



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Ateliér arteterapie

Bakalářská práce

# Výtvarný projev osob s poruchami příjmu potravy

Vypracovala: Markéta Shanaáh

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

České Budějovice 2024

## Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 4. července 2024

.....

Markéta Shanaáh

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Janě Kouřilové, Ph.D., za odborné vedení práce, podnětné rady, vstřícný přístup a čas, který mi věnovala. Děkuji všem respondentkám, které si našly čas a byly ochotné přispět svým příběhem a artefakty do mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu a vstřícná slova po celou dobu mého studia.

## **Abstrakt**

Tématem této bakalářské práce je prozkoumání výtvarného projevu a specifických rysů ve výtvarné tvorbě osob s poruchami příjmu potravy (PPP). V teoretické části práce je nejprve vymezen kontext období mladé dospělosti, do kterého spadá věková kategorie respondentek účastnících se výzkumu. Následně se podrobně věnuje charakteristice a kontextu PPP, včetně klasifikace jednotlivých forem, faktorů vzniku a možností léčby. Důraz je kladen na roli arteterapie v léčebném procesu PPP a na dosavadní poznatky o výtvarném projevu osob s PPP. Za účelem zkoumání byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup zahrnující spolupráci s pěti respondentkami s PPP. Cílem výzkumu byl sběr dat v podobě výtvarných artefaktů, které následně sloužily k analýze výtvarného projevu a identifikaci specifických rysů PPP. V praktické části je představen rámec výzkumného postupu a využívaných metod. Klíčovou částí práce je prezentace výtvarných produkcí pěti respondentek formou kazuistik, kde jsou podrobně popsány charakteristické rysy jejich výtvarného projevu v kontextu PPP. V části diskuze jsou následně shrnuty obecné poznatky o typických rysech a výtvarném projevu osob s PPP. Výsledky práce naznačují, že výtvarný projev u osob s PPP vykazuje specifické rysy, které souvisí s jejich psychickým stavem a symptomy PPP. Výtvarný projev tak může sloužit jako cenný nástroj pro pochopení psychiky osob s PPP. Práce shrnuje poznatky z výzkumu a zdůrazňuje důležitost dalšího zkoumání výtvarného projevu u osob s PPP a jeho využití.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mladá dospělost, výtvarný projev, arteterapie

## **Abstract**

The topic of this bachelor's thesis is the exploration of artistic expression and specific features in the artwork of individuals with eating disorders (ED). The theoretical part of the thesis first delineates the context of young adulthood, which encompasses the age category of the respondents participating in the research. It then provides a detailed examination of the characteristics and context of ED, including the classification of various forms, causative factors, and treatment options. Emphasis is placed on the role of art therapy in the treatment process of ED and the existing knowledge about the artistic expression of individuals with ED. A qualitative research approach was chosen for the investigation, involving collaboration with five respondents with ED. The aim of the research was to collect data in the form of artistic artifacts, which were subsequently used to analyze artistic expression and identify specific features of ED. The practical part presents the framework of the research procedure and the methods used. The key part of the thesis is the presentation of the artistic productions of five respondents in the form of case studies, where the characteristic features of their artistic expression in the context of ED are described in detail. The discussion section subsequently summarizes general findings on the typical features and artistic expressions of individuals with ED. The results of the thesis suggest that the artistic expression of individuals with ED exhibits specific features related to their psychological state and ED symptoms. Thus, artistic expression can serve as a valuable tool for understanding the psyche of individuals with ED. The thesis summarizes the research findings and highlights the importance of further investigation into the artistic expression of individuals with ED and its practical applications.

**Keywords:** eating disorders, young adulthood, artistic expression, art therapy

## Obsah

ÚVOD .....	9
1. MLADÁ DOSPĚLOST .....	11
1.1. Charakteristické znaky dospělosti.....	12
1.1.1. Změna osobnosti.....	12
1.1.2. Změny v socializačním rozvoji.....	12
1.2. Periodizační ohraničení .....	14
1.3. Charakteristika období mladé dospělosti .....	14
1.4. Krize vyvstávající v období mladé dospělosti.....	16
1.4.1. Čtvrtživotní krize .....	16
1.4.2. Krize tzv. kristových let .....	17
2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	18
2.1. Formy PPP .....	19
2.1.1. Anorexia Nervosa (AN) – Mentální anorexie .....	19
2.1.2. Bulimia Nervosa (BN) – Mentální Bulimie .....	20
2.1.3. Binge Eating Disorder (BED) - Psychogenní přejídání.....	22
2.1.4. Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED) – Jiné atypické PPP a poruchy stravování.....	23
2.1.5. Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED) – Jiné nespecifikované PPP a poruchy stravování.....	23
2.1.6. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (AFRID) – Vyhýbavá a restriktivní PPP.....	24
2.1.7. Orthorexia nervosa - Ortorexie.....	24
2.2. Prevalence PPP.....	24
2.3. Úskalí diagnostiky PPP.....	25

3. PŘÍČINY VZNIKU PPP .....	26
3.1. Biologické a genetické faktory .....	27
3.1.1. Biologické faktory .....	27
3.1.2. Genetické faktory .....	28
3.2. Sociálně-kulturní faktory .....	28
3.3. Psychogenní faktory .....	29
3.4. Životní události .....	32
3.5. Rodinné faktory .....	33
3.5.1. Separace od rodiny .....	34
3.5.2. Vztahy v rodině .....	35
4. LÉČEBNÁ PÉČE O PACIENTY S PPP .....	37
4.1. Diagnostika a hodnocení stavu pacienta .....	38
4.2. Léčebné metody .....	38
4.3. Psychoterapie jako klíčový prvek léčby .....	39
5. ARTETERAPIE V KONTEXTU LÉČBY PPP .....	41
5.1. Expresivní terapie .....	41
5.2. Definice arteterapie .....	41
5.2. Projektivně-intervenční arteterapie .....	42
5.3. Arteterapie a její začlenění do léčebného procesu PPP .....	44
5.4. Specifika výtvarného projevu osob s PPP .....	50
5.5.1. Příklady symbolů ve výtvarné tvorbě u osob PPP .....	55
6. METODOLOGIE VÝZKUMNÉ ČÁSTI .....	56
6.1. Výzkumný záměr .....	56
6.2. Výzkumná otázka .....	56
6.3. Organizace výzkumu .....	56

6.4.	Výzkumný soubor .....	57
6.5.	Metoda zpracování získaných dat .....	58
6.6.	Etické aspekty výzkumu .....	59
6.7.	Výzkumný postup .....	60
6.7.1.	Volba výtvarných technik .....	61
6.7.2.	Témata .....	62
6.7.3.	Struktura skupinových setkání (Skupina B.) .....	64
6.7.4.	Úvodní rozhovor .....	65
6.7.5.	Závěrečný rozhovor .....	66
7.	KAZUISTIKY .....	66
7.1.	Amálie, 27 let .....	67
7.1.1.	Výtvarný projev .....	67
7.2.	Betty, 30 let .....	79
7.2.1.	Výtvarný projev .....	80
7.3.	Ema, 22 let .....	94
7.3.1.	Výtvarný projev .....	94
7.4.	Inés, 29 let .....	105
7.4.1.	Výtvarný projev .....	105
7.5.	Mia, 23 let .....	114
7.5.1.	Výtvarný projev .....	114
8.	DISKUZE .....	124
	ZÁVĚR .....	139
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	141
	SEZNAM PŘÍLOH .....	149



## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na hlubší zkoumání výtvarného projevu osob s poruchami příjmu potravy (PPP) v období mladé dospělosti. Věnuje se tématům, jakým způsobem se toto onemocnění promítá do jejich tvorby a jak můžeme prostřednictvím výtvarné činnosti lépe porozumět jejich vnitřnímu světu. PPP představují závažnou skupinu psychických onemocnění, která postihují miliony lidí bez ohledu na věk a genderovou identitu. Vyznačují se narušeným a nestabilním vztahem ke stravování a obrazu vlastního těla, což může mít dalekosáhlé negativní dopady na psychické i fyzické zdraví. V posledních letech se problematika PPP dostala do popředí zájmu odborné i široké veřejnosti. Přesto však stále přetrvává mnoho nejasností a mýtů týkajících se těchto poruch (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Teoretická část nejprve vymezuje kontext období tzv. mladé dospělosti, ve kterém se nacházejí oslovené respondentky. Toto dynamické období plné proměn a životních milníků může představovat pro mnohé z nich zdroj stresu a úzkosti, které se v některých případech mohou vyostřit až do krizí. V důsledku těchto faktorů může docházet k rozvoji nebo relapsu PPP (Yung et al., 2020; Fairburn et al., 2004). Následující klíčová část rozšiřuje náhled na problematiku PPP a podrobněji se zabývá jejich charakteristikami, prevalencí a diagnostickými postupy. Zvláštní pozornost je věnována etiologickým faktorům, které se na rozvoji PPP podílí. Dále je zkoumán dopad PPP na psychiku a vnímání vlastního těla a zdůrazňujeme komplexnost problematiky léčby. Následně je pozornost věnována arteterapii a její roli v léčbě PPP. V této části jsou představeny poznatky různých autorů, kteří zkoumali využití arteterapie a již se pokusili přiblížit výtvarný projev osob s PPP. Vzhledem k tomu, že se výzkumná práce zaměřuje výhradně na oblast výtvarného projevu, tato kapitola slouží jako kontextní rámec pro hlubší pochopení zkoumaných aspektů. V praktické části je vymezen prostor pro výzkum, který se pokouší vnést hlubší pohled na výtvarný projev osob s PPP. Zaměřuje se na identifikaci specifických rysů ve výtvarné tvorbě a na to, jak se tyto poruchy mohou promítat v uměleckém vyjádření. Představuje interpretace artefaktů a zkoumá individuální projevy každé z respondentek, přičemž hledá jak rozdíly, tak i podobnosti mezi jednotlivými výtvarnými produkcemi. V rámci interpretace vzniklých artefaktů je důležité zdůraznit, že se nacházíme v oblasti hypotetických úvah, a představené interpretace představují pouze jeden z mnoha

možných pohledů. Závěrečná diskuze shrnuje poznatky z výzkumu a zdůrazňuje potenciál pro další zkoumání výtvarného projevu osob s PPP. Tato bakalářská práce se snaží rozšířit pochopení problematiky poruch příjmu potravy (PPP) a jejich komplexnosti s cílem zvýšit povědomí o této problematice a přispět k obohacení poznatků o možných způsobech podpory a léčby.

## 1. MLADÁ DOSPĚLOST

Termín "mladá dospělost" je používán pro vymezení vývojového období, ve kterém člověk vstupuje do nové životní etapy – dospělosti (Millová, 2016). Rovněž je dané období v příslušných zdrojích označováno jako časná či raná dospělost, nebo také nastupující dospělost či vynořující se dospělost. Co je to dospělost? V psychologii na tuto otázku neexistuje jednoznačná odpověď, která by poskytla jasnou definici tohoto období (Thorová, 2015). Dle Kurice (2000, s. 130) „přechod od adolescence k dospělosti se realizuje postupně jako dynamický, ale plynulý proces, mající kořeny již v předcházejících vývojových stádiích – zejména v adolescenci“.

V naší kultuře není počátek dospělosti spjat s příznačným rituálem či mezníkem, který by sloužil jako potvrzení této změny (Vágnerová, 2007). Jedním z kritérií prokazující dospělost se uvádí **dosažení psychické zralosti** (Langmeier & Krejčířová, 2006). Přibližným vymezujícím faktorem zralosti je dosažení právní zletilosti, kterou dle občanského zákoníku nabývá jedinec dovršením osmnáctého roku věku a stává se tak plně svéprávným (§30 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012). Přesto tato skutečnost není v naší společnosti přijímána jako zásadní známka vyzrálosti mladého člověka (Thorová, 2015; Vágnerová, 2007). Dle Thorové (2015) zralost není určována věkem, nýbrž životními zkušenostmi, kterých má mladý 18letý člověk velmi málo. Nicméně se mezi jednotlivými lidmi objevují značné **individuální rozdíly**.

Dosažení zralosti je ovlivněné mnohými faktory. Můžeme na to nahlížet z více úhlů fyzických, kognitivních, emočních, identitních a sociálních změn. Z biologického hlediska je dospělost vymezena dosažením fyzické a sexuální zralosti. Sexualita v této vývojové fázi představuje významný aspekt v partnerském vztahu, kdy na významu nabývá i její reprodukční složka (Vágnerová, 2007). Thorová (2015) zmiňuje, že více než biologické faktory ovlivňují dosažení zralosti různé životní události a situace s jejich řešením. Z psychosociálního hlediska je vymezení dospělosti znatelně složitější. Objevují se zde individuální rozdíly mezi jedinci. K této proměně dochází u různých jedinců v odlišnou dobu a v různém tempu u jednotlivých složek – osamostatnění se od rodičů, finanční soběstačnost, manželství, rodičovství atd. Dochází k identickému rozvoji na dvou úrovních, které se týkají vlastního sebepojetí a vztahu k jiným jedincům. Cílem je

dosažení stabilní, realistické a harmonické identity. Rovněž dochází ke změně osobnosti a změnám v socializačním rozvoji (Vágnerová, 2007).

## **1.1. Charakteristické znaky dospělosti**

Millová (2016) období mladé dospělosti rozčleňuje na dvě poloviny, ve kterých se ukotvují určité principy a hodnoty charakterizující toto období. První polovina mladé dospělosti, tzv. **vynořující se dospělost** (18–25 let), je primárně spojována s přechodem z adolescence do dospělosti (Arnett, 2006). V druhé polovině je typické rozvíjení sociálních rolí – budování pracovní kariéry, stabilizace zaměstnání, navazování a prohlubování partnerských vztahů a rozhodnutí stát se rodiči. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 170) považují za základní znak zralosti „překonání rozporů dětství a dospívání“.

Vágnerová (2007) a Thorová (2015) zmiňují několik psychosociálních znaků dospělosti, které se projevují v různých oblastech daného jedince – změnou osobnosti, změnami v socializačním rozvoji a změnou sociálně-ekonomického statusu.

### **1.1.1. Změna osobnosti**

V období mladé dospělosti dochází k celkovému osamostatnění. Dospělý člověk nabývá relativní **svobodu ve svém rozhodování i chování**, načež je disponován kompetencí přijmout zodpovědnost za své jednání a učiněná rozhodnutí v rámci sociálních vztahů i vztahu k sobě samému. Nabývá větší osobní vyrovnanosti projevující se větší sebejistotou, sebedůvěrou a uvědoměním si své sebehodnoty. Je schopen realistického náhledu a zhodnocení svých vlastních sil a kompetencí, jež jsou základními pilíři soběstačnosti. Dovede lépe pracovat a regulovat své emoční prožívání a jednání. Svě potřeby a uspokojení je schopen odložit nebo se jich vzdát, je-li to nutné, či je upozadit významnějším hodnotám i s ohledem na jiné bytosti. Je schopen kritického myšlení, činit kompromisy, uznat a přijmout své i chyby ostatních, které dokáže odpustit (Thorová, 2015).

### **1.1.2. Změny v socializačním rozvoji**

Kompletní proměna osobnosti mladého dospělého se rovněž projeví změnou jeho interpersonálních vztahů. Významným mezníkem v období mladé dospělosti je

**osamostatnění se od své původní primární rodiny.** Vztahy s rodiči jsou již oproti období dospívání harmoničtější, rovnocennější a symetričtější. Mladý dospělý na své rodiče nahlíží objektivněji a realisticky. Je schopen uznat a vážit si jejich názorů a zkušeností. Dovede vyslechnout jejich rady, avšak on sám si určuje, co je pro něj přínosné a s čím se cítí v souladu dle svých hodnot a postojů. Thorová (2015, s. 441) pokládá za důležité v rámci zdravého osobnostního růstu mladého dospělého „odpustit svým rodičům jejich chyby a selhání“, kterých se dopustili v rámci výchovy a jejich vztahu. Rovněž v tomto období by se měl člověk pokusit překonat emoční traumata pramenící z dětství.

Dle Thorové (2015, s. 440) mladí lidé „nabývají nezávislosti pozvolna, protože zejména v počátku mladé dospělosti ještě studují a často bydlí společně s rodiči“. Faktor společného bydlení s rodiči může být i ovlivněn finanční a ekonomickou situací jedince. Dotyčný nemá dostatek finančních prostředků, které by mu pomohly se osamostatnit a najít si vhodné vlastní bydlení. Rovněž se situace může odvíjet od celkové nedostupnosti bytů na trhu nemovitostí. Vágnerová (2007, s. 10) uvádí i fakt, poukazující na tradici české společnosti, „která považuje za samozřejmé, že dokud je dospělý člověk svobodný, žije s rodiči“. V návaznosti je celkové sociální osamostatnění vázané ekonomickou nezávislostí jedince. Uplatnění se v profesní rovině mu pomáhá se oprostít od závislosti na původní primární rodině a rovněž to přispívá k jeho osobní seberealizaci a růstu, což slouží i jako prostředek sebepotvrzení i navýšení své sebedůvěry.

V období mladé dospělosti nejvýznamnější úlohu zastávají **symetrické vztahy s vrstevníky**. Mladý člověk je otevřený k navazování nových kontaktů a sociálních vztahů, rovněž rozvíjí i vztahy přetrvávající z jiných období. Je schopný fungovat v párovém vztahu, ve kterém je potřeba respektovat a akceptovat potřeby toho druhého a dokázat je vyladit se svými potřebami, tak aby potřeby na obou stranách byly v rámci možností naplněny. Partnerství může vést k uzavření manželství nebo k rozhodnutí stát se rodiči. Dospělý člověk se i zralým způsobem projevuje v profesní rovině. Již zvládá interakce s lidmi různého postavení – v nadřazené funkci dotyčný nezneužívá své moci. V podřazené funkci se již neprojevují obrané tendence proti autoritě.

Vágnerová (2007, s. 11) uvádí, že současná dospělost disponuje některými novými charakteristickými znaky. „Je typická posunem od tradičního rodového předurčení k osobní volbě, k individualismu, k důrazu na vlastní rozhodování ve všech oblastech života“. Dnešní mladý dospělý si zakládá na osobní spokojenosti jak v oblasti vztahů, tak i profese, bez ochoty se podřizovat nárokům či požadavkům směřujícím z širší rodiny.

## 1.2. Periodizační ohraničení

Věkové vymezení období mladé dospělosti se u různých autorů liší, jak například zmiňuje Millová (2016), která prezentuje přehled periodizací od řad autorů. Nejširší vymezení představil Erik Erikson (2022), který mladou dospělost zasadil mezi osmnáctý a čtyřicátý rok života, zatímco Havighurst (1972) toto vymezení zúžil na období od osmnácti do třiceti let. Jiní autoři uvádí věk dvacet až třicet dva/pět let (Thorová, 2015; Švancara, 1986), nebo dvacet až třicet let (Říčan, 2021; Langmeier & Krejčířová, 2006; Příhoda, 1977). V současné době dochází k posouvání horní hranice až ke čtyřicátému roku života, toto vymezení nalezneme např. u Vágnerové (2007), Arnetta (2012), Gideona (2008). Pro účely této práce uijeme věkové vymezení dvacet až třicet pět (Thorová, 2015).

## 1.3. Charakteristika období mladé dospělosti

Období mladé dospělosti je charakteristické pro přítomnost velkého množství sociálních a interpersonálních změn (Millová & Svárovská, 2020). Jedná se o poměrně dynamické období, které nezralému člověku otevírá **prostor k intenzivnímu psychickému dozrávání** (Thorová, 2015). V tomto období podle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje se jedinec setkává s vývojovým úkolem, který se projevuje konfrontací typu "intimita versus izolace". Náplní tohoto úkolu je nalézt **rovnováhu mezi vytvářením hlubších mezilidských vztahů a udržením osobní nezávislosti a identity** (Erikson, 2022). V porovnání s předešlými vývojovými obdobími se zde vyskytuje minimum biologických změn, ačkoliv se objevují individuální rozdíly např. u žen – těhotenství a porod nebo přístup k životosprávě. Toto období přináší významné životní mezníky, které přináší životní role a situace určující směr dalšího života mladého dospělého (Vágnerová, 2007). Dochází k ukončení studia, vstupu do profesní roviny, osamostatnění od primární rodiny, ekonomické nezávislosti, navázání partnerského vztahu, který může vést k založení

vlastní rodiny. Ačkoliv se podobné události téhož významu objevují v průběhu celého života, v tomto období je jejich počet mnohonásobně vyšší (Millová & Svárovská, 2020).

Velmi významnou úlohu představuje způsob, jakým člověk přistupuje k úkolům této životní fáze. Rozhodnutí, ke kterým dospěje, mohou zásadně kultivovat nadcházející období, jehož změny mohou být i svým charakterem nezvratné (v případě rodičovství). Mladí dospělí mohou být v rámci rozhodování impulzivní a nerozvážní, což může být ovlivněno jistou nezkušeností. Nicméně toto období přináší naději, otevřenou perspektivu s možnostmi, prostor pro seberealizaci i riziko zablokování dalšího životního vývoje. Člověk se může rozhodnout a uskutečnit ve většině případů své plány i sny anebo se o to přinejmenším pokusit. V této době dochází k nesčetným **sociálním proměnám** plných nových zážitků a mnoha zkušeností.

Mladý dospělý je otevřen světu a nové podněty chápe jako výzvu a možnost získat další zkušenosti. Zkušenost má vliv na veškeré složky psychiky – ovlivňuje kognitivní schopnosti, emoční prožívání a projevy, náhled na své osobnostní vlastnosti a sebepojetí. Projeví se i to, jakým způsobem se mladý dospělý orientuje v roli dospělého a to jak v oblasti vztahů – partnerství/manželství a rodičovství, tak rovněž v oblasti profesní. Pojetí vlastní dospělosti a jeho naplnění je ovlivněno významným faktorem a to zkušeností s chováním dospělých lidí, se kterými se jedinec setkal v dětském věku. Tito dospělí představují pro dotyčného jedince důležité vzory, které ho ovlivnily a nadále na něj mají vliv i po dvacátém roku života. „O to víc, že mnoho jiných modelů chování v základních rolích dospělosti nezná“ (Vágnerová, 2007, s. 12).

Podle studie Yunga a kolegů (2021) čelí dospívající a mladí dospělí ve věku 15-24 let nejvyššímu riziku duševních poruch. Alarmující je, že 75 % všech případů duševních onemocnění se projeví do 25. roku života, s největší koncentrací v období pozdní adolescence a rané dospělosti. Kohortové studie navíc ukazují, že až 50 % mladých lidí je během **přechodu z dětství do dospělosti** diagnostikováno s nějakou formou duševního onemocnění, často v souvislosti s vývojovou krizí. Mezi nejčastější duševní poruchy u mladých lidí patří depresivní a úzkostné poruchy, závislosti, **poruchy příjmu potravy (PPP)** a další. Konkrétně PPP představují klíčové téma této práce, kterému se budu podrobně věnovat v navazujících kapitolách.

## 1.4 Krize vyvstávající v období mladé dospělosti

Období mladé dospělosti přináší do života jedince mnohé změny a výzvy, které mohou být doprovázeny pocity nestability a chaotičnosti. Mladý dospělý se v průběhu tohoto období potýká s několika vývojovými úkoly a životními událostmi, které se mohou na základě několika dalších faktorů stát zdrojem tzv. **vývojové krize**. Tématu vývojových krizí (konkrétně pro období mladé dospělosti) se věnují zejména zahraniční autoři – Robbins (2019), Robinson a Wright (2013), Robbins a Wilner (2001), Arnett (2010). V českém prostředí se tímto tématem zabírají – Millová (2016), Zibrinyiová a Ráczová (2016). Rovněž můžeme zmínit starší klasické modely vývojových krizí, kterým se věnovali zejména – Erikson (2022), Levinson (1986).

Vývojová krize může vzniknout na základě několika faktorů, které mohou souviset s **významnými událostmi a přechody, též s naplňováním vývojových úkolů**. Tyto události mohou v člověku vyvolávat stresující a frustrující pocity. S časovým odstupem může jedinec vnímat tyto události jako významné body obratu. Je nutné zmínit, že přítomnost těchto významných milníků nemusí automaticky předznamenávat vývojovou krizi. Vždy záleží na individualitě jedince. Příčiny vzniku mohou mít různé podoby. Mezi významné zdroje se řadí sociální tlak a požadavky, pramenící od společnosti i od sebe sama, nedostatek sebevědomí a nízká úroveň sebehodnoty, neuspokojivé sociální vztahy a absence sociální opory, finanční situace a spokojenost v pracovní oblasti (Millová, 2016; Millová & Svárovská, 2020). Krize se může projevit na několika úrovních – **fyzické, psychologické, interpersonální a sociokulturní**. Mladý jedinec se může potýkat s přehodnocováním svých dosavadních sociálních hodnot a norem, změnou sociálních vztahů a vazeb, svého prostředí nebo se může zabírat otázkou své identity a sociálních rolí (Millová, 2016; Robinson & Wright, 2013).

Thorová (2015) zmiňuje dvě vývojové krize v období mladé dospělosti – tzv. **čtvrtživotní krizi 20letých a krizi Kristových let**, která se může objevit okolo 30 let.

### 1.4.1. Čtvrtživotní krize

Jedná se o vývojovou krizi, jejíž vznik je nejčastější v období rané dospělosti, tzv. vynořující se dospělosti. Vývojový koncept „vynořující“ se dospělost popsal poprvé



psycholog J. J. Arnett (2000), jedná se o **přechodové mezidobí mezi adolescencí a dospělostí**, které je propojeno s tématy hledání své identity a místa v sociální oblasti, výběru životních možností, životní nestability a nejistoty. Rovněž souvisí s odkládání některých vývojových úkolů do pozdějšího věku (Millová, 2016). Charakteristické atributy vynořující se dospělosti se nejčastěji projevují v období mezi 18. a 25. rokem, objevovat se však mohou až do 30. roku života. Čtvrtživotní krize se **projevuje introspekci nad svým dosavadním směřováním a přehodnocením svých budoucích kroků**. Často je spojována právě s pocitem nadměrného množství příležitostí nebo s dalekosáhlými životními rozhodnutími, nejsou přiměřená subjektivnímu pocitu osobní zralosti (Millová, 2016, s. 133). Nicméně existence těchto určitých symptomů u této vývojové krize je sporná a u mnoha autorů se názor různí (Thorová, 2015). Během let proběhlo několik odborných kvalitativních i kvantitativních výzkumů, které se zabývaly touto problematikou, nicméně je zde poměrná část kritiků, kteří tuto teorii kritizují z důvodu, že jejich pozornost je převážně směřována negativním hlediskům změn probíhající v mladém dospělosti a opomíjejí pozitiva, která mohou změny přinést (Millová & Svárovská, 2020; Arnett 2010).

#### **1.4.2. Krize tzv. kristových let**

Krize kristových let se objevuje mezi 28. a 33. rokem života, kdy dochází k určitému **bilancování a přehodnocování dosavadního životního směřování**. Krize může pramenit z psychosociálních konfliktů týkající naplnění vývojových úkolů, jako je např. navázání hlubokého vztahu, uzavření manželství nebo založení rodiny. Dalším zdrojem může být nespokojenost v profesní a sociální oblasti související i se ztrátou některých mezilidských vazeb. Rovněž se jedinec může zabírat otázkou hledání životního smyslu, svého místa v životě i ve světě, může se potýkat se stereotypními pocity. Také může pociťovat únavu ze sociálního kontaktu a kultivování sociálních vztahů. Objevují se první konfrontace s tématem stárnutí i v návaznosti na své rodiče (Thorová, 2015). Tato krize může pro jedince představovat **impulz ke změně** pro spokojenější život a naplnění stávajících rolí (Vágnerová, 2007).

## 2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) patří mezi závažná psychiatrická onemocnění související s narušeným vztahem ke stravování a alimentárnímu chování, podmíněná patologickou změnou vztahu ke svému tělu a neadekvátním hodnocením svého vzhledu i osobnosti (Vágnerová, 2014). PPP jsou svým charakterem považovány za jedny z nejhůře uchopitelných psychiatrických diagnóz (Novák, 2010). V posledním desetiletí se tématu PPP věnuje větší pozornost, a to zejména v odborných kruzích. Řada autorů publikuje rozsáhlé články a monografie zabírající se touto problematikou a rovněž se provádějí odborné výzkumné studie. Nicméně stále zůstává kolem PPP mnoho nejasností, dohadů a nezodpovězených otázek (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Onemocnění PPP si mezi jedinci nevybírání. Postihuje **osoby odlišného věku, pohlaví, etnického původu, sociálně-ekonomického postavení a rozmanitých tělesných typů, hmotností a rozměrů**. Váha u této problematiky není jediným klinickým ukazatelem pro PPP. Onemocnění postihuje osoby jak s nízkou, normální i vyšší hmotností. U osob jakékoliv váhy se mohou projevovat nezdravé způsoby regulace a kontroly hmotnosti a také se u nich mohou vykazovat různé formy malnutrice<sup>1</sup>. Velmi často osoby s PPP mají potíže s náhledem a rozpoznáním závažnosti problému souvisejícího s jejich onemocněním anebo zastávají ambivalentní postoj ke změně svého jídelního či jiného chování. Veškeré podoby PPP mohou být propojeny se závažnými somatickými potížemi, které zasahují libovolný orgánový systém v těle (Papežová, 2018a).

---

<sup>1</sup> *Malnutrice* je stav, při kterém tělo nedostává dostatečné množství nutričních látek, které jsou nezbytné pro udržení zdraví a normálního fungování. Tato nedostatečná výživa může zahrnovat nedostatek energie (kalorií), bílkovin, vitaminů nebo minerálů. Malnutrice může mít vážné důsledky pro fyzické a mentální zdraví jedince a může vést k různým nemocem a komplikacím.

## 2.1. Formy PPP

Dle DSM-5<sup>2</sup> a MKN-10<sup>3</sup> rozlišujeme dle diagnostických kritérií několik forem PPP, z nichž každá má své specifické charakteristické rysy. Mezi hlavní druhy PPP patří: **mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání**. Tyto podoby PPP má v povědomí i širší veřejnost. Nicméně dále se rozlišují méně známé formy, jako například – **atypické PPP, nespecifikované PPP a vyhýbavá restriktivní porucha**. Mezi ně jsou zařazeny – syndrom nočního přejídání (NES), Adónisův komplex – tzv. dysmorfie. V souvislosti s projevy ve vztahu k narušenému stravovacímu chování se uvádí – ortorexie, drunkorexie, pica a ruminantní porucha (Papežová, 2018a).

V rámci této bakalářské práce se podrobněji zabývám problematikou mentální anorexie (dále jen AN), mentální bulimií (BN) a psychogenním přejídáním (BED). Ostatním formám PPP je věnován kratší úsek, ve kterém jsou uvedeny stručné charakteristiky jednotlivých skupin onemocnění, který společně dotváří teoretický rámec potřebný pro pochopení kontextu tohoto závažného onemocnění.

### 2.1.1. Anorexia Nervosa (AN) – Mentální anorexie

Je charakteristická snižováním váhy v souvislosti se strachem z přibrání na tělesné hmotnosti prostřednictvím úmyslného **redukování příjmu potravy a postupným odmítáním jídla** či konkrétních potravinových skupin. V kapitole – 2.2. Prevalence PPP bylo již zmíněno procento výskytu u různých věkových skupin, zejména u dívek a mladých žen. Nejčastěji se objevuje mezi 14. a 18. rokem, onemocnění se vyvíjí pozvolna a plynule (Krch, 2005a; Vágnerová, 2014; Papežová, 2018a).

---

<sup>2</sup> *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání, revize textu (DSM-5-TR)* obsahuje nejaktuálnější aktualizace textu založené na vědecké literatuře s příspěvky od více než 200 odborníků na dané téma.

<sup>3</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN)* (v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD) je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.

Určení diagnózy AN souvisí s požadavkem splnění všech diagnostických kritérií dle vymezení MKN-10, která zní:

- Tělesná váha je udržovaná nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo je snížena na úroveň BMI 17,5 a méně.
- Redukci váhy si jedinec koriguje sám prostřednictvím striktních diet nebo nadměrného pohybu, v možné kombinaci užívání laxativ, diuretik nebo anorektik či vyprovokovaného zvracení.
- Objevuje se specifická psychopatologie typická zkreslenými představami o vlastním těle, fobií z tloušťky (při výrazné podváze) a vtíravé, sebekontrolující myšlenky k udržení nízké váhy.
- Přítomnost endokrinní poruchy hypotalamo-pituitární-gonádové osy se projevuje u žen amenoreou, u mužů se vyskytuje absence sexuálního zájmu.
- V případě vzniku onemocnění před pubertou dochází k opoždění nebo zastavení tělesného vývoje a pohlavních znaků. Po zdařilé léčbě dochází k normálnímu dokončení, nicméně menarche může nastat opožděně.

V rámci DSM-5 je AN rozdělena na tyto specifické typy:

- **Restriktivní:**  
Projevuje se restrikcí energetického příjmu a výrazným omezením konzumace potravy. Jedinec drží extrémní nízkokalorické diety, může se vyhýbat konkrétním potravinovým skupinám nebo se zcela jídlu vyhýbá.
- **Purgativní:**  
Objevují se pravidelné epizody přejídání konzumací velkého množství potravy, na které následovně jedinec reaguje kompenzačním chováním, které zahrnuje zvracení či užívání projímavých látek.

### **2.1.2. Bulimia Nervosa (BN) – Mentální Bulimie**

Projevuje se intenzivním strachem z tloušťky v souvislosti s neschopností regulovat příjem potravy, jehož následkem jsou **opakované záchvaty abnormálního přejídání a následným vypuzením zkonsumovaných potravin** prostřednictvím násilných a

nefyziologických prostředků. Onemocnění BN se většinou objevuje v pozdějším věku než je tomu u AN, uvádí se 16. až 30. rok života. Rovněž jako u AN se rozvíjí plynule od drobných projevů až k závažnějším potížím (Krch, 2005a; Vágnerová, 2014; Papežová, 2018a).

Dle MKN-10 jsou diagnostická kritéria pro BN následující:

- a) Objevují se neustále myšlenky týkající se jídla a neovladatelná touha až závislost po jídle. Typická je přítomnost záchvatů přejídání velkým množstvím jídla během krátké doby.
- b) Nutkavé tendence potlačit kalorický vliv zkonsumované potravy prostřednictvím jednoho i více způsobů – násilným vyvoláním zvracení, užití laxativ, anorektik, diuretik, tyreoidálními preparáty a následným střídáním etap hladovění. U diabetických jedinců se rovněž objevuje zneužití inzulínové léčby.
- c) Specifická psychopatologie se projevuje abnormálním strachem z tloušťky, váhový práh je nižší než před vznikem onemocnění.

Nejnižší míra závažnosti dle DSM-5 je stanovena podle četnosti nevhodného kompenzačního chování. Uvádí se tyto stupně:

- mírná: 1-3 epizody týdně
- průměrná: 4-7 epizod týdně
- kritická: 8-13 epizod týdně
- extrémní: 14 a více epizod týdně

BN se rovněž rozděluje na dva typy:

- **Purgativní:**

Vztahuje se k chování jedince, kdy po zkonsumování potravy pravidelně užívá purgativních látek nebo se uchyluje k vyvolání zvracení s cílem zbavit se pozředeného jídla, aby zamezil zvýšení tělesné hmotnosti.

- **Nepurgativní:**

Jedinec se uchyluje ke striktním dietám a hladovění za pomoci nadměrného fyzického pohybu s cílem zamezit zvýšení váhy, avšak bez pomoci purgativních látek nebo praktik.

### **Atypické formy AN a BN**

Tyto formy jsou dle DSM-5 řazeny do skupiny OSFED – atypické PPP a poruchy stravování. V charakteristice těchto onemocnění se **neobjevuje jeden či více klíčových rysů** v porovnání s běžným klinickým obrazem; případně jsou přítomny všechny příznaky, avšak na mírnější úrovni. Dochází ke kombinaci diagnostických subtypů, které mezi sebou plynule prostupují, avšak liší se v metodě léčby, průběhu onemocnění i prognóze (Papežová, 2018a). Specifická psychopatologie se projevuje abnormálním strachem z tloušťky, přičemž váhový práh je nižší než před vznikem onemocnění.

#### **2.1.3. Binge Eating Disorder (BED) - Psychogenní přejídání**

Psychogenní přejídání (BED) nebo také psychogenní hyperfagie, je méně známá diagnostická kategorie uvedená v rámci PPP. V průběhu posledních desetiletí se stále častěji věnuje pozornost tomuto onemocnění, které je považováno za jeden z faktorů přispívajících k rostoucímu výskytu obezity ve společnosti. Projevuje se neustálým **přemítáním o jídle, záchvaty přejídání** (binge eating) podobné těm u jedinců s BN, bažením po jídle tzv. **cravingem**, který se vyskytuje u drogově závislých. Velmi často se objevují trýznivé pocity studu, viny, znechucení, napětí či deprese. Dochází ke ztrátě kontroly nad jídlem i tělem. Záchvatovité epizody probíhají velmi často o samotě a jsou doprovázeny silným stresem. Jedinci trpící touto formou PPP nepraktikují žádné eliminační metody (Papežová, 2018a; Cooper, 2014). Dle celosvětové prevalence psychogenního přejídání se mezi léty 2018-2020 odhaduje počet trpících tímto onemocněním na 0,6–1,8 % u dospělých žen a 0,3–0,7 % u dospělých mužů (Giel et al., 2022).

Dle MKN-10 v rámci diagnózy BED jsou uvedena tato kritéria:

- a) Vyskytuje se nutkavé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po potravě, záchvaty přejídání, během kterých jedinec zkonzumuje velké dávky jídla v průběhu krátkého časového horizontu.
- b) Nevyskytují se purgativní projevy uvedené u BN.
- c) Specifická psychopatologie se projevuje silným strachem z tloušťky. Potíže spočívají v pokusu dosáhnout nereálné váhy (nižší než premorbidní, optimální či zdravá cílová). Záchvaty přejídání vznikají v souvislosti s maladaptivním zpracováním nepříjemných či stresových situací.

Závažnost onemocnění se zohledňuje četností epizod přejedení na:

- mírná: 1-3 epizody týdně
- střední: 4-7 epizod týdně
- závažná: 8-13 epizod týdně
- velmi závažná: víc než 14

#### **2.1.4. Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED) – Jiné atypické PPP a poruchy stravování.**

V této kategorii jsou zahrnuty PPP, které neodpovídají striktním kritériím pro mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, přesto jedinci vykazují některé charakteristické rysy a potíže úzce související s PPP. Patří sem např. atypické formy AN a BN, BED s nízkou frekvencí nebo syndrom nočního přejídání.

#### **2.1.5. Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED) – Jiné nespecifikované PPP a poruchy stravování.**

Jedná se o formy, kde jsou přítomny jednotlivé nebo kombinované symptomy či projevy PPP, ale neodpovídají přesným kritériím pro určení konkrétní diagnostické kategorie a rovněž nezapadají do kategorie OSFED.

### **2.1.6. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (AFRID) – Vyhýbavá a restriktivní PPP**

Jedná se o diagnózu poruchy vyhýbavého a restriktivního chování, která se vyskytuje již u předškolních dětí a objevuje se dále v různých věkových kategoriích. Charakteristický pro tuto diagnózu může být selektivní jídelníček, odmítání některých druhů potravin, vyhýbání se určitým vůním nebo texturám konkrétních potravin.

### **2.1.7. Orthorexia nervosa - Ortorexie**

V současné době se stále častěji hovoří v kruzích odborné i širší veřejnosti o tzv. ortorexii. Jedná se o název vystihující patologický zájem nebo posedlost jedince zdravou výživou, který má podobu restriktivních diet obsahující rituální stravovací návyky, kdy dochází i k rigidnímu vyhýbání se určitým potravinám. Jedinec s ortorexií tíhne k podrobnému zkoumání složení jednotlivých potravin, preferuje pouze ty, které považuje za "zdravé" nebo "čisté". Tento zájem o zdravé stravování často přerůstá do nadměrné kontroly a úzkosti ohledně kvality a složení potravy, což může mít negativní dopad na psychické i fyzické zdraví jedince. Ortorexie není oficiálně uznávaná jako samostatná diagnóza v diagnostických manuálech jako je DSM-5, ale někteří odborníci ji považují za formu poruchy stravování. Tento stav může vést k sociální izolaci, nedostatečnému příjmu živin a dalším zdravotním komplikacím (Papežová, 2018a; Koven & Abry, 2015).

## **2.2. Prevalence PPP**

V roce 1987 byly PPP deklarovány Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za jeden z primárních světových problémů týkající se naší společnosti. V západním světě došlo během několika let k vysokému nárůstu těchto onemocnění, některé specifické symptomy se objevují v kolektivním měřítku, často se tak hovoří o tzv. subklinické formě PPP (Novák, 2010). Dle Papežové (2018a) se projevy PPP mohou objevovat již v období útlého dětství až po období dospělosti. Nejčastěji PPP můžeme mapovat u adolescentů a mladých dospělých, nicméně není výjimkou, že se mohou objevit u jedinců výrazně mladšího či staršího věku. Dle narativní studie Silén a Keski-Rahkonen (2022) podle DSM-5, která se zabývá výzkumem celosvětové prevalence PPP u mladých lidí v období



2013–2022, byla zjištěna tato data: V rané dospělosti se s PPP potýkalo celkem 5,5–17,9 % mladých žen a 0,6–2,4 % mladých mužů. Další výsledky byly monitorovány u osob, které se s PPP potýkají již celoživotně. AN uvedlo 0,8–6,3 % žen a 0,1–0,3 % mužů, BN 0,8–2,6 % žen a 0,1–0,2 % mužů. S BED se potýká 0,6–6,1 % žen a 0,3–0,7 % mužů. Rovněž byly uvedeny výsledky u jiných specifických poruch příjmu potravy, které se týkají 0,6–11,5 % žen a 0,2–0,3 % mužů a blíže u nespecifikovaných poruch příjmu potravy 0,2–4,7 % žen a 0–1,6 % mužů. Také zmiňují, že obzvláště ohroženou je skupina osob genderové a sexuální menšiny. Velkých vliv na vzestup výskytu PPP měla i pandemie COVIDU-19.

### **2.3. Úskalí diagnostiky PPP**

Bryant a kolegové (2022) ve studii, která se zabývá identifikováním mezer týkajících se screeningu, hodnocení a diagnostiky PPP v západních zdravotních systémech, poukazuje, že navzdory zvýšenému povědomí o PPP a vysoké prevalenci v posledních letech stále zůstává vysoké procento jedinců s PPP nediodagnostikováno a neléčeno. Zejména mezi ohroženou skupinu patří muži, osoby s PPP z různých a menšinových populací a LGBTQ+. Papežová (2018a) zmiňuje podhodnocení rozsahu problému v populaci, k čemuž může dle jejího názoru docházet na základě utajování problému či vyhýbáním se odborné péči ze strany osoby s PPP. Také poukazuje na problematiku související se somatickými komplikacemi PPP, které mohou zůstat nerozpoznány i zkušeným lékařem. Podle Wade (2021) je méně než třetina případů odhalena zdravotníky. PPP jsou velmi často doprovázeny komorbidními somatickými příznaky. Pacienti velmi často nejprve přicházejí s jinými zdravotními problémy gynekologického, gastrointestinálního charakteru nebo s psychickými obtížemi. Nezřídka tedy ze strany zdravotníků dochází k pozdějšímu odhalení diagnózy PPP a to z několika důvodů.

První z nich se může týkat nedostatečného školení o PPP ve zdravotních profesích. V současnosti lékaři mají nadále potíže s identifikací projevů PPP a to zejména u poruch souvisejících s přejídáním (BED), ostatními specifickými PPP nebo poruchami

souvisejícími se stravováním či se sub-podprahovými PPP<sup>4</sup>. Druhý z důvodů souvisí s omezenými screeningovými postupy ve zdravotních zařízeních vykazujícími nedostatky, které mohou vést k homogenitě a neadekvátnosti při identifikaci PPP (Bryant et al., 2022). Třetí z důvodů se týká samotných jedinců s PPP, kteří mohou váhat s vyhledáním odborné pomoci na základě studu, strachu ze stigmatizace, ambivalence ohledně poruchy a léčby nebo nedostatku podpory ze strany svých nejbližších či bagatelizace jejich potíží (Wade, 2021). Dalším úskalím může být samotný diagnostický systém a jeho kritéria pro stanovení přesné diagnózy, na což upozorňuje Novák (2010), který kritizuje lpění na diagnostických kritériích, na základě čehož může docházet k úniku velkého počtu osob s PPP, které jsou na hranici klinické diagnózy. Tyto faktory poté mohou vést k prohlubování bariér mezi jedincem a zdravotním systémem, který v současné době mnohdy brání vhodné a včasné intervenci.

### 3. PŘÍČINY VZNIKU PPP

V současnosti existuje celá řada teorií a hypotéz pojednávajících o příčinách vzniku PPP, stejně tak jako psychoterapeutické přístupy věnující se léčbě tohoto onemocnění. Mezi odborníky panují ve svém pojetí jisté neshody. V odborné literatuře je převážně uváděno tříčlenné rozdělení možných faktorů přispívajících ke vzniku PPP – biologické, sociální a psychologické faktory (Krch, 2005b; Vágnerová, 2014; Papežová, 2018a). Někteří autoři uvádějí odlišné členění determinant přispívajících ke vzniku PPP na individuální, rodinné a sociokulturní (Novák, 2010). Dle Papežové (2018a) je vznik PPP podmíněn **multifaktoriálně** a je nutné k tomuto vážnému onemocnění přistupovat v celém biopsychosociálním kontextu. Zahrnuje různorodé faktory, které mohou působit vzájemnou interakcí či samostatně a to u každého jedince odlišným způsobem. Některé faktory mohou mít zásadnější vliv než ostatní, vždy záleží na individualitě jedince a na konkrétním případě. Rovněž mnozí odborníci upozorňují, že i přes znalost přítomnosti

---

<sup>4</sup> "Sub-threshold eating disorders" (subprahové poruchy příjmu potravy) se odkazují na poruchy stravování, které vykazují některé symptomy charakteristické pro klinické poruchy příjmu potravy, ale nesplňují veškerá diagnostická kritéria pro stanovení přesné diagnózy anorexie nervosy, bulimie nervosy nebo poruchy přejídání.

těchto faktorů je velmi komplikované určit přesnou příčinu a okamžik vzniku tohoto onemocnění (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

V rámci této práce budu vycházet z tradičního trojčlenného rozdělení faktorů – biologických (zahrnující i genetické faktory), sociálně-kulturních a psychologických. Dále se zaměřím na rodinné vlivy a životní události, které mohou hrát roli v rozvoji PPP.

### **3.1. Biologické a genetické faktory**

#### **3.1.1. Biologické faktory**

Biologické dispozice vycházejí z odlišnosti mozkových funkcí, které se mohou na psychické úrovni projevat určitou labilitou, impulzivitou či úzkostností. PPP vznikají na základě interakcí neurálních mechanismů, které ovlivňují řízení příjmu potravy a vztah k jídlu. Tyto standardní mozkové okruhy jsou u jedinců s PPP nahrazeny jinými patologickými okruhy. Rozvoj PPP mohou zapříčinit **odchyly v neurohumorálních a neurotransmiterových systémech**, které mají na starost regulaci hladu a pocitu sytosti. Dysfunkce serotoninu zvyšuje vznik náládovosti a tendence k impulzivitě. Významnou roli zastává dopamin, jehož vliv tlumí pocitu hladu. Zmíněné odchyly mohou být jak příčinou, tak rovněž následkem PPP (Vágnerová, 2014).

Dle Krcha (2005b) je jedním ze zásadních faktorů přispívajících k rozvoji PPP **pohlaví**. Nejrizikovější skupinu představují ženy, u kterých je riziko vzniku PPP až desetkrát větší než u jiných skupin. Mladé dívky a ženy vykazují vyšší procento zájmu o podobu svého tělesna a silnější zaujatost vůči své hmotnosti a množství tělesného tuku. Oproti tomu chlapci a muži se spíše zaměřují na získávání svalové hmoty. Z hlediska rizika vzniku PPP představuje období pubescence a adolescence, kdy dochází k zásadním změnám, a to zejména v oblasti tělesna, důležité období. Tělesné schéma se určitou měrou proměňuje a přechází do významné fáze rozvoje sebepojetí. Dochází k tělesnému zrání, s čímž souvisí hormonální změny, nástup první menstruace atd. Každý jedinec tyto změny přijímá různým způsobem na základě individuality. Přijetí se odvíjí od subjektivní představy o ideji a atraktivitě vzhledu, kde důležitou roli zastává psychická vyspělost a sociální zpětná vazba reagující na tyto změny (Vágnerová, 2014).

### 3.1.2. Genetické faktory

Genetické studie zabývající se genetickými dispozicemi prokázaly vázanost na riziko vzniku PPP, stejně tak jako u dalších psychických poruch (např. deprese, obsedantně-kompulzivní poruchy), které ve velmi častých případech tvoří **komorbidní onemocnění**. Udává se 56–84% podíl dědičnosti (Papežová, 2010). Konkrétně vázanost na genetických dispozicích dosahuje u mentální anorexie maximální hodnoty 50 % a u mentální bulimie 30 % (Vágnerová, 2014).

### 3.2. Sociálně-kulturní faktory

Sociokulturní normy se dle teorie učení mohou rovněž podílet na vzniku PPP. Podílí se na tom kulturní a sociální hodnota těla a vzhledu, změna postavení ženy ve společnosti, vliv médií, sociální a kulturní význam potravy a dalších nesespecifických sociálních faktorů, např. – sociální úzkost, soutěživost a porovnávání se, atd. Zejména se uvádí sociální vliv tzv. **ideálu krásy** a s ním spojený **kult štíhlosti**. Ideál krásy je dynamický koncept, který je podmíněn společenskými, kulturními i historickými faktory. V různých dobách a kulturách se podoba ideálu krásy proměňovala, a dodnes se stále transformuje. Nicméně názor, co je považováno za atraktivní a krásné, může být velmi odlišný mezi rozdílnými kulturami i jedinci (Fialová & Krch, 2012). Kult štíhlosti označuje sociokulturní fenomén reprezentující ideál krásy založený na štíhlosti a nízké váze. Štíhlost je velmi často chápána jako předpoklad úspěchů a šťastného života, kdy tuto iluzi posilují média, reklamy, móda i sociální normy. Rovněž dochází k předpojatosti vůči obezitě. Jedinci štíhlých proporcí jsou velmi často reprezentováni jako ti úspěšní a atraktivní, zatímco lidé s nadváhou jsou považováni za líné, neinteligentní a neatraktivní. Nadváha je společností chápána jako stigma potvrzující neschopnost a nedostatek vůle či sebekontroly. V návaznosti na to se u jedince vytváří strach ze selhání spojeného s nabíráním váhy. (Krch, 2005b; Vágnerová, 2014).

Sociální tlak kladený na normy krásy a podobu ideálního tělesného obrazu může zastávat klíčovou roli v rozvoji PPP. Podle Krcha (2005b, s. 60) je sociokulturní tlak vyvíjený na dodržování ideálu štíhlosti „v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla“. Kultura a společnost **formuje vnímání ideálního tělesného obrazu** a tak může

ovlivnit subjektivní pohled na tělesné schéma, které se může jevit jako nedostačující ke splnění určitých norem. To může vést k oslabení sebehodnoty a sebedůvěry jedince. Vágnerová (2014, s. 429) poukazuje na vliv problematického názoru, že „tělesnou hmotnost i proporce vlastního těla lze libovolně ovlivňovat“. Tyto nerealistické normy posilují strach z vyšší váhy a podněcují nadměrný zájem o tělesnou hmotnost, což se může rozvinout v silnou nespokojenost a ambivalenci vůči svému tělu. Tyto postoje mohou jedince vést k praktikování nevhodných stravovacích strategií, nadměrného cvičení a neustálé kontrole tělesné váhy. Rovněž může docházet k **proměně vztahu ke stravování**. Jídlo přestává být vnímáno jako potřebný zdroj pro správné fungování těla, naopak je označováno za **potenciální zdroj nebezpečí** (Krch, 2005b; Vágnerová, 2014).

Významný vliv rovněž představuje vyšší tlak v souvislosti s **výkonností** a uplatněním nejen v profesní oblasti. Mladé dívky a ženy jsou stavěny před širokou škálou požadavků v rámci plnění sociální a kulturní role, které se mohou jevit jako dvojznačné či rozporuplné, a to ať už se jedná o normy sebezprezentace, fyzické atraktivity či rodinného nebo profesního života. Na ženy je kladen nárok, aby si udržovaly svou atraktivitu a přitažlivost, aby byly dostatečně výkonné, úspěšné a schopné se adaptovat na požadavky profesní oblasti a zároveň zdařile kultivovaly rodinný život. Na základě tohoto kontextu může být pro ženy velmi složité najít svou osobní identitu a autenticitu, vymezení sebe sama a dosáhnout autonomie. Podle Krcha (2005b) na základě důsledků této obtížné adaptace může docházet k odmítání nabízené sexuální role a některých dalších atributů, které tuto roli reprezentují. Strategie dodržování nevhodných a eliminačních stravovacích návyků může pro některé ženy představovat obranný mechanismus před úzkostí plynoucí z chaotického světa a společenského tlaku, kdy alespoň tímto způsobem mají pod kontrolou své tělo.

### **3.3. Psychogenní faktory**

V souvislosti se vznikem a rozvojem PPP se uvádí i vliv některých psychologických faktorů, mezi které se řadí – osobnostní rysy, míra sebeúcty a nahlížení na svůj tělesný obraz, emocionalita a mimo jiné i komorbidita s jinými psychickými onemocněními (Krch, 2005b; Novák, 2010; Papežová, 2012; Vágnerová, 2014).

Osoby s vyšším rizikem k rozvoji PPP se velmi často potýkají s vnitřní **nejistotou**, nižším **sebehodnocením** a **sebevědomím**. V mnoha případech jsou tyto jedinci silně koncentrováni na podobu svého těla. Mají tendenci nadhodnocovat význam tělesného vzhledu i váhy a vnímat jej tak v negativním světle (negativní body image)<sup>5</sup>. Nízká sebeúcta ovlivňuje způsob udržování i průběh léčby onemocnění. Tyto osoby jsou rovněž více ovlivnitelné a citlivější na kritiku a názory od svého okolí adresované na jejich osobu (Novák, 2010). Dochází tak k narušení v rámci budování zdravého vztahu k sobě samému, z čehož může pramenit nižší citlivost ke svým potřebám, překračování svých hranic a limitů, naopak se mohou tyto jedinci přehnaně orientovat na uspokojení potřeb ostatních lidí. Přítomna je i touha, jakožto motivační faktor po pozitivním hodnocení od svého okolí, a zároveň zde hraje roli extrémní strach ze selhání. Tímto způsobem hledají potvrzení, že mají svou hodnotu a jsou okolím přijímáni (3pe, n.d.).

Velké místo u nich zastupuje zvýšená **sebekritika** a orientování se na dosahování vysokých výkonů. Dle Papežové (2010) se tyto tendence pokouší zkrátit snahou dosáhnout dokonalosti. **Perfekcionismus** je uváděn jako jeden z nejčastějších charakterových rysů, který přispívá k rozvoji PPP. Projevuje se, kladením si vysokých nároků sám na sebe, netolerancí vůči svému pochybení či selhání. Rizikovost spočívá především ve striktní důslednosti, neústupnosti a rigiditě. Navenek může působit jako cílevědomost či houževnatost, nicméně uvnitř ho pohání strach, např. strach z nepřijetí svým okolím. Podle Krcha (2005b, s. 73) „perfekcionismus snadno zapadá do logiky poruchy, která mu dává prostor a konkrétní výraz zejména ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolé.“ Prostřednictvím **sebekontroly** a dodržováním striktních pravidel, a to zejména ve stravování, se snaží získat kontrolu nad svým životem. Může to být způsob, jak získat pocit autonomie. Těžce se vyrovnávají s okolnostmi, které pod kontrolou mít nelze. Velmi důležité pro ně je, aby se chovali a jednali v souladu s požadovanými normami. Rovněž aby příliš se neodlišovali a nevybočovali z davu. Do určité míry postrádají flexibilitu při zvládání zátěžových

---

<sup>5</sup> *Body image* je obsáhlý pojem a zahrnuje fyziologické, psychologické a sociologické komponenty. Vystihuje jedincův postoj k tělu, jeho proporcím a estetice, rovněž jakým způsobem ho vnímá a jak nad ním uvažuje. Negativní body image je široký pojem vystihující tělesnou nespokojenost a zkrácené vnímání svého těla.

situací. Rovněž se mohou potýkat s vyšší nerozhodností pramenící ze strachu, že zvolí špatně (3pe, n.d.). Tyto zmíněné tendence mohou mít podobné rysy jako u obsedantně kompulzivní poruchy. Podle Papežové (2012) mohou ke vzniku onemocnění přispívat i další osobnostní rysy jako je **impulzivita**, která se velmi často objevují u mentální bulimie a psychogenního přejídání. Rovněž zmiňuje – **závislost, puritánství a asketismus**.

Klíčovou rolí v rozvoji a udržování PPP zastávají i **emocionální stavy** jedince. Studie Berking a Wupperman (2012) zkoumající emoční regulaci jakožto relevantní zdroj pro rozvoj a udržování různých forem psychopatologie ukazuje, že v případě PPP může výskyt potlačených emocí přispívat k rozvoji onemocnění. Rovněž zmiňuje, že toto onemocnění slouží jako dysfunkční strategie pro regulaci nebo potlačení negativních emocí. Tito jedinci mají obtíže v oblasti emočního uvědomování a prožívání. Vyskytuje se u nich větší tendence se emocím vyhýbat a také nižší schopnost je přijímat. Podle Maloney a Kranz (1997) mohou PPP představovat způsob, jak se jedinci vypořádávají s pocity (např. hněv či vztek), které se bojí vyjádřit jiným způsobem.

Velmi často je přítomna **emoční nestabilita** charakteristická svými výraznými výkyvy. Tato dysbalance se může projevat ať už důsledkem stravovacích vzorců, narušeného vztahu k jídlu nebo tělesného obrazu. Změna hmotnosti (zejména související s úbytkem váhy) a fyzické transformace v těle spolu s narušenou hormonální rovnováhou a vlivem na chemické přenosy neurotransmiterů mohou vést k psychickým potížím. U těchto osob se velmi často objevují **úzkostné a depresivní příznaky**, které mohou přímo vycházet z obav z přibývání hmotnosti, ztráty kontroly nad svým stravováním a z nespokojenosti s vlastním tělem (Krch, 2005b). Rovněž mívají tendence tíhnout k nadměrnému strachování se z nového a neznámého. Také se ve velké míře objevují **pocity viny a studu** (Vágnerová, 2014). Významný faktor představuje i přítomnost **stresu**, který velmi často bývá spojen s otázkami týkajícími se stravy, hmotnosti a tělesnosti (Papežová, 2010).

Poměrně častý problém v rámci PPP představuje **komorbidita s jinými diagnózami**. Odborné zdroje uvádějí – poruchy osobnosti, poruchy nálad, úzkostné poruchy, poruchy autistického spektra, závislosti na návykových látkách, ADHD. Případně se mohou objevovat pouze společné rysy některých poruch, které se vzájemně prolínají. V této

souvislosti se uvádí zejména rysy obsedantní kompulzivní poruchy, kdy s PPP sdílí perfekcionismus, nadměrnou kontrolu, ritualizaci v rámci stravy atd. (Papežová, 2010; Krch, 2005b).

Veškeré uvedené faktory mohou přispět k rozvoji onemocnění PPP, rovněž se mohou objevovat nebo se projevit až v průběhu onemocnění, tzn. mohou být jak příčinou, tak následkem samotného onemocnění.

### 3.4. Životní události

Životní události a různé situace jsou považovány za významné faktory ovlivňující vznik a rozvoj onemocnění PPP (Krch, 2005b). Představují složitou interakci mezi vnějšími stresory a psychikou jedince.

Během života čelíme různým výzvám a změnám, které ovlivňují naše emocionální prožívání. Nejčastěji jsou uváděny **významné životní milníky** (spojeno i s přechodovými obdobími) – studium, nástup do zaměstnání, navázání vztahu, svatba, rodičovství, atd.; **události v rodině** – rozvod, příchod nového člena, úmrtí blízkého, odloučení, potíže se sourozencem či někým jiným z rodiny, atd.; **stresové situace** – různého charakteru dle individuality jedince (např. konflikty, zkoušky, pracovní tlak, atd.); **onemocnění** – samotného jedince či někoho z rodiny či blízkého ze svého okolí; **osobní neúspěch** v různých sociálních oblastech. PPP mohou vzniknout i jako následek **traumatických zkušeností**, agresivního, sexuálního či narcistického zneužívání (Krch, 2005; Papežová, 2010; Novák, 2010; Smolak et al., 2013). Fairburn a kolegové (2004) se zaměřili na vliv životních přechodů na relaps PPP u mladých dospělých. Studie zjistila, že náročné životní změny, jako je nástup na vysokou školu nebo vstup na pracovní trh, mohou u osob s PPP vést k relapsu, pokud nejsou adekvátně zvládnuty.

Krch (2005b) rovněž zmiňuje nevhodné poznámky směřující na tělesný vzhled či hmotnost. Novák (2010) uvádí přílišný tlak vyvíjený rodiči či jinými členy rodiny nebo hostilitu vůči dítěti. Papežová (2010) mimo jiné poukazuje na neadekvátní tlak kladený na dívky plynoucí z rodičovského naléhání, aby se dostatečně prezentovaly jako ženy.



Tyto události mohou vytvářet emoční nestabilitu a tlak na zvládnání emocí. PPP velmi často slouží jako mechanismus pro regulaci zahlcujících pocitů a kontroly nad svým životem. Rovněž mohou představovat tzv. copingovou strategii pro zvládnání osobních krizí, zejména u jedinců, kteří si neosvojili zdravé a konstruktivní způsoby k řešení takovýchto situací (Novák, 2010).

### 3.5. Rodinné faktory

Rodina představuje primární sociální skupinu poskytující bezpečný prostor, kde si jedinec osvojuje určité postoje, chování a také nabývá potřebných zkušeností pro vstup do dalších sociálních oblastí. Rodina slouží jako primární zdroj uspokojení individuálních potřeb, avšak zároveň přináší první omezení a potenciální zklamání. Rodinné prostředí a její členové mají významný vliv na formování individuality jedince, mohou ho pozitivně podporovat v jeho rozvoji, anebo ho naopak negativně narušit či zpomalit jeho psychický vývoj (Procházková & Ševčíková, 2017).

Značná část autorů se shoduje v názoru, že rodina a její sociální prostor může mít významný vliv na vznik a rozvoj onemocnění PPP (Krch, 2005b; Novák, 2010; Papežová, 2010; Smolak et al., 2013; Vágnerová, 2014; Chvála & Trapková, 2017). Výzkumy se zejména věnují **vzájemným vztahům**, ale rovněž i **konkrétnímu charakteru u jednotlivých členů rodiny** (matka, otec, sourozenec, případně další členové – babička). Novák (2010) zmiňuje, že rodina může zejména figurovat v podněcování nemoci. Členové rodiny z počátku mohou přispívat (ačkoliv např. nevědomě) svou chválou a obdivem ke štíhlosti a disciplíně dotyčného jedince a tím udržovat působení nemoci. Přístup rodiny se mění až ve chvíli, když se potíže začnou na jedinci zviditelňovat či projevovat (Procházková & Ševčíková, 2017). V rodinném prostředí se rovněž jedinec setkává s konstrukcí body image, prostřednictvím čeho se formuje jeho **náhled na vlastní tělesný obraz**. Dále se velmi často poukazuje na příčinu vzniku onemocnění v souvislosti s kontextem různých rodinných událostí (rozvod, separace, úmrtí, a další). Také je zejména zmiňován vliv **dlouhodobě dysfunkčních vztahů** v rodině (Vágnerová, 2014). Zvýšené riziko se objevuje v rodinném prostředí, kde není poskytován bezpečný prostor pro otevřenou komunikaci, chybí dostatečná rodičovská péče a láskyplný vztah k dítěti, objevuje se ambivalence ve vytvářené míře požadavků týkající se témat

kontroly, očekávání, uspořádanosti či nezávislosti. V extrémních případech je uváděno sexuální a fyzické zneužívání v rodině. V anamnéze rodiny jedinců s PPP se častěji projevovaly případy závislostí (např. alkoholismus), deprese, emoční poruchy a sociální izolace (Novák, 2010).

V rodinné dynamice se mohou objevovat tyto charakteristiky: rigidita, snížená schopnost ve vyjadřování a regulaci emocí, tendence k vzájemné manipulaci, neschopnost a vyhýbání se konfliktům (Krch, 2005b; Vágnerová, 2014). Rovněž je poukazováno na **přítomnost zastřených generačních hranic**, kdy se jedinec potýká se spleťostí rodinného systému, ve kterém velmi často chybí uskupení rodinné hierarchie (Novák, 2010). Velmi často se rodina snaží pro své vnější okolí zachovat obraz bezproblémové, dokonalé rodiny. V mnoha případech jsou rodiny silně **zaměřeny na vysoký výkon a úspěch**, a toto nastavení požadují i u svých potomků. S rozvojem PPP se zejména poukazuje na **rigidní dodržování pravidel, vysoká očekávání a kritičnost rodičů**, kde zároveň chybí péče a dostatečná empatie (Krch, 2005b; Vágnerová, 2014). Určité nebezpečí představuje výskyt úzkosti z nejistoty. Novák (2010) zmiňuje reakci na ekonomickou nejistotu, kdy se jedinci obávají ztráty ekonomického a sociálního statusu, což může vyvolat tlak na odpovědnost při uspokojování svých potřeb.

### **3.5.1. Separace od rodiny**

Mnoho autorů poukazuje na problematiku osamostatňování jedince od primární rodiny (Krch, 2005b; Papežová, 2010; Smolak et al., 2013; Vágnerová, 2014; Chvála & Trapková, 2017). Fáze separace-individuace je součástí procesu budování identity. Vrcholná krize nastupuje zejména v pozdní adolescenci. Je zásadní, aby separační proces probíhal bez nadměrné viny nebo úzkosti ze strany rodičů (Smolak et al., 2013). Vágnerová (2014) zmiňuje, že v této fázi rodina často reaguje na jakýkoliv pokus separace úzkostnými tendencemi. Krch (2005b) rovněž upozorňuje, že PPP se často objevují v této fázi separace. Také dodávají, že tento vývojový úkol může být faktorem vzniku PPP, ale může i představovat prospěšnou změnu v životě jedince.

**Tématu separace** v návaznosti na PPP se detailněji věnují Chvála a Trapková (2017), kteří pracují jako rodinní terapeuti se zaměřením na psychosomatická onemocnění člena

rodiny. V rámci své praxe vytvořili specifickou léčebnou metodu založenou na teoretickém konceptu, ve kterém rodina představuje dle metafor sociální dělohu, zatímco syntetizující rodinné procesy (období pubescence a dospívání) přirovnávají k sociálnímu porodu. V tématice PPP poukazují na koncepty rodinné terapie, které toto onemocnění vnímají jako „poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo, než jen jako poruchu jednotlivce“ (Chvála & Trapková, n.d.). PPP v rámci modelu sociálního porodu považují za výraz separačního procesu. Fáze fyziologického porodu analogicky představuje **sociální porod jako klíčovou fázi, ve které dochází k oddělení jedince od primární rodiny a uvedení do další životní fáze**. Proces separace je začleněn do psychosociálního kontextu vývoje vztahů rodinného trojúhelníku – matka-dítě-otec. Pohyb rodinného systému k přivedení dítěte do světa neprobíhá lineárně, nýbrž v oscilacích s různými odbočkami. Popisují tři vývojová stádia, jako klíčové období separace, kdy dítě potřebuje začít emocionální sblížení se svými rodiči, aby se následně mohlo od nich bezpečně oddělit. Zvláště poukazují na rozdíly v jazyce a dynamice mezi světem matky a otce. Konkrétně se jedná o tyto vývojové fáze separace: 1. sblížení s matkou a separace od ní; 2. sblížení se s otcem a separace od něj; 3. samostatnost. Průchod jednotlivými stádii může přinášet značné komplikace, které mohou vyústit ve zpomalení či zastavení celého procesu. Následně tak dochází k projevům anorektické či bulimické stagnace, které se v kontextu našeho tématu mohou rozvinout do podoby PPP (Chvála & Trapková, 2017).

### 3.5.2. Vztahy v rodině

Bylo zjištěno, že oba rodiče se významně podílejí na volbě strategií, které mají dopomoci ke změně tělesných proporcí jedinců v adolescentním věku, „přičemž matky více ovlivňují metody sloužící ke shazování hmotnosti, zatímco otcové výrazněji ovlivňují praktiky, které mají sloužit k nárůstu svalové hmoty“ (Palazzoli, 1974, citováno v Novák, 2010). Přispívat může i nadměrný zájem rodičů o vzhled, ideál krásy, dietní či fitness kulturu (Novák, 2010).

Velmi často je v souvislosti se vznikem a rozvojem PPP zdůrazňován **vliv matky**. Konkrétně se autoři zabírají charakterem vztahu mezi matkou a dítětem, kde je častěji zmiňován vztah k dceři, a to zejména v českém prostředí (Krch, 2005b; Novák, 2010;

Papežová, 2010; Vágnerová, 2014;). Nicméně studie Braeta a kolegů (2012), která se zabírala otázkou, zda vztah mezi rodiči a dětmi (v období prepubescence), je možné považovat za možný prediktor ke vzniku stravovací patologie, zahrnula do výzkumu jak matku, tak otce, a rovněž děti obou pohlaví. Výsledky ukázaly, že mezi dětmi u obou pohlaví se vyskytují jen malé rozdíly v rámci vývoje patologie. Rovněž poukázali na významný vliv matky, jak **ve vztahu k dceři, tak k chlapci**. Rovněž zásadním faktorem je i **vztah otce**. V kontextu této bakalářské práce se dále budu zabírat vztahem mezi matkou/otcem a dcerou.

## **Matka**

Matky představují pro dcery první model ve vztahu k vnímání celkového tělesného obrazu a pojmu hmotnosti (Ferreira et al., 2021). Charakterově se matky dcer s PPP mohou projevovat jako perfekcionistické, hyperkritické a dominantní. Na druhou stranu jsou stažené do sebe, chovají se neempaticky, pasivně a závisle. Jsou popisovány jako obtěžující, náročné a požadující dodržování pravidel. Často se primárně orientují na kariéru a dosahování výkonu, od okolí očekávají ty samé hodnoty (Krch, 2005b; Novák, 2010; Papežová, 2010; Vágnerová, 2014). Snaží se v různých tématech příliš angažovat, k čemuž využívají omezující a manipulační strategie. Tyto ženy bývají méně sebevědomé a nespokojené se svou podobou těla (Vágnerová, 2014). Podle studie Ferreira a kolegů (2021) **nespokojenost a kritičnost matek ke svému vzhledu a tělu** může mít negativní efekt na vnímání body image u jejich dcer. Prostřednictvím svých matek se i dcery seznamují s ženskou rolí a ženstvím obecně. Mnohdy bývají nespokojené s obecným fungováním rodiny a objevuje se u nich nejistota v zastávání mateřské role. Od svého okolí očekávají ocenění (Vágnerová, 2014). V mnohých případech se samy tyto matky potýkají s PPP. Rovněž se vůči dcerám mohou chovat restriktivně v oblasti stravy, kdy kontrolují konkrétně formu a množství, které zkonsumují (Novák, 2010). Stejně jako už bylo popisováno výše, mnoho autorů poukazuje na problematiku **přílišné závislosti matky a dítěte v souvislosti s odpoutáváním se**. Obtíže mají charakter konfliktu, kde je znatelná ambivalence mezi potřebou nezávislosti a ztrátou podpory (Krch, 2005b; Papežová, 2010; Vágnerová, 2014;).

## Otec

Otcové se rovněž podílí stejně tak jako matky na formování identity dcer. Vágnerová (2014, s. 428) poukazuje na absenci zkušenosti „s odpovídajícím chováním otců, kteří by měli představovat vzor **komplementární role** a napomáhat tak k rozvoji ženské identity svých dcer“. Otcové dcer s PPP jsou někdy popisováni jako pasivní, vzdálení, nezúčastnění, slabí a udržující si emoční odstup. Jinak jsou charakterizováni jako dominantní a autoritativní osobnosti. Emočně odtažitý typ otce může pramenit z důvodu skrytého rodičovského konfliktu. V jiném případě je typ otce tzv. nedosažitelný otec, kterého dcera přijímá a obdivuje, přesto se mu nikdy nemůže vyrovnat. Někteří otcové vykazují rigidní, vzteklé až agresivní chování, které je však nadále idealizováno jeho partnerkou (Krch, 2005b). Také se poukazuje na fakt, že se otcové častěji než matky dopouštějí zneužívání dětí. V případě dívek s AN, kde je přítomný narušený attachment s matkou, mohou být dívky silněji emočně navázány na otce a jeho postoje (Novák, 2010). U dívek s BN je často zmiňován intenzivní vztah mezi otcem a dcerou v období raného dětství, jehož dynamika se narušuje během puberty (Krch, 2005b).

## Sourozenci

Krch (2005b) poukazuje na klinické studie zabývající výskytem PPP mezi sourozenci pacientů, který se pohybuje v rozmezí 3 až 10 %. Významným faktorem vedoucím k rozvoji PPP (zejména u AN) je rivalita a žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví. V některých případech může zastupovat významnou roli vzniku onemocnění i **dominantní - mateřská babička** (Krch, 2005b).

V rodinné dynamice jako faktoru vzniku a rozvoji PPP hrají klíčovou roli vzájemné i jednotlivé vztahy mezi rodinnými příslušníky.

## 4. LÉČEBNÁ PÉČE O PACIENTY S PPP

Léčba PPP představuje komplexní proces zahrnující různorodé specializované metody dle specifikace poruchy, závažnosti a existenci komorbidit, s ohledem na individuální potřeby pacienta. **Integrovaný přístup** se zaměřuje jak na fyzický stav pacienta, tak rovněž na psychologické a sociální aspekty. Léčebný proces zahrnuje kombinaci lékařské

péče, psychoterapie a v některých případech i farmakoterapie. Komplexní péče vyžaduje zapojení **multidisciplinárního týmu odborníků** (lékařů, psychologů, psychoterapeutů, nutričních odborníků a dalších specialistů). Tento tým spolupracuje na vytvoření a realizaci komplexního léčebného plánu, který bude co nejefektivněji odpovídat potřebám a specifikům každého jednotlivého pacienta. Klíčovým prvkem péče o pacienty s PPP je výběr **vhodné metody léčby** a pečlivá koordinace léčebného plánu, která zahrnuje monitorování a průběžné upravování léčby v souladu s aktuálním stavem pacienta. Léčebný proces se odvíjí od fáze a závažnosti onemocnění, stejně jako od výsledků předchozí léčby, pokud proběhla. (Garner, 2005; Papežová, 2018b).

#### **4.1. Diagnostika a hodnocení stavu pacienta**

PPP jsou zpočátku nejčastěji diagnostikovány lékaři, jak již bylo zmíněno v kapitole 2.3. Tito lékaři se většinou zaměřují na léčbu somatických potíží a následně dle stavu pacienta navrhnou další možné léčebné kroky. Dle závažnosti onemocnění léčba probíhá **ambulantně** nebo při těžších formách dochází k **hospitalizaci**, kde jsou přítomny život ohrožující komplikace nebo sebevražedné tendence. K tomuto kroku se rovněž uchyluje i v případě, kdy je ambulantní péče neúspěšná (Vágnerová, 2014; Papežová, 2018b). Prvním krokem v léčbě je diagnostikování konkrétní formy PPP a zhodnocení celkového stavu pacienta. Pacient absolvuje **zdravotní vyšetření, psychologické testy a zmapování jeho sociálního prostředí**. Na základě výsledku se stanoví cíle léčby, které mohou zahrnovat – dosažení zdravé váhy, úpravu příjmu potravy a stravovacích návyků, změny na kognitivní úrovni v souvislosti s jídlem či s tělem. Následně se sestaví léčebný plán dle individuálních potřeb pacienta.

#### **4.2. Léčebné metody**

Lékařská péče se zaměřuje na řešení zdravotních komplikací postihujících stav pacienta. V rámci toho se sleduje jak zdravotní, tak nutriční stav pacienta, kdy je pravidelně kontrolován a vážen. V některých případech může být nasazena **farmakoterapie** založená na antidepresivní medikaci, která má sloužit pouze jako doplněk k jiným léčebným postupům. Medikace se zejména používá ke zmírnění psychických symptomů, jako jsou například deprese či úzkosti (Costandache et al., 2023). Rovněž je více než

důležité poskytnout pacientovi i jeho rodinným příslušníkům **psychoedukaci** o charakteru nemoci a její prognóze (Dingemans & van Son, 2017). Součástí léčby PPP je i zahrnutí **odborné nutriční terapie**, která slouží jako nástroj pro osvojení si zdravých stravovacích návyků. Jejím cílem je dosáhnout optimální váhy a výživy organismu a vytvořit pozitivní vztah k jídlu. Podvýživa se netýká pouze osob s podváhou, ale může se vyskytovat bez ohledu na velikost těla či konkrétní formu PPP. Nutriční terapeuti poskytují pacientům podporu a veškeré potřebné informace k rozvíjení zdravého vztahu ke stravování (Jeffrey & Heruc, 2020).

### **4.3. Psychoterapie jako klíčový prvek léčby**

Za ústřední léčebnou metodu je považována psychoterapie, která se primárně zaměřuje na vlivy psychologických a sociálních aspektů v pacientově životě (Russell et al., 2023). Postupem času došlo k upravení konkrétních psychoterapeutických přístupů dle specifik PPP (Garner, 2005). Příchod do psychoterapeutické intervence je nutné načasovat s ohledem na **aktuální stádium onemocnění**. Papežová (2018b) poukazuje na okolnosti, kdy není vhodné aplikování psychoterapie, a to z následujících důvodů: pacient se nachází v akutní fázi onemocnění, čelí výraznému vyhladovění, které často ovlivňuje úroveň kognitivních schopností. Často dochází k zastávání rigidních postojů a objevují se obsedantní myšlenky týkající se převážně stravy a stravovacího chování. V tomto případě je samotná psychoterapie v rámci léčby nedostačující a je nutné ji zařadit až po určitém nárůstu váhy. Klíčovým aspektem je zde vhodný čas a **výběr psychoterapeutického přístupu**, který se řídí motivací pacienta a úrovní, na jaké je schopen pacient co neefektivněji pracovat z hlediska aktuální symptomatiky a podle zralosti osobnosti a sociálního (rodinného) kontextu (Papežová, 2018b, s. 445). Kvalita péče se především odvíjí od znalostí terapeuta a jeho psychoterapeutické sebezkušenosti. Úspěšnost léčby se zejména odvíjí od pacientovy motivace a ochoty realizovat potřebné změny a rozhodnutí ve svém životě. Posláním kompetentního odborníka je nabídnout srozumitelné informace a vytvořit vhodné podmínky, které podnítky pacientovu motivaci k žádoucí změně a přispívají k zlepšení léčby. Celková doba léčby se odvíjí dle závažnosti onemocnění; Papežová (2018b) uvádí rozpětí 1 roku až 6 let.

V kontextu léčby pacientů trpících PPP je možné pracovat dle různorodých psychotherapeutických přístupů. Vhodná je rovněž individuální či skupinová forma terapie. Mnoho autorů odkazuje na důležitost zapojení rodinných příslušníků pacienta, kdy je doporučována rodinná či partnerská terapie (Papežová, 2018b; Garner, 2005; Chvála & Trapková, 2017; Rusell et al., 2023). Při léčbě PPP se nejčastěji uvádí uplatnění motivační, kognitivně-behaviorální, behaviorální, interpersonální a psychodynamické terapie (Krch et al., 2005). Mezi méně známé se řadí mindfulness, mentalizace, mandometr, kognitivně-analytická terapie, kognitivní remediace a CREST a expozice s prevencí odpovědí (Papežová, 2018b). Za velmi cennou intervenci za účelem léčby PPP jsou rovněž považovány expresivní přístupy, jako jsou například arteterapie, dramaterapie, biblioterapie, muzikoterapie a taneční či pohybová terapie (Bucharová et al., 2020).

V první fázi léčby se nejčastěji uplatňuje **kognitivně-behaviorální terapie**, která má nejvyšší účinnost na snížení symptomů onemocnění. Počet terapeutických sezení se liší dle formy onemocnění – u bulimie nervosy a BED se jedná o 20týdenní sezení, v případě anorexie nervosy jsou to 40týdenní sezení. Také vznikly zkrácené formy (10 sezení) primárně vhodné pro pacienty s méně závažnou formou (Hay, 2020). Kognitivně-behaviorální terapie je nejvhodnější volbou, kdy je hlavním cílem dosáhnout pozitivních změn ve vzorcích stravovacího chování a myšlení spojeném s PPP (Papežová, 2018b). Velmi podpůrnou formou, zejména u dětí a adolescentů trpících anorexií nervosou, je **rodinná terapie**. Tato forma je vhodná pro celou rodinu i pro její jednotlivé členy. Rodinná terapie byla rovněž upravena pro léčbu bulimie (Hay, 2020). Následně, když je ustálen stravovací styl, je možné do léčby zapojit i psychodynamické přístupy, avšak s ohledem na stav somatických projevů.

Velmi efektivní se ukazují takové **psychotherapeutické přístupy**, které slouží ke snížení intrapsychických tenzí, přináší symptomatickou úlevu a mohou rozšířit strategie v myšlení a jednání (Papežová, 2018b).

Pro účely této práce se v následující části budu nadále podrobněji zabývat využitím arteterapie a jejím přínosem v léčebné péči u osob s PPP.



## 5. ARTETERAPIE V KONTEXTU LÉČBY PPP

### 5.1. Expresivní terapie

Jedná se o akční, smyslovou formu terapie, kde hlavním terapeutickým nástrojem je umělecké vyjádření skrze malbu, hudbu, tanec, divadlo, psaní a další média. Postupně se začala formovat jednotlivá odvětví užívající konkrétní umělecké prvky daného oboru, kam patří arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, dramaterapie, taneční a pohybová terapie (Malchiodi, 2007). Expresivní terapie využívá umění k neverbálnímu vyjádření emocí, pocitů, myšlenek a zkušeností, které mohou být snadněji komunikovatelné skrze tyto metody, než pouze v případě verbální terapie (Malchiodi, 2023).

### 5.2. Definice arteterapie

Arteterapie představuje integrativní disciplínu v oblasti duševního zdraví, která vychází z umělecké tvorby, tvůrčího procesu, aplikované psychologie a lidské zkušenosti v kontextu terapeutického vztahu (AATA, 2017).

„Pojetí arteterapie jako způsobu léčení je zakotveno v sebeobrazu člověka a v jeho představách o světě, které jsou výtvarně uchopitelné“ (Lhotová, 2010, s. 18). Základy arteterapie jsou ukotveny ve výtvarném umění a jeho historii dle kulturního kontextu, v dějinách psychiatrie, psychologie a psychoterapie. Zpočátku arteterapie zastávala funkci pomocného nástroje k upřesnění diagnózy duševně nemocných; později se integroval i terapeutický potenciál této metody. Arteterapie je formována kulturním kontextem, kde na sebe vzájemně působí. Stává se tak odrazem dané společnosti a její kultury (Lhotová & Perout, 2018). Jedná se tak o kulturní terapii, jejíž kořeny sahají k rituálům a obřadům různých forem, symbolice a uměleckým metaforám (Lhotová, 2010).

Arteterapie v užším pojetí představuje **terapeutický proces, jehož podstatou je výtvarná tvorba**. Vizuální podoba může být ovlivněna i zapojením jiných smyslových podnětů, jako je hmat, dotyk, pohyb či sluch (Perout, 2023). Výtvarná tvorba slouží jako komunikační nástroj terapeutického procesu přispívající ke změně stavu klienta. Prostřednictvím tvořivého procesu lze předcházet destruktivnímu chování, uvolnit vnitřní tenzi i zmírnit psychickou zátěž různého charakteru; rovněž klient může dojít ke

změně úhlu pohledu a potřebného náhledu na své potíže. Arteterapii lze uplatnit jako **samostatnou formu terapie**, při které se využívá výtvarná tvorba k dosažení terapeutické změny. V jiném případě se využívají arteterapeutické techniky v rámci jiných terapeutických přístupů, kde výtvarná tvorba doplňuje teoretický a praktický rámec v psychoterapii (Lhotová & Perout, 2018).

Vznik artefaktu je podmíněn arteterapeutovým výběrem vhodných výtvarných prostředků a technik. V další fázi je pozornost orientována na formální a symbolické obsahy artefaktu. Následné využití těchto informací se odvíjí dle charakteru aplikovaného terapeutického přístupu, kam patří různé varianty psychodynamického, humanistického, psycho-edukačního, systematického či integrativního směru (Perout, 2023). Kromě těchto přístupů lze zmínit projektivně-intervenční arteterapii, které se budu blíže věnovat v následující části.

## **5.2. Projektivně-intervenční arteterapie**

Projektivně-intervenční arteterapie je terapeutický přístup, který se opírá o principy projektivní psychologie a zaměřuje se na podporu klientů prostřednictvím jejich výtvarného vyjádření. Integruje do sebe poznatky z **různých psychologických směrů**, včetně dynamického, behaviorálního a humanistického přístupu. V rámci arteterapeutických metod přináší nové perspektivy na projekci nevědomých obsahů do výtvarné tvorby. Zaobírá se tématy, kterými se zabývá psychoanalýza, jako jsou psychické obrany, nevědomá psychodynamika, symbolika obrazů a dětská traumata. Tento přístup je ovlivněn učením analytické psychologie C. G. Junga, Sigmunda Freuda a dalších, kteří se zabývali terapií osobnostních poruch. Zahrnuje také teorii objektivních vztahů a vztahové vazby, což obohacuje terapeutický proces a umožňuje efektivní práci s klienty na úrovni jejich mezilidských vztahů (Lhotová & Perout, 2018).

Projektivně-intervenční arteterapie tvoří základní kámen studijního programu na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, který je rovněž nazýván jako „rožnovská arteterapie“. Autorem této koncepce je PhDr. Milan Kyzour starší, jak již bylo zmiňováno v předešlém textu. Projektivně-intervenční arteterapie čerpá ze širokého spektra teoretických zdrojů, které se prolínají v oblastech **medicínsko-**

**psychologické, výtvarně-pedagogické a uměnovědné.** Vychází z prací klíčových postav v oboru, jako jsou Herbert Read a Victor Lowenfeld. Rovněž se opírá o ontogenetický model, který vychází z vývojových stadií Piagetovy kognitivní teorie a snaží se je aplikovat do kontextu výtvarné výchovy. Terapeutické využití tohoto modelu klade důraz na absolvování všech uvedených vývojových stadií s možností pružného návratu ke každému z nich. Proto je v rámci terapie důležité průběžně se vracet k těmto etapám a pracovat s nimi výtvarně, aby byl terapeutický proces efektivní a plně podporoval osobní rozvoj klienta (Perout, 2005).

Projektivně-intervenční arteterapie se zaměřuje na práci s **výtvarnou imaginací** jako klíčovým nástrojem, prostřednictvím kterého klient se může vyjádřit a zkoumat nejenom své současné pocity, ale i nepřítomné objekty a situace, které mohly v minulosti zůstat nedořešeny či nezpracovány. Principem tohoto přístupu je vnímání výtvarné tvorby jako vzájemné hry s možnými obrazy a symboly, které klienti přenášejí do svého tvůrčího procesu. V rámci této metody klienti zpracovávají své myšlenky, pocity a představy výtvarnou formou na základě zadaného tématu.

Arteterapeut poté může vstoupit do tvůrčího procesu klienta pomocí metodických instrukcí, které mohou jemně ovlivnit formu a podobu výtvarného díla, aniž by omezil klientovu představivost. Prioritou je **respektující a citlivý přístup ke klientově výtvarné tvorbě i k jeho osobnímu prostoru.** Cílem intervencí arteterapeuta není narušit autentičnost klientova projevu, ale spíše ho podpořit a vést k jeho dalšímu rozvoji a kultivaci. Arteterapeut se snaží pomáhat klientům dosáhnout vyvážené a harmonické podoby svého díla, která reflektuje jejich vnitřní prožitky a emocionální stav. Důraz je kladen na formální aspekty výtvarné tvorby, jako jsou proporčnost figur, kompozice, barevnost a další estetické prvky.

Důležitým prvkem projektivně-intervenční arteterapie je také **práce s projekcí.** Projektivní proces umožňuje klientům přenášet své nevědomé a potlačené obsahy do výtvarného vyjádření, čímž se otevírá prostor pro prozkoumání jejich vnitřních dějů a symbolických významů. Arteterapeut vede klienty k práci s těmito symboly a podporuje je v jejich interpretaci a porozumění. Výtvarný proces je upřednostňován před výsledným artefaktem. Techniky používané v terapii jsou voleny tak, aby byly dostupné

a přístupné všem klientům, aniž by vyžadovaly specifické výtvarné dovednosti. Běžně používané techniky zahrnují akvarel (tematické nebo akční akvarely), kombinovanou techniku s tuší a temperou, nebo tvorbu koláží. Nicméně konkrétní techniky se mohou měnit dle preferencí a potřeb klienta (Lhotová & Perout, 2018).

### **5.3. Arteterapie a její začlenění do léčebného procesu PPP**

Arteterapie se čím dál častěji integruje do intervence léčby poruch příjmu potravy (PPP). Umění a tvořivost slouží jako funkční nástroje, které umožňují vyjádřit **neverbální formou veškeré psychické a emocionální obsahy** (Bucharová et al., 2020). Výtvarná tvorba tak může být vhodnou alternativou či doplňkem verbálního projevu.

Levens (1995) a Bucharová a kolegové (2020) poukazují na neverbální úroveň tvůrčího procesu, která umožňuje zmírnit verbální obranné mechanismy, jako je racionalizace, intelektualizace a tendence argumentovat, typické pro komunikaci pacientů s PPP. Postavení arteterapie v kontextu intervence léčby PPP se stalo předmětem zájmu několika vědeckých studií, z nichž můžeme zmínit např. Griffin a kolegové (2023; 2021), Eren, Tunc, a Yücel (2023), Bucharová a kolegové (2020), Sudres, Bordet a Brandibas (2020), Frisch, Franko a Herzog (2006).

Většina těchto odborných studií se zaměřovala na výzkum zhodnocení úrovně efektivity, účinnosti a potenciálu arteterapeutických nástrojů v rámci intervence léčby PPP. Cíleně analyzovaly výsledky zkušeností a postojů účastníků, kteří se účastnili arteterapeutické péče. Někteří autoři se zaměřují na obecné zhodnocení expresivní terapie, která zahrnuje nejen arteterapii, ale také další umělecká odvětví, jako je muzikoterapie, dramaterapie a podobně (Bucharová et al., 2020; Frisch, Franko & Herzog, 2006). Arteterapii se podrobněji zabývají studie Griffina a kolegů (2023; 2021), Sudres, Bordet a Brandibas (2020), a rovněž odborné články autorů González Vázquez a kolegů (2021) a Misluk-Gervase (2020). V souvislosti s léčbou PPP je možné do programu zahrnout i skupinovou arteterapii, jejíž uplatnění a benefity popsali ve svém výzkumu Eren, Tunc a Yücel (2023).

Výsledky výzkumu těchto studií se shodují v názoru, že **arteterapie představuje užitečný nástroj při intervenci léčby PPP**. Zejména poukazují na uplatnění arteterapie jako účinné alternativní metody k tradičním formám terapie v případech, kdy se klienti potýkají s obtížemi v oblasti verbální komunikace (Frisch, Franko & Herzog, 2006). Rovněž je arteterapie doporučována jako doplňková terapie v kontextu multidisciplinárního léčebného programu PPP (González Vázquez et al., 2021). Důležitým faktorem v hodnocení arteterapie je její efektivita v poměru k finančním nákladům léčby, což je považováno za významný benefit této metody. Výsledky studie Sudres, Bordet a Brandibas (2020) poukazují na možné ekonomické i časové výhody implementace arteterapie do léčebného programu PPP. Klienti, kteří se zúčastnili arteterapie a u nichž bylo zaznamenáno zlepšení jejich stavu, vykazovali nižší náklady na dlouhodobou léčbu ve srovnání s jinými terapeutickými přístupy.

V souvislosti s léčbou PPP výzkumy poukazují na pozitivní přínos arteterapie v mnoha směrech. Arteterapie plní svůj účel jako podpora v oblasti sebevyjádření, sebeuvědomění, včetně budování sebeúcty a vnímání vlastního těla. Otevírá nové perspektivy a umožňuje získat nadhled na mnoha úrovních. Vyzdvihovány jsou i relaxační účinky výtvarného procesu, prostřednictvím kterého lze dosáhnout katarzních stavů. Tato forma terapie klientům nabízí **účinné nástroje pro reakci na širokou škálu témat**. Nicméně ve zmíněných studiích bylo rovněž poukazováno na určité metodologické nedostatky a další výzkumné otázky, které je potřeba řešit v budoucích výzkumech (Griffin et al., 2023; Eren, Tunc, & Yücel, 2023).

Kromě uvedených výzkumných studií se využitím arteterapie v léčbě PPP zabývají také někteří autoři, jako jsou Levens (1995), Rabin (2003) a Hunter (2012). Jejich práce přinášejí hlubší vhled do této problematiky a podporují poznatky z výzkumných studií. Následně se budu podrobněji zabývat jednotlivými přístupy autorek.

### **Mary Levens**

Mary Levens působí jako psychoterapeutka a arteterapeutka s dynamickým přístupem. Ve své praxi se aktivně věnovala klientům s PPP, což vedlo k napsání knihy *Eating disorders and magical control of the body: treatment through art therapy* (1995). V ní

podrobně popisuje **zkušenosti ze své arteterapeutické praxe s touto skupinou**. V první části se autorka podrobně věnuje vysvětlení dynamiky PPP a vlivu na psychický a fyzický stav nemocných. Dále se zabývá konceptem "**magického myšlení**"<sup>6</sup> a jeho provázaností s představami o vlastním těle a chápání reality u osob s PPP. V tomto kontextu poukazuje na potřebu "magické kontroly" ve vztahu ke svému tělu a stravování. Vyzdvihuje význam hranice těla a způsoby, které mohou vést k narušení identity a integrity jedince v kontextu vztahových rovin. Autorka v této návaznosti zdůrazňuje funkci jídla, jež představuje potenciální zdroj ohrožení, ale zároveň může sloužit jako obranný prostředek k ochraně.

Následovně popisuje metody, prostřednictvím kterých lze arteterapii využít jako komunikační prostředek v léčebném procesu ve vztahu k osobám s PPP. Zejména poukazuje na proces, při kterém se nevědomé obsahy spíše promítají v umělecké tvorbě nežli ve verbálním projevu, jak již bylo zmiňováno v předchozím textu. Podrobně se zabývá významem umění a konkrétními arteterapeutickými přístupy v kontextu PPP. Také popisuje charakter umělecké tvorby osob s PPP a jeho proměnu ve fázích výtvarného procesu, kterým se budu podrobněji věnovat v následující kapitole. Rovněž poukazuje na hodnotu terapeutické vztahu v souvislosti s úlohou arteterapeuta. Během své práce se velmi často setkávala s určitými tématy, která se objevovala v tvorbě klientů. Především zmiňuje obrazy, na nichž byly zobrazeny motivy, kde člověk či zvíře požívá někoho druhého, jednalo se tedy o **motiv potenciálního "pohlčení"** ve vztahové rovině. V tomto kontextu autorka často pracuje s termínem "psychický kanibalismus", vycházející z konceptu Sigmunda Freuda, který tento pojem použil ve své knize Totem and Taboo (1906).

Arteterapie dle autorky umožňuje pacientům prozkoumat **meziprostor prožitků jeho vnitřního i vnějšího světa**. Toto probíhá v bezpečném prostředí, jehož hranice udává jak

---

<sup>6</sup> Pojem "magické myšlení" definoval na začátku 20. století psycholog Jean Piaget. Pojmenoval tím specifický způsob myšlení, který je charakteristický pro rané stádium kognitivního vývoje dětí. Toto myšlení se obvykle objevuje v období raného dětství, zhruba ve věku od dvou do sedmi let. Rovněž může převládat u některých psychických poruch.

okraj výtvarného materiálu, tak i terapeutický vztah. Klíčovým aspektem arteterapie je jedincův způsob vztahování se k výtvarné ploše a jeho zacházení s výtvarnými materiály, které dle autorky slouží jako médium pro manifestaci vnitřních procesů a svými vlastnostmi mohou podnítit asociace spojené s tělesnými pocity. Autorka popisuje, jakou roli může zastávat textura daného materiálu ve smyslu pevnosti nebo poddajnosti. V tomto kontextu uvádí benefity použití **sádry**, kdy lze dobře navnímat jednotlivé přechody od teplé, měkké, tekoucí tekutiny k chladné a jasně definované pevnosti. Práci se sádrou dle její vývojové povahy lze doporučit v případech, kdy u klientů převažují témata například související se separací-individuací. **Hlína** klienta přirozeně vztahuje k trojrozměrnému prostoru. Prostřednictvím tvorby může zkoumat, opravovat, hledat formu i vhodný tvar. Tím získává zkušenost, že chyby lze napravit. Autorka dále zmiňuje **akvarelovou techniku**, jelikož akvarely se svým charakterem velmi obtížně kontrolují a vyžadují schopnost dokázat pracovat s náhodou. **Olejové barvy** naopak vyžadují čas a míru trpělivosti, na základě čehož se posiluje frustrační tolerance.

Výtvarné artefakty z různorodých materiálů jasně udávají hmatatelné hranice, které nabízejí klientům s PPP, jejichž hranice jsou nejasné, bezpečný prostor pro jejich zkoumání. Umělecké dílo oplývá konkrétními výrazovými nástroji, které verbálnímu projevu chybí. Je to pocit, který lze doslova vidět nebo se ho dotknout.

### **Mury Rubin**

Působí jako arteterapeutka a konzultantka v oblasti PPP. Ve své knize *Art therapy and eating disorders: the self as significant form* (2003) představuje možnosti uplatnění arteterapie v léčbě u osob s PPP, kde se konkrétně zabývá využitím své metody známé jako **Phenomenal and Nonphenomenal Body Image Tasks** (PNBIT). Jedná se o metodický program zaměřený na vnímání body image, jenž se cíleně soustředí na léčbu základních příčin PPP. Tato metoda vznikla na základě autorčiny práce se skupinami pacientů závislých na návykových látkách a pacienty s PPP. V knize se autorka primárně orientuje na skupinu klientů, kteří se potýkají s onemocněním anorexie nebo obezitou. Autorka rovněž poukazuje na široký potenciál arteterapie a benefity vycházející z jejího uplatnění v léčebném procesu, a to jak z obecného hlediska, tak i v kontextu PPP. Arteterapie dle jejích slov disponuje přesahem do nevědomí, bez ohledu na klientovu

úroveň pozornosti a soustředění během výtvarného procesu. Výtvarné artefakty přirovnává ke snům, jejichž obsahem jsou manifestní a latentní materiály, stejně tak jako u snů. Nazývá je tzv. "sluneční sny". Manifestní materiál symbolizuje namalovaný předmět, vše ostatní, jako je umístění předmětu na ploše, zvýraznění, vynechání místa, volba barev, název či podpis, reprezentuje latentní nebo nevědomé obsahy. Předností uměleckého díla je trvalé zachycení těchto snových obsahů, k nimž se klient může vždy později navrátit. Nadhledu či získání nové perspektivy lze dosáhnout už jen pouhým pohledem či společným dialogem nad klientovým dílem.

Arteterapie vychází z poznatků, že každý člověk i bez uměleckého vzdělání má přirozené schopnosti převést svůj vnitřní svět do vizuální formy. Dále poukazuje, stejně jako Levens (1995), na úskalí verbální komunikace v kontextu léčby osob s PPP, kde verbální projev může sloužit k maskování nebo popírání problému a tak ztrácí autenticitu. Nicméně verbální projev je stejně zásadní jako neverbální forma pro dosažení úspěchu. Klient by měl být schopen své nevědomé obsahy neverbálně převést, ale rovněž na vědomé úrovni verbálně vysvětlit jejich významy.

V kontextu PPP se autorka podrobně zabývá **vnímáním body image** u těchto jedinců. Dle jejích zkušeností se setkala s klienty, kteří ve většině případů vykazovali poruchy vnímání vlastního těla, ať už v případě onemocnění anorexií, tak i obezitou. U těchto osob pravděpodobně chybí reálná představa o podobě vlastního těla, což může pramenit z absence rozvinutí adekvátního sebepojetí, nebo ze ztráty této schopnosti v průběhu života. Pro úspěšnou léčbu a udržení požadovaného stavu je nutné se soustředit jak na odstranění symptomů, tak i na obnovu a nápravu konceptu body image klienta. Reálné vnímání vlastního těla je zásadní pro autentické a nezávislé fungování jedince.

V rámci arteterapie existuje široká škála přístupů, které umožňují terapeutům pracovat s klienty dle jejich individuálních potřeb a s ohledem na jejich stav. Někteří terapeuti umožňují klientovi plnou volnost při výběru materiálu, techniky i ve volbě tématu ke zpracování. Dle autorky není tento přístup vhodný pro osoby se závislostním chováním kvůli přílišné svobodě. V tomto případě spíše **navrhuje zadat jasně dané úkoly, při jejichž zpracování má klient volnou ruku**. Tento koncept vytváří bezpečný prostor



poskytující rovnováhu, kde svoboda a volnost je vyjádřena v rámci dané formy. Metoda PNBIT vychází z tohoto principu. Základem jsou individuální arteterapeutická sezení, během kterých jsou klientovi předloženy tzv. fenomenální a nefenomenální úkoly orientované na jeho vnímání těla.

Posloupnost všech technik PNBIT je navržena tak, aby se postupovalo od nejjednodušších a neinvazivních úkolů, začínaje kresbou rodiny a směřujíc k citlivějšímu zadání, kterým je kresba obrysu vlastního těla. Tento postup klientům umožňuje systematicky prozkoumat způsob vnímání vlastního těla a sebepojetí s využitím jak verbálních, tak neverbálních nástrojů. Opakování úkolů v průběhu času umožňuje sledovat klientův pokrok a vývoj jeho pocitů a vnímání. Klient se tak stává aktivním účastníkem celého procesu terapie, což přispívá k hlubšímu porozumění sobě samému a k transformaci (Rabin, 2003)

### **Margaret Hunter**

Tématem body image v kontextu PPP se rovněž zabývá arteterapeutka a psychoterapeutka Margaret Hunter. Je známá svým působením v oblasti terapeutického využití umění v rámci léčby poruch příjmu potravy (PPP). Ve své knize *Reflections of Body Image in Art Therapy* (2012) podrobně popisuje jednoduché **terapeutické aktivity založené na umělecké činnosti orientované na prozkoumání body image**. Aktivity vycházejí z principů behaviorální terapie a mindfulness. Autorka vychází ze svých rozsáhlých terapeutických zkušeností a předkládá i několik ukázkových případových kazuistik. Metody jsou určeny pro všechny fáze léčebného programu PPP, a to jak pro individuální, tak skupinovou práci. Autorka využívá arteterapii jako nástroj k podpoře klientů v procesu reflexe a porozumění jejich body image.

V jedné z kapitol publikace Gussak & Rosal (2015) se Margaret Hunter věnuje tématu uplatnění arteterapie v rámci léčby poruch příjmu potravy (PPP). Prezentuje v ní kazuistiky tří klientek a demonstruje svůj přístup k terapii. Autorka poukazuje na to, že mnoho klientů s PPP se v minulosti věnovalo kreativním činnostem, které jim přinášely pocity uvolnění a spokojenosti, ale s rozvojem poruchy tyto aktivity opustili a svůj tvořivý

aspekt potlačili. Arteterapie má potenciál jim pomoci znovu se propojit se svou kreativitou a emocemi.

Hunter klade velký důraz na **význam úvodního sezení** v rámci arteterapeutického procesu, které považuje za jeden z nejdůležitějších aspektů léčby PPP. Klient se během něj seznamuje s pracovním přístupem arteterapeuta a s obecnou zkušeností, jak lze umění a jeho nástroje uplatnit v terapeutickém procesu. V rámci úvodního sezení zmiňuje i možnost zakomponování tzv. afirmačních karet. Práce s pozitivními afirmacemi verbálního projevu a vizuálního vyjádření přispívá k obnovení potřebné naděje pro proces transformace a uzdravení.

#### **5.4. Specifika výtvarného projevu osob s PPP**

Výtvarné umění umožňuje nahlédnout do nitra osoby, která se potýká s poruchami příjmu potravy (PPP), a pochopit tak složitou dynamiku tohoto onemocnění. Výtvarný artefakt tak může představovat nástroj, prostřednictvím kterého můžeme lépe porozumět klientovu světu, jeho představám o sobě, jeho vztahům i způsobu, jakým interpretuje své okolí. Obrazy s námi mohou komunikovat i nepřímo, a to jazykem metafor. V arteterapii je metafora vnímána jako dialog mezi nevědomím a vědomím, který může vést k hlubšímu porozumění vnitřních obsahů (Bucharová et al., 2020). Výtvarná tvorba osob s PPP často reflektuje jejich **vnitřní konflikty týkající se prožívání vlastního těla, úrovně sebehodnoty a emocionálního stavu**. Témata a symboly, které se v tvorbě objevují, mohou představovat klíč k pochopení jejich vnitřního nastavení a podpořit proces uzdravení. V následujícím textu se zaměřím na některé charakteristické rysy a vyskytující se symboly ve výtvarné tvorbě klientů s PPP. K hlubšímu porozumění kontextu klienta je zapotřebí, jak zmiňuje Levens (1995), zkoumat jeho rozvíjející se vztah ke svým dílům. V tomto ohledu můžeme sledovat proměny ve výtvarné tvorbě v průběhu terapeutického procesu. Charakter výtvarné tvorby se mění v návaznosti na fáze léčby, kterými klient prochází. Toto téma detailněji reflektují například Levens (1995) a González Vázquez a kolegové (2021).

V počáteční fázi dle Levens (1995) je výtvarná tvorba často **chaotická a postrádá ucelenou formu**. Úroveň závažnosti onemocnění se může odrážet ve vztahu k artefaktu

– například když je destruován, ponechán jako nedokončený nebo nějakým způsobem zkreslený. Artefakty mohou působit neuspořádaně, bez jasného tvaru a struktury. Výrazové vyjádření bývá skromnější. Objevují se v nich beztvárné, nedefinované objekty, jejichž hranice jsou často nejasné nebo rozmazané. Emoce mohou být silně proječovány nekontrolovanými tahy přesahujícími plochu papíru. Rovněž dochází k regresi, kdy klient může malovat scény se samostatnými objekty, které nejsou vzájemně propojeny a nemají vlastní ohraničení. Objevují se tak fragmentované části bez jasného kontextu a vzájemných interakcí. Podle Vojtěchovské (2011) je tento jev pozorován i při tvorbě koláží, kdy klienti opakovaně řadí jednotlivé motivy do řetězců s minimálním překrýváním a bez kontaktu mezi postavami.

Dle González Vázquez a kolegů (2021) výtvarná produkce klientů s PPP často vykazuje **výraznou homogenitu, bez tendencí odlišit se od ostatních jedinců**. Tato homogenita pramení z obav z možné kritiky nebo souzení. Klienti tíhnou k neustálému hodnocení svého výkonu, zaměřují se primárně na estetické aspekty výtvarného artefaktu a projevují nadměrnou kritičnost. V této fázi se zviditelňují jejich perfekcionistické tendence, typické pro PPP. V důsledku nepřiměřených nároků a očekávání se pak mohou objevovat pocity studu a zklamání, které ovlivňují jejich vztah k tvorbě a přístup k ní. Levens (1995) poukazuje na souvislost s nízkou schopností klientů přijímat ambivalentní pocity, které se často projevují v černobílém hodnocení – práce je vnímána buď jako zcela dobrá, nebo zcela špatná. Tato jednostranná kategorizace představuje jasný obranný mechanismus.

Velmi často se v tvorbě klientů objevují obrazy s **opakujícím se námětem, zpracovaným dle stejného postupu**. Levens (1995) interpretuje tento jev jako možnou formu ochrany před nepříjemným obsahem, který je nevědomě potlačován. Odkazuje tak na Freudovu teorii nutkavého opakování, která popisuje tento proces jako neovladatelný a pramenící z nevědomí. Potřeba opakování může pramenit i z nízkého sebevědomí, vnitřní prázdnoty a pocitu, že nemá co světu sdělit. Za kopírováním obrazů se může skrývat i strach ze změny. Ten může pramenit z rigidních tendencí lpět na známých a osvědčených strategiích, jak popisuje Vojtěchovská (2011). Ze symbolického hlediska toto jednání odkazuje na návrat do období dospívání. V souvislosti s tímto tématem autorka zmiňuje

vyskytující se rámování objektů konturami, jehož funkcí je zapouzdření a konkretizování daného obsahu. Vzniká tak zacyklení v známém a bezpečném bez prostoru na změnu.

V artefaktech klientů s PPP se mohou objevovat určité prvky odkazující na **naivitu, infantilnost a tendence k idealizacím**. Podle Vojtěchovské (2011) se jedná o charakteristické rysy tvorby osob s poruchami příjmu potravy. Rovněž Levens (1995) uvádí, že se objevují tendence k **zavděčování se okolí**, a to konkrétně terapeutovi. Klient se snaží vyhovět jeho návrhům, aniž by se pokusil experimentovat se svými nápady. Obava z neznámého se může odrážet i ve volbě techniky a materiálů. Tito klienti spíše tíhnou k tvorbě suchou technikou, konkrétně k pastelkám, fixám, pastelům nebo úhlům. Vojtěchovská (2011) zdůrazňuje časté používání pastelek, které pro klienty představují ověřenou a bezpečnou techniku bez rizika zašpinění a s možností snadné kontroly nad tvorbou. Téma sebekontroly je jedním z významných aspektů PPP. Kontrola se může projevat jak ve volbě materiálu, tak v celkové snaze o trvalou kontrolu nad tvůrčím procesem, bez prostoru pro improvizaci (González Vázquez et al., 2021; Vojtěchovská, 2011).

Co se týče volby barev, klienti s PPP jsou obecně **obezřetní v zacházení s barevnou škálou** a experimentování s barvami se spíše vyhýbají. Vojtěchovská (2011) na základě své zkušenosti uvádí, že celková barevnost je charakteristická strohostí, která odkazuje na obtíže v oblasti emočního prožívání. Ve velkém poměru se také může objevovat oranžová barva, která se na symbolické rovině vztahuje k oralitě. Autorka dále popisuje vyskytující se polaritu v rámci techniky zpracování, kde v jednom obraze lze nalézt střídání kvalit jemnosti a tvrdosti, doplněný o propracované detaily. Tuto skutečnost přisuzuje emoční nestabilitě a neschopnosti plného prožívání. V obrazech je také možné pozorovat značný dekorativismus založený na emočním žurnalismu.

V souvislosti s prostorem Levens (1995) poukazuje na důležitost, aby terapeut vnímal, jakým způsobem je námět zpracován, a případně postřehl, **co naopak v obraze není zachyceno**. Ukázkou, kdy se prostor stává významným, může být případ, kdy klient trpící anorexií nezobrazí celé své tělo, pouze některou z částí. Naopak, v případě přílišného zaplnění prostoru až k nemožnosti vejít se do formátu plochy se tyto tendence často objevují u klientů s bulimií. Pro některé klienty může být konfrontace s prázdnou

plochou papíru silně ohrožující. Může představovat odraz jejich strachu z prázdných míst uvnitř sebe, které se častokrát snaží zaplnit pomocí jídla. Vojtěchovská (2011) zmiňuje běžný **výskyt tzv. hluše vyplněných míst**, jejichž úlohou bylo zamaskovat místa bílá. Podotýká, že tento jev je obvykle spojen s běžnou bezradností, která odráží jejich životní situaci.

V případě znázornění figur Vojtěchovská (2011) poukazuje na **frekventovanou absenci tváře či výskyt potlačeného výrazu**. Dle ní tento jev může plynout z určité rozpolcenosti či pochybnosti o své identitě a životním směřování. Bezvýraznost může rovněž evokovat míru schopnosti převzít zodpovědnost za své činy. V mnoha případech bývají postavy zachyceny z profilu nebo zády k divákovi, rovněž se často omezují na zobrazení horní části těla od pasu nahoru, čímž je eliminováno definování pohlaví postav. Tyto strategie se mohou odvíjet od toho, že ony samy postrádají realistickou představu o svém vzhledu. Levens (1995) dodává, že mnozí klienti s anorexií ztratili schopnost si představit, že mají normální lidské tělo. V artefaktu se tato skutečnost projevuje například zobrazením pomocí **špendlíkových figur** nebo **nedostatečným vymezením hranic tělesného schématu**. Vojtěchovská (2011) poukazuje na možné spojitosti s jejich osobními potížemi v oblasti intimity a sexuality, kde často prosakují nezpracovaná témata z období puberty. Rovněž nebývá výjimkou celkové narcistické ladění v podobě nebývalé krásy zobrazených hrdinek.

V první fázi léčby klienti z obsahového hlediska dle González Vázquez a kolegů (2021) vytvářejí **obrazce konkrétních pojmů, reflektující pozitivní a optimistická témata**. Řada prací se skládá ze stereotypních opakujících se symbolů (srdíčka, hvězdičky, úsměvy apod.), které tvoří kompozice piktogramového charakteru. Vojtěchovská (2011) se rovněž zmiňuje o tomto jevu a zmnožené symboly či detaily popisuje jako projevy obsesivních tendencí. Artefakty jsou obvykle doplňovány různými verbálními frázemi s cílem vyhnout se případné reinterpetaci klientova sdělení, které mělo jejich dílo reprezentovat. Z hlediska obsahu se dle zkušeností González Vázquez a kolegů (2021) objevovaly díla narativního charakteru, ve kterých klienti reflektovali autobiografické události, příčiny jejich onemocnění, vztahové vazby v rodinném a sociálním kontextu nebo své plány do budoucna. Pro ilustraci těchto témat si vytvářeli osobní symboly,

kteřé jim napomáhaly v metaforické rovině porozumět svému onemocnění v návaznosti na své vnitřní konflikty. Vojtěchovská (2011) dle své zkušenosti naopak zmiňuje, že téma PPP se ve výtvarné tvorbě klientů téměř nevyskytovalo. V těchto případech docházelo k nevědomému vytěsnění a téma bylo považováno za nežádoucí.

V průběhu léčby dle zkušeností Levens (1995) a González Vázquez a kolegů (2021) docházelo u klientů k **nárůstu sebevědomí a jistoty ve svých tvůrčích schopnostech**, což se odráželo i na jejich úrovni kreativity a představivosti. Kompozice se stávaly sofistikovanějšími. Z nejasných a roztříštěných motivů se začala transformovat ucelenější forma. Nehledě na přetrvávající tendence sebekontroly docházelo k experimentování s různými technikami a materiály. Obsah děl odrážel nárůst jejich kompetencí strukturovat své podněty a cíle způsobem, kterým byli schopni komunikovat i svému okolí. González Vázquez a kolegové (2021) dodávají, že se proměnil náhled na arteterapeutické prostředí, které začali vnímat jako bezpečné místo, kde se mohli věnovat práci na sobě bez nároků plnit očekávání svého okolí.

V závěrečné fázi dle González Vázquez a kolegů (2021) klienti byli schopni překonat kritiku od svého okolí a vzdát se tendencí ospravedlňovat své onemocnění prostřednictvím výtvarné tvorby. Klienti vykazovali větší samostatnost a kompetence v rozhodování, opouštěli od přílišné sebekontroly a racionalizace a výtvarnou tvorbu vnímali jako příležitost k uvolnění. V tvorbě si dovolili upustit od nároků na výsledek dokončené práce a soustředili se na samotný tvůrčí proces, v němž převládala experimentace, improvizace a individualita. Tento postoj symbolizoval **vzdání se dřívějších strategií a ochotu vstoupit do neznámého**.

Levens (1995) demonstruje celý průběh léčebného procesu na příkladu tvorby klientky s anorexií: Charakter autoportrétu klientky s anorexií často vyjadřuje její nevědomou touhu být malým dítětem, odmítající myšlenky, že by její tělo mělo dospělou, ženskou podobu. V průběhu léčebného procesu tyto obrazy rostou spolu s autorčinou vnitřní transformací. Přechází od stuh a mašli, které se tak často objevovaly v dřívější tvorbě, směrem k vyzrálejšímu vyobrazení. Změny jsou hmatatelné jak v obsahu děl, tak i ve stylu tvorby. Klientka může upustit od své potřeby neustále kontroly a své pastelky či fixy vyměnit za akvarelové barvy, které vytváří prostor pro náhodu a spontánnost.

Opakující se stereotypní obrazy mohou ustoupit experimentaci, prostřednictvím čehož může reagovat na své eventuální potřeby. Tendence zabírat co nejméně místa na papíře, jako by neměla právo vlastnit ani samotný arch papíru, se postupně mohou proměňovat, stejně jako její míra sebehodnoty. Může se to projevit ve výběru kvality papíru, umístování motivů kompozičně více do středu a v asertivnějším zobrazování. Kontrola může ustoupit větší spontánnosti a flexibilitě, v obrazech ubývají stereotypní symboly a míra pečlivé uspořádanosti. Dříve se míra sebehodnoty odvíjela pouze od dokonalé kontroly nad svým tělem, ale postupně se rozvíjí schopnost akceptovat svou podstatu.

#### 5.4.1. Příklady symbolů ve výtvarné tvorbě u osob PPP

Obecně symboly ve výtvarné tvorbě zastávají významnou úlohu. V kontextu PPP González Vázquez a kolegové (2021) poukazují na frekventovaný výskyt symbolu **spirály**, který někteří klienti vnímali jako neustále se prohlubující labyrint s nemožností úniku, odkazující na jejich onemocnění. Tento prvek se v poměrné míře využíval pro společnou komunikaci o PPP. Symbol **příšer** nebo jiných **fiktivních postav** sloužil pro vyjádření klientových emocí v návaznosti na onemocnění nebo osobní vztahy (s rodinou či jinými blízkými osobami).

Dále Levens (1995) poukazuje na tendence ve výtvarné produkci, zejména u klientů s anorexií, potřeby se odlišit nebo **vymezením hranic** vůči svému okolí, které pramení ze strachu či touhy z potenciálního pohlcení. V produkci, kde klient nějakým způsobem zobrazuje sám sebe a jiné osoby, se tento jev může projevit v odlišném tvaru, symbolu či barvě anebo nějakou formou oddělení. Tyto motivy tak mohou symbolizovat způsob přežití a příležitost k vytvoření si vlastní identity. V této spojitosti se ve své praxi často setkávala se symbolickým zobrazením scény, kde člověk či zvíře požívá někoho druhého. Tento jev popisuje jako **potenciální pohlcení** ve vztahové rovině. Symbol divokého zvířete může sloužit jako prostředek ke zvědomění strachu z vlastní agresivity.

Dále zmiňuje symbol **sedících či tyčících se postav na vyvýšených místech** jako jsou vrcholky hor, skal, mohyl apod., pohlížející směrem dolů na pozemské dění. Odkazují na fantazie o bezmezné moci a dokonalé kontroly a vyjadřují postoj nedotknutelného ducha. Tento postoj se odráží v jejich vztahu ke svému tělu, např. počítání kalorií pro ně

představuje magický prostředek ochrany zajišťující jejich pocit bezpečí a jistoty. Potřeba ochrany může být znázorněna různými způsoby, např. symbolem **ochranného pláště** skládajícího se z vrstev či obrysů kolem objektů.

Závěrem lze konstatovat, že výtvarná tvorba osob s PPP je nejen prostředkem pro hlubší porozumění jejich emocionálního a psychologického stavu, ale také poskytuje cenné poznatky pro arteterapeuty. Různé přístupy těchto odborníků zdůrazňují rozmanitost technik a symboliky, které lze využít k podpoře procesu sebepoznání a uzdravení.

## **6. METODOLOGIE VÝZKUMNÉ ČÁSTI**

### **6.1. Výzkumný záměr**

Záměrem této bakalářské práce je hlouběji prozkoumat **výtvarný projev u osob s poruchami příjmu potravy (PPP)** a způsob, jakým se do něj promítá problematika PPP. Součástí výzkumu byla pořádána výtvarná skupinová setkání s osobami s PPP, které se nacházely v různých fázích léčebného procesu. Cílem této spolupráce byl sběr výzkumných dat v podobě **výtvarných artefaktů**, které sloužily k analyzování výtvarného projevu a identifikování typických rysů PPP včetně výtvarných metafor v tvorbě.

### **6.2. Výzkumná otázka**

VO1: Jaké typické rysy a výtvarné metafory se objevují ve výtvarné tvorbě osob s PPP?

### **6.3. Organizace výzkumu**

V souvislosti se získáním dat potřebných pro výzkum jsem uspořádala pravidelná **skupinová setkání**, jejichž předmětem byla výtvarná práce. Cílem bylo získat 5-6 žen ve věkovém rozpětí 20-35 let, které se potýkají s PPP vyskytující se v různých fázích léčebného procesu, s výjimkou akutní fáze onemocnění. Zároveň bylo požadováno, aby tyto osoby byly v psychiatrické či psychoterapeutické péči. Dle těchto požadavků jsem oslovila organizaci 3pe, která se angažuje v rámci osvěty tématu PPP s prosbou, zda bych prostřednictvím jejich působení mohla oslovit širší veřejnost pro získání vhodných respondentek. Na základě několika konzultací jsem vytvořila několik slidů se stručnými informacemi obsahující úvodní seznámení se záměrem bakalářské práce, požadavky na



cílovou skupinu, možné přínosy z této spoluúčasti a kontaktní údaje. Následně organizace 3pe tyto slidy sdílela na svém instagramovém účtu, kde byl vložen i odkaz na sdílený dokument s podrobnými informacemi. V úvodní části tohoto dokumentu byl konkrétněji vysvětlen záměr výzkumu, kritéria hledané cílové skupiny, podoba spolupráce, průběh a struktura setkání, časový harmonogram a místo setkání. Rovněž byly poskytnuty potřebné kontaktní informace pro zájemce a také informace dle náležitostí GDPR. Následovně se na mou žádost obrátilo několik žen, s nimiž jsem vedla krátkou písemnou konverzaci, během které jsem ověřila, zda splňují potřebná kritéria pro účast ve skupině. Dle odpovědí jsem vybrala 7 respondentek, z nichž dvě se ještě před úvodním rozhovorem rozhodly od účasti odstoupit.

Respondentky byly segmentovány do **dvou skupin**, přičemž v první skupině se nacházely dvě respondentky, které kvůli velké vzdálenosti nebyly schopny účastnit se pravidelných skupinových setkání. Vzhledem k této situaci jsme se společně dohodly na **individuálním plánu**, který jim umožnil aktivní participaci na základě jejich specifických potřeb a možností. Dále jen skupina A. Druhá část výzkumného souboru tvořila menší uzavřenou skupinu složenou ze tří respondentek, se kterými proběhla **tři výtvarná setkání**. Tento formát umožnil hlubší a kontinuální interakci mezi členy skupiny a podporoval tak synergické procesy vytváření a sdílení poznatků. Dále jen skupina B.

#### **6.4. Výzkumný soubor**

Finální výzkumný soubor tvořilo 5 respondentek ve věkovém rozpětí od 20 let do 30 let, které se potýkaly s různými podobami PPP. Respondentky se nacházely v různých fázích léčebného procesu, a již si prošly akutní fází onemocnění (jedná se např. o stavy, které vyžadují hospitalizaci). Záměrně jsem do výzkumu nezahrnula osoby nacházející se v akutní fázi onemocnění, jelikož jsem nepovažovala za vhodné pracovat s osobami, které se nacházejí v tak křehké a náročné situaci.

## Seznam respondentek

- Amálie, 27 let – forma PPP: bulimia nervosa (BN) / mentální bulimie
- Betty, 30 let – forma PPP: anorexia nervosa (AN) / mentální anorexie
- Ema, 22 let – forma PPP: anorexie nervosa (AN), onemocnění následně sublimovalo do podoby ortorexie nervosy (ON) / mentální anorexie – mentální ortorexie
- Inés, 29 let – forma PPP: binge eating disorder (BED) / psychogenní přejídání
- Mia, 23 let – forma PPP: anorexia nervosa (AN) / mentální anorexie

## 6.5. Metoda zpracování získaných dat

V souvislosti se zpracováním této práce jsem zvolila metodiku kvalitativního výzkumu, který poskytuje hlubší vhled při zkoumání daných fenoménů, situací, jedinců nebo skupin, na jehož základě získáváme podrobný popis těchto subjektů. **Kvalitativní výzkum** poskytuje půdu pro tvorbu nových teorií a možných hypotéz o daném jevu vybudované z nashromážděných dat (Hendl, 2005). Tuto metodiku jsem si zvolila primárně na základě počtu respondentek a charakteru tohoto výzkumu zaměřeného na **hlubší rozbor** výtvarného projevu osob s PPP, s cílem popsat typické rysy ve výtvarné tvorbě této cílové skupiny. Cílem výzkumu bylo získat data v podobě výtvarných artefaktů osob s PPP, které vznikaly v průběhu skupinových setkávání i v prostředí domova. V rámci tohoto výzkumu se primárně pracuje s artefakty, jejichž autory jsou zmiňované respondentky.

Spolupráce měla danou jasnou strukturu, dle které probíhala skupinová setkání a celkový program. Formu **strukturované skupiny** jsem si zvolila s ohledem na povahu výzkumu a časové vymezení potřebné pro sběr dat, přičemž jsem také brala v úvahu potřebnou časovou dotaci pro naplnění programu každého setkání, tak aby vyhovoval všem zúčastněným. Liebmann (2005) přímo poukazuje na důvody, kdy je vhodné zvolit strukturovanou povahu výtvarných skupin a zdůrazňuje jejich potenciální přínosy, zejména pokud je nutné časové vymezení nebo v případě přiblížení arteterapie skupině osob, které se s tímto přístupem setkávají poprvé. V první fázi spolupráce s respondentkami proběhl **úvodní polostrukturovaný rozhovor**, který sloužil k hlubšímu

vhledu do kontextu života každé z účastnic a rovněž ke shromáždění dat potřebných pro zodpovězení výzkumných otázek této práce. V závěru spolupráce opět proběhl rozhovor tohoto typu, kde náplní respondentky refletovaly své dojmy ze spolupráce. Obecně rozhovor jako metodický nástroj je považován za jednu z nejčastěji využívaných metod kvalitativního výzkumu, vhodného k získání dat (Švaříček & Šedřová, 2014).

Jedním z klíčových prvků ve výzkumu bylo také systematické zkoumání myšlenek a postojů všech zúčastněných během celého procesu spolupráce, ať už při reflexi vlastních artefaktů, či při posuzování celkové dynamiky skupiny. Během skupinových setkání jsem poskytovala bezpečný prostor všem zúčastněným pro jejich osobní reflexi a současně jsem otevřela možnost pro zpětnou vazbu od ostatních členů. Má pozice spočívala především v průvodcovské pozici a pozorování, kde jsem aktivně naslouchala účastníkům a jejich sdělením. Ve své zpětné vazbě jsem se zaměřovala převážně na jemné reflektování svých dojmů a popis toho, co se odehrávalo v obrazech. Z hlediska interpretace artefaktu jsem byla zdrženlivější z mnoha důvodů, jak například navrhuje ve své metodice Liebmann (2005). Podrobnější interpretace s vlastními úvahami a hypotézami jsem si ponechala až pro zpracování výsledných dat pro tento výzkum. „Konkrétní interpretace může více vypovídat o mluvčím než o autorovi obrazu anebo není autor ještě připraven si takovou výzvu vyslechnout“ (Liebmann, s. 48, 2005). Tento postoj byl také podpořen faktem, že skupiny proběhly pouze během tří setkání, kde interpretace nebyla hlavním cílem. V případě vlastní interpretace artefaktů se opírám o metodologii projektivně-intervenční arteterapie, která se vyučuje v rámci výuky v Ateliéru arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity.

## **6.6. Etické aspekty výzkumu**

V rámci této bakalářské práce byly dodrženy veškeré etické principy. Před započítím výzkumu byly respondentky obeznámeny se záměrem a postupem této studie. Účast respondentek byla zcela dobrovolná a měly možnost kdykoli se z ní odvolat bez jakýchkoli důsledků. Z důvodu zachování anonymity byla identita všech respondentek anonymizována. Před započítím studie podepsaly **informovaný souhlas**, ve kterém vyjádřily souhlas k nahrávání rozhovorů, použitím jejich dat v praktické části bakalářské práce, včetně fotodokumentace výtvarných artefaktů.

## 6.7. Výzkumný postup

Shromažďování výzkumných dat probíhalo od září 2023 do února 2024, kdy jsem získala výtvarnou produkci celkem od pěti respondentek. Součástí výzkumného postupu bylo vedení dvou skupin A a B, jejichž charakter blíže specifikuji v kapitole 6.3. Způsob vedení u obou skupin **se odlišoval v organizaci spolupráce**. V případě respondentek, které se nemohly osobně účastnit skupinových setkání (skupina A), byl vypracován individuální plán spolupráce. Nejdříve proběhl úvodní polostrukturovaný rozhovor, který nám umožnil společně určit vhodnou strukturu práce založenou na individuální tvorbě v domácím prostředí, bez účasti mého vstupu. Respondentkám byly poskytnuty instrukce a témata ke zpracování, dle kterých měly postupovat. Dále jsme společně stanovily časový rámec pro realizaci práce, který byl ukončen závěrečným rozhovorem. Rovněž měly možnost mne kontaktovat podle svých potřeb, přičemž jsem pravidelně udržovala komunikaci jako součást péče a projevu zájmu. Úvodní i závěrečné rozhovory s oběma skupinami respondentek proběhly v neformální a příjemné atmosféře v kavárenském prostředí s každou respondentkou individuálně. Spolupráce se skupinou B byla postavena na skupinovém setkávání, jehož náplní byla výtvarná tvorba a následná sebereflexe. Jednalo se dohromady o pět setkání včetně úvodního a závěrečného rozhovoru. Výtvarné skupiny proběhly ve třech setkáních v Terapeutickém přístavu v Praze. Setkání měla časový rámec 3-3,5 hodiny, nicméně v některých případech se setkání protáhlo o něco déle. Podrobnějšímu popisu jednotlivých setkání se podrobněji věnuji v kapitole 6.6.3. Současně měla i tato skupina za úkol zpracovat sadu zadaných témat v prostředí svého domova mimo skupinová setkání.

Na začátku spolupráce byly respondentkám z obou skupin (A a B) poskytnuty strukturované dokumenty, dostupné jak v tištěné, tak elektronické podobě. Tyto dokumenty obsahovaly **podrobné instrukce pro provádění výtvarné činnosti v domácím prostředí i na skupinových setkáních**. Instrukce měly formu doporučení, jejichž rámec měly respondentky pokud možno dodržet (např. – pokusit se vždy zakomponovat lidské figury). V dokumentu byl uveden konkrétní seznam potřebného výtvarného materiálu a pomůcek pro výtvarnou činnost. Při volbě techniky a postupu jsem se rozhodla pro začlenění malby akvarelem, tvorbu koláží a kresbu pastelkami,

kteře jsou často využívány v rámci projektivně-intervenční arteterapie (Lhotová & Perout, 2018).

### 6.7.1. Volba výtvarných technik

**Akvarel** je považován za náročnější výtvarnou techniku, která může být hůře kontrolovatelná. Také vyžaduje určitou míru odvahy ke spontaneitě a fantazii. „Přínosem pro arteterapii při práci s akvarelem je důvěra v gravitaci materiálu, důvěra v gesto ruky, kdy je možno opustit vědomou kontrolu“ (Lhotová & Perout, s. 172, 2018). Téma kontroly je často klíčové pro osoby trpící PPP. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla začlenit tuto techniku s cílem umožnit respondentkám přímou konfrontaci s touto problematikou v bezpečném prostředí papíru. Naopak zpracování **koláže** z libovolných vystříhaných motivů se může některým osobám jevit jako snadnější. Jak uvádí Perout (2023, s. 16) tato technika „umožňuje komponování výsledného celku a to bez nároků na instrumentální dovednosti nezbytné pro práci s jinými výtvarnými prostředky“. Tvorba koláže otevírá prostor pro individuální vyjádření a může sloužit jako prostředek k uvolnění a ventilaci emocí (Kouřilová & Mazešová, 2023).

**Kresebná technika s pastelkami** sloužila pro zpracování jednoduchého kresebného artefaktu tzv. kvinterncolor (KTC) vytvořeného PhDr. Milanem Kyzourem. KTC lze charakterizovat jako vizuální nástroj využívaný pro úvodní navázání terapeutického rozhovoru. Pomocí něho je možné poodhalit základní emoční ladění autora, porozumět jeho komunikačním vzorcům a na základě toho odhadnout charakter jeho vnitřního světa (Kyzour, n.d.). Kresba pastelkami na začátku skupinového setkání pomohla respondentkám naladit se na výtvarnou činnost a dodala jim jistotu. Podle Liebmann (2005) je vhodné začínat s materiály, které klienti snadno ovládají. V našem případě kresba pastelkami předcházela akvarelové malbě. KTC sloužil k posouzení emočního stavu respondentek a kompatibilitě výběru barev. Akvarel byl hlavní technikou, koláže a kresba pastelkami doplňovaly proces. Respondentky tvořily na formátu A3 (akvarel a koláž) a A5 (KTC).

### 6.7.2. Témata

V rámci domácí výtvarné tvorby byl respondentkám předložen seznam předem **definovaných témat** určených k výtvarnému zpracování s možným výběrem ze dvou variant námětů. Na základě projektivně-intervenční arteterapie jsou klientům zadávána témata, nebo je možný výběr z více variant námětů. Dle slov Lhotové a Perouta (2018) tato témata tvoří obsah analýzy a jsou pro klienty přístupnější než v případě, kdy si témata vybírají sami. Respondentky dle charakteru skupiny měly zpracovat určitý počet tematických akvarelů a dvou koláží. Skupina A měla za úkol výtvarně zpracovat v domácím prostředí sadu o deseti tematických akvarelech a dvou kolážích. U skupiny B se zadané požadavky lehce lišily. Tyto respondentky zpracovávaly sedm tematických akvarelů, rovněž dvě koláže v domácím prostředí a další tři tematické akvarely vznikly přímo během výtvarných setkání. Zadaná témata byla charakterově poskládána ze dvou sad – první obsahovala náměty **s obecnou tematikou, vztahující se k ročnímu období a významným svátkům v daném čase**, které sloužily jako princip k ukotvení v dané realitě a čase. Rovněž se jednalo o abstraktní náměty vztahující k internímu prožívání (např. „Utajená místa“); druhá sada tvořila tzv. „**rožnovská témata**“ vycházející např. z **pohádkových a mytologických příběhů**. Tyto motivy mohou přiblížit určité fáze života nebo problémy, které prožívají a zároveň obsahovat archetypální obsahy (Lhotová, 2010). Několik témat bylo určeno k primárnímu zpracování z důvodu zajištění dostačujícího vzorku k uskutečnění tohoto výzkumu, v seznamu jsou jednotlivé názvy doplněny o označení slovem – „primární“ v závorce.

Konkrétně byla zadána tato témata:

#### Skupina A

- **Koláže – domácí tvorba:**

- Můj svět (primární)

- Chladná/ Studená koláž (primární)

- **Tematické akvarely – domácí tvorba:**

- 30. říjen – 1. listopad: Dušičky, Halloween a Nový keltský rok / Říjnové nebe plné hvězd

Perníková chaloupka (primární)

V barvách podzimu / V zimním čase nastává nám hibernace aneb zimní spánek.

Místo, kde hledám své zdroje / Utajená místa

Šípková Růženka (primární)

Červená Karkulka (primární)

Adventní čas / Vánoční zvyky

Matka a dítě

Mořská panna / Medúza (primární)

Cesta za Betlémským světlem / Zimní slunovrat (primární)

### **Skupina B**

- **Koláže – domácí tvorba:**

Můj svět

Chladná/ Studená koláž

- **Tematické akvarely – domácí tvorba:**

Perníková chaloupka

V barvách podzimu / V zimním čase nastává nám hibernace aneb zimní spánek.

Šípková Růženka

Červená Karkulka

Matka a dítě

Mořská panna / Medúza

Cesta za Betlémským světlem / Zimní slunovrat

- **Tematické akvarely – skupinová setkání**

30. říjen – 1. listopad: Dušičky, Halloween a Nový keltský rok / Říjnové nebe plné hvězd

Místo, kde hledám své zdroje / Utajená místa

Adventní čas / Vánoční zvyky

Uvedená témata byla záměrně vybrána tak, aby nedávala přímý odkaz na PPP a vztah k vlastní tělesnosti či vzhledu ve smyslu – „Můj vztah k PPP“, „Já a mé tělo“. Přesto byly respondentky instruovány, aby se v rámci zadaných témat pokusily začlenit lidské figury,

ideálně celé postavy. Tímto způsobem byl vytvořen bezpečný prostor pro zkoumání objektivního vztahu k tělesnosti u každé z respondentek, aniž byly vystaveny přímému tlaku spojenému s tímto tématem a spuštěním obranných mechanismů. Rovněž měly možnost si ke každému tématu napsat poznámky, které je během tvorby napadaly či si zaznamenat pocity a dojmy z výsledného artefaktu.

### **6.7.3. Struktura skupinových setkání (Skupina B.)**

Skupinová setkání probíhala **1x za měsíc po dobu tří měsíců** v prostorách Terapeutického přístavu v Praze, a účastnily se jich tři respondentky. Každému setkání byl vyhrazen časový rámec **3 až 3,5 hodiny**. V případě potřeby byl čas prodloužen. Průběh každého setkání měl jasně definovanou strukturu s posloupnými fázemi, kterými jsme se řídily. Koncept programu byl pro všechna setkání konzistentní, což respondentkám poskytovalo jasnou orientaci a jistotu ohledně toho, co mohou očekávat v další fázi setkání. Na každém setkání byly k dispozici veškeré potřebné výtvarné materiály.

Před každým setkáním jsem se snažila vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru. Úvodní část byla věnována přivítání a sdílení v časovém rámci 30 minut. Při prvním setkání jsme tento čas využily k vzájemnému seznámení, představení záměru výzkumu a etických norem v obecném smyslu i v rámci skupinových setkání. Mimo to jsme vedly společnou diskuzi nad tématy související s PPP. Během ostatních setkání byla úvodní část věnována zejména sdílení pocitů z posledního setkání nebo z celkového emočního naladění. Následně bylo zadáno téma k výtvarnému zpracování, kdy bylo možné si vybrat námět ze dvou variant. Témata byla vždy vybírána tak, aby byla v souladu s daným obdobím:

1. Dušičky, Halloween a Nový keltský rok / Říjnové nebe plné hvězd (říjen)
2. Místo, kde hledám své zdroje / Utajená místa (listopad)
3. Adventní čas / Vánoční zvyky (prosinec)

Poté následovalo zadání pro kresebné zpracování testu **kvinterncolor** (KTC) jehož specifika jsou blíže popsána v kapitole 6.7.1. Tato činnost sloužila k celkovému „rozehřátí“ před hlavní výtvarnou činností (Liebmann, 2005). Následoval vymezený blok pro výtvarnou tvorbu s časovým ohraničením 1,5 hodiny. V původním konceptu byla



vyhrazena 1 hodina, nicméně po domluvě s respondentkami jsme přidaly 30 minut navíc. Každá z respondentek měla možnost vybrat si, kam se usadí a kde bude tvořit. Po tento čas jsem se vzdálila a poskytla každé z nich potřebný prostor, kdy jsem však byla vždy dle potřeb k dispozici. Následně jsme skupinové setkání završily reflexí. V této části měla každá z respondentek vyhrazený prostor, kde mohla sdílet své pocity a dojmy z výtvarné činnosti a rovněž zreflektovat svůj výsledný artefakt. Na konci jsme skupinu uzavřely krátkou diskuzí, kde jsme si objasnily průběh dalšího setkání. Mezi setkáními měly respondentky možnost kdykoliv se na mne obrátit, pokud to potřebovaly.

#### **6.7.4. Úvodní rozhovor**

Počáteční rozhovor probíhal s každou respondentkou zvláště v příjemné atmosféře kavárny, kterou jsem zvolila pro její neutrálnost a přívětivost. Setkání bylo plánováno na 2 hodiny, ale v případě potřeby jsme čas prodloužily. V rozhovoru jsme se společně věnovaly několika klíčovým tématům, která poskytla **hlubší vhled do jejich osobnosti, životních zkušeností a očekávání v rámci mého výzkumu bakalářské práce**. Na začátku po vzájemném seznámení jsem představila koncept a cíl svého výzkumu, abych respondentkám poskytla přehled o tom, jakým způsobem mohou být zapojeny do mé práce. V rámci toho jsem stručně vysvětlila podstatu a principy arteterapie. Na úvodu rozhovoru jsem s každou z respondentek konzultovala možnost nahrávání rozhovoru, zdůraznila jsem, že takový postup slouží k zachycení dat, která budou anonymizována a využita v rámci mé bakalářské práce. Dalším důležitým krokem bylo sdělení etických principů, jejichž dodržování mělo za cíl zajistit důvěrnou a bezpečnou atmosféru.

Poté jsme společně procházely jejich životními příběhy v kontextu rodiny a sociálního prostředí. Zabývaly jsme se jejich zájmy a představami o budoucnosti. Při tom jsem dbala na citlivost těchto témat a respektovala individuální hranice každé z respondentek. V další části rozhovoru jsme se zaměřily na vznik a rozvoj obtíží PPP. Respondentky měly možnost otevřeně sdílet své zkušenosti s PPP, jak je vnímají a jak ovlivnily či ovlivňují jejich život. Diskutovaly jsme také o jejich pohledu na tyto obtíže a možných spouštěcích, což nám poskytlo hlubší vhled do vnímání této problematiky. Na závěr jsme reflektovaly současný stav v oblasti PPP a poté jsme se zaměřily na očekávání respondentek ohledně jejich účasti ve výzkumné části práce. Každá z účastnic měla možnost vyjádřit své názory

a případné obavy. Po ukončení rozhovoru jsme společně shrnuly probíraná témata a domluvily se na dalším postupu. Každá respondentka, která projevila zájem o účast ve výzkumné části, obdržela informovaný souhlas v tištěné podobě.

#### **6.7.5. Závěrečný rozhovor**

Spolupráce s respondentkami byla završena individuálním setkáním v podobě polostrukturovaného rozhovoru s každou z nich. Rozhovor, stejně jako úvodní setkání, proběhl v prostředí kavárny a trval 2,5 hodiny s možností prodloužení v případě potřeby. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem respondentek. Během setkání jsme zhodnotily výtvarnou produkci respondentek a reflektovaly celkové dojmy z naší spolupráce. Také zde proběhlo předání všech zpracovaných výtvarných artefaktů do mých rukou. Následně jsem jim položila několik otázek zaměřených na jejich tvorbu. Zajímalo mě, jak se jim tvořilo, zda měly nějaké preference ohledně témat a zda v nich tvorba zanechala nějaké pocity. Poté jsme se věnovaly podrobnější reflexi jejich výtvarné produkce a popisu jednotlivých artefaktů. Každá respondentka nejprve popsala téma svého artefaktu, dění v něm a dojmy, které v ní vyvolává. Následovala společná diskuse nad dílem. Dále jsem se ptala, zda je výtvarná tvorba nějakým způsobem obohatila a zda jim o sobě odhalila něco nového. Na závěr jsme diskutovaly o celkových dojmech z charakteru a způsobu vedení naší spolupráce. Tyto otázky nám umožnily zhodnotit dosavadní průběh práce a přispěly k celkové reflexi a evaluaci našeho společného procesu.

Výstupy z jednotlivých rozhovorů s respondentkami jsou k dispozici v sekci – *přílohy*.

## **7. KAZUISTIKY**

V této části práce je představeno pět kazuistik, které se zabývají výtvarným projevem respondentek, jež se potýkají s různými formami PPP. Struktura každé kazuistiky je rozdělena do dvou částí. V první části je stručně představen životní příběh každé respondentky v kontextu jejího onemocnění. Druhá část se podrobně zaměřuje na analýzu výtvarného projevu dané osoby. Skrze hypotézy se pokouším identifikovat charakteristické rysy PPP v jejich výtvarných dílech a zkoumám, jakým způsobem se do nich promítá osobní zkušenost s PPP. Cílem kazuistik je poskytnout hlubší vhled do

vztahu mezi PPP a výtvarným projevem a porozumět individuálním zkušenostem respondentek s touto problematikou.

## **7.1. Amálie, 27 let**

Amálii je 27 let a již deset let se potýká s PPP, konkrétně s mentální bulimií. Ke zvědomění onemocnění došla v nedávné době v prostředí psychoterapeutického sezení. Předtím si neuvědomovala, že by se problematika PPP týkala přímo jí osobně. V současnosti je stav stabilizovaný a je schopna od situace podstoupit a mít nadhled. Také pravidelně dochází na psychoterapie, které pro ni představují cenný nástroj k vlastnímu sebepoznání. Při našem úvodním rozhovoru jsme se věnovaly její životní historii a vzniku PPP – konkrétně mentální bulimii. Měla příjemné a sofistikované vystupování. K zapojení se do výzkumu ji vedla zvědavost a motivace přispět tak k osvětě v rámci témat PPP. Značný vliv měl také její vztah k výtvarné činnosti.

### **7.1.1. Výtvarný projev**

#### **Přístup k výtvarné tvorbě**

Amálie se účastnila skupinových výtvarných setkání (skupina B) spolu s dalšími respondentkami. Výtvarná tvorba pro ni představuje zálibu, ale i způsob, jak trávit čas se svým synem. Se zájmem experimentuje s různorodými materiály a učí se nové techniky, což představuje pro ni nejen zábavu, ale i způsob osobního rozvoje a propojení se synem. Povahou je kreativní a zvědavá osobnost s rozsáhlým zájmem o kulturu, což přispívá k její všestrannosti a intelektuálnosti. Na prvním skupinovém setkání se u ní projevil **pocit nejistoty**, když zjistila, že ostatní respondentky jsou výtvarně poučeny, zatímco ona nemá výtvarné vzdělání. Tuto situaci jsem se snažila ošetřit konstatováním, že naším primárním cílem není vytvářet díla dle předem stanovených norem, ale spíše projevit individuální kreativitu a vyjádřit se skrze výtvarnou činnost. Zdálo se, že to přijala a následně se pokoušela oprostít od svých obav. Nicméně téma vnitřní nejistoty se projevilo v jejím způsobu hodnocení vlastní tvorby, kdy jsem měla dojem, že se snaží ospravedlňovat svůj výtvarný projev, ve kterém dle jejích slov chyběly výtvarné formální zákonitosti (např. lineární perspektiva) z důvodu neznalosti. Tím nevědomě snižovala hodnotu své tvorby důsledkem porovnávání se s výkony ostatních. Přes tyto tendence

obecně ke své tvorbě přistupovala převážně kladně. S výslednou prací byla ve většině případů v souladu.

Autorka si rovněž v počáteční fázi dané náměty **předkreslovala tužkou**, jak je vidět u *obr. 1 – Říjnové nebe plné hvězd*, kde tužka proniká skrz barevné vrstvy. Může tak zrcadlit potřebu mít vše a zejména samu sebe pod kontrolou. Během reflexe tohoto díla jsem autorce nabídla možnost, že místo tužky může využít naředěnou akvarelovou barvu. Autorka mou nabídku přijala a postupně pracovala pouze s naředěnou barvou, až předkreslování zcela vynechala. Osobně mě překvapilo, že se k tomuto kroku rozhodla poměrně rychle, protože se zdálo, že pro tento čas je pro ni předkreslování tužkou nezbytné. Toto mě znovu přimělo přemýšlet o tom, jak reaguje na podněty od autorit. Autorka po celou část naší spolupráce prakticky vždy využila každou moji nabídku a integrovala ji do své tvorby. Podobně, jak uvádí Levens (1995), je zřejmé, že se objevují tendence zalíbit se či zavděčit svému okolí.

*Obr. 1 – Amálie, 27 let. Říjnové nebe plné hvězd*



### **Obecný charakter tvorby**

V rámci výtvarné produkce se můžeme setkat s obrazy, které vykazují kontrast mezi **rozvolněností barevných ploch** a **detailně propracovanými figurami**. Tyto figury působí

stroze a nehybně, jako by nezapadaly do prostoru a neměly vztah k okolí. V některých případech vyvolávají dojem, že byly do obrazu dodatečně vloženy, jak můžeme pozorovat např. na *obr. 2 – Červená Karkulka*, *obr. 3 – Šípková Růženka* a *obr. 4 – Mořská panna*. Produkce se vyznačuje spíše **grafickou kvalitou**, kde linie slouží jako hlavní výrazový prvek. Obrazy jsou charakteristické svou strukturovaností, jasně definovanými obrysy a detailním zpracováním, jak můžeme vidět na *obr. 5 – Místo, kde hledám své zdroje* a *obr. 6 – Perníková chaloupka*.

*Obr. 2 – Amálie, 27 let. Červená Karkulka*



### **Pojetí lidské figury**

Autorka dbala na zakomponování **figurativního prvku** v každém obraze. Nejčastěji se v dílech objevuje **jedna postava**, která je zobrazena **zády k divákovi** a tvoří centrální bod kompozice. Alternativně je zachyceno **více postav ve formě černých siluet**, jež nejsou jasně definované. Většina figur jsou nějakým způsobem **zahalena / zakuklena** např. vlasy nebo příkrývkou (*obr. 4, obr. 3*). Tento typ zobrazení, kde je kladen důraz na zahalení, nebo jsou figury otočeny zády k divákovi, je často pozorován v tvorbě osob s PPP, jak uvádí např. Vojtěchovská (2011) nebo Levens (1995). Tento prvek může souviset s **vnitřní nespokojeností a nejistotou** ohledně vlastní tělesné podoby.



Obr. 3 – Amálie, 27 let. Šípková Růženka



V jiných obrázcích je u postav stavba těla tvořena z oválných tvarů, kde se objevuje jen náznak horních nebo dolních končetin (*obr. 6, obr. 2*).

**Zobrazení tváře je spíše výjimkou**, jak je patrné např. v *obr. 3*, kde je lehkými tahy zachycena spící tvář Růženky, nebo v případě *obr. 7 – Adventní čas*, jehož hlavním motivem je postava, kde převažuje k poměru k tělu naddimenzovaná hlava s tváří, které dominují velké, rozzářené oči a otevřené rty, kde bychom mohly uvažovat, zda se jedná o úsměv nebo výraz strachu. Tělesné schéma je zde zjednodušeno a stylizováno do oválných tvarů, což vytváří podobnost s komiksovými figurkami nebo dětskými hračkami. Rovněž je obtížné určit s výjimkou hlavy, které části těla jsou dále zobrazeny. Tato postava i celkový styl zpracování námětu se výrazně odlišuje od ostatních artefaktů. Potlačení výrazu tváře a mnohdy jeho úplná absence může dle mých domněnek odkazovat na **vnitřní konflikt týkající se identity** ve smyslu – *kdo vlastně jsem?* I konfliktů ve vztahové rovině. PPP mnohdy zkreslují náhled na vlastní osobnost i život. Ačkoliv tváře postav v produkci jsou spíše skrývány, zajímavý úkaz se objevuje v obrazové kompozici *obr. 2*, kde v temném lese můžeme spatřovat rysy obličeje. Vchod do lesa, kudy Karkulka vstupuje, připomíná rozevřená ústa, která jakoby se jí chystaly pohltit.

Oválné tvary postav mohou symbolizovat **potřebu ochrany a touhu schovat se**, zaobalit se do něčeho, vytvořit si ochrannou bublinu. Absence či jen náznak končetin a rukou pak může naznačovat možnou **nezakotvenost či nižší úroveň sebedůvěry ve své schopnosti**.

*Obr. 4 – Amálie, 27 let. Mořská panna*



### **Výtvarné řešení prostoru**

V rámci **kompozičního řešení** se objevuje **centrální zobrazení**, v jehož středu je umístěna nejčastěji osamocená figura, zatímco okolí zůstává prázdné nebo je vyplněno ornamentálními prvky (*obr. 2, 3 a 4*). Případně je **střed neobsazen** a děj probíhá kolem prázdného místa, čímž tento jev nazýváme **lavorem** (*obr. 1*). *Jakému tématu se nechci věnovat, s čím si nevím rady?* V jejím způsobu zachycení prostoru se často projevovala **dvojrozměrnost**. Autorka prostor nejčastěji rozčlenila do dvou plánů nad sebe, což vytvářelo dojem plošnosti z důvodu chybějícího třetího rozměru, který vytváří iluzi hloubky. Třetí plán se objevuje výjimečně jako např. v *obr. 8 – Zimní slunovrat*, kde se

pokusila dle mé nabídky zakomponovat tuto vrstvu. Lze uvést i *obr. 5*, kde rovněž pracuje s trojrozměrným členěním prostoru, nicméně tento obrázek je specifický z hlediska roztržité kompozice. Objevuje se zde **zobrazení více světů** – prolínají se roviny vnějších a vnitřních prostorů. Zároveň se autorka původně nemohla rozhodnout, které téma si vybrat (*Utajená místa* nebo *Místo, kde hledám své zdroje*). Tento charakter by mohl vypovídat o **dysbalanci ve schopnosti rozhodovat se mezi více volbami**. *Chci nyní v klidu odpočívat a věnovat se četbě, anebo toužím po aktivitě a objevování místní krajiny? Po čem doopravdy toužím a co je v mých silách?* To už by byly otázky orientované na autorku.

*Obr. 5 – Amálie, 27 let. Utajená místa*



Rovněž je možné si všimnout míry, jakou je **plocha obrazu zaplněna**, jako je patrné v *obr. 7* nebo v *obr. 5*. Levens (1995) poznamenává, že tento způsob výtvarného řešení se velmi často objevuje u klientů trpících bulimií. V případě autorky by toto řešení mohlo reflektovat **potřebu zaplnit vnitřní prázdnotu**, nebo se tím snažit něco vykompenzovat. Většinou se jedná o obrazy, ve kterých je obloze věnován menší prostor nebo zcela chybí. *Jak se v těchto obrázcích dýchá?* V některých obrazech se naopak vyskytují



rozsáhlejší **bílá místa**, která mohou odkazovat na obsahy, jež nejsou autorce vědomě přístupné, nebo se jimi nechce zabývat.

*Obr. 6 – Amálie, 27 let. Perníková chaloupka*



### **Barevná škála**

Co se týče barevnosti výtvarné produkce, autorka používala poměrně intenzivní a syté barvy, ve které převažovala kombinace růžovo-fialových a modro-zelených odstínů. Zejména se objevují barvy, které jsou charakteristické pro předškolní věk a období prepuberty, které jsou spojovány s tématy hledáním hranic, seberegulace, objevováním sociální identity a vzorů – konkrétně se jedná o hráškově zelenou a již zmiňovanou růžovou barvu. Tyto barvy tak mohou odkazovat na určité regresivní tendence v souvislosti s aspekty vymezení se, jak již bylo zmíněno v předchozím textu a schopnosti emoční regulace, jež jsou běžnými tématy v rámci problematiky PPP.

Obr. 7 – Amálie, 27 let. Adventní čas



Zajímavé je, že zcela **chybí červená barva**, která se vyskytuje pouze na několika fragmentech (*obr. 5*) nebo je přítomná v kultivované podobě – růžové či fialové odstíny. **Aktivita**, která je nějakým způsobem **tlumena**. Samostatně **růžová barva** je považovaná za symptomatickou barvu, což může odkazovat na **problematický vztah ke své tělesnosti**. Rovněž se objevovala **oranžová barva**, která se vývojově vztahuje k **oralitě**, orálnímu období nebo k předškolnímu věku, kde **vztah k jídlu** často představuje **zdroj hodnocení dítěte** (Vojtěchovská, 2011; Lhotová & Perout, 2018). Oranžová barva může přímo metaforicky odkazovat na PPP. Fialová barva v kombinaci s růžovou může naznačovat ambivalentní emoční prožívání nebo nadměrnou péči o druhé, případně nedostatek péče ze strany pečující osoby. Tento význam může být ještě posílen skutečností, že tato barevná kombinace se objevuje v motivu perníkové chaloupky. Jak uvádí Bettelheim (2017), chaloupka symbolizuje matku jako pečující bytost, která své dítě živí přímo ze svého těla. Tato barevná kombinace se u autorky opakovaně objevuje i v rámci KTC (*obr. 9*).

Autorka sama též poukázala na důležitost přítomné **žluté barvy**, kterou v poslední době velmi preferuje. Představuje pro ni **symbol radosti a pohody**, rovněž je to oblíbená barva

jejího syna. V obrazech se tato barva objevuje v kombinaci spolu s oranžovou, kterou autorka využila především k vyjádření motivů, jako je **slunce či luna**.

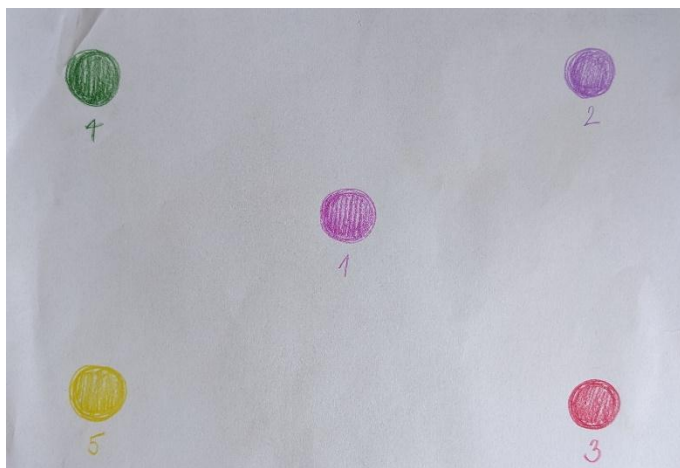
*Obr. 8 – Amálie, 27 let. Zimní slunovrat*



### **Specifické prvky**

V tvorbě autorky se často vyskytují pravé úhly, ať už ve formě oken, mřížek, dlaždic, dřevěných ostění, polic, nebo ve tvarech výstřižků v kolážích (viz *obr. 10 – Můj svět, obr. 11 – Studená koláž*). Symbolika pravého úhlu může naznačovat touhu po jasnosti, pořádku či dokonalosti, potřebu vytvářet strukturu a upřednostňovat racionalitu. Tyto motivy mohou odrážet perfekcionistické tendence, které jsou typickým rysem PPP. Navíc sama autorka se charakterizovala jako velmi ambiciózní osobnost, která má tendence tíhnout k perfekcionismu.

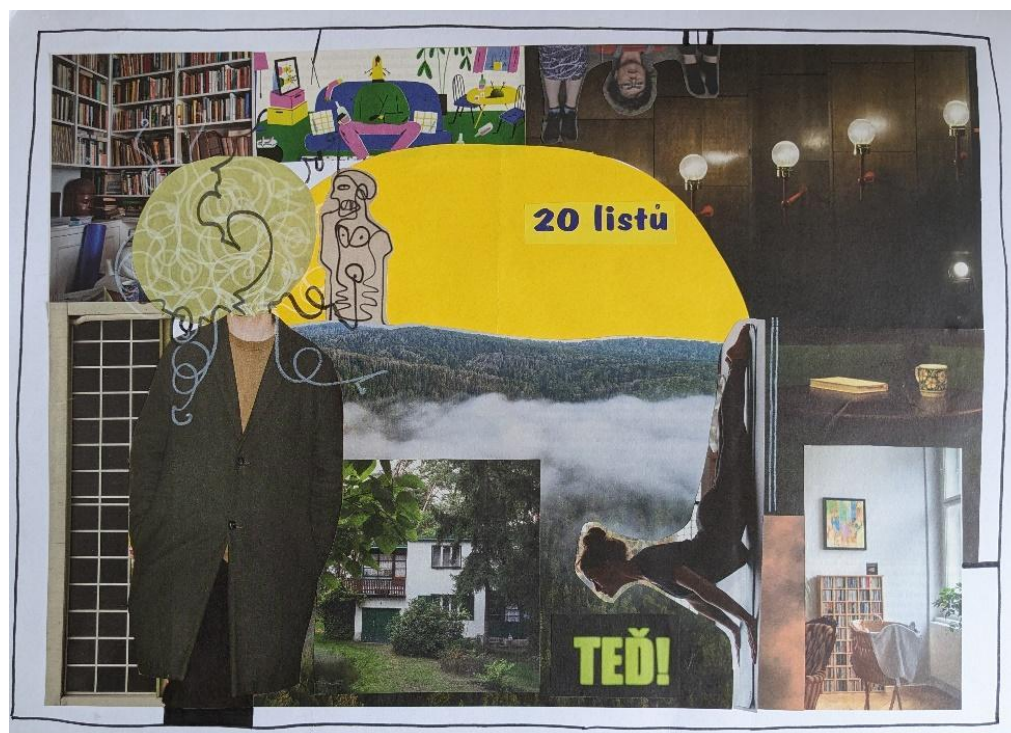
Obr. 9 – Amálie, 27 let. KTC



Mimo jiné se v některých obrázcích objevuje **motiv rámu** a to konkrétně v *obr. 6* – rám televize nebo v *obr. 10*, kde se objevuje celkové zarámování koláže. Podle Lhotové a Perouta (2018, s. 139) rám „ohraničuje daný prostor od toho, co obrazem není, nechce být, protože nese nějaký zneklidňující obsah“. Účel rámu je oddělit daný objekt od okolního prostředí. Slouží tak jako hranice mezi tím, co je aktuálně nepříjemné, uzavřené a obtížné k zpracování. V rámci tohoto procesu dochází k zapouzdření daného obsahu, což může na metaforické rovině vyjadřovat nechuť či pocity neschopnosti něco změnit v již známém a ustáleném řádu. Tento postoj je často zřetelný u jedinců s poruchami příjmu potravy (PPP) v rámci léčebného procesu. Zatímco daná osoba může toužit po plném uzdravení, současně může pociťovat obavy, co nastane, když se vzdá toho, co tak dobře zná. Navzdory negativním dopadům PPP paradoxně mohou poskytovat určitý pocit bezpečí a jistoty.



Obr. 10 – Amálie, 27 let. Koláž, Můj svět



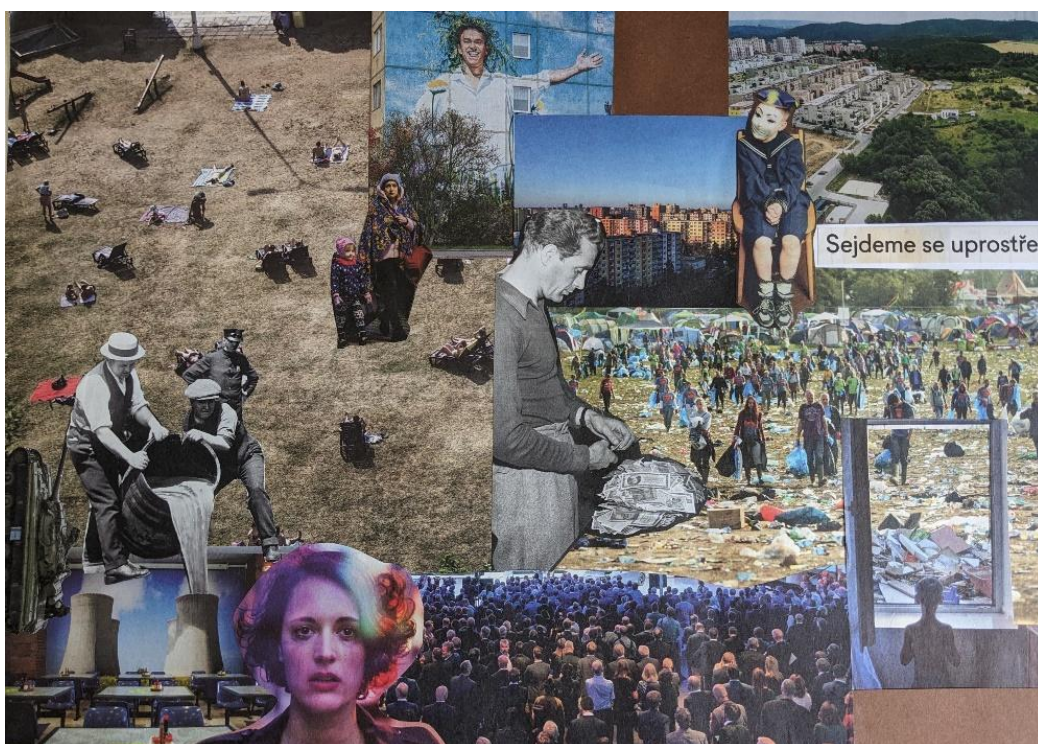
Autorka velmi často zobrazuje **symbol slunce či luny**. Symbol **slunce** je obecně spojován s otcovskou autoritou a mužským principem nebo autoritou v širším smyslu. Zde bychom se mohly ptát, jak autorka integruje názory a požadavky autorit v souvislosti s její osobou, a to i v kontextu velikosti zobrazeného slunce v obrazech. Můžeme také odrážet potřebu ocenění a uznání svých kvalit ze strany okolí. Žluté slunce může symbolizovat řád, normy nebo jasně definovaná pravidla, zatímco oranžová barva dodává tomuto konceptu prvek napětí. Oranžová jakoby narušovala tento stanový řád. Většinou autorka zachytila zapadající slunce za horizontem, kde i přes to, že se den blíží ke konci, jeho záře zůstává výrazná. Tato scéna může mít i hlubší symbolický význam – konec dne může symbolizovat i konec něčeho dalšího, možná i silný vliv autority, který se blíží ke svému konci.

Zajímavé je ztvárnění **luny** v *obr. 1*, která je zbarvena do purpurovo-žluto-černých odstínů. Tento barevný prvek vyvolává otázku, zda se skutečně jedná o lunu, zejména když autorka podobným stylem zachytila motiv slunce. Ze symbolického hlediska je luna připisovaná mateřskému principu a obecně k ženské energii. V této souvislosti by luna mohla odkazovat na nestandardní mateřskou autoritu nebo na ambivalentní pocity

v souvislosti, jak se cítí v roli ženy. V druhém případě může luna vzhledem k okolnímu kontextu symbolizovat obracení se k minulosti, dokončení či potřebě uzavřít to, co již bylo.

Častým námětem je ztvárnění krajiny, ve kterých se obvykle vynořují **vysoké kopce** nebo **špičaté hory** a **jehličnaté stromy**. Ostrost těchto prvků může zároveň odkazovat na obavy či úzkostné tendence spojené s budoucím vývojem, zejména v kombinaci modro-tmavě zelené barvy. Alternativně mohou vývojově odkazovat na nestandardní situace v orálním období, související s primárním zdrojem výživy.

*Obr. 11 – Amálie, 27 let. Koláž, Studená*



### **Motiv potavy**

V této souvislosti s autorky produkcí se motiv potavy objevuje v obr. 6, v podobě **perníčkových tašek** na střeše a nakrájeného **ovoce na talíři**, zachyceného v prvním plánu. Uprostřed světnice sedí obráceny zády k nám dvě dětské postavy – Jeníček a Mařenka, jejichž pozornost je poutána televizní obrazovkou, na níž hraje pohádka o perníkové chaloupce. **Perníková chaloupka** symbolicky odkazuje na obsahy **orálního**

**období**, jak již bylo zmíněno výše, což může být podpořeno i volbou barev. Televize je od svého okolí jasně oddělena černým rámem. Způsob výtvarného řešení vytváří dojem, že se jedná o obraz v obraze. Zobrazené potraviny vytvářejí charakterovou **polaritu** mezi tím, co je vnímáno jako „zdravé“ a preferované – ovoce, a tím, co je považováno za „nezdravé“ a nežádoucí – perníček. Tato polarita je dále zdůrazněna tím, že perníček je oddělen černým rámem od ostatních prvků. Paradoxně je tedy tento nežádoucí prvek akcentován. Tento dojem může být ještě více podpořen tím, že jsou použity dva odlišné pohledové úhly. Celkovou scénu vnímáme z výšky očí diváka, zatímco na talíř s ovocem pohlížíme ze shora, čímž dodává tomuto motivu další rovinu důrazu a zájmu. Pohledy postav směřující k televiznímu obrazu mohou představovat existenciální ambivalenci, vyjadřující zákaz a současně touhu. Tento způsob výtvarného řešení může tak odkazovat na **ambivalentní postoje ve vztahu ke stravě i svému tělu** nebo naznačovat tendence autorky **vyhnout se obsahům**, kterými se nechce zabývat či se potřebuje od nich oddělit. V tomto kontextu může být rám metaforicky interpretován jako symbol bulimických etap, kde jídlo slouží jako prostředek k ventilaci a oddělení se od nepříjemných emocí. Autorka zmiňuje, že se během tvůrčího procesu cítila špatně kvůli zhoršeným podmínkám pro malování a usilovala o co nejrychlejší dokončení tohoto konkrétního motivu.

## **7.2. Betty, 30 let**

Betty je 30 let a potýká se s atypickou mentální anorexií přes deset let. Dodnes se potýká s recidivními stavy, poslední se objevil na jaře roku 2023. V současné době však není v akutní fázi onemocnění. Při našem prvním setkání byla Betty na nemocenské dovolené a uvažovala o změně zaměstnání. Nyní se účastní ročního programu komunitní rehabilitace. Její rozhodnutí zúčastnit se výzkumu vyplývá z intenzivního zájmu o zkoumanou problematiku. Sama se potýká s poruchou příjmu potravy a jako samouk projevuje zájem o oblasti psychologie a arteterapie. Arteterapii začala objevovat již během svého pobytu v nemocnici, kdy měla možnost se účastnit arteterapeutických dílen. Kromě jiného se aktivně věnuje výtvarné tvorbě a umění. Betty neustále pracuje na svém rozvoji. Téma výzkumu i koncept práce ji velmi zaujaly, a proto se rozhodla podpořit je svým příběhem, o kterém hovořila velmi otevřeně.



### 7.2.1. Výtvarný projev

#### Přístup k výtvarné tvorbě

Betty byla součástí skupiny B, která se pravidelně scházela na výtvarných setkáních. Po celou dobu spolupráce se potýkala s **tlakem vyplývajícím z omezeného času** na tvorbu, ať už na skupinových setkáních, či v domácím prostředí. Rovněž se konfrontovala se svým **vnitřním kritikem** a vysokými **nároky na výkon**. Zejména při malování svého prvního obrazu – *Samhain* (obr. 12) na skupinovém setkání byly tyto pocity silně přítomny. Nestihla dokončit některé části obrazu podle svých představ, protože se nemohla oprostít od svých požadavků, např. při snaze zachytit detailně správnou anatomii jí nezbýval čas na ostatní úseky. Nakonec se jí pracovalo lépe na společných setkáních než doma. Postupně se aklimatizovala na harmonogram skupiny, věděla, na co se připravit, a naučila se podle toho fungovat. Byla ráda, že byla ve společnosti dalších účastníků, a změna prostředí jí také prospívala. Méně přemýšlela nad tématem a jeho zpracováním, což jí umožnilo přistupovat k tvorbě více uvolněně. Zatímco **domácí tvorbu** vnímala jako **povinnost**, jejíž splnění často odsouvala na poslední chvíli. Rovněž se jí doma nedařilo dodržet čas vyhrazený k dokončení díla.

Obr. 12 – Betty, 30 let. *Samhain*





Hlas kritika se jí částečně dařilo postupně ztišit. Pokoušela se slevit ze svých nároků, přesto bylo těžké jim čelit. Autorka to popsala následně: „Tento proces byl pro mne náročný, protože jsem měla stále na mysli, že já přece maluju pouze obrazy dobré kvality“. Velmi těžko se vypořádávala s rozpíjením barev a snažila se tomu různými prostředky zabránit, třeba tak, že používala méně vody. Dbala na to, aby obrazy byly **zpracovány precizně a čistě**. Objevilo se zde i **téma kontroly a perfekcionismu**, které bylo podpořeno i tím, že si dané motivy předkreslovala tužkou. Nebyla schopna přijmout skutečnost, že by se jí něco nepovedlo. Dle jejího názoru se tyto tendence objevují proto, že vnímá výtvarnou tvorbu jako klíčový aspekt své identity. V tomto oboru se cítí silná a schopná, a proto na sebe klade vysoké nároky. Sebekontrola, perfekcionismus a silná sebekritika jsou často výraznými tématy u osob s PPP. **Symbol ševcovského metru v obr. 13 – Studená koláž** tak může sloužit jako zástupná výtvarná metafora pro tato témata.

Co se týče obecného **výtvarného pojetí jednotlivých témat**, mám dojem, že se autorka snažila o **originalitu a tendenci vyniknout**. Zvláště při zpracování pohádkových motivů se odchýlila od tradičního způsobu zobrazování dějů pohádek, jak je patrné například v případě *obr. 14 – Perníková chaloupka*, kde autorka zachytila dům s neblahou historií, sloužící jako místo setkávání ztracených duší. V tomto případě se zcela vyhnula klasickému pohádkovému kontextu.

Obr. 13 – Betty, 30 let. Koláž, Studená



### Obecný charakter výtvarné tvorby

V této produkci dominuje **jednotný malířský styl**, který odráží vysokou úroveň výtvarného poučení. Styl autorky je převážně charakteristický **rovnými tahy**, které naznačují použití plochého štětce. Malba obsahuje malý podíl vody, což zabraňuje rozpíjení barev, čímž vytváří **efekt suchého pastelu**. Zvláštní pozornost je věnována modelaci objektů prostřednictvím použití barev a kontrastu mezi světle a stínem.

Zřetelně se zde objevují dvě různé polohy výtvarného vyjádření. Některé obrazy usilují o **realistické zachycení** prostoru a jsou propracované do nejmenších **detailů**, například na obr. 15 – *Červená Karkulka*, kde lze vidět detailní zpracování kůrky pečiva. Detailní provedení je charakteristickým jevem u výtvarného projevu osob trpících mentální anorexií. Naproti tomu se objevují díla, která jsou **volnějši** a přecházejí až do **abstrakce**. Tyto obrazy se vyznačují větší **dynamikou a napětím**, přičemž **objekty ztrácejí svou formu**, jako je tomu například na obr. 16 – *Utajená místa*. Tento dvojitý způsob výtvarného projevu může reflektovat **vnitřní nerovnováhu v prožívání emocí** a různé **strategie**, které autorka uplatňuje ve svém životě. Napětí mezi svobodou a kontrolou, jak bylo zmíněno v předchozím textu, je zde zjevné. **Utažený styl** malby může naznačovat

**perfekcionistické tendence a touhu po sebekontrolé**, zatímco uvolněnější malba může vyvolávat **přítomnost impulzivních emocí**, které hledají svůj prostor či jejich akceptaci. Mohou to být i nepříjemné pocity, s nimiž se autorka snaží konfrontovat. Některé obrazy autorka pojala spíše symbolicky, což jim dodává téměř snový charakter. Obecně se tato tvorba vyznačuje pečlivostí a důrazem na detaily. **Atmosféra** jejích obrazů je často **pochmurná až melancholická**, což autorka sama potvrzuje. Myslí si, že by se její styl hodil pro ilustrace literárních děl z konce 19. a začátku 20. století, jako je např. sbírka *Kytice* od Karla Jaromíra Erbena. Některé obrazy vykazují přítomnost **neurčitého napětí či nebezpečí**.

*Obr. 14 – Betty, 30 let. Perníková chaloupka*



### **Pojetí lidské figury**

V produkci se ve většině případů objevuje **jedna postava**, jež působí **osamocným dojmem, bez vztahovosti a kontaktu** s někým dalším. Výjimkou je *obr. 12*, kde je znázorněn větší počet tančících postav a *obr. 15*, na kterém se objevuje sedící Karkulka, jež svou rukou objímá postavu vlka. Postavy jsou poměrně **malých velikostí**, některé jsou svou titěrností těžko rozpoznatelné (*obr. 14*). Většinou jsou zobrazeny celé figury,



případně se někde vyskytují jen **některé části či fragmenty**. Postavy jsou zpravidla zobrazeny **zády k divákům** s výjimkou *obr. 17*, kde je zachycena celá figura z profilu, jež zabírá poměrně značnou část plochy. Autorka se obecně snažila o **realistické pojetí** lidské figury, dbajíc na detaily, jako jsou například vlasy a modelace objemu prostřednictvím barvy. V případě *obr. 17* je **obrys těla** zvýrazněn oranžovou **konturou**, což poukazuje na jeho významnost. V tomto obraze je zdůrazněna hranice těla. Některé postavy jsou zachyceny v pohybu, zatímco jiné jsou zcela nehybné a působí jako sochy. Osoby s mentální anorexií velmi často ve svém výtvarném vyjádření opomíjejí dynamiku pohybu a je pro ně typická strnulost.

*Obr. 15 – Betty, 30 let. Červená Karkulka*



Postavy autorka ukotvila **stínem**, i když jeho intenzita by mohla být výraznější. Nevidíme jim do **tváře**, protože jsou vždy nějakým způsobem **zahaleny** např. vlasy nebo jsou zcela natočeny zády k divákovi, případně zobrazení tváře **zcela chybí**. Nemůžeme tak vnímat celkový kontext obrazu, nevíme, jak se dané postavy cítí nebo jak reagují na své okolí. Dle mého dojmu postavy jsou tak ponechány v **anonymitě**, vnáší to míru **záhadnosti** a také otázku: Co mohu v této situaci očekávat? Absence výrazu může reflektovat

**neochotu povědět o sobě více** či **strach otevřít se** okolí z různých důvodů. Rovněž tak mohou být vynášena témata zastírání, pochybností a zmatku ve vymezení vlastní identity, což jsou jevy, jež jsou často přítomné u osob s PPP.

V případě **koláží** se objevují pouze **fragментy** některých **částí těla**, zejména na studené koláži (obr. 13), kde se vyskytuje **torzo ženského těla**, který podle autorky symbolizuje její negativní postoj až averzi k zaoblenějším a plnějším křivkám. Tento motiv může přímo odkazovat na autorčin **strach z přibírání na hmotnosti** nebo **obavy ze změny svého těla**, což jsou základní obtíže PPP.

*Obr. 16 – Betty, 30 let. Utajená místa*



### **Výtvarné řešení prostoru**

Autorka převážně volila **formáty na šířku**, vnášející státnost s výjimkou obr. 17, kde je zvolen formát na výšku. Plocha papíru je většinou **zaplněná**, ale na některých místech se objevují větší prázdné **bílé prostory**, jak je vidět na obr. 18 – Vánoční zvyky. Tyto prázdné plochy mohou naznačovat vnitřní blok, emoční odstup nebo téma, kterým se autorka nechce zabývat, případně neví, jak ho řešit. Pracuje s **centrální kompozicí**, kde dominuje státnost (obr. 15), avšak v některých obrazech je přítomna dynamika a pohyb (obr. 16).

Někde se objevuje tzv. **lavor** jako v obr. 19 – Šípková Růženka, kde se zároveň vyskytuje mnoho prázdného prostoru. Vznik lavoru v prostoru přináší otázku: *jakému obsahu se snažím vyhnout?*

Obr. 17 – Betty, 30 let. Mořská panna



Využívá **trojdimenzionální členění** prostoru a **lineární perspektivu** k vytvoření iluzorní hloubky. Někdy je prostor strukturován do **dvou plánů**, které působí **plošnějším dojmem**. Autorka se pokoušela o užití **barevné perspektivy**, avšak v některých obrázcích nejsou jednotlivé plány barevně odstupňovány, což vede ke splývání těchto prostorů. Autorka dbala na realistický způsob pojetí a výstavbu prostoru, avšak někdy přechází do **abstrakce**. Důležitým prvkem je zahrnutí cesty jako úhlopříčky ubíhající k horizontu, čímž se do obrazu vnáší hloubka. V produkci se objevují **tři zorné úhly**: obvykle frontální, ale také nadhled, jehož užití může reflektovat kontrolu či potřebu odstupu, nebo podhled,



čímž je daná scéna naddimenzována, tyčí se nad námi jako v *obr. 14*. Může tak odkazovat na téma obav a strachu.

Autorka se ve své produkci věnovala **exteriérovým scénériím** – krajiny s lesy, horami nebo architektonické prvky. V obrazech se objevuje **přítomnost mlhy**, což snižuje pocit volného prostoru a vzdušnosti. Tento jev může být způsoben použitím pásovitých tahů štětce při tvorbě oblohy, hustotou barev nebo jejich zašpiněností. **V koláži** autorka jednotlivé výstřižky ve tvaru čtverců kladla vedle sebe do motivu připomínajícího **mozaiku**. Motivy jsou od sebe odděleny a nenavazují na sebe. Objevují se bílá místa, ať už jde o podklad papíru, nebo texty s bílým pozadím, jako tomu je např. v *obr. 20 – Můj svět*.

*Obr. 18 – Betty, 30 let. Vánoční zvyky*



## Využití barevné škály

V produkci převládá **jemná a světlá intenzita** barev s převahou **chladných a monochromních odstínů**. Autorka měla potíže s používáním tmavších odstínů barev, což jí ztěžovalo zvýraznit barevnou intenzitu objektů. Z technického hlediska, jak se zdá byla užito menšího podílu vody, barvy se nerozpíjejí, kvalitou můžeme mít dojem, že autorka pracovala se **suchými pastely**. Autorka převážně pracovala s **monochromními barvami** – převážně šedá a bílá. Nejsou užity teplé a výrazné barvy, autorka zmínila, že je nemá ráda a z toho důvodu je nechce používat. Někde je snaha o doplnění komplementárních barev. V kresebném testu KTC byla autorka schopna dosáhnout širšího rozpětí v barevné paletě, než ve své ostatní tvorbě.

Barvy působí „**zašpiněným dojmem**“ což zřejmě vzniklo na základě přimíchávání šedé barvy do jiných odstínů. V celé tvorbě zejména dominují **šedé a modré odstíny** různé intenzity. Autorka uvedla, že šedá je její nejoblíbenější barvou a rovněž barva indigo. Zvolené barevné kombinace vytváří v obrazech **ponurou až skličující atmosféru**, jako je tomu např. v *obr. 23 – Zimní slunovrat*. Preference šedé barvy může naznačovat **nedostatek energie** či únavu, **diplomatické chování** spočívající ve zdrženlivosti při rozhodování a **snahu neprozrazovat** o sobě příliš mnoho. Autorka poukázala na svou velkou únavu a to zejména kvůli snahám všem za každou cenu vyhovět a výrazněji se nevymezovat. Nadměrně užití tmavě modré může do obrazů vnášet témata v souvislosti s **pocití sklíčenosti, smutku či úzkosti** a to zejména pokud se objevuje v kombinaci s barvou zelenou. Tato preference může tak odkazovat na **depresivní ladění**, přičemž autorka sama uvedla, že se potýká s depresivními a úzkostnými stavy, které se často vyskytují v souvislosti s PPP.



Obr. 19 – Betty, 30 let. Šípková Růženka



**Černá** se objevuje ve výjimečných případech a to pouze v **detailním zpracování** (obr. 15 a 18). Autorka nechtěla používat černou barvu, místo ní používala odstíny šedé. Tento postoj může reflektovat nižší úroveň schopnosti **vymezit se** vůči okolí nebo schopnost vyjádřit svůj **nesouhlas**, což sama autorka potvrdila během našeho závěrečného rozhovoru. Nicméně je zajímavé je že při kresbě testu KTC neměla problém se zakomponováním černé barvy a v sadě se objevuje hned několikrát.

Z teplejší barevné palety se objevuje žluto-oranžová a tmavě růžová, která v některých případech přechází do červené. **Tmavě růžová barva** je v produkci použita pouze na několika fragmentech, například v obr. 19, který svou atmosférou vytváří dojem přítomnosti nedefinovaného napětí či nebezpečí. Tento dojem vychází jak z celkového pojetí díla, tak i z jeho barevného řešení, kde se objevuje kombinace **šedo-černých odstínů s růžovo-červenými odstíny**, jejichž kontrast je umocněn **bílou plochou** ztvárňující sních. V levé části obrazu je zobrazena zeď, již tvoří mohutné keře šedo-černé barvy s květy růží tmavě růžovo-červených odstínů. Zeď je v dolní části ohraničena tenkou červenou linkou směřující k horizontu. Linie má dle autorky představovat krev. Společně jsme zkoumali význam této linky, kde jsem autorce položila otázku: jaká by

reagovala na rozpití některé části této linie, na což mi odpověděla: „V části u horizontu, by to rozpití z technického hlediska nedávalo smysl, zatímco v dolní části, bych to v žádném případě rozpít nechtěla, protože by to už vypadalo, že krev již prosakuje do sněhu“. Červená se zde v této produkci spíše objevuje v **kultivované podobě** s příměsí jiné barvy – buď bílé (růžové) nebo modré (fialové). Podle mých hypotéz by tato červená linie mohla reflektovat snahu **potlačit či udusit** něco uvnitř sebe z pomoci své přísné sebekontroly. Může jít o potlačený **vztek nebo agresi**, které se pokouší různými způsoby dostat na povrch, v tomto případě dokonce přes tíhu mohutné šedo-černé zdi. Obecně zmiňovaná kombinace barev v obr. 19 může naznačovat témata spojená s projevem emocí a naznačovat **nezralou emoční regulaci**. V produkci se výrazně objevuje i **bílá** barva, která prosvítá i skrze jiné barevné odstíny či jsou přítomny prázdné bílé plochy, jak bylo zmíněno v předchozím textu. Tyto plochy mohou naznačovat např. odstup od emočního prožívání, případně **obsahy**, kterým **nechci nebo nemohu věnovat svou pozornost**.

Barevné schéma v této tvorbě může reflektovat tendence autorky **potlačovat** nebo se **vyhýbat negativním emocím**, či může naznačovat **potíže s přijímáním a uvědomováním si emocí**, což jsou často pozorované projevy v kontextu PPP.

Obr. 20 – Betty, 30 let. Koláž, Můj svět

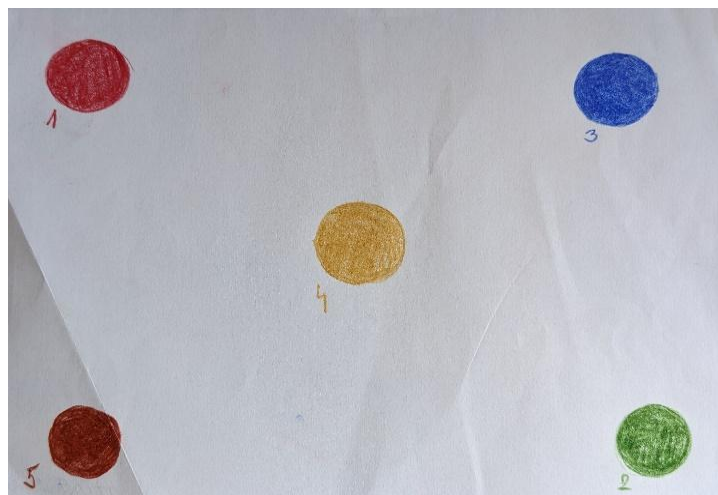


### Specifické prvky

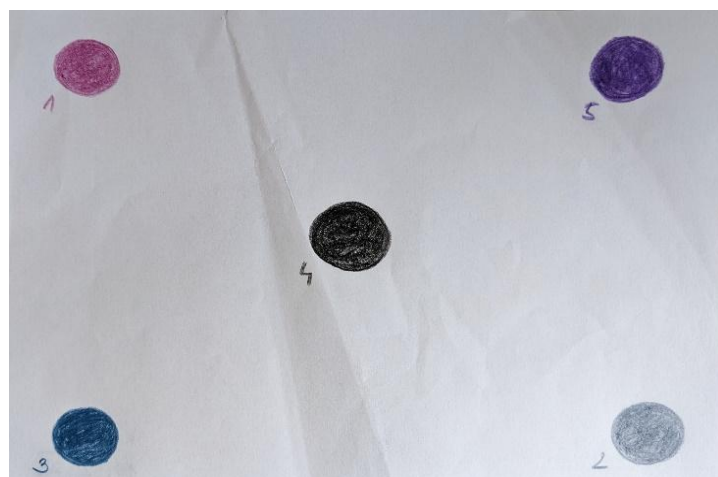
V této tvorbě se často vyskytuje motiv barevné **linky**, o které bylo pojednááno již v předešlém textu. Linka má zástupnou funkci oddělení či vymezení hranic daného prostoru. Autorka s tímto prvkem pracovala zejména v *obr. 16*, kde se linie strukturují a oddělují celý prostor do menších částí. Prostor působí roztržitým dojmem, který je v dynamickém pohybu po obvodu spirály, v jejímž středu se objevují květy růží. Pomocí linie zde autorka znázornila cestu, která směřuje do lesa i hudební noty, jež mají ornamentální charakter. Užitím linie dochází k zvýraznění daných částí, tudíž je k ní upírána větší pozornost. Autorka si nebyla vědoma symbolického významu tohoto prvku. Dalším velmi často užívaným motivem je **cesta**, která vnáší do výstavby prostoru hloubku a vytváří iluzi třetího rozměru. Cesta většinou směřuje zprava doleva, do minulosti, může tak reflektovat regres, návrat k minulým zkušenostem či situacím.

V obr. 17 se objevuje motiv **stuhy** a roztrženého **provazu**, na kterém byla uvázána lodní **kotva**. Zobrazená dívka, jež klesá ke dnu, má kolem svých dolních a horních končetin uvázaný fialové stuhy, které, jak se zdá, se roztrhly, stejně jako provaz, který má uvázaný kolem pasu a na jehož konci se nacházela kotva. Symbol přetržení může reflektovat projev odpoutání se od něčeho či někoho, co mne táhlo k zemi. Kontura oranžové barvy, jež zvýrazňuje obrys figury, přímo navazuje na přetržený provaz, což v této souvislosti může metaforicky odkazovat na rozhodnutí vymanit se z bludného kruhu PPP. Tato interpretace je podpořena významem oranžové barvy, která odkazuje přímo na oralitu a je velmi často spojována s kontextem PPP. Je zde potenciál k tomu, aby dívka vyplavala na hladinu.

*Obr. 21 – Betty, 30 let. KTC*



*Obr. 22 – Betty, 30 let. KTC*





Také je v produkci zastoupen motiv **oblouku** či **kruhu** jako např. v *obr. 12 a 18*. Symbol oblouku může znázorňovat ochranu a bezpečí, rovněž něco uzavírá, odděluje, blokuje čímž i dochází k určitému zapouzdření daných obsahů. Může tak odkazovat na rigidní postoje či strach ze změny, které jsou často přítomné u osob s PPP. Rovněž se velmi často objevují **květinové a rostlinné motivy** ornamentálního charakteru (*obr. 16, 17 a 18*). V obraze mají funkci zdobnosti i zastupují osobní symboliku pro autorku. Ačkoliv květiny plní úlohu dekorativního prvku, mohou něco zakrývat či zastírat. Motiv květin se rovněž objevuje ve značném počtu i v kolážích, stejně tak jako **textové fragmenty** (*obr. 13 a 20*). Tyto texty tvoří jednotlivá hesla nebo fráze, které se týkají témat spojených se zdravím, stravou, pohybem a otázkami identity, svobody a bezpečí. U osob s PPP je začlenění textového doprovodu do tvorby velmi běžné. Textové prvky často slouží k přímému sdělení nebo vysvětlení, čímž se tyto osoby snaží předejít nedorozuměním nebo nesprávným interpretacím jejich sdělení.

*Obr. 23 – Betty, 30 let. Zimní slunovrat*



## **Motiv potravy**

V produkci se motiv potravy objevuje zejména v koláži *Můj svět (obr. 20)*, kde se v pravém dolním rohu nacházejí výstřižky s motivy čokolády, kávy a lahve od šampaňského. Podle autorky tyto motivy odkazují na její problematiku s PPP a zároveň na věci, které má ráda, jako např. kávu. Umístění těchto motivů do této části plochy může naznačovat identifikaci autorky s jejím problematickým vztahem ke stravě v kontextu PPP.

### **7.3. Ema, 22 let**

Emě je 22 let. Momentálně studuje dvouoborové studium na vysoké škole. Před 7 lety onemocněla mentální anorexií. Akutní fázi se jí podařilo překlenout a nyní je v relativně stabilním stavu. Nicméně stále u ní převládají tendence mít své tělo pod kontrolou. Její stav se liší podle toho, jak se vnitřně cítí. Uvedla, že spíše než s anorexií se nyní potýká s ortorexií. S Emou jsme se dohodly na individuálním plánu spolupráce, neboť kvůli velké vzdálenosti nebyla schopna účastnit se skupinových výtvarných setkání. Na základě této dohody jsem vytvořila skupinu A., kam jsem přizvala ještě jednu respondentku, která se potýkala se stejným problémem. Ema projevila výrazný zájem o téma naší výzkumné práce a vyjádřila přání se do ní zapojit. Spolupráci jsme započaly sjednáním schůzky, během které proběhl úvodní rozhovor, v rámci něhož jsme si objasnily podobu naší spolupráce. Následně jsme stanovily časový rámec, ve kterém by Ema zpracovala přidělené náměty, a domluvily se na přibližném termínu našeho závěrečného setkání, jehož součástí bylo i celkové zhodnocení tvorby.

#### **7.3.1. Výtvarný projev**

##### **Přístup k výtvarné tvorbě**

Autorka přistupovala k výtvarnému zpracování zadaných témat s velkou svědomitostí. Při našem zhodnocení její celkové produkce byla schopna celé své dílo popsat i vysvětlit, s jakým záměrem jej namalovala. Bylo znatelné, že se nad každým tématem a způsobem jeho zpracování zamýšlela.

## Obecný charakter výtvarné tvorby

Výtvarná produkce je charakteristická jednotným malířským stylem, kde výraznou roli hraje strukturovanost objektů s výrazně definovanými hranicemi. Tento styl může evokovat dojem omalovánek, kde každá část má své jasně vymezené místo pro vymalování a kde nemá docházet k „přetažení“. Autorka pracovala akvarelovou technikou, přesto je zde nepatrná přítomnost vody. Barvy se vzájemně nerozpíjejí, což vytváří dojem jasného oddělení mezi objekty jako tomu je v *obr. 24 – Perníková chaloupka*. Voda jako nástroj vnáší do obrazu prostor pro spontaneitu a fantazii, jež zde chybí. Autorka si každý námět nejprve jemně předkreslila růžovou pastelkou. Tím si zajistila alespoň určitý pocit kontroly a podpory, a vnesla do obrazu jakousi formu řádu, který jí při práci s akvarelem chyběl. Objekty jsou jasně definovány dle své funkce. Není zde prostor pro možnost domýšlet si kontext. Tento způsob výtvarného vyjádření tak může reflektovat **potřebu kontroly, pořádku a perfekcionistické tendence** – mít vše ve svých rukou, mít ve věcech jasno. Obecně měla potíže pracovat s akvarelem, velmi náročná vnímala vrstvení barev a celkové rozpíjení, které jí vadilo. Potřebovala mít vše jasně ohraničené. Téma kontroly je pro autorku stále velmi aktuální a to zejména v kontextu PPP, kde kontrolu využívá ve svém vztahu ke stravování. V této souvislosti je zajímavé zakomponování nákupní účtenky do koláže *obr. 25 - Můj svět*, kterou sama autorka označila za symbol její neustálé **sebekontroly**.

Obr. 24 – Ema, 22 let. Perníková chaloupka



### Pojetí lidské figury

Co se týče zakomponování **figurativního prvku** do obrazů, objevuje se dvojitý způsob výtvarného řešení. V jednom případě se pouze objevují zvětšené fragmenty jednotlivých částí těla – ruce, nohy nebo hlava s hrudníkem. Je tak skryta identita daných postav, téměř nic se o nich nedozvíme. V jiných obrazech se dále objevují osamocené postavy poměrně malé velikosti, které svou světlou barevností splývají s okolím. Opak tvoří koláže, kde se objevuje poměrně více postav, avšak většinou jim chybí hlava s tváří. V tematických akvarelech se objevuje tvář pouze u dvou figur. Postavy, u kterých je možné nahlédnout do tváře, jsou však zobrazeny se zavřenýma očima, a tak vyvstává otázka, co právě dělají – spí nebo jsou vzhůru a přemýšlí? Postavy v obrazech jsou většinou izolovány bez vztahovosti ke svému okolí nebo k jiným postavám, s výjimkou obr. 25, kde se motivy s figurami vzájemně překrývají. Tento jev může reflektovat autorčiny **pocity osamění a nedůvěry** v rovině vztahů, které sama autorka popisovala v souvislosti s PPP. Zvláště zdůraznila svůj strach ze sdílení svých problémů s PPP s dalšími lidmi, i když jsou jí blízcí a má k nim důvěru. Tyto pocity jsou v kontextu PPP



často zmiňovány, zejména ve spojitosti se **strachem z nepochopení nebo určitého stigmatu**.

Obr. 25 – Ema, 22 let. Koláž, Můj svět



### Výtvarné řešení prostoru

Z kompozičního hlediska převládá v obrazech **statičnost a neměnnost**, objevuje se jen náznak pohybu, který do scény převážně vnáší postavy. Autorka většinou volila formát na šířku, který tak podporuje celkovou statičnost daných obrazů, pouze u *obr. 26 – Šípková Růženka* se objevuje formát na výšku, jež v sobě může nést potenciál ke změně. **Kompozici** u většiny obrazů tvoří **výsek detailního záběru** dané scény, kde nám není znám kontext daného okolí jako tomu je např. v *obr. 27 – Mořská panna*. Obrazy působí **plošným dojmem**, prostor je převážně řešen **dvojrozměrným členěním**, kde se objevuje první a druhý plán. Kompoziční řešení, které v sobě nese značnou absenci třetího plánu či dokonce druhého, může signalizovat akcentované **soustředění na aktuální události**, kde dochází ke snížení schopností vidět souvislosti širšího kontextu nebo může reflektovat obavy spojené s budoucím dnem.

Náznak prostoru se autorka v některých případech snažila vnést pomocí odstupňované intenzity barevného odstínu; příkladem je *obr. 28 – Červená Karkulka*. V prvním plánu je detailně přiblížen daný objekt a následně druhý plán tvoří barevné pozadí připomínající fotografické plátno. Některé obrazy tak mohou působit plakátovitým dojmem. Výjimku tvoří *obr. 29 – Cesta za betlémským světlem*, kde se autorka pokusila uplatnit všechny tři plány. Horizont je v tomto případě položen níže, zasněžené kopce se nad námi tyčí, což dle Lhotové a Perouta (2018) může vyvolávat pocity nebezpečí a těžkosti. Autorka tuto scénu interpretovala následovně: „Vím, že mě čeká mnoho práce a povinností, ale snažím se pokračovat vpřed“. Tento obraz může být tak **metaforou léčebného procesu PPP**, kterým autorka prochází. V obrazech je rovněž zřídka vymezen prostor pro oblohu. Pokud je někde ztvárněna, jedná se pouze o malý fragment, jako je tomu v případě *obr. 29*, kde je obloze věnována pouze levá horní část. V případě koláže *obr. 25* obloha zabírá nejvíce prostoru ze všech obrazů celé produkce.

*Obr. 26 – Ema, 22 let. Šípková Růženka*



V produkci se objevuje **několik různých úhlů pohledu**. V *obr. 26* je zachycena ptačí perspektiva, při níž se z poměrně blízké vzdálenosti díváme na scénu zcela shora. Tato volba pohledu může reflektovat potřebu nadhledu či odstupu od obsahu. Podobný přístup je použit i v *obr. 29*, kde se objevuje mírné sklápění do půdorysu. Zůstáváme tak vzdáleni od dané události. V jiných obrazech je zase použit centrální pohled na detailní záběr dané scény, kde se naopak nacházíme v těsné blízkosti objektů. Tyto různé přístupy mohou reflektovat **rozdílné postoje nebo strategie**, s nimiž autorka přistupuje k určitým tématům či řešení životních situací v kontextu svého onemocnění. **Prostor** obrazů je převážně vždy **zaplněn**, až na výjimku, *obr. 29*, kde je zobrazena pustá zimní krajina s kopci sahající až skoro k horní hraně papíru. Motiv zasněžené prázdné krajiny může v kontextu tohoto obrazu vybízet k otázce: *Jakým způsobem jsem v kontaktu se svým emočním prožíváním a do jaké míry mi jsou moje emoce srozumitelné?*

*Obr. 27 – Ema, 22 let. Mořská panna*



### **Využití barevné škály**

**Barevná škála** v produkci je spíše **jemné intenzity**, s převahou světlých odstínů, které by se daly charakterizovat jako „mladistvé“. Konkrétně jsou často využity **odstíny růžové**,



**oranžové, žluté a světle hnědé.** Červená představuje jedinou barvu, která poskytuje obrazům zvýraznění. Vystupuje ze světlé intenzity ostatních barev. Světlá barevnost v sobě může nést strach ze zviditelnění se či prosazení nebo celkového vyjádření se ve své autenticitě. Světlost barev tak může reflektovat nižší úroveň sebehodnocení či sebedůvěry. Červená naopak ukazuje, že je zde možný potenciál ke změně. S autorkou jsme diskutovaly o jejím vztahu k tmavším barvám jako např. je černá, kterou záměrně odmítala. **Černá barva** se ve své ryzí kvalitě v podstatě nikde nevyskytuje až na vlčí čumák v *obr. 28*. Obecně **tmavé barvy považuje za negativní** a raději preferuje teplejší odstíny barev jako je oranžová, červená nebo růžová. Tento postoj by mohl naznačovat míru, do jaké autorka dokáže vyjádřit své vlastní hranice a jasný nesouhlas. Odmítání černé reflektuje **tendence vyhovět očekávání okolí, touhou nevyčnívat a zapadnout**. Dále se v některých obrázcích objevují objekty, které jsou od sebe odděleny vynecháním **bílého místa**. V tomto kontextu bílá může reprezentovat **odstup od některých psychických obsahů nebo témat**. Případně bychom se mohly autorky ptát: *S čím nebo kým nejsem nebo nechci být v kontaktu?*

*Obr. 28 – Ema, 22 let. Červená Karkulka*



**Růžová barva** se zejména vyskytuje u motivu růží v *obr. 26* a na baldachýnu v *obr. 30 – Utajená místa*. V obou případech jde o zdobný prvek, který tvoří detailní ornament. Svou zdobnou funkcí ornament něco zakrývá, je jakýmsi „zařikáním zlého, pramenícím z hlubin naší minulosti“. Může být přítomna „snaha potlačit vlastní nevědomé tendence“, což obsah růžové zdůrazňuje (Lhotová a Perout, 2018, s. 146). Rovněž ornament představuje zdobný prvek, kterým něco přikrášlujeme. Růžová svým charakterem může zastírat některé aspekty, které zatím jedinec nechce nebo není schopen vidět. Regresivně navrácí do minulosti, kde mohlo být ponecháno něco nevyřešeného nebo znázorňuje místo, kde jsem se dříve cítila dobře, jak např. bylo autorkou zmíněno o *obr. 30*. Autorka zde zobrazila místo v bytě u své babičky, kam se od dětství chodila schovávat a kde se dodnes cítí dobře. Na baldachýnu, který má znázorňovat autorčinu oblíbenou deku, se růžová objevuje v kombinaci s **oranžovou** a žlutou. Baldachýn společně s růžovou dekou v dolní části obrazu vytváří dojem rámu, který celkovou scénu zapouzdřuje či zvýrazňuje. Oblé tvary baldachýnu mohou svým charakterem připomínat ženská ňadra, kde zároveň symbol oblouku odkazuje na pocity bezpečí a ochrany. Ve vztahovosti se zdobným dekorem a oranžovou barvou tak může být odkazem **k orálnímu období**, kde je akcentován **vztah k potravě**. V případě autorky tak může vystihovat onemocnění PPP. Význam růžové barvy ještě podtrhuje skutečnost, že autorka si tuto barvu zvolila pro předkreslení celkové kompozice námětu.

Obr. 29 – Ema, 22 let. Cesta za Betlémským světlem



### Specifické prvky ve výtvarné tvorbě

V této produkci hraje **ornament** obecně významnou úlohu. Jeho užití bylo již předloženo u některých případů, např. v *obr. 26* a *30*. Dále se objevuje v motivu perníkových tašek, srdíček a vlnek v *obr. 24*. Tyto prvky jsou rytmicky uspořádány vedle sebe do řetězce vytvářejícího dojem rámu, podobně jako tomu bylo v *obr. 30*. Tento způsob zacházení s ornamentem může rovněž odkazovat na **ritualizované tendence** objevující se u onemocnění PPP.

Obr. 30 – Ema, 22 let. Utajená místa



Zajímavé je výtvarné zpracování **koláží**. Prostor je využíván poměrně střídavě, skládá se z několika vystřižených motivů, do kterých jsou zakomponovány **textové fragmenty**. Tyto texty tvoří jednotlivá hesla nebo fráze, které se týkají témat spojených se zdravím, stravou, pohybem a otázkami identity. Ve *studené koláži* – obr. 31 se dokonce objevuje rozsáhlejší ručně psaný text, kde autorka vypsala veškerá témata, která jsou spojena s jejími obavami a strachy. Obecně začlenění textového doprovodu je u osob s PPP velmi častým jevem, verbální prvek slouží k **přímému sdělení nebo vysvětlení, s cílem zabránit nedorozuměním nebo reinterpetaci sdělení**, jak naznačuje González Vázquez a kolegové (2021). V kontextu autorky zvažuji možnost, že tento krok mohl být spíše pokusem srozumitelně vyjádřit své obavy a dát jim konkrétní podobu, aby takto posloužily jako jasné sdělení pro její okolí, což dříve nemohlo být uskutečněno kvůli strachu zpětné reakce.



Obr. 31 – Ema, 22 let. Kolář, Studená



Zajímavým jevem je vztah mezi Karkulkou a vlkem v *obr. 28*, kde svou rukou přidržuje tlamu vlkovi. Autorka se snažila zachytit moment, kde jsou oba ve vzájemném míru. Vlk na ni neútočí, ale nechává se pohladit, což vypadá, jako by byl ochočený. Zpracování tohoto námětu mělo pro ni osobní význam, protože **vlka považuje za symbol PPP**. Podobu tohoto výjevu vnímala jako gesto usmíření se. Přidržený vlkův čumák je zajímavou paralelou k **zaplněným ústům Růženky** v *obr. 26*, kde má v ústech vložen květ růže, který může připomínat **dětský dudlík**. Dudlík neboli šidítka slouží dítěti jako **nástroj k uklidnění či uspokojení** svých potřeb, může být symbolickou reprezentací jídla, které je rovněž v některých případech využíváno jako náhrada za jiné emoční potřeby. V obou případech jsou ústa nějakým způsobem uzavřena a zároveň je na ně akcentována pozornost, což vyvolává otázku, *jak je možné komunikovat o svých potřebách, když mám ústa ucpaná?*



## 7.4. Inés, 29 let

Inés je 29 let a narodila se ve východní Evropě. Před několika lety se rozhodla přestěhovat do České republiky za účelem vysokoškolského studia. V průběhu prvního ročníku se u ní objevily projevy psychogenního přejídání. Také jí v nedávné době bylo diagnostikováno ADHD, které dle jejího psychiatrického lékaře může být příčinou problematického vztahu ke stravování. Nyní jsou její obtíže v relativní rovnováze. Inés je velmi ctížadostivá, neustále se rozvíjející a aktivní osobnost s hlubokým zájmem o kulturu a umění, které hrají významnou roli v jejím životě. Absolvovala střední školu s uměleckým zaměřením a dodnes se příležitostně věnuje umělecké tvorbě. K účasti na výzkumu ji motivovalo nejen zajímavé téma, ale také touha podpořit tuto oblast svým příspěvkem.

### 7.4.1. Výtvarný projev

#### Přístup k výtvarné tvorbě

Inés se účastnila výtvarných setkání ve skupině B. Při prvním setkání byla velmi kritická ke svému prvnímu obrázku (*obr. 32 – 30. říjen – zatmění měsíce*). Nedařilo se jí držet svých představ, a proto začala malovat na nový papír, přičemž původní obraz mi nechtěla ukázat a komentovala to slovy: „*Je to přílišerný a zašpiněný*“. Měla potíže se vypořádat s vymezeným časem pro tvorbu a zmínila, že i z toho důvodu se nedokázala uvolnit. Rovněž měla potíže s akvarelovou technikou, na kterou není zvyklá. Spíše pracuje s jinými materiály, které je možné mít více pod kontrolou. S výslednou podobou obrazu nebyla spokojena a vnímala ho jako „hrozný“. Postupně se její náhled na vlastní tvorbu měnil a její sebekritika ustoupila do pozadí. Velký vliv na ni měla změna prostředí – lépe se jí tvořilo v domácím prostředí, kde si připravila příjemné podmínky dle svých potřeb. Zajímavé bylo, že i přes časové omezení na malování se jí podařilo vytvořit obrázek během kratšího časového úseku a zároveň pocítila uvolnění. S výslednou podobou obrazů byla více méně spokojená, s výjimkou svého prvního obrazu. Nicméně k tvorbě přistupovala spíše z povinnosti, příliš se nezamýšlela nad obsahem ani nad tím, co momentálně prožívá. Čistě se věnovala samotné činnosti.

Obr. 32 – Inés, 29 let. 30. říjen – zatmění měsíce



### Obecný charakter výtvarné tvorby

Autorka má jasně vyprofilovaný **osobní styl výtvarného pojetí**, ve kterém využívá grafické principy s důrazem na barevné plochy. Je patrné, že má umělecké vzdělání, což se odráží v jednotném stylu jejích obrazů. Ty svým charakterem připomínají knižní ilustrace, kde výrazovým prvkem je linka, která tvoří zejména figury. Objevuje se zde **stylizace** a určitá **schematičnost**. Obrazy působí snově, balancují na pomezí abstrakce, symbolismu a realismu, a mohou evokovat díla surrealistických umělců (*obr. 33 – Místo, kde hledám své zdroje*). Rozvolněný dojem je dosažen hbitými tahy štětcem, zatímco postavy jsou jasně **ohraničené konturou**. V jejích dílech se projevuje akčnost a pohyb, přičemž **nadsázka** se objevuje v použití barev, i v pojetí prostoru.

Obr. 33 – Inés, 29 let. Místo, kde hledám své zdroje



### Pojetí lidské figury

V obrazech se často objevuje **více postav**, které navzájem interagují a komunikují prostřednictvím gest. Přesto mohou působit osamělým dojmem, podobně jako v obrazech, kde se vyskytuje pouze jedna postava. Některé figury jsou také **v kontaktu se zvířaty**: nejčastěji je zobrazen králík, jako například v *obr. 34 – Šípková Růženka*, nebo medúza, jak je zachyceno v *obr. 35 – Medúza*. Ve ztvárnění lidských postav je patrná značná **schematizace a stylizace**, která se projevuje v grafické linii kontur, jež postavy vymezují od svého okolí. Nicméně někdy můžeme mít dojem, že figury splývají s pozadím. Tělesné schéma je tvořeno **oblými liniemi**, přičemž obrys je zvýrazněn barevnou **konturou**, která přesně **vymezuje hranice těla**. Objem je modelován barvami, světlem a stínem. Postavy většinou nejsou **výrazně diferencovány**, často není rozlišován gender. Tento způsob zobrazení může odrážet nejistotu ve vnímání vlastního těla, což je u osob s PPP velmi typické. Autorka sama při rozhovoru zmínila, že se snaží najít cestu ke svému tělu a přijmout jeho současnou podobu po všech změnách.

Obr. 34 – Inés, 29 let. Šípková Růženka



Oděv mají jen ve výjimečných případech nebo se objevují pouze některé doplňky šatstva (např. v obr. 36 – *Zimní slunovrat*). Autorka **zvýraznila dolní a horní končetiny** akcentováním barvy, zejména u chodidel a dlaní, což vytváří dojem, že mají na rukou nasazeny **rukavice** (obr. 34). Z obecného hlediska rukavice představují módní doplněk, jehož primární funkcí je ochrana – před znečištěním či chladem, nebo mohou sloužit k zakrytí něčeho. **Většinou v ruce něco drží** (košík, mobilní telefon) nebo se něčeho dotýkají (růžový keř, jiná postava). Tento způsob znázornění může naznačovat touhu nebo potřebu mít všechno pod kontrolou, což může být výtvarnou metaforou pro PPP, kde **sebekontrola** hraje klíčovou roli. Obecně zvýrazněné končetiny mohou odkazovat z fyziologického hlediska na kulminovanou energii, jež **podněcuje k akci** a signalizuje, že tělo je v pozoru a připraveno jednat.



Obr. 35 – Inés, 29 let. Medúza



Postavám většinou chybí **stín**, a pokud je přítomen, má **nebývale ostrý a jasný charakter** (obr. 37 – Červená Karkulka). Jeho intenzita je výraznější než postava, která ho vrhá. Zde se zamýšlím nad přítomností **vnitřního kritika** a vlivu jeho hlasu v životě autorky. Postavy jsou zachyceny v pohybu a projevují aktivitu. Postavy jsou natočeny frontálně nebo zády k divákovi. Občas se také objevuje pohled z ptačí perspektivy, kde na postavy pohlížíme shora (obr. 38 – Matka a dítě). Některé postavy jsou zobrazeny ve **schoulené** nebo **shrbené pozici**, přičemž křivka jejich těla vytváří **pomyslný oblouk**, což může symbolizovat **ochranu**. Zároveň schoulený postoj rovněž může reflektovat nesoucí „**tíhu na zádech**“. Co se týče **zobrazení tváře** – někde tvář zcela **chybí** (obr. 35), případně se objevují **pouze oči**, které jsou většinou zavřené. Někde jsou zvýrazněny **dlouhými řasami**, jež k nim přivádí větší míru pozornosti, postavy tak působí křehce a jemně (obr. 34). Celkově je těžké interpretovat pocity z **výrazu postav**, který obvykle evokuje **smutek, zarmoucenost nebo zasněnost**. Často chybí ústa a uši, které jsou klíčové pro komunikaci, to mě přivádí k otázce na autorku: *Jak se mi daří komunikovat se svým okolím např. o svých potřebách či názorech?* U některých postav se objevují **dlouhé rozevláté vlasy růžového zbarvení**, jež vyjadřují expresivitu a impulzivnost. Obecně jsou dlouhé vlasy v pohádkách zejména spojovány s princeznami, kde symbolizují krásu a nevinnost. V tomto případě může tento symbol, v kombinaci s růžovou barvou a

zavřenýma očima postav, vyjadřovat témata regresivního návratu do dob, kdy se autorka cítila svobodněji a nebyla zatížena současnými povinnostmi, tedy do doby, kdy mohla ještě "klidně spát". Obsahem tak může být přítomna určitá míra infantilnosti, zasněnosti či naivity.

Obr. 36 – Inés, 29 let. Zimní slunovrat



### Výtvarné řešení prostoru

Autorka zvolila u obrazů **formát na šířku**, který charakterově vyjadřuje státnost a ukotvenost. V obrazech převládá dynamická atmosféra, což je výsledkem autorčina gestického rukopisu malby, pohybu postav a celkové barevné škály. Plocha papíru je poměrně **zaplněná**, někdy se obsah scenerie má potíže vměstnat do formátu (*obr. 34*). Tento způsob znázornění se poměrně často vyskytuje ve výtvarném projevu u osob trpících psychogenním přejídáním a mentální bulimií. Prostor je vystavěn především na **prvním plánu**, výjimečně se objevuje druhý či třetí plán (*obr. 37*). U některých výjevů chybí obloha nebo jí je věnován malý prostor. Otázkou je, *jak by se v takovém prostoru dýchalo?* Objevuje se plošnost a určitá stylizace. Děj v prvním plánu je akcentován, okolí je upozaděno. Pokud je přítomen **druhý plán**, charakterem budí dojem **barevného**

**plátna** (*obr. 39–V zimním čase nastává nám hibernace aneb zimní spánek*). V některých obrazech je krajina vystavěna do **půlkruhovitěho tvaru**, což vyvolává dojem, že se scéna odehrává na vyvýšeném pahorku (*obr. 33, obr. 36*). Tento způsob může odrážet postoj k budoucí perspektivě, která se v současnosti může jevit jako znepokojivá. Z tohoto důvodu může být pozornost koncentrována na dění v přítomnosti, kde je možné jej do určité míry ovlivnit. Podle Vágnerové (2014) se u osob s PPP velmi často objevují obavy z nového a neznámého. Autorka převážně prostor pojala **abstraktním způsobem** s výjimkou *obr. 37*, kde se pokoušela o zobrazení realistické krajiny. Abstraktní pojetí může sloužit jako únik z reality. V produkci je užito **několik úhlů pohledu** – centrální, ptačí perspektiva. Výrazovou složkou je zde **barva** a práce s barevnými plochami.

*Obr. 37 – Inés, 29 let. Červená Karkulka*



### **Využití barevné škály**

Tato produkce se vyznačuje **intenzivní barevností** s výraznými a sytými odstíny, které svým energickým nábojem mohou signalizovat **vysokou aktivitu či impulzivní tendence**, často spojované s psychogenním přejídáním. Intenzita barev zůstává konzistentní napříč celým obrazem, od popředí po pozadí. **Vrstvení barev** přispívá k celkovému hutnému



dojmu, což spolu s minimálním prostorem pro oblohu vytváří dojem nedostatku vzduchu v obraze. Významným prvkem je **tmavě růžovo-červená barva**, často využívaná při ztvárnění vlasů nebo těla postav. Tato barva svým obsahem může evokovat **emoční regresi** nebo naznačovat **tendence k zakrývání** či popírání určitých aspektů. Rovněž může tato barva odkazovat na její **pozornost věnovanou zdraví**, například v kontextu PPP nebo ADHD. Zároveň se poměrně často objevuje užití **modrých odstínů**, která spolu s růžovou vytváří dojem napětí. Významnou roli hrají i **bílé prázdné plochy**, které mohou symbolizovat neprobádané části vnitřního světa.

*Obr. 38 – Inés, 29 let. Matka a dítě*



### **Specifické prvky**

V tvorbě se objevuje velmi často **symbol oblouku**, jak již bylo zmiňováno v předešlém textu. Oblouk obecně symbolizuje ochranu, bezpečí, místo, kde se mohou schovat. Stejně tak může daný obsah zapouzdřit, oddělit, daný čas či děj se zastavuje a ustrne na neurčitěm bodě. Někde oblouk představuje formu příkrývky (*obr. 36, obr. 39*). Dále je v této tvorbě velmi zajímavé zakomponování **symbolu králíka**, který autorka nevěděla, jak zdůvodnit. Podle Halla (2007) je králík symbolem plodnosti a žádostivosti ve všech



historických dobách a je také považován za atribut Venuše – bohyně lásky. Králík může rovněž představovat reprezentaci druhé osoby, zejména v *obr. 36*, kde se postava vlevo drží s králíkem za ruce, jež působí dojmem, že se jedná spíše o lidskou postavu. Rovněž může zhmotňovat předmět citové fixace, jež není plně uvědomován. Dalším často užívaným prvkem je zobrazení **symbolu luny** nebo **slunce**, které v některých případech je těžké identifikovat. Luna přináší nevidomost, tajemnost a zahalenost. Odkazuje na ženský aspekt a mateřské autority. Může tak přímo odkazovat na témata, která luna přináší: *Jak se cítím v roli ženy?* Nebo může odkazovat na témata spojována s matkou jako primární pečovatelskou osobou.

*Obr. 39 – Inés, 29 let. V zimním čase nastává nám hibernace aneb zimní spánek*



### **Motiv potravy**

V produkci se nevyskytují motivy související s potravou, s výjimkou *obr. 33*, kde jsou zobrazeny šálky s kávou. Autorka také nezpracovala téma Perníkové chaloupky.

## 7.5. Mia, 23 let

Mie je 23 let a aktuálně studuje magisterské studium na vysoké škole. V 16 letech onemocněla mentální anorexií, s níž se od té doby léčí. Vrcholné období této obtíže nastalo v sedmnácti letech, avšak tuto fázi dokázala úspěšně překonat. Následně v prvním ročníku vysokoškolského studia došlo k recidivě. V současnosti je stav jejího zdraví stabilizovaný, avšak stále čelí nástrahám spojeným s touto poruchou. Mia se připojila ke skupině A z důvodu, že se nemohla účastnit skupinových setkání, stejně jako respondentka Ema. Zaujal ji obsah i téma výzkumu, protože se již od dětství zajímá o výtvarnou činnost a historii kultury. Její motivace vycházela ze zájmu rozšířit sdílením své zkušenosti a zapojením do výzkumu povědomí o problematice PPP. Také projevila zvědavost ohledně způsobu, jakým bude výzkum zpracován. Dle mého dojmu je Mia velmi kreativní a inteligentní osobou, která si je vědoma svých schopností a ambicí. S pevným odhodláním kráčí za svými sny a usiluje o neustálý osobní rozvoj. Zároveň je člověkem, který by ocenil okamžik odpočinku, zastavení se a jednoduchého bytí.

### 7.5.1. Výtvarný projev

#### Přístup k výtvarné tvorbě

Autorka se věnovala celkem pěti tematickým akvarelům a dvěma kolážím. Na závěrečném setkání ihned na počátku sdělila, že technika akvarelu pro ni byla náročná, neboť s ní naposledy experimentovala na základní škole. Práce s akvarelem jí přišla obtížná, protože nenabízí takovou úroveň kontroly jako jiná výtvarná média. Tím se dostala do přímého kontaktu s tématem sebekontroly a měla příležitost prozkoumat svůj postoj z jiné perspektivy.

Přístup k výtvarné činnosti se odlišoval podle toho, do jaké míry ji téma či technika zaujala. Technika koláže ji nadchnula, výtvarné zpracování si zvláště užila; bavilo ji hledat motivy a skládat je do celku na plochu papírů. Koláž působí velmi propracovaně, a je zřejmé, že autorka vynaložila úsilí při hledání vhodných motivů, které by dokázaly vystihnout její svět, jak je patrné z *obr. 40 – Můj svět*. Naopak zpracování tematických akvarelů ji tak zcela nenaplňovalo; často si přála, aby již dané téma měla dokončené. Většinou si vyhradila čas na malování hned po probuzení, přičemž si po dokončení práce





řetězců. Zejména celek koláže obr. 40 je složen ze značného množství detailních motivů, jejichž obsah je zapouzdřen ve svých rámech. V tomto případě bychom se mohli i zamýšlet na tzv. „žurnalismem“ – vyskytuje se větší výčet symbolů, které jsou od sebe odděleny, nevyskytuje se mezi nimi vztahovost, čili mohou být tak izolovány od emočních prožitků.

Obr. 41 – Mia, 23 let. Koláž, Studená



Zvláště měla potíže u malování prvního tématu obr. 42 – *Perníková chaloupka*, neboť si u něho na sebe kladla vysoké nároky a očekávání o výsledné podobě díla. S výslednou podobou obrazu nebyla ve většině případů spokojena – „jako téměř se vším, co jsem kdy v životě udělala“. Při ztvárnění dalších témat se postupně odpoutávala od svých perfekcionistačtých tendencí, což jí umožnilo zažít pocity uvolnění a klidu. Tento vývoj považuji za velmi významný, protože došlo k částečnému upuštění od nároků na sebe sama. Zvláště tam, kde byla přítomna vysoká tendence k sebeprezentaci, se projevila změna v tom, že se odvážila slevit od svých perfekcionistačtých požadavků. Rovněž dokázala ocenit samotný proces tvorby i přes negativní dojmy z výsledné podoby obrazu. Při popisu obrazů autorkou se vyskytlo několik momentů, kdy se její popis toho, co je na obrázku, lišil záměrem od reálně zobrazeného obsahu. V obr. 43 – *Červená*

*Karkulka*, kde plochu vyplňují bílé plochy s ornamentálními stromy, popsala autorka jako temný les. Podobným příkladem je *obr. 42*, kde autorka zmínila, že se děj odehrává v nočních hodinách, přesto svým charakterem můžeme mít dojem, že se jedná odpolední dobu. Stejně tak docházelo k nejasnostem ohledně určení věku postav – postavy byly spíše zasazovány do mladšího věku, než vzhledově odpovídaly.

### **Obecný charakter výtvarné tvorby**

Obecně je tato výtvarná tvorba specifická častým výskytem grafických prvků, kde dominuje linka jako hlavní výrazový prostředek. Pomocí linek vytváří dekorativní ornamenty různorodých forem. Současně pracuje s barevnými plochami, pomocí kterých se snaží vytvářet prostor na ploše.

*Obr. 42 – Mia, 23 let. Perníková chaloupka*



## Pojetí lidské figury

Autorka se snažila dle požadavků zasadit do každé scény **jednu** či **více postav**. Převážně využila zobrazení **zády k divákovi**, jak nehybně stojí na cestě. Ačkoliv záměr autorky byl takový, že postavy mají kráčet vpřed, spíše působí strnulým dojmem. Postavám **chybí stín**, nejsou tak ukotveny, pouze v *obr. 44 – Cesta za Betlémským světlem* je snaha o jeho ztvárnění. V několika případech jsou postavy oděny dle slov autorky do **lidových krojů s červenými čepci**. Svým charakterem připomíná kápi kata, jež vykonává vůli autority mu nadřazené. V návaznosti na barevnou kombinaci oděvu (červená, hnědá a černá) bychom mohli uvažovat nad autorčiným postojem k dodržování řádu a pravidel v životě, zejména v kontextu PPP.

*Obr. 43 – Mia, 23 let. Červená Karkulka*



Autorka se snažila postavám ztvárnit horní i dolní končetiny, kdy se soustředila na boty. Dále se v produkci objevují postavy, kde je **zobrazeno celé tělo**, jako je tomu v *obr. 45 – Mořská panna* a *obr. 46 – Šípková Růženka*. V jednom z těchto příkladů autorka poskytla divákovi frontální pohled na postavu, kde je **zachycena i její tvář** – *obr. 46*. Autorka se zde pokoušela o ztvárnění obličejových rysů, nicméně docházelo k rozpijení barev, a tak



se ho rozhodla smazat. Fragmenty linií přesto zůstaly do určité míry zachovány. Růženka vypadá, že spí, přesto nevíme, jestli leží nebo stojí. Je zde otázka, jestli se na ni díváme z ptačí perspektivy, či nikoliv. Z **genderového hlediska** jsou ženské a mužské postavy od sebe **diferencované dle oděvu**, nicméně u *obr. 45* si nemusíme být tak zcela jisti. V obraze se nachází jedna postava zobrazena z profilu, která má představovat mořskou pannu. Není však zcela jednoduché určit, zda se jedná o ženu či muže, i z důvodu, že pohlavní znaky zakrývají prameny vlasů. Podle Vojtěchovské (2011) je toto častý jev objevující se v tvorbě osob s PPP, kdy často dochází k eliminaci pohlaví. To může být způsobeno obtížností v uchopení lidského schématu, neboť lidé trpící PPP často nemají reálnou představu o svém vlastním vzhledu.

### **Výtvarné řešení prostoru**

Z **kompozičního hlediska** je prostor vystavěn ze dvou plánů, jejichž barevná intenzita se neodlišuje, třetí plán se neobjevuje. Obrazy působí **ploše**, budí dojem plakátu. V některých případech se objevuje pásovitost, kdy jsou jednotlivé plány umístěny nad sebou, takže se na celou scénu díváme z podhledu. Tento přístup vytváří dojem, že se objekty nad námi tyčí. Náznak hloubky se autorka snaží vnést zakomponováním motivu cesty.

U některých obrázků autorka **opakovala schéma kompozice**, jako např. v *obr. 43* a *obr. 44*. Prostor je povětšinou členěn krajinou se specificky ornamentální flórou (stromy, rostliny, květy), do které je vsazen architektonický prvek (chaloupka, kostel) k němuž vede křižovatka cest. Autorka se snažila zobrazit **realistické prostředí s krajinou**, které je však do určité míry **stylizované a schématické**. V prvním případě autorka do prostoru krajiny zakomponovala **více postav** (2-3), kde se objevuje **náznak vzájemné vztahovosti**. Nicméně postavy spolu nekomunikují, působí dojmem, že jsou od sebe izolovány (*obr. 42, 43 a 44*). V jiném případě použila **centrální kompozici**, kde se uprostřed nachází pouze **jedna postava** zasazená do **abstraktního prostoru**, který v případě *obr. 45* tvoří ploché, ornamentalizované, modré pozadí znázorňující mořské vlny, jež svým charakterem připomíná plakát. Je těžké zasadit odehrávající se děj do časové linky pohádky.

Obr. 44 – Mia, 23 let. Cesta za Betlémským světlem



Stejně tomu je i u *obr. 46*, který se celkově odlišuje způsobem zpracování od ostatních témat. Zcela se ztratilo realistické zobrazení okolí, chybí výstavba prostoru. Rozsáhlou část plochy tvoří bílá místa, která se autorka snažila pokrýt ornamentem v podobě květů růží a keřovými větvemi, jež mají dle slov autorky představovat symboly dobra (květy) a zla (větvě). Objekty jsou vystaveny na dolní hranu plochy, kde je náznak půdy, z níž vyrůstají větve keřů. Postava Růženky není ukotvena, chybí stín. Postava Růženky není v kontaktu se svým okolím, působí, jakoby tam byla pouze vlepena. Dle ontogenetického výtvarného vývoje může tento obraz svým charakterem připomínat tvorbu preschématického období, která je typická pro věk kolem 7-8 let. Tento jev může odkazovat k určitému regresi a může tak odkazovat k významné zkušenosti, jež nemusela být zpracována v období dospívání, kdy přichází první menstruace a tělo se začíná proměňovat. **Výskyt bílých ploch**, které se autorka snažila **zaplnit stylizovaným ornamentem**, se objevuje i v *obr. 43*. Tato bílá místa tak mohou v jednom případě reflektovat autorčinu nechuť malovat pohádková témata, která jí připadala infantilní, jak sama zmínila, či bezradnost se znázorněním prostoru. V druhém případě mohou odkazovat na obsahy pro ni nedostupné či oblasti, které nechce o sobě sdělovat. Představuje tak nezmapované okolí, kde si jen můžeme domýšlet, co se tam děje. Zde



bychom se mohly autorky ptát: *Do jaké míry se orientuji ve svém vnitřním a vnějším světě?* Rovněž přítomnost těchto bílých ploch může souviset s autorčinými obavami, které vyplývají z otázky: *„Kdo vlastně jsem bez PPP? Mentální anorexie je se mnou tak dlouho, že už ani nedokážu rozlišit, co jsem já a co je ta nemoc. Je hluboce zakořeněná v mé osobnosti.“*

### **Využití barevné škály**

**Barevná škála** má v této produkci poměrně **intenzivní kvalitu**. Charakterově jsou zde užití barvy připisovány „mladšímu“ věku. Velmi často se objevují odstíny světlé zelené, modré a hnědé barvy. Zejména se poměrně často vyskytuje **hráškové zelená barva**, která svým obsahem přináší témata týkající se např. **emoční nezralost, zkoumání hranic či začátek nalézání své identity**. Dále je často přítomna **barva modrá** v několika odstínech, někdy však přecházející do **barvy fialové**. Ta je specifická pro svůj **ambivalentní** a zároveň pečující charakter. Autorka tuto kombinaci zvláště využívala pro zobrazení oblohy, jež působí, jakoby se schylovalo k bouři. Vzniká zde jakési napětí mezi zataženou oblohou a intenzivně osvětlenou loukou. Svou atmosférou v nás může vyvolávat dojem jakéhosi přítomného ticha či dusna před bouří. Rovněž se objevuje zakomponování několika **odstínů barvy hnědé**, jež se objevuje na architektuře, cestách, stromech a oděvech postav. Hnědá vnáší **řád a pravidla**. Zatímco v koláži *obr. 41* je nejčastěji užitá kombinace skládající se z monochromních barev – černých, bílých a šedých odstínů, které v menším poměru doplňují barevné motivy laděné spíše do zemitých barev. Přítomnost monochromních barev tak může reflektovat strategie myšlení autorky, které se zdá být černobílé. Toto dichotomické vnímání může naznačovat její tendenci vidět svět v jasně **definovaných kategoriích**, bez uznání komplexity situací nebo barevných odstínů mezi extrémy. Tento přístup může odrážet její snahu o **jednoznačnost a pevné postoje**, nebo může symbolizovat polarizaci.

Obr. 45 – Mia, 23 let. Mořská panna



### Specifické prvky

**Ornament a dekor** zastává v této tvorbě obzvláště významnou roli, neboť se objevuje v některé podobě v každém obraze. Na ploše se zejména vyskytuje v pravém dolním rohu. Ornament má zde zastoupení v podobě stylizovaných rozmanitých **květin, rostlin** nebo **mladých stromků**. Objevují se květiny převážně pocházející z našich končin, avšak v *obr. 42* autorka znázornila rostliny, které působí exotickým dojmem. Stromy, jež nejsou zakořeněny do země, budí dojem, jako by se jednalo pouze o **větve stromů**. Stejně tak spolu s květinami plní pouze dekorativní funkci, nejsou provázány s okolím. Motivy jsou strukturovány do širšího celku nebo jsou seřazeny do řetězce, jako je to možné vidět v *obr. 46*, kde ornamentizující květy růží lemují horní hranu plochy. Ornament obecně plní funkci bohatosti a zdobnosti, avšak svým „barevným neadresným křikem“ vzbuzuje napětí (Lhotová & Perout, 2018, s. 146). V této produkci je patrný **kontrast mezi strohostí bílých ploch a ornamentálními motivy**, jež mají zdobný charakter. Otázkou je,

jakou úlohu zde ornament plní – snaží se něco zakrýt či zamaskovat, nebo je využíván jako strategie něco přikrášlit? Obzvláště přitahuje pozornost **kytice** vyskytující se v **úrovni břicha** Růženky na *obr. 46*, kde bychom mohli uvažovat o souvislosti s tématem potravy v kontextu PPP.

Rovněž, jak již bylo uvedeno v předchozím textu, se v tvorbě autorky poměrně často objevují **pravé úhly** a to zejména v případě koláží (*obr. 40 a 41*). Symbolika pravého úhlu může vyjadřovat její touhu po přehlednosti a pořádku, stejně jako potřebu vytvářet strukturu a upřednostňovat logiku. Tyto prvky mohou odrážet **perfekcionistické sklony**, často spojované s PPP. Dále mohou naznačovat **snahu o kontrolu, pevné hranice** v osobním a profesním životě, nebo mohou symbolizovat **úsilí o stabilitu a bezpečí** v nestálém světě.

*Obr. 46 – Mia, 23 let. Šípková Růženka*



## Motiv potrawy

Rovněž se v obrazech objevují motivy spojené s **potravou**, a to především v kolážích. Autorka na potravu zastává **odlišné postoje**; z jednoho úhlu jídlo vnímá jako radost, kdy se zájmem objevuje nové chutě, navštěvuje kavárny a chodí na brunche, z druhého pólu pro ni jídlo představuje hrozbu. Jídlo tak dostává nálepkou protichůdných hodnot. V koláži, která je zaměřena na reprezentaci vlastního světa, má jídlo **pozitivní charakter**, zatímco ve „studené“ koláži (*obr. 41*) je vnímáno **negativně** jako „problém“ v kontextu PPP. Rovněž jsou objekty s tímto obsahem situovány do pravého rohu plochy, čímž je umocněna provázanost s tímto onemocněním, jak i v této souvislosti sama zmínila.

## 8. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo **prozkoumat výtvarný projev osob s PPP a způsob, jakým se toto onemocnění propisuje do jejich výtvarné tvorby**. Výzkum probíhal ve formě spolupráce se dvěma skupinami respondentek, které se lišily v organizačním modelu:

- **Skupina A:** Vzhledem k nemožnosti respondentek účastnit se skupinových setkání z důvodu velké vzdálenosti od místa bydliště probíhala výzkumná spolupráce individuálně. Výtvarná tvorba probíhala pouze v domácím prostředí bez mé přímé účasti. Byly jim poskytnuty instrukce a témata určená k výtvarnému zpracování. Předání výzkumných dat v podobě artefaktu proběhlo při závěrečném rozhovoru.
- **Skupina B:** Výzkumná spolupráce ve skupině B probíhala formou skupinových setkání zaměřených na výtvarnou tvorbu s následnou reflexí. Součástí této spolupráce byla i individuální výtvarná tvorba zadaná pro domácí zpracování. Sběr výzkumných dat proběhl formou předání výtvarných artefaktů v rámci závěrečného setkání.

Respondentky se nacházely v **různých fázích léčebného procesu** PPP. Žádná z respondentek se nenacházela v akutním stavu PPP. Většina respondentek disponovala určitou úrovní uměleckého vzdělání. Cílem spolupráce s oběma skupinami bylo shromáždit výzkumná data v podobě výtvarných artefaktů. Tato data sloužila jako

podklad pro analýzu výtvarného projevu osob s PPP a pro identifikaci typických rysů a výtvarných metafor, které se v jejich tvorbě objevují. Tyto cíle shrnuje následující výzkumná otázka:

**VO1: Jaké typické rysy či výtvarné metaforu se objevují ve výtvarné tvorbě osob s PPP?**

Analýza výtvarných artefaktů obou skupin ukázala, že se ve výtvarné tvorbě osob s PPP objevují následující charakteristické rysy, jež budou podrobněji popsány v jednotlivých oddílech zabývajících se různými prvky ve výtvarné tvorbě.

**Obecný charakter výtvarné tvorby**

Výtvarná tvorba autorek se vyznačovala značnou mírou **stylizace a schematizace**. Tyto tendence se projevily v simplifikaci detailů, zjednodušení tvarů objektů a figur a ve specifickém řešení prostoru. Důvody tohoto způsobu výtvarného řešení je možné interpretovat různě. Může odrážet časové limity při tvorbě, kdy bylo nutné přizpůsobit techniku a kompozici obrazu. Také může poukazovat na míru výtvarné neškolenosti autorek. Nicméně je důležité zvážit i hlubší psychologické aspekty. Stylizace a schematizace mohou sloužit jako používané strategie pro zvládnání různých životních zkušeností a situací. Výjimkou je výtvarné pojetí autorky Betty, která je výrazně orientována k **realistickému ztvárnění obrazu**.

Dále je přítomen **duální charakter** ve způsobu výtvarného zpracování námětů, který se projevuje **v polaritě mezi precizním zpracováním detailů některých částí a v řešení okolního prostoru**. Autorky se s velkou svědomitostí věnovaly zobrazení specifických detailů, ať už se jednalo o ornament, nebo figury, zatímco ostatní části obrazu zůstávají méně propracované, a v některých případech převládá prázdný prostor. Zaměření na detail v tvorbě může přinést pocit kontroly alespoň nad některou částí reality v tomto nepředvídatelném světě. Naopak bezradnost ve znázornění okolního prostoru nebo výskyt prázdné plochy v díle může odrážet potíže v souvislosti s uchopením komplexity celku. Současně se prolínají snahy o **realistické ztvárnění prostoru s abstrahujícími tendencemi**.

Ve způsobu výtvarného ztvárnění je zřejmá určitá míra **idealizace, naivity a infantilnosti**, které mohou reflektovat regresivní tendence nebo únik z tíživé reality, na což v podobném smyslu upozorňuje Vojtěchovská (2011). Tento styl může naznačovat touhu po návratu do dětství, kdy se jedinec mohl cítit bezpečněji a svobodněji, bez nutnosti nést určitou míru odpovědnosti, kterou si vyžaduje dospělý život.

Charakter výtvarné tvorby autorek se lišil v závislosti na typu PPP:

- **Anorexie nervosa (AN):** Tvorba osob s AN se vyznačuje silnou kontrolou a precizností. Dominantní je předkreslování tužkou, snaha o vyhnutí se rozpití barev, výskyt kontur a ohraničení, menší podíl vody a celkově spíše statický a méně dynamický charakter.
- **Bulimia nervosa (BN):** Tvorba osob s BN vykazuje dva protichůdné aspekty: kontrolu v podobě předkreslování tužkou a důkladného zpracování detailů, současně však projevuje uvolněnost při manipulaci s barvou. Tyto tendence odrážejí cyklické chování typické pro BN, které zahrnuje fáze s opakovanými epizodami přejídání následované snahou o vypuzení za účelem pročištění.
- **Binge Eating Disorder (BED):** Tvorba jedinců s BED se vyznačuje uvolněností, gestickým rukopisem, impulzivitou a dynamikou. Je patrná absence kontroly a převažuje impulzivní a chaotický přístup.

Autorky ve svých dílech patrně usilují o zachycení reálného prostoru. Snaží se o jeho konstrukci, znázornění kontextu a začlenění figurativních prvků do scény. Lze v nich pozorovat i snahu o vzájemnou propojenost objektů. Obrazy mají jasně definovanou a strukturovanou formu. Tímto se má zkušenost odlišuje od popisu Levens (1995), která ve své publikaci charakterizuje výtvarnou tvorbu v počáteční fázi práce s touto klientelou jako chaotickou, neukotvenou a postrádající formu. Otázkou je, jak tato odlišnost souvisí s fází léčby, ve které jsem pracovala s respondentkami. Žádná z nich se nenacházela v akutní fázi onemocnění, kdy může mít tvorba zcela jiný charakter.

## Pojetí lidské figury

V produkci autorek dominují **solitérní postavy**, které působí osaměle a izolovaně od svého okolí. Někdy se postavy objevují ve vícečlenné skupině, ale i v těchto případech je patrná absence vzájemného kontaktu. Tento jev dle mých hypotéz může symbolizovat **obtíže**, které tito lidé prožívají **v rovině vztahů a komunikace**. Strach z odmítnutí, stigmatizace a nepochopení ze strany druhých může vést k budování bariér v komunikaci a bránit navazování trvalých a smysluplných vztahů, jak rovněž uvádí ve své práci Vojtěchovská (2011). Solitérní postavy ve středu kompozice mohou odkazovat na **egocentrické ladění**, kdy jsou dotyční zaměřeni především na vlastní úhel pohledu a mají obtíže se vnímat perspektivou druhých, a to včetně obtíží s **přijetím a pozitivním hodnocením**. V některých obrazech je úplné **vynechání figurativních prvků**. Tento jev může odrážet **hledání vlastního sebeurčení**.

V zobrazení **tělesného schématu** převládá **stylizace a schematizace**; v některých případech dochází k redukci, kdy je tělo složeno z geometrických tvarů, převážně **oválných forem**. Poměrně často se objevuje **ztvárnění celých postav**, které jsou však většinou otočeny **zády k divákům**, což je do určité míry skrývá a činí je záhadnějšími. Rovněž jsou znázorněny pouze **fragmenty některých částí těla**. **Identita postav se jeví nejasně** z několika důvodů. Postavy jsou velmi často různými způsoby skryty, buďto již zmíněným natočením zády k divákům, nebo zahalením do drapérie či jiné příkrývky. Co se týče velikosti postav, v některých obrazech se objevují velmi drobné postavy, které není možné blíže identifikovat. Naopak jsou také znázorněny zvětšené detaily fragmentů částí těla, jako jsou ruce nebo nohy, což rovněž znesnadňuje identifikaci postavy. Kromě toho je obtížné určit okolí, do kterého je postava zasazena. Dle mé hypotézy toto výtvarné řešení může vycházet z **absence reálné představy o podobě vlastního těla**, což může souviset s mírou rozvinutí sebepojetí, jak podobným způsobem naznačuje i Vojtěchovská (2011) nebo Levens (1995).

**Výraz tváře je potlačený nebo opět skrytý** např. prostřednictvím vlasů. V případě, že jsou obličejové rysy zobrazeny, je většinou postava zachycena se **zavřenými očima**, čímž se postava jeví jako **snící či spící**. Tyto prvky mohou dle mého dojmu symbolizovat únik do fantazie, pauzu od okolního světa nebo odstup od emočního prožívání. Rovněž tento

projev může odrážet míru zranitelnosti, tendence k idealizacím, naivitě či infantilnosti. Dle mého úsudku absence zobrazení nebo skrytí tváře může vycházet z **pochybností nebo zmatenosti ohledně definice vlastní identity**. Taktéž může reflektovat neochotu představit se okolí, nebo aspekty zastírání či tendence se něčemu vyhýbat, jak rovněž upozorňuje Vojtěchovská (2011).

Autorky, které se potýkaly s onemocněním **BN a BED**, často využívaly **kontury** k vymezení hranic tělesného schématu, což na poli metafory lze vnímat jako **potřebu ochrany před impulzivními tendencemi, které mohou vést k přejedení**. Postavy v těchto produkcích jsou často ztvárněny pomocí oblých linií nebo oválných tvarů, které se do sebe choulí. Tento způsob vyjádření může evokovat potřebu bezpečí, uzavření se do sebe nebo navrácení se k sobě samé. Zatímco u autorek již majících zkušenost s **AN hranice těla splývají s pozadím**, jako v případě produkce Emy. Ztráta hranic těla u AN může symbolizovat **zpochybnění tělesného schématu a rozostření vnímání sebe sama**, jak rovněž uvádí Levens (1995).

Postavy **postrádají svůj stín**, což může dle mé hypotézy naznačovat **odmítnutí určitých aspektů osobnosti**, ať už vědomých nebo nevědomých. To zahrnuje vnímání vlastních nedostatků a částí, které jedinec považuje za nepřijatelné. Absence stínů tak může symbolizovat nízké sebevědomí a problémy v oblasti identity. Tento jev může reflektovat perfekcionistické tendence a touhu po dokonalosti, kde absence stínů značí snahu o dosažení bezchybnosti a vyhýbání se chybám či nedostatkům. Takový přístup může pramenit z vnitřního tlaku, vnějšího hodnocení nebo pocitu nutnosti splňovat očekávání druhých. Tyto tendence a pocity jsou často přítomny u osob trpících PPP. Chybějící stíny mohou také naznačovat nestabilitu a neschopnost nalézt pevné místo v životě.

### **Výtvarné řešení prostoru**

V obrazech převládá značná **plošnost**, která v mnoha případech pramení z dvojrozměrného členění prostoru s absencí třetího plánu. Výtvarné řešení s akcentovaným dějem v prvním plánu a převážně barevným pozadím může navozovat **dojem plakátu**. Toto kompoziční řešení může rovněž odrážet **postoj k budoucí**



**perspektivě**, která se v současnosti jeví jako znepokojivá či ohrožující. V takovém případě se pozornost úzce soustředí na aktuální dění, které je do jisté míry možné ovlivnit. Obavy z neznámého a nového se u osob s PPP vyskytují běžně, a proto u nich často převládá tendence lpět na starém a osvědčeném, jak uvádí Vágnerová (2014). Výjimku tvoří kompoziční řešení **v tvorbě Betty**, kde se objevuje **trojrozměrné členění prostoru s využitím lineární perspektivy**. Tato odlišnost od prací ostatních respondentek, které se držely spíše plošného a dvourozměrného zobrazení, otevírá otázku vlivu vyhrazeného času na tvorbu a míry tlaku na dokončení obrazu. Betty zmínila, že tvorbě obrazů obvykle věnovala více než tři hodiny, zatímco ostatní respondentky, i v domácím prostředí, se držely limitu 1,5 hodiny. Nicméně i v obraze "Utajená místa", který Betty vytvořila během skupinového setkání v daném limitu, je patrné trojrozměrné členění prostoru s přítomnou iluzí hloubky. Rozdíly v kompozičním řešení u Betty a ostatních respondentek se tak mohou odvíjet od míry výtvarné školenosti. Zároveň tato odlišnost může poukazovat na téma pevné ukotvenosti v realitě a jasnosti v souvislosti s širším kontextem. Zároveň tato odlišnost může poukazovat na autorčinu schopnost pevného ukotvení v realitě a jasně vnímat souvislosti širšího kontextu.

Z kompozičního hlediska je v produkcích uplatňována **centrální kompozice** nebo se objevují prázdné středy, čímž vzniká v prostoru tzv. **lavor**. U autorek s BN a BED se častěji objevuje v tvorbě centrální kompozice, v jejímž středu je zasazena jedna figura, zatímco v tvorbě autorek s AN je častokrát přítomen lavor. Tento prvek může symbolizovat obsahy, kterým se dotyčná snaží vyhnout, nechce je řešit, nebo si je ani neuvědomuje. V dílech se objevuje několik směrů pohledu, avšak nejčastěji se uplatňuje **nadhled**. Tento způsob může symbolizovat potřebu mít kontrolu a přehled nad situací, což může vést k určité odosobnělosti. Kontrola a mít přehled o dění jsou často využívanými strategiemi v životech osob s PPP a to zejména v oblasti stravy či pohybu.

Rovněž jsou velmi často přítomná **bílá** nebo zcela **prázdná místa**, která jsou v některých případech nahodile vyplňována ornamenty různých forem. Tato prázdná či bílá místa mohou reflektovat určitou míru bezradnosti ve výtvarném řešení, nebo, podobně jako prvek lavoru, reprezentovat obsahy, které nejsou zvědomeny či je dotyčný nechce

otevřít. Podobně o tomto tématu pojednává ve své práci Vojtěchovská (2011). Prostor koláže je převážně tvořen motivy, kde převažuje pravý úhel, a jsou seřazeny do strukturované mozaiky. Rovněž se v dílech vyskytuje prvek armování, který bude podrobněji rozebrán společně s užitím prvků pravého úhlu v části – *Specifické prvky ve výtvarné tvorbě*.

Charakter výtvarného řešení prostoru autorek v závislosti na typu PPP:

- **Anorexie nervosa (AN):** V tvorbě Mii se objevují velké plochy prázdných míst, která jsou hluše zaplněna ornamentem různé formy. Ema primárně pracovala s výsekem detailních záběrů určitého objektu, okolí nám není zpřístupněno. V produkci Betty je plocha poměrně zaplněna a zároveň se objevují obrazy, kde převládá prázdno.
- **Bulimia nervosa (BN):** Výtvarné řešení prostoru v případě Amálie se vyznačuje duálním charakterem, který se projevuje v kontrastním zacházení s plochou obrazů. Některé obrazy působí přeplněně, až zahlceně, a vyvolávají dojem, že se daná scéna nevejde do formátu papíru. Na tento úkaz objevující se v tvorbě osob s BN poukázala rovněž Levens (1995). Zatímco v druhém případě se objevuje minimalistické zacházení s plochou.
- **Binge Eating Disorder (BED):** V případě Inés pozorujeme v obrazech přeplněnost a zahlcenost kompozice, která rezonuje s charakteristickými rysy autorky s BN.

### Užití barevné škály

Autorky obecně pracovaly s **rozmanitou paletou barev**, s odlišnostmi v závislosti na typu PPP. Naopak, podle Vojtěchovské (2011) se dle jejího výzkumu barevná škála u osob s PPP vyznačuje strohostí a minimalismem. Toto zjištění se liší od výzkumu Vojtěchovské (2011), která u osob s PPP zaznamenala spíše strohost a minimalismus v barevné škále. Dle mých hypotéz existuje několik možných vysvětlení. Ve své studii jsem se zaměřila na konkrétní skupinu respondentek s PPP, která se mohla lišit různými zkušenostmi, např. to, že každá z nich disponovala vztahem k výtvarné činnosti. Rovněž na preferenci barev mohla mít vliv fáze léčebného procesu, ve kterém se respondentky nacházely. Vnímání a užívání barev se v průběhu léčby PPP může měnit. V pokročilejší fázi léčby se může

paleta barev vykazovat pestřeji. Nicméně pro potvrzení této úvahy by bylo zapotřebí dalšího a hlubšího výzkumu.

U autorek s **BN** a **BED** se objevuje bohatá škála **sytych a intenzivních barev, s převahou teplých odstínů**. Tyto barvy mohou symbolizovat impulzivitu a vnitřní chaos, které jsou s těmito poruchami spojeny. Paleta barev v dílech autorek s **AN se liší v závislosti na jejich individuálním přístupu**. V případě Emy pozorujeme dominanci světlých barev, bílých odstínů a teplých tónů. Světlost barev tak může reflektovat nižší úroveň sebehodnocení a sebedůvěry, která je pro AN typická. Mia se odlišuje intenzivní sytostí barev a převahou prázdných bílých míst. Prázdná místa mohou reflektovat nejistotu ohledně vlastní identity v kontextu AN, podstaty nemoci a jejího vlivu na její osobnost. V kontrastu s tvorbou Emy a Mii se produkce autorky Betty vyznačuje užitím tmavých barev s převahou studených a monochromních odstínů. Tato paleta navozuje depresivní ladění, které může odrážet úzkostné a depresivní tendence, jež jsou u osob s PPP běžné.

Převahovala **preference barev**, které dle ontogenetického vývoje jsou typicky užívanými v **mladším věku**. Konkrétně se jedná o tyto barvy – **růžová, oranžová, žlutá, světle zelená a hnědá**. Tyto barvy mohou signalizovat určité regresivní tendence spojené s naivitou, infantilitou, emocionální regulací a zralostí, aspekty sebeprosazení, což jsou častá témata v rámci problematiky PPP. V tvorbě autorek bych ráda upozornila na opakovaný **výskyt barvy růžové**, která je často považována za symptomatickou barvu, pokud je nadměrně používána. Růžová může evokovat emoční regresi nebo naznačovat tendence k zakrývání či popírání určitých aspektů. V kontextu PPP může barva růžová odkazovat na nadměrnou pozornost na tělesnost a její podobu. Vojtěchovská (2011) ve své práci zvláště zdůrazňuje výrazné použití **oranžové barvy**, která je obecně spojována s oralitou, zvláště pokud onemocnění představuje aktuální téma. V mé vlastní studii jsem též pozorovala užívání oranžové barvy, avšak ne u všech respondentek; některé ji vůbec nepoužívaly. Některé autorky **odmítaly použití černé barvy nebo tmavých barev** obecně. Tento odpor vůči černé může signalizovat nižší schopnost vymezit se vůči okolí nebo obtíže ve vyjádření nesouhlasu. Rovněž odmítání černé může naznačovat tendence přizpůsobit se očekáváním okolí, touhu nenápadně zapadnout a nevyčnívat.

## Specifické prvky ve výtvarné tvorbě

**Ornament** představuje v tvorbě autorek významnou roli, jelikož se v nějaké podobě objevují v každém díle. Nejčastěji se jedná o stylizované květiny, rostliny nebo mladé stromky či větve stromů. Tyto ornamentální prvky plní funkci zdobnosti a bohatosti, avšak zároveň svou přítomností vyvolávají dojem napětí a tajemnosti. Ornament lze využít jako nástroj k zamaskování či skrytí některých aspektů, nebo naopak k přilákání více pozornosti. Objevuje se i ve zpracování Perníkové chaloupky, kde některé autorky dbaly na precizní ztvárnění perníkových tašek a další výzdoby chaloupky, například v podobě srdíček, vlnek a teček. Tyto prvky jsou rytmicky uspořádány vedle sebe do řetězce a někdy vytváří dojem rámu. Tento způsob zacházení s ornamentem může odkazovat na ritualizované až obsesivní tendence typické pro PPP. Opakování a řetězení ornamentálních prvků tak může symbolizovat rigidní chování a myšlení, které je s PPP spojováno, jak rovněž ve své práci dokládají González Vázquez a kolegyně (2021) a Vojtěchovská (2011).

V tvorbě autorek se poměrně často objevuje motiv **oblouku a kruhu**. Symbol oblouku může nést dvojí poselství: ochranu a bezpečí na jedné straně, izolaci a blok na straně druhé. Kruh či oblouk může představovat symbolické uzavření určitého cyklu, ale zároveň může vést k zapouzdření daných obsahů. Toto zdánlivě kontrastní pojetí může odrážet rigidní postoje a strach ze změny, které jsou charakteristické pro osoby s PPP. Motiv oblouku se často objevuje i ve vyobrazení kopců na horizontu. Oblé kopce či jiné oblé tvary mohou evokovat ženská ňadra, jež z vývojového hlediska mohou odkazovat na orální období, kdy je zásadním tématem vztah k primární pečující osobě a potravě. V některých případech se v artefaktech objevují špičaté hory, které stejně jako oblé kopce mohou souviset s tímto raným vývojovým obdobím, avšak tento motiv může naznačovat nestandardní průběh či situace a odkazovat tak na jistou nedosycenost či neuspokojení.

Dále je přítomen **symbol slunce**. Tento symbol nese komplexní symboliku s mnoha vrstvami významu. Běžně je spojován s otcovskou autoritou, mužským principem a autoritou v širším smyslu. Může také odrážet potřebu ocenění a uznání ze strany okolí. V kontextu tvorby autorek se vynořuje otázka, do jaké míry se autorky podřizují vnějším tlakům a očekáním? Rovněž může představovat určitou formu řádu a dohledu.

Rovněž je nápadná frekvence **pravého úhlu**. Ten se objevuje v tematických akvarelech zejména ve výstavbě architektonických konstrukcí a dalších architektonických prvků (např. okenní rámy, dlaždice, dřevěné obložení) a v podobě čtverců či obdélníků vystřižených motivů v kolážích. Pravý úhel může být interpretován jako symbol touhy po jasnosti, řádu a dokonalosti. Může odrážet potřebu autorek vnášet do svého světa strukturu a upřednostňovat racionalitu. Tyto motivy rezonují s perfekcionistickými tendencemi, které jsou často přítomné v kontextu PPP. Taktéž se v některých obrázcích autorek objevuje **motiv rámu**, který vytváří hranici mezi tím, co může být vnímáno jako nepřijatelné a obtížné k zpracování. V kontextu tvorby autorek může tato symbolika rámu odrážet proces zapouzdření daného obsahu. Na metaforické rovině tak rámování může vyjadřovat **nechuť či pocity neschopnosti něco změnit v již známém a ustáleném řádu**, stejně tak jak zmiňuje Vojtěchovská (2011). Tento rigidní postoj je **často zřetelný u jedinců s PPP**, kteří se v rámci léčebného procesu potýkají s **přijímáním reality a s nutností změnit své nezdravé vzorce chování**.

V kolážích se opakovaně objevuje fenomén začleňování **textového doprovodu**. Verbální prvek slouží k přímému sdělení a objasnění myšlenek a záměrů autorky, čímž se snaží zabránit reinterpetaci sdělení, jak rovněž uvádí González Vázquez a kolegové (2021). Podle mého názoru se v této potřebě začleňovat textové fragmenty může odrážet snaha o kontrolu, ve smyslu mít tedy vše ve své režii, což je velmi běžné jednání v kontextu PPP.

**Motiv potravy** je v produkcích zcela opomíjen, jak také ze své zkušenosti uvádí Vojtěchovská (2011). Výjimku tvoří koláže s názvy – *Můj svět*, *Studená koláž*, kde se objevují fragmenty s motivy vybraných potravin. Umístění těchto motivů je v některých případech více **skryté** a na první pohled je lze přehlédnout, přičemž autorky použily jen některé části výstřižku (obr. Betty a Emy). V jiných případech je motiv okamžitě **viditelný** a vystupuje z celkové kompozice koláže. Zajímavé je pojetí koláže autorky Mii, kde jsou dle jejího popisu výtvarně zastoupeny **protichůdné postoje vůči stravě**; z jednoho úhlu je jídlo vnímáno jako radost, z druhého pólu představuje hrozbu. Umístění motivů do **pravého dolního rohu** koláží může dle mého názoru naznačovat stálou přítomnost problematického vztahu ke stravě v kontextu PPP nebo aktuálnost tohoto tématu, což

může reflektovat snahu o zviditelnění této problematiky a apel na jeho vyřešení. Rovněž se může jednat o téma zkoumání či hledání identity v procesu oddělování se od PPP.

V kolážích některých autorek se také objevují motivy, které přímo **symbolizují jejich osobní zkušenost s poruchami PPP**. Mezi nejčastější zobrazené symboly patří **krejčovský metr**, který může představovat metaforu PPP. Může být tak ztělesněním vnitřního kritika dohlížejícího na dosahování vysokých výkonů, perfekcionistické tendence, nutkavou potřebu kontroly nad vlastním vzhledem i životním stylem, a také tlak na dodržování společenských norem spojených s ideálem krásy. Dále se objevují zejména u autorek s AN **motivů tělesných partií** reprezentující jejich vnímání tělesnosti. Dle jejich komentářů tyto symboly odkazovaly na strach a averzi z plnějších křivek, zobrazení tělesných částí, se kterými nejsou spokojené a kontrast mezi vnímanou nedokonalou realitou a dokonalou představou o tom, jak by tato část měla vypadat. Zahrnutí těchto motivů do koláží může dle mých úvah odrážet úroveň nadhledu autorek, jejich schopnost vnímat a reflektovat své onemocnění, a míru otevřenosti, s níž sdílí své zkušenosti s PPP.

### **Postoj k výtvarné tvorbě v rámci výzkumu**

Přístup respondentek k výtvarné tvorbě byl ovlivněný řadou faktorů, včetně individuálních preferencí, prostředí a vyhrazeného času. V rámci skupiny B se dvě ze tří respondentek vyjádřily, že se jim lépe tvořilo v kolektivu skupiny během vyhrazených bloků na výtvarných setkáních. V tomto prostředí vnímaly podporu a sounáležitost od ostatních respondentek, oceňovaly možnost sdílení a vzájemné inspirace. Domácí prostředí pro ně naopak představovalo větší překážku. Zmínily potíže s vyhrazením si času a prostoru pro tvorbu, častěji pociťovaly samotu a demotivaci. Ve skupině A, kde respondentky tvořily primárně v domácím prostředí, rovněž zmiňovaly potíže s vyhrazením dostatečného času na tvorbu v každodenním životě plném povinností. Navíc pro ně bylo problematické vypořádat se s vymezeným časem určeným k tvorbě a najít vhodnou polohu pro své výtvarné vyjádření.

**Omezený čas** vyvolával **tlak u respondentek v obou skupinách**, bez ohledu na to, zda tvořily v domácím prostředí nebo během skupinových setkání. Tato situace je přivedla

ke konfrontaci se svými vnitřními nároky na výkonnost, perfekcionistickými tendencemi a tématem kontroly. Většina respondentek se potýkala s dilematem, jakým způsobem uchopit výtvarné zpracování tak, aby dílo dokončily, a zároveň uspokojily své vlastní nároky na sebe a svou práci. Zpočátku pro ně představoval omezený čas značný stres a diskomfort, avšak u mnoha z nich se postupně rozvinula schopnost pracovat v časovém limitu a obrazy včas dokončovat. Tlak, se kterým se respondentky setkaly, můžeme vnímat jako paralelu s tlakem, který se běžně objevuje **v krizových situacích, které mohou vést ke vzniku PPP**. Krize různého charakteru nás často staví do pozice, kdy musíme rychle reagovat a dělat důležitá rozhodnutí v omezeném čase. To může vést ke stresu, úzkosti a pocitu zahlcení. Schopnost zvládat tlak a pracovat efektivně i v náročných podmínkách je proto klíčová pro překonávání krizových situací. V tomto ohledu může výtvarná činnost v omezeném čase sloužit jako cenný trénink pro zvládnutí těchto náročných situací.

Kromě tlaku plynoucího z omezeného času se u většiny respondentek, a to zejména na počátku spolupráce, projevovala i **vnitřní nejistota** ohledně jejich tvorby. Tato nejistota se projevovala v porovnávání se s ostatními, ať už ve způsobu vyjadřování se o svém díle, nebo v jeho hodnocení. Tato tendence k porovnávání úzce souvisela s tématem vlastního **sebehodnocení a sebevědomí**. Mnoho respondentek bylo k sobě velmi kritických, a to především v případě, že výsledné dílo nesplnilo jejich vlastní představy. Z literárních pramenů González Vázquez a kolegové (2021); Levens (1995) vyplývá, že porovnávání se s ostatními a nízké sebehodnocení jsou běžnými jevy u osob s PPP v souvislosti s jejich výtvarnou tvorbou.

Zajímavé bylo sledovat **postoj respondentek k doporučeným pokynům** v souvislosti s výtvarnou tvorbou. Některé je striktně dodržovaly, i když jim dané instrukce nevyhovovaly a měly možnost se na mne v případě potíží kdykoliv obrátit. Naproti tomu některá z respondentek se pokynů nedrželala a tvořila si dle vlastního uvážení. Tento kontrast odhaluje postoj respondentek k autoritám a obecně k požadavkům od okolí. Zda striktní dodržování pokynů některými respondentkami pramenilo z potřeby zavděčit se lektorovi, je otázkou, která se naskýtá. Jak zdůrazňuje Levens (1995), tendence k zavděčení se autoritě je u některých jedinců s PPP běžným jevem.



V souvislosti s **výběrem témat** určených pro výtvarné zpracování se u respondentek projevila **různorodost postojů**. Některé respondentky s nadšením vnímaly pohádkové a mytologické náměty, stejně jako témata inspirovaná aktuálními událostmi. Uváděly, že právě tyto náměty byly pro ně příjemnější, než kdyby se výběr zaměřoval přímo na jejich osobní život. Naopak jiné respondentky vyjádřily negativní pocity ohledně volby pohádkových témat, která považovaly za příliš infantilní, což se odrazilo i na jejich motivaci k výtvarné činnosti. Z deseti nabízených témat bylo vybráno pět primárních. Cílem bylo, aby se respondentky zaměřily alespoň na tato témata, s možností zpracovat i všechna ostatní, pokud by na to měly dostatek prostoru. Jedna z respondentek vyjádřila frustraci z omezení primárními tématy. Chtěla se více věnovat tématům mimo tento výběr, ale bohužel na ně nenašla dostatek času.

**Při používání akvarelové techniky se všechny respondentky setkávaly s obtížemi.** Mnohé z nich uvedly, že si k této technice nedokáží najít cestu. Většina respondentek měla předchozí zkušenosti s osobní tvorbou za použití suchých technik nebo s olejovými či akrylovými barvami, které umožňují více kontroly nad tvůrčím procesem. Toto zjištění je v souladu s poznatky Vojtěchovské, která rovněž upozorňuje na **preferenci suchých technik** u osob s PPP. Akvarelová technika pro ně představovala značnou výzvu. Některé respondentky, zejména s AN, velmi těžce nesly rozpíjení barev na papíře a snažily se tomu různými způsoby zabránit, např. používáním menšího množství vody. Jejich díla pak působila dojmem, jako by byla vytvořena jinou technikou, např. pastelem. V tomto kontextu se projevila **silná potřeba kontroly**, která je u osob s PPP typická. Z mého pohledu je technika akvarelu velmi účelná pro konfrontaci s těmito tématy, jako je sebekontrola a perfekcionismus. Oproti akvarelu se osvědčila **technika koláže**, která vzbudila u všech respondentek velký zájem. Koláž pro ně představovala snadnější cestu hledat a skládat již předem předtištěné motivy a tvořit z nich libovolné kompozice na plochu papíru.

**Na konci spolupráce respondentky vnímaly tvorbu jako způsob relaxace**, kterého se jim v běžném životě nedostávalo. I přes počáteční nepříjemné pocity a potíže s tvorbou se jim postupně podařilo překonat zábrany a začaly s větší lehkostí improvizovat. Tímto způsobem pro ně výtvarná činnost představovala zajímavou a obohacující zkušenost.

## Závěr diskuze

Na závěr této diskuze bych ráda shrnula hlavní **přínosy a úskalí**, které můj výzkum přináší. Tato práce se snaží podrobněji popsat výtvarný projev a charakteristické rysy výtvarné tvorby osob s PPP, čímž přispívá k hlubšímu pochopení této problematiky. Co se týče potenciálních úskalí mého výzkumu, zařadila bych sem skutečnost, že jsem pracovala s poměrně malým vzorkem respondentek. Pro hlubší a komplexnější porozumění by bylo nezbytné zapojit větší vzorek respondentů a sledovat je po delší dobu, aby bylo možné upřesnit a potvrdit některé zjištěné poznatky.

Vzhledem k poznatkům z mého výzkumu bych se v případě budoucích výzkumných aktivit zaměřila výhradně na práci s respondentkami, u nichž existuje **možnost pravidelných osobních setkání, ať už skupinových či individuálních**. Tato forma práce by respondentkám umožnila sdílet své zkušenosti v komfortním a podpůrném prostředí, čímž bychom společně snáze hledaly konstruktivní řešení v případě obtíží. Pokud by osobní setkání z objektivních důvodů nebyla realizovatelná, navrhla bych alespoň pravidelné schůzky v online prostoru. Jsem přesvědčena, že zavedení pravidelných setkání by vedlo k výraznému snížení komplikací a zajistilo by hladší a efektivnější průběh celého výzkumného procesu. Rovněž bych upravila formát úvodního dokumentu s pokyny pro domácí tvorbu týkající se volby témat. Respondentkám bych již ponechala **volnost výběru ze tří konkrétních námětů** pro každé téma dle jejich preferencí (např. 1. téma ke zpracování: Perníková chaloupka / Barvy podzimu / 30. říjen).

V souladu s mými zkušenostmi s akvarelovou technikou bych zvažovala **začlenění kombinované techniky koláže a akvarelu**, zejména na počátku spolupráce s osobami s PPP. Tato technika umožňuje pracovat s fragmenty vystřižených motivů, které lze dotvářet pomocí akvarelu. Tím se otevírá prostor jak pro kontrolu, kterou klient na začátku spolupráce může silněji vyžadovat, tak pro náhodu a uvolnění. Zároveň tak vzniká prostor pro postupné budování vztahu k akvarelové technice. V počátečních fázích léčebného procesu je dále možné zvážit **kombinaci akvarelu s jinými technikami** (práce s pastelem či s akrylovými barvami).

Výtvarná činnost podle mého názoru představuje velice podnětnou součást léčebného procesu u PPP z mnoha důvodů. Tato bakalářská práce může sloužit jako **výchozí bod pro další výzkum v oblasti výtvarného projevu osob s PPP**. Nabízí různé úhly pohledu na produkci této skupiny a může tak přispět k hlubšímu pochopení jejich tvorby. Věřím, že tato práce může sloužit jako inspirace pro další výzkumy v oblasti arteterapie a PPP.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce byl podrobný výzkum výtvarného projevu a specifických rysů v tvorbě osob s poruchami příjmu potravy (PPP). V úvodu teoretické části byl vymezen kontext období mladé dospělosti, ve kterém se pohybovaly respondentky studie. Tato část sloužila jako úvodní rámec pro pochopení kontextu životního období zkoumaných osob. Následující část práce se již věnovala tématu PPP v širším kontextu, s cílem přiblížit problematiku tohoto onemocnění. Z velké části byla pozornost soustředěna na etiologické faktory, které mohou přispívat ke vzniku či relapsu PPP. Dále byla představena forma a možnosti léčebného programu pro PPP. Poté se práce zaměřila na bližší pohled v souvislosti s arteterapií a jejím potenciálním využitím v léčbě PPP, včetně možných přínosů této formy terapie. V neposlední řadě byly zmíněny poznatky z literatury, které se zabývají využitím arteterapie a potenciálními přínosy v rámci léčby PPP. Dále byly představeny zkušenosti odborníků z praxe, kteří se zabírají i charakterem výtvarného projevu osob s PPP, čímž je rozšířena perspektiva odborného pohledu na tuto problematiku.

Náplní praktické části bylo prozkoumání výtvarného projevu osob s PPP a snaha popsat jeho specifické rysy. Za účelem dosažení cílů práce byla organizována spolupráce s celkem pěti respondentkami, které byly rozděleny do dvou skupin. S jednou skupinou proběhlo několik pravidelných skupinových setkání, což přispělo k hlubšímu porozumění zkoumané problematiky. Výstupem této spolupráce s oběma skupinami byly vzniklé artefakty, sloužící pro výzkumné účely této práce. Organizace spolupráce byla strukturovaná do několika částí – uskutečnění úvodních individuálních rozhovorů, skupinová setkání (pouze u jedné skupiny), prostor pro domácí výtvarnou tvorbu, závěrečný rozhovor s každou ze zúčastněných. Rozhovory sloužily k navázání bližšího kontaktu a vzniku bezpečného prostoru pro sdílení osobních příběhů v kontextu PPP. Závěrečný rozhovor sloužil k reflexi nad vzniklými artefakty a dojmy z konceptu spolupráce. Dále v praktické části byla přiblížena organizace a struktura obou skupin, charakter skupinových setkání, volba témat a používaných technik. Následně byly popsány kazuistickou formou artefakty všech respondentek, kde byly zkoumány individuální charakteristické rysy ve výtvarné tvorbě. Tato analýza poskytla hlubší vhled

do výtvarného projevu každé z respondentek. V rámci diskuze byly shrnuty poznatky z kazuistik a hledány jak rozdíly, tak i podobnosti mezi jednotlivými výtvarnými produkcemi.

Tato bakalářská práce přispívá k rozšíření povědomí o problematice PPP a o výtvarném projevu osob s PPP. Zároveň otevírá prostor pro další zkoumání v této oblasti. Pokud by tento výzkum pokračoval, bylo by vhodné jej rozšířit o větší počet respondentů a provádět jej po delší časový horizont. Bylo by rovněž zajímavé zaměřit se konkrétně na mužskou populaci potýkající se s PPP v různém věkovém rozmezí. Další oblastí výzkumu by mohlo být podrobné zkoumání role otce ve vztahu k dceři či synovi a jeho případného vlivu na vznik PPP. Detailnější prozkoumání by mohlo přinést důležité poznatky pro pochopení rodinné dynamiky a jejího vlivu na vznik tohoto onemocnění.

Bakalářská práce tak zdůrazňuje důležitost výtvarného projevu jako cenného nástroje pro pochopení vnitřního světa osob s PPP a otevírá cestu pro další výzkum v této oblasti.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

American Art Therapy Association. (2022). *About Art Therapy*.  
<https://arttherapy.org/about-art-therapy/>

American Psychiatric Association. (2023). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424865>

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>

Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood in Europe: a response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9, 111–123.

Arnett, J. J. (2010). Oh, grow up! Generational grumbling and the new life stage of emerging adulthood - Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 89–92. <https://doi.org/10.1177/1745691609357016>

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>

Bettelheim, B. B. (2017). *Za tajemstvím pohádek*. Portál.

Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.

Bryant, E., Spielman, K., Le, A., et al. (2022). Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 10, 78.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00597-8>

Bucharová, M., Malá, A., Kantor, J., & Svobodová, Z. (2020). Arts Therapies Interventions and Their Outcomes in the Treatment of Eating Disorders: Scoping Review Protocol. *Behavioral Sciences*, 10(12), 188. <https://doi.org/10.3390/bs10120188>

- Costandache, G., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B., & Cozmin, M. (2023). An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: Pharmacology and psychotherapy. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 32(1), 40-48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
- Dempsey, A. (2010). *Umělecké styly, školy a hnutí*. Slovart.
- Dingemans, A. E., & van Son, G. E. (2017). Eating disorders in males. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 175-185. <https://doi.org/10.1002/erv.3028>
- Eren, N., Tunc, P., & Yücel, B. (2023). Effect of a Long-Term Art-Based Group Therapy with Eating Disorders. *Medical Humanities*, 49(4), 576–582. <https://doi.org/10.1136/medhum-2022-012573>
- Erikson, E. H. (2022). *Dětství a společnost*. Portál.
- Fairburn, C. G., Carter, K. L., & Hay, P. (2004). The role of life transitions in relapse of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 229-236.
- Ferreira, I. M. S., Souza, A. P. L. D., Azevedo, L. D. S., Leonidas, C., Santos, M. A. D., & Pessa, R. P. (2021). The influence of mothers on the development of their daughter's eating disorders: *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 48(4), 168-177.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
- Frisch, M. J., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2006). Arts-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14(2), 131–142.
- Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. (Ed.), *Poruchy příjmu potravy*, (s. 123–132). Grada.
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., & et al. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8, 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>



Gombrich, E. H. (1997). *Příběh umění*. Argo.

González Vázquez, K. Y., Bermúdez Mendoza, A. L., Velasco Villavicencio, C. J., & Rueda Espinoza, K. M. (2021). Programas de intervención del Psicólogo Infantil en la atención de niños y adolescentes, procesos y metodologías. *Polo del Conocimiento*, 6(11), 1654–1667.

Goossens, L., Braet, C., Van Durme, K., Decaluwé, V., & Bosmans, G. (2012). The Parent–Child Relationship as Predictor of Eating Pathology and Weight Gain in Preadolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(4), 445–457. DOI: 10.1080/15374416.2012.660690

Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K. B., & Cotchett, M. (2021). Effectiveness of Art Therapy for People with Eating Disorders: A Mixed Methods Systematic Review. *The Arts in Psychotherapy*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101859>

Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K. B., & Cotchett, M. (2023). Art Therapy and Eating Disorders: A Mixed Methods Feasibility Study. *The Arts in Psychotherapy*, 82, 101994. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.101994>

Gussak, D., & Rosal, M. (Eds.). (2015). *The Wiley Handbook of Art Therapy* (1st ed.). Wiley. <https://www.perlego.com/book/992674/the-wiley-handbook-of-art-therapy-pdf>

Hall, J. (2008). *Slovník námětů a symbolů ve výtvarném umění*. Paseka.

Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

Hunter, M. (2012). *Reflections of Body Image in Art Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. <https://www.perlego.com/book/950982/reflections-of-body-image-in-art-therapy-exploring-self-through-metaphor-and-multimedia-pdf>

Chvála, V. & Trapková, L. (n.d.). *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému*. <https://www.lirtaps.cz/poruchy-prijmu-potravy-z-hlediska-vyvoje-rodinneho-systemu/>

Jeffrey, S., & Heruc, G. (2020). Balancing nutrition management and the role of dietitians in eating disorder treatment. *J Eat Disord*, 8, 64. DOI: 10.1186/s40337-020-00344-x

Kouřilová J. & Mazehóová Y. (2023). Terapeutické aspekty práce s kolážemi. In Y. Mazehóová, (Ed.), *Koláž jako nástroj (arte)terapie a sebepoznání* (s. 99–106). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta.

Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>

Krch, F. D. (2005a). Vymezení poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. (Ed.), *Poruchy příjmu potravy*, (s.15–22). Grada.

Krch, F. D. (2005b). Etiologie a komorbidita. In F. D. Krch, (Ed.), *Poruchy příjmu potravy*, (s. 57–69). Grada.

Kuric, J. (2001). *Ontogenetická psychologie*. CERM.

Kyzour, M. (n.d.). *PhDr. Milan Kyzour, zakladatel rožnovského arteterapeutického pojetí*. <http://www.arteterapiecb.cz>

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.

Levens, M. (1995). *Eating Disorders and Magical Control of the Body: Treatment Through Art Therapy*. Routledge

Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>

Lhotová, M. (2010). *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. Jihočeská univerzita.

- Lhotová, M., & Perout, E. (2018). *Arteterapie v souvislostech*. Portál.
- Liebmann, M. (2005). *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci* (1. vydání). Portál.
- Malchiodi, C. A. (2007). *Expressive Therapies: history, theory, and practice*. The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2023). *Handbook of Expressive Arts Therapy*. The Guilford Press.
- Maloney, M., & Kranz, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Lidové noviny.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Millová, K. (2016). Mladá dospělost. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje*, (s. 117–140). Karolinum.
- Millová, K., & Svárovská, Š. (2020). Čtvrtživotní krize, její výskyt a prediktory u českých mladých dospělých. *Psychologie A Její Kontexty*, 11(2), 73–90. <https://doi.org/10.15452/PsyX.2020.11.0011>
- Ministerstvo spravedlnosti ČR. (2012). *Občanský zákoník*, § 30 odst. 1.
- Misluk-Gervase, E. (2020). The Role of Art Therapy in Eating Disorder Advocacy. *Art Therapy*, 37(4), 194–200. <https://doi.org/10.1080/07421656.2020.1823783>
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333–1349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. CERM.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Psychiatrické centrum.

Papežová, H. (2018a). Diagnostika poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění. In H. Papežová, (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*, (s. 122–134). Mladá fronta.

Papežová, H. (2018b). Poradenské a léčebné programy pro poruchy příjmu potravy: remise, invalidizace, chronický průběh a nedobrovolná léčba. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*, (s. 432–484). Mladá fronta.

Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* (1. vyd.). Togga.

Perout, E. (2005). *Arteterapie se zrakově postiženými*. Okamžik.

Perout, E. (2023). Koláž jako výrazový prostředek a její využití v arteterapii. In Y. Mazešová, (Ed.), *Koláž jako nástroj (arte)terapie a sebepoznání*, (s. 9–35). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta.

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Pasparta.

Rabin, M. (2003). *Art Therapy and Eating Disorders: The Self as Significant Form*. Columbia University Press.

Robbins, A., & Wilner, A. (2001). *Quarterlife crisis: The unique challenges of life in your twenties*. J. P. Tarcher/Putnam.

Robinson, O. C. (2019). A longitudinal mixed-methods case study of quarter-life crisis during the post-university transition: Locked-out and locked-in forms in combination. *Emerging Adulthood*, 7(3), 167–179. <https://doi.org/10.1177/2167696818764144>

Robinson, O. C., & Wright, G. R. T. (2013). The prevalence, types and perceived outcomes of crisis episodes in early adulthood and midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 37(5), 407–416. <https://doi.org/10.1177/0165025413492464>

Russell, H., Aouad, P., Le, A., et al. (2023). Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*, *11*, 175. DOI: 10.1186/s40337-023-00886-w

Sala, M., Keshishian, A., Song, S., Moskowitz, R., Bulik, C. M., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2023). Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *158*, 281-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.002>

Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, *35*(6), 362–371.

Smolak, L., Striegel-Moore, R., & Levine, M. (2013). *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders* (1st ed.). Taylor and Francis.

Sudres, J.-L., Bordet, A., & Brandibas, G. (2020). Art Therapy and Eating Disorders: Follow-Up Evaluation. *Annales Médico-Psychologiques*, *178*(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.006>

Šicková-Fabriciová, J. (2016). *Základy arteterapie*. Portál.

Švancara, J. (1986). *Kompendium vývojové psychologie: [určeno pro posl. fak. filozof.]* (4. vyd.). SPN.

Švaříček, R., & Šed'ová, K., et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt* (1. vyd.). Portál.

Trapková, L., & Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří* (1. vyd.). Karolinum.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Vojtěchovská, Š. (2011). *Arteterapie jako jeden z léčebných nástrojů v kontextu poruch příjmu potravy* [Bakalářská práce, Jihočeská univerzita]. <https://theses.cz/id/rxma6q/?lang=en>

Wade, T. (2021). Eating disorders in young people. In. A. Young (Ed.), *Youth mental health* (1st ed.), (s. 287–298). Taylor and Francis. <https://www.perlego.com/book/2039015/youth-mental-health-approaches-to-emerging-mental-illhealth-in-young-people-pdf>.

Young, A., Cotter, J. & McGorry, P. (2021). Transition to adulthood: the changing landscape. In. A. Young (Ed.), *Youth mental health* (1st ed.), (s. 3–12). Taylor and Francis. <https://www.perlego.com/book/2039015/youth-mental-health-approaches-to-emerging-mental-illhealth-in-young-people-pdf>.

Zibrinyiová, V., & Ráčzová, B. (2016). Kríza mladého věku – nový fenomén? *Psychologie a její kontexty*, 7(2), 3–14.

3pe (n.d.). *Vznik PPP*. <https://www.3pe.online/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Amálie, 27 let – výstup z rozhovorů

**Příloha č. 2:** Betty, 30 let – výstup z rozhovorů

**Příloha č. 3:** Ema, 22 let – výstup z rozhovorů

**Příloha č. 4:** Inés, 29 let – výstup z rozhovorů

**Příloha č. 5:** Mia, 23 let – výstup z rozhovorů

**Příloha č. 6:** Informovaný souhlas (skupina A)

**Příloha č. 7:** Informovaný souhlas (skupina B)



## **PŘÍLOHA Č. 1: AMÁLIE, 27 LET – VÝSTUP Z ROZHOVORŮ**

### **Úvodní rozhovor**

Amálii je 27 let a již deset let se potýká s PPP, konkrétně s mentální bulimií. Ke zvědomení onemocnění došla v nedávné době v prostředí psychoterapeutického sezení. Předtím si neuvědomovala, že by se problematika PPP týkala přímo jí osobně. V současnosti je nynější stav stabilizovaný a je schopna od situace poodstoupit a mít nadhled.

### **Rodinný a sociální kontext**

Amálie vyrůstala jako nejstarší spolu se třemi sestrami a svou matkou. Její rodiče se rozvedli, když jí bylo 15 let. Než k tomu došlo, domácí prostředí bylo velmi konfliktní kvůli závislosti jejího otce na alkoholu. Pravidelně docházelo k domácímu násilí a konfliktu mezi jejím otcem a matkou. V období 6-12 let převzala roli a zodpovědnost za péči o své sourozence i za svou matku. Zároveň se starala o svého otce, když byl pod vlivem alkoholu. Chování svého otce vnímala jako společenskou normu, nikoliv jako výjimku. Dle jejich slov: *„Byla jsem malá a nerozuměla jsem tomu, co se děje. Myslela jsem si, že tyto situace se vyskytují ve všech rodinách, že je to v pořádku. Nevnímala jsem to traumaticky, možná proto, že jsem si to nemohla dovolit“*. S oběma rodiči je dodnes v kontaktu a v určitých intervalech je navštěvuje. Vztah s otcem udržuje s důvodu, jak sama zmínila: *„protože si uvědomuji, že v jiné situaci bych žádného mít nemusela“*. Dodnes jsou okolnosti, které nedokáže přijmout, jako např. to, že jeho jednání ovlivnilo zdravotní stav její matky. Amálie svou matku popisuje jako velmi úzkostnou a starostlivou. Od dětství do jejích 15 let měly mezi sebou blízký a vřelý vztah, což změnil až její přestup na střední školu, kdy se zároveň odstěhovala na internát. Být mimo domov a bez své matky pro ni představovalo náročnou změnu.

Společně jsme rovněž zkoumaly, jaký zastávala její rodina postoj k tělesnému vzhledu a jakým jazykem se k tomuto tématu vyjadřovala. Zmínila, že tělesné změny některých členů rodiny nebo blízkých osob z jejich okolí se běžně stávaly předmětem společných konverzací. Konkrétně uvedla příklad, kdy velmi často docházelo k porovnávání

tělesného vzhledu mezi její matkou a tetou. Matka byla velmi štíhlé postavy, zatímco teta se vždy konfrontovala se svým vzhledem a snažila se svou podobu regulovat prostřednictvím diet.

Mimo jiné se Amálii od rodiny dostávalo vysoké podpory. Vždy ji povzbuzovali, že dosáhne čehokoliv, co si předsevzala, a věřili, že dosáhne vysokého úspěchu. Měla vynikající prospěch, na základní škole byla premiantkou. Vnímala, že na ni rodina kladla velké ambice a měla vysoká očekávání. Na jednu stranu si takového přístupu vážila, ale zároveň cítila tlak a také ji to děsilo, z důvodu jak dle svých slov popsala následovně: *„Měla jsem strach, že se vydám špatnou cestou a zklamání je“*.

### **Vznik a průběh onemocnění PPP**

Amálie onemocněla mentální bulimií ve věku 17 let ve třetím ročníku na střední škole. Od dětství měla od přírody velmi štíhlou postavu. V období 10 let se potýkala s vážnými zdravotními problémy související s její nízkou hmotností, kterou zapříčinilo odmítání stravy a minimální energetický příjem. Tento stav byl konzultován s pediatrem, avšak přesná příčina se nezjistila. V prostředí školy se často kvůli své štíhlé postavě stávala předmětem komentářů svých spolužáků, kteří ji nazývali „anorektičkou“ či „striptérkou“.

Co se týče jejího pohledu týkajícího se její štíhlosti, nikdy jí nevěnovala zvláštní pozornost až do návratu ze svého tříměsíčního pobytu v USA. Po druhém ročníku během letních prázdnin tam odjela za účelem brigády. Tehdy jí bylo 17 let. Po svém návratu se setkala s babičkou, která nevědomě poznamenala: *„Ty jsi se vypěknila“*, přičemž Amálie významu této věty nejdříve nepochopila. Později jí došlo, že tím měla na mysli: *„Ty ses zakulatila“*. Tato poznámka se jí bez většího vědomí hluboce vryla do paměti a zpětně tento moment považuje za jeden z klíčových spouštěčů PPP. Zmínila, že si do té doby nebyla vědoma změn své tělesnosti a necítila potřebu se tímto zabývat. Po této zkušenosti se u ní začal projevovat strach z cestování, protože jej spojovala s rizikem možného navýšování hmotnosti.

V průběhu třetího ročníku se snažila o redukci své váhy prostřednictvím zvýšené fyzické aktivity a omezením kalorického příjmu. Postupně svou váhu snížila a na babiččinu

poznámku postupně zapomněla. Více se svou tělesností nezabývala. Zvrat nastal v prvním ročníku na vysoké škole. V závěrečném ročníku na střední škole se ocitla před těžkým rozhodováním ohledně směru své budoucnosti. Zatímco ostatní spolužáci měli již jasnou představu o svém dalším směru, ona si nebyla jistá ničím. Váhala mezi volbami jít studovat na univerzitu nebo nastoupit do zaměstnání. Tento významný přechodový milník v ní vyvolával strach z dospělého života, což si dokázala uvědomit až zpětně. Také nechtěla zklamat očekávání svého okolí.

Úspěšně odmaturovala jako premiantka a pokračovala na vysoké škole ve studiu oboru, jehož daná náplň ji nezajímala. Studium dle svých slov brala na lehkou váhu. Toto období popsala jako období zábavy, kdy se často účastnila večírků, návštěv barů a konzumovala velké množství alkoholu. Docházela na přednášky jen minimálně, přičemž primárně toužila po zábavě. Pociťovala nedostatek vedení a struktury, podle které by se mohla řídit, a cítila se ztraceně. Výzvu pro ni představovalo zimní zkouškové období, během kterého si uvědomila, že se nadále nechce věnovat studiu a vynakládat energii na zkoušky z předmětů, na které vlastně ani nechodila. Následně se rozhodla opustit studium a v rámci au-pair programu odjet do Německa, kde strávila devět měsíců. Během pobytu se cítila velmi nešťastně. Vnímala silnou vnitřní prázdnotu a samotu. Rovněž si opětovně vzpomněla na babiččinu poznámku pronesenou po jejím návratu z USA. V souvislosti s tím se automaticky začala obávat navýšení její váhy. Zde se poprvé projevily epizody přejídání v kombinaci s požíváním alkoholu a následným zvracením. Docházelo k tomu zejména večer, když měla volný čas po celém dni stráveném pečováním o přidělené děti. Také zmínila, že se tak dělo v případech, když neměla domluvený nějaký program. Na své jednání nedokázala nahlédnout jako na rizikové a nebezpečné pro její fyzický i psychický stav. Nyní s odstupem vnímá, že tímto způsobem potlačovala své vnitřní pocity prázdnoty a emoce, kterým nechtěla čelit.

Během tohoto těžkého období se snažila před svým okolím předstírat šťastný a vyrovnaný život. Přestože se na povrchu snažila udržet svou štíhlost a šťastný vzhled, skutečnost byla zcela odlišná. Sdílela fotografie, na kterých se stále snažila usmívat a vypadat tak, že si vše užívá, aby tím volala závist. Prioritou bylo udržet si štíhlý vzhled svého těla, protože štíhlost se pro ni stala synonymem štěstí. Skutečnost však byla

odlišná - za touto maskou se skrývala zraněná a osamělá osoba, která se potýkala s vnitřními konflikty a nepohodlím. Později navázala svůj první vážný vztah s partnerem, se kterým se společně vrátili do ČR, kde nastoupila do nového studia na vysoké škole. Rovněž se s partnerem rozhodli pro společné bydlení. Vztah postupně ztrácel na stabilitě kvůli intenzivní podezřívavosti a žárlivosti ze strany partnera. Situace u Amálie vyústila do psychických potíží, které měly podobu depresivních stavů a silného nechutenství k jídlu. Později začala hladovět, následkem čehož se dostala na svou nejnižší váhu ve svém dospělém životě. Se svým stavem se neobrátila na odbornou pomoc. Celkově vztah trval dva roky s několika rozchody, nežli došlo k definitivnímu konci.

Po rozchodu následovalo období, kde většinu času trávila ve společnosti přátel. Navázala několik dalších vztahů, z nichž jeden skončil během jejího dalšího půlročního pobytu v zahraničí. Tato událost ji velmi zasáhla a vyvolalo to v ní podobné pocity, které zažívala během své cesty poslední. Na základě těchto faktorů se u ní objevila recidiva bulimie. Opět propadla přesvědčení plynoucím ze strachu z přibírání na váze. Dostala se do zacykleného kola, kde se střídaly etapy přejídání, požívání většího množství alkoholu s následným pročišťováním. V tomto období dle jejích slov: *„jsem zažila nejtěžší momenty v životě, přepadaly mne depresivní stavy, které v jedné situaci vygradovaly impulzivním sebepoškozováním. Potřebovala jsem pomoc, ale nebylo na koho se obrátit. Kamarádka, která tam byla se mnou, se rozhodla vrátit zpět do ČR a já na vše zůstala sama.“*

Později se rozhodla vrátit do ČR, kde následně poznala svého budoucího manžela. Její stav se celkově ustálil. Zmínila, že obecně když měla s někým vážný vztah, neměla tendence se přejídat a následně se pročišťovat. V tomto období se přihlásila do předchozího studia, kde jí byly uznány splněné předměty. Později i plánovaně otěhotněla a těsně před porodem se jí podařilo úspěšně absolvovat studium. Strach z přibývání na váze se po dobu těhotenství nevyskytoval. Zmínila, že těhotenství bylo jediné období, kdy jí tato tematika netrápila a neměla potřebu se kontrolovat. Co se týče mateřství, po náročném porodu přišel první rok plný výzev. Během období na rodičovské dovolené se potýkala s několika relapsy v souvislosti s bulimií. Na základě jiných potíží se rozhodla vyhledat psychoterapeutickou pomoc. Vystřídala několik terapeutů, než cítila, že jí někdo naslouchá.

## **Nynější stav**

V současnosti již skoro rok dochází na psychoterapeutická setkání, kde je velmi spokojená. Poprvé zde byly rozklíčovány a pojmenovány potíže v souvislosti jejího vztahu ke stravě. Bylo to poprvé, kdy si uvědomila, že má problém s PPP. Předtím si neuvědomovala, že její stravovací chování je problematické a že ho lze zařadit mezi PPP. Svými slovy dodala: „*Myslela jsem si, že to tak dělá někdy každý, že když se přejí jídlem, tak jej vyzvrací*“. V období našeho prvního rozhovoru nastoupila znovu do zaměstnání, rovněž začala distančně studovat a současně otěhotněla. Nacházela se ve velmi náročné situaci, kterou postupně ustálila tak, aby se v ní cítila více komfortně.

## **Závěrečný rozhovor**

Amálie považovala svůj čas věnovaný výtvarné činnosti za hodnotný a inspirativní. Tento proces jí otevřel nové možnosti a přinesl hlubší porozumění nejen vlastní tvůrčí práci, ale i sobě samé. Byla vděčná za vymezený čas, ve kterém se mohla věnovat tomu, co ji baví. Během této spolupráce si velmi oblíbila techniku akvarelu, která jí poskytla nové možnosti vyjádření. Také jsme během naší závěrečné reflexe došly k zajímavé úvaze, týkající se souvislosti mezi autorčiny emocemi a použitými barvami v její tvorbě. Zjistily jsme, že preferuje používání tmavších a chladnějších barev (*obr. 2*), když se v sobě cítí klidně a v souladu. Naopak, když prožívá určité obtíže nebo nepohodlí, inklinuje ke světlejším a teplejším odstínům, jak je možné vidět na *obr. 6*. Komentovala to slovy: „*když jsem v klidu, nacházím energii a kompetence k tomu, abych se věnovala obtížnějším tématům a aktivně je řešila.*“ Také si uvědomila, že nyní na sebe klade příliš mnoho závazků a potřebuje tyto aktivity postupně regulovat.

## **PŘÍLOHA Č. 2: BETTY, 30 LET – VÝSTUP Z ROZHOVORŮ**

### **Úvodní rozhovor**

Betty je 30 let a potýká se s atypickou mentální anorexií přes deset let. Dodnes se potýká s recidivními stavy, poslední se objevil na jaře roku 2023. V současné době však není v akutní fázi onemocnění. Při našem prvním setkání byla Betty na nemocenské dovolené a uvažovala o změně zaměstnání. Nyní se účastní ročního programu komunitní rehabilitace.

### **Rodinný a sociální kontext**

Vyrůstala v úplné a stabilní rodině. Nemá sourozence. Vztahy s oběma rodiči popsala jako bezpečné a vřelé, bez vážnějších konfliktů. Pouze v období puberty docházelo k nejasnostem a určitým konfrontacím. V době, kdy onemocněla, byli již od začátku oba rodiče informováni o jejím stavu, nicméně až před rokem se odhodlala s nimi sdílet podrobnější informace. Předtím je nechtěla zatěžkávat podrobnostmi o potížích, kterým čelila. Vysvětlila to slovy, že když se pokusila mluvit více otevřeně o své situaci s matkou, velmi se jí to emočně dotýkalo. V počáteční fázi onemocnění bylo obtížné s nimi komunikovat o tom, co se v ní odehrává. Betty to připsala nedostatku relevantních informací, což se postupem času změnilo a rodina se začala lépe orientovat v její situaci. Ptala jsem se, zda někdy byla konfrontovaná ze strany rodiny nevhodnými poznámkami ohledně své osobnosti nebo body image, na což mi odpověděla, že se s tímto nesešla a naopak ji rodina ve všem podporovala. V sociální oblasti má několik blízkých přátel, se kterými udržuje důvěrné vztahy.

### **Zájmy**

Betty se od svých 16 let aktivně věnuje výtvarné tvorbě. Je samouk a upřednostňuje suché techniky, jako jsou pastelky, tužka a uhel, rovněž pracuje s akrylem a dalšími materiály. Zaměřuje se na portrét, krajinomalbu, zátiší a další formy, ve kterých se snaží o iluzivnost a realistické ztvárnění. Během své výtvarné cesty čelila několika krizím, které však vždy překonala. Aktivně se účastní rozmanitých kurzů krajinomalby v terénu a sleduje práci různých umělců. Zvažovala možnost žít se touto činností, ale nakonec

se rozhodla, že by příjmem nepokryla veškeré potřebné náklady na žití. Místo toho uvažuje o vedení výtvarných kurzů pro seniory nebo dospělé, přičemž nechce pracovat s dětmi. Mimo jiné se věnuje sportu, zejména běhu. Také má ráda dlouhé procházky po městě nebo v přírodě. Rovněž se zajímá o anglický jazyk, hudbu a psychologii. Kromě toho pravidelně dochází jako dobrovolník do psích útulků.

### **Vznik a průběh onemocnění**

Betty onemocněla ve svých 19 letech v prvním ročníku na vysoké škole. Nicméně první příznaky začala vnímat již v 17 letech, když studovala na gymnáziu. Myslí si, že možným spouštěčem by mohla být situace, kdy ji odmítl chlapec, který se jí líbil. Z této zkušenosti si vydedukovala, že byla odmítnuta, protože není dostatečně štíhlá. Dříve se tímto faktorem nezaobírala. Ve školním prostředí se nesečkala se šikanou nebo nevhodnými poznámkami o jejím body image, přesto zmiňuje, že někteří spolužáci ji kvůli štíhlosti označovali za „anorektičku“. Ona to však vnímala jako projev závidi, neboť si uvědomovala, že mnozí z nich sami nedosahovali podobné štíhlosti. Betty svou štíhlost vnímala jako výhodu, kterou by si ostatní přáli mít. Dle jejích slov „*byla jsem štíhlá, i když jsem se ve stravování neomezovala*“. Po absolvování gymnázia odešla na vysokou školu. Původně se hlásila na umělecký obor, kde bohužel neuspěla. Původně se chtěla pokusit o přijetí další rok, ale nakonec tuto verzi zavrhl. Při náročném studiu jí nezbýval čas na vlastní výtvarnou tvorbu.

Před nástupem na vysokou školu se rozhodla během prázdnin odjet na několik měsíců do Londýna, kde si našla práci v restauraci. Pobyť v Londýně se jí velmi zalíbil, přesto se i cítila velmi osamocně, rovněž také musela vyjít s omezeným finančním rozpočtem. Mimo práci se velmi často procházela po městě a objevovala místní kulturu. Postupně kvůli pracovní zátěži začala vynechávat jídlo a v kombinaci s vyšší mírou pohybu u ní došlo k váhovému úbytku, který u ní vedl ke zvýšení sebevědomí a sebehodnoty. Jak sama popsala: „*měla jsem pocit, že jsem byla více nezávislá a dokážu se postarat sama o sebe*“. Následovně po návratu zpět do České republiky nastoupila na vysokoškolské studium, kde se necítila spokojená. Studium a nové prostředí na kolejích jí nepřinášely radost. Cítila, že nikam nezapadá, ani mezi kolektiv zapálených studentů. Pocit odlišnosti

ji provází už od dětství, ačkoliv doufala, že na vysoké škole se to změní. Nakonec zjistila, že realita vysokoškolského studia neodpovídá jejím očekáváním.

Změny v životním stylu přinesly pro Betty nové výzvy, zejména co se týká pohybu. Zatímco v Londýně dlouhé procházky sloužily jako prostředek k regulaci váhy, nyní se její životní tempo diametrálně změnilo. Dlouhé hodiny strávené ve škole jí zamezily v aktivním pohybu a nedostatek času na sportovní aktivity ji vedl k pocitu ztráty kontroly nad svou váhou. V reakci na to začala vynechávat jídlo a začala chodit na koleji pěšky, čímž chtěla i minimalizovat strávený čas na pokoji, kde se necítila dobře. Postupně se její váha rapidně snižovala, což začalo ovlivňovat i její zdravotní stav. Popsala to následně: „*cítila jsem se jako v mlze, byla jsem utlumená a nesoustředěná, nevnímala jsem své okolí*“. Její stav měl negativní dopad nejen na její studijní výkony, ale i na osobní vztahy. Okolí vyjadřovalo obavy ohledně výrazné štíhlosti jejího těla, ona však svou změnu nevnímala.

Svým stavem se začala vážně zabírat až poté, co se vypravila na gynekologii kvůli ztrátě menstruačního cyklu, kde jí lékař vysvětlil, že to může být způsobeno velmi nízkou váhou. Následně si půjčila odbornou knihu zaměřenou na téma PPP, v jejíž pasážích se našla. Následně se rozhodla konzultovat svou situaci s psychiatrem, který jí diagnostikoval atypickou mentální anorexii. Nacházela se v akutní fázi onemocnění, ale přesto nebyla hospitalizovaná. Léčbou procházela sama bez vnější podpory. Po dobu dvou měsíců docházela pravidelně na kontroly k psychiatrovi, se kterým nebyla spokojená. Z toho důvodu se rozhodla lhát o svém psychickém stavu, protože i přes váhový přírůstek se stále necítila lépe. Po ukončení péče se rozhodla další pomoc nevyhledat. Podporu našla na zahraničních webových stránkách věnující se PPP, kde podrobně popisovali problematiku a způsoby léčby PPP. Z těchto informací čerpala inspiraci pro postup ve své samoléčbě. Postupně zvyšovala svůj energetický příjem, což vedlo k náhlému přírůstku váhy. Tento stav však vyvolal nervozitu, ale věděla, že je to nutné k vyléčení onemocnění. Po této fázi se dostavilo ještě několik recidiv, které dle jejích slov měla komplikovanější charakter, nežli první fáze onemocnění. Častěji se objevovaly nutkavé tendence a rituály spojené s pohybem a se stravováním. Uvedla



příklad: „každý den jsem musela udělat 200 angličáků za každého stavu a přes to nejel vlak“. Orientovala se dle vymezených hranic a pravidel, nastoupila větší kontrola.

Kvůli charakteru onemocnění musela prodloužit i své studium na 7 let. V posledním ročníku čelila dalšímu relapsu, který byl způsobený přetrvávajícím stresem z dokončení studia a rozhodováním o budoucím zaměstnání. Nechtěla pokračovat ve stejném oboru, ale zároveň nevěděla, čemu jinému by se mohla věnovat. Po úspěšném absolvování studia nakonec přijala práci ve svém původním oboru, kde pracovala do letošního roku. S absolvováním studia přišlo mnoho změn. Osamostatnila se a začala bydlet sama v jiném městě. V novém zaměstnání se však nenacházela spokojenost, zejména kvůli problematickému pracovnímu kolektivu tvořenému především starými muži, kde se setkávala s nevhodnými poznámkami na její osobu. Rovněž se opět potýkala s pocitem, že nikam nezapadá. Tato situace vyústila v další recidivní stav minulý podzim, který nakonec vedl k jejímu rozhodnutí změnit zaměstnání během pobytu na nemocenské dovolené.

### **Nynější stav**

Betty již čtvrtým rokem navštěvuje psychoterapeutická sezení, předtím také docházela do programu nutriční terapie, kde jí pomohli nalézt balanc v oblasti stravování. Během posledního relapsu se zapsala do denního stacionáře, mimo jiné zvažovala žádost o hospitalizaci, k čemuž nedošlo. Dle jejích slov „myslela jsem si, že můj stav není tak vážný, protože nebyl kontinuální ale proměnlivý“. Nyní zjistila, že i přesto bylo možné o hospitalizaci požádat. Na mou otázku, zda dokáže odhalit, jaké jsou spouštěče onemocnění, odpověděla: „myslím si, že mezi klíčové faktory patří pocit samoty a nejistoty v souvislosti se začleněním se do společnosti a rovněž strach ze změny“. Kromě toho své onemocnění vnímá jako prostředek, který jí poskytuje pocit kontroly a bezpečí v určitých situacích. Při našem prvním setkání se snažila podnikat kroky ke změně. Chtěla se pokusit najít si zaměstnání, které by jí alespoň z části naplňovalo, jako např. lektorování výtvarných kurzů pro seniory nebo překlady anglických textů. V současné době absolvuje roční program v komunitní rehabilitaci, jak již bylo uvedeno v úvodní části textu.

## **Závěrečný rozhovor**

Betty zmínila, že si během naší spolupráce mnoho věcí zvědomila a získala o sobě nové poznatky. Vnímá svou motivaci u sebe něco změnit a pracovat na svém seberozvoji. Účast na výzkumu hodnotila jako velmi zajímavou zkušenost, díky níž mohla na sebe pohlédnout z jiné perspektivy. Rovněž byla vděčná, že se touto cestou znovu navrátila ke své výtvarné činnosti.

## **PŘÍLOHA Č. 3: EMA, 22 LET – VÝSTUP Z ROZHOVORŮ**

### **Úvodní rozhovor**

Emě je 22 let. Momentálně studuje dvouoborové studium na vysoké škole. Před 7 lety onemocněla mentální anorexií. Akutní fázi se jí podařilo překlenout a nyní je v relativně stabilním stavu. Nicméně stále u ní převládají tendence mít své tělo pod kontrolou. Její stav se liší podle toho, jak se vnitřně cítí. Uvedla, že spíše než s anorexií se nyní potýká s ortorexií.

### **Rodinný a sociální kontext**

Ema během všedních dní bydlí na koleji a na víkendy se většinou vrací ke své matce, se kterou žije. Také má dva sourozence - mladšího bratra a nevlastní sestru ze strany otce. Rodiče se rozvedli, když jí bylo 5 let a obě děti následovně zůstaly v péči u matky. Zpočátku trávily čas u otce ve stanovené dny. Jejich otec žil s novou partnerkou, která se k nim nechovala dobře. Její jednání bylo odměřené, chladné a někdy až útočné. Docházelo i k pravidelnému slovnímu napadání, při kterém jejich otec nikdy nezasáhl. Ema to popsala tak, že se cítili nevítaní. Při návštěvách velmi často cítila strach a úzkost. Později otce z těchto důvodů přestali navštěvovat a vedlo to k vzájemnému odcizení. Ema zmiňuje konkrétní situaci, kdy došlo k rozhodnutí otce nenavštěvovat; jednalo se o náročnou situaci, ve které ji slovně atakovala otcova partnerka. Z celého konfliktu jí

bylo po psychické stránce velmi špatně. Měla pocit, jako by se v tom prostředí dusila a musela ihned odejít. Šla si zaběhat, což předtím nedělala. Tuto zkušenost považuje za jeden z možných faktorů, který přispěl k rozvoji PPP. Kontakt s otcem po nějaké době znovu navázala a hledají si k sobě cestu. Mají více společných zájmů a témat, o kterých spolu rádi mluví, zejména během jejich pravidelných hovorů.

Vztah s matkou charakterizovala jako blízký, láskyplný a vřelý. V jakékoli situaci se na ni může obrátit. V současné době prochází náročnějším obdobím, kdy cítí určitou vzájemnou odcizenost. V souvislosti s onemocněním je pro ni významnou oporou. Její matka jako první zpozorovala Eminu změnu a nabídla jí pomoc. Společně hledaly možnou léčebnou pomoc. Ema o své matce mluvila jako o krásné a silné ženě, která je pro ni vzorem. Přesto její matka na sebe pohlíží z negativního úhlu, ať už v souvislosti se vzhledem nebo s úrovní svých schopností a hodnot. Také zmínila, že po celý svůj život drží různé diety. Emu to velmi mrzí a snaží se jí její tvrzení vyvracet a chválit ji. S širší rodinou udržují poměrně blízké vztahy, zejména zmiňuje vztah s babičkou z otcovy strany.

V rámci sociálních vztahů jsme hovořily o období studia na střední a vysoké škole. Po absolvování základní školy pokračovala na čtyřletém gymnáziu společně s nejlepší kamarádkou. Později procházela náročným obdobím, kdy se jejich přátelství proměnilo v psychickou šikanu, která se odehrávala ze strany kamarádky a dalšího spolužáka. Čelila konfrontaci s posměšnými a útočnými poznámkami, které se týkaly její sexuální orientace. Tato situace ji přivedla k vnitřnímu dilematu ohledně své identity a pocitu vlastní hodnoty. Cítila se ztraceně a nejistě. V druhém ročníku šikana utichla. Téma její sexuální orientace prosakovalo i do okruhu přátel. Byla přijímána, nicméně někdo prokazoval větší či menší pochopení. V období, kdy onemocněla, našla podporu u své kamarádky (zde ji budu oslovovat Jana), která procházela stejnou situací. Snažila se Emu podporovat a motivovat v léčbě. Jana později absolvovala hospitalizaci a po návratu se držela lékařských doporučení. Emu to velmi inspirovalo a na základě toho se rozhodla přistupovat k léčbě jiným způsobem.

Na vysoké škole se jí podařilo nalézt skupinu přátel, kteří přijímají a respektují celkovou její osobnost. I když je pro ni těžké otevřeně hovořit o svých problémech, postupně se učí akceptovat svou minulost a hledat podporu ve svém okolí.

## **Zájmy**

Ema se již od dětství zajímá o umění a výtvarnou tvorbu. Docházela na výtvarný kroužek a tvorbě se věnovala do 15 let. V tomto období u ní nastala výtvarná krize a tvorbě se již nevěnovala. Znovu svůj zájem o tvorbu probudila na konci posledního ročníku gymnázia, na základě čehož začala i uvažovat nad vysokoškolským studiem uměleckého oboru. S touto volbou nesouhlasili rodiče a nakonec se rozhodla pro studium jiného oboru, který studovala i její matka. Výtvarná tvorba se nicméně stala prostředkem k ventilaci jejích emocí a ve své aktivitě pokračuje dodnes. Zejména se věnuje olejomalbě a malbě akrylem. Rovněž se zajímá o literaturu, dějiny umění a cizí jazyky. Dříve pravidelně běhala a trénovala na půlmaraton, ale nedávno s tímto sportem skončila, protože cítila, že to dělá spíše z nutkavosti než z radosti. Plánuje si udělat pauzu a možná se k běhu vrátí, až najde rovnováhu.

## **Vznik a průběh onemocnění PPP**

Ema se poprvé s anorexií potkala ve věku 15 let. Za možný faktor, který přispěl ke vzniku onemocnění, považuje již zmiňovanou vzpomínku na konfliktní situaci, která se odehrála s otcovou partnerkou u nich doma. Dále poukázala na možnou souvislost s obdobím, kdy začala zkoumat svou sexuální orientaci, což vedlo k intenzivnímu vnitřnímu zmatku. V souvislosti se svým body image si přála, aby její tělo disponovalo mužskými liniemi. Zvažovala možnost chirurgického zákroku týkajícího se změny pohlaví, nicméně není zatím přesvědčena, že je to sto procentně to, co by si přála. Také zmínila, že již od dětství spíše navazovala vztahy s chlapci, u kterých našla více porozumění než u dívek. Její pohled na vlastní tělo začal během období puberty degradovat, což bylo provázeno vývojem ženských křivek vlivem hormonálních změn. Mentální anorexie se u Emy z počátku začala projevovat intenzivní kontrolou těla a své hmotnosti prostřednictvím pravidel a trestu, pokud nenaplnila své představy. Její náplň dne byla sestavena ze striktních rutin, mezi které patřil každodenní běh, po němž následovala studená sprcha

za každé situace (i přes fyzické nepohodlí) s cílem redukovat svou váhu. Podrobně kontrolovala svůj kalorický příjem, na základě čehož začala vynechávat konkrétní potraviny, zejména, jak nazvala, ty „nezdravé“. Následovně jednotlivé porce jídla nahrazovala žvýkačkami a Coca-Colou, což vnímala jako výhru.

Ema se řídila tvrdým režimem i v jiných oblastech, ve kterých očekávala výsledky nejen od svého těla, ale rovněž od svých schopností v rámci studia a dalších aktivit. Celé středoškolské období strávila v sociální izolaci od svých přátel. Mimo školní prostředí se s nikým nestýkala. Její denní režim začínal docházkou do školy, po návratu domů si šla lehnout z velké únavy, po probuzení si šla zaběhat, následovně se věnovala studijním povinnostem a poté šla spát. V rámci stravování se řídila konkrétními časy vyhrazenými na jídlo. Pokud nestihla jíst ve stanovený čas, už nic dál nejedla. V rámci porušení svých pravidel se trestala zařazením tréninku navíc, nebo omezením energetického příjmu. Značný problém představovalo stravování mimo bezpečí svého domova, např. zmínila rodinné oslavy. Svě potíže se snažila maskovat a sníst veškeré nabízené jídlo, v těchto případech se vyhýbala pouze sladkým nápojům.

Svému zdravotnímu stavu začala věnovat pozornost, až když se jednoho dne cítila velmi zle při návratu z běhu. V ten den si toho povšimla i její matka, která jí nabídla pomoc a podporu. Společně hledaly vhodnou odbornou péči, následně přes veškeré obtíže našly chápající dětskou psychiatricku, která Emě věnovala dostatek času i prostoru pro sdílení jejích pocitů. Zpočátku na léčbu reagovala velmi vzdorovitě, tento postoj zpětně reflektovala slovy: „*neuvědomovala jsem si závažnost situace a měla jsem pocit, že jsem na vše sama*“. Nedodržovala lékařská doporučení, při rozhovorech s lékařkou o jejím stavu se jí někdy vysmívala. Později se u ní začaly projevovat úzkostné a depresivní stavy, které bylo třeba léčit léky. Hrozila jí hospitalizace. Následně jí bylo doporučeno vyhýbat se kalorickým tabulkám, to však plně neřešilo problém, protože veškeré údaje znala nazpaměť. Dovedlo ji to k odměňování pomocí hrstí. Celkový zdravotní stav se odrazil i ve vystupování v prostředí školy, kdy kvůli únavě a úzkostem opakovaně odcházela ze zkoušek. Rovněž se onemocnění začalo projevovat na fyzickém stavu – trpěla silným padáním vlasů, bolestí zad a kloubů.

K zásadnímu obratu došlo ve čtvrtém ročníku, kdy se Ema rozhodla změnit svůj přístup k léčbě a začala spolupracovat se svou psychiatrickou. Motivací se pro ni stalo budoucí vysokoškolské studium, které vnímala jako příležitost uzavřít minulost a začít novou životní etapu. Po dosažení plnoletosti začala navštěvovat psychiatrickou ordinaci pro dospělé, kam dochází dodnes. Společně vytvořily léčebný plán, dle kterého měla Ema postupovat. Na základě toho začala 6× denně jíst, navýšovat energetický příjem potravinami, které považovala za „bezpečné“. Následně začala zařazovat i potraviny, kterým se dříve vyhýbala, např. mléčné výrobky, maso a sacharidy. S přechodem na vysokou školu si zachovala naučená stravovací pravidla, nicméně snížila počet denních porcí na tři denně. V souvislosti s pohybem se nadále věnovala běhu, který provozovala v různých intervalech.

### **Nynější stav**

Stále cítí potřebu mít kontrolu nad svým tělem. Její stav se odvíjí od toho, jak se cítí uvnitř sebe. Vnímá, že velkými tématy ve spojitosti s onemocněním jsou samota, sebekontrola a vysoké nároky na sebe. V rámci stravování se již neřídí podle striktně daných časů, do stravovacího plánu zařadila svačiny a jí 5× denně. Určité skupiny potravin stále považuje za „zakázané“ nebo „nezdravé“. V tomto případě jí pomáhá konzumovat tyto „zakázané“ potraviny v něčí společnosti, např. v kavárně, kde se setká s přáteli, si objedná cappuccino s koláčem, který si rozdělí mezi sebou. Stejně tak si občas dopřeje sklenku vína nebo džusu. Co se týče běhu, rozhodla se běhání omezit. Chce se k tomu navrátit, až v této oblasti nalezne balanc. Před měsícem a půl ukončila individuální psychoterapii, kam docházela po dobu jednoho roku. Zde se soustředili na přijetí svého těla, hodnot a podporu svého sebevědomí. V rámci péče byla spokojená, nicméně cítila, že se tématům PPP spíše vyhýbá a z toho důvodu dále zvažuje navštěvovat skupinovou psychoterapii orientovanou na problematiku PPP. V rámci léčebného procesu má dojem, že je nyní v mrtvém bodě, přála by si být už na jiné pozici. Je velmi motivovaná se posunout ve své cestě dál, myslí si, že právě skupinová terapie by jí v tomto směru mohla pomoci. Chtěla by tak překonat i svůj strach ze stigmatizace, otevírat toto téma s ostatními lidmi. Přála by si plně se uzdravit a navázat důvěrný a stabilní vztah.

## **Závěrečný rozhovor**

Spolupráci, která byla založena na výtvarné tvorbě, Ema popsala jako zajímavou zkušenost, kdy i za tak krátký čas se skrze tvůrčí proces na sobě pozorovala jisté změny v některých jejích postojích. Zmínila, že více dbá na signály potřeb, které k ní vysílá její tělo a je více schopna je vnímat. Rovněž se více do hloubky zamyslela nad otázkou týkající se genderu a tématu maskulinity, kdy si je v této oblasti více jistější. Nyní hledá cestu ke své autenticitě. Rovněž uvažuje nad možností znovu začlenit do svého režimu sport – konkrétně běh a fitness posilování. S tímto tématem ji provází obavy, aby sport neužívala jako nástroj k potrestání či kompenzaci v souvislosti se stravou.

Při tvorbě ji oslovil výběr předem daných témat, zvláště ta inspirovaná pohádkami, která považovala za příjemná. Ocenila, že témata nebyla přímo spojena s jejím osobním životem. Témata se jí malovala dobře, nevyvolalo to v ní žádné negativní pocity, pouze zmínila, že hůře se jí malovala témata „Perníková chaloupka“ a Šípková Růženka“. Naopak si velmi užila téma „Červená Karkulka“, které pro ni mělo zvláštní význam. Cestu k akvarelu si nenašla, ale přesto se chce nadále aktivně věnovat výtvarné tvorbě, protože považuje výtvarné umění za prostředek, skrze který může autenticky vyjádřit samu sebe.

## **PŘÍLOHA Č. 4: INÉS, 29 LET – VÝSTUP Z ROZHOVORŮ**

### **Úvodní rozhovor**

Inés je 29 let a narodila se ve východní Evropě. Před několika lety se rozhodla přestěhovat do České republiky za účelem vysokoškolského studia. V průběhu prvního ročníku se u ní objevily projevy psychogenního přejídání. Také jí v nedávné době bylo diagnostikováno ADHD, které dle jejího psychiatrického lékaře může být příčinou problematického vztahu ke stravování. Nyní jsou její obtíže v relativní rovnováze.

### **Rodinný a sociální kontext**

Inés vyrůstala v podporující rodině, se kterou dodnes udržuje vřelé vztahy. Má jednoho sourozence - mladší sestru. Její rodiče se před pár lety rozvedli, což na vztahu k oběma rodičům nic nezměnilo. Mají spolu úzký vztah. Svou rodinu vnímá jako zdroj podpory a bezpečí, na který se může vždy s důvěrou obrátit. Zejména vyzdvihla podporu v její matce v souvislosti s jejími potížemi ohledně PPP. Když se Inés matce svěřila, čemu čelí, sama měla zájem této problematice porozumět a na základě toho si začala zjišťovat informace. V průběhu života s rodiči neproběhly vážnější konflikty. Rodina jí velmi kvůli vzdálenosti chybí a snaží se je dle svých možností navštěvovat. Co se týče rodinného vztahu ke stravování, nevzpomíná si, že by ji někdo konfrontoval s nevhodnými poznámkami či ji do jídla např. nutil. Rovněž se nesešla s negujícími poznámkami mířenými na její vzhled či osobnost.

V sociální oblasti nemá problém navazovat vztahy s novými lidmi, je velmi společenská a komunikativní osobnost. Ve svém prostředí má několik důvěrných přátel, se kterými udržuje úzké vazby a cítí se v této oblasti spokojeně. I přestože je obklopena lidmi, se kterými sdílí různé aspekty svého života, o problematice PPP se často nesvěřuje.

### **Zájmy**

Inés se aktivně zajímá o umělecký svět v jeho širokém spektru odvětví. Umění a kultura jsou nedílnou součástí jejího života. Rovněž se sama věnuje výtvarné tvorbě. Ráda navštěvuje výstavy v galeriích a muzeích, divadelní i hudební představení a v poslední



době ji nadchla kinematografie 80. a 90. let. Kromě toho se pravidelně věnuje tanci. Ve svém volném čase ráda čte různé publikace, zajímá se o historii a sleduje dění ve světě.

### **Vznik a průběh onemocnění**

Rozhodnutí odejít studovat do ČR pro Inés přineslo mnohé náročné změny a výzvy. Opustila svůj domov a rodinu, odešla do země, kde neovládala místní jazyk a nikoho neznala. Vše si budovala od základu. Postupně si našla bydlení a zaměstnání na částečný úvazek. Rovněž si našla přátele. Studium ji velmi naplňovalo a cítila se v této oblasti spokojeně.

Během tohoto období plné změn se u ní začaly projevovat příznaky psychogenního přejídání. PPP u Inés začaly prosakovat v podobě vynechávání jídla kvůli nechuti, které později přešlo v následné konzumování násobně větší porce než za obvyklé situace. Docházelo tak k přejedení, po kterém se dostavily pocity viny a zacyklené výčitky. Nepreferovala některé konkrétní potraviny, v ten daný moment snědla to, co bylo v dosahu. Tyto tendence se cyklicky opakovaly – nechut se střídala s vlčím hladem. Také zmínila, že se tímto jednáním nesnažila potlačovat své emoce ani se prostřednictvím jídla vyrovnat s vypjatými situacemi. V těchto situacích se emoce v podstatě nezvědomovala. V rámci jejího vztahu ke stravování, jídlo vnímá spíše jako palivo potřebné pro správné fungování organismu, nežli jako zdroj potěšení. Z toho důvodu nerada jedla ve společnosti ostatních lidí, protože se cítila nepříjemně, když si ostatní jídlo vychutnávali a ona ke stravě zastávala jiný postoj. Dle jejích slov to v ní vyvolávalo dojem: *„že je se mnou něco špatně, když k jídlu přistupuji tímto způsobem“*. Také zmínila časové vytížení, které jí bralo čas na přípravu a plánování stravy. Následkem tohoto chování u ní došlo v tomto období k silnému úbytku váhy, načež ji upozornila její kolegyně na univerzitě. Svou změnu dokázala reflektovat, nicméně přesto ještě nedokázala tento stav propojit s potížemi plynoucími ze stylu stravování.

V tomto čase se shodou okolností účastnila přednášky o tématu PPP. Důvodem její účasti bylo dle jejích slov: *„cítila jsem obavu, že by se toto téma mohlo týkat někoho z mého okolí a chtěla jsem být o problematice PPP více informovaná“*. Na základě toho odhalila, že PPP se týkají i jí osobně. Následně se rozhodla situace řešit a navázala vztah s neziskovou organizací, která se věnuje osvětě PPP a v rámci svých služeb pomáhají

osobám nalézt a zprostředkovat vhodný léčebný program (psychoterapie, nutriční terapie, atd.). Inés začala docházet na nutriční terapii a rovněž měla zájem o psychoterapeutická sezení, která bohužel kvůli přeplněným kapacitám nebylo možné uskutečnit. Postupně se její stav stabilizoval. Nutriční terapie jí pomohla lépe naslouchat potřebám svého těla, uvést do rovnováhy její stravovací návyky a vytvořit vhodnější skladbu denního jídelníčku. Cítila se mnohem lépe a následně spolupráci ukončila.

Za nějaký čas opět došlo v jejím životě k významným změnám. Během studia měla možnost nastoupit na plný úvazek do prestižního zaměstnání, kterou přijala. Z toho důvodu požádala o individuální formu studia, které v této kombinaci bylo i tak náročné plnit. Také se stěhovala se svou spolubydlící do nového bytu. Na základě všech událostí začala pociťovat silné změny ve svém emočním rozpoložení. Později musela s těžkostí studium ukončit a vyrovnat se s touto skutečností. V návaznosti na to se u ní projevil depresivní stav. Neváhala kontaktovat psychiatrického lékaře, který jí následně potvrdil tuto diagnózu. V rámci léčby jí byly nasazeny medikamenty, které měly vliv na zvyšování její tělesné hmotnosti. Na začátku si své tělesné změny nevšimla, až po čase, což pro ni bylo obtížné přijmout a ztotožnit se svou novou podobou. Následně jí bylo diagnostikováno ADHD, s čímž se i dostavila podstatná úleva. Tento fakt jí pomohl lépe porozumět svému vnitřnímu nastavení i prezentování ve vnějším světě. Při konzultaci s lékařem jí bylo vysvětleno, že deprese i PPP mohou být následkem onemocnění ADHD. Rozhodla se pro změnu v některých životních oblastech, kdy sama k sobě přistupuje s větší laskavostí a péčí.

### **Nynější stav**

Inés došla do bodu, kdy se učí sžít se svým tělem a přijímat jeho nynější podobu. Vztah ke stravování je v podstatě stabilní. Etapy psychogenního přejídání se v podstatě nevyskytují, jen ve výjimečných případech. Nicméně kvůli užívaným lékům určeným pro léčbu ADHD cítí, že její chuť k jídlu je tlumena. Během dne nemá potřebu obědvat nebo svačit. Snaží se více dbát na kvalitu a skladbu přijímané stravy. V nynější době se více zamýšlí nad konceptem mindfulness stravování v porovnání se svým nastavením vztahu ke stravě. Vnímá v této oblasti určitý společenský tlak, kdy někteří lidé hlásají, že člověk si má jídlo vždy vychutnat, být při konzumování stále v kontaktu sám se sebou a užívat i

jeho samotnou přípravu. Svými slovy zmiňuje: „*Dokážu si vychutnat šálek kávy nebo i některé jídlo, jen to není po celou část dne a za každé situace. Zkrátka to jinak nelze, znamená to tedy, že mé stravování je špatné?*“. V závěru otevřela téma související s kladenými nároky ze své strany a vyplývající mírou své sebehodnoty, čemuž jsme se více věnovaly v závěrečném rozhovoru.

### **Závěrečný rozhovor**

Inés ocenila příležitost účastnit se této spolupráce na výzkumu, díky níž získala zajímavou zkušenost. Avšak přistupovala k této aktivitě spíše jako k povinnosti, což se projevilo v menší míře reflexe a zamyšlení nad procesem samotným. Zjistila, že preferuje malování v domácím prostředí, kde nepocítovala takový tlak na čas, jaký zažívala při skupinových sezeních. Těší ji, že se díky této zkušenosti znovu trochu vrátila k malování. Zjistila však, že technika akvarelu jí nevyhovuje, a raději preferuje tvorbu grafiky.

## **PŘÍLOHA Č. 5: MIA, 23 LET – VÝSTUP Z ROZHOVORŮ**

### **Úvodní rozhovor**

Mie je 23 let a aktuálně studuje magisterské studium na vysoké škole. V 16 letech onemocněla mentální anorexií, s níž se od té doby léčí. Vrcholné období této obtíže nastalo v sedmnácti letech, avšak tuto fázi dokázala úspěšně překonat. Následně v prvním ročníku vysokoškolského studia došlo k recidivě. V současnosti je stav jejího zdraví stabilizovaný, avšak stále čelí nástrahám spojeným s touto poruchou.

### **Rodinný a sociální kontext**

Mia vyrůstala ve stabilní rodině do jejích 15 let, než se její rodiče rozvedli. Mia zůstala se svou mladší sestrou u matky. I přes tuto životní změnu popisuje rozvod svých rodičů jako „ukázkový“, kde veškeré situace byly řešeny s ohledem na minimální traumatizaci dětí. Oba rodiče se rozešli v dobrém. Děti byly zařazeny do střídavé péče, což umožnilo udržet určitou rovnováhu a kontakt s oběma rodiči. Dodnes udržuje vřelý vztah s oběma rodiči. Později její matka navázala vztah s novým partnerem, se kterým si Mia vytvořila pěkný vztah. Přesto, že rozvod proběhl v klidné atmosféře, později začala nevědomě vnímat dopad na svůj emocionální stav. V souvislosti se širší rodinou udržuje pevné vztahy, přičemž ve svém vyprávění vyzdvihuje skutečnost, že v rámci rodinné dynamiky existují výrazné tendence k závislostem. Konkrétně sděluje, že oba její dědové trpí významnou závislostí na alkoholu.

### **Zájmy**

Mezi Miiny záliby patří kultura, umění, cestování, kavárny a zkoumání gastronomického světa. Na základní škole se aktivně věnovala výtvarné tvorbě, avšak s přechodem na gymnázium tuto činnost opustila. Přesto po ukončení středoškolského vzdělání uvažovala o studiu na umělecké vysoké škole. Nedávno se k výtvarné tvorbě navrátila. Popsala mi, že během tvorby nachází uvolnění a dočasně zapomíná na své obtíže spojené s PPP.

## Vznik a průběh onemocnění

Mia je jedna z mnoha jedinců trpících mentální anorexií, která se u ní projevila v období kolem 16. roku, konkrétně ve třetím ročníku na gymnáziu. Předchozí indikace této poruchy se objevily již dříve, především v období po rozvodu rodičů, kdy jí bylo patnáct let. Ve svých pozdějších reflexích Mia uvádí, že do té doby neměla zvláštní vztah k jídlu a jedla podle své chuti. Postupem času však začala potlačovat své emoce pomocí příjmu potravy, aniž by se u ní objevovaly výčitky svědomí. Vedle toho se u ní začaly objevovat tělesné změny způsobené hormonálními proměnami.

Po seznámení se s kalorickými tabulkami a zásadami zdravé výživy začala aktivně uplatňovat zdravé stravovací návyky a pravidelně cvičit, dříve vztah ke sportu neměla. Tato opatření vedla ke snížení její váhy a obdržela pochvaly za svůj vzhled. Postupem času přešla na veganskou stravu a zintenzivnila své studijní ambice, čímž dosahovala vynikajících výsledků. Avšak zároveň se projevila závislost na vnějším hodnocení a pochvalách, což vedlo ke zvýšení sebekontroly a zavedení striktních pravidel ohledně stravování a cvičení. Tato rigidní struktura se projevila i ve formě rituálů spojených se stravováním a pravidelnou kontrolou váhy.

Mia prošla nejtěžším obdobím během 3. ročníku, kdy se projevila akutní fáze onemocnění a vážně ovlivnila jak její fyzický, tak psychický stav. Projevily se u ní depresivní a úzkostné stavy, na své okolí reagovala negativně. S pomocí matky a lékařského personálu byla hospitalizována na JIP po dobu tří měsíců. Její váha se dostala na kritickou hranici, přičemž její lhostejnost k vlastnímu stavu mohla mít fatální následky, kdyby nebylo zahájeno okamžité léčení. Navzdory obtížnému období v nemocnici si stále udržovala prioritu ve studiu a vyjádřila odhodlání pokračovat ve školním vzdělávání. Tento cíl se stal důležitou motivací pro její terapeutický proces, který zahrnoval pravidelné návštěvy psychologa a návrat do školního prostředí. Postupně začala dodržovat doporučení lékařů, pravidelně jíst a překonávat své strachy spojené s jídlom, což zahrnovalo i omezení sportovní aktivity. Mia popsala období 4. ročníku jako příjemný a krásný čas, kde se cítila v souladu sama se sebou. Také se rozhodla pro změnu ve výběru oboru na vysoké škole. Studium na střední škole úspěšně absolvovala a navzdory jejím obavám nedošlo k recidivitě.

První rok studia na vysoké škole přinesl pro Miu zásadní zlom. Změna prostředí, nové sociální vazby a oddělení od rodiny vyvolaly výraznou emocionální zátěž, což vedlo k relapsu mentální anorexie. Změna na distanční výuku v důsledku pandemie covidu jí umožnila návrat domů a stabilizaci. Přestože se její stav opět ustálil, váhově klesla ještě níže než v první akutní fázi onemocnění. Studium zůstávalo její silnou motivací k uzdravení. Mia se rozhodla tuto zkušenost sdílet pouze s nejbližšími přáteli a rodinou, aby se vyhnula stigmatizaci.

### **Nynější stav**

Nyní se nachází ve stabilizovaném stavu. Sdílela své ambivalentní pocity v souvislosti s tématem celkového uzdravení, kdy zároveň touží po zlepšení, ale současně se bojí té změny. Komentovala to slovy: *„Žiji s tímto onemocněním už tak dlouho, že nevím, jaká jsem bez ní.“* Anorexii vnímá jakou součást své identity. *„Řídím se podle striktních pravidel dennodenně už několik let, nedokážu oddělit, co je ta nemoc a co já.“* Do určité míry jí nemoc přináší pocit bezpečí a důvěry. Rituály související se stravováním stále dominují v jejím životě, i když se snaží o jejich postupné omezení. Pravidelně si plánuje jídelníček, zapisuje si vše, co během dne snědla, snaží se minimalizovat používání kalorických tabulek, nicméně v některých obdobích se k nim vrací. Do stravy postupně zařadila všechny potravinové skupiny, přesto se při stravování drží daných pravidel. Potřebuje mít jasný plán ohledně toho, co bude v jednotlivé dny v týdnu jíst a kdy se budou objevovat návštěvy u blízkých nebo půjde do kavárny. Pro představu uvedla příklad: *„Pokud vím, že si v pátek dám croissant, připravuji se několik dní předtím a upravuji své stravování tak, abych si ten croissant mohla užít v poklidu a bez výčitek.“* Během cestování ráda poznává nové kultury i ochutnává místní jídla, v tomto případě jí vše bez omezení. Nicméně vždy se těší na návrat domu, kde se může stravovat dle svých preferencí. Změna nastala v tom, že již nepotřebuje přesně dodržovat časy pro jednotlivé denní pokrmy.

Získala větší volnost i v oblasti pohybu, kde se orientuje na základě potřeb svého těla. Rovněž se více než rok neváží na váze, přesto svou váhu kontroluje podle starého oblečení. Tyto rituály jí pomáhají zachovat vnitřní klid, avšak přiznává, že na druhou stranu ji to vysiluje. Svěřila se, že nemá ráda své tělo ani jeho vzhled. Zmínila se, že

u sebe vnímá dvě odlišné sféry sebevědomí. Na jedné straně vnímá své vnitřní hodnoty a znalosti, kde se cítí jistá a silná. Na druhé straně vztah k vnějšímu vzhledu v ní vyvolává nízkou úroveň sebedůvěry a spokojenosti. Navzdory všem těmto výzvám se snaží užívat si života, být všímavá a vděčná za všední maličkosti a věnovat se činnostem, které ji naplňují.

### **Závěrečný rozhovor**

Mia vnímala možnost malovat jako způsob relaxu, kterého se jí nedostávalo i přes počáteční nepříjemné pocity, se kterými se na začátku spolupráce při tvorbě potýkala. Velkou část strávila nad představami, jak dané téma zpracovat. Postupně od těchto tendencí opouštěla a začala s větší lehkostí improvizovat. Tvorba jí přinesla zajímavou zkušenost související se zjištěním, že je schopna slevit ze svých požadavků a malovat bez obav z následného hodnocení. Výsledné obrazy nemají podobu dle jejich představ, avšak nevyvolává to v ní žádné nepříjemné pocity, je s tím v souladu.

Od ledna došlo k velkým změnám v jejím životě. Přehodnotila svůj směr a rozhodla se zcela vyléčit z PPP. Popisovala, že předtím prožívala velmi náročné období a opět docházelo k restrikcím ve stravě z nedostatku času. Došla k závěru, že nechce tímto způsobem již dále pokračovat. Konfrontovala se svými pravidly a restrikcemi a vnímá je jako výzvy. Vytvořila si seznam svých „zakázaných“ jídel, které nyní postupně ochutnává a začleňuje do svého jídelníčku. Při různých událostech a návštěvách již přijímá nabízené jídlo, místo toho, aby si jako v minulosti nosila své „bezpečné“ potraviny.

Tato spolupráce pro ni byla zajímavou zkušeností, která ji motivovala se znovu aktivněji věnovat tvorbě a kreativní činnosti.

## PŘÍLOHA Č. 6 – INFORMOVANÝ SOUHLAS (SKUPINA A)

### Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu<sup>7</sup> Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název projektu:** Výtvarná metafora poruch příjmu potravy a problematického vztahu ke stravování ve výtvarné tvorbě

**Řešitel projektu:** Bc. Markéta Shanaáh, marketahlouskova@gmail.com

**Název pracoviště:** Ateliér Arteterapie, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D., jkouril@pf.jcu.cz

**Cíl výzkumu:** Hlavním záměrem je, jak se PPP promítá ve výtvarné tvorbě. Rovněž se budu zabírat otázkou, jakým způsobem arteterapie může být přínosná v této léčbě.

**Popis výzkumu:** Spolupráce s respondentkami bude probíhat formou rozhovoru a výtvarného tvoření. Převážně se bude pracovat s vodovými barvami případně i s dalšími technikami (tempery, pastelky). Součástí bude i tvorba koláží z výstřížků (z časopisů, kalendářů atp.). Respondentky budou mít možnost získat výtvarný prožitek individuálně v domácím prostředí s možností individuálních konzultací. Součástí je i vyhrazený prostor pro sebereflexi.

Celkem se bude jednat o 2 setkání. První setkání proběhnou individuálně ve formě neformálního rozhovoru, kde se seznámíme a vysvětlíme si, jak bude spolupráce probíhat. Rovněž budou pokládány respondentkám otázky týkající se tématu bakalářské práce. Rozhovory budou nahrávány na mobilní telefon, z důvodu přepisu rozhovoru. Následovně nahrávka bude vymazána. Průběžně se budou zadávány „ úkoly “ k výtvarnému zpracování na doma, které celkem zaberou 1,5 hodiny práce. Závěrečné druhé setkání proběhne opět individuálně, kde si popovídáme o dojmech prožitcích a uvědoměních z celé spolupráce. Také budou vybírány dokončené artefakty od respondentek za účelem výzkumu. Následovně zmiňované artefakty budou reprodukovány v bakalářské práci, kde bude uveden jejich rozbor. Respondentky budou

---

<sup>7</sup>

Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).



vystupovat pro účely práce pod jiným jménem a veškeré údaje, které by mohly přispět k jejich identifikaci, budou pozměněny. Po dokončení výzkumné části bakalářské práce budou artefakty v případě zájmu navraceny respondentkám. S veškerými osobními údaji zkoumaných osob bude zacházeno citlivě a v anonymitě. Zapojení do výzkumu je dobrovolné z toho důvodu je zde možnost kdykoliv bez udání důvodu výzkum opustit.

.....

datum a podpis řešitele projektu

### **Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí resp. mého dítěte (v případě nezletilosti).

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum  
narození:.....

Adresa trvalého bydliště  
účastníka:.....

Podpis účastníka: .....

## PŘÍLOHA Č. 7 – INFORMOVANÝ SOUHLAS (SKUPINA B)

### Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu<sup>8</sup> Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název projektu:** Výtvarná metafora poruch příjmu potravy a problematického vztahu ke stravování ve výtvarné tvorbě

**Řešitel projektu:** Bc. Markéta Shanaáh, marketahlouskova@gmail.com

**Název pracoviště:** Ateliér Arteterapie, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D., jkouril@pf.jcu.cz

**Cíl výzkumu:** Hlavním záměrem je, jak se PPP promítá ve výtvarné tvorbě. Rovněž se budu zabírat otázkou, jakým způsobem arteterapie může být přínosná v této léčbě.

**Popis výzkumu:** Spolupráce s respondentkami bude probíhat ve formě rozhovoru a několika setkání, v rámci kterých budeme společně výtvarně tvořit. Převážně budeme pracovat s vodovými barvami případně i s dalšími technikami (tempery, pastelky). Součástí bude i tvorba koláží z výstřížků (z časopisů, kalendářů atp.). Mou úlohou bude vytvořit příjemný a bezpečný prostor pro volné výtvarné vyjádření s jemným metodickým výtvarným vedením. Respondentky budou mít možnost získat výtvarný prožitek v malé skupině i individuálně v domácím prostředí. Součástí je i vyhrazený prostor pro sebereflexi. Sdílení svých myšlenek, pocitů či zkušeností je dobrovolné.

Celkem se bude jednat o 5 setkání. První setkání proběhnou individuálně ve formě neformálního rozhovoru, kde se seznámíme a vysvětlíme si, jak bude spolupráce probíhat. Poté proběhnou 3 skupinová setkání v prostorech v Terapeutickém přístavu v Praze. Přesné termíny a čas budeme řešit společně. Průběžně se budou zadávat „úkoly“ k výtvarnému zpracování na doma, které celkem zaberou 2 hodiny práce. Závěrečné páté setkání proběhne individuálně, kde si popovídáme o dojmech prožitcích a uvědoměních z celé spolupráce. V průběhu spolupráce budou dokončené artefakty vybírány od respondentek za účelem výzkumu. Dále budou tyto artefakty reprodukovány v bakalářské

---

<sup>8</sup> Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

práci, kde bude uveden jejich rozbor. Respondentky budou vystupovat pro účely práce pod jiným jménem a veškeré údaje, které by mohly přispět k jejich identifikaci, budou pozměněny. Následovně po dokončení výzkumné části bakalářské práce budou artefakty v případě zájmu navraceny respondentkám. S veškerými osobními údaji zkoumaných osob bude zacházeno citlivě a v anonymitě. Zapojení do výzkumu je dobrovolné z toho důvodu je zde možnost kdykoliv bez udání důvodu výzkum opustit.

.....

datum a podpis řešitele projektu

### **Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí resp. mého dítěte.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum  
narození:.....

Adresa trvalého bydliště  
účastníka:.....

Podpis účastníka: .....