existuje celá řada, i když jsou některé detailně popsány, ne vždy jsou účinné. Dobrý arteterapeut je schopen skloubit své znalosti, zkušenosti a dovednosti spolu se svými principy léčby a svou i klientovou osobností a jeho potřebami. Proto mě zajímalo, s jakými překážkami se potýkají arteterapeuté při práci s klienty s poruchami příjmu potravy. Domnívám se, že předání zkušeností od odborníka na zmíněné téma je nezanedbatelným zdrojem informací.

I když je léčba poruch příjmu potravy vnímána jako velmi náročná a každý poznatek z oblasti léčby je vítaný, ve srovnání se zahraničními studiemi, kde arteterapeuté mnohdy zároveň psychoterapeuté pravidelně publikují své poznatky z praxe, v české odborné sféře vzniká malé množství studií či výzkumů pojednávajících na téma poruch příjmu potravy, možností léčby i hranic v arteterapii. Snažila jsem se, i když pouze jako zprostředkovatel, přispět k prohloubení poznatků o účincích arteterapie u žen s poruchami příjmu potravy.

## **5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky**

V návaznosti na předchozí text jsem si stanovila tyto cíle výzkumu:

### **1. Za obecný cíl práce jsem si stanovila zmapovat**

- Jak ženy s poruchami příjmu potravy hodnotí arteterapeutické techniky a práci v arteterapeutické skupině.
- Jak hodnotí osobu arteterapeuta.
- S jakými obtížemi či problémy se dívky potýkají v průběhu samotného onemocnění.

### **2. Dílčím cílem výzkumu je pokusit se zjistit, jak hodnotí arteterapeut tvorbu s dívkami trpícími poruchami příjmu potravy.**

Na základě stanovených cílů jsem si zformulovala následující výzkumné otázky:

1. Jaká byla očekávání mladých žen na začátku arteterapeutické skupiny a jak hodnotí arteterapeutickou činnost ke konci skupiny?
2. Jak dívky vnímají vztah s arteterapeutem?
3. Jaké okolnosti provázely ženy v rozvoji mentální anorexie či mentální bulimie?
4. Jaká jsou specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s PPP?

## **6. Metodologie výzkumu**

### **6.1 Plán výzkumu**

Pro výzkumnou část mé práce jsem se rozhodla pro kvalitativní přístup, který podle Miovského (2006) čerpá z jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesualnosti a dynamiky zkoumaných fenoménů. Výše zmíněné aspekty kvalitativního přístupu jsou vhodné pro uchopení problematiky, kterou jsem chtěla zkoumat.

Ve středu zájmu mého výzkumu je mladá žena, léčená arteterapeutickými prostředky pro poruchy příjmu potravy. Arteterapeutické prostředky nevyužívají pouze arteterapeuté, ale někdy také lékaři, psychologové a jiné pomáhající profese, bez absolvovaného výcviku, v domění, že lze techniky používat jen na základě vlastního uvážení. Léčebný postup není nikde přesně popsán, i když existují určitá doporučení. Z toho důvodu nelze mluvit o standardizované léčbě a výsledky jejího zkoumání tak nelze zobecňovat. Cílem výzkumu je subjektivní zážitek vyvolaný v průběhu arteterapeutického procesu, který nelze měřit standardní nástroji diagnostiky, případně ho operacionalizovat, a proto je vhodnější aplikovat přístup kvalitativní.

Před tím, než jsem se rozhodla pro volbu kvalitativního přístupu, jsem vzala v potaz tři velké okruhy informací. O prvním z nich jsem se již zmínila. Jedná se o unikátnost subjektivního zážitku jednotlivých klientek a také o nestejnosti postupu v léčbě. Každé lékařské zařízení má svou tradici a samotní terapeuti své postupy nijak nešíří, nebo nezveřejňují, proto je zážitek terapie velice individuální a těžce uchopitelný.

Druhý okruh je spojen s nemožností zjistit parametry populace lidí trpících poruchami příjmu potravy. Není tak možné vytvoření vhodného reprezentativního souboru. Současná literatura totiž uvádí, například podle Kocourkové (1997), že mentální bulimií onemocní 1 - 3 % žen a výskyt mentální anorexie Papežová (2002) odhaduje mezi 0.5 - 1 % nemocných, přičemž tyto odhady jsou založené na statistikách z pojišťoven a lékařských zařízení. Uvádí se také, že tyto odhady jsou nepřesné a že reálné procento lidí trpících poruchou příjmu potravy je vyšší, závažnost jejich onemocnění nemusí být taková, aby vyhledaly pomoc, případně jsou léčeni ambulantně pro jinou nemoc, např. depresi.



Už zmíněná nízká prevalence komplikuje výzkum s větším počtem lidí trpících poruchami příjmu potravy.

Třetím posledním okruhem je neochota lékařských zařízení, kterých není mnoho, umožnit přístup k pacientkám a také velká časová a finanční náročnost spojená s dojížděním do vzdálených zařízení.

Nemožnost vytvoření reprezentativního vzorku, a tím zajistit potřebnou validitu snižuje vhodnost využití kvantitativního přístupu. Není také vhodný vzhledem k povaze cílů mé práce. Kvalitativní přístup na rozdíl od kvantitativního umožňuje zvýšit validitu zkoumání pomocí triangulace a dalších postupů.

To je v souladu s Čermákem (2001, s. 11- 12 cit. Miovský, 2006, s. 24), který tvrdí, že: *„ne vždy je nezbytné provádět výzkum na statisticky významné části populace, aby bylo možné dojít ke spolehlivým závěrům.“*

Miovský (2006, s. 16) říká, že: *„Kvalitativní přístup chápeme jako určitý princip nebo rámeček, určující v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod.“*

Vzhledem k výše popsaným problémům, s kterými jsem se konfrontovala, jsem se rozhodla pro využití případové studie, která dle Mayringa (in Miovský, 2006) umožňuje sledovat popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, lze říci, že tato metoda nabízí možnost porozumění jednotlivým vztahům v problematice i celkové provázanosti a souvislostem. A právě z teoretického hlediska nejvíce odpovídá mnou zvoleným postupům.

## **6.2 Výzkumný soubor**

### **6.2.1 Výběr výzkumného souboru**

Postup při výběru výzkumného souboru byl následující. Nejprve jsem kontaktovala nemocnice i soukromé praxe odborníků, které se zabývají léčbou poruch příjmu potravy a zároveň umožňují léčbu arteterapií. Podmínkou byl věk potencionálních participantek, který měl odpovídat věkovému rozpětí adolescence a období mladé dospělosti. To znamená, že instituce musely splňovat kritérium arteterapeutické práce a mladým ženami trpícími poruchou příjmu potravy. Z teoretického hlediska se jedná o *metodu záměrného (účelového) výběru přes instituce* tak, jak ji popisuje Miovský (2006).

O reprezentativnost jsem se pokusila tím, že jsem si vyhledala kontakty na všechna zmíněná zařízení v České republice, která byla dostupná na internetových stránkách. Pozitivní zpětnou vazbu, jsem dostala pouze z Psychiatrické léčebny Bohunice v Brně. Tím pádem není možno uvažovat o reprezentativnosti zkoumaného vzorku. Zkontaktovala jsem se s paní Mgr. Vláčilovou, jež pracuje na oddělení jako arteterapeutka a dohodly jsme se na spolupráci, byl mi umožněn i přístup do arteterapeutické skupiny. Rozhovor jsem postupně provedla s celkem 10 mladými ženami, jež byly tou dobou hospitalizovány pro poruchy příjmu potravy a zároveň se 1x týdně účastnily probíhající arteterapeutické skupiny po dobu 2 měsíců.

Předem jsem se snažila minimalizovat zkreslení výzkumného souboru. Abych se vyhnula zkreslení elitou, tzn., aby mi nebyly arteterapeutkou doporučovány pouze tzv. spolupracující klientky, účelově jsem se ptala i na nespolupracující klientky, s nimiž mi byl umožněn kontakt. Další faktor, jenž snížil zkreslení výzkumného souboru, byl fakt, že na oddělení se téměř vždy vyskytoval nižší počet žen (průměrně 4), a proto jsem snažila provést rozhovor téměř se všemi přítomnými ženami.

Arteterapeuty jsem vyhledala pomocí kontaktů, nalezených na internetových stránkách nebo v periodikách, které prezentovaly jejich odborné působení a zkušenosti s klienty s poruchami příjmu potravy. Vzhledem k povaze výzkumu jsem požadovala, aby odborníci arteterapeuticky pracovali s klienty s poruchami příjmu potravy alespoň po dobu delší než jeden rok, dalším kritériem bylo úspěšné absolvování arteterapeutického výcviku. Pro dosažení větší reprezentativnosti vzorku jsem se snažila vyhledat i muže arteterapeuty.

Z kontaktovaných arteterapeutů souhlasili s poskytnutím rozhovoru tři arteterapeuté (dvě ženy a jeden muž). Zařazením muže – arteterapeuta do výzkumného vzorku jsem docílila větší různorodosti a zároveň jsem i částečně vyvážila větší zastoupení ženského pohlaví mezi arteterapeuty poskytující rozhovor. Arteterapeuty, jež vyhovovali daným kritériím, jsem tedy vybírala pomocí *metody prostého záměrného (účelového) výběru*.

Za účelem poskytnutí komplexnějšího pohledu na skupinu participantek, jsem zaznamenávala i tvrdá data: věk respondentů, počet sourozenců, vzdělání, zaměstnání, počet a druh psychické poruchy v rodině, počet dětí, přítomnost partnera, místo bydliště a zda se setkaly s arteterapií poprvé nebo vícekrát (například u předchozí léčby). U výzkumného souboru arteterapeutů mě zajímala: délka odborné arteterapeutické praxe s klienty s poruchami příjmu potravy a typ zařízení, v němž provozují léčbu (psychiatrie/jiné instituce).

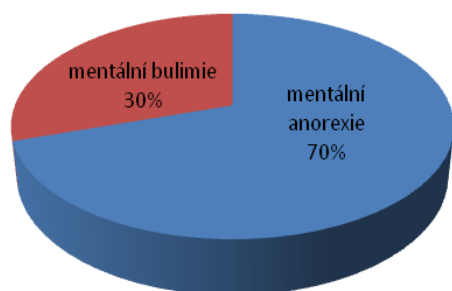
### **6.2.2 Popis výzkumného souboru**

Jak jsem již uvedla v předchozím oddíle kapitoly, mladé ženy, které jsem zahrnula do výzkumu, vyhovovaly všem zadaným kritériím (měly diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, odpovídaly věkově a účastnily se arteterapeutických sezení po dobu dvou měsíců 1 x týdně. Dále jsem charakteristiku vzorku žen doplnila zjištěnými tvrdými daty (počtem sourozenců, vztahem rodičů, přítomností psychické poruchy v rodině, vzděláním, zaměstnáním, počtem vlastních dětí, přítomností partnera, případně typem svazku, místem bydliště a zkušenostmi s arteterapií), jež poskytly ucelený přehled základních údajů o jednotlivých participantkách výzkumu. U arteterapeutů jsem se zaměřila na zjištění počtu let, jež se zabývají prací s klienty s poruchami příjmu potravy a na místo vykonávání odborné praxe (léčebna či jiná instituce). Získané údaje jsem seřadila do jednotlivých tabulek a opatřila popisem a legendou. Zkratku PPP používám v tabulce či textu jako zkrácený název pro poruchy příjmu potravy.

Nepodařilo se mi získat rovnoměrné věkové zastoupení žen v období adolescence a mladé dospělosti, na oddělení se nacházela většina žen v období mladé dospělosti (do věku 34 let). Věkový průměr participantek činil 26.6 let.

Sourozence má 9 žen. 4 ženy jsou z úplné rodiny a 3 ženám umřel jeden z rodičů. Psychické onemocnění v rodině se vyskytlo u 6 žen, mezi vyskytujícími nemocemi se objevil alkoholismus ze strany otce u 2 žen, alkoholismus ze strany bratra a alkoholismus u bratra otce u 1 ženy, porucha příjmu potravy u sestry 1 ženy a psychické onemocnění u matky ve 2 případech. V době před onemocněním pracovalo 5 žen a studovaly či se učily 3 ženy, 2 ze souboru byly nezaměstnané. 6 žen mělo v době hospitalizace partnera či bylo vdaných. 2 ženy mají děti a 4 bydlí ve své vlastní domácnosti. 6 žen bydlí společně s rodiči, v jednom případě spolu s partnerem. Pro mentální anorexii se v době výzkumu léčilo 7 žen a pro mentální bulimii se léčily 3 ženy.

Arteterapeut č. 1 má 12 let praxe s klienty s poruchami příjmu potravy, arteterapeutka č. 2 se pohybuje v oblasti poruch příjmu potravy 30 let. Arteterapeutka č. 3 má 4 roky praxe s klientkami s poruchami příjmu potravy. Dva arteterapeuté působí v nemocnici, jedna arteterapeutka působí v soukromém zařízení.



Graf č. 1 Současná léčba pro mentální anorexii a mentální bulimii

	věk	počet sourozenců	rodiče	psychické onemocnění v rodině
<b>klientka č. 1</b>	23	1	NPO, NPM	PPPs
<b>klientka č. 2</b>	22	1	S	-----
<b>klientka č. 3</b>	33	1	R	AO, LPM
<b>klientka č. 4</b>	28	0	S	-----
<b>klientka č. 5</b>	34	1	UM	-----
<b>klientka č. 6</b>	23	2	S	AOB
<b>klientka č. 7</b>	20	2	UO (R)	-----
<b>klientka č. 8</b>	34	2	S	AO
<b>klientka č. 9</b>	24	2	UO	AS
<b>klientka č. 10</b>	25	1	R	LPM

Tabulka č. 2 Osobní údaje žen s PPP

**Legenda:**

**Rodiče:**

R = rozvedení

NPM = nový partner matky

NPO = nová partnerka otce

S = rodiče jsou stále spolu

UM = úmrtí matky

UO = úmrtí otce

UO (R) = úmrtí otce, rodiče byly rozvedení

**Psychické onemocnění v rodině:**

A = alkoholismus (otce = AO, sourozence = AS, bratr otce = AOB)

LP = léčba na psychiatrii (matka = LPM)

PPP s = léčba pro poruchy příjmu potravy sourozence

	<b>vzdělání</b>	<b>zaměstnání</b>
<b>klientka č. 1</b>	S	Vš/p
<b>klientka č. 2</b>	S	ZVPN
<b>klientka č. 3</b>	S	ZVPN
<b>klientka č. 4</b>	Vš	ZVPN
<b>klientka č. 5</b>	Vyuč.	N
<b>klientka č. 6</b>	Z	N
<b>klientka č. 7</b>	Z	Vyuč. /p
<b>klientka č. 8</b>	Vyuč.	ZVPN
<b>klientka č. 9</b>	Vyuč.	Pč.
<b>klientka č. 10</b>	S	Vš/p

Tabulka č. 3 Vzdelání, zaměstnání

**Legenda:**

**Vzdělání:**

Z = základní vzdělání

Vyuč. = vyučení

Vyuč. /p = vyučení přerušeno

S = střední s maturitou

Vš/ p = studium vysoké školy momentálně přerušeno

Vš = vysokoškolské vzdělání

**Zaměstnání:**

N = nezaměstnaná

ZVPN = zaměstnaná, momentálně v pracovní neschopnosti

Pč. = pracující na částečný úvazek

	<b>partnerství</b>	<b>počet dětí</b>	<b>místo bydliště</b>
<b>klientka č. 1</b>	P	0	VD
<b>klientka č. 2</b>	P	0	OR
<b>klientka č. 3</b>	P	0	VD
<b>klientka č. 4</b>	Bzp	0	BR
<b>klientka č. 5</b>	P	2	VD
<b>klientka č. 6</b>	Bzp	0	BR
<b>klientka č. 7</b>	Bzp	0	BR
<b>klientka č. 8</b>	V	2	VD
<b>klientka č. 9</b>	V	0	OR
<b>klientka č. 10</b>	Bzp	0	BR

Tabulka č. 4 Partnerství, děti, bydliště

**Legenda:**

**Partnerství:**

P = přítel

V = vdaná

R = rozvedená

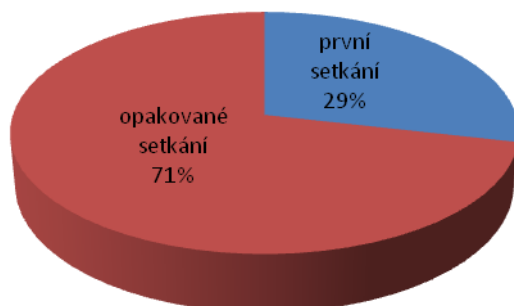
Bzp = bez partnera

**Místo bydliště:**

VD = vlastní domácnost

BR = bydlí s rodiči (OR = oba partneři bydlí spolu s rodiči)

Ukázalo se, že většina zúčastněných žen se již setkala v nějaké formě s arteterapií, nově ji zažily 4 ženy z 10. Přičemž jedna ze 4 si sama aktivně na internetových stránkách vyhledala, o kterou terapii se jedná a s čím pracuje.



Graf č. 2 Procento žen, které byly poprvé hospitalizovány a setkaly se s arteterapií

	<b>dřívější léčba pro PPP</b>	<b>nynější hospitalizaci pro PPP</b>
<b>klientka č. 1</b>	AM	1 HP, z internetu
<b>klientka č. 2</b>	2 HP, Při hospitalizace, ve škole	
<b>klientka č. 3</b>	AM, v ambulanci	1 HP
<b>klientka č. 4</b>	Jiné psychosomat. nemoci	1 HP, při hospitalizaci
<b>klientka č. 5</b>	Jiné psychosomat. nemoci (HP)	1 HP, při hospitalizaci
<b>klientka č. 6</b>	AM, ve škole	1 HP
<b>klientka č. 7</b>	2 HP, při hospitalizaci	
<b>klientka č. 8</b>	2 HP, při hospitalizaci	
<b>klientka č. 9</b>	-----	1 HP, při hospitalizaci
<b>klientka č. 10</b>	AM, v ambulanci	1 HP

Tabulka č. 5 Setkání klientek s arteterapií

**Legenda:**

Číslo udává počet hospitalizací včetně současné hospitalizace. Uvedené zkratky informují, kde se dívky léčily:

AM = ambulantní léčba pro PPP

HP = hospitalizace pro PPP

Jiné psychosomat. nemoci = Častá léčba pro jiné psychosomatické nemoci či komorbidity s ppp

Kde se dozvěděli o arteterapii a kdy- podle zařazení do sloupce (dříve nebo při současné hospitalizaci):

- ve škole
- z internetu
- v ambulanci
- při hospitalizaci

### **6.3 Metody získávání dat**

K sběru dat jsem použila kombinaci polostrukturovaného interview s možností inquiry, jež se mi jevila jako nejvhodnější. Podle Miovského (2006) polostrukturované interview řeší nevýhody plně strukturovaného a nestrukturovaného interview a zároveň v sobě obsahuje výhody obou interview. Dalším důvodem pro jeho volbu byla možnost měnit pořadí otázek, které mi dovoľovalo volně navazovat mezi jednotlivými otázkami či kategoriemi, jež se v danou chvíli jevily jako nejvhodnější. Zvolený postup mi umožnil přizpůsobit se jednotlivým participantkám a zároveň nenarušit tok rozhovoru tím,



že bych se striktně držela přesné formulace otázek či jejich pořadím. Přidání možnosti inquiry v rozhovoru, se ukázalo jako velmi hodnotné a přínosné. Jelikož se ve své výzkumné části práce zabývám subjektivními pocity, které jsou mnohdy těžce uchopitelné. Použití inquiry mi umožnilo ověřit si, zda jsem odpovědi pochopila stejně tak, jak je participantka mínila. Přínosem bylo také to, že jsme některá témata rozebraly do větší hloubky.

Při přípravě na polostrukturované interview pro práci s participantkami jsem postupovala takto: na základě prostudované literatury, cílů a výzkumných otázek jsem vytvořila pět oblastí, kterým jsem se chtěla při rozhovoru věnovat. Poté jsem každou oblast v interview dále konkretizovala do jednotlivých otázek. Vzniklo tak schéma interview přibližně o 65 otevřených a několika uzavřených otázkách.

Otázky jsem podle potřeby a kontextu situace obohatila doplňujícími otázkami. Následně jsem vypracovala strukturu polostrukturovaného rozhovoru určeného pro arteterapeuty, která stála na stejných principech jako polostrukturované interview vytvořený pro participantky výzkumu.

Vytvořila jsem tři oblasti dohromady o 14 otevřených otázkách.

Schéma interview pro participantky výzkumu:

#### **Arteterapie**

1. Setkala ses s arteterapií již dříve?
2. Jaký by měl podle tebe být arteterapeut?
3. Maluješ si sama od sebe např. doma?
4. Naplnila arteterapie tvoje očekávání?
5. Co tě nejvíce bavilo? Proč?
6. Co tě nejméně bavilo? Co ti na této technice vadilo?
7. Nedělala jsi nějakou techniku? Proč?
8. Kdybys mohla změnit cokoliv za celou dobu arteterapie, co by to bylo?
9. Jak se ti pracovalo ve skupině?
10. Měla jsi s někým konflikty nebo ti byl někdo ve skupině nesympatický?
11. Jaké jste měli mezi sebou vztahy ve skupině?
12. Jak se ti líbilo vedení skupiny, vytkla bys něco?
13. Jak bys jedním slovem popsala svůj vztah k arteterapeutce?
14. Kdybys mohla, změnila bys něco ve skupině?
15. Změnila jsi po dobu arteterapie svůj postoj k nějaké dívce?
16. Bála ses nebo styděla ses rozebírat nějaké téma ve skupině (před ostatními ze skupiny)?
17. Co ti bylo naopak příjemné, našla bys něco?
18. Pracuješ raději sama nebo v týmu?

19. Byla pro tebe něčím arteterapie přínosná?

20. Vidiš v něčem problém arteterapie?

### **Mentální anorexie a mentální bulimie-léčba**

1. Proč jsi začala hubnout?

2. Kdy u tebe nemoc začala?

3. Chtěla ses nechat hospitalizovat nebo tě sem přivedl někdo z rodiny nebo někdo jiný?

4. Jak se cítíš po psychické i tělesné stránce dnes?

### **Plány, zájmy**

1. Co si momentálně přeješ nejvíc?

2. Změnilo se u tebe něco na konci pobytu? Co?

3. Máš teď nějaké plány, co budeš dělat, až se vrátíš domů?

4. Věříš si teď víc než před léčbou?

5. Cítíš v sobě nějaký posun?

6. (pokud je odpověď kladná)- Vzbudily se tyto pocity při nějaké arteterapeutické technice?

7. Co je v tuhle chvíli pro tebe nepředstavitelné?

8. Co ti pomáhá, když se po psychické stránce necítíš dobře?

9. Máš nebo měla jsi nějaké záliby? Jaké?

### **Rodina**

1. Bavíš se o své nemoci doma s rodiči?

2. O čem se nejčastěji doma bavíte?

3. Jakou máš podporu od rodiny?

4. Mají mezi sebou rodiče problémy, v čem?

5. Jak bys jejich vztah popsala?

6. Měla jsi problémy s některým z rodičů, než jsi onemocněla? Můžeš mi je popsat?

7. Změnily se vaše vztahy s nástupem nemoci?

8. Máš sourozence?

9. Jaký máte mezi sebou vztah?

10. Chodí tě sem někdo z rodiny navštěvovat?

11. Co se mezi vámi (členy rodiny) změnilo, když ses začala léčit?

12. Těšíš se na něco doma?

13. Myslíš, že se u vás něco změní, až přijdeš domů?

### **Škola/zaměstnání, přátelé, vztahy**

1. Máš nějaký partnerský vztah?

2. Poznamenala nemoc váš vztah, jak?

3. Jak dlouho jste spolu?

4. Máte nějaké problémy? V čem je vidíš?

5. Už jsi byla nemocná, když jste spolu začali chodit?

6. Žijete spolu také sexuálně? Jsi spokojená?

7. A v partnerském životě celkově, jsi spokojená?

Pokud má přítele, manžela:

8. Změnilo se něco na tvém vztahu s přítelem/manželem?
9. Chodil tě navštěvovat?
10. Bavíte se spolu o tvé nemoci?
11. Máš tady na oddělení dobré vztahy?
12. Máš někoho blízkého, komu se svěřuješ?
13. Máš kamarády ve škole/práci či v místě bydliště?
14. Ví o tvé nemoci? A že jsi tady hospitalizovaná?
15. Chodí tě sem někdo z nich navštěvovat?
16. V práci či ve škole o tvé nemoci vědí? Jak myslíš, že to berou?
17. Jaký jsi měla vztah ke svým spolužákům či kolegům z práce?
18. Co studuješ, případně, co jsi vystudovala?
19. Jaké jsi měla známky, řešila jsi je hodně?
20. Pokud stále studuje- Vracíš se do školy?
21. Pokud pracuje- Vracíš se po léčbě do svého zaměstnání?

Schéma interview pro arteterapeuty:

**Arteterapie u dívek s poruchami příjmu potravy**

1. Co si myslíte, je možné díky arteterapii poznat jinak těžko přístupné osobnostní rysy klientek/tů?
2. Objevuje se během tvorby nový psychotherapeutický materiál?
3. Jaké by měl mít podle vás vlastnosti arteterapeut, který pracuje s dívkami PPP?
4. Co je nejtěžší, s čím se setkáváte při práci s dívkami s PPP?
5. Jaké techniky se vám nejvíce osvědčily? Jaké jsou podle vás neúčinnější?
6. Co si kladete za cíl při práci s dívkami? Čeho chcete dosáhnout?
7. Do jaké míry je podle vás arteterapie u dívek s PPP přínosná?

**Zkušenosti**

8. Kde berete inspiraci na nové techniky?
9. Jak si s děvčaty budujete důvěru?
10. Můžete mi rámcově říct postup práce s dívkami?
11. Kolik let máte praxi s dívkami s poruchami příjmu potravy?
12. Máte nějaký výcvik?

**Muži vs. ženy s poruchami příjmu potravy v arteterapii**

13. Liší se práce ve skupině, kterou vedete, když je součástí kluk/muž?
14. Všiml jste si rozdílů v tvorbě mezi kluky a děvčaty s PPP?

## **6.4 Procedura sběru dat**

Jak jsem již uvedla v kapitole výběr vzorku, k mladým ženám mi byl umožněn přístup díky arteterapeutce Mgr. Vláčilové. Postupně jsem navštívila tři po sobě jdoucí skupiny, probíhající v PL Bohunice, první skupina probíhala od září roku 2009, poslední probíhala v únoru 2010. Ke konci první a druhé arteterapeutické skupiny jsem postupně uskutečnila rozhovor se čtyřmi ženami a z poslední skupiny jsem vedla rozhovor s dvěma ženami. Rozhovory většinou probíhaly v době po odpoledním klidu, tzn. zhruba mezi 13- 14 hodinou. Každé participantce, která se zapojila do výzkumu, jsem se nejprve představila a poté se ujistila, zda se opravdu chce zúčastnit výzkumu. Před zahájením výzkumné části rozhovoru, jsem jí vysvětlila účel tohoto výzkumu a ubezpečila ji, že pokud jí budou některé otázky nepříjemné, nemusí na ně odpovídat. Ženy byly ujištěny o anonymitě poskytovaných osobních informací a souhlasily s nahráváním po celou dobu našeho rozhovoru. Těmito kroky jsem chtěla zajistit potřebnou etiku výzkumu. Rozhovory probíhaly v soukromí, ale vždy v areálu PL Bohunice, buďto v ateliéru arteterapie nebo v prázdné jídelně.

Jako způsob zaznamenávání výpovědí participantek jsem si zvolila diktafon. Chtěla jsem tak zamezit rušivému vlivu, pokud bych používala blok a tužku po čas rozhovoru, zároveň jsem tak docílila uchování nezkraslených odpovědí participantek se všemi autentickými projevy, které rozhovor dokreslovaly. Během rozhovoru jsme si s participantkami tykaly. Jeden rozhovor trval přibližně 45 minut. Získaná data jsem poté přepisovala a postupně analyzovala. Audio záznamy jsem posléze smazala, aby nemohly být případně zneužity.

Další arteterapeuty jsem kontaktovala prostřednictvím emailových adres, které jsem našla na příslušných internetových stránkách. Se dvěma arteterapeuty, kteří ochotně souhlasili s poskytnutím rozhovoru, jsem se nesetkala osobně, ale využila jsem možnosti telefonického rozhovoru. Tento druh rozhovoru jsme si zvolila především z důvodu časové vytíženosti odborníků a také z důvodů větších vzdáleností od mého bydliště. Ještě před započítím jednotlivých rozhovorů jsem se s arteterapeutem i arteterapeutkou telefonicky spojila, abychom se domluvili na čase a dalších detailech rozhovoru, vysvětlila jsem jim také účel svého výzkumu. Rozhovory probíhaly v odpoledních a večerních hodinách, kdy mohly být provedeny v nerušeném prostředí. Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon a posléze je přepsala. Poté jsem nahrávky opět smazala. Se třetí arteterapeutkou jsem vedla rozhovor osobně, interview probíhalo

v nikým nerušeném ateliéru. Průměrná doba rozhovoru s arteterapeuty byla 30 minut. Stejně jako klientky měli možnost i arteterapeuté odmítnout odpovídat a také jsem jim nabídla možnost anonymního sdělení zkušeností a informací. Nabídky chtěla využít pouze jedna arteterapeutka, zbylým dvou arteterapeutům nevadila prezentace jejich jmen. Vzhledem k účelům výzkumu není zapotřebí uvádět jejich jména, a proto jsem se rozhodla zachovat anonymitu všech tří arteterapeutů.

## **6.5 Způsob zpracování dat**

Získaná kvalitativní data jsem zpracovala tak, abych s nimi mohla v dalších krocích provádět kvalitativní analýzu. Nejprve jsem celý audio záznam doslovně přepsala do textové podoby, abych zamezila ztrátě drobných nuancí v odpovědích. Podobně jsem kontrolovala celou transkripci opakovaným poslechem tak, že jsem svůj přepis porovnávala s originální audio nahrávkou tak, jak doporučuje Miovský (2006), tím jsem chtěla předejít chybovosti v přepisu záznamu a zároveň tak zvýšit nestrannost záznamu z mé strany, tedy ze strany výzkumníka.

Stejný postup jsem zvolila i při transkripci jednotlivých rozhovorů s arteterapeuty.

Poté jsem začala kvalitativní data kódovat. V první fázi jsem v textu identifikovala segmenty, které se významově váží k tématu práce. A poté jsem k nim přiřazovala adekvátní pojmy.

Díky kódům (symbolům) vznikají datové segmenty, s kterými již lze pracovat. Kódy jsou přiřazovány k částem textu tak, že jsou systematicky kategorizovány podle tématu a výzkumných otázek (Hendel, 2008). Jednotlivé segmenty se opatřují názvy. Proces označování a vybírání názvů je velmi náročný a dochází při něm často k restrukturalizaci a různým přeskupováním či dělení segmentů (Miovský, 2006).

Postupnou modifikací témat, jejich zamítáním či jejich rozšiřováním a logickým slučováním jsem vytvořila systém kategorií, některé byly příliš široké, proto jsem v rámci kategorií vytvořila ještě subkategorie. Vzniklé subkategorie jsem dávala do vztahů, třídila je, hledala mezi nimi podobnosti, rozdíly. V průběhu kódování jsem se ptala na vztahy mezi pojmy a kategoriemi a subkategoriemi, také jsem pracovala s kontrolou a kladla si otázky: Proč takto uvažuji? O čem se zdá, že to je... a kontrolovala jsem, zda jsem se vyhnula interpretacím (Hendel, 2008, Strauss a Corbinová, 1990).

Pro kvalitativní analýzu a interpretaci kvalitativních dat jsem použila metodu vytváření trsů, kdy jsou dávány dohromady výroky participantek. Trsy vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Dále jsem využila metodu zachycení vzorců (gestaltů), s pomocí níž jsem hledala opakující se témata a vzorce, která jsou zaznamenávána do koherentních „příběhů“, doplňována novými daty, která příběh rozvádějí či jej vyvracejí. Dále jsem pracovala s metodou kontrastování a srovnávání, díky níž lze upozornit na jednotlivé odlišnosti mezi dvěma kategoriemi, i když mají něco společného (Miovský, 2006). Těmto metodám předcházela kvalitní deskripce, kterou Miovský (2006) uvádí jako první stupeň analytické práce. Miovský (2006, s. 221) říká: *„že deskriptivní přístup v oblasti analýzy kvalitativních dat tvoří jakousi základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme.“*

## **7. Výsledky analýzy**

Pro popis výsledků rozhovorů jsem vytvořila kategoriální systém. Jednotlivé výzkumné okruhy jsou syceny otázkami ze schématu interview podle toho, které do nich spadaly. Analýzou rozhovorů jsem si určila hlavní kategorie a subkategorie, které se vztahují k tématu výzkumu. Některé subkategorie jsou obohaceny o výroky z rozhovorů participantek nebo arteterapeutů.

Ze vztahů mezi kategoriemi a pojmy v nich obsažených je možné získat informace o subjektivním pohledu na arteterapii, problematiku poruchy desíti vybraných mladých žen s poruchami příjmu potravy, které se účastnily skupinové arteterapie po dobu dvou měsíců v PL Bohunice, a tří arteterapeutů, kteří s dívkami s poruchami příjmu potravy pracují.

Také jsem pro některé subkategorie vytvořila subkategorie druhého řádu, které specifikují danou subkategorii a umožňují tak získat více informací o výsledcích. Při popisu jednotlivých subkategorií uvádím buďto počty klientek slovně nebo do závorky číslicí, např. čtyři klientky nebo žen (5).

Výsledné hlavní kategorie jsem opatřila velkým tiskacím písmenem abecedy a číslicí, jež slouží pro snadnější orientaci v tabulce. Tabulka vznikla jako souhrn výsledných kategorií, slouží také jako vodítko pro popis vztahového modelu subjektivního pohledu na arteterapii a poruchy příjmu potravy, který vznikl na základě analýzy.

Uvádím je na konci kapitoly.

Pro následné lepší porozumění textu uvádím příklad značení, které při popisu výsledků používám. Hlavní kategorie je tedy vždy označena písmenem, číslicí a název je tučně a podtržen, například takto: **4 F Procesy v arteterapii**, potom subkategorie, které ji tvoří, značím v textu tučně, např. **snížená kontrola**, ta se případně může dělit ještě na další subkategorie (není to pravidlem), tedy subkategorie druhého řádu, je potom značím pouze podtržením, takto: stereotypní jednání a navození nezvyklé situace. A kurzívou mám značeny dimenze jednotlivých subkategorií, např. *nejaktivnější, nejskrytější*.

## **7.1 Hodnocení arteterapeutické činnosti a osoby arteterapeuta**

Různé pohledy na arteterapii, potažmo na arteterapeuta stojí v centru zájmu mého výzkumného šetření. Tento výzkumný okruh sytí čtyři velké kategorie: **1, 2 A Očekávání a vedení arteterapeutické skupiny**, **1 A Subjektivní zážitek z arteterapie**, **1 A Problematika arteterapie** a **1 A Práce ve skupině**. Nelze je od sebe striktně oddělit, protože subkategorie, které jednotlivé kategorie obsahují, se vzájemně překrývají a vytváří tak mezi sebou vztahy, které se později pokusím objasnit.

Zjištění, která vyplynula z výzkumného okruhu Arteterapie, je dvojího rázu. Buďto jsou ženy nadšené a tzv. se s radostí vrhají do arteterapie, snaží se být otevřené arteterapii kladně využít pro své sebepoznání. Zatímco druhá část žen zaujímá skeptický postoj vůči arteterapii a nepocituje žádný přínos či jim připadá zbytečná.

Nyní se zaměřím na konkrétní kategorie, které podrobně popíši se všemi subkategoriemi, které ji tvoří.

### **1, 2 A Očekávání a vedení arteterapeutické skupiny**

Většina žen, které se účastnily arteterapeutických skupin, věděly, co mají očekávat od arteterapie, buď si samy zjistily informace, nebo se dozvěděly na internetu či ve škole, s čím arteterapie pracuje a čeho využívá. Z rozhovorů vyšlo najevo, že několik žen o arteterapii slyšelo ještě před nástupem do léčby, ale nevěděly, že „kreslení, tvorba nebo malování“ se nazývá arteterapií.

Nově arteterapii zažilo na „vlastní kůži“ šest žen, čtyři ženy arteterapii znaly nejčastěji z ambulantní psychiatrické či psychologické péče, kam docházely nebo povědomí o ní měly ze své předchozí hospitalizace.

**Osobní nastavení** – mezi ženami se objevilo pět žen, které se domnívají, že kreslí špatně, neumí to a některé z nich kreslení ani tvorba s uměleckým materiálem nebaví. Tři ženy se ukázaly jako umělecky založené typy. Malují si samy doma, jedna z nich si občas sedne a kreslí, nehledá v tom větší význam, ale „jen uspokojení“ z malby, další si předkresluje obrázky na hedvábí. Pro třetí ženu slouží tvorba k ujasnění pocitů, sama si doma hledá významy v jednotlivých výtvorech, pracuje s různými materiály a píše básně.

Klientka č. 3 říká: *„a to jsem si malovala už od školy, že jsem si třeba psala nějaké básničky, kreslila jsem si třeba tuší, jednu dobu mi to hodně pomáhalo, chtěla jsem zjistit, jak ten pocit vypadá, nevěděla jsem, jak ho vyjádřit, tak jsem ho prostě vyjádřila tak, že jsem ho namalovala.“*

Zbytek žen (2) rády kreslí, i když se některé domnívají, že neumí kreslit, kreslí, protože je to baví, nebo protože jim to připadá přínosné ve skupině.

V **Očekávání**, jak bude arteterapie probíhat, se daly identifikovat tři pocity, přičemž nehrálo roli, zda arteterapii již žena zažila či nikoliv. Nejfrekventovaněji se u žen vyskytovaly žádné očekávání (u čtyř žen), neměly žádnou určitou představu, jak bude arteterapie probíhat. Ženy, které nic neočekávaly, si nedokázaly pod tímto názvem nic představit (i když si ji některé v minulosti prošly) nebo již věděly, o čem arteterapie bude, a tím pádem od ní nic neočekávaly. Také k tomuto pohledu přispíval fakt, že arteterapii znaly např. z dřívější hospitalizace a věděly, že jim minule nepomohla.

Klientka č. 5 říká: *„Kdybych o tom nic nevěděla, tak to vyjde na stejno.“*

Zvědavost (u čtyř žen) pramenila z určité představy o arteterapii. Představa se odvíjela od zážitku s arteterapií nebo z dojmu, kterého nabyly při doslechnutí se, načtení, jak arteterapie může probíhat, či ze svojí vlastní fantazijní představy něčeho nového, přičemž tato představa nebyla podbarvená negativním očekáváním jako obava z arteterapie. Obava (u dvou žen) vznikla na podkladě strachu, že nezvládne arteterapii jako celek a na podkladě nejistoty z kreslířských dovedností a uměleckých schopností.



Ženy, které neměly žádné očekávání, měly ke konci arteterapeutických sezení k arteterapii neutrální až spíše negativní vztah. Ženy s negativním vztahem k arteterapii nevnímaly arteterapii jako přínosnou metodu léčby mentální anorexie či bulimie nebo si myslely, že nejsou typy, které tato činnost, případně tvorba, může oslovit.

Což dokládá odpověď klientky č. 6, která říká: „*Mně osobně to vůbec nenadchlo, nedotýká se mě to.*“

Ženy, které zažívaly obavy, před prvním setkáním arteterapeutické skupiny, se ponořily do terapie. Dokázaly se vcítit do svých obrázků, kreslily bez záměru na dané téma, ale při společném povídání dokázaly odhalit, co jejich obrázky skrývají či symbolizují. Arteterapie je začala bavit a zbavily se strachu z ní, byly překvapené, jak u nich funguje. Překvapení v průběhu arteterapie zažívaly i některé ženy, které tvořily subkategorii zvědavost. Tři z nich uvedly překvapivý obrat směrem k pozitivnímu přijímání arteterapie. Vypovídaly, že i když nakreslily „pouze“ obrázek nebo neměly náladu tvořit, postupně ve svém artefaktu našly hodně symbolů a věcí, kterými se trápily.

Klientka č. 2 říká, že: „*Tak jsem si říkala, že je to fakt zvláštní, když si představím něco na pět minut, pak to nakreslím na papír a vyjde z toho vlastně v podstatě minulost, přítomnost a budoucnost, fakt tak jak je, vyjádřená ve zvířeti.*“

Nyní přejdu od očekávání a nastavení klientek k tomu, jak si samy klientky představují ideálního arteterapeuta a jeho styl práce, tato představa bude doplněna jejich skutečnými zážitky se stylem vedení skupiny a osobou arteterapeuta.

**Ideální vlastnosti**, které by měl arteterapeut mít proto, aby se s ním ženy cítily příjemně, se ve většině odpovědí shoduje s označovány (reálnými) vlastnostmi arteterapeutky, která vede arteterapeutickou skupinu v PL Bohunice.

Jako ideální vlastnosti byly jmenovány: upřímnost, „pohodovost“, lidskost, schopnost empatie, umělecké cítění, dále by měl být arteterapeut sympatický, citlivý. Tři ženy nedokázaly odpovědět.

Jako **ideální styl práce** byla ženami uváděna: schopnost vyslechnout si druhé a umět poradit, nevnucovat své postoje, netlačit do odpovědí, tvorby, samotného arteterapeuta to musí naplňovat, neměl by se na ně dívat skrz prsty a měl by si vážit každého obrázku, taky by měl být stejně nastavený, jak po komunikační stránce, tak po stránce osobnosti. Shodně ženy (6) uváděly, aby se jim nikdo za artefakty nevysmíval, a aby nebyly tlačeny do činnosti.

Klientka č. 3 říká, že: *„kdyby tady byl někdo, kdo se vysmívá, tak bych se bála, přičemž mě kreslení baví, neříkám, že umím kreslit, jako jo, ale měla bych strach, měla jsem strach i ze začátku, vlastně ten první obrázek, co jsem nakreslila. Sakra, jsem si říkala, to bude vypadat hrozně a pak jsem zjistila, že to ona opravdu tak nevidí.“*

**Vedení arteterapeutické skupiny,** jak jsem již zmínila v předchozí subkategorii, reálné vedení arteterapeutické skupiny bylo často vnímáno v souladu s ideály arteterapeuta a jeho vedením. Arteterapeutka působila jako sympatická žena, která má cit pro umění, dokáže se vcítit do ostatních a nechává prostor pro tvorbu i závěrečné povídání, pokud někdo nechce tvořit, nenutí jej. Částečně koordinuje, má smysl pro humor, zamýšlí se nad obrázky, nezesměšňuje ničí tvorbu, neskáče do řeči a umí poslouchat. Chová se ke svým klientkám jako k dospělým ženám, s respektem, což dvě ženy spatřují jako pozitivum, oproti pobytu na dětském oddělení.

**Vztah s arteterapeutkou** dokázala popsat pouze jedna žena jako důvěru, protože ji osobnostně vyhovovala a měla ji ráda. Ostatní popisovaly vztah jako nijaký či málo intenzivní, jako důvody byly zmiňovány nízká frekvence arteterapeutických sezení oproti skupinovým sezením, jež probíhaly 3 x týdně s psychologem nebo to, že jej prostě neumí popsat.

## **1 A Subjektivní zážitek z arteterapie**

Arteterapie z pohledu žen trpících poruchou příjmu potravy je vnímána dvěma způsoby, buďto jako přínos v různých směrech, jejichž jednotlivé aspekty popíši níže, nebo jako terapie, která je zcela pro danou ženu nevyhovující a naopak ji nudí a nepřipadá jí potřebná, takto je vnímána čtyřmi ženami.

**Ujasnění pocitů** - tři ženy vnímaly arteterapii jako přínos při přezkoumávání vlastních pocitů, část z nich si své pocity ani během tvorby neuvědomovaly, ale potom v kruhu, když jednotlivé obrázky probíraly, došly jim některé významové spojitosti, mohly si utřídit pocity v sobě. Nejčastěji se uvědomění projevovalo u techniky obkreslování postavy, kde zakreslovaly pocity do různých částí těla.

Klientka č. 1 se k tomu vyjadřuje takto: *„Vcítla jsem se do toho kreslení, potom jak jsme to rozebíraly, jsem si uvědomila spoustu věcí, kterých třeba, když jsem to kreslila, ale ne s tím záměrem, nakreslila jsem to tak, že když jsme si potom o tom povídaly, tak mi došlo, že to bylo asi z toho pocitu...“*

Při této technice zažívaly ženy i **pocity studu**. Tyto pocity vyvstaly u dvou žen, které zároveň odmítaly arteterapii a tato technika byla jimi zvolena jako nejnejpříjemnější za celý průběh arteterapie.

Klientka č. 5 na to tuto techniku reagovala takto: *„Nerada se bavím o svém těle, jsem tady z holek nejtlustší, všechny jsou hubenější než já a navíc neumím kreslit.“*

Pro ženu (č. 7), která se stavěla k arteterapii kriticky, ale v něčem ji arteterapie vyhovovala a uznávala tak její některé výhody, se vyjádřila k obkreslování těla takto: *„Jediné, co se mi líbilo, bylo, že jsme se obkreslovaly a že jsem se viděla, jak vypadám ve skutečnosti.“*

**Emocionální zážitek** - pozitivně vnímaným prvkem arteterapie bylo, že dívky mohly skrze tvorbu vyjádřit pocity, dát průchod emocím. Některé techniky vyvolávaly v ženách (3) silný emocionální zážitek, ale nebyla to jen samotná tvorba, ale i diskuze či povídání nad výtvořem (pro některé ženy, především následné povídání).

Klientka č. 3 říká: *„Vyfotila jsem si pohlednici, jak jsme dělaly rodinu, tak to jsem si vyfotila, protože jsem si strašně moc uvědomila, bylo to o závislosti na matce, tak to bylo asi takové nejsilnější...“*

**Zpětná vazba** - je velmi oceňovaným a vítaným přínosem, i u jedné z žen, která považovala arteterapii za ztrátu času.

Jak klientka č. 6 říká: *„Mohla bych dělat něco jiného, si číst nebo být doma.“* Zpětnou reakci na svou tvorbu považovala za jediné, co by se dalo brát jako přínos arteterapie, říká: *„Ostatní holky ve skupině odkryly něco, na co jsem myslela.“*

Hodně ženám (7) pomáhalo v léčbě to, že ostatní ze skupiny řekly svůj názor nebo komentář k obrázku. Dostaly pohledy ostatních, které by nemusely zjistit, pokud by si o svých výtvorech nepovídaly. Výhodu spatřovaly také v tom, že mohly samy ohodnotit sebe, ale i ostatní, jak je vidí.

Klientka č. 2 říká: *„Byla jsem překvapená, že tam byli celkem otevření lidi a to mi pomáhalo, vždycky mně měly obrázek před sebou na zemi, tak nejdřív mluvil ten, kdo to nakreslil, pak třeba arteterapeutka a pak se zeptala, jestli v tom nevidí někdo něco dalšího, co by mohlo pomoci, tak to se mi strašně líbilo, že mi plno lidí řeklo svůj názor.“*

Klientka č. 3 říká: *„No, hodně zajímavé bylo, že jsme kreslily ten hrad jako skupina, každý to kreslil za sebe a zakreslil do toho pozice dobytí toho hradu všech, jak si myslí, sebe i všech, tak to bylo hodně zajímavé, protože jsme se dozvěděly od ostatních, jak jsme daleko jako s tou válkou, s tou nemocí.“*

**Sdílení** - za důležitý prvek v arteterapeutické skupině byla považována možnost svěřit se osobě se stejnými nebo podobnými problémy. Tři ženy uváděly, že považují za významnou pomoc v léčbě, že jim poradily ženy, které trpí stejnou nemocí, zažívaly stejné nebo podobné situace, a tak jim mohou ukázat svůj pohled na aktuální problém, který řeší. Velká část žen (6) se domnívá, že ženy s poruchou příjmu potravy mohou poskytnout jiný úhel pohledu než lidé, kteří si nemocí neprošli (odborný personál v nemocnici, psycholog, arteterapeutka).

Klientka č. 3 komentuje sdílení následovně: *„Jsou tady lidi, kteří mají podobný problém nebo stejný a mají svoje zkušenosti, můžou taky trochu pomoci, ale normálně bych se s něma o tom nebavila, ale když se to tady ve skupině rozebírá jako téma, nestydím se.“*

**Úleva – emocionálnímu zážitku**, kterému byl dán průchod, povídáním o problému či pláčem, zbavil tři ženy v průběhu arteterapeutického sezení napětí a úzkosti, které pociťovaly při následném povídání nad obrázky, kdy se jim začaly vybavovat emočně podbarvené souvislosti událostí (nejčastěji rodinné).

Klientka č. 10 říkala: „*Chtělo se mi hrozně brečet, když jsme měli vyrábět masku, ani nevím proč, cítila jsem se nepříjemně, už posledních pár dnů a nějak jsme se v závěrečném povídání dostaly k tomu, že jsme se bavily o vztazích, hrozně mi pomohlo, že jsem jim to mohla říct.*“

**Zamyšlení, podnět ke změně** - pěti ženami bylo udáváno, v souvislosti se **zpětnou vazbou**, že rada či názor, který slyšely, je podnítil k akci nebo, že jim to jakoby obrazně řečeno otevřelo oči a začaly na sobě pracovat. Tvrdí, že by si sami nevšimly, že dělají či přemýšlejí o něčem špatně, některé z žen svůj pohled přirovnávaly k tomu, jako by byly v tunelu a neviděly doprava, doleva. Dvě z žen uváděly, že ji ostatní viděly jinak, než ony samy sebe v boji s nemocí, což je posunulo.

Klientka č. 2 říká, že: „*si myslela, že je třeba trošku dál, ale že třeba to někdo vidí jinak, tak nad tím se člověk hodně zamyslí, hodně to dá.*“

Další klientka č. 4 se vyjadřovala takto: „*Byla tady s náma ještě jedna holka, která byla hrozně tichá a nic moc neříkala, po jedné skupině, kdy jsme si povídaly nad jejím obrázkem, jsem ji řekla, že ji nemůžu poradit, když nenechá nikoho, aby ji poradil, byla překvapená, docela jsme se pak začaly bavit. Nevím, ale myslím, že se docela zlepšila, bylo vidět, že chce pomoci, ale bála se.*“

**Relax, odpočinek** - neméně hodnotným zjištěním přínosu arteterapie byla příjemná atmosféra, kterou vnímalo 6 žen, některé oceňovaly, že nemusí přemýšlet a přece jim nějaké podněty artefakt přináší (viz výše jmenované). Dále bylo uváděno, že nemusí stále mluvit, protože většinový program byl založený především na verbalizaci pocitů. Jako poslední zmiňované pozitivum bylo to, že jsou nad papírem samy a mohou nerušeně pracovat.

Klientka č. 10 říkala: „*Mám raději aktivně strávený čas, nemusela jsem se nudit třeba na pokoji a někdy nemám fakt náladu mluvit, tak si sednu a něco vyrábím.*“

Jelikož považuji tuto oblast za přínosnou pro cíle mého zkoumání, pokusím se vystihnout hlavní spojitosti jednoho aspektu- arteterapeutických technik subjektivního pohledu na arteterapii. Prožitek z arteterapie se také váže k jednotlivým technikám, které vytváří kontext, na jehož podkladě si ženy vytváří dojem, přijímají či naopak odmítají arteterapii jako metodu, která může přispět či ovlivnit léčbu mentální anorexie či bulimie.

Proto zde v souhrnu uvádím techniky, jež vyvolaly emoční odezvu (pozitivní i negativní).

Techniky jsem sepsala podle oblíbenosti a naopak, ve vztahu k jednotlivým subkategoriím. Vypsala jsem pouze ty techniky, kterým přikládaly samy ženy nějaký význam, ať již kladný či záporný.

Nejvíce, ale i zároveň nejméně oceňovanou technikou bylo „obkreslování postav“, které klientky č. 1, 2, 3, 7 uváděly jako nejemotivnější a přinášející nejvíce podnětů o svém těle a zrcadlily jejich pocity a realitu postavy. Z těch samých důvodů byla odmítána klientkou č. 5 a klientkou č. 6, nechtěly rozebírat své pocity spojené s tělem.

Dále byla vyzdvižována technika „dobývání hradu“, která se setkala u žen s úspěchem, jak vyplývá z rozhovorů, díky tomu, že nezobrazovala jen samotné autorky, ale také všechny členy v „boji s nemocí“. Stejně tak, jako řízená imaginace, která vyhovovala čtyřem ženám. Jako velmi emočně nabitá technika byla označena technika „Pohlednice“.

Odmítanou technikou byl „boj s drakem“, který se měl vymodelovat z hlíny, ženy (2), které tuto techniku dělaly, si doslova stěžovaly, že nepochopily zadání a zároveň se cítily být arteterapeutkou tlačeny do významů, které tam ony neviděly.

Za zbytečnou a „plytkou techniku“ bylo považována třemi ženami technika „roční období“, lepení ústřížků krajin a jejich dokreslování.

Jako velmi náročná byla vnímána klientkou č. 1 technika, při níž měla první den v arteterapeutické skupině použití. Ostatní klientky (4) si náročnost neuvědomovaly a řadily ji spíše k těm „neutrálnějším“ technikám. Další rozporuplně přijímanou technikou byla „kreslení na hudbu“, několika ženami byla přijímána jako oživení, které dává průchod projevení emocí, ale pro některé ženy (2) bylo zadání příliš volné, takže nedokázaly tvořit.

Tři ženy ze souboru se vyjádřily, že by rády některou z technik arteterapie nebo „jen“ kreslení pravidelně využívaly i po svém návratu domů. Jako důvody uváděly, účinky tvorby, které v nich daná technika zanechala či vyvolala, zejména pak *uklidnění, uvolnění z volné kresby a možnost zamyšlení se nad sebou*. Mezi těmito technikami bylo zmíněno kreslení na hudbu, volná kresba a tvorba pohlednic.

Zbytek žen uvedl, že doma, buďto z časových důvodů či osobních nesympatií k arteterapii jistě žádnou techniku nevyužijí.

## 1 A Problematika arteterapie

Tato kategorie v sobě nese prvky arteterapie, které ženy považovaly za komplikované či se přes ně těžko přenášely. Navazují tak na soupis technik, které budily v ženách různé emoce. Ty nejvýraznější se zde pokusím shrnout. Z kategorie lze vyčíst, z jakého důvodu nebyla některými dívkami (4) arteterapie přijímána. Tři ženy se pak řadily k těm, jež byly v arteterapeutické skupině spokojené, ale místy se objevilo něco, co jim vadilo. Objevily se ovšem i názory žen (3), které by nevytkly na celém procesu arteterapie vůbec nic.

**Nekonkrétní zadání** – bylo uváděno jako překážka v tvorbě, na což navazovala bezradnost či neschopnost si „něco“ představit, takové pocity vyvstaly u dvou žen. Dávaly přednost větší míře řízení, jako například při imaginaci.

Klientka č. 3 tvrdí, že: *„Nesedí mi, když mám kreslit na hudbu, nevím co, nemůžu si nic představit.“*

Další výtky vůči nekonkrétnímu zadání úkolu se váže na přílišnou abstraktnost či metaforičnost názvu úkolu. Kdy se ženy (2) cítily tzv. podvedeny arteterapeutkou (viz **1 A Subjektivní zážitek z arteterapie**). Zadání pochopily svým způsobem a následně je zpracovaly, nechápaly, proč jim arteterapeutka ukazuje, případně vnucuje jinou možnost výkladu. Projektivní techniku „boj s drakem“ vnímaly negativně.

Klientka č. 9 říká: *„Paní arteterapeutka si myslí, že ještě neumíme rozlišit zlo, tu nemoc, asi neumíme...my jsme to měly udělat jako zlo, to nás zarazilo. Pro mě je ten drak úplně něco jiného než ta nemoc. Nám se vybavily ty z té pohádky.“*

**Mluvení o problému** – některé ženy (4), se shodly na tom, že jim samotná arteterapie nevyhovovala a raději by se o problému pouze bavily, tvorba jim nedokázala adekvátně nahradit to, co chtěly sdělit. Některé klientky pociťovaly hlavně v začátcích arteterapeutických sezení, že se ztrapní nebo shodí, tím, že něco špatně, nedokonale vyjádří na papír. Nejčastěji s pocity neschopnosti přenést své rozpoložení na papír tak, aby odpovídal jejich reálnému cítění, objevoval názor zbytečnosti arteterapie.

S tímto tématem se pojí i upřednostňování závěrečného povídání po skončení tvorby nad samotnou tvorbou. Ta není vnímána negativně, ale následnému rozebírání by chtěly ženy věnovat více času než doposud. Protože některé pociťují, že díky časovému tlaku nestačí probrat úplně vše.

Další objevující se variantou bylo, že potom, když něco společně nakreslí, by to chtěly rozebrat společně s psychologem i v jiných skupinách, navázat na dané téma.

Klientka č. 1 se domnívá, že: *„vlastně s tím psychologem jsme mluvily o tom problému, že a všichni jsme se tak bavily...v té arteterapii, to nebylo zas takové, jak bych to řekla...jako že si myslím, že mi víc pomáhalo to s tím psychologem. V arteterapii to byly spíš takové pocity, třeba i jak jsme kreslily toho člověka, tak jsme to potom rozebíraly s tím psychologem.“*

Klientka č. 3 říká: *„Chtělo by to víc času, no, víc čas, protože trvá dlouho, než to člověk nakreslí a pak si o tom nemůže povykládat s psychologem, no, ona to určitě dává psychologovi, co s náma má nějaké skupinové terapie, ale s ním už o tom nemluvíme, takže mně někdy přišlo, že by se dalo najít víc, takže jako víc času nebo alespoň dvě hodiny v týdnu, že při jedné vytvořit a odpoledne to dokončí.“*

Klientka č. 9 říká, že: *„nebaví mě to tvoření, jen to povídání potom, člověka by to normálně nenapadlo.“*

Problémem se pro některé ženy (4) stalo mluvení nad tvorbou před celou skupinou, necítily se bezpečně a věděly, že se nedokáží, otevřít tak, jako kdyby pracovaly samy s arteterapeutkou. Všechny čtyři přešly na vlastní žádost i shodou okolností díky organizačním komplikacím do individuální arteterapie. Nechtěly se otevírat před někým, kdo jim nesedí a necítí k němu důvěru.

Klientka č. 7 říká: *„O svých pocitech se stydím před skupinou bavit, chci spíš individuál, kdybych byla sama, pak mi to nevadí, celkově mi vadí skupinky.“*

Klientka č. 5 říká: *„Nechci se s něma o sobě vůbec bavit.“*



**Bez přínosu** – pod tuto subkategorii jsem zastřešila všechny celkově negativní pohledy na arteterapii. Jak již bylo v průběhu textu zmíněno, některé z žen tento druh terapie považovaly za zcela zbytečný. Důvodem odmítání byl pocit regrese v průběhu arteterapie. Dvě ženy se průběhu tvorby cítily jako ve školce, jako by na ně bylo názíráno jako na malé děti, které musí kreslit.

Klientka č. 8 říká: „*Připadám si jak zpátky ve školce, stačí ta nemoc a ještě jako kdyby ze mě tady dělaly v uvozovkách ještě většího blbečka, než jsem.*“

Nesoulad, který popisovaly, když mluvily o spojení sebe s arteterapií, většinou se uváděly jako jiné typy, nehodící se pro uměleckou tvorbu.

Klientka č. 8 uvádí: *Já na to nejsem, více to přinese těm, kteří to posuzují, aby z toho sestavily diagnózu nebo těm budoucím, oni si z toho skládají skládanku, co a jak, něco to má do sebe, ale pro ty psychology, pro mě teda ne, mě to nebaví.*“

Nic nenacházely, některé z žen neviděly žádné významy či symboliku v obrazech, naopak jim bylo velmi nepříjemné zkoušení jiných možností interpretací, nechtěly či se nedokázaly ponořit do tvorby.

Klientka č. 5 k tomuto tématu říká: „*Nic v tom nevidím.*“

**Obohacení** – tři ženy se vyjádřily tak, že jim práce v arteterapeutické skupině vyhovovala a nepřemýšlely nebo nepotřebují obohacení arteterapie.

Klientka č. 10 říká: „*Nevím, co mi chybí v arteterapii...mně to vyhovovalo, tak jak to bylo, bylo tam pro mě dost nových věcí.*“

Tři ženy uvedly, že by si přály zapojit do arteterapie práci s keramickou hlinou a koláže a zkusit pracovat v exteriéru, více v přírodě. Mezi ženami, které by rády pracovaly s hlinou, se objevily i dvě, které se vůči kreslení a tvorbě v arteterapii stavěly negativně.

Klientka č. 3 říká: „*Někteří se lépe vyjádří, když si něco uplácají. Také vytváření nějakých koláží, lepení novinových ústřížků na sebe a vytváření nějakých příběhů by mohlo být zajímavé.*“

Na seznamu vhodnějších terapií pro ženy, které nezaujala arteterapie, se nejčastěji vyskytovala gastroterapie a pletení či vyšívání.

### **1 A Práce ve skupině**

Kategorie v sobě zahrnuje všechny pocity, které si ženy odnesly z činnosti v arteterapeutické skupině, případně příčiny napjatých situací, které ve skupině vznikaly. Dále tato kategorie obsahuje i popis vnímání sebe sama v arteterapeutické skupině.

**Práce individuální/týmová** – šest žen z desíti si přálo být součástí skupinové arteterapie. I když tři z nich navrhuje, že by raději ze začátku, kdy se potýkaly s obavami a strachem (viz **1, 2 A Očekávání a vedení arteterapeutické skupiny**) by jim zpětně více vyhovovala individuální arteterapeutická sezení. Důvodem obav byl i mimo jiné (strach z nové věci, neschopnosti kreslit) ještě strach otevřít se před cizími lidmi.

Klientka č. 10 říká: *„Nejprve jsem se jim bála důvěřovat, neviděla jsme důvod, proč všechno, jako osobní věci říkat cizím lidem, proto někdy raději pracuju sama, ale arteterapeutická skupina je dobrá zkušenost, říkáte to cizím lidem a je to jedno, mají stejný problém, nakonec jsem byla ráda.“*

Klientka č. 1 říká: *„Bála jsem se, ať nepřijde do skupiny někdo, kdo ještě není vyláčený, protože jsem nebyla stoprocentně rozhodnutá.“*

Jako další důvod pro možnost volby individuálních arteterapeutických setkání (reálně této možnosti využily čtyři ženy) byla nechuť otevřít se druhým lidem ze skupiny. Pocity, které vzbuzovalo následné povídání nad jejich artefaktem, označovaly za nepříjemné.

Popisovaly se jako by se při tom styděly či zažívaly úzkosti, tím, že musely o svých osobních problémech mluvit de facto před cizími lidmi (viz **1 A Problematika artterapie**).

Klientka č. 7 říká: *„Celkově mi vadí to vykládání, to mi vadí, nevadí mi vyrábět, kreslit, je mi divné o tom mluvit před ostatníma, o svých pocitech.“*

Důvodem uváděným pro preferenci arteterapeutické činnosti ve skupině, bylo **sdílení** (viz. **1 A Subjektivní zážitek z arteterapie**) s ostatními členy skupiny, dává jim šanci vyslechnout si názory žen se stejnými nebo podobnými problémy. Dalším z pozitivních faktorů ovlivňujících výběr skupinové tvorby byla možnost trénování tolerance a respektu vůči názorům ostatních lidí.

Klientka č. 2 říká: „*Když pracujeme ve skupině, tak to hodně obohatí třeba tím, že vidíme, jak nás ten člověk vidí, nebo vidíme názory druhého.*“

Klientka č. 10 říká: „*Když třeba děláme něco společně, umíme se pak lépe shodnout na nějakých kompromisech, že neprosazujeme jen to svoje.*“

Některé z klientek shledávaly za důvod, proč si vybrat skupinovou formu arteterapie **zpětnou vazbu** (viz. **1 A Subjektivní zážitek z arteterapie**) od členů skupiny. Nejvíce byla ženami upřednostňována výhoda skupinové arteterapie a to možnost popovídání si o obrázku při sezení v kruhu.

Klientka č. 4 komentuje: „*Raději pracuji ve skupině, samotnou by mě spousta významů nenapadla. Bylo to příjemné prostředí.*“

Klientka č. 3 tvrdí: „*Pracuji raději v týmu. Nejprve sama na díle, poté se na to můžeme společně podívat, nejvíce se mi líbí, když rozebíráme, proč jsme to tak nakreslily.*“

Klientka č. 4 vnímá skupinu jako jasné pozitivum, bere ji jako prostředek léčby, domnívá se, že: „*skupina mi pomohla víc než odborníci.*“

**Role ve skupině** – nebyla všemi ženami identifikována, tři z žen neuměly odpovědět. Nejčastěji se mezi ženami vyskytoval postoj „dávám dostatek prostoru“, což znamená, že každá čekala, jestli chce někdo začít mluvit i jestli chce někdo něco říct, dalším aspektem bylo to, že si vzájemně neskákaly do řeči. Pokud se nějaká žena ze skupiny potřebovala tzv. vypovídat, nechaly ji tolik času, kolik potřebovala. Tento přístup zastávaly tři ženy, všechny tři se považovaly za dobré posluchačky.

Dále je charakterizuje to, že samy potřebovaly mluvit o svých problémech a očekávaly stejné pochopení od ostatních participantek ve skupině. A když se někdy zdálo, že je dlouhou dobu ticho a nikdo nechce začít, ujaly se slova.

Příkladem může být klientka č. 3, která říká, že: „Čekám, jestli chce začít někdo mluvit, až začnou mluvit, tak se přidám, ale když je dlouho pauza, je trapné ticho, raději něco řeknu, nevydržím to.“

Klientka č. 1 říká: „Zajímají mě osudy ostatních holek ve skupině, ráda poslouchám.“

Dvě z žen se stavěly do různých rolí v průběhu celé arteterapeutické skupiny, role, kterou zaujaly ve skupině, byla vázána na náladu, kterou ten den měly.

Klientka č. 2 říká: „Někdy jsem až moc upovídáná, jindy zase jen poslouchám.“

Jedna žena se vnímala velmi negativně a do role negativního člena skupiny se i stavěla. Nepříjemné pocity, které ve skupině zažívala, se ji nepodařilo nijak ovlivnit, pomoc psychologa nepomáhala.

Klientka č. 5 říká: „Vnímám se negativně, myslím, že mě holky nemají rády, ale já sama se taky moc...nemám.“

Poslední rolí, která se v souboru zkoumaných žen objevila, byla role samostatného člena skupiny, participantka preferovala individualismus, vadilo, že se musí bavit o svých artefaktech před ostatními, chtěla pracovat sama s arteterapeutkou, pak byla schopná akceptovat, povídání na konci v závěru arteterapeutického sezení.

**Konflikty, nesympatie ve skupině** – v této subkategorii jsem zaregistrovala zajímavou tendenci, jak ženy vyjadřovaly nespokojenost vůči chování druhé ženy v arteterapeutické skupině. Nebyly schopny vyslovit přímo, až na jednu z pěti žen, že pociťovaly ve skupině k někomu nesympatie. Tuto tendenci jsem označila termínem „nesympatická ne, ale...“. Ve čtyřech případech byly vyjadřovány pocity nepřímě. Ukázalo se, že důvodem nesympatií byla ve všech případech (u 5 žen) skrytost „nesympatické“ ženy. Ta pramenila ze tří oblastí: celkově působila tajemně nebo nepřístupně, neotevírala se na skupině ani mimo ní a ostatní o ní nevěděly takřka nic. Některé z žen (2) se přes své počáteční pocity dokázaly přenést a pokusily se přiblížit i přes svůj strach, že budou odmítnuty. Druhou reakcí bylo (u 3 žen), že se již na základě svých dojmů nepokoušely navázat bližší kontakt s nesympatickou osobou. Sama žena, která byla ostatním nesympatická, si uvědomovala, jak ji ostatní ve skupině vnímají, ale přesto tvrdila, že je ve skupině docela spokojená.

Klientka č. 3 uvádí: „*Nesympatická nebyla žádná, akorát, byla jedna, která působila tvrdě a nepouštěla si nikoho k tělu, měla kolem sebe obranu. Bála jsem se jí, že mi odsekne, že mě nemá ráda, měla podezíravý pohled, nechápala jsem, proč se tak chová. Ale pak jsme se sblížily na podobném problému, když jsme byly na výletě, bála se otevřít, potom, co mi o sobě řekla, jsem ji pochopila, viděla jsem to i pak na jejich kresbách.*“

Klientka č. 6 říká: „*Asi je hodná, ale je uzavřená, vůbec s náma nekomunikuje, neodpovídá na pozdrav, tak když se takhle chová...nevím jak se s ní bavit.*“

Klientka č. 7 tvrdí: „*Mně to vadí, vztah s ní mám nic moc, nic se nezměnilo, ona už s náma nemluví, nic o ní nevím.*“

Čtyři ženy nepocit'ovaly vůči žádné jiné nesympatie ani neviděly konflikty ve skupině, dvě z nich se domnívaly, že se naopak velmi dobře sešly, protože si výborně rozuměly.

Klientka č. 4 vnímá skupinu jako jasné pozitivum, vnímá ji jako prostředek léčby, domnívá se, že: „*ta skupina mi pomohla víc než odborníci.*“

## **7.2 Kontext poruch příjmu potravy**

U rizikových faktorů, jež se podílí na vzniku a udržování nemoci, jsem u žen s poruchami příjmu potravy zaznamenala podobnosti. Jednotlivá témata jsem zastřešila pod společný název, z analýzy rozhovorů vyplynulo pět důležitých oblastí, které se vztahují k vývoji nemoci a jejímu pozadí. Identifikovala jsem tedy 5 kategorií: **3 B Průběh onemocnění**, **3 C Vztahy v primární rodině**, **3 D Partnerství a sexualita**, **3 E Sociální prostředí** a **3 E Cíle a protektivní činitelé**. Jako v předchozí kapitole, i zde jsou jednotlivé kategorie syceny subkategoriemi, které spolu vzájemně souvisí.

Obě poruchy, mentální anorexii a mentální bulimii spojují určité rysy, které se vyskytly u všech žen, se kterými jsem dělala rozhovor. S rozvojem poruchy se změnilo jejich okolí na nepřátelské, nemoc způsobila, že se stáhly ze sociálního života, omezily komunikaci a jediné na co soustředily svou pozornost, bylo jídlo. Zaměstnalo všechnen jejich čas a bez potřebné energie ani neměly chuť něco dělat.

Všem ženám se postupem času, jak se rozvíjela nemoc, zhoršovaly vztahy v rodině či s partnerem a ještě více se tak připoutaly k jídlu, respektive ženy s mentální anorexií k odmítání jídla.

### **3 B Průběh onemocnění**

Vývoj nemoci, ať už mentální bulimie či mentální anorexie se skládá z několika fází, jejichž nástup je zcela individuální a zanechá v každém jedinci jiné hluboké stopy.

Zpočátku bývají obě nemoci ženami zlehčovány, většina žen si uvědomí, že jsou nemocné, až ve velmi pokročilém stádiu nemoci, kdy se už u řady z nich jedná o ohrožení životně důležitých funkcí.

**Subjektivní důvod onemocnění** - některé uváděné důvody hubnutí se prolínaly s dalšími a byly zmiňovány v návaznosti na předchozí. Nejčastěji vyskytujícím se **subjektivním důvodem nemoci** byl třemi ženami uveden stres a komplikovaný vztah s matkou a kritické poznámky okolí kvůli vzhledu.

Stres byl buďto vnímán jako obava s přibírání na váze, nebo stres z práce či z rozchodu s přítelem. V kombinaci s pocity velkého stresu jedna žena zaregistrovala jako svůj důvod to, že se chtěla podobat své sestře, je to její vzor a chtěla se ji vyrovnat.

Klientka č. 1 uvádí: „*Každý den jsem byla ve fitku 1 hodinu, nechtěla jsem mít 60 kg, tak jsem tam začla chodit, trochu jsem přibrala, no, to mě stresovalo, šlo to dobře, hubla jsem, ale začala jsem chodit na výšku a přestala jsem mít čas každý den chodit do posilovny, takže se mi váha zastavila a neklesala, proto jsem si přidala omezování jídla.*“

Klientka č. 3 říká: „*Můj bývalý přítel byl chorobně žárlivý...to byly dva roky...nějací policajti a on byl i pak agresivní, takže jak už jsme se rozcházeli, na podesáté konečně, už se mi podařilo se s ním nestýkat. No takže jsem měla hrozný nervy, pak se mi udělal pásový opar z nervů a nemohla jsem vůbec jíst, takže to začla ta anorexie, že jsem zhubla během půl roku snad 15 kg.*“

Komplikovaný vztah s matkou a kritické poznámky okolí kvůli vzhledu si představují jako svůj důvod hubnutí tři ženy. Jedné ženě neustále matka celé dětství opakovala, že je tlustá a nikdo ji nebude chtít. Další žena zažívala posměšky a urážky od spolužáků na základní škole, v dětství byla trochu silnější a s matkou se dle jejich slov doslova nenáviděly.

Klientka č. 7 říká: „*Na základce mi říkali, že jsem jako prase. Začla jsem hubnout, i když jsem se viděla nakreslená na papíře, vím, že jsem to já, ale pořád si připadám jako prase.*“

Klientka č. 5 říká: „*Říkala mi, že jsem škaredá, a že si mě nikdo nevezme, nikdy jsme se o nemoci spolu nebavily.*“

Jako další důvod ženy (2) uváděly, že se nelíbily samy sobě. A dvě ženy hubly kvůli manželovi, aby se mu líbily, potažmo se samy sobě také nelíbily. Jedna dívka se několik let poškozovala, pořezávala se, poté, co ji byla nasazena antidepressiva, přibrala několik kilo. Necítila se ve svém těle dobře, chtěla shodit jen pár kilo, ale líbilo se jí, že váha stále klesá. Byla na sebe pyšná, stejně jako všechny ženy ze souboru, které měly mentální anorexii či mentální bulimii. Ženy, které měly problém s tím, že se sobě nelíbily, začaly držet přísnou dietu, kterou nebyly schopny udržet delší dobu a vzdát se jídla jako ženy s mentální bulimií. Jídlo se pro ně stalo symbolem uklidnění, slasti.

Klientka č. 8 říká: „*Jíst mi chutná, nebyl problém přibrat, mamka pracovala v cukrárce, bez dvou kil jsem měla 90 kg. Začla jsem držet přísnou dietu, hodin jsem zhubla, říkala jsem si, že musím víc, na mojí oslavě se to zlomilo, dostala jsem plno čokolád, snědla jsem je a pak mě samovolně napadlo, že bych to mohla vyzvracet, přitom jsem o tom nic nečetla. Zvracela jsem pak každé 4 měsíce a dělala si žranice. Chtěla jsem zhubnout kvůli manželovi, abych se mu líbila.*“

Klientka č. 3 uvádí: „*Něco jsem ochutnala, vyzvracela jsem to a uvědomila jsem si, že můžu sníst všechno, v jakémkoliv množství a pak to vyzvracet.*“

Klientka č. 9 říká: „*Přibrala jsem 6 kilo navíc a diety byly bez účinku. Přítel nechtěl, abych hubla. Impulzem pro mě bylo, když se ho zeptala jaký je jeho typ ženy. Řekl mi, že se mu líbí blondýny, drobné, chudé. V hlavě jsem měla, že musím být podle jeho představ. Přitom, když jsme se potkali, byla jsem bruneta a měla jsem normální váhu.*“

Všechny rizikové oblasti, které mohou přispívat ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy. Jednotlivé faktory jsem rozdělila podle druhu poruchy.

Jako **rizikový faktor** jsem u všech žen v souboru zaznamenala nízké sebevědomí. Dále pak tendence vyhýbat se určitým druhům jídel, které jsem zaznamenala bez rozdílu druhu poruchy u čtyř žen. Stejně jako je u obou poruch zastoupen výskyt matek dietářek, v celkovém počtu čtyř žen.

Jako **rizikový faktor** rozvoje mentální bulimie jsem zaznamenala: vegetariánství, které bylo jedné ženě zakázáno, protože se u ní objevily velké zdravotní komplikace, díky kterým by nemusela chodit.

Nadváha a diety byla v minulosti zjištěna u dvou žen trpících mentální bulimií. Mezi dalšími faktory se vyskytoval alkoholismus (2) a psychické onemocnění v rodině (1) a častější pití u jedné z žen. Dříve pila, každý den panáka tvrdého alkoholu. Důvod, proč pila bylo stresové vypětí. Bála se chodit do práce, v té době se také často hádala s přítelem. Abstinuje již půl roku. Jedna z žen měla také konfliktní vztah s matkou, který se velmi frekventovaně objevuje v rodinách žen s mentální anorexií.

Klientka č. 3 říká: „*Vlastně teď už vím, že je to taková pomsta mamce a vím, že mamce ublížím nejvíc, když ublížím sobě, to jsem si tady taky uvědomila, že se vlastně musím přijmout, že nejsem matka, jako že jsem se chtěla pomstít na sobě jí, ale i vlastně, že jsem stejná jako ona a ona byla v mých očích vždycky čarodějnice, až do posledních pár let a já tu čarodějnici chci zabít a tím pádem jsem stejná jako ona, protože jsem její biologický potomek, takže jako taková ta reakce.*“

Jako **rizikové faktory** u mentální anorexie se objevily: stejně jako u mentální bulimie konfliktní vztah s matkou (5), ale i otcem u tří žen. Dále pak kritické poznámky na vzhled (2), a nadváha v minulosti u dvou žen. Sebepoškozování jsem registrovala u jedné ženy, která se v době pořezávání domnívala, že pro svého bývalého přítele nebyla dost atraktivní. Mechanismem, který se spouštěl, když se řezala, bylo vnitřní uklidnění a pocit úlevy.

Klientka č. 6 říká: „*Myslela si, že se mu nelíbím, taková jaká jsem, že se dívá po jiných holkách, bývalý přítel o tom věděl. Byl se mnou z lítosti, bál se, že kdyby se se mnou rozešel, něco si udělám.*“



**Vývoj nemoci** - z těchto a mnoha dalších důvodů se odstartoval mechanismus poruchy, který je často ženami nazýván „bludným kruhem“, ze kterého se nemohou dostat bez cizí pomoci ven, i když se velmi snaží, na své okolí často působí, že jakoby naschvál nechtěly jíst a ve většině rodin se začíná roztáčet kolo hádek, výčitek a slibů, podobně fungoval „bludný kruh“ i u žen s mentální bulimií, avšak k odmítání jídla a následnému přejedení se připojily pocity studu za neschopnost ovládat se, nemoc tajily a dostávaly se do spirály výčitek a touhy být štíhlé. Ženy z celého souboru byly nakonec donuceny svými zdravotními komplikacemi, ať už psychického či fyzického rázu (vyčerpání, nespavost atd.) se jít léčit, v některých případech stabilizovat. Část žen (4) než vůbec mohla nastoupit na léčení, musela ležet několik týdnů na jednotce intenzivní péče.

Většina žen (6) je vyrovnaná s váhovým přírůstkem, již jim nevádí přibírat. Některé ženy (4) si přejí zůstat stejně „hubené“ jako nyní, tedy pod váhovou normou a zároveň nemít tolik zdravotních komplikací a především pocit vyčerpanosti, který nemoc provází. Všechny ženy shodně popisují, že první přibývání bylo velmi psychicky náročné.

Klientka č. 1: říká: „*Já jsem se hrozně bála přibývání, bylo to těžké, třeba první týden jsem nepřibrala nic a ještě jsem zhubla, tak to bylo takové, že jsem si oddychla a pak jsem zase přibrala, tak jsem z toho začala zase zmatkovat, teď se snažím jíst normálně, je to lepší.*“

Klientka č. 6: říká: „*Tlak na oddělení na jedení je moc velký, pro mě byl úspěch, že sním na večeři pomeranč a psycholog mi řekl, že bych měla sníst alespoň rohlík, člověk by si řekl, že když jsou to odborníci, že tomu budou rozumět...*“

Rozvoj mentální bulimie, kterou v době hospitalizace trpěly tři ženy, začínal obvykle podle scénáře: z důvodu nadváhy (skutečné nebo vsugerované) si přály zhubnout, ze začátku nemoci většinou držely striktní dietu, kterou však není možné vydržet delší časové období. Následně objevily mechanismus zvracení, který jim umožnil se najíst a „nepřibrat“, celý den nic nejedly a večer se přejedly a následně vyzvracely. Frekvence zvracení se stupňovala, až na zvracení několikrát denně, chystaly si rituální „hostiny“, na které se celý den těšily. Těšily se na to až všechno, co si nakoupily, snědí. Z odpovědí vyplynulo, že necítí hlad, mají jen tzv. chutě, proto dokážou nejíst celý den a těšit se na nárazové příjmy potravy. V plném rozvoji nemoci již zvrací automaticky, téměř po všem, co snědí.

Klientka č. 8 říká: „*Když mám stres, pomůže mi jen jídlo.*“

Klientka č. 9 říká: „*Když se vyzvracím jednou za čas, říkala jsem si, nic se neděje, ale pak jsem už zvracela i po vodě a kafi.*“

Mentální anorexie se na rozdíl od mentální bulimie rozvíjela u všech žen (7) pozvolně, ženy ji vůbec nezaregistrovaly. Naopak se domnívaly, že mají svou váhu, především kontrolu nad ní, ve svých rukou. Okolí si často všimlo, že se něco děje, že něco není v pořádku dávno před tím, než si samy ženy uvědomily, že mají problém. Typický scénář rozvoje mentální anorexie u zkoumaných žen byl následující: důsledkem problémů začaly hubnout, některé nárazově zvracely, ale nepřejídaly se (2). Nástrojem mentální anorexie byla přísná restrikce. Jak již bylo popsáno, ženy se divily, že je známí zastavují a více ustaraně než pochvalně si všimají, že hodně zhubly, ženy s mentální anorexií byly na sebe hrdé. Rodiny nemocných byly pod tlakem, ať už byly vztahy jakékoliv, bály se úmrtí či nevratných poškození zdraví. Přes tyto mnohdy nevyřešené obavy se snažily přinutit nemocné jíst, čemuž se ženy automaticky bránily a v rodině vznikaly konflikty, všechny hovory se najednou stáčely jen kolem jídla, tedy spíše nejedení. Přestože většina z žen (5) svému okolí tvrdila, že se chce léčit, nebyly o tom samy přesvědčeny a i když navštěvovaly odborníka, žádné výsledky se nedostavily, chyběla jim motivace. Některé ženy byly schopny sníst jeden suchar denně, porce se jim zdály být adekvátní, naopak si myslely, že jí až příliš. Ty, které měly mentální anorexií poprvé, uváděly, že se chodily vícekrát denně vážit, protože byly nervózní, jestli váha klesá.

Klientka č. 1 říká: „*Jenže to bylo vždycky tak, že jsem o tom mluvila, jak se léčím, ale nic jsem proto nedělala, vždycky..., prostě to nešlo.*“

Klientka č. 2 uvádí: „*Na jednu stranu jsem chtěla začít jíst a na druhou stranu mě to v tom žaludku, byl to strašný pocit, já jsem za den snědla tak jedny bebečka, někdy i jedno.*“

Klientka č. 6 říká: „*Byla jsem se sebou spokojená. Držím dietu už 4 roky, ze svého jídelníčku jsem postupně vypustila spoustu potravin, třeba vůbec nejím knedlíky, sladkosti, chleba, vlastně žádné pečivo, no ubírala jsem si i porce, občas, 1x za měsíc jsem chodila zvracet, ale to ještě nebyla nemoc. Pořád jsem zmenšovala porce a pak jsem zjistila, že nemusím jíst vůbec. Až v létě jsem si uvědomila, že je něco špatně.*“

**Délka nemoci-** Většina žen (6) v souboru jsou chronické pacientky. Každé další léčení snižuje jejich šance na úplné uzdravení, samy klientky mají mnohdy velké potíže najít znovu motivaci pro další „boj“. Klientka č. 2 se poprvé léčila pro mentální anorexii v 15 letech. Klientka č. 3 trpí střídavě mentální anorexií a bulimií od 24 let, pět let byla v remisi a před 3 roky se u ní nemoc znovu projevila, léčí se pro mentální bulimii. Klientka č. 5 trpěla anorexií už od 15 let, měla problémy i v průběhu těhotenství. Klientka č. 7 se poprvé pro mentální anorexii léčila ve 13 letech. Klientka č. 8 trpěla mentální bulimií od 19 let, přičemž v době těhotenství se nepřejídala a snažila se úmyslně nezvracet, i když se jí to občas stávalo. Bulimie se u ní znovu projevila o čtyři roky později, když ji skončila mateřská. Klientka č. 10 trpí poruchou příjmu potravy, střídavě mentální anorexií a bulimií od svých 20 let, nyní se léčí pro mentální anorexii. Nejkratší dobu trvání nemoci zažila klientka č. 1, trpí anorexií 1.5 roku.

Klientka č. 8 říká: *„Já už bulimii beru jako svoje druhé já, ráda bych se jí zbavila, ale nevím jak.“*

Klientka č. 6 uvádí: *„Vím, že to mám v hlavě, a i kdyby nade mnou stálo 30 doktorů, tak se mnou nehnou.“*

Výskyt **komorbidit**, které ženy uváděly spolu s poruchou příjmu potravy, byly následující: denní pití tvrdého alkoholu u jedné ženy. Pila proto, aby zahнала stres z pracovního i osobního života. Jedna žena se nachází ve velkém stresovém vypětí, užívá rivotril, protože se jí dle jejich slov ve stresu třesou ruce. Po návratu do práce očekává tlak a stres, uvádí, že rivotril ji zklidňuje. Další žena trpí depresemi.

**Následky** - Všechny ženy ze souboru pociťovaly jistý druh sklíčenosti, úbytek energie, utlumení sexuální apetence a neschopnost mít z něčeho radost (kromě úbytku váhy). Všechny cítily celkové vyčerpání. Zaznamenala jsem často se vyskytující obrat „jsem bez chutě do života“.

Klientka č. 9 uvádí, že: *„až s tím jak jsem začala hubnout, mi začlo být všechno jedno.“*

Klientka č. 2 říká: *„Byla jsem úplně apatická, byla jsem úplně mimo.“*

Ženy s mentální anorexií shodně udávaly, že trpěly nespavostí, jedna žena svůj spánkový režim popisovala tak, že se budila v 5 hodin ráno, protože nemohla spát, ale v 10 hodin dopoledne už šla zase spát, protože nezvládala normálně fungovat.

Obdobně se vyjadřovaly i ostatní ženy, nehledě na druh poruchy.

Bez rozdílu nemoci se všem klientkám, které měly v době rozvoje poruchy přítele či manžela, zhoršil vztah.

Klientka č. 9 uvádí: „*Hrozil i rozvod, nesnášel moje nálady...*“

Mezi zdravotní následky, které popisovaly ženy s mentální anorexií, se objevily potíže s nízkou hladinou hormonů, špatný krevní obraz, ztráta menstruace, mnohdy udržovaná jen díky hormonální antikoncepci, odvápňení kostí.

Mezi zdravotní komplikace vyskytující se v návaznosti na mentální bulimii byly zmiňovány: extrémně zvýšené hodnoty v játrech, nedostatek bílých krvinek, špatný krevní obraz, zvýšený tuk v krvi, DNA, kazící se zuby, křeče v břiše a nohou, otoky kloubů.

Klientka č. 8 říká: „*Dříve jsem se cítila dobře, až teď mám následky: DNA, zkažené zuby, zima, vyčerpání, posledních 5- 7 let se hroutím.*“

Klientka č. 9 říká: „*Nemůžeme mít děti, chtěla jsem to řešit před léčbou umělým oplodněním, teď vím, že než se uzdravím, by to stejně nešlo.*“

Přestože se nemoc jeví jako velmi zákeřná porucha, jedna žena si to vůbec nepřipouští, nezaujala k mentální anorexii negativní postoj. Některé ženy (2) jsou si vědomi ztrát, které s sebou porucha příjmu potravy přináší, ale nejsou ji schopny ovlivnit.

Klientka č. 5 uvádí: „*Jsem naštvaná, že jsou všechny holky hubenější než já, nic mi nemoc nevzala, jen ty nemoci přibyly.*“

Klientka č. 8 říká: „*Nic mi ta nemoc nedala, dala mi minimum, jen jednu hodinu slasti a vzala volný čas, teď ty problémy, jako je toho hodně...*“

### **3 C Vztahy v primární rodině**

Vztahy byly mezi jednotlivými příslušníky rodiny označované jako komplikované či poznamenané tím, že chyběl v rodině otec. Podstatný prvek, který ovlivňoval dění a sehrál důležitou roli v rodině, byl ve třech případech rodin, alkohol. V rodinách, jak nemoc postupovala, rušila rodinné zvyklosti, pokud nějaké byly, rodina již společně nejídávala a začaly se objevovat stereotypní vzorce komunikace ústící do hádky s dcerou (6) trpící poruchou příjmu potravy.

Čtyři ženy si všimly, že u nich doma nebylo zvykem slýchat vyjadřování podpory a otevřeně hovořit o svých pocitech. V manželství svých rodičů popisují všechny ženy větší výskyt konfliktů a hádek.

Často chyběl pocit sounáležitosti, sice se nejprve kvůli nemoci rodina více stmelila, jak uvádí pět žen, v dalších fázích nemoci naopak konflikty mezi rodiči či v rodině začaly kumulovat.

Klientka č. 6 říká: „*Netušila jsem, jak je to silná nemoc, která dokáže, tak rozhádat rodinu.*“

Šest žen uvedlo, že **neumí říkat ne**, raději všechno, nejčastěji partnerovi nebo své matce odsouhlasí. Později jsou za to na sebe rozčilené, ale při další příležitosti to udělají znovu, snaží se tak předcházet konfliktním situacím, které však tímto chování paradoxně samy vytvářejí.

Klientka č. 4 tvrdí, že: „*no jako, štve mě, že se jako kdyby bojím, no nevím jestli je to to slovo, bojím, no asi jo, že prostě, ať třeba kámoška nemá zkaženou radost, tak třeba někam jdu, s něčím pomůžu a pak jsem našťvaná, že se mi tam vůbec nechtělo, no to se mi stávalo i s bývalým přítelem, že oznámil jde se tam a já jsem ani nepípla, no a pak jsem se třeba nudila nebo užírala, to teď prostě už nechci, chci se to naučit.*“

Klientka č. 9 říká: „*Neuměla jsem říkat ne, vůči manželovi, i když se mi něco nechtělo.*“

Konkrétní vztahy v rodině mezi matkou - dcerou, dcerou – otcem, vztahy mezi sourozenci.

**Vztah s matkou** – osm žen z celého souboru vnímá matku jako tu přísnější z rodičů. Často je vykreslována jako tvrdá, více kontrolující a méně kamarádká než otec, ve spojitosti s popisem jejího chování se často objevoval termín „do všeho se montuje“, zejména do intimních vztahů své dcery. Dvě ženy popisují svůj dřívější vztah k matce jako nenávisť. Ženám (4) se také zdálo, že je stále kritizuje a naopak vůbec nevyjadřuje pochvalu.

Klientka č. 2 říká: „*Když jsem třeba mamce do telefonu řekla něco z těch terapií, že jsem ji řekla něco ze sebe, tak ona u toho začla zívat a jako by to shazovat, víš to prostě, že ji to nepřipadalo důležité.*“

Klientka č. 7 dříve svou matku nenáviděla, utíkala kvůli tomu z domu. Důvod, který mi sdělila, byly každodenní neshody, konflikty a také to, že matka často střídala partnery a časté stěhování. Proto musela jít do dětského domova, zde žila od 13 let. S matkou žije poslední dva roky. Zdálo se jí, že jí až do 13 let úplně přehlížela.

Klientka č. 7 říká: „*Mamka to strašně špatně nese, místo toho, aby si to nechala pro sebe, tak to říká kamarádkám, radí se s něma, to mi vadí, že neudrží tajemství.*“

Dvě ženy vykreslily svou matku jako neurotickou a část žen (5) uvedlo, že matka během jejich dětství a dospívání neustále držela diety nebo se přejídala.

Klientka č. 2 říká: „*Dalo se s ní mluvit, měla jsem to už podruhé, ale hodně záleželo na její náladě, není špatná, je super, akorát ty nálady a tak...*“

Klientka č. 5 uvádí: „*Ona byla vždycky na mě nejprísnejší, sama byla dost stíhlá, ale nemocná nebyla, ale pořád držela diety.*“

Důvodem kritiky a špatného vztahu byla ve dvou případech snaha matky shazovat dceřiny názory a tendence řídít její intimní život, u dalších žen (3) se matčina přílišná pozornost soustředila na výběr školy nebo volný čas, proti čemuž se nedokázala postavit. Pokud se o to pokusila, většinou tato „vzpouora“ končila hádkou, po které se matka cítila uražená.

Vznikalo napětí, které ženy popisovaly, jako by se v domácím prostředí tzv. dusily.

Klientka č. 5 říká: „*Nikdy neviděla problém v tom, že jsem nemocná, sama držela diety, uměla se velmi kontrolovat a byla přísná, jako nejstarší jsem dostávala vynadáno za všechny.*“

Klientka č. 3 uvádí: „*Byla jsem od ní v dětství vzdálená, nedovolila mi, se přiblížit, za to jsem byla na ni asi podvědomě v pozdějším věku naštvaná, třeba její objetí mi bylo hodně nepříjemné, pomohlo mi, že jsem se odstěhovala, odsuzovaly mě a nadávaly mi kvůli nemoci, proto jsem se musela odstěhovat od rodičů.*“

Klientka č. 6 říká, že: „*omezila jsem návštěvy celé rodiny, telefonujeme si... Vadí mi, že tou mojí nemocí trpí moje rodina. Nezvládají to, když mě vidí, stále jen brečí, je to hrozně náročné.*“

O nemoci se některé matky chtěly bavit s dcerou (5) většinou tak, že je tlačily něco sníst, některé matky (2) se naopak povídání o problému mentální anorexie úplně vyhýbaly či si odmítaly přiznat, že nějaký problém jejich dcery mají.

Dvě ženy s mentální bulimií se styděly matce přiznat, o jakou nemoc jde.

Klientka č. 7 říká: „*O nemoci jsem ji nic neřekla, dozvěděla se to až od lékařů.*“

Klientka č. 8: uvádí: „*Před mamkou jsem se za to styděla, ujíždím si na sladkém, dokázala jsem toho sníst tuny, nechtěla jsem, aby to zjistila, tak jsem ty papírky od čokolád a bonbónů balila do novin nebo papíru, aby si nevšimla kolik toho v koši je.*“

Téměř všem ženám se jejich vzájemné vztahy s matkou v průběhu léčby vylepšily. Ke konci léčby ženy začaly projevovat snahu o porozumění, objevovaly se tendence vše si vyříkat a vzájemná omluva.

Klientka č. 7 komentuje: „*Ted' máme takový kamarádský vztah, pracujeme obě na zlepšení, no já ji neberu za mamku, takže spíš takový kamarádský vztah.*“

Klientka č. 9 popisuje: „*Říkala jsem ji všechno, vždy jsme si byly blízké, ale byla jsem na ni drzá. Když jsem byla nemocná, byla jsem hodně nervózní. Třeba jsem na ni řvala v obchodě, ať si pohne, já už jsem měla nakoupeno, chtěla jsem už jít domů, přejít se a vyzvracet se.*“

Klientka č. 3 říká: „*Ted' mě podporují, když už si každý zažil to svoje...už mě neodsuzují, myslím, že ted' máme lepší vztah.*“

Klientka č. 1 uvádí: „*Neměla jsem s ní takový vztah jako ted'. Vždycky jsem mámu brala jako tu přísnější, spíše jsem se držela táty. Ted' mě podporuje i s novým přítelem, beru ji jako kamarádku, říkám ji všechno, uvědomuju si, že jsem jí tím ubližovala.*“

Dvě ženy popisují, že měly s matkou dobrý vztah a nyní se ještě zlepšil, co do otevřenosti, kdy je matka vnímána jako kamarádka, které se může se vším svěřit.

Klientka č. 9 říká: „*My máme výborný vztah. Všimla si toho jako jediná, první, že se mnou není něco v pořádku. Já jsem ale pomoc nechtěla, když člověk nechce, tak s ním ten druhý nic neudělá.*“

Klientka č. 10 uvádí: „*Myslím, že nemáme spolu problém, i když, když jsem onemocněla, tak jsme si moc nepovídaly, ale stejně se pořád snažila, až ted'ka to dokážu ocenit.*“

**Vztah s otcem** – velkou většinou žen byl vnímán jako podobný tomu s matkou, spíše špatný, s tím rozdílem, že ke konci léčby se jejich vzájemný vztah nezměnil k lepšímu. Stejně jako u matky se i v otcově výchově projevovaly tendence řídit a ovládat dceři život.

Klientka č. 2 říká: „*Když jsem jí řekla jako by o těch plánech, tak říkala, že to stejně nepřipadá v úvahu, aby třeba dala výpověď nebo aby změnila pracoviště. Oni se prý o tom doma bavili, prostě tím to za mě rozhodli a já bych teď měla zaujmout postoj...*“

Klientka č. 6 říká: „*S mamkou mám otevřenější vztah než s otcem, neumí řešit věci tak, že si společně sednem a pobavíme se o tom, hned začne řvát, u nás se všechno řeší křikem.*“

Hodně žen vypovědělo, že chce po skončení léčby na těchto vztazích zapracovat. Pouze v jednom případě, kdy byl otec alkoholik, jejich vzájemný vztah v současné době popsala jako lepší, než ten, co měli v minulosti.

Klientka č. 3 uvádí: „*Já jsem s ním celý život měla špatný vztah, takže teďka mě taky podporuje, no vůbec jsme spolu nekomunikovali, teda on se mnou, akorát jsme se hádali. Kvůli tomu jsem na něj byla naštvaná a za druhé, když to řeknu, pozvracel se před televizí, ležel tam polonahý, tak já jsem to po něm uklízela, protože sestra byla mladší a už spala. Takže mně byl takový hnusný, bála jsem se kvůli němu mužů, což trošinku trvá, ale už je to lepší.*“

Vztah k otci byl v šesti případech popisován jako ne moc blízký, málo důvěrný, povrchní. Většinou jej ženy vnímaly v dětství jako dobrý, kamarádský, lepší než k matce, ale v dospívání si už s otcem nerozuměly nebo si s ním neměly co říct.

Komunikace mezi dcerou a otcem byla ztížená tím, že otcové nevnímali jejich nemoc za tak závažnou, zlehčovali ji.

U dvou žen se vyskytl stejný komunikační vzorec se svými otci, svou dceru podporovali v léčbě, ale říkali, že všechno zvládne sama, nedokázali naslouchat a místo toho dceru zasypávali svými problémy. Následně nedokázali ani podpořit či ocenit pokroky např. v normalizaci jedení.



Jedna z žen se na základě jeho chování rozhodla, že se svému otci nebude již vnucovat, bude čekat, zda změní postoj, uvědomí si to a zavolá sám.

Klientka č. 1 uvádí: „*Tatka to pořád bral tak, že se to samo vyléčí, že to zvládnou a k tomu mi spíš říkal jeho problémy a ty moje ho nezajímaly. Když jsem třeba přišla, tak on seděl u počítače a psal si s ní a on mě vůbec ne to...Když mě tady byl navštívit, tak jsem zase měla pocit, já jsem mu říkala, tatko normálně, já jsem snědla termix a úplně s radostí jsem mu to říkala a čekala jsem nějakou odezvu a on začal mluvit o sobě...*“

Klientka č. 4 říká: „*Nevím, někdy mi přijde, že si nemyslí, že je to tak hrozné, ze začátku mi říkal, že stačí, když se najím.*“

Stejně jako otec klientky č. 4 se i další otcové ze začátku nemoci (3) se domnívali, že se tzv. stačí najíst a všechny problémy se vyřeší.

Klientka č. 2 tvrdí, že: „*taťka má na to takový...nebo teď už mě podporuje, teď je celkem fajn, ale ten měl na to názor, že prostě, když se najím, kdybych se najedla, tak by to bylo v pohodě nebo tak.*“

Dvě ženy si otce nepamatují, jedna z důvodu jeho úmrtí, ještě když byla malá, nepamatuje si na něj, ale podle toho, co slyšela, ji prý rozmazloval. A druhá žena jej nezná kvůli tomu, že o ni neprojevoval zájem, po rozvodu se s ní ani s matkou nestýkal. To, že je nyní mrtvý se dozvěděla od své babičky, jeho matky, se kterou se vídají sporadicky a mluví spolu pouze krátce a o obecných věcech.

Dvě ženy hodnotí vztah s otcem jako bezproblémový, jedna klientka uvádí, že je lepší než měla se svou matkou. Stejně tak druhá klientka, která se k jejich vztah popisuje jako hezký, tvrdí, že se jejím dětem věnuje víc než její manžel.

Klientka č. 8 říká: „*S otcem mám lepší vztah, vždy mi pomohl, měli problémy jen mezi sebou.*“

**Vzat mezi sourozenci** – se sourozenci měly tři ženy bezproblémový vztah, braly je jako svou oporu, při zvládání nemoci. Čtyři ženy měly komplikovanější vztah jen k jednomu ze sourozenců, s druhým vycházely výborně. A dvě ženy si se svými sourozenci nerozuměly vůbec, přičemž jedna z žen se za dobu léčení se svou sestrou usmířila a vyřikaly si spoustu věcí, takže hodnotí jejich nynější vztah jako kamarádský.

Nedorozumění plynou z odlišného způsobu trávení volného času či ze vzájemného odcizení, kdy je sourozenec o hodně let mladší či starší a už má svou rodinu, do které sestru nezahrnuje. U dvou sester se vyskytl jako důvod konfliktů mezi sourozenci, strach a obavy o její zdraví, svou obavu neuměly vyjadřovat jinak než hádkami a nucením do jídla. U jedné ženy sehrál roli alkoholismus bratra, který nechtěla tolerovat, vznikalo kvůli němu spousta konfliktů, společné bydlení s ním a matkou se pro ni stalo neúnosné a odstěhovala se, nyní již k bývalému partnerovi.

Klientka č. 6 uvádí: „*Se setrou vztah teď urovnáváme, bála se mě dotknout, když jsem byla hrozně hubená, tu nemoc jsme řešily pouze hádkami, neptala se mě na důvody, jen křičela, za to s bratrem mám výborný vztah, pomáhá mi, nejvíc, je to můj nejlepší kamarád.*“

Klientka č. 8 říká: „*Nemám dobrý vztah se svým bratrem, je to podivín, nemáme mezi sebou moc vřelé vztahy, se setrou ale máme dobrý vztah. Nechci být jak oni, ale asi to utnu ani mi neposlali esemesku*“

Klientka č. 2 říká: „*Když jsme byli malí, tak dobrý, ale v pubertě mě úplně odsuzoval, no a tak jsme se nějak nebavili. Bylo to kvůli tomu, že já jsem pořád chodila po diskotékách a on byl takový strašně slušný a on se dal na křesťanství, moc mě nechápal. Když jsme teď starší, tak jsme už trošku jinde, tak popovídáme si v pohodě, ale tak jako není to jako takový ten sourozenecký vztah, mluvíme spolu fakt jak s tím tatškou, jen o takových těch obecných věcech.*“

### **3 D Partnerství a sexualita**

Podpora přítele či manžela je důležitých aspektem léčby onemocnění. Nelze opomenout také intimní vztah páru, který je projevem zdravé sexuality a vzájemné náklonnosti ve vztahu. Tyto dvě oblasti byly poruchou silně poznamenány.

**Změna v partnerském vztahu** – z rozhovorů jsem zjistila, že partnerský vztah všech sedmi žen nemocí velmi utrpěl. Ve všech vztazích došlo k omezení komunikace mezi partnery. Ze stran žen ke ztrátě či utlumení sexuální apetence. Z odpovědí vyplynulo, že všechny ženy byly v době rozvoje onemocnění velmi podrážděné a zpětně hodnotí některé své reakce vůči partnerovi jako nepřiměřené a hodnotí se náladově. Nic je nebavilo

a na nic neměly náladu, což se vztahovalo i na oblast partnerství.

Ženy (4) říkaly, že se účelně vyhýbaly partnerovi, nechtěly s ním trávit volný čas, ten chtěly v případě mentálních bulimiček věnovat pouze jídlu. Protože byly všechny ženy bez energie, nechodily většinou nikam, vyjma jedné ženy, kterou partner vždy nějak přiměl vyrazit s ním do společnosti, za což je mu nyní vděčná, i když tehdy to tak nevnímala. Přestože nemoc u některých žen trvala delší dobu, nedošlo ani k jednomu rozpadu vztahu. Ačkoliv u jedné ženy hrozil rozvod. Partneři byli ženami hodnoceni jako jejich velká opora, protože vydrželi takový tlak a nápor jejich nálad.

Na začátku onemocnění většina partnerů nezaznamenala či neodhadla, že by se mohlo jednat o tak závažnou poruchu, až když se jim partnerky tzv. ztrácely před očima, začali na ně vyvíjet tlak, ať se jdou léčit.

Někteří partneři (2) reagovali na partnerčino chování stejně podrážděně, zbytek se spíše snažil svou partnerku ještě více neiritovat, takže prakticky v páru vymizela komunikace, některé ženy se zmínily, že jim až nyní partneři řekli, že se jim báli cokoliv říct.

O nemoci své partnerky momentálně vědí téměř všichni partneři žen, jedna žena s mentální bulimií se za ní stydí, obává se rozchodu, proto nechává přítele u toho, že se léčí s mentální anorexií.

Klientka č. 9 říká: *„Příteli bylo divné, že pořád zvracím. Řekla jsem mu to, ale on si myslel, že je mi jen špatně z jídla, nepřikládal tomu velkou váhu. Jedna naše známá, která to měla taky, když mě viděla na jedné akci, tak mu doporučila kontakt na psychiatricku, vysvětlila mu, o co se jedná, a že to skrývám, potom to pochopil a začal mě hodně podporovat a zajímat se o čem ta nemoc je.“*

Klientka č. 8 říká: *„Partner nechtěl, abych hubla, nic mi neříkal, spíš mi teď říká, že je to hrozný, že mě nemá za co chytit.“ O nemoci věděl, už když jsme se brali, ale asi si myslel, že to není tak vážné. Sice říká, že se mu líbím, ale nevěřím mu, že se mu líbím. Je už na tu moji nemoc zvyklý, je hodně trpělivý. On mi začal nadbíhat, když jsem měla 84, já si říkala, to si dělá srandu, to mě chce jenom využít a kamarádka mně to taky říkala, on tě jenom využije.“*

Klientka č. 2 uvádí: *„On je mi strašně velkou oporou, to je prostě můj chlap, protože ho nemít, tak nevím, mám ho ráda, chci s ním být. A teda smekám před ním, jak na to, že to zažil poprvé, takovou nemoc a já ji taky neprožít, tak ji nepochopím, i když jsem si ji prošla a to už dvakrát, tak určité věci mi třeba jasné logicky nejsou.“*

Klientka č. 3 říká: „Půl roku jsme se dost hádali. I teďka po dobu, co jsem v nemocnici, jsme se každý víkend hodně pohádali. Konečně těch posledních čtrnáct dnů před koncem léčení se už nehádáme, vyříkali jsme si to a usmířili se.“

Klientka č. 1 říká: „Vím, že to se mnou měl těžké, protože my jsme se vlastně toho čtvrt roku v tom bytě jen potkávali a obcházeli, že vždycky, když on přišel z práce, tak já jsem si šla už lehnout nebo tak, takže to bylo takové...“

**Intimita** - v nejtěžší fázi onemocnění se téměř všechny ženy se snažily vyhýbat jakémukoliv doteku či pohlazení, veškerou snahu o přiblížení bojkotovaly. Jedna žena uváděla, že jejich intimní život trval po celou dobu nemoci.

Jak již bylo řečeno, sexuální apetence u všech žen velmi klesla, milování s partnerem jim nepřinášelo žádné uspokojení.

U žen s mentální anorexií se místo pocitů slasti dostavily pocity studu za své tělo, představovaly si, že se bude muž dotýkat jejich, jak to sami nazývaly „špeků“. Ženy s mentální bulimií se většinou divily, že se svým partnerům líbí, jak uváděly, protože bývaly často po zvracení nateklé a psychicky rozhozené. Při styku pociťovaly bolesti v břiše, křeče, sex se pro ně stal nejen psychicky, ale i fyzicky nepříjemným.

Všechny ženy se svými partnery spaly, i když nic nepociťovaly nebo jim to bylo nepříjemné, protože chtěly partnerovi udělat radost či mu dopřát potěšení. I když jim samotným se to nelíbilo, často argumentovaly, „je to chlap, vím, že to potřebuje“. Některé ženy (2) se sexem snažily alespoň trochu zmírnit partnerovu špatnou náladu či zahladit partnerské konflikty.

Ke konci léčby se partnerské vztahy většinou pročistily, oba si vyříkaly, co jim vadilo a začaly spolu znovu spát, i když většina žen (6) uváděla, že se ještě úplně sexuálně nalazené necítí, avšak již nepociťují sexuální styk za bolestivý či nepříjemný. S partnery pracují na větší otevřenosti a hledání potřeb druhého.

Klientka č. 9 říká: „Když jsem nezvracela, bylo to lepší, moc mě to nebavilo, mívala jsem křeče, všude mě to tlačilo, takže když jsme se nemilovali, byla jsem i kolikrát ráda.“

Klientka č. 8 říká: „Jako já myslím, že na to všechno si vyhovujeme, i když vypadám po tom blití někdy děsně, tak má ještě chuť, to se divím. Já na to nemám chuť, nedokážu se soustředit, není to moc často, dělám to kvůli němu.“

Klientka č. 3 uvádí: „S druhým přítelem mi klesala chuť postupně s tím, jak se mi poprvé rozjížděla anorexie. Ted' k tomu mám takovou nechut' nebo něco takového, třeba dřív jsem měla nějaké sexuální i sny nebo něco takového, ale to už se dlouho nestalo. Vím, že jako chlap to potřebuje a možná proto je takhle nabručený a nervózní.“

Klientka č. 1 se říká: „Styděla jsem se před ním, neměli jsme spolu čtvrt roku sex.“

Klientka č. 5 říká: „Když jsem měla 30 kg, ani se mě nedotkl, to už jsem byla na pokraji smrti.“

Klientka č. 2 uvádí: „Sex byl v podstatě tabu, nejenom sex, nesnesla jsem ani pohlázení, když jsem se trošku víc najedla, tak jsem se okamžitě cítila úplně špekátá, ted' jsem si říkala, ježiš, ted' mě hladí po nějakém špeku. To bylo prostě hrozné, Když už jsme se teda spolu vyspali, tak spíš jenom proto, že jako jo, že je to chlap, ale to bylo fakt výjimečně.“

**Výchova dětí** – dvě ženy ze souboru mají každá dvě děti. Děti obou žen o nemoci vědí, protože trvá příliš dlouhou dobu, děti jsou s nemocí již sžití. Problémy s jídelními návyky nezaznamenala ani jedna žena u žádného ze svých dětí. Ačkoli u syna v pubertě zaznamenala jedna žena, že měl tendence říkat, že je silnější, a že bude držet dietu, což mu rozmluvila. Žádné z dětí nesportuje. Jedna žena tvrdí, že se doma baví naprosto otevřeně o všem i o problémech a láskách kluků. Obě ženy se domnívají, že mají dobrý vztah se svými dětmi. Jedna žena se potýkala se symptomy onemocnění i během těhotenství. Druhá žena říká, že byla v remisy, po dobu mateřské se snažila nezvracet a nepřejídat, což se jí částečně dařilo. Znovu propadla bulimii po čtyřech letech mateřské.

Klientka č. 8 říká: „Můj není doma a já nemám sílu s něma někam jít, kvůli bulimii nemám čas, jinak bych šla, ale nemám na to sílu.“

Klientka č. 5 uvádí: „Ted'ka mají radost, že se snažím přibrat, ale mám strach, aby to neopakovaly po mně, proto jsme spolu o tom mluvily a zakázala jsem jim to.“

### **3 E Sociální prostředí**

Do této kategorie jsem zařadila vzdělání, kterým si ženy prošly, jejich kamarády, kteří je obklopují a zaměstnání, kterým se nyní či před nemocí živily. Tyto aspekty se připojují ke zbytku faktorů, které dotvářejí pozadí poruchy jednotlivých žen.

**Vzdělání** – většina žen ze souboru (7) ve škole nijak nevynikala a ani kromě tří žen ve studiu dále nepokračovala. Pouze jedna žena dokončila vysokoškolské vzdělání a další dvě jej započaly, avšak přerušily díky zdravotním a psychickým komplikacím spojených s poruchou příjmu potravy a velkým absencím. Což byl i případ jedné ženy, která s přestávkami trpí mentální anorexií od 9 let. Téměř všechny ženy, až na jednu se charakterizují jako průměrné studentky. Popisují se jako méně cílevědomé ve srovnání se svými úspěšnějšími sourozenci. Dvě z žen se chtěly svým starším sourozencům vyrovnat. Mnohdy se označují ženy (4) spíše jako „flákači“. Jedna z žen přestoupila jako starší kolem 17 let na jinou školu, kde prospěchem mezi ostatními vynikala, stala se terčem posměchu, označovali ji za tzv. „šprta“. První dva roky nesla těžce, poté se s kolektivem více sžila a přestal být znát věkový rozdíl, ve třetím ročníku si již našla kamarádky. Zbytek dívek uvádí bezproblémový kolektiv.

Mnoho žen (5) ze souboru vyjádřilo touhu jít studovat či dostudovat. Jedna z žen si těsně před tím, než ji propukla nemoc, stačila dodělat rekvalifikační kurz.

Klientka č. 8 uvádí: „*Známky jsem neřešila, nebyla jsem cílevědomá.*“

Klientka č. 7 říká: „*Myslím, že jsem byla průměr; normální známky od 1 do 3 někdy až 4.*“

Klientka č. 3: uvádí: „*Nebavilo mě se učit, měla jsem dost problém s autoritami, když mi někdo nesedl, neučila jsem se to už z principu, i kdyby mě to bavilo. Měla jsem horší prospěch než sestra, ta byla svědomitější, já jsem školu a učení spíše odbývala, nevěnovala jsem jí moc času.*“

Klientka č. 1 popisuje: „*Mám starší sestru, byla lepší než já, chtěla jsem se jí vyrovnat, proto jsem nastoupila na výšku.*“

**Zaměstnání** – ty ženy, které nešly studovat, buďto hledají místo a jsou nezaměstnané (2) anebo pracovaly na plný úvazek, před tím než nastoupily do léčení. Práce je vesměs nebavila, shledávaly ji jako nudnou či příliš stresující, takže se pak cítily pod tlakem. Až na jednu, která pracuje v kadeřnictví, což je zároveň i její koníček. Většina žen uvažuje po léčbě o změně zaměstnání.

Klientka č. 3 říká: „*Z práce mě poslali na neschopenku, kolegové si všimli, že se můj stav zhoršuje, slíbili mi, že po léčbě se může vrátit zpátky, tak se docela bojím, jaké to teď bude.*“

**Přátelské vztahy** – všechny ženy, kromě jedné, řekly o své nemoci svým nejlepším přátelům. Jedna z žen se za svou nemoc stydí, proto ji tají i před svým přítelem. V době nemoci nastal v chování žen obrat, kterého si samozřejmě přátelé všimli, ženy se však snažily symptomy nemoci zapírat. Většina z přátel i kolegů v práci tušila, o jakou nemoc se jedná, a uvědomovaly si vážnost situace daleko dříve než samy ženy. Jen těžko je však mohly zkusit ovlivnit, protože všechny ženy ze souboru se doslovně stáhly ze společenského života, před světem se uzamkly doma. Nejčastěji popisovaly ženy situaci, kdy se jim chtělo vidět přátele, chtěly si s nimi promluvit, ale vždy, když se na něčem domluvily, tak se těsně před domluvenou schůzkou omluvily, že nemohou přijít. Když už byly ve společnosti, svou náladu popisovaly jako apatickou, vznětlivou, podrážděnou či „duchem nepřítomnou“. V době hospitalizace všechny ženy obnovily své kontakty a nejbližší kamarádi je i několikrát přišli navštívit do nemocnice či napsali zprávu, že chápou, jak se chovaly.

Klientka č. 8 říká: „*Když jsem unavená, vyzvracená nebo se chystám na svou hostinu, tak na grilovačku už nejdu, jde jen manžel s dětmi*“

Klientka č. 9 říká: „*Mám kamarádky, ale v době nemoci jsem radši byla u toho jídla, nestýkala jsem se s něma.*“

### **3 E Cíle a protektivní činitelé**

K protektivním činitelům jsou řazeny zájmy, které jsou součástí podpůrné sítě v prevenci ale i udržení remise onemocnění. Sportovní zájmy, jak z rozhovorů vyplynulo, téměř většina žen nemá. Spíše je měly v minulosti nebo se chystají s nějakými začít. Budoucnost většina žen neplánuje.

Některé ženy (4) ještě stojí na rozhraní nemoci, proto si neumí představit, co bude následovat. A jsou spíše skeptické vůči uzdravení.

Klientka č. 8 říká: *„Minule jsem věřila, ale už když jsem jela odsud, tak jsem jela s plnou taškou jídla vlakem, teďka už nevěřím.“*

**Zájmy** – dvě ženy sportovaly závodně. Jedna žena hrála od základní školy basketbal, který ukončila, kvůli svému bývalému partnerovi, žárlil na ni. Druhá hrála softbal, ale byl jí zakázán, kvůli mentální anorexii. Ostatní ženy ze souboru sportovaly pouze rekreačně, dvě se popisují jako vyloženě nespportovní typy. Excesivně cvičily pouze v době, kdy se u nich rozvíjela porucha a ony si přály výrazně zhubnout. Nyní se některé těší na lyže, jízdu na kole, protože nabyly energii a cítí se celkově aktivnější, než bývaly v době nemoci, sedmi ženám se vrátila chuť něco dělat.

Klientka č. 9 říká: *„Dřív mi bylo všechno jedno, neměla jsem o nic zájem, teď i naplánuju víkend, když ho máme s manželem volný.“*

Klientka č. 10 říká: *„Jo teď i sama od sebe si řeknu, že by sem chtěla něco dělat, to už se mi dlouho nestalo, před tím se mi chtělo pořád jen spát.“*

Klientka č. 2 uvádí: *„Nejsem sportovní typ, nikdy jsem moc nesportovala, jen když jsem byla nemocná, ale to je to...součástí té nemoci, jinak si ráda někam občas vyrazím, třeba na kole.“*

Mezi nejčastěji uváděnou „zálibu“, na kterou si ženy (4) vzpomněly jako první, bylo uklizení (v domácnosti či na zahradě). Přičemž jedné z žen se dosud nepodařilo najít náhradu slasti, které ji poskytuje jídlo.

Klientka č. 5 říká: *„Baví mě jenom uklizení v domácnosti, občas chodím ještě s dětma na procházku.“*

Klientka č. 8 uvádí: *„Psychicky mi jediné pomáhá jen jídlo. Nebo práce na zahradě je koníček, ráda uklízím, ale jídlo je nejsilnější.“*



K další frekventovaně zmiňované zálibě patří kreativní tvorba, kterou preferují tři ženy, rády tvoří především za účelem uvolnění a utřídění pocitů

(viz **1, 2 A Očekávání a vedení arteterapeutické skupiny**).

Dále ženy uváděly, že si rády čtou, hrají hry, sledují filmy a zahradničí.

Tendenci často střídat zájmy popisují tři ženy, které změnu vnímají jako pozitivní oživení volného času.

Klientka č. 2 tvrdí, že: *„nemám žádný stálý koníček, jako spíš mám vždycky takové období, kdy mě něco baví, ráda to měním, takže jedno období ráda čtu, druhé zase jezdím na kole.“*

**Vize budoucnosti** – největším přáním všech žen je, uzdravit se. Což si jednotlivé ženy vykládají různě. Tři ženy popisují, že se chtějí naučit normálně jíst, aby jak říkají, mohly „žít normální život“. Jedna žena, v rámci toho, že se chce uzdravit, se rozhodla o sebe více pečovat.

Právě přání „žít normální život“ bylo nejfrekventovanější formulací spojenou s budoucností, která se u třech žen pojila s představou narození dítěte. Všechny si však uvědomují, že to není možné z hlediska jejich zdravotního stavu, hodlají kvůli touze po dítěti na sobě pracovat, průměrně si vytyčily cíl se uzdravit do jednoho roku.

Klientka č. 2 říká: *„Nevím teď mám dilema, jestli jít studovat nebo radši to miminko, moc bych ho chtěla, ale vím, že musím snažit, že mám blbě výsledky.“*

Klientka č. 1 říká: *„Chtěli bysme mít miminko, teď mě to tady tak chytlo, budu na sobě pracovat, takže snad příští rok, pokud budu v pořádku.“*

Dále se představa vyskytovala v kombinaci s přáním šťastné rodiny a spokojeném manželství. Pojem uzdravit se si část žen (3) vykládá také tak, že by chtěly zůstat stejně „štíhlé“ jak jsou nyní, jen si přejí, aby ustoupily nežádoucí zdravotní komplikace.

Klientka č. 8 říká: *„Chci zůstat takto hubená, ale tak abych nemusela zvracet, a abych mohla normálně jíst, raději si nic už neplánuju, chci prostě žít obyčejný život.“*

Další vize budoucnosti se stáčela u dvou žen kolem přání udržet si nejisté pracovní místo či přání změnit zaměstnání. Ženy, které přerušily studium, v něm zamýšlely pokračovat, také se objevila u čtyř žen touha po osamostatnění se od rodičů, přičemž si ale uvědomovaly svou ekonomickou závislost.

Klientka č. 7 uvádí: „*Chci začít normální život, vyléčit se, uzdravit se a už nechci být na psychiatriích. V budoucnu bych chtěla bydlet sama.*“

Klientka č. 1 říká: „*Chci být víc samostatná. Prostě nedělat to, co se ode mě očekává, ale to, co si přeju dělat.*“

Jak jsem již popsala v kategoriích **3 C Vztahy v primární rodině** a **3 D Partnerství a sexualita**, všem ženám se kvalitativně zhoršil vztah s partnerem, který se nyní pokoušejí napravit, chtěly by mít opět se svým partnerem „hezký“ a většinou otevřenější vztah. O větší míru otevřenosti se také pokoušejí ženy ve vztahu ke svým rodičům, vztahy s matkou se začaly napravovat již v průběhu léčby, ale cítí, že to ještě není vztah, který očekávají mezi matkou a dcerou. Vztahy s otcem ženy ve většině případů také popsaly jako špatný, chtějí jej v budoucnu také změnit k lepšímu. Jedna žena se popisuje jako velmi náladová a samotnou ji často mrzí, že lidi, kteří se s ní baví, vždy začne po nějakém čase od sebe odhánět.

Klientka č. 10 říká: „*Nevím, no, chovala jsem se někdy fakt hrozně, teď to vidím, jak jsem byla na maku protivná...jsem za to teď na sebe naštvaná, chci to zase nějak napravit, ať je to jako dřív.*“

Klientka č. 7 říká: „*Chci změnit přístup k ostatním. Vadí mi všichni na oddělení, neumím jim říct, že na ně nemám náladu, ale pak vybuchnu. Chci změnit přístup, ale nevím jak, nepřišla jsem na to.*“

### **7.3 Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s poruchami příjmu potravy**

Činnost v arteterapeutickém procesu lze vnímat jako propojení a prolínání jednotlivých oblastí, kategorií, které poskytují ucelený pohled na arteterapeutickou skupinu s ženami s poruchami příjmu potravy. Na hlavní kategorie, vypsané v tabulce č. 5 na konci kapitoly, v textu navazují a dělím je na další subkategorie. Arteterapeutická skupina či činnost, tvorba, je ovlivněna několika proměnnými: samotným arteterapeutem, technikami či cíli, které si arteterapeut zvolí, dále je jeho terapeutická práce podmíněna řadou faktorů, jakými jsou: jeho zkušenosti s muži s poruchami příjmu potravy, zvoleným přístupem ke klientkám a tím, jak si strukturuje celé arteterapeutické sezení, to vše v arteterapeutickém procesu hraje roli. Konkrétně se budu věnovat jednotlivým proměnným dále v textu.

#### **4 F Procesy v arteterapii**

Všichni tři arteterapeuté vnímají arteterapii jako nástroj, díky němuž lze poznat těžko přístupné osobnostní rysy klientek. Arteterapii vidí jako **diagnostický způsob**, jež slouží jako **komunikační kanál**, na rozdíl od řeči, jež je u pacientek s poruchami příjmu potravy oddělená od těla. Umělecká činnost umožňuje **zachycení vnitřních prožitků**. Významným procesem je **snížená kontrola**, která zprostředkuje zachycení **vnitřních prožitků** klientek. **Snížená kontrola** jedince se projevuje přerušением stereotypního jednání či navozením nezvyklé situace. Faktor vzdělání, zohledňuje arteterapeutka č. 3, ten přispívá k snížení výpovědní hodnoty kreseb.

Říká, že: „*U těch klientek, které mají nějakou touhu malovat, nebo jim to jde od ruky, ale nejsou výtvarně vzdělané, tak je to daleko lepší, tam se to dá daleko lépe přečíst.*“

Arteterapie zprostředkuje **bezpečný způsob**, jak otevřít řadu témat. **Objevení nového tématu**, lze získat ze dvou zdrojů v arteterapii, buďto z obsahu (témata tvorby), na kterých se dále pracuje v psychoterapii. Nebo z formy (malba, kresba...), jež klientce nabízí možnost **zachytit vnitřní prožitky**, v následném povídání nad tvorbou se **objevují nová témata**, která je opět možno využít v terapii, což takto vnímá arteterapeut č. 1 a arteterapeutka č. 2. K tématu tvorby lze dojít několika různými cestami,

první možností je, když sám arteterapeut přijde s předem připraveným tématem, druhá cesta spočívá v tom, že arteterapeut nechá svého klienta vybrat téma, s kterým chce pracovat. Arteterapeutka č. 3 hodnotila **objevování nových témat** u skupin složených čistě z žen s poruchami příjmu potravy. Témata vzniklá z formy (kresby, malby), o nichž se dále povídalo, vnímala jako nepříliš hluboká. Frekventovaně se vyskytovala témata diet, správných jídelních návyků a ty se stále „točily“ a nešly hloub. Měla pocit, že skupiny kombinované se jí osvědčily více (ženy, které se samy přihlásily do arteterapie, z nichž jen některé trpěly poruchou příjmu potravy) než skupiny složené pouze z žen s poruchami příjmu potravy, ve kterých se nestáčela všechna témata kolem problematiky poruch příjmu potravy.

#### **4 F Arteterapeut**

Mezi přední vlastnosti osobnosti „dobrého“ **arteterapeuta** byla dvěma arteterapeuty (č. 1 a č. 3) shodně zařazena schopnost *sebereflexe*, schopnost *možnost vlastní změny* a *dívání se* na problematiku klientky „otevřenýma očima“, aby nedošlo k nevědomé schématickosti. Schématickosti může vzniknout ze dvou příčin, první z nich je, když nemáme dostatek zkušeností pro srovnání s jinými diagnostickými okruhy a druhá je přijetí stereotypů.

Což dokresluje výpověď arteterapeuta č. 1, který říká, že: „*No, často platí, že se anorektičky bojí svého prožívání, že jsou hodně nejisté v tom projevit své prožitky a ono se to potom projevuje v kresbě nebo malbě, na té práci s barvami. Zatímco bulimičky mají problém se sebekontrolou a s tím, že je těžké se pro ně zastavit, tak to potom odpovídá, tomu to schématu, ale potom jsou jiné osobnostní rysy těch lidí, kteří do toho můžou výrazně vstupovat a můžou tento stereotyp výrazně měnit. Něco na tom je, ale nedá se to prostě vzít jako dogma.*“

Jako další očekávané rysy arteterapeuta byly uváděny: *zpracované vlastní slabiny* či problémy arteterapeuta. K dalším vlastnostem a charakteristikám byly jmenovány: *trpělivost, připravenost na neúspěch a nevkládání do terapie vlastní ambice* a také *znalosti, zkušenosti* a především *schopnost pracovat s hlavními tématy* (sexualita, tělesnost, vztah k tělu) vážící se k poruchám příjmu potravy.

Arteterapeut č. 1 se potýká s dvěma problematickými okruhy při práci s dívkami či ženami s poruchami příjmu potravy. Prvním z nich jsou **problémy v terapeutickém procesu** a druhým je **problematika pohlaví arteterapeuta**.

**Problémy v terapeutickém procesu** jsou syceny dvěma subkategoriemi, a to: individuálním příběhem každé klientky, což znamená, že terapeutická práce nejvíce vázne na nejcitlivějších úsecích klientčina života, a motivací klientky, což bývá shledáváno jako velmi obtížné, motivovat klientku tak, aby byla ochotna se z nemoci dostat a opravdu se začala snažit.

Ukázalo se, že ženy a muži se potýkají s rozdílnými problémy související s **pohlavím arteterapeuta**. Jako muž arteterapeut se potýká s těžkostí při otevírání sexuálních témat, která je dána ze strany klientek tím, že prožívají jako těžké začít hovořit na toto téma ve skupině. Pokud vystupuje v roli arteterapeuta ve skupině žena, dochází při individuálním arteterapeutickém sezení ke srovnávání ze strany klientky s arteterapeutkou, což je vnímáno jako problematické. Ve skupině tvořené pouze ženami se pak srovnávají mezi sebou navzájem.

Problematickým se také dle výpovědi arteterapeutek č. 2 a č. 3 stává **skrytost klientek**, tato subkategorie se týká řeči klientek, patří zde „vlastní řeč“ klientek. I když se terapeutovi zdá, že klientka souhlasí, vůbec tomu tak být nemusí. Subkategorie **prolomení bariér** se týká jejich chování. Klientky se chovají protichůdně, na jednu stranu jsou vnímány jako *nejaktivnější* ve skupině a na druhou stranu jsou to ty *nejskrytější* klientky ze skupiny.

#### **4 F Techniky a cíle**

Všichni tázaní arteterapeuté nepreferují jen vybrané techniky, rádi pracují se všemi dostupnými výtvarnými prostředky, osvědčila se jim (arteterapeutovi č. 1 a arteterapeutce č. 3) zejména práce s keramickou hlinou, pro její možnost 3D rozměrů, které si může klientka osahat.

Sama arteterapeutka č. 3 preferuje u klientek s poruchami příjmu potravy tzv. **kontaktní techniky**, pod které spadají všechny techniky, při nichž se dostanou klientky do kontaktu s hmotou, tělem, se zemí a keramickou hlinou. Klientky se dělí na dva tábory, kdy jedněm je práce s hlinou odporná, či ji vnímají jako špinavou, což dává arteterapeutka do souvislostí s tím, že hlína představuje symbol špíny, kterou pocítují, že mají v sobě. Menšinová část klientek přijímá tuto práci s nadšením a vrhají se do ní. Nejvíce však samotným klientkám vyhovuje kresba, koláže a práce s akvarelem. Koláže využívá i arteterapeut č. 1 k otevření se, na začátek skupiny, je to technika, která není náročná na kresebné dovednosti, takže má funkci zbavovat strachu, že něco nakreslí špatně, což je typické zejména u žen s mentální anorexií. Arteterapeutce č. 2 se osvědčily nejvíce techniky na **vztah k sobě**, do nichž jsou řazeny techniky zaměřené na sebelásku, sebeúctu, sebehodnocení a sebeprožívání.

Při práci s dívkami si každý z arteterapeutů klade jiné cíle, arteterapeut č. 1 chce **příspěť k terapeutickému procesu** tím, že dívky motivuje, pomáhá jim vytvořit si náhled na sebe sama, pomáhá jim poodkrývat problémy, posilovat sebedůvěru, sebeúctu, snaží se jim dopřát pocit úspěchu.

Říká: „*Myslím si, že arteterapie umí dobře posilovat zničené sebevědomí poruchou, když to přejde určitou fází, kdy si odmítají pochválit cokoliv, potom se to v nějakém období zlepší a ony z toho mohou hodně těžit.*“

Arteterapeutka č. 2 se snaží **otevřít komunikaci** ve skupině a arteterapeutka č. 3 se snaží o **prohloubení sebe sama** u klientek s poruchou příjmu potravy.

Přínos arteterapie pro ženy s poruchami příjmu potravy je vnímán jako nesporný všemi arteterapeuty, avšak je do jisté míry zcela individuální a nelze jej používat pouze jako jediný nástroj léčby.

#### **4 G Přístup ke klientce**

Důvěra se u dívek s poruchami příjmu potravy buduje velmi těžko, arteterapeut č. 1 volí **osobní přístup**, jehož základem je, nedívat se na klientky skrz šablonu, s předsudky či je nějakým způsobem škatulkovat, velice podobně vyjádřila svůj názor i arteterapeutka č. 2, která je zastánkyní **přijetí**.

Ohledně otázky důvěry se vyjadřuje arteterapeutka č. 2 takto: „*Nezaujímám negativní postoj, chválím, motivuji...důvěra se buduje těžko a nastane málokdy.*“

Arteterapeutka č. 3 dává klientkám **prostor k vyjádření**, který je založen na tom, že nekritizuje tvorbu klientek.

#### **4 G Struktura arteterapeutického sezení**

Struktura arteterapeutického sezení probíhá u všech arteterapeutů s klienty s poruchami příjmu potravy zhruba stejně, začínají tím, že **zjistí náladu** ve skupině, poté nabídnou téma, dále se odehrává **domluva** na **tématu**, následuje samotná **tvorba**, poté **představení děl** a zakončení bývá věnováno **povídání** o jednotlivých dílech. V tomto bodě se objevil rozdíl mezi časovou strukturou arteterapeutické skupiny vedenou v nemocnici a skupinou vedenou soukromě pod jinou institucí, v nemocnicích je potřeba dodržovat řád a poslušnost jednotlivých činností oddělení. Na jedno arteterapeutické sezení je vyhrazená přibližně hodina. V případě soukromě vedených skupinových sezení je celé arteterapeutické skupině vyhrazeno více času, zpravidla jde o hodinu a půl času. Může se stát nebo se stává, že se díky tomu nestihne závěrečné povídání nad díly nebo je každá z částí sezení zkrácena.

#### **4 H Tvorba, komunikace smíšených skupin**

Když používám pojem smíšená skupina, mám na mysli skupinu tvořenou jak ženami, tak jedním či více muži s poruchami příjmu potravy.

Arteterapeutka č. 3 nepracovala v arteterapii s muži s poruchami příjmu potravy, arteterapeutka č. 2 nevidí rozdíl ani ve skupině ani v tvorbě, pokud je součástí muž s poruchou příjmu potravy,

dle jejího názoru mají muži/chlapci většinou **problém s identitou**, čímž si vysvětluje shodnost témat i komunikace. Naopak arteterapeut č. 1 uvádí rozdíl, pokud je ve skupině přítomen muž s poruchou příjmu potravy, otevírá se **mužsko - ženské téma**, někdy opatrněji a někdy se otevře více téma sexuality. Nebyl vnímán rozdíl mezi tvorbou žen a mužů- jejich přístup k tvorbě je zcela individuální.

Arteterapeut č. 1 říká: „*Někdo se víc stydí, někdo se víc předvádí, když maluje, když je téma matka-dítě, tak ve skupině bez kluka tam častěji namalují nahé postavy, a když je tam kluk, tak je víc obléknou, tak takové věci.*“

#### **7.4 Vztahový model subjektivního pohledu na arteterapii a problematiku poruch příjmu potravy**

Na závěr této kapitoly, bych se pokusila dát do vztahů některé proměnné tak, jak je uvádějí ženy. Jak jsem již předeslala v úvodu kapitoly, ze zjištění vyplývajících z rozhovorů vznikla tabulka, kterou jsem rozdělila na výzkumné otázky, bližší výzkumné okruhy a kategorie. Kategorie objasňují výzkumné okruhy a prostřednictvím okruhů odpovídám na otázky, které se k nim váží (Tabulka č. 6).

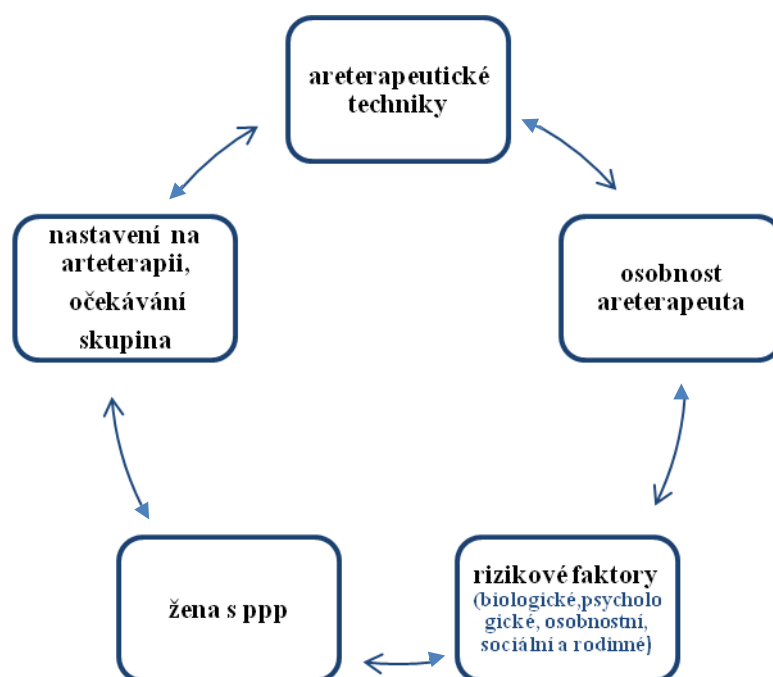


Výzkumné otázky	Bližší výzkumné okruhy	Kategorie
1. Hodnocení arteterapeutické činnosti	A. Arteterapie	1, 2 A Očekávání a vedení arteterapeutické skupiny
		1 A Subjektivní zážitek z arteterapie
2. Hodnocení osoby arteterapeuta	A. Arteterapie	1 A Práce v arteterapeutické skupině
		1 A Problematika arteterapie
3. Kontext poruch příjmu potravy	B. Mentální anorexie a mentální bulimie	3 B Průběh onemocnění
	C. Rodina	3 C Vztahy v primární rodině
	D. Vztahy	3 D Partnerství a sexualita
	E. Zaměstnání, školy, plány, zájmy	3 E Sociální prostředí 3 E Cíle a protektivní činitelé
4. Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s PPP	F. Arteterapie u dívek s poruchami příjmu potravy	4 F Procesy v arteterapii
		4 F Arteterapeut
		4 F Techniky a cíle
	G. Zkušenosti	4 G Přístup ke klientce
		4 G Struktura arteterapeutického sezení
	H. Muži vs. ženy s poruchami příjmu potravy	4 H Tvorba, komunikace smíšených skupin

Tabulka č. 6 Přehled hlavních kategorií vztahující se k výzkumným otázkám

Vytvořený model (Obr. č. 23) nastiňuje koloběh proměnných, které se vzájemně setkávají a ovlivňují v procesu arteterapie. Na konečném dojmu z arteterapie se podílí spousta faktorů. Pohled na účinnost či neúčinnost je vysoce subjektivní a každý si tedy může odnést rozličné dojmy, přestože se účastní té samé arteterapeutické skupiny. Na ženu s poruchou příjmu potravy působí osobnost arteterapeuta i techniky, které vybírá. K tomu se přidává nastavení klientky i celé skupiny a samozřejmě její minulost, zkušenosti a dovednosti a porucha samotná. Jmenované proměnné nepůsobí na jedince odděleně, nýbrž současně, v kontextu událostí.

Další průběh, přijímání či odmítnutí arteterapie jako pomáhající terapie se neustále formuje, v následujícím modelu ukážu, jak bude vypadat situace, když bude arteterapie přijímána nebo naopak odmítána.



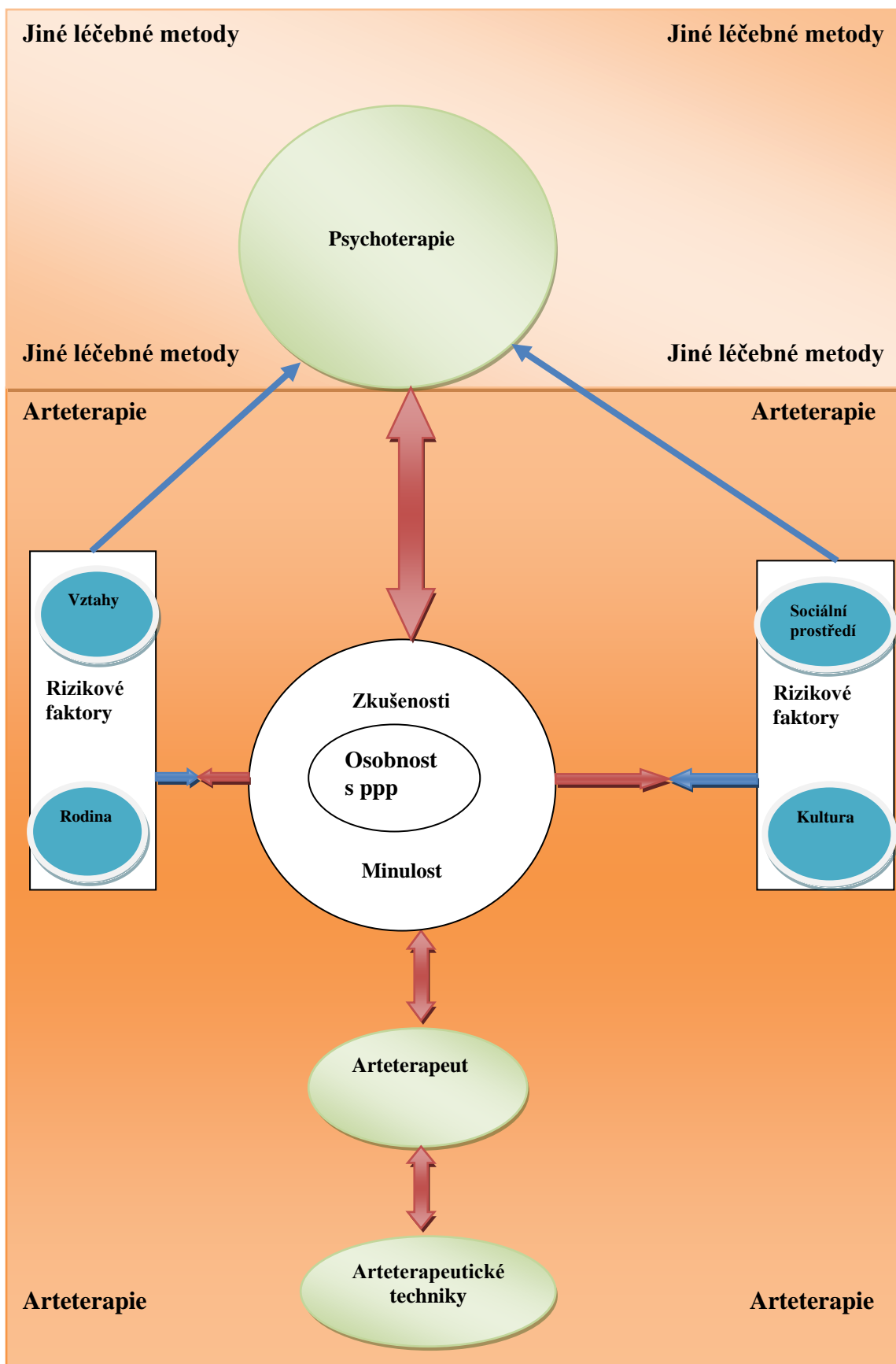
Obr. č. 23 Koloběh proměnných v arteterapii.

Arteterapie je specifický druh terapie, jež má, za pomoci uměleckých prostředků napomáhat v léčbě, do jaké míry, to už je individuální. Ženy kvůli etiologii své nemoci tvoří terapeuticky obtížnou skupinu. Ze zjištěných reakcí na arteterapii, se pokusím nastínit, jak funguje propojení arteterapie s další léčebnou metodou.

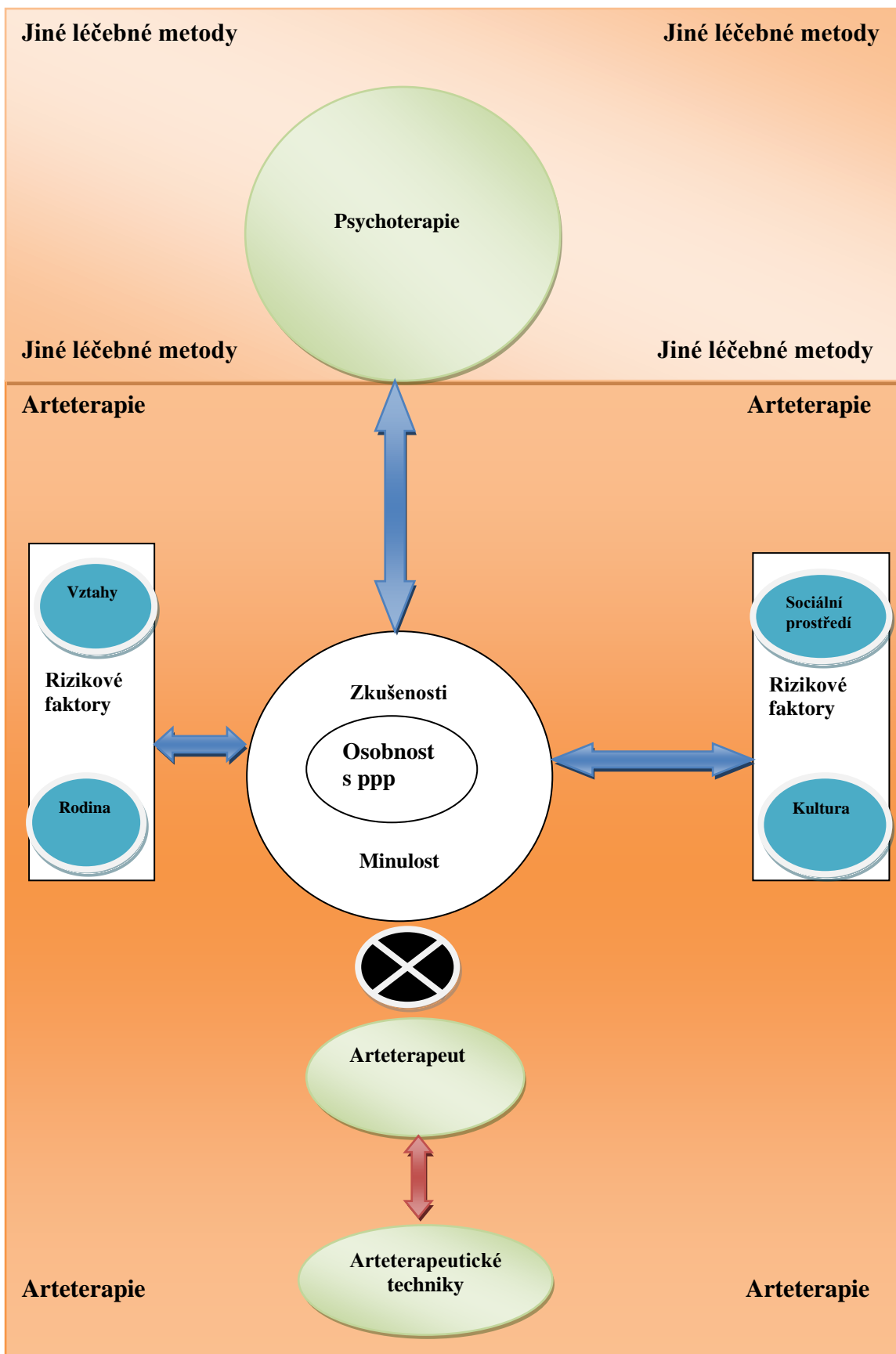
Každý model (graf č. 3 a č. 4) se snaží zobrazit vliv arteterapie na jedince. Přesněji se jedná o snahu zobrazit interakci mezi předkládanými arteterapeutickými technikami, arteterapeutem a ženou s poruchou příjmu potravy, která ji buďto přijímá či odmítá.

V prvním případě se (graf č. 3) ukazuje, že pokud žena přijímá arteterapii, určité techniky mohou poukázat na problematickou oblast v jejím životě. Skrze arteterapii dojde k uvědomení či zprostředkování náhledu, na kterém se může dále pracovat v dalších terapiích. Model dále ukazuje, že pokud se žena ocitá v konfrontaci s problematickým tématem, umí se lépe orientovat, má již jistý zážitek, který může využít v obraně proti rizikovým faktorům.

V druhém případě (graf č. 4), kdy je arteterapie zamítána jako nevyhovující metoda léčby, přichází žena o podnětné informace o sobě samém, a v následné terapii začíná tzv. od nuly, nemá výhodu první skupiny, která již má na čem stavět.



Graf č. 3 Vztahový model ženy s ppp v kontextu terapie, která přijímá arteterapii



Graf č. 4 Vztahový model ženy s ppp v kontextu terapie, která odmítá arteterapii

## **8. Diskuze**

Hlavními cíly výzkumu bylo zmapovat hodnocení arteterapie a osoby arteterapeuta z pohledu mladých žen s poruchami příjmu potravy. Snažila jsem se zachytit specifika arteterapeutické činnosti z pohledů arteterapeutů, což v komplexním pohledu na výsledky práce obohatilo výpovědi žen. Také jsem se zabývala průběhem poruch příjmu potravy a mapovala pozadí jejího vzniku u jednotlivých žen, tímto způsobem jsem chtěla docílit zasazení pohledu na arteterapii do širšího kontextu problematiky.

Jako východisko pro výzkumnou studii sloužila teoretická část práce, kterou tvoří zjištění a výzkumy z oblasti arteterapie, poruch příjmu potravy, období adolescence a mladé dospělosti. Kvůli specifčnosti tématu práce, dostupnosti a charakteristice výzkumného vzorku jsem zvolila kvalitativní přístup, od které se odvíjely i použité metody zkoumání a následná kvalitativní analýza dat.

Pro výběr vzorku jsem použila metodu záměrného (účelového) výběru přes instituce. Vybraný vzorek může být zdrojem potenciálních zkreslení, z toho důvody, že ho není možné srovnat s ostatními pracovišti. Získaná data se vztahují pouze k jedné instituci, proto je těžší zjištěné výsledky generalizovat. Při hledání instituce, která by mi umožnila přístup k ženám s poruchou příjmu potravy a zároveň nabízela pro své pacienty možnosti využití arteterapie, jsem narazila na několik překážek. Na více odděleních se průběžně vyskytoval velmi nízký počet žen s poruchou příjmu potravy pouze sporadicky. Dostupnost vzorku byla také ztížena tím, že ne všechny nemocnice, které inzerují, že arteterapie je součástí terapie poruch příjmu potravy ji i skutečně poskytují. Ukázalo se, že některé nemocnice arteterapii používají jako součást dílen, kdy je spíše vnímána jako aspekt pracovní terapie nebo v současné době nemají prostředky na zaplacení arteterapeuta, který je na oddělení zastoupen jiným odborníkem bez arteterapeutického výcviku. Problémem se také ukázalo, že je o problematiku velký zájem nejen z řad odborníků, kteří poruchu zkoumají, ale i z řad zejména zahraničních studentů a tak byla některá pracoviště výzkumníky přesycena. Soukromé instituce mě odmítaly s tím, že bych mohla narušit důvěru mezi klientkou a terapeutem či je nechtěly ještě více zatěžovat.

Arteterapeuty, kteří pracují s klienty s poruchami příjmu potravy, jsem pro účel své práce vybírala pomocí metody prostého záměrného (účelového) výběru. Abych alespoň z části vyvážila poměr mezi pohlavími, do vzorku jsem zahrnula muže.

Věděla jsem, že téma práce, čili subjektivní pohled na arteterapii, je obtížně vymežitelné a zcela individuální, i z tohoto důvodu nelze zjištěné výsledky plošně generalizovat. Výsledky výzkumu však mohou zprostředkovat hlubší proniknutí do problematiky poruch příjmu potravy.

Jako metodu získání dat jsem využila polostrukturované interview.

Pro svou výzkumnou studii se mi nepodařilo zajistit rovnoměrné věkové rozložení žen v období adolescence a mladé dospělosti, protože se většina žen na oddělení pohybovala ve věkovém rozmezí mladé dospělosti (do 34 let). Validitu některých výzkumných zjištění jsem se pokusila zvýšit pomocí nástrojů kvalitativního přístupu, tj. za pomoci triangulace dat. Některé výsledky jsem se tedy snažila propojit s názory odborníka, v tomto případě arteterapeuta a informacemi z odborné literatury.

Snažila jsem se minimalizovat dopady zkreslení elitou tím, že jsem paní arteterapeutku žádala o rozhovor se všemi ženami, bez ohledu na to, jestli spolupracují či nikoliv. Uvědomuji si zdroje chyb, které jsem nedostatečně neošetřila, nestihla jsem udělat rozhovor úplně se všemi ženami, které se v daném období na oddělení vyskytovaly. Čemuž by se dalo předejít lepším rozvržením časových možností a podchycením informací o propustkách potencionálních participantek.

I přesto, že se mi nepodařilo uskutečnit rozhovor se všemi ženami na oddělení a tím došlo k jistému zkreslení. Domnívám se, že se mi povedlo zachytit obě polarity názorů na arteterapii.

Výsledný dojem z arteterapie může být zkreslen tím, že si každá z žen neprošla úplně shodnými arteterapeutickými technikami.

Na výsledky může mít vliv i nedostatečné rozdělení pracovních kompetencí na oddělení. Arteterapeutické techniky užívali k doplnění své práce také někteří další kolegové z oddělení, kteří ovšem nemají výcvik v arteterapii. Což jako problematiku vidí Koblicová (2000), která tyto tendence zaznamenala v našich léčebných zařízeních. Zamýšlí se nad neprofesionálně praktikovanou arteterapií z řad řádně neproškoleného zdravotnického personálu, nemající oprávnění k vykonávání tohoto druhu terapie. Arteterapie je poté degradována jako pouhý doprovod dané práci odborníka, tímto přístupem je její širší možnost působení podceňována.

Na oddělení se stávalo, že participantky kreslily vícekrát než jednou týdně v arteterapii, u některých klientek, kterým „neseděl“ kreativní způsob práce mohlo snadno dojít tzv. přesytení kreslením, které se pak může promítat do celkového hodnocení arteterapie.

U jedné skupiny žen jsem zaznamenala negativní odezvu na úroveň poskytované léčby, ze strany celého oddělení. Ženy tvrdily, že jim není věnováno dostatek času v individuálních pohovorech a některé terapie byly zrušeny. Arteterapie přešla do individuálních sezení, což, ale vítaly, protože se nerady otevíraly na skupinových sezeních. Nedostatek odborníků na pracovišti, bylo způsobeno organizačními nedostatky, kdy si zaměstnanci vybírali dovolené. Domnívám se, že tento aspekt mohl mít také vliv na celkovou motivaci žen, které se v té době léčily a očekávaly „vyšší zájem odborníků“.

Uvědomuji si také své limity znalostí v oboru arteterapie, především ty, které se získávají praxí, tento nedostatek jsem se pokoušela vyvážit studiem odborné literatury pojednávající na zmíněné téma.

S malými zkušenostmi s prací výzkumníka, kterými bylo získávání dat ovlivněno, jsem se chtěla vyrovnat tím, že jsem se na situace rozhovoru snažila dobře připravit. Nachystala jsem si výzkumná témata a základní otázky, které se k nim vázaly. V průběhu interview jsem se chovala pokud možno autenticky, odpovědi participantek jsem nahrávala na diktafon, aby nedošlo k jejich zkreslení a poté doslovně přepsala, aby mi neunikly mírné nuance v odpovědích participantek.

Nyní se pokusím odpovědět na jednotlivé výzkumné otázky, tak jak byly formulovány výše. Avšak upozorňuji, že jednotlivé odpovědi na otázky nejsou samostatnými jednotkami, ale všechny spolu určitým způsobem souvisí a tudíž by měly být vnímány komplexně spolu s ostatními výzkumnými otázkami, tak aby nedošlo k vytržení problematiky z jejího kontextu.

## **8.1 Očekávání mladých žen s poruchou příjmu potravy a jejich hodnocení arteterapeutické činnosti**

Položila jsem si otázku, jak ženy hodnotí arteterapii a jaké měly očekávání na začátku arteterapeutické skupiny. Celým hodnocením arteterapie se prolíná kladný či záporný postoj participantek vůči arteterapii. Z tohoto základního rozdělení lze dále odvíjet souvislosti mezi činností v arteterapii a projevy poruchy příjmu potravy.

Vzorek žen se rozdělil na příznivce arteterapie a její odpůrce. Ženy, které hodnotily arteterapii jako přínosnou a uváděly několik zážitků, které jim zprostředkovala, se zároveň kriticky vyjadřovaly vůči některým jejím aspektům. Ty ženy, kterým se však arteterapie celkově nelíbila, v ní neviděly žádný pozitivní aspekt. Neměly rády vyjadřování prostřednictvím kresby. Matoušek (in Caseová, Dalleyová, 1995) tvrdí, že u jedinců, kteří mají nepřekonatelné zábrany při výtvarném projevu, a kteří arteterapii vyloženě odmítají, pozbývá její využití smyslu. Zároveň doporučuje využít arteterapii jako účelnou „rozehřívací techniku“. Později v kapitole 8. 4 Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s ppp na toto téma navazují a zasazují ho do kontextu pohledů arteterapeutů na tvorbu s klientkami s poruchou příjmu potravy.

Každá žena přišla do skupiny s nějakým očekáváním, podle toho byly rozděleny do tří okruhů. Jedna část žen neměla žádné očekávání před vstupem do arteterapeutické skupiny. Zde patřily ženy, které posléze zaujaly negativní či neutrální postoj vůči arteterapii. Prvotní očekávání bylo u některých žen ovlivněno tím, že již měly dřívější zkušenost s touto metodou a očekávaly, že jim nemůže pomoci stejně jako při poslední návštěvě. Druhou skupinou byly ženy, které zažívaly obavy, když přicházely do arteterapeutické skupiny. Obavy pramenily z toho, že se pro ně jednalo o nový způsob práce, o kterém si nebyly jisti, že jej zvládnou. Znejišťovala je také představa o vlastní neschopnosti kreslit. Tuto počáteční obavu, jak uvádí Campbellová (1998), která se pravidelně a přirozeně v arteterapeutických skupinách objevuje, však může arteterapeut ovlivnit či zmírnit, pokud dokáže vytvořit bezpečné prostředí pro klienty, ve kterém se budou cítit uvolněně. Poté je předpoklad, že dokáží využít svých tvůrčích schopností a nebudou se obávat strachu z možného ponížení, pokud se ve své tvorbě odhalí. Tuto tezi potvrzují i data získána z rozhovorů s arteterapeuty. Arteterapeutka si za svůj přístup zvolila takový, který dává klientce prostor k vyjádření.



Podmínku splnila i arteterapeutka, která vede skupiny žen na oddělení. Podle zjištěných dat z rozhovorů s klientkami pro ně vytvořila bezpečné prostředí, v němž poskytovala dostatek prostoru k sebe prezentaci a nekritizovala ničí tvorbu. Jeden z arteterapeutů tvrdí, že některé ženy si neumí pochválit svou tvorbu. V momentě, kdy bude překonán jejich ostych či obava, mohou z tvorby velmi čerpat.

V tomto případě se ukázalo jisté výtvarné nadání výhodou, protože takové ženy patřily ke skupině zvědavých žen, které se nebály arteterapeutické skupiny. Obě tyto skupiny spojovalo očekávání něčeho nového. Arteterapeuté považují výtvarné nadání nebo zájem okresbu spíše za negativní vliv působící v arteterapii, protože se snižuje možnost projektivních interpretací.

Ženy, které vnímaly spíše pozitivní vliv arteterapie, ji hodnotily jako metodu, prostřednictvím které došlo k vyplavení silných emocí. Lhotová (2009) tuto funkci arteterapie popisuje jako jádro hlubinně orientované arteterapie, kdy se napovrch dostávají intrapsychické konflikty, klientova minulost a rané zážitky. Právě specifické prostředky způsobí změny v emocionální oblasti, jakými jsou abreakce, katarze nebo emoční korektivní zkušenost.

V průběhu tvorby se nejčastěji hromadily pocity, které však nebyly konkrétní či je ženy tvořily bez úmyslu něco vytvořit. Děly to, co je momentálně k danému tématu napadlo.

V arteterapeutické skupině došlo nejčastěji při následném povídání nad obrázky k silnému emočnímu zážitku, zamyšlení se nad situací, k ujasnění pocitů nebo nalezení podnětu ke změně. Výsledným efektem byly pocity úlevy a uvolnění. Šicková – Fabrici (2002) také vnímá arteterapii jako prostředek k poznávání svého nitra. Výhodu spatřuje v tom, že navíc umožní poznání pocitů druhých. To se odráží v získaných datech, protože velký důraz byl kladen na získání zpětné vazby od zbylých účastnic a na možnost sdílení problémů s ostatními členy skupiny.

Nezanedbatelným přínosem se projevila možnost odpočinutí si, či „pouhé“ relaxace, kterou zažívaly v arteterapii, ve srovnání s psychicky náročnými individuálními psychoterapiemi. Zde se projevil, jak uvádí Lhotová (2009) autosanační potenciál samotné tvorby, na který spoléhá a klade důraz rogerovsky orientovaná arteterapie. V tomto případě by mohl pokus o výklad či direktivní vedení naopak uškodit. Tohoto efektu již využívaly některé ženy ještě dříve, než se začaly léčit pro poruchy příjmu potravy. Kreslily se záměrem dát průchod svým pocitům, ve kterých se nedokázaly orientovat či se jich cítily tzv. plné. Zmatenost či špatná orientace v ambivalentních pocitech se ukázala typická pro mentální anorexii a bulimii.

Balcar (2006) se pokusil osvětlit, jak probíhá vznik ambivalentních pocitů. Uvedl, že vnitřní druh konfliktu je typický pro vznik psychosomatické poruchy. Jedná se o rozpor mezi výrazným motivem bezpečí v citové závislosti na blízké osobě či osobách na jedné straně a výrazným motivem hostilního sebeprosazení proti té samé osobě. Dítě si své ambivalentní pocity a hostilní chování vůči svému rodiči neuvědomuje. Obvykle jsou vytěšňovány právě touto podvojnou vazbou. Zažíváním trvalé úzkosti a protichůdných pocitů si dítě trvale přetěžuje organismus a následně dochází k poškození či narušení jeho funkce nebo struktury.

Kohlberg (in West, 2002) si všiml, že dospívající i dospělí, kteří se podceňují, či nemají zdravě vybudovanou identitu, se v některých situacích chovají tak, jako by to bylo v nesouladu s jejich schopností mravně přemýšlet, z čehož tedy můžeme usuzovat, že ženy s poruchami příjmu potravy mají problémy ve schopnosti mravního uvažování.

Sama klientka H. (2003), která si prošla arteterapií, jež ji pozitivně ovlivnila, říká, že pokud jedinec dokáže zpracovat ambivalentní pocity a emoce opakovaným vyjádřením pohybu či kresbou, malbou, získá určitý druh vnitřního vyrovnaní.

Arteterapie byla zejména kritizována pro nekonkrétnost tématu tvorby, která jim byla zadávána. Ženy, které nedokázaly pracovat se symbolikou, se cítily dotčené, že je jim předkládán ještě jiný možný význam, který v něm ony samy nevidí. Dále ženy zmiňovaly jako komplikaci, nedostatek času, kdy jim nebyl dán prostor se více vyjádřit k tématu. Některé ženy zase nestihly zakreslit detailně vše, co chtěly. Na tento negativní aspekt skupinových arteterapií v některých nemocnicích upozorňuje jeden arteterapeut. Riziko, že na samotné povídání po tvorbě zbude málo času, se promítlo i do jedné ze skupin. Jeden z arteterapeutů říká, že zkrácením povídání nad kresbami s klientkami arteterapeuté přicházejí o podstatnou část, což je ovšem problém organizační. Ženy, které zaujímaly negativní postoj, se při tvorbě popisovaly jako by se cítily ve školce. Kresbu chápaly jako svou regresi, což ještě podkresloval postoj vlastní neschopnosti přestat se zvracením v případě mentální bulimie. Naopak ženy, které měly zážitek z dětské psychiatrie, se cítily být vnímány jako dospělé.

Během výzkumu jsem vyzorovala dvě tendence žen. Ženy, které byly rozhodnuty se na 100 % vyléčit, měly motivaci, věřily si a snažily se na sobě pracovat. Prostřednictvím arteterapie chtěly vytěžit co možná nejvíce v sebepoznávání se. Oceňovaly především zprostředkování náhledu na vlastní tělo. U žen, které měly problémy s akceptací sebe sama, svého těla a nevěřily, že se vyléčí, se objevovala horší motivace k léčbě spolu s tendencí odvracet se od tvůrčích technik. Krch (2003) potvrdil souvislost a vztah mezi přáním zhubnout, depresí a negativní představou o svém těle. Negativní tělesné schéma přes očividnou „vychrtlost“ pramenní z toho, dle Vágnerové (1999), že sebepojetí a sebeobraz je relativně stabilní a neměnná. Proto, když ženy v dětství slýchávaly negativní poznámky vůči svému vzhledu, se prožívají i po několika letech stále nedokonalé či silnější než ve skutečnosti jsou. Vidí sebe jinak, než ji vidí ostatní. Příčina je subjektivní zkreslení, které je odrazem celkového vztahu k sobě samému. Na základě toho si vysvětlují nemožnost ukázat ženám s negativním sebeobrazem, jak jsou hubené, pokud na to nejsou připravovány. Při technikách zaměřených na tělo je kontrast mezi myšlením klientky a realitou tak zjevný, že ji velmi ohrožuje.

Crowl (in Wolf, Willmuth, Gazda, Watkins, 2007) se zabýval uměleckou prací klientek s mentální anorexií, z čehož vyvodil závěry, že umění představuje symbol tří základních oblastí konfliktů a to: sebeobrazu, sebeúcty a kontroly. Což potvrzuje i uskutečněný výzkum. Všechny tři zmíněné okruhy lze nalézt v rizikových faktorech a pozadí vzniku poruch příjmu potravy, které participantky uvedly.

Další výzkumy tyto teze jen potvrzují. Cash a Deagle (in Uher, Pavlová, Papežová, 2004) určili, že za typický je u poruch příjmu potravy považován narušený vztah k vlastnímu tělu. Dívky s mentální anorexií vidí své tělo zkresleně a neuvědomují si svou podvýživu, zatímco dívky s mentální bulimií prožívají negativně rozpor mezi štíhlým ideálem a pro ně ne tolik dokonalým vzhledem. Tyto skutečnosti se v realizovaném výzkumu potvrdily jen z části. Ne všechny ženy vnímaly zkresleně své tělo. Některé mentální anorektičky si uvědomovaly, jak moc jsou hubené a ztotožnily se s tím, že to není dobré ani zdravé a s přibíráním se postupně vyrovnaly. Další ženy si také uvědomovaly, že jsou hubené, avšak těm se líbilo mít takto „štíhlou“ postavu, pouze se chtěly zbavit nepříjemných zdravotních symptomů nemoci. Naopak oproti zjištěním se ve výzkumu objevovaly ženy s mentální bulimií, které si uvědomovaly, že jsou až příliš hubené, ale pociťovaly uspokojení ze „štíhlé“ postavy. Nejvíce, stejně jako části mentálních anorektiček, kterým vadily zdravotní a psychické komplikace.

U žen s lepším vztahem k sobě, s větší motivací k léčbě a také lepším vztahem k vlastnímu tělu se projevila větší schopnost prožívat tvorbu. Domnívám se, že to svědčí o jistém druhu kapacity zpracovávat vlastní emoční zážitky. U druhé skupiny žen, které neměly dobrý vztah k sobě ani ke svému tělu, a které také nebyly motivovány k léčbě pomocí arteterapie, případně se nezmiňovaly pozitivně o arteterapii, se emoční kapacita neprojevovala tolik jako u předchozí skupiny. Z čehož usuzuji, že pro druhou skupinu je vhodnější individuální arteterapie, která může kompenzovat nedostatek kapacity. Participantka bude mít arteterapeuta jen pro sebe, ten jí dokáže zprostředkovat emoce, vrátit ji k emocím, a tyto dokáže následně vrátit zpět.

S tím úzce souvisí i schopnost otevřít se na skupině. Tohoto nebyly schopny ženy, které si méně věřily. O svých osobních problémech se nechtěly bavit před skupinou, čímž se lišily od žen, kterým naopak sdílení problémů s ženami, které zažily podobné pocity či si prošly stejnými obtížemi, velmi pomohlo. Společná tvorba ženy sblížila, osobnostně si vyhovovaly a zdá se, že si předávaly zkušenosti a dodávaly podporu podobně jako ve svépomocných skupinách.

Domnívám se, že velkou roli hraje také osobnostní složení arteterapeutické skupiny. Pokud si ženy vzájemně vyhovovaly, opadly pocity strachu v očekávání nového zážitku. K zmírnění obav přispěl fakt, že si vzájemně respektovaly svou tvorbu. Snažily se jedna druhé prostřednictvím zpětné vazby pochopit, co se v nich děje. Tento aspekt zpětné vazby chyběl u skupiny, která zamítala skupinovou arteterapii a preferovala individuální arteterapii. Stále se projevovaly ve skupině jako jednotlivci bez skutečného zájmu o sdílení problémů s druhými, protože si řešily hlavně své problémy samy v sobě.

## **8.2 Vztah s arteterapeutem**

Na tuto otázku lze odpovědět přesně podle získaných dat participantek, ty hodnotí vztah s arteterapeutem jako nijaký nebo žádný. Některé vůbec nevěděly, jak na tuto otázku odpovědět. Pouze jedna klientka považovala svůj vztah s arteterapeutkou za důvěrný. Což lze doplnit výrokem jedné arteterapeutky, která říká, že se pouze zřídka podaří vybudovat s klientkami důvěru.

Přispívat k tomu může i fakt, že klientky jsou naučené se kontrolovat pomocí manipulace s jídlem, stejně pak manipulují i ve vztazích (Koutek, 2008).

U většiny žen se projevila neschopnost umět říci ne, s čímž může souviset i malá schopnost vyjádřit negativní názor či kritiku na hodnocení ostatních. Ženy nezaznamenaly žádné negativní prvky na vedení skupiny, vše jim vyhovovalo.

Vlastnosti a styl práce se výrazně shodovaly s představami ideálního arteterapeuta, s představami arteterapeutů a v některých bodech i s literaturou, která se vyjadřuje k tématu.

Oceňována byla schopnost empatie arteterapeutů, uměleckého citění a styl práce, kdy nechávali dostatek prostoru pro vyjádření a nenutili nikoho k tvorbě, snažili se přemýšlet nad každým obrázkem a ničí tvorbu nekritizovali ani nezesměšňovali. Poskytování dostatku prostoru uvedly jako podstatnou vlastnost i arteterapeuté. Například Koblicová (2000) vidí v uměleckém citění a vzdělání důležitou vlastnost arteterapeuta.

### **8.3 Okolnosti, kontext rozvoje mentální anorexie a bulimie**

Jako rizikové faktory pro vznik onemocnění byly ve výzkumných datech identifikovány: nadváha v dětství či dospívání, opakované držení diet, neurózy, deprese, psychické onemocnění v rodině, sebepoškozování, nespokojenost se sebou samým, nedostatek zájmů, alkoholismus, kritický postoj rodičů, špatné komunikační vzorce. Z odborné literatury doplňují: dospívání, ideál krásy dnešní doby, důraz prostředí na úspěšnost, konzumní styl života, kult těla, zneužívání návykových látek a osobnostní nastavení ženy.

Špatný vztah s matkou či otcem, kritické poznámky okolí, negativní sebeobraz a snaha vyrovnat se sestře, byly ženami řazeny ke spouštěcím mechanismům jejich onemocnění. Široké spektrum rozličných etiologických faktorů poukazuje na biopsychosociální charakter onemocnění, tak jak jej vymezuje Papežová (2002). Poruchy příjmu potravy tedy nejsou zapříčiněny jen jedním faktorem, ale vždy součinností více faktorů najednou.

Jak vyplývá ze zkoumání Krcha (2003), dříve se usuzovalo, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí spíše žen s vyšší sociální třídy, vyššího postavení a převážně s vysokoškolským vzděláním. V dnešní době již nejsou směrodatné demografické hranice, místo bydliště, typ studia, vzdělání rodičů a sociální zázemí pro rozvoj poruchy příjmu potravy, ty se staly problémem napříč sociálním spektrem žen i mužů. Stále však platí, že je to především závažný problém dospívajících dívek. Tomuto trendu odpovídají i výsledky analýzy. Většina participantek výzkumu onemocněla v období dospívání, které je považováno za rizikové pro rozvoj poruchy. Ženy dosáhly různého stupně vzdělání od základního až po vysoké (v jednom případě). Nejčastěji však výučního a středního. O velké diferenciaci mezi ženami vypovídá i to, že část žen pocházela z rozvedených rodin a část z úplných rodin. Některé žily na vesnici jiné ve městě. Pouze malé množství žen mělo v době před rozvojem nemoci nějaký stálý koníček. Zájmy byly označeny za protektivní faktor v prevenci vzniku onemocnění, což opět potvrzuje nastupující trend, kdy se u dříve rizikové skupiny žen vyskytují nižší dietní tendence a rozvoj nezdravých jídelních návyků. Předpokládanými příčinami je mimo přijímání kvalitnější stravy s kombinací zdravějšího stravování i náplň volného času. Autor usuzuje, že pokud se dívky zaměstnají koníčky, nebudou se zabírat pouze svým zevnějškem, tělem a strachem z tloušťky.

Horká (2008) uvádí, že k rysům žen s mentální anorexií patří mimo jiné perfekcionismus, premorbidní nápadná přizpůsobivost, orientace na výkon, ctižádostivost a častá je i nadprůměrná inteligence. Když tyto zjištění srovnám se získanými výzkumnými daty, zdá se, že se v souboru nevyskytovaly nadprůměrně inteligentní ženy. Pouze jedna z žen dokončila vysokou školu a dvě další ji nedokončily. Samy ženy se nepovažovaly za ctižádostivé a nadprůměrné, označovaly se spíše za průměr. Jak se zdá, skupina žen nebyla orientovaná na výkon, kromě jedné, která na sobě ve škole velmi pracovala a byla vždy považována za jedničkářku. Dané výsledky však mohou být zkresleny chronicitou nemoci u některých pacientek, protože kvůli nemoci mívaly časté absence, zdravotní a psychické komplikace, které léčily. Dále může být výsledek ovlivněn tím, že jsou vůči sobě zvýšeně kritické a mají nízké sebevědomí, tudíž vlastní popis schopností nemusí odpovídat realitě.

Uklízení, které určily některé ženy za svůj hlavní či jediný koníček, domnívám se, že souvisí s jejich perfekcionistařskými rysy. Uklízení zejména u žen s mentální bulimií může přeneseně vyjadřovat jejich nevědomé tendence po sobě uklidit špinu, které se často štítí, stejně jako ženy s mentální anorexií, se někdy cítí špinavé.

Jídlo je pro mentální anorektičky symbolem něčeho nezdravého, špinavého a ony se cítí odporné, když je sní, samy se stávají nečisté. Mentální bulimičky zažívají pocity studu, výčitek, samy sobě připadají odporné, když zvrací, přitom jídlo považují za chvilkovou slast, těší se, až se nají. Jedině jídlo jim přináší psychickou úlevu. Takto může být vysvětlován „začarovaný kruh“ mechanismu zvracení a následovného přejedení. Tyto možné teze vyvozují jednak z jednotlivých interview, ale také jsem zaznamenala podobnosti v popisu uklízení mladé ženy, která po tvorbě v ateliéru se vždy po sobě snažila pečlivě uklidit tak, aby bylo na celé ploše čisto. Dělala to však takovým specifickým způsobem, jako by do místnosti přenášela svůj rituál přejedení a následného zvracení (Johnsonová a Parkinsonová, 1999).

Nápadná přizpůsobivost se projevila u žen ze souboru především v oblasti vztahů. Ženy neuměly říkat ne. Souhlasily, přikyvovaly kamarádkám, rodičům, např. na partnerovo přání něco dělat, i když to ve skutečnosti nechtěly, ale přizpůsobily se. Avšak později si to vyčítaly a byly za to na sebe našťvané, což také dusily v sobě. Poruchy příjmu potravy se mohou jevit jako zvládací mechanismus, který ženám dává pocit kontroly, kterou nemají nad svými emocemi. Podle Goodsita (in Kocourková, 1997) neumí ženy s poruchou příjmu potravy pracovat s negativními pocity, zejména vůči blízkým lidem. Což potvrzují výsledky analýzy, které uvádějí, že některé ženy říkaly, že v jejich rodinách se tzv. křičí, než aby se mluvilo v klidu, navzájem se neumí poslouchat, zpracovat odlišnost názoru druhého, vznikají negativní emoce. U části žen většinou rodiče rozhodly za svou dceru i přes to, že vyjádřila názor. Nebyl brán ohled na jejich názor, často byl bagatelizován či zesměšňován. Tím vzniká v ženě rozpor, neumí se postavit tlaku, navenek se podrobí, ale vnitřně stále nesouhlasí, jak jsem jednou uvedla, ve snaze po kontrole, skrze jídlo manipuluje (často nevědomě) se svým okolím. Samotné jídlo je demonstrace problému. Jak potvrzuje Kocourková (1999) právě zvýšená restrikce a kontrola v oblasti příjmu potravy a následné vytrvalé ovládnutí hladu je označováno za symbolické vyjádření ovládnutí a kontrolování intrapsychického a interpersonálního prostoru klientkou.

Koutek (2008) říká, že se objevují manipulace ve vztazích. Na základě získaných dat vyvozují, že by to mohl být i naučený způsob komunikace, která se ženě osvědčila při získávání převahy a dál jej, někdy nevědomě přenáší i do vztahů s jinými lidmi.

Dle Horké (2008) staví psychodynamicky orientovaná literatura do popředí poruchy příjmu potravy narušené rané objektivní vztahy se slabou nebo narušenou mateřskou figurou. Když se zaměřím na špatný vztah mezi matkou a ženou s poruchou příjmu potravy, který byl velmi často popisován, charakteristika matek žen s poruchou příjmu potravy je v souladu s tezí Krcha (1999). Ten uvedl, že matky mentálních anorektiček, bývají hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, se vztahem příliš těsným vůči svému dítěti. Dítě (pozdější anorektička) a matka jsou na sobě závislé. Přičemž matka má ke svému dítěti ambivalentní pocity. Tyto dojmy uváděly některé klientky ze souboru. Věděly, že je matka miluje, navzdory tomu cítily, jak se vůči nim chová protichůdně a místy hostilně.

Popis vztahu otce s dcerou s mentální bulimií by souhlasil s definicí, kterou uvádí Kog a Vandereycken (in Krch, 1999). U dívek trpících bulimií hraje otec roli velmi blízkého člověka, ale pouze v raném dětství. Příliš úzký vztah je poté narušen nastupujícím dospíváním. Jedna žena s mentální bulimií popisuje, že měla dobrý vztah se svým otcem- alkoholikem, když byla malá. V době dospívání se vztah výrazně zhoršil, především díky častějšímu otcovu pití. Někdy v období dětství vidí žena zrod problematického vztahu s matkou a jejich vzájemných ambivalencí vůči sobě navzájem. Svou náklonnost vůči otci dávala matce najevo. Tehdy nechápala, proč se rodiče hádají, viděla ji jako tu přísnější.

S otci měly také některé ženy problematický vztah, nejčastěji byli otcové popisováni jako dominantní nebo na druhou stranu jako pasivní, obě tyto charakteristiky obsahuje Krchův popis vlastností otce žen s poruchami příjmu potravy.

Proti těmto tezím stojí Garfinkelovo (in Cohen, 2000) zjištění, kdy uznává, že bylo vědecky prokázáno, že existuje genetická komponenta stravovacího chování, touhy po štíhlosti či nespokojenosti s vlastním tělem a indexem tělesné hmotnosti. Avšak výzkumů potvrzujících, že by k takovému obrazu přispívalo i rodinné prostředí je málo a některé jsou vyvráceny.

Dalšími důležitými vztahy jsou vztahy k partnerovi a vlastním dětem.

V průběhu rozvoje nemoci docházelo u žen k utlumení libida či k ztrátě chuti na sex. To se jeví jako logický důsledek psychického i fyzického vyčerpání organismu. Ve fungujícím vztahu má sex a párová intimita protektivní roli a oba partnery sblížuje. U poruch příjmu potravy nelze v těchto rovinách o sexualitě přemýšlet.



Ženy se nepřijímají, své tělo odmítají, proto skrze něj nemohou přijímat libé pocity. Zajímavým se jeví nabízení sebe, potažmo svého těla, které žena odpojila od své mysli či psychiky za to, aby byl partner spokojený, nebo aby umlčela jeho případné stížnosti či vyvážila vztah.

Bruchová (in Kocourková, 1997) označovala péči matky o kojence navenek za dobrý, avšak z hlediska jejich vztahu upozornila na malou schopnost empatie ze strany matky na potřeby svého dítěte. Ani jedna z žen to však nepotvrdila. Ženy uváděly, že se snaží svým dětem vycházet maximálně vstřícně.

Těhotenství u žen s mentální anorexií může dle Lewise, le Grangeho, Georgia a Halla (in Krch, 1999) zesilovat psychické symptomy onemocnění mentální anorexie i depresi a úzkost. Potvrdilo se to i u ženy s mentální anorexií. Strach ze ztráty kontroly nad váhou byl silnější než strach o vlastní dítě. Žena trochu přibrala, avšak bránila se přibírání a těhotenství nesměřovalo ke zlepšení symptomů mentální anorexie. Neměla remisy onemocnění mentální anorexie ani u jednoho ze dvou těhotenství.

Woodside, Lewis a le Grange (in Krch, 1999) tvrdí, že ženy, které měly častěji nesrovnalosti v partnerských vztazích a objevovaly se u nich pocity selhání, překračovaly bulimické chování častěji v době těhotenství i po porodu. Poukazuje to i na ženu ze souboru, která trpěla mentální bulimií. V době těhotenství se snažila ovládat, nepřejídala se, ale občas zvracela mimovolně. Čtyři roky po porodu se její nemoc rozjela opět naplno. Van den Broucke, Vandereycken a Norre (in Krch, 1999) připisují u pacientek s mentální bulimií kvalitě partnerského vztahu v manželství velkou váhu. Z mého výzkumu, také vyplynulo, že vztah s partnerem byl velmi komplikovaný. Žena jej nenazývala oporou v době rozvoje poruchy, jako ostatní ženy ze skupiny. Partner byl stále mimo domov, o nemoci věděl, přesto nechal ženu přejídat se. Když viděl, že se chystá na svůj rituál, odcházel a nechával ji doma samotnou. Domnívám se, že slabší podpora ze strany manžela mohla přispět k prohloubení návyku u dané ženy.

Studie odhalily, že pokud se mladá žena trpící poruchou příjmu potravy stane sama matkou, pak její děti trpí nepřiměřenou výživou a matka se přespříliš zajímá o váhu dítěte (Krch, 1999). Ukázalo se to i v jednom případě u matky při zmínce, zda nemoc mohla ovlivnit její děti. Jako první sdělila váhu svého dítěte a teprve poté další informace o vlastní nemoci a možnostech ovlivnění samotného dítěte. Druhá žena také nepozorovala žádné negativní dopady jejího onemocnění na své syny.

Zmínila se, že zaregistrovala u dospívajícího syna, že chce zhubnout pomocí diety, protože si připadá silnější, ale tyto tendence mu vymluvila.

Obě ženy se shodovaly v tom, že svým dětem o nemoci řekly, rozebraly ji a snažily se je varovat a zrazovat od nejrůznějších diet. Jedna z matek svoji dceři doslova dietu zakázala.

Na základě zmíněných studií se však domnívám, že je vyšší pravděpodobnost, že tyto děti budou v budoucnu kopírovat vztah matky k jídlu a stravovací návyky potažmo komunikační vzorce v rodině tak, jak v několika případech ovlivnily postoj k jídlu (neustálé diety, přejídání, hlídání váhy) matky jejich matek.

#### ***8.4 Specifika arteterapeutické činnosti s klientkami s poruchou příjmu potravy***

Nyní se vrátím zpět k Matouškovi (in Caseová, Dalleyová, 1995), který doporučuje arteterapii využít k relaxaci, pokud je ze strany klientky odmítána, protože ji nic nedává. Nabízí se dilema, zda využívat arteterapii v léčbě dál i potom, co ji participantky odmítly jako nevyhovující nebo arteterapii spíše pojmout jako „rozehřívací techniku“ či relaxaci pro následnou terapii. Jedna arteterapeutka popisovala ženy s poruchami příjmu potravy jako osoby, které raději mluví, ale jejich řeč působí jako by byla odpojená od zbytku těla. Pokud byly klientky součástí skupiny, byly nejvýřečnější, rády se o problémech bavily, ale zároveň o sobě neřekly téměř nic, působily nejskrytěji. Mluvily o problémech, o kterých zvládly hovořit. Proto by se dalo říci, že se klientky nemusí cítit bezpečně v technikách zaměřených na tělo a raději tak volí prostředí, ve kterém se umí pohybovat. Na což navazuje výpověď další arteterapeutky, která zaznamenala, že řeč se někdy zdá být u těchto klientek problémem, protože každá z nich (arteterapeutka a žena s ppp) mluví jinou řečí. Co se na první pohled může jevit jako souhlas pro terapeuta, nemusí být stejně vnímáno ze strany klientky.

Lhotová (2009) se vyjadřuje k tématu způsobu zpracování strachu v arteterapii orientované behavioristicky. Namísto přímé konfrontace s realitou je ke konfrontaci se strachem či obavou užita výtvarná tvorba, poskytuje bezpečné prostředí, kde si klient může odžít strach.

Existenci „jiné řeči“ zaznamenaly i Johnsonová a Parkinsonová (1999), které pracují s ženami s poruchami příjmu potravy. Obraz klientky ukazoval vnitřní pocity, jež byly v rozporu s tím, co verbálně proklamovala. Klientka ve skupině představila obraz ideálního domácího života, po němž ona i matka toužily. Ve svých vzpomínkách z dětství sebe vykreslovala, jak ze školy přichází domů k sálajícímu krbu a horké polévce, což očividně kontrastovalo s představou, kterou nakreslila. Při tvorbě svého obrázku vykreslila příjemnou dobu čaje o páté. Místo toho skupina na obrázku sledovala prázdné čajové hrníčky na ubruse s nalajnovaným vzorem, bez jídla. V tomto obrázku vyobrazila deprivaci svého vnitřního světa.

Jedna z arteterapeutek označovala hloubku témat u skupin složených pouze z žen s poruchami příjmu potravy za povrchní. Všechna témata se točily pouze kolem diet, jídla atd.

Dojem povrchnosti může plynout z obsese jídlem, která zaměstnává veškerý čas a myšlenky nemocné. Což přesněji vyjadřuje Koutek (2008), který uvádí, že klientky stráví až 85 % svého času přemýšlením nad jídlem. Témata se pak automaticky stáčí, pokud nejsou korigována, k podobným tématům.

Na daná zjištění by se dalo usuzovat, pokud se arteterapie využívá i přes odpor, který klientky verbálně vykazují. Je přínosné, pokud se arteterapeut cíleně zaměří především na ty oblasti a techniky, které způsobují klientce potíže a dokáže využitím svých prostředků, nalézt příčiny, což by opět přinášelo nová témata k hlubší psychoterapii.

V pojmání arteterapeutické skupiny tvořené výhradně ženami s poruchami příjmu potravy a skupiny tvořené jak ženami, tak i muži s poruchou příjmu potravy se názory arteterapeutů rozcházejí. Z jednoho pohledu bylo patrné, že arteterapeutka neviděla rozdíl, pokud byl součástí skupiny muž a pokud součástí skupiny muž nebyl. Shodnost obou pohlaví ve volbě témat i jazyku myšlení si vysvětluje problémem identity, se kterou se muži s poruchou příjmu potravy často potýkají.

Pokud budu uvažovat o problematice s identitou, předpokládám, jak uvádí Jean Piageta (in West, 2002), že jedinec nesplnil všechny požadavky vývoje. Ve stádiu formálních operací, v období dospívání, je část dospívajících velmi kritická vůči svému okolí, ale také zároveň se může stát stejně kritickou vůči sobě. Právě v tomto období ještě není identita natolik silná. Stává se, že dospívající reaguje nesmírně přecitlivěle na kritické poznámky, zejména kvůli svému vzhledu a tělesným změnám. Vzhledem k tomu, že jsem sledovala pouze ženy, nemohu se vyjadřovat k problematice mentální anorexie u mužů.

Z rozhovorů s ženami vyplynulo, že právě kritické poznámky okolí vůči vzhledu (nadváze) vnímaly některé ženy v době svého dopívání jako startovací mechanismus pro rozvoj poruchy příjmu potravy. Ženy, které takto vypovídaly, se při prvním rozvoji mentální anorexie nacházely v období dospívání, což by korespondovalo s výše zmíněnou teorií.

Naopak jeden arteterapeut uvedl, že si všiml rozdílu, pokud je ve skupině přítomen muž s poruchou příjmu potravy otevírá se mužsko - ženské téma, téma sexuality. Nebyl však vnímán rozdíl mezi kreativní tvorbou žen a mužů. Jejich přístup k arteterapii je zcela individuální.

Jako shodná se ukázala představa všech arteterapeutů v přístupu ke klientům, který zahrnoval osobní přístup, přijetí a prostor k vyjádření. Specifickou dovedností arteterapeuta se stává potřeba umět navodit pocit bezpečí ve skupině, schopnost vytvořit takovou atmosféru, která klienty zbaví ostychu a dovede je k otevřenému projevu.

Pro doporučení do praxe vycházím především z toho, co se ukázalo z výzkumných dat, že je nedostačující. Souhlasím s Chválou a Trapkovou (1998) v pojmání konceptu poruch příjmu potravy. Domnívám se, že porucha příjmu potravy není problémem jednotlivce, ale je to nemoc celého rodinného systému a týká se všech členů domácnosti. Proto se mi jeví jako nejvhodnější kombinací rodinná terapie klientek, doprovázená terapií zaměřenou na práci s tělem, se zapojením technik na zvládání stresu, napětí a arteterapií, doplněná o individuální terapii.

Bylo by dobré, kdyby dostaly klientky více času na tvorbu a následné rozhovory, které vnímaly jako nedostačující.

Kladla bych větší důraz na provázanost témat skrze jednotlivé sezení, terapie či techniky. Tak by mohl být klientkám umožněn komplexnější pohled na vlastní problémy. Terapeuti a další odborníci by z toho mohli těžit, sledovat jak se obtížné téma mění, zpracovává v rámci jiných prostředí. Touto formou by se možná dalo zmenšit negativní přijímání arteterapie, která by nefungovala samostatně, ale tvořila by určitý díl stejně jako ostatní verbální terapie. Arteterapeutická tvorba by snad pro ně měla větší význam. Zároveň by se tak dal odbourat pocit, že se některé téma nestihlo dostatečně probrat, protože by se na něj dále navazovalo.

Přínosným se mi jeví vzájemné ujasnění si pracovních kompetencí na oddělení. Dohodnout se jako tým odborníků a nefungovat jako skupina jednotlivců, protože psychosomatické poruchy jsou léčeny multidimenzionálně. Každý odborník zaštiťující poskytovanou péči by měl být odpovědný za svůj díl práce. Vzhledem k tomu, že je arteterapie stanovena jednou týdně, aby nedocházelo k tomu, že ženy kreslí každý den.

## **9. Závěr**

Práce shrnuje poznatky o mentální anorexii a mentální bulimii, poukazuje na úskalí dospívání a dospělosti. Ve svém výzkumu se především zaměřuji na problematiku arteterapie s ženami trpícími poruchami příjmu potravy. Arteterapie, tzv. terapie uměním je jeden z možných způsobů psychoterapie. Právě z poznatků, jež přináší teoretická část práce, jsem vycházela při formulování výzkumných cílů a otázek. Prostřednictvím kvalitativní metodologie jsem zmapovala, jak deset mladých žen ve věkovém rozpětí od 20 do 34 let s poruchami příjmu potravy hodnotí arteterapeutické techniky, práci v arteterapeutické skupině a osobu arteterapeuta. Také jsem se snažila zmapovat širší kontext poruch příjmu potravy u jednotlivých žen. Ve výzkumné části jsem vycházela také z názorů tří arteterapeutů, kteří mají mnohaletou praxi s jedinci s poruchou příjmu potravy. Díky kvalitativní analýze rozhovorů jsem vyvodila několik závěrů.

Většina žen preferovala následné rozhovory s arteterapeutem před tvůrčí činností. Část žen dávala přednost verbální terapii s psychologem nad samotnou arteterapií.

Z práce ve skupině vyplynulo, že fungující prostředí skupiny je důležitým předpokladem arteterapie. Pokud se participantky nechtěly před sebou otevřít, skupinová sezení se jevila jako nepřínosná.

Ženy, které nebyly v kontaktu se svým tělem či jej odmítaly, nebyly ani v arteterapeutické skupině schopny pracovat s technikami zaměřenými na tělo. Naopak techniky pomohly ženám, které pracovaly na zvýšení náhledu a uvědomění si sama sebe.

Problematickým se dále jevila nekonkrétnost zadání pro následnou tvorbu.

Akceptaci arteterapie ovlivňuje očekávání žen před vstupem do skupiny a předchozí kladná či záporná zkušenost s arteterapií. Ženy, které neměly na začátku žádná očekávání a většinou již měly zkušenost s tím, že jim arteterapie nepomohla, zaujaly vůči ní negativní postoj. Ženy, které přišly do arteterapeutické skupiny se zvědavostí či obavami, následně arteterapii pozitivně přijímaly.

Na pozitivní přijímání arteterapie má vliv, do jaké míry je sama klientka umělecky nastavená. Nadání nehrálo roli, ale přispělo k menšímu ostychu z tvorby.

Přínos arteterapie ženy spatřovaly v možnosti zprostředkování emočního zážitku, zpětné vazby od ostatních participantek a ujasnění pocitů. Poskytovala jim podnět ke změně, k zamyšlení, možnost sdílení s ostatními členy skupiny, úlevu a uvolnění.

Arteterapeutka, která vedla skupinu, byla charakterizována v souladu s ideálními vlastnostmi arteterapeuta a jeho stylem práce. K těmto charakteristikám byla řazena arteterapeutčina schopnost empatie, uměleckého citění, a její styl práce, kdy nechávala dostatek prostoru pro vyjádření a nenutila nikoho k tvorbě, snažila se přemýšlet nad každým obrázkem a ničí tvorbu nekritizovala ani nezesměšňovala.

Jako subjektivní příčiny rozvoje poruchy příjmu potravy byly označeny: stres, komplikovaný vztah s matkou, kritické poznámky okolí vůči vzhledu, záporný sebeobraz a snaha podobat se sourozenci.

Každá z žen měla v době nemoci špatný vztah alespoň s jedním z rodičů. Nejčastěji pak s matkou. Neshody pramenily stejně tak i ze špatného vztahu s otcem. Rodiče se dle výpovědí dopouštěli řady výchovných chyb – přílišné ovlivňování a zasahování do života, ironizující a kritické ovlivňování, dominance ze strany matky či otce. Vlastním pohledem na nemoc byla v konečném důsledku neschopnost přiznat si onemocnění, vyhýbání se debatám o problému, bagatelizace signálů onemocnění.

Porucha měla negativní dopad na partnerský vztah žen. Všechny ženy ztratily sexuální apetenci. Pokud už k partnerskému sexu v období nemoci docházelo, tak jen ve snaze udělat partnerovi radost nebo zmírnit jeho špatnou náladu. Ženy však nepociťovaly při styku uspokojení.

Výchova dětí dle subjektivního názoru pacientek však neutrpěla, děti byly s nemocí sžité a nebyly tím nijak traumatizovány.

Všechny ženy se v průběhu nemoci přestaly stýkat se svými přáteli, uzavřely se. Ztratily zájem o jakoukoliv činnost.

Postoje participantek k vlastnímu vzdělání byly kritické. Hodnotily se většinou jako průměrné studentky, méně cílevědomé. Jako jeden z cílů některých žen bylo dosažení lepšího vzdělání.

Rozvoj mentální anorexie byl vždy pozvolný a nenápadný. Ženy byly se sebou spokojené, byly pyšné, že dokázaly omezit jídlo na minimum, nemoc nebo problém si nepřipouštěly.

Nástup onemocnění mentální bulimie byl naopak nápadný. Ženy si velmi rychle navykly na mechanismus zvracení a psychické úlevy z něj. Jídlo se stalo zdrojem psychické pohody. Ženy pocíťovaly stud za své jednání a byly si ochotny připustit, že se s nimi něco děje.

Následky onemocnění mentální anorexií či mentální bulimií způsobují řadu somatických i psychických poruch. V oblasti somatických problémů se jedná nejčastěji o snížení hladiny hormonů, špatný krevní oběh, ztráta menstruace, odvápnění kostí, nedostatek bílých krvinek, onemocnění dnou, vysoká kazivost zubů, křeče, otoky kloubů.

V oblasti psychických následků onemocnění se jedná zejména o ztrátu chuti do života, nespavost, ztrátu energie, neschopnost pociťovat radost, deprese.



## **10. Souhrn**

Poruchy příjmu potravy jsou závažným problémem, který se netýká pouze jednotlivce, ale celého jeho okolí, rodiny a partnera nemocného. Léčba poruch příjmu potravy je náročná a ne vždy účinná, probíhá ve spolupráci s více druhy terapií. Náročnost léčby vyplývá z multifaktorové etiologie poruchy. Jednou z možných terapií je právě arteterapie.

Práce se skládá z části teoretické a výzkumné.

Teoretická část práce obsahuje kapitoly: **poruchy příjmu potravy, adolescence a dospělost a arteterapie.**

Poruchy příjmu potravy jsou nemocí, které neovlivňují pouze jedince, ale celou jeho rodinu a okolí. Zabývám se popisem diagnostických jednotek mentální anorexie a mentální bulimie, které nečastěji vznikají v období dospívání. V procentuálním poměru se vyskytují více u dívek než u chlapců. První příznaky mentální anorexie či mentální bulimie mohou být snadno přehlédnutelné, protože se zpravidla téměř neodlišují od dietních snah vrstevnic či rodinných příslušníků. Jedna forma poruchy příjmu potravy může přecházet v druhou (až 50 %) v průběhu nemoci. Prvotní projevy mentální anorexie mohou sloužit jako obrana před dospělostí, osamostatněním či jako obrana před ženskou rolí. Charakteristické znaky, které vykazují dívky trpící poruchou příjmu potravy, jsou: psychická nepohoda, emoční rozlady, negativní sebeobraz, sociální izolace, restriktce či naopak nadměrný příjem potravy, excesivní cvičení za účelem zhubnutí, užívání diuretik, laxativ, sebepoškozování, ztráta menstruace, snížené hladiny hormonů, celkové fyzické a psychické chřadnutí organismu. Protože je etiopatogeneze poruch příjmu potravy považována za komplexní biopsychosociální proces, rizikovými faktory pro vznik nemocí byly identifikovány biologické a genetické predispozice, dále psychologické a individuálně vývojové faktory, rodinné a sociokulturální faktory. Komorbidity, jež se frekventovaně vyskytují spolu s poruchami příjmu potravy, jsou deprese, autodestrukivní chování, obsedantně kompulzivní porucha a různé typy závislostí.

Adolescence a dospělost jsou klíčová období pro utváření osobní identity, sebeobrazu, dozrávání sexuality a vyrovnávání se s náročnými vývojovými úkoly. Předkládám jednotlivá věková vymezení adolescence a mladé dospělosti a seznamuji s vývojovými úkoly, které by měli dospívající splnit (dle Piageta, Kohlberga, Flowera a Eriksona).

Adolence je náročné období, kdy se udává spousta biologických změn spojených se změnou postavy, které se kupí spolu s dalšími vývojovými změnami a mají tak vliv na koncentraci, sebehodnocení a pohodu dospívajícího.

Mladá dospělost je přechodem z adolescence do dospělosti, která s sebou nese určité nároky na jedince- osamostatnění od primární rodiny, nástup do zaměstnání, budování kariéry a založení vlastní rodiny. U žen s poruchami příjmu potravy byly vysledovány negativní vlivy nemoci na těhotenství. Dnešní trend je odkládání dospělosti a setrvávání ve společném bytě s rodiči.

Arteterapie působí na jedince skrze umělecké prostředky. Terapie uměním seznamuje se základními pojmy arteterapie, druhy arteterapie, historií či možnostmi využití arteterapie a také uvádí do problematiky práce s duševně nemocnými. Především je kapitola orientována na využití arteterapie u klientů s poruchou příjmu potravy. Jako první se zabýval spojením arteterapie u jedinců s poruchami příjmu potravy A. H. Crips. Prvky arteterapie je možno využít u každé věkové kategorie, u jednotlivce, či ve skupině. Výběr arteterapeutických technik záleží na cílové skupině a za jakým účelem se se skupinou či jednotlivcem pracuje. V případě práce s duševně nemocnými se musí při tvoření skupiny brát v úvahu jednotlivé diagnózy klientů.

Základním úkolem arteterapeuta je vytvořit bezpečné prostředí ve skupině, ve kterém bude moci jedinec svobodně tvořit, aniž by byl za svůj artefakt kriticky hodnocen. Obě strany jak arteterapeut, tak klient si vzájemně dávají souhlas. Pro vytvoření soudržné atmosféry ve skupině jsou používány „rozehřívací techniky“, kterými je možno se propracovat ke složitějším technikám, jako např. malování prsty či volná kresba jednou barvou na papír namočený ve vodě.

Cílem arteterapie při práci s duševně nemocnými je, aby se naučili reflektovat a pracovat se svými pocity a emocemi, aby je dokázali integrovat jako součást sebe. Mentální anorexie v umění představuje symbol tří základních oblastí konfliktů a to: sebeobrazu, sebeúcty a kontroly. Pro skupinovou arteterapii s ženami s poruchou příjmu potravy se osvědčily techniky využívající práci s tělem („Obkreslování postavy, „Mapa ostrova“, práce s hlinou), zacílené na sebepoznávání („Erb“) či na práci s imaginací („Zvíře“), práci se vzpomínkami z rodiny, dětství („Matka a dítě“, „Otcův svět“, „Rodina u stolu“ či „Zážitek z dětství) nebo na práci s nemocí („Dobývání hradu“, „Vyobrazení nemoci“).

Cílem práce bylo zmapovat pohledy žen s poruchou příjmu potravy na arteterapeutickou činnost, osobu arteterapeuta, kontext poruch příjmu potravy a zjistit specifika práce s klienty s poruchou příjmu potravy. Pro realizaci výzkumné části práce jsem využila kvalitativního přístupu, od kterého se odvíjely i použité metody zkoumání a následná kvalitativní analýza dat.

Pomocí metody záměrného (účelového) výběru přes instituce jsem vytvořila výzkumný soubor o deseti ženách, které byly tou dobou hospitalizovány pro poruchy příjmu potravy a zároveň se 1x týdně účastnily probíhající arteterapeutické skupiny po dobu 2 měsíců. Věkovým kritériem, které jsem si pro ženy stanovila, bylo období adolescence až po období mladé dospělosti. Arteterapeutky jsem vybrala pomocí metody prostého záměrného (účelového) výběru. Kritériem pro zařazení odborníka do vzorku byla praxe delší než jeden rok s klienty s poruchou příjmu potravy a výcvik v oboru arteterapie.

Ke sběru dat jsem použila kombinaci polostrukturovaného interview s možností inquiry. Pro kvalitativní analýzy dat jsem použila metodu kódování, jejímž výsledkem je vytvořený kategoriální systém, skládající se ze souboru kategorií a subkategorií.

Využití arteterapie pro ženy s poruchami příjmu potravy je popisováno arteterapeuty i v odborné literatuře jako přínosné. Z výzkumného šetření vyplývá, že tento názor zastává i část žen, avšak do jaké míry, je zcela individuální.

Ženy, které zvědavě očekávaly, co se bude v arteterapii dít, byly následně pozitivně překvapeny a arteterapii hodnotily jako přínosnou z mnoha hledisek. Shodně se projevíly i ženy, které pocítovaly před začátkem arteterapeutických sezení obavy.

Ženy, které neměly žádná očekávání od arteterapie, následně vůči ní zaujaly neutrální či negativní postoj.

Soubor žen se rozdělil na ty ženy, které vnímaly smysl arteterapie a hodnotily ji spíše kladně. Důvody zpětné kladné vazby byly následující: ženy z arteterapeutických skupin z tvorby čerpaly emoční zážitky, psychickou úlevu, uvolnění, podněty ke změně, k zamyšlení, pocit sdílení a zpětnou vazbu od ostatních ze skupiny nebo relaxovaly.

Pro ženy, pro které postrádala arteterapie smysl, svůj názor odůvodňovaly tím, že: jim nesedí tento styl práce. Některým se nelíbila nekonkrétnost názvu zadání úkolu, část žen se cítila degradována zpět do školních let a některé preferovaly čistě verbální terapii.

Arteterapeutčiny vlastnosti a styl vedení práce nesl většinu vlastností a charakteristik stylu práce ideálního arteterapeuta.

Mezi jmenovanými byla schopnost empatie, schopnost uměleckého cítění, styl práce, který nechával dostatek prostoru pro vyjádření a nenutil nikoho k tvorbě. Terapeuté se snažili přemýšlet nad každým obrázkem a ničí tvorbu nekritizovali ani nezesměšňovali.

Vztah s arteterapeutem byl větší částí žen označen za nijaký. Některé ženy jej nedokázaly popsat a jedna uvedla, že je to důvěra.

Motivace klientek s poruchou příjmu potravy k léčbě je náročná. Arteterapeuté se snaží přistupovat ke klientce individuálně, otevřeně a nedívat se na ni přes šablonu. Arteterapie je bezpečný způsob jak otevřít některá osobní témata.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že za důvod vzniku nemoci ženy považují špatný vztah k matce, kritické poznámky na vzhled, snahu vyrovnat se setře. Průběh nemoci výrazně negativně ovlivnil rodinné i partnerské vztahy. Téměř všechny ženy se stáhly do izolace. Mezi partnery se zhoršila komunikace, sex měly ženy se svými partnery za účelem vyřešení konfliktů, nebo aby mu udělaly radost. Samy žádnou chuť a prožitek nepociťovaly, ba naopak jim byly často dotyky a pohlavní styk nepříjemné. Ženy, které měly děti, se domnívaly, že jejich chronický průběh nemoci na ně nemá žádný vliv. V průběhu léčby se jejich vztahy (s matkou, sourozenci, partnerem) začaly upravovat k lepšímu. Jejich hlavním cílem bylo uzdravit se a žít „normální život“.

## Použitá literatura

- Acharya, M., Wood, M., J., M., Robinson, P., H. (1995). *What Can the Art of Anorexic Patients Tell us About Their Internal World: A Case Study*. European Eating Disorders Review, 3(4), 242-254.
- Bakalová, A. (2003). *Kazuistika dívky s poruchou příjmu potravy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Baumgartner, F. (2004). *Dispozície k depresi a vnímanie agresívneho správania adolescentov*. Psychologia a patopsychologia dieťaťa, 39, 357 - 364.
- Campellová, J. (1998). *Techniky arteterapie, ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál.
- Caseová, C., Dalleyová, T. (1995). *Arteterapie s dětmi*. Praha: Portál
- Cohen, R., M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
- Erikson, E., H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Fillová, M. (2004). *Děti a mandaly*. Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie", 5, 16-20.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Horká, T. (2008). *Rodinná terapie poruch příjmu potravy: kazuistiky a poruchy příjmu potravy jako nezvaný host v rodině*. Příspěvek byl prezentován na konferenci „Poruchy příjmu potravy“, v rámci projektu Každý krok se počítá.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. a kol. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2006). *Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems*. Journal of Public Health, 14(1), 20-28.
- Champion, L., A., Power, M., J., ed. (1992). *Adult Psychological Problems : An Introduction*. London: The Falmer Press.
- Chvála, V., Trapková, L. (1998). *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému*. Česká a slovenská psychiatrie, časopis psychiatrické společnosti, 94(5), 252 -262.
- Johnson, K., Parkinson, S. (1999). *There's No Point Raging on Your Own: Using Art Therapy in Groups for People with Eating Disorders*. Group Analysis, 32(1), 87-96.
- Klivar, M. (2002). *Nová arteterapie v psychopedii*. Praha: Balt-East.
- Klykylo, W. M., & Kay, J. L. (Eds.). (2005). *Clinical Child Psychiatry (2 ed.)*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Koblicová, A. (2000). *Arteterapie a psychoterapie v období dospívání*. Současná arteterapie. Praha: Pedagogická fakulta UK ve spolupráci s ČAA.

- Kocourková, J., Koutek, J., Lebl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2001). *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů- diagnostické a terapeutické otázky*. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 109 - 115.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2004). *Psychodynamické aspekty suicidálního rizika v adolescenci*. *Psychologia a patopsychologia dětí aťa*, 39, 86-91.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2005). *Spektrum autodestruktivity v adolescenci-rizikové chování, sebepoškození, suicidalita*. *Psychologia a patopsychologia dětí aťa*, 40, 374 - 379.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2007). *Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů*. *Československá psychologie, časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 1, 72-73.
- Kocourková, J. (2008). *Sebeškození u poruch příjmu potravy*. Příspěvek byl prezentován na konferenci „Poruchy příjmu potravy“, v rámci projektu Každý krok se počítá.
- Kořínková-Vindušková, K. (2001). *Pojem arteterapie*. *Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie"*, 1, 6 - 14.
- Krch, F., D. (2003). *Analýza kognitivních a behaviorálních faktorů přispívajících k rozvoji rizikových postojů a návyků v průběhu dospívání*. Psychiatrické centrum Praha: Grantová agentura ČR.
- Krch, F., D. (2004). *Poruchy příjmu potravy- rizikové faktory*. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 14- 16.
- Krch, F., D. (2006). *Koncept sebevědomí a psychologická praxe*. *Československá psychologie, časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 3, 285 - 287.
- Krch, F., D. (Ed.). (2008). *Poruchy příjmu potravy v kontextu životních změn- možnosti a hranice psychologické intervence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.
- Kroger, J. (2007). *Identity development: adolescence through adulthood*. 2nd ed. California: Sage publications.
- Kulhánek, J. (2008). *Tělo jako ostrov- imaginace a arteterapie*. Příspěvek byl prezentován na konferenci „Poruchy příjmu potravy“, v rámci projektu Každý krok se počítá.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

- Ledvinová, J. (2002). *Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti*. Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie", 2, 16 -20.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.
- Lhotová, M. (2009). *Arteterapie jako psychoterapeutický přístup*. Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie", 19, 3 - 8.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Medevďová, L. (2002). *Súvislosti premenných agresivity a zložiek depresie v ranej adolescencii. Psychologia a patopsychologia dieťata*, 37, 3 - 5.
- Micali, N. (2005). *Childhood risk factors: Longitudinal continuities and rating disorders*. Journal of Mental Health, 14(6), 567-574.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Němečková, P. (1997). *Mentální anorexie? Obsedantně kompulzivní porucha? (kazuistika)*. Česká a slovenská psychiatrie, 8(93), 459 - 462.
- Papežová, H. (2004). *Stres, emoce a poruchy příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi, 6, 291 - 296.
- Papežová, H. (2008). *Profesionalita a dostupnost péče o poruchy příjmu potravy*. Příspěvek byl prezentován na konferenci „Poruchy příjmu potravy“, v rámci projektu Každý krok se počítá.
- Paní H. (2003). *Arteterapie pro mě*. Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie", 3, 18 - 19.
- Pfaff, J. (2006). *Techniky léčení barvami, cvičení s barvami, barvy a kameny a výklady mandal*. Olomouc: Fontána.
- Říčan, P., Krejčířová, D., a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.
- Sheehyová, G. (1999). *Průvodce dospělostí: šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál.
- Silva, F. (2007). *The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girls*. Archives of Women's Mental Health, 10(6), 285-292.
- Slavík, J. (2000). *Současná arteterapie v České republice a zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova.
- Slavík, J. (2003). *Přenos a jeho lateralizace v arteterapii*. Časopis České arteterapeutické asociace "Arteterapie", 3, 20-26.

- Stárková, L. (2005). *Poruchy příjmu potravy - psyché a soma*. *Pediatric pro praxi*, 1, 11 - 15.
- Stárková, L. (2008). *Medicínská rizika poruch příjmu potravy*. Příspěvek byl prezentován na konferenci „Poruchy příjmu potravy“, v rámci projektu Každý krok se počítá.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál
- Šicková-Fabrice, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál
- Štětinová, A. (2007). *Vnímání arteterapeutické skupiny neurotickými pacienty v Psychiatrické léčebně Jihlava*. Brno: Masarykova univerzita.
- Štrauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Tibenská, A., Hrnčiarová, J., Martinek, C. (2009). *Léčba pacientek závislých na psychoaktivních látkách s komorbidní poruchou příjmu potravy*. Abstrakta „VII. International and interdisciplinary eating disorders and obesity conference“, 33.
- Uher, R., Pavlová, B., Papežová, H. (2004). *Vztah k vlastnímu tělu a somatormní disociace u poruch příjmu potravy*. *Československá psychologie, časopis pro psychologickou praxi*, 5, 385-396.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese, variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vláčilová, P. (2009). *Arteterapie u klientů s poruchami příjmu potravy*. (osobní sdělení), Brno: PL Bohunice.
- Waller, D. (2006). *Art Therapy for Children: How It Leads to Change*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(2), 271-282.
- West, K., G. (2002). *Dobrodružství psychického vývoje*. Praha: Portál.
- Wolf, J., M., Willmuth, M., E., Gazda, T., Watkins, A. (2007). *The Role of Art in the Therapy of Anorexia Nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 4(2), 185 - 200.

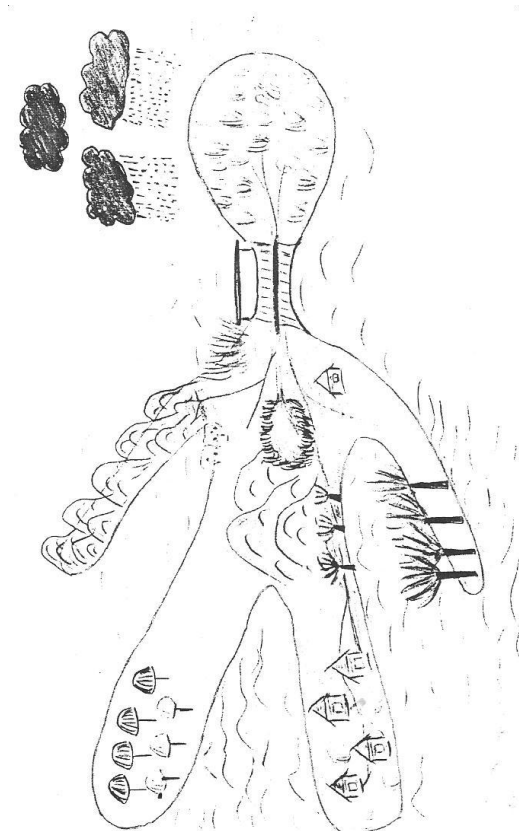
## Internetové zdroje

- Portál o poruchách příjmu potravy, Informace a služby s odbornou garancí. Mentální bulimie a anorexie. [http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie\\_clanek\\_show.asp?id=19](http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie_clanek_show.asp?id=19) (10. 9. 2009).



## Obrazové přílohy

Zde uvádím všechny obrazové přílohy, které se vyskytují v teoretické části práce, pomocí nichž chci docílit komplexnějšího pohledu na předkládané techniky. Část obrázků jsem čerpala z anglických článků věnovaných arteterapii (There's No Point Raging on Your Own: Using Art Therapy in Groups for People with Eating Disorders - obrázek č. 16), (The Role of Art in the Therapy of Anorexia Nervosa, obrázky č. 17, č. 18, č. 19, č. 20, č. 21, č. 22). Několik obrázků jsem si vypůjčila pro demonstraci onemocnění z abstraktu konference poruch příjmu potravy (obrázky č. 2 a č. 3). Větší část obrázků je z ateliéru PL Bohunice v Brně, vytvořily je v průběhu arteterapeutických sezení ženy s poruchami příjmu potravy (obrázky č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9, č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15).



Obr. č. 2 „Mapa ostrova“



Obr. č. 3 „Mapa ostrova“



Obr. č. 4 „Erb“



Obr. č. 5 „Erb“



Obr. č. 6 „Vyobrazení nemoci“



Obr. č. 7 „Vyobrazení nemoci“



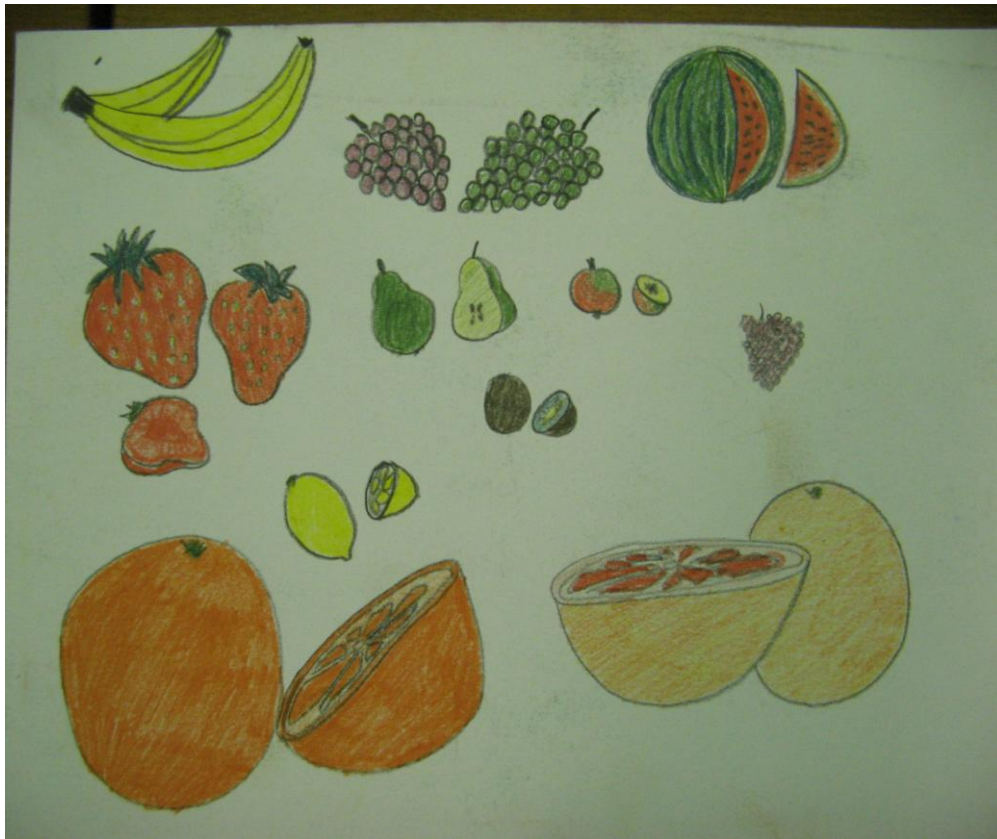
Obr. 8 „Boj s drakem“



Obr. č. 9 „Boj s drakem“



Obr. č. 10 - styl kresby



Obr. č. 11 „Ovoce“



Obr. č. 12 „Umírání květiny“



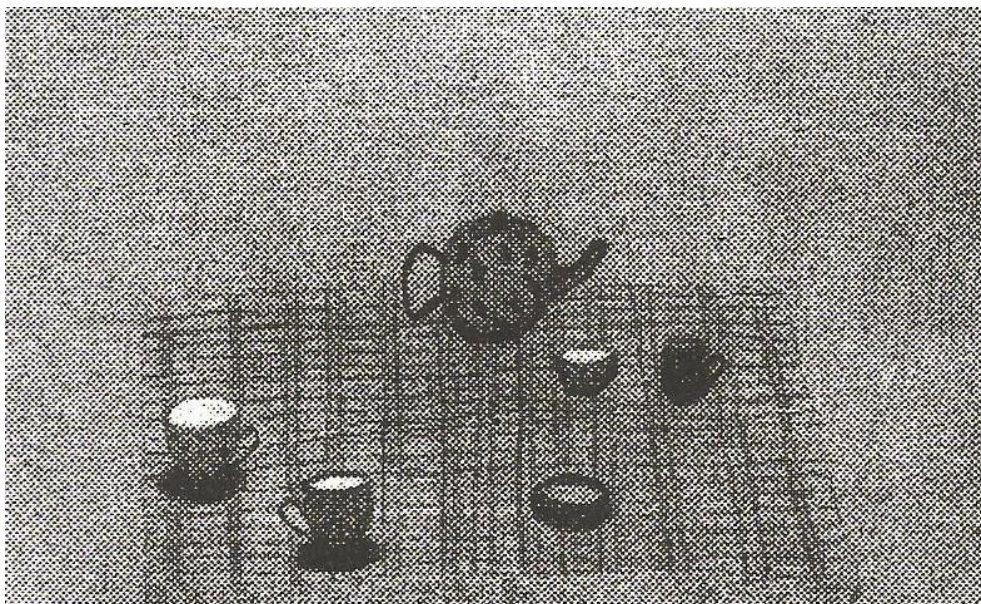
Obr. č. 13 „Šťastná rodina“



Obr. č. 14 „Opuštěný ostrov“



Obr. č. 15 „Kresba dívky s mentální bulimií“

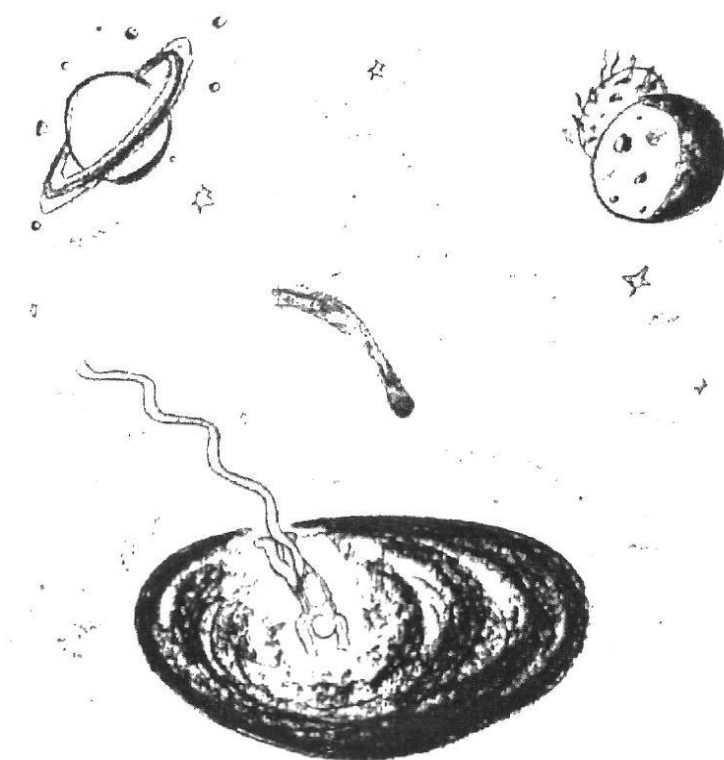


Obr. č. 16 „Ideální domácí život“

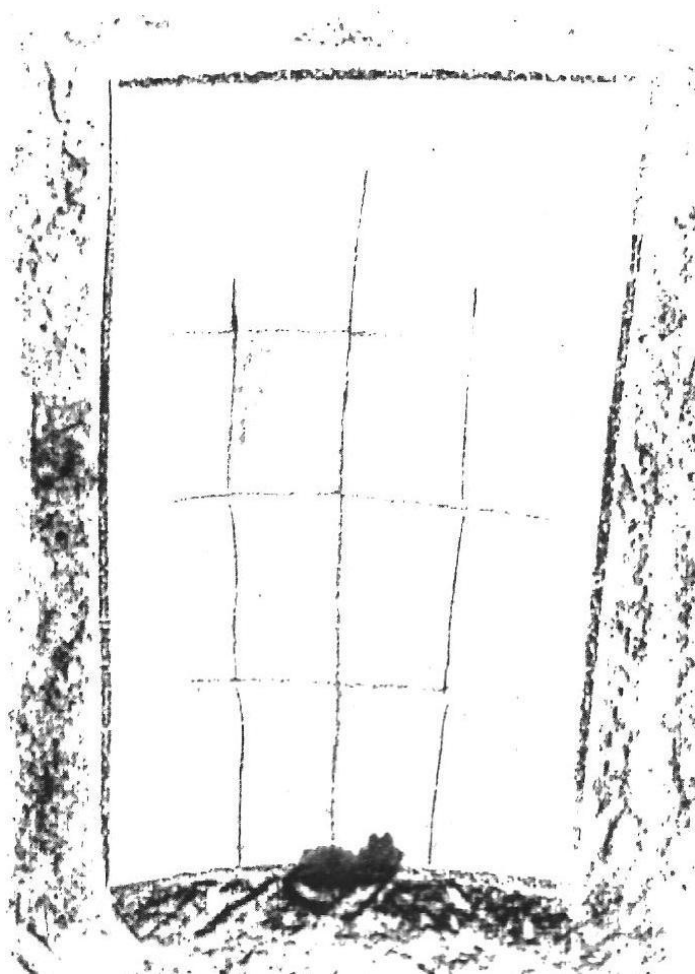




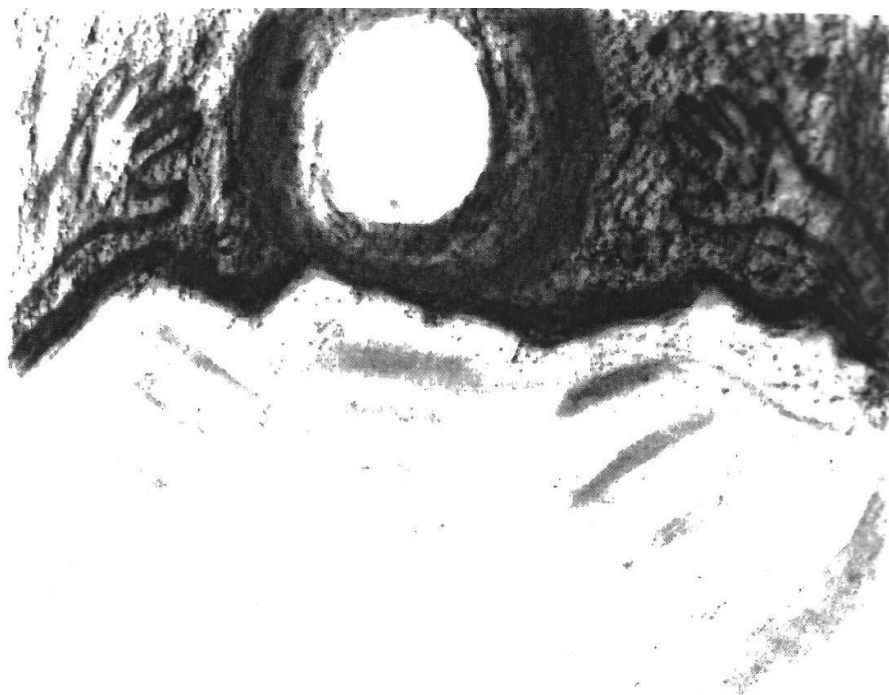
Obr. č. 17 „Opuštěný dům“



Obr. č. 18 „Astronaut“



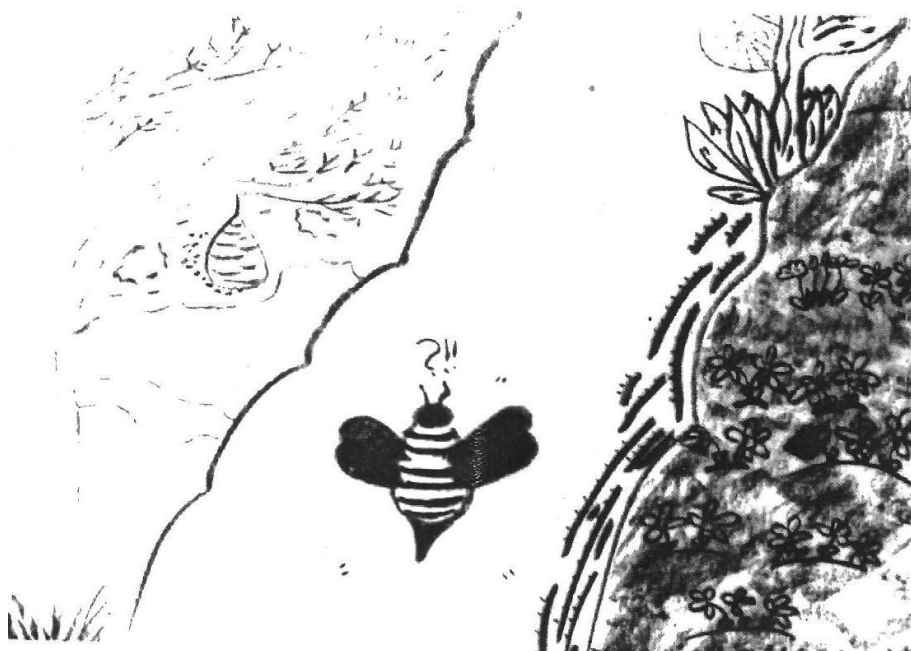
Obr. č. 19 „Kofátko za zamrzlým oknem“



Obr. č. 20 „Fluktuující měsíc“



Obr. č. 21 „Dvě tváře já“



Obr. č. 22 „Včela na cestě“

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

Studijní obor: **Psychologie**

Školní rok: **2009/2010**

## **ABSTRAKT**

Jméno	<b>Kristýna Kopečná</b>
Název diplomové práce	<b>Arteterapie z pohledu mladých žen trpících poruchami příjmu potravy</b>
Vedoucí práce	<b>doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.</b>
Oponent	
Počet stran	178

Diplomová práce nabízí pohled na problematiku poruch příjmu potravy v souvislostech s arteterapií.

Teoretická část práce podává přehled poznatků z oblasti poruch příjmu potravy a arteterapie. Vymezuje a charakterizuje období adolescence a mladé dospělosti.

V empirické části byl výzkum proveden pomocí kvalitativní metodologie. Uskutečněný výzkum zjišťuje, jak hodnotí mladé ženy arteterapeutickou tvorbu, techniky a osobu arteterapeuta. Dalším aspektem výzkumu je pokus o shrnutí pozadí onemocnění a názorů arteterapeutů, jež nastiňují problematiku léčby v rámci arteterapie.

Výzkumný soubor tvoří 10 mladých žen, které byly od září 2009 do února 2010 hospitalizovány v PL Bohunice, Brno a 3 arteterapeuté, odborníci, jež se pohybují několik let v oblasti léčby poruch příjmu potravy. Výzkum je realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného interview a následné kvalitativní analýzy.

**Klíčová slova:** mentální anorexie, mentální bulimie, arteterapie, arteterapeutické techniky, subjektivní pohled, kvalitativní výzkum.

**The University of Palacký in Olomouc**

**Philosophical Faculty**

**Department of Psychology**

Subject of Study: **Psychology**

School Year: **2009/2010**

## **ABSTRACT**

Name	<b>Kristýna Kopečná</b>
Diploma Project Title	<b>Art Therapy from the viewpoint of young female suffering from eating disorders</b>
Project Mentor	<b>doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.</b>
Second Reader	
Number of Pages	178

The dissertation provides a view on problems of eating disorders in context of art therapy.

The theoretical part gives an overview of the knowledge regarding eating disorders and art therapy. It delimits and characterises the period of adolescence and young adulthood.

In the empirical part, there has been research conducted through the qualitative methodology. The implemented research explores how young women evaluate art therapy production, techniques and the personality of the art therapist. The subsequent aspect of the research is an attempt to summarize both the background of the disorder and opinions of art therapists, which outline the problems of the treatment within the art therapy.

The research sample consists of 10 young women, which were hospitalized in the mental home Bohunice, Brno from August 2009 to the February 2010 and 3 art therapists, experts who have been involved in the domain of the treatment of eating disorders for years. The research is conducted via a semi-structured interview and subsequent qualitative analysis.

**Key words:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, art therapy, techniques of art therapy, subjective viewpoint, qualitative research