

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
(ATELIÉR ARTETERAPIE)**

**Arteterapie jako jeden z léčebných nástrojů v kontextu  
poruch příjmu potravy**

bakalářská práce

Vypracovala: Mgr. Štěpánka Vojtěchovská

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Rostislav Nesnídal

Konzultant: PaedDr. Evžen Perout

**2011**

Mé poděkování patří PhDr. Rostislavu Nesnídalovi za ochotu vést tuto práci a taktéž Paedr. Evženu Peroutovi za cenné rady z oblasti arteterapeutické metodiky. Děkuji také celé svojí rodině za podporu a trpělivost.

Tuto práci věnuji svému tatínkovi.

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou 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.

Datum.

V Praze,

.....

podpis

## **Anotace**

Arteterapie jako jeden z léčebných nástrojů v kontextu poruch příjmu potravy

Bakalářská práce je zaměřena na aplikaci skupinové arteterapie u pacientek s poruchami příjmu potravy (zejména – anorexie nervosa a bulimie nervosa). Na vybraných artefaktech klientek autorka hodnotí přínos arteterapie a posuzuje jejich výtvarný posun v závislosti na postupující léčbě. Poukazuje na možnosti arteterapeutického působení a klade si za cíl specifikovat výtvarný projev takto postižených.

## **Klíčová slova:**

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, skupinová arteterapie

**Annotation**

Artetherapy one of the remedies in the context of ingestion disorders

This bachelor work is focused on group therapy of patients suffering from eating disorder especially Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. On selected artefacts the authoress evaluates the benefit of Art Therapy and passes judgment about the artistic progress depending on the medical treatment. She also points the potentialities of Art Therapy and is ambitious to specify the creative expression of patients.

**Key words:**

eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, group art therapy

## **OBSAH**

Teoretická část.....	8
ÚVOD.....	8
<b>1. Poruchy příjmu potravy.....</b>	<b>10</b>
1.1 Mentální anorexie – anorexia nervosa.....	10
1.2 Mentální bulimie – bulimia nervosa.....	12
1.3 Specifikace anorexie a bulimie v praxi.....	13
1.4 Vývoj mentální anorexie a bulimie jako diagnózy.....	14
1.5 Mentální anorexie versus mentální bulimie.....	15
1.6 Prevalence a incidence mentální anorexie a mentální bulimie.....	17
1.7 příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie.....	17
1. 7. 1 Terapie.....	18
1. 7. 2 Rekapitulace.....	20
<b>2. Pojetí arteterapie.....</b>	<b>21</b>
2. 1 Terapie uměním – art for therapy.....	21
2. 2 Artpsychoterapie.....	21
2. 2. 1 Rozdělení arteterapie podle L. Joanidise.....	21
2. 2. 2 Arteterapie v Českých Budějovicích – Rožnovská arteterapie.....	22
<b>3. Průběh stáže v ateliéru.....</b>	<b>25</b>
3.1 Provozní záležitosti setkání.....	26
3.2 Struktura setkání .....	27
3.3 Zásady fungování naší skupiny.....	30
<b>4. Praktická část.....</b>	<b>31</b>
4.1 Praktická část – vymezení cílů.....	31

4.2 Alice.....	32
4.3 Dita.....	35
4.4 Irma.....	37
4.5 Iva.....	42
4.6 Simona.....	45
4.7 Zdena.....	47
4.8 Věra.....	48
4.9 Tamara.....	52
4.10 Monika.....	56
4.11 Míla.....	58
4.12 Romana.....	60
4.13 Leona.....	62
<b>5. Shrnutí.....</b>	<b>64</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>69</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>70</b>

# Teoretická část

## Úvod

Navzdory neustále proklamovanému trendu štíhlosti a krásy přibývá v celé populaci obézních i těch, jejichž vztah k jídlu je společností považován za patologický. Tito lidé trpí tzv. poruchami příjmu potravy se všemi somatickými, psychickými a sociální důsledky. Vzhledem k tomu, že takto nemocných neustále přibývá, je téma poruch příjmu potravy stále aktuálnější a domnívám se, že nabízí i dostatek prostoru pro arteterapeutické působení. Právě tato cílová skupina – postižení poruchami příjmu potravy jsou cílovou skupinou mé arteterapeutické intervence, kterou se v této práci blíže zabývám.

Práce vychází z mého půlročního působení v arteterapeutickém ateliéru, který přináší k psychiatrické klinice 1. LF UK, Ke Karlovu 11 v Praze 2. Ateliér již řadu let vede arteterapeutka paní Mgr. Iva Dvořáková, která je zahrnuta do týmu paní Prof. Hany Papežové z Jednotky specializované péče pro poruchy příjmu potravy. Oběma bych na tomto místě velmi ráda poděkovala, poněvadž bez jejich ochoty a otevřenosti by tato práce nevznikla.

Arteterapie, která se zde provozuje, má povahu skupinové. Na zdejším již výše zmiňovaném oddělení – Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy je vnímána jako jeden z podpůrných nástrojů – terapie léčebného pobytu, který obvykle netrvá déle než 8 (průměrná doba pobytu je cca 6 týdnů) a který je určen pacientům starším 18 let. Arteterapeutických setkání se mohou účastnit jen ty klientky (záměrně užívám ženského rodu, neboť jsem se za celou dobu svého šestiměsíčního působení nesetkala s klientem mužem), které jsou mimo ohrožení života mj. mající BMI<sup>1</sup> vyšší než 16.

V době mé stáže se v ateliéru vystřídala celá řada klientek. V průměru jich docházelo kolem deseti na každé arteterapeutické setkání. Některé klientky se arteterapeutických setkání účastnily pravidelně, některé spíše sporadicky. Mnohdy se

---

<sup>1</sup> BMI – Quteletův index hmoty těla=Body mass index [BMI – hmotnost(kg)/výška (m)<sup>2</sup>]



jim totiž v témže čase nabízela příležitost k individuálnímu setkání s psychologem, sociálním pracovníkem apod.

V rámci své arteterapeutické činnosti vycházím ze studia arteterapie v Českých Budějovicích, často označovaném jako tzv. rožnovská interpretační arteterapie (Šicková 2007), která v sobě zahrnuje jak projektivní tak také kreativistické pojetí (viz Pojetí arteterapie – kap. 2.2.1).

Tato práce je rozdělena na teoretickou část, jež zahrnuje dva hlavní tématické celky pojednávající o poruchách příjmu potravy a arteterapii. Navazující praktická část přibližuje moje působení v arteterapeutickém ateliéru.

Sama arteterapii vnímám nejen jako činnost, která působí změnu ale také jako způsob projevu – prostředek komunikace. Ženy a dívky s diagnózou poruch příjmu potravy (dále jen PPP) bývají často tiché a uzavřené. Výtvarná činnost je ideální možností, jak jim poskytnout možnost bezpečného prostoru k vyjádření svých pocitů, relaxaci a často i osobního uspokojení z výtvarné činnosti, a to i přes veškerý odstup, odpor, který obvykle nebývá překonám během prvních arteterapeutických setkání každé z nich.

Vezmu-li v potaz veškeré zmiňované aspekty, které průběžně problematizovaly intenzivní arteterapeutické působení, dospěla jsem k závěru, že na jednotlivá setkání je třeba nahlížet jako na zcela autentickou příležitost pozorovat reálnou arteterapeutickou praxi, s účelem následného zpracování poznatků, jež si kladou za cíl vytyčit zevšeobecňující výstupy použitelné pro praxi. V tomto duchu tvořím tento text. **Cílem této práce je především zpracování a využití mých dosavadních zkušeností z arteterapeutické praxe včetně jejich provázání s dosud nabitými teoretickými poznatky a rovněž zjištění základních jevů, které lze následně v arteterapii s touto klientelou využít.**

# 1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy<sup>2</sup> jsou často způsobené následkem traumat, sexuálního, agresivního či narcistického zneužívání, které způsobilo narušení a tím i oslabení *osobnostních hranic, tzn. schopnosti ohraničení, bránění a prosazení se. To vše je spojené s pocitem bezmoci, ztráty hrdosti a sebevědomí až k sebenenávisti na pozadí bezpříkladného ponížení*. Na tato traumata reagují mladé dívky buď dalším přizpůsobováním (perfektním fungováním a módní štíhlostí, jindy promiskuitou či závislostí, protestem), nejedením, odporem ke světu, konzumací drog a alkoholu, jindy nadváhou coby krunýřem proti zranění či zoufalství (Poněšický, 2007).

Z výše uvedeného je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou jednou z nejčastějších závažných poruch se svými nemalými důsledky v oblasti somatické, psychické a sociální. Týkají se především žen. Kocourková (1997) uvádí poměr dívek a chlapců 9:1 (stejně tak se shoduje s tvrzením P. C. Pierre (cit. dle Hupková, 2006), která uvádí stejný poměr dívek a žen v americké populaci. Vzhledem k tomu, že jsou častěji postihovány dívky a ženy, o čemž svědčí i moje dosavadní praxe, budu se nadále vyjadřovat v ženském rodě.

Rozlišuji základní PPP, kterými jsou mentální anorexie (dále jen MA), mentální bulimie (MB) a záchvatovité přejídání. Ve své práci se věnuji především specifikaci MA a MB. Důvod je zcela zřejmý, výskyt obou poruch byl v rámci mé stáže na psychiatrické klinice nejčastější.

Pro lepší pochopení psychiky pacientek s poruchami příjmu potravy jsem do textu zařadila jejich deníkové postřehy, které se mnou sdílely.

## 1.1 Mentální anorexie – anorexia nervosa

Je jednou z poruch příjmu potravy. Nemoc postihuje nečastěji dívky a ženy. Podstatou onemocnění je obvykle zpočátku nenápadná snaha zhubnout, která se záhy promění v urputnou snahu docílit štíhlosti za každou cenu. Pro nemocné se snížení hmotnosti stává celoživotním programem, tedy alespoň po nějakou dobu.

---

<sup>2</sup> Přesný překlad „eating disorders“ zní „poruchy jídla“, v českém prostředí se běžně používá název poruchy příjmu potravy včetně zkratky PPP

Podle diagnostického vymezení Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (1992) jsou diagnostická kritéria mentální anorexie následující:

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už kdy snížena byla nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší.
2. Snížení hmotnosti si pacient způsobuje sám tím, že se vyhýbá „jídlům, po kterých se tloustne“ a tím, že používá jeden či více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
3. Specifická psychopatologická představa o vlastním těle, tloušťce. Sám pacient si stanovuje za cíl dosažení velmi nízké hmotnosti.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako vymizení menstruace – amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence (zřejmou výjimkou je přetrvávání vaginálního krvácení u anorektických žen, ke kterému dochází na základě substituční léčby, nejčastěji v podobě hormonální antikoncepce). Též se mohou objevit zvýšené hladiny růstového hormonu, kortizolu, změny periferního metabolismu a tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.
5. Je-li počátek onemocnění před pubertou, pak jsou projevy puberty opožděny, pozastaveny. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty.

Krch (2005) uvádí ještě další dva specifické typy:

- **Restriktivní** (nebulimický)  
Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovanému záchvatovitému přejídání.
- **Purgativní** (bulimický)

Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k záchvatovitému přejídání.

Při *atypické mentální anorexii* není splněn jeden či více z předcházejících bodů, přesto je klinický obraz téměř identický, jedná se o tzv. jiné poruchy jídla.

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy zahrnují například *syndrom nočního přejídání* (NES, „Night Eating Syndrom) průběh je zřejmě spjat se stresem a neuspokojivými snahami o snížení váhy) či *záchvatovité přejídání* („binge eating“), které je definováno jako konzumace nadměrného množství potravy za velmi krátký časový úsek. Na rozdíl od mentální bulimie, nedochází k následné kompenzaci záchvatu. Záchvatovitým přejídáním trpí především ženy (Papežová, 2009).

Jídlo jako náhradní hodnota se může uplatnit nejen při určitém psychickém rozpoložení, nýbrž i za odpovídajících materiálních podmínek. V rámci duševního života se jím nejčastěji kompenzuje citové strádání (Faltus, 1977).

## 1.2 Mentální bulimie – bulimia nervosa

Pro mentální bulimii je typické střídání opakovaných záchvatů přejídání velkým množstvím kalorické stravy a současně přehnané kontroly váhy (Höschl 2002) .

Dle diagnostického vymezení Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (1992) jsou diagnostická kritéria mentální bulimie následující:

1. Opakované epizody přejídání (minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při kterých je během krátké časové frekvence konzumováno abnormálně velké množství jídla.
2. Neustálé myšlenky na jídlo a silná až neutuchající chuť na ně.
3. úsilí, které potlačuje výkrmný důsledek jídla jedním ze způsobů – vyprovokované zvracení, nadužívání projímadel, střídavé etapy hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů či diuretik.

4. Pocit přílišné tloušťky spjatý s neutuchajícím strachem z tloušťky. Často je v anamnéze předchozí epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Obdobně jako u mentální anorexie je třeba rozlišovat ještě další dva specifické typy:

- **Purgativní**

Pacient pravidelně využívá zvracení, laxativ či diuretik k zamezení zvýšení váhy.

- **Nepurgativní**

Pacient využívá striktní diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však purgativní pravidelné metody.

### **1. 3 Specifikace mentální anorexie a bulimie v praxi**

Postižení mentální anorexií vidí smysl svého života ve snižování váhy. Způsoby, jakými pacientky s MA váhu ztrácejí, jsou různé. Nejčastěji však jde o intenzivní cvičení a omezování příjmu potravy. Ostatní užívají nejrůznějších odvodňovacích a projímajících prostředků, event. zvracení. Hranice mezi MA a MB nebývají zcela zřejmé. Pochopit anorexiu bývá pro lidi s normální chutí k jídlu zcela nemožné. Zdravý jedinec těžko pochopí, jak někdo může pocity vlastního uspokojení odvíjet od dobrovolného strádání, často při tom pro něj samotného ohrožující na životě. M. Vágnerová (Propsy, 1998) konstatuje, že vztah okolních lidí k postiženému bývá značně ambivalentní, snaží se mu pomoci, ale zároveň ve vztahu k němu pociťují zlost, že dělá něco, pro ně zcela nepochopitelného. Dokonce pociťují odpor ze zvracení či pohledu na extrémně vyhublé tělo.

*„Když jsem pociťovala, že můj žaludek lační, měla jsem radost a cítila se dobře. Moje životní spokojenost se odvíjela od pocitu hladu. Domnívala jsem se, že jsem-li schopna se ovládnout, jsem prostě dobrá, při tom jsem vážila něco málo přes třicet pět kilo.“*

(Vzpomínka mladé dívky trpící MA)

MA je diagnostická jednotka ze škály poruch příjmu potravy, které se vyskytují od útlého dětství až po období dospělosti. Snižování váhy probíhá zcela vědomě.

Nejpočetnější skupinou jsou adolescenti a mladí dospělí ve věku od 15 do 21 let. V současné době se však počátek onemocnění viditelně posouvá do mladší věkové skupiny 12 – 14 let.

Naopak pro MB je typické nezvládnutí situace nad jídlem. Bulimičky vnímají přejídání především jako záchvatovité a neovladatelné. Ztrácejí kontrolu i přehled o zkonsumovaném množství. Svoje stravovací návyky vnímají jako nestandardní. Následně po záchvatu pocítují vinu, kterou se snaží eliminovat okamžitým zvracením, postem a extrémním cvičením. Situace se však opakuje a začíná se cyklicky opakovat.

*„Byla jsem zcela zoufalá. Vždycky, když jsem šla to šílené množství jídla vyzvrátit, cítila jsem se hrozně. Vinna. Sama pro sebe jsem si říkala, že je to naposledy... Nicméně svému slovu jsem schopna dostát až nyní.“*

(Dívka s MB)

#### **1.4 Vývoj Mentální anorexie a bulimie jako diagnózy**

Povědomí o narušeném způsobu přijímání potravy jsou známy od dob starověku. Nejdříve Galén a po té Hippokrates ho nazval anorexia nervosa, což zřetelně vystihuje odmítání potravy. Klasický popis průběhu nemoci vedoucí až ke smrti popsal R. Morton, který etiologii připisoval psychické poruše. V 19. století se „anorexia hysterica – anorexia nervosa“ stává klinickou jednotkou a o autorství se dělí Francouz E. CH. Laseque s Angličanem sirem W. W. Gullem. Popisů této nemoci se téměř v nezměněné podobě jako je extrémní vyhubnutí s hyperaktivitou bez somatické příčiny vyskytuje celá řada. Název mentální anorexie však přetrvává dodnes (Krch a kol., 2005).

Hadaš (2007) zmiňuje, že stejně tak jako hladovění ani přejídání nebylo a není ničím novým v dějinách lidstva. Nenasytné hltání bylo vždy výsadou privilegované vrstvy. Pojem bulimie je znám již z dob antiky. Až do dvacátého století byla bulimie vnímána jako záležitost neurotická nebo interní – špatného trávení, nikoli jako duševní onemocnění. Poprvé popsal nenasytnou chuť k jídlu

spojenou s následným pročišťováním opět W. W. Gull. a E. CH. Laseque. Nejlépe popsanou kasuistiku předložil švýcarský psychiatr L. Binswanger<sup>3</sup>.

Jednotná klasifikace záchvatovitého přejídání pod pojem bulimie nervosa<sup>4</sup> byla stanovena v osmdesátých letech minulého století.

Papežová (2000) dodává, že v české literatuře jsou zaznamenány první případy PPP a jejich léčba na interním a neurologickém oddělení Vratislava Jonáše<sup>5</sup> a Otakara Janoty.<sup>6</sup>

## 1.5 Mentální anorexie versus mentální bulimie

Podstata nemoci spočívá v podvýživě, minimální ztrátou tělesné hmotnosti větší než 25% (u dětí toto tvrzení neplatí), s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami bez přítomnosti somatické poruchy. Právě tuto skutečnost okolí postiženého nechápe. Obvykle se ptá, jak je možné, že někdo dobrovolně a dokonce s radostí odmítá jídlo. Pacienti mají zcela změněný postoj k jídlu, samotnému stravování a potřebám výživy. Mají radost z váhového úbytku s přáním být extrémně štíhlý. Ztrácejí náhled, kontrolu nad vlastním tělem a žijí v neustálém strachu z tloustnutí. Vnímání tělesného schématu je zcela narušené – často mají pocit velkého zadku, břicha a tlustých steh, přestože jejich tělo je už dost vychrtlé. Obvykle účinek maximální tělesné zátěže znásobují používáním laxativ či zvracením. Velice vynalézavým způsobem všelijak manipulují s jídlem – různě ho schovávají, likvidují, jen aby se vyhnuli jeho konzumaci. V hojně míře zmiňované chování doprovází hyperaktivita a urputná snaha popřít danou skutečnost, jež je pod hranicí normy, že je vše v pořádku. Mnohdy anorektičtí pacienti mají pocit, že oni sami jsou dobří, ba dokonce lepší než ostatní, poněvadž jsou schopni odolat a odolávat, zatímco jejich okolí se dokáže jen „nezřízeně cpát“.

---

<sup>3</sup> Jedná se o příběh Ellen Westové, která v touze po štíhlosti skončila až u násilně vyvolaného zvracení a nadužívání projímadel.

<sup>4</sup> Bulimie – termín z řečtiny – bous (kráva, vůl), limos (hlad) – hlad, při kterém by člověk snědl celého vola

<sup>5</sup> Vratislav Jonáš – (1899 – 1968) významný český internista (<http://forum.cuni/fukVI12/historia.html> - 12.4. 2011 )

<sup>6</sup> Otakar Janota- (1889 -1969) – český neuropsychiatr, který u maniodepresivity a mentální anorexie začal používat elektrických šoků, rovněž se zabýval výtvarnými projevy duševně chorých, (<http://www.zdrav.cz/modules> - 8.4: 2011)

K dalším fyziologickým průvodním znakům patří amenorea, bradykardie (pomalý tep), občasné záchvaty vlčího hladu – bulimie, suchá kůže, citlivost na chlad, vypadávající vlasy a vysoká kazivost zubů. K dalším symptomům pak anxieta, emoční labilita a obsedantně kompulzivní porucha.

Tito pacienti obvykle vykazují perfekcionalistické tendence, jsou zaměřeni na výkon a úspěch (cit. dle Tempus Medicorum, 2007).

Naopak u MB jsou postiženi hnáni neodolatelnou touhou po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Tyto záchvaty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požitého jídla násilným, nefyziologickým způsobem, zejména vyvoláním zvracení nebo použitím projímadel a diuretik. Postižení MB poměrně záhy zjišťují, že účinky laxativ či diuretik nejsou účinná ve smyslu reálného udržení váhy či jejího úbytku, pouze si tak dokazují, že jsou schopni mít situaci pod kontrolou.

Jak již bylo výše zmíněno, bulimickému období často předchází období anorektické. Pro rizikové jedince bývají typické problémy s hmotností již v premorbidní fázi.

V rodinách bulimických pacientů nebývá vzácností ani abúzus alkoholu.

Průběh nemoci bývá velmi plynulý. Jednotlivé etapy přejídání a zvracení mají různou frekvenci. Bulimičtí pacienti jsou schopni sníst obrovské množství jídla za poměrně krátkou dobu. Obvykle ho pojídají tajně a stejně tak se ho i zbavují. Při tom rodina postiženého mnohdy jeho stravovací obtíže ani neregistruje (Vágnerová, 1998).

Maloney a Kranzová (1998) uvádějí, že pro bulimičku je zcela typický strach z úzkosti, který řeší právě přejedením. Bulimička si obvykle celý den strukturuje podle jídla. Musí mít jistotu, že se před nějakou problematickou situací či po ní bude mít příležitost přejíst se a pak se očistit a tak se uklidnit. Jindy se záchvatu předem obává a snaží mu předcházet vyhledáváním situací, ve kterých nehrozí přejedení a zároveň možnost očistění. Obdobných situací je celá řada.

Zvracení či projímadlo přináší dočasnou úlevu především v tom, že se zbaví snědeného jídla a tím aktuálně sníží strach z obezity, alespoň do jisté míry.

Zatímco v případě MA se jednalo o dívky (tj. počátek onemocnění cca od 12 let) věková hranice u MB je o něco vyšší – uvádí se 15 – 24 let i výše, výjimku



netvoří ani čtyřicetileté či padesátileté ženy. Mezi časté zdravotní důsledky MB patří zejména únava, bolest v krku, zředovatěný jícen, kazivosti zubů a zácpa.

Jednotná klasifikace záchvatovitého přejídání pod pojem bulimie<sup>7</sup> nervosa byla stanovena v osmdesátých letech minulého století.

*Na jedné ze svých víkendových propustek během své léčby na klinice jsem se párkrát ocitla doma sama u stolu. Pamatuji si na mísu s jahodami, co na něm ležela. Měla jsem najednou tisíc chutí je sníst i se stopkami, prostě naházet do sebe, ale ... odolala jsem“, vzpomíná pacientka s diagnózou MB.*

## 1.6 Prevalence<sup>8</sup> a incidence<sup>9</sup> mentální anorexie a mentální bulimie

Od druhé poloviny minulého století je MA na vzestupu. Na počátku našeho tisíciletí je jednoroční prevalence mentální anorexie v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15–30 let na 100 000 obyvatel. Celoživotní prevalence u žen je udávána 0,5 – 3,7 % u mentální anorexie a 1,1 – 4,2 % u mentální bulimie. Mentální anorexie se vyskytuje v 90 – 95 % u dívek a žen, ve 4 – 6 % jde o chlapce a muže a vzácně jsou postiženy děti před 10. rokem věku a starší ženy.

Nejvyšší incidence MA je u dívek mezi 15 – 19 lety, u mužů se udává přibližně desetkrát nižší. Přesná čísla pro incidenci MB nejsou známa. Většina autorů se však shoduje na tom, že jak MA tak také MB jsou mírně na vzestupu: MA u nás trpí asi 0,5 % žen, zatímco u MB je to asi 3 – 6 %. (Krch, 1997).

## 1.7 Příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie

V pozadí těchto závažných, mnohdy i smrtí končících poruch stojí celá řada faktorů.

Především jde o interakci faktorů genetických<sup>10</sup>, biologických, vývojových, psychologických, sociokulturních a individuálně rizikových. Centrální úlohu při vzniku hraje rodina a její rodinná patologie.

---

<sup>7</sup> Bulimie – termín z řečtiny – bous (kráva, vůl), limos (hlad) – hlad, při kterém by člověk snědl celého vola

<sup>8</sup> Pro vyjádření rozšíření nemoci se poměrně často využívá demografického ukazatele prevalence, který vyjadřuje počet zdravých a nemocných v populaci v procentech.

<sup>9</sup> Označuje počet nových případů onemocnění v populaci za dané časové období. Často se jedná o výskyt na 100 000 obyvatel na rok.

<sup>10</sup> Např. bylo zjištěno, že v rodinách s premorbidní obezitou je výskyt PPP častější (Krch, 2002)

Za významné spouštěcí mechanismy se považují vývojové procesy související s uvolňováním se dospívajících dívek z primární rodiny, emancipací, individuací, přijetím ženské role a akceptací vlastní sexuality (Jedlička, 2002).

Zcela lapidárně – příčinou vzniku onemocnění je samotné dospívání a veškeré změny, které sebou nese. Jedná se především o vlastní přijetí sexuální role a schopnost odpoutat se od původní rodiny. Pro dívky trpící MA či MB je fáze dospívání bezesporu náročným obdobím. Takto postižené dívky se ocitají v závislé pozici a nemohou projít obdobím adolescence. Vlastní autonomie dosahují odmítáním jídla či jeho nepřijetím – zvracením... (Maloney a Kranzová, 1997).

Novák (2010) se zabýval zkoumáním determinant přispívajících ke vzniku PPP. Mezi základní determinanty patří *individuální rizikové* (například temperament a emocionalita či vlastní sebeúcta apod.), *rodinné rizikové determinanty* (zahrnující celý rodinný systém)<sup>11</sup> a *sociokulturní* (pojímající celou řadu faktorů jako jsou sociální teorie, kultura, gender, středověký asketismus, sexualizace jídla atd.). Obdobným způsobem rozebírá jednotlivé faktory i Pavlíčková a Bratská (2000) ve své studii, kde také zmiňují typizaci rodiny s PPP tzv. psychosomatickou rodinu<sup>12</sup>.

### 1.7.1 Terapie

Poněvadž se jedná o multifaktoriálně podmíněnou duševní poruchu je nezbytné je posuzovat a léčit v celém bio-psycho-sociálně-kulturním i spirituálním kontextu. Péče má být komplexní, diferencovaná s individuálně vedeným léčebným postupem. V poslední době jsou zřizována specializovaná oddělení a centra poruch příjmu potravy, kde sestry se zaměřeným výcvikem, často i psychoterapeutickým, mají nezastupitelnou roli v adekvátní léčbě. Jde nesporně o týmovou spolupráci. Postup je jednotný, ale role rozděleny.

---

<sup>11</sup> Například pro rodinu s pacientkou MA je typický vzestup, výkon a pracovní morálka. Některé rodiny jsou poznamenány i ekonomickou nejistotou. Úzkost a neschopnost udržet si těžce nabytý ekonomický a sociální status. Někdy se zdá, jakoby v rodinách existoval skrytý imperativ po ženách, aby byly silné a kompenzovaly nedostatky mužských generací. Tuto skutečnost ženy implicitně samy vycítí. Proto je možné za tímto hledat budování vlastní identity, tj. identita založena na potřebě uspokojovat ostatní za předpokladu potírání vlastních zájmů a tužeb. Důsledkem takto vybudované identity je paradoxní disproporce mezi nízkým sebehodnocením a vysokými výkony, které neuniknou pozornosti okolí (Novák, 2010).

<sup>12</sup> Pro takovou rodinu jsou typické následující znaky: nadměrná emoční blízkost, ochraňující až nadměrně projektivní charakter, rigidita, neschopnost řešit konflikty, participace dítěte na řešení rodičovských konfliktů, neschopnost rodiny dělat rozhodnutí a věcné komunikace.

Obecně vzato léčba pacientů s PPP se odvíjí od konkrétního stavu. Je třeba kvalitního odhadu mentálního i zdravotního stavu pacienta. Lékař pak určí, zda je v konkrétním případě vhodná ambulantní či pobytová péče. V současné době v ČR absentují zařízení typu stacionáře - specializovaného centra. Právě stacionář nabízí skvělý prostor pro léčbu nejen samotného pacienta ale také jeho okolí, rodiny. Jedná se tudíž o možnost realizace komplexní péče, která bývá značně úspěšná.

Ovšem u těžších forem anorexie je však zapotřebí hospitalizace. Tu však do značné míry pacient obvykle odmítá. Nechce si připustit, že ji jeho stav vyžaduje a také nemá dostatečnou podporu ve svém okolí – rodině. Ta v mnoha případech podceňuje stav svého blízkého a pobyt v nemocnici neshledává nutným nebo naopak považuje ho za zcela žádoucí a není schopna se ubránit vlastním výčitkám za stav pacienta.

Hospitalizace na speciálním oddělení psychiatrické kliniky s sebou nese mnoho pozitivních změn. (Jde-li však o akutní formu MA, je předem nutná hospitalizace na metabolické jednotce, tam se nejprve stav pacienta vyladí, aby byl vůbec schopen další léčby). Postižení jsou vytrženi z domácího prostředí, kde oni ani jejich rodiče (partneři), blízcí již nejsou schopni čelit jídelní patologii a s ní spojenými rituály, emočními a komunikačními obtížemi, otázkami rolí a odpovědností.

Na oddělení se dodržuje režimová terapie, tj. čas je přesně strukturován (stravování, psychoterapie, spánek apod.). Pacienti se na počátku léčby zavazují jednotlivá pravidla dodržovat, při jejich případném porušení by mu totiž hrozilo předčasné ukončení pobytu. (V případě neplnoletých je zpočátku zodpovědnost plně ponechána na personálu.) U dospělých se okamžitě po přijetí lpí na převzetí odpovědnosti. V rámci hospitalizace se monitoruje způsob stravování, přílišná fyzická aktivita, agresivní projevy...(Jednoduchou pomůckou je třeba i deník, jež si pacientky vedou. Deník napomáhá odhalovat zlepšení, zmiňuje Papežová (2000) ve svém manuálu).

Nemocní se učí vlastní zodpovědnosti, ovládnání svých afektů a volního chování. V domácím léčení tento proces trvá podstatně déle. Pro zajímavost uvádím několik postřehů z deníku jedné klientky s diagnózou MA po nástupu do léčby:

*„Byl to pro mne šok...Měla jsem dojem, že tu stále jen jím, snažila jsem se udělat tajně alespoň pár dřepů, prostě nějaký pohyb navíc, po pár dnech jsem nabyla*

*dojmu, že jsem sádlem obrostlá...Na druhé straně jsem tušila, že to nebude jednoduchá cesta, že cesta k uzdravení není snadná a že tohle všechno je nutné. Byla jsem zmatená, ale okolí mi potvrzovalo, že je třeba překročit vlastní stín.“*

V rámci léčby se nejčastěji využívá psychoterapie a to zejména kognitivně – behaviorální, dále pak individuální a rodinné.

Za zmínku též stojí značně úspěšný cyklus tzv. vícerodinné terapie<sup>13</sup> vedený týmem psychiatrů a psychologů na Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK VFN v Praze (Tomanová, Papežová, 2006).

Nedílnou součástí běžné psychoterapie je rovněž arteterapie, muzikoterapie či pohybová terapie, apod. Současně se uplatňuje i farmakologie; je doporučována tam, kde jde o život ohrožující stavy anebo u tzv. atypických anorexií nebo tam, kde je přítomna komorbidní porucha.

## **1.7.2 Rekapitulace**

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou typickými interdisciplinárními behaviorálními poruchami, které mají v současné době vzestupný trend. Jsou zařazeny do duševních poruch, ale na jejich léčbě se často podílejí i pediatri, endokrinologové, gynekologové, stomatologové, rehabilitační a nutriční terapeuti atd. Jedná se o multifaktoriální poruchu a její sociokulturní podmíněnost, jež je v současné době od starověku do současné doby největší. Terapie se řídí intenzitou poruchy, je-li žádoucí hospitalizace pro metabolický rozvrat, probíhá na metabolických jednotkách, dále pak na psychiatrických odděleních (klinik či léčeben). Po jisté normalizaci metabolického rozvratu, hmotnostního úbytku a stravovacích návyků (včetně postojů k jídlu) je třeba dlouhého terapeutického působení. Většina autorů se shoduje, že efektivní léčba spočívá v komplexním přístupu, jež kromě pacienta zahrnuje i jeho rodinu.

---

<sup>13</sup> Vícerodinná terapie představuje ekletický přístup kombinující prvky více terapeutických směrů. Zahrnuje především kognitivně behaviorální, dynamické, imaginativní, narativní a systematické prvky. Podstatou je umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému s ostatními rodinami, poskytnout rodinám příležitost k vyjití ze sociální izolace, nabídnout prostředí solidarity a otevřenosti, pomoci najít a pochopit jiné perspektivy – obnovit zdravé vztahy.

## 2. Pojetí arteterapie

Za nedílnou součástí své práce považuji alespoň rámcové shrnutí přístupů, které se v arteterapii uplatňují.

Zicha (1981) uvádí dvě základní pojetí arteterapie:

### 2.1 Terapie uměním – Art for therapy

Podstata terapie tohoto druhu je přímo odvislá od procesu umělecké tvůrčí činnosti. Sebevypádkření a rozvoj kreativity mobilizuje latentní sebeuzdravné mechanismy klienta.

K tomuto pojetí se blíží i definice arteterapie americké arteterapeutické společnosti (AATA), která zdůrazňuje zejména tvůrčí proces, jež usiluje o umění a jehož výsledkem je umělecký produkt ([www.art-therapy.us/art\\_therapy.htm](http://www.art-therapy.us/art_therapy.htm), 10. 3. 2011)

### 2.2 Artpsychoterapie

Tento přístup je založen na verbální interakci s artefaktem. Není důležité, zda-li se jedná o umělecky hodnotné či dokončené dílo. Podstata tkví ve verbální práci s výtvarnými produkty jakými jsou prožitky, vnímání a analýza.

Arteterapeutická asociace v rámci tohoto rozdělení vnímá dva proudy. V jednom z nich je akcentován tvůrčí proces, ve druhém artpsychoterapie (Česká arteterapeutická asociace, 2001).

Toto rozlišení v sobě zahrnuje dvě spolu související tendence, koncepce odrážející i podstatu vnímání arteterapie v českém prostředí.

Obě tato rozdělení nelze oddělovat, ba naopak měla by se prolínat, propojit a tak nechat k sobě přicházet inspiraci odjinud, totiž z příbuzných oborů, které jsou velkým obohacením a změnou nejen pro klienta.

#### 2.2.1 Rozdělení arteterapie podle L. Joanidise

Joanidis (1974) si klade otázku: „V čem spočívají terapeutické zisky, účinky arteterapie?“ Podle druhu přístupu rozlišuje arteterapii kreativistickou, integrativní, činností, sublimační a projektivní. *Kreativistický* model si klade za cíl podnítit člověka k tvořivé aktivitě. *Integrativní* přístup využívá uměleckého potenciálu ke

sjednocení osobnosti člověka. Východisko *činnostní* arteterapie je třeba spatřovat v cílevědomé a plodné činnosti, která je podstatou lidského zdraví a rozvoje. V *sublimačním* pojetí arteterapie se mohou zpodobňovat, měnit různé nevědomé impulsy (např. agrese) do výtvarné podoby a tím zabránit agování<sup>14</sup>. *Projektivní* (podvědomá, dynamická) arteterapie podněcuje každého jedince bez hodnocení jeho výtvarných schopností nahlížet na jeho artefakt jako studnici nevědomých obsahů, které je třeba objevovat. Konečný výtvarný produkt kreativní činnosti má zde bezesporu nezpochybnitelnou roli. E. Perout (2005) dodává: „...nejvýznamnější se jeví přesah v prvku klientovy vlastní tvořivé činnosti, která má v sobě integrující autosanační potenciál. Objev zdroje autentické spontaneity může být prostředkem proti úzkosti a strachu, cestou k úlevovému vyjádření jinak nesdělitelného, počátkem nového pohledu na sebe sama i svět kolem sebe.“

Jak sám Joanidis zmiňuje, jednotlivé přístupy by se měly prolínat a syntetizovat a to vždy s ohledem na klientovu jedinečnost.

### **2.2.2 Arteterapie v Českých Budějovicích – Rožnovská arteterapie**

Především bych blíže specifikovala poslední z výše uvedených, tedy projektivní přístup, ze kterého čerpá i program arteterapie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a rovněž tato práce. Nutno poznamenat, že tento přístup se často prolíná s kreativistickým pojetím a to svým úsilím o kultivaci výtvarného projevu klientů. V rámci základního rozlišení dle Zichy má blíže k artpsychoterapii. Výsledný produkt je nadále verbálně, za účasti klienta i arteterapeuta, zpracováván.

Autorem arteterapeutického pojetí v českých Budějovicích je PhDr. Milan Kyzour st., protože škola byla původně situována do Rožnova – části Českých Budějovic, je označována za „rožnovskou arteterapii“.

Studium je založeno na jeho celoživotní zkušenosti. Teoretickou podstatu a ideovou inspiraci je třeba hledat v průniku mezi oblastí medicínsko-psychologickou, výtvarně-pedagogickou a uměleckovědní (Perout, 2005).

Za „teoretické východisko“ studia metodiky arteterapeutické práce v Ateliéru arteterapie při pedagogické fakultě Jihočeské univerzity se považují práce Jeana Piageta, Victora Löwenfelda a Herberta Reada. Ontogenetický model vychází

---

<sup>14</sup> Agování – vybití nevědomých emočních impulsů chování.

z kognitivní teorie pěti vývojových stadií myšlení Jeana Piageta, na které se analogicky váží jednotlivé vývojové etapy dětského výtvarného projevu Victora Löwenfelda. Terapeutické využití tohoto modelu předpokládá absolvování všech stadií se schopností inspirativních návratů. Za patologii je považováno ustrnutí či absence některé z etap. Do těchto etap je třeba se v rámci terapie vrátit (Perout, 2005).

Základem „rožnovské arteterapie“ je především výtvarné sdělení, které stojí před slovem. Verbální výpověď klienta je důležitá, nicméně také častou příčinou úniku od tématu, zakrývání skutečnosti, uplatňování obran, atd. „Výtvarné sdělení totiž není jen odrazem autorova vědomého projektu, ale získává materiál i ze struktur, které jsou leckdy hluboko zasunuty“ (Kyzour ml., 2002).

Přístup rožnovského pojetí spočívá v *odventilování* energie soustředěné v symptomu řízenou výtvarnou tvorbou a jejím vývojem jako zrcadlem skutečnosti, tudíž objektivním posunem klienta. Je zcela pochopitelné, že úloha klientova umu zde nehraje roli. Jinými slovy arteterapeut citlivě zasahuje, vede klienta, metodicky poučuje a následně interpretuje. Podstatou uzdravovacího procesu je odhlédnutí od příznaku, který se odráží v symptomatické tvorbě. Cílem vedení je dosažení kompozičně, figurativně i barevně vyváženého díla.

Z hlediska terapeutických přístupů, lze rožnovskou arteterapii charakterizovat jako projektivně dynamickou. Psychoanalytické uvažování, jak zmiňuje Rubinová (2008) přispívá terapeutovi poznat, kde klient vývojově *ustrnul* a proti čemu se *brání* (obávané impulsy) a jakým způsobem (obrané mechanismy).

Analýza a interpretace výtvarného projevu vychází ze symboliky, podobně jako je tomu u psychoanalýzy, která hojně využívá i klientova snu jako zdroje pro interpretaci. Proces výtvarného tvoření lze považovat za paralelu snu, jehož symbolika kopíruje výtvarnou řeč (Kyzour, 2002).

Výtvarná řeč není tolik cenzurovaná vědomou a volní kontrolou jako řeč verbální. Ponechává promlouvat nevědomí, a poskytuje tak příležitost vyjádřit závažné zkušenosti.

Vzhledem ke své povaze je tento druh arteterapie vhodný zejména pro neurotiky. Pro psychotiky se z důvodu jejich „pozměněné“ schopnosti sebereflexe doporučuje arteterapie činnostní, prožitková.

Pro takto vymezenou arteterapii je určující snaha využít předkládaného artefaktu jako zdroje pro získání informace o psychickém dění člověka (Chrášťanský, 1998).



### 3. Průběh stáže v ateliéru

Jak již zaznělo v úvodu, své poznatky a zkušenosti s arteterapeutickou intervencí u PPP jsem pro tuto práci načerpala z již zavedené praxe ateliéru arteterapie, který koncepčně přináležel Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, a který je též hojně využívaný nejen pacienty tamější Jednotky specializované péče pro poruchy příjmu potravy (toto oddělení je určeno pouze plnoletým, specializované oddělení pro děti se nachází ve FN Motole). Tento ateliér již řadu let vede arteterapeutka paní Mgr. Iva Dvořáková.

Do ateliéru jsem docházela jednou týdně po dobu jednoho a půl roku tj. od ledna do června 2008 (pobytová léčba včetně arteterapie se během prázdnin neprovozuje).

Každé setkání trvalo hodinu a půl a konalo se vždy ve stejný den i hodinu a probíhalo vždy na půdě ateliéru, který se nachází v suterénu budovy, do které se vchází pouze z venkovní strany.

Domnívám se, že tento fakt opakovaně způsoboval hojnou účast, protože tato skutečnost z jednotlivých setkání činila „něco víc“ než jen obyčejný „přesun“ (klientky během léčby nesmí opustit budovu, kromě případných propustek). Sama tato skutečnost přispívala k pozitivnímu hodnocení našeho společného sezení. Ateliér se pro ně stával bezpečným místem, útočištěm, prostorově separován od samotného oddělení.

Je třeba podotknout, že doba na arteterapeutické setkání byla striktně vymezena, přestože by bývala byla vůle jak na straně klientek, terapeutky i mne samotné jej prodloužit, a to ze zcela zjevných důvodů, kterými byl pevně stanovený jídelní řád hospitalizovaných.

V závislosti na proměnlivém počtu pacientů (maximální limit pro pobyt na Specializovaném oddělení pro PPP je osm týdnů) se také měnila skladba celé skupiny, což v mnohém negativně ovlivňovalo průběh arteterapeutického působení. Proměnlivý počet členů tzv. otevřené skupiny na jednotlivých setkání byl zcela běžný. Ve skupině se téměř pokaždé nacházel někdo nový, tudíž nebylo snadné zvolit vhodné téma. Časové omezení nenabízelo dostatek prostoru pro následnou interpretaci, pouze pro krátká sdělení.

Jednotlivá setkání v průměru zahrnovala cca 10 žen, různého věku, nejčastěji však šlo o ženy mezi 20. a 25. rokem. V průběhu mé praxe se v ateliéru vystřídala

celá řada klientek, v podstatě vždy až na jeden jediný případ (záchvatového přejídání) se jednalo o pacientky s mentální anorexií či bulimií. Která z těchto dvou diagnóz převládala nelze s určitostí posoudit, neboť u žen s diagnózou bulimie se často střídají záchvaty žravosti s dietní fází a ne jinak je tomu v opačném případě – mentální anorexie, kdy období minimálního příjmu potravy střídá etapa bulimická.

Vzhledem k frekvenci výskytu mentální anorexie a bulimie se také v rámci teoretické části věnuji především charakteristice právě těchto dvou zmiňovaných poruch.

### 3.1 Provozní záležitosti setkání

Jak jsem uvedla výše, naše společná setkání se odehrávala ve speciálně upravené místnosti – tzv. ateliéru - ve sklepní části komplexu psychiatrické kliniky. Prostor byl uspokojivý, avšak téměř bez denního světla a tak bylo téměř vždy nutné umělé osvětlení.

Bylo-li by třeba, každá ze zúčastněných si mohla najít své místo, kde se cítila dobře. Nebylo to však časté, většinou všechny dívky obsadily dva stoly uprostřed místnosti. Prostor byl nebývale rozlehlý. Na základní techniky zde bylo i odpovídající množství materiálu. Součástí vybavení byl i přívod vody.



Pohled do ateliéru

Od počátku jsem svoji praxi v ateliéru vnímala z pozice tichého pozorovatele, který se učí, vnímá a vyhodnocuje terapeutické dění, a to vše bez jakékoli potřeby vedení. Záhy se však moje postavení změnilo. Na základě zdravotních problémů arteterapeutky, jsem byla pověřena vedením skupiny po dobu od března až června

2008. Byla to pro mne velká výzva s odpovídající dávkou odpovědnosti.

Ve snaze více porozumět jsem se účastnila týmových porad oddělení (celý tým byl složen z ošetřujících lékařů - psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a zdravotních sester), na které jsem byla rovněž přizvána. Jakkoli byla účast na poradách pro mne časově náročná, nesporně přispívala k vzájemné provázanosti informací ohledně hospitalizovaných a to jak z oblasti medicínsko-terapeutické, tak i z oblasti arteterapeutické.

### **3.2 Struktura setkání**

Za svého působení jsem se přiklonila ke struktuře sezení, tak jak ji uvádí Campellová (1998):

- |    |                        |
|----|------------------------|
| 1. | zahájení               |
| 2. | hlavní činnost         |
| 3. | diskuse a zpětná vazba |
| 4. | zakončení              |

Ad 1.

Na počátku našeho společného setkání následovalo přivítání, eventuálně představení. Následovalo rozehrátí, které zpravidla nějakým způsobem souviselo s následující technikou. Někdy, vyžadovala-li to situace, jsem volila záměrně technikou jinou, zdánlivě nesouvisející, nicméně reflektující momentální rozpoložení skupiny.

Obvykle již během této fáze byly překonány problémy s ostychem a odporem jakkoli se zapojit do skupinové činnosti.

Zde uvádím několik příkladů mnou volených rozehrívacích technik:

#### **Vizuální konverzace**

Dvojice pracuje s jedním kusem papíru, přičemž jeden něco zobrazí a druhý mu nějakým způsobem odpoví, aniž by mezi sebou pronesli slovo. Tento postup se opakuje po nějakou dobu. Na závěr spolu hovoří, jak celý proces vzájemného tvoření pociťovali (Campellová, 1998).

#### **Portrétování – haptická zkušenost**

Skupina sedí v kruhu až na jednoho, který stojí uprostřed se zavázanýma očima.

Zatímco on stojí a nevidí, skupina si vyměňuje místa a následně se před něj staví jeden ze skupiny. „Slepý“ má za úkol po hmatu rozpoznat o koho jde. Často se stávalo, že jsem do procesu zasahovala, volila „slepého“ i „nepoznaného“. Po několika kolech si sama skupina řídila celý průběh hry, což pouze potvrzovalo její kohezi.

### **Hledání mého vlastního tvaru**

Každý účastník si vezme do rukou přiměřené množství keramické hlíny, ne víc než se vejde do jedné ruky a má za úkol vymodelovat kouli, po té, co úkol zvládne, následuje příležitost ke společnému asociování, komu a co tento tvar připomíná. Pak následuje přemodelování koule na kostku a opět přemítání o tom, co je hranaté, zda je to příjemné...atd. Třetí část aktivity spočívá ve vytvoření osmistěny (hranolu) z právě vzniklé kostky. Opět vyvstává příležitost k diskusi o tom, co je hranaté, zda to je libé...apod. Na závěr si každý zúčastněný vytvoří takový útvar, který jemu samotnému konvenuje (Šicková, 2006).

Z osobní zkušenosti s klientkami musím konstatovat, že po překonání počáteční nelibosti ke zvolenému materiálu, byly všechny ženy a dívky nadšené. Proces přebudování – změny – má v sobě obrovský terapeutický potenciál. Podněcuje klienta/ku zauvažovat nad rigidními formami vlastního chování, odbourává strach a úzkost, podporuje spontaneitu a touhu umět měnit. Autorka dále zmiňuje, že toto cvičení je vhodné zejména pro klienty depresivní a úzkostné. Domnívám se, že též pro pacientky s diagnostikovanou PPP, které často střídavě provázejí i obě zmiňované poruchy.

### **Ad 2.**

Hlavní činnost pokrývala většinu času věnovanému našemu setkání. Techniky jsem zařazovala různé, popř. kombinované, event. jsem nabízela rozmanitou možnost zpracování. Témata jsem volila v duchu rožnovské školy – jsou jimi např.: Perníková chaloupka, Betlém, Sněhová královna, Adam a Eva... Příležitostně jsem zařazovala techniky i témata nevšední, vždy odrážející situaci ve skupině.

Klientky s PPP často a rády volí takové techniky, jež neumožňují působení náhody. Jsou jimi zejména kresba pastelkami, tužkou či fixem. Tedy takové, které dobře znají a které příliš neumožňují zásah samotné náhody. Akční akvarel či tzv.

smejvák – je technikou, která skrze akcentující náhodu v sobě zahrnuje výrazné terapeutické možnosti.

Jestliže skupina přespříliš trvala na osvědčených formách zpracování, zvolila jsem napříště téma vyžadující jiný způsob zpracování. Tato skutečnost obvykle značnou měrou přispívala k posílení skupinové dynamiky i celkovému pozitivnímu naladění všech členů skupiny. (Zcela provozní, avšak nevyhnutelnou záležitostí v závěru této fáze, byl úklid. Obvykle jsem ho zařazovala po dokončení hlavní činnosti a snažila jsem se k němu přimět všechny zúčastněné.)

Ad 3.

Rozprava nad čerstvě vzniklými artefakty by nebrala konce, pokud by nebyla časově omezená. Poněvadž valná část účastnic téměř pokaždé věnovala poměrně dost času práci na artefaktu, na závěrečnou diskusi již nezbývalo mnoho času.

Jak doporučuje Liebmann (2005), pokud situace dovolovala, ponechala jsem každého zúčastněného, aby se vyjádřil ke své práci. Bylo-li v závěru setkání času málo či napjatá nálada, hovořil jen ten, kdo měl chuť.

Někdy bylo nutné dát zúčastněným časový limit na hlavní práci, protože perfekcionalistické tendence některých z nich by jim nedovolily skončit nikdy. Časová tíseň (nesměla být značná) jim stanovovala dobu tvoření a tak se stávala případným argumentem pro jejich nedokonalost, kterou by jinak za včasným odevzdáním často hledaly. Jedině tak se nabízel alespoň minimální prostor pro rozpravu.

Ad. 4.

Po celkovém zhodnocení výsledných děl i průběhu setkání následovalo ukončení setkání. Každé sezení jsem usilovala o vědomé rozloučení všech zúčastněných, byť by mělo být záležitostí vteřiny. Ve skupině se neujal žádný konkrétní rituál pro tuto chvíli.

Je zřejmé, že v sezeních bez závěru se členové rozcházejí poněkud rozladěni, s jistou mírou tenze a pocitu neuzavřenosti (Kratochvíl, 1995). Vzhledem k povaze onemocnění, jsem neshledávala tuto formu jako žádoucí a dávala jsem přednost již zmiňovanému setkání se závěrem, aniž bych si neuvědomovala přednosti obou forem.

### **3.3 Zásady fungování naší skupiny**

Stejně jako strukturování arteterapeutického sezení bylo významné i stanovení základních pravidel pro skupinu, jakými jsou běžně zásada otevřenosti a upřímnosti (předpokládá se, že pokud má klient zábrany k otevřenosti, má právo odmítnout odpovídat), zásada odpovědnosti (odpovědný přístup k terapii, který se kryje s běžnou společenskou normou jako je např. včasná docházka, zásada dodržování důvěrnosti a práva odmítnout, říci stop (Kratochvíl, 1995).

Moje zkušenosti se skupinou pacientek s PPP nepotvrdily všeobecné tvrzení, že se jedná o skupinu nevděčnou, se kterou je velmi těžká spolupráce. Taková skupina se totiž obvykle semkne vůči terapeutovi a nespolupracuje. Proměnlivý počet pacientek ve skupině měl v tomto případě pozitivní dopad. Otevřenou skupinu přesto neshledávám jako žádoucí, vzhledem k povaze onemocnění, považuji za důležité vést skupinu v páru – tedy v zastoupení arteterapeuta i arteterapeutky, popř. smíšenou skupinu čili sestavenou z pacientů i s jinými diagnózami.

## 4. Praktická část

### 4.1 Praktická část – vymezení cílů

Podstatou této práce je snaha postihnout obecné znaky v tvorbě klientek s PPP a pokusit se je blíže specifikovat.

V této části práce prezentuji na vzorku dvanácti klientek s PPP, tj. ve dvanácti případových studiích, vlastní terapeutickou intervenci. Jedná se pouze o zlomek společné práce. Na předložených pracích dokladuji, jak účinná se jeví arteterapie s touto skupinou.

V rozhodování, na které jejich artefakty se zaměřit, mi značně pomohla **četnost absolvovaných setkání**, nikoli rozmanitost zadání. Z tohoto důvodu se mnohá témata opakují. Není sporu o tom, že doložit případný posun lze pouze tehdy, je-li k dispozici dostatek materiálu.

Jinou alternativou, kterou jsem zprvu zvažovala pro účely této práce, bylo předložení pouze jedné či dvou kasuistik, na kterých by byl zřejmý posun. Nicméně doba hospitalizace každé pacientky byla velmi krátká na to, aby bylo možné nasbírat dostatek podkladů pro tuto variantu.

Z tohoto důvodu jsem se v průběhu stáže rozhodla popsat a představit práci již zmiňovaných dvanácti klientek s PPP, na jejichž základě se v následujících kapitolách **pokouším shrnout základní rysy jejich výtvarné tvorby včetně možností arteterapeutického působení**. V závěru této práce se pak pokouším shrnout veškeré poznatky plynoucí z praktického využití arteterapie. Účelem této práce je tedy rekapitulovat aspekty projektivně pojaté arteterapie a pokusit se z nich **vyvodit všeobecné poznatky, jež by i nadále nalezly využití**.

Podotýkám, že odborné práce pojednávající o arteterapii s PPP u nás dosud nebyly publikovány a že zahraniční literatura zabývající se touto problematikou je u nás nedostupná. Hlavním zdrojem, ze kterého bylo pro účely této práce možno čerpat, byla samotná praxe, které se věnuji v následujících kapitolách.

Veškerá uvedená jména jsou z důvodu zachování anonymity, změněna.

## 4. 2 Alice

*Alici je třicet let a léčí se s mentální anorexií.*

*Pochází z provinčního městečka severočeského kraje, prodělala závislost na pervitinu, dosud se ambulantně doléčuje v Sananimu. V době léčby měla přítele, se kterým žila – gamblera, během terapie intenzivně řešila svůj vztah k němu, rodině i rodnému městu. Chtěla změnit místo bydliště, aby tak eliminovala rizika možné opětovné drogové závislosti. V závěru léčby definitivně opustila přítele, hledala si nové bydlení i práci v Praze. Velkou motivací na cestě k uzdravení pro ni byla její touha po vlastním dítěti.*

**Téma: Perníková chaloupka** (na počátku léčby)

Technika: malba, kresba

Pomůcky: akvarel, pastel, popř. pastelky

Datum: 1. 4. 2008 (na počátku léčby)

Alice patřila mezi ty, kteří se na společné setkání těší. Působila plaše, ostýchala se výrazněji projevit. Pokud jsem však napřímila pozornost k ní, s vděčností komunikovala. Po té, co opustila „pervitinovou“ závislost, začala mít značné problémy s vnímáním vlastního těla. Vlivem působení drogy zhubla, po léčení v Sananimu postupně přibírala na váze. Problémy se časem vystupňovaly do mentální anorexie.

Na jednom z prvních společných setkání vytvořila následující obrázek.





Obr. 1. Perníková chaloupka

Na první pohled obrázek zaujme svojí středovou kompozicí a pocitem, že je na něm ticho a klid. Nic se totiž nehýbe, postrádá dynamiku. Technika kresby pastelkou na lavírovaném pozadí vzbuzuje v divákovi dojem, že se jedná o divadelní kulisy. Obrázek je tvořen jednotlivými prvky, bezvztahovými jednotlivinami, které charakterizují autorčinu nezralost. Převládající oranžová barevnost domu neomezující se jen na jeho střechu může vypovídat o tzv. „rodinném symptomu“. Vztahům v rodině může chybět autorita přebírající zodpovědnost, tento deficit se většinou stává tíživý v krizových situacích, které jsou pak složitě řešitelné. Podle Davido (2001), která se ve své knize věnuje především dětské kresbě, znamená pro dítě dům víc než jen stavbu, nýbrž samotného člověka. Často bývá antropomorfní. Pokud autor nevyužívá celého prostoru a navíc v jeho okolí se nacházejí jednotlivé prvky, například velké stromy, usuzuje autorka na poruchy afektivity jako jsou pocity osamění, méněcennosti a rezervovanosti v projevování citů. Tuto charakteristiku lze přeneseně použít i u Alice. Obrázek lze v rámci kresebného

vývoje zařadit do formálního období (vzhledem k plošnosti), je však vystavěn na neproběhlém konkrétním období.

Dům je malý, plošně znázorněný. Plošnost v pojetí obrázku lze převést do reality. Přeneseně může naznačovat tendenci k tělesné plochosti, ploché břicho, plochý hrudník (nevyspělost, nebýt dospělá), ale též i k plochosti emocí. Použití barvy, které charakterizuje emocionální rozpoložení klientky, tuto skutečnost jen podtrhuje. Dveře i okna jsou zavřená. Střecha i stěny jsou pokryty taškami z perníku a vypovídají o Aliččiných obsesivních tendencích, které mi sama přiznala. Navíc dům bez komínu (komín může být falickým symbolem) u autorky poukazuje na neventilování vitality – stav deprese – která může vyústit v eventuálního „výbuch“, kdy vyrazí okna i dveře.

Alice byla uzavřená, během našeho setkání příliš nekomunikovala. Přesto byla schopná své emoce dát najevo, obvykle mírným úsměvem.

Stromy, které jakoby poletují nad chaloupkou, mluví o snaze postihnout perspektivu, což se Alici příliš nedaří. Domek je antropomorfní a pravděpodobně zastupuje nějaký figurativní prvek.

Iluzivnost vzniká nezáměrně díky efektu vodových barev a díky různé velikosti smrčků.

Celkem vzato, výpověď obrázku vyjadřuje klientčiny problémy s komunikací a to jak v rámci rodiny, tak se svým širším okolím. O této Aliččině uzavřenosti svědčí i cesta, která běžně k domu přináleží a která zde chybí. Z etymologického hlediska lze uvažovat o „perníku“ jako droze – pervitinu, který donedávna užívala a jež si lze s tématem spojovat. Samotná perníková výzdoba chaloupky to dokladuje. Tuto skutečnost také podporuje fakt, že z hlediska psychoanalytického pojetí, ze kterého primárně čerpám, pohádka O perníkové chaloupce hovoří o nezvládnutí konfliktu psychosexuálního vývoje v orálním období dítěte.

### 4. 3 Dita

*Dítě je dvacet dva let. Před tím než nastoupila do terapie, prodělala dvoutýdenní léčbu své deprese. Je hysterická a skrytě manipulativní. Střídají se u ní etapy anorexie a bulimie. Léčbu obdobného charakteru již na klinice absolvovala. Přestože nebyl zcela znám její motiv léčby, byl její druhý pobyt vnímán pozitivněji*

**Téma: Sněhová královna**

Nabízená technika: malování, kreslení

Pomůcky: akvarelové, temperové bary, pastelky, fixy, olejové křídly, pastel

Datum: 22. 4. 2008, (na počátku léčby)



Obr. 2. Sněhová královna

Přeneseně z testu barvové preference formát na výšku vypovídá o autorce samotné, což ostatně dokládá i samotný obsah kresby. Typ kresby odpovídá cca třinácti rokům tj. období kresebného realismu, i když zde se patrně styly mísí. Lze pozorovat symbolistní vrstvu, ze které vychází zmiňovaný realismus. Je třeba se ptát „ k čemu je klíč na krku, jaký problém je třeba otevřít?“ Za barevnou chudostí obrázku zřejmě stojí autorčina sebekontrola a současně bezradnost v emoční oblasti,

ve vztazích..., velkou část v něm zaujímají bílá místa, která Dita ponechává prázdné, přestože jsem ji navrhla jejich vybarvení. Sama barevně vyplnila srdce a tvář, další část obrázku odmítla. Tato skutečnost svědčí o možné emoční rozpolcenosti stejně tak, jak nám to ukazuje i samotný obrázek. Zdá se, že jsou na něm ještě vlasy jiné, druhé princezny. Jaké? Třeba její druhé já?

Obrázek zaujme rozporem mezi astenickou křehkostí i její tvrdostí, která je taktéž přítomna. Tyto atributy jsem během své praxe pozorovala i u řady dalších klientek s diagnózou PPP.

Bettelheim (2000) uvádí, že půvab hrdinek je chladný a souvisí s izolací narcistní sebestřednosti. V takovém zahledění do sebe sama, které zcela opomíjí okolí, není místo pro strádání, ale ani pro žádné poznání či citové prožitky. Tato skutečnost se váže k homoerotické fázi dívek, které jsou narcistické proto, aby svojí dokonalostí dokázaly matku přimět k žárlivosti. Rovněž podoba Šípkové Růženky jako princezny tuto skutečnost dokládá.

Zajímavé jsou některé detaily, které jsou poměrně pečlivě propracovány (viz řetízky kolem krku, klíč, srdce, řasy atd.). Tento druh dekorativismu obvykle v sobě ukrývá emoční žurnalismus. Narcistické ladění je odpovědí na zátěže dospívání, jak popisuje Bettelheim. Samy detaily odlišují jinak poměrně běžný prototyp princezny. Identifikace autorky s princeznou, která tak vyjadřuje snahu se lišit, je zcela zřejmá.

Vzhledem k tomu, že na důkladnější interpretaci společně s Ditou nebyl ve striktně vymezeném čase prostor, zůstává otázkou, čím nebo kým by mohl být nepatrný prvek v levé části obrázku připomínající kus pláště, šatů či lidského těla.

#### 4. 4 Irma

*Irma je třicet jedna let. Žije s přítelkyní a několika psy (alespoň to o sobě tvrdí). Otec ji zemřel, když ji bylo šestnáct let. Podle jejích slov, nebyla schopna ho opustit, chodila za ním na hřbitov, kde také svého času vedle jeho hrobu přespávala. S matkou se nevidá. Trpí záchvatovitým přejídáním. Léčbu vnímá jako přísnou dietu, okolí jako prostředí, které ji nepřijímá. Cítí se být sama. Přesto po propuštění z pobytové terapie usiluje o pokračování ve stacionáři.*

*Na počátku ji skutečně skupina pro její impulsivnost a samolibost nepřijímala. Za svého působení jsem se pokusila tento stav změnit. V závěru léčby jsem nabyla pocitu, že i arteterapeutické působení mělo vliv na její lepší pozici v kolektivu. Tuto skutečnost mi potvrdili i ošetřující lékaři, kteří rovněž registrovali její mírnou změnu chování v rámci skupiny.*

**Téma: Sněhová královna**

Nabízená technika: malování, kreslení

Pomůcky: akvarelové, temperové bary, pastelky, fixy, olejové křídly, pastel

Datum: 22. 4. 2008 (na začátku léčby)



Obr. 3. Sněhová královna

Na počátku sezení jsem přečetla pohádku o Sněhové královně od Hanse Christiana Andersena, kterou ne všechny klientky znaly. Po té, co si ji vyslechly,

pustily se do práce. Irma byla velmi netrpělivá a už během mého přednesu, vstupovala do děje. Zatímco se ostatní dívky váhavě pouštěly do tvoření, Irma „vyšvihla“ už první obrázek. Obvykle jich vždy zhotovila víc než jeden.

Kresba na první pohled vykazuje znaky, které by spíše nasvědčovaly syndromu ADHD, tato diagnóza se však u Irmy nepotvrdila. Obrázek má charakter řady infantilních symbolů s gesticky regresivní čáranicí - negujícím škrtáním. Autorka po té, co odkryla svoje emoční rozpoložení, vše rychle ukrývá pod čmáranici, aby snad na sebe „neřekla“ mnoho. Na regres poukazuje nejvíce tendence nekorigovaného gesta, čili rizika impulsivního chování, které je stejně záchvatovité jako autorčino přejídání. - nenasytlost v jídle, které je dostupné, může být zástupné za něco, co Irma sama postrádá.

V obrázku je patrná nesourodost a rychlé gesto nedbalého šrafování, též ponecháno mnoho bílých míst.

Nejsem si jista, zda v tomto případě nebyl obrázek jen pouho - pouhou autorčinou provokací. Často byla schopna vytvořit hned několik obrázků obdobného charakteru během jednoho sezení. Možná, že tento způsob infantilního vyjádření byl snahou, jak zaujmout. Ostatně strhávala na sebe pozornost všelijakými jinými způsoby, které se neomezovaly jen na naše společná arteterapeutická setkání. Vůči ostatním byla drzá a neomalená. Bylo nutné ji často připomínat zásady fungování skupiny a též prokázat vlastní zájem vůči její osobě, který by nebyl na úkor všem zúčastněným. Nebylo to snadné. Ovšem Irma velmi stála o naše společná setkání, takže byla ochotna si pravidla připustit.

Řekla bych, že tímto obrázkem autorka sděluje, jaká skutečně je. Mnohdy se chovala neuvěřitelně překvapivě, pro ostatní byla „bleskem z čistého nebe“ – její reakce nebylo možné předvídat. Zmnožený symbol slunce by mohl znamenat touhu po štěstí, životě..., ale též narcistní tendence vázané k problematice otce, kterého ztratila v době dospívání. Pokud o něm kdy něco málo sdělila, bylo to vždy s vážnou tváří. Téma otce nebylo zábavné... Domnívám se, že si svého neustálého překračování hranic byla vědoma a někdy by se „nejraději neviděla“ viz negující škrtání, to také občas skrytě přiznávala.

Téma: **Maska**

Technika: práce se sádrou - sádrový odlitek

Pomůcky: sádrové obvazy, voda, vazelína, temperové barvy

Datum: 30. 4. 2008 (týden v léčbě)



Obr. 4. Maska

Snazší než sádrový odlitek byla práce se sádrovými obvazy. Obecně vzato tento způsob práce u žen s PPP zprvu nebyl shledán jako atraktivní. Jednoznačně se nechtěly potřísnit sádrou a představa doteku jim byla veskrze nepříjemná. Po mé instruktáži, všechny do jedné, se zdráhaly zhostit tohoto, pro ně skutečně nelehkého, úkolu.

Pokusila jsem se tento pracovní postup přiblížit ukázkou, kterou jsem chtěla dívky motivovat. Irma, která se do všeho vrhala po hlavě, se dobrovolně hlásila jako ukázkový případ. Bylo to tak dobře, poněvadž tato technika počítá se vzájemnou spoluprací – ve dvojicích. (Jeden z dvojice leží a druhý mu přikládá na tvář nastříhané kousky sádrového obvazu, který předtím namočí ve vodě. Tímto způsobem pokryje partnerovi celý obličej mimo nosních dírek. Po zaschnutí přiložené obvazy vytvoří jeden celek – masku. Dvojice se prohodí a celý postup se zopakuje.)

Irma by těžko hledala partnerku, celá skupina ji vnímala negativně. Já jsem byla tou, která snímala odlitek z její tváře. Blažila ji skutečnost, že je o ní pečováno. Opravdu se s důvěrou svěřila do mých rukou a nechala o sebe „pečovat“. Tato

technika zároveň vyžadovala po Irmě jistou dávku sebekázně. Není možné u ní hovořit, jen se v důvěře svěřit a čekat, cítit a prožívat. Irmu těšil výsledek – hmatatelně v ruce držela vlastní podobu, těšíc se s prožitku – velmi příjemných doteků a péče o ni samotnou, kterou evidentně tolik postrádá.

Všechny dívky se pak s nadšením vrhly do práce. Výsledky své práce shledaly jako uspokojivé stejně jako pocity, které je celou dobu provázely. Shodly se na tom, že tato technika byla velmi příjemná. Při dalším sezení jsem ponechala dívkám příležitost si masku dodělat – tj. domalovat, barevně dotvořit, polepit papírem či textilií.

Irma svoji masku domalovala oranžovou barvou. Viditelně zvětšila oči a ústa. Oranžová barva je typická u PPP. S tímto faktem plně koresponduje skutečnost, že Irma v té době opravdu velmi intenzivně přemýšlela o jídle. Svůj pobyt na klinice vnímala jako přísnou dietu. Pronásledovaly ji nutkavé myšlenky kolem konzumace jídla. Velká ústa zřejmě symbolizují chuť, nezadržitelnou touhu po jídle. V patologii barev se v souvislosti s oranžovou mluví o destrukci, které nejde o výsledek, nýbrž o samotný proces. Snaha poukázat na sebe a ostatní vnímat v roli podřízených. I tato skutečnost naprosto souhlasí s obtížemi, které Irmu provázejí. Upřené oči s duhovkou uprostřed lze chápat jako vyjádření úzkosti, kterou Irma vnitřně pociťuje. Výrazné řasy mohou signalizovat problém zneužívání.

Následovala i příležitost si o celém průběhu tvorby včetně jeho výsledku pohovořit. Dívky byly nadšené z doteků i z překonání počátečních obav a zřejmě i z možného překonání sebe sama. Tuto skutečnost dokladovaly návrhy si napříště tuto techniku zopakovat.

Naproti tomu v dalším obrázku:

Téma: **volné**

Technika: tupování

Pomůcky: houbičky, paličky s houbičkami na koncích, akvarelové, vodové a temperové barvy

Datum: 3. 6. 2008 (v závěru léčby)





Obr. 5. Volné téma

U Irma převládají destruktivní tendence nejen při arteterapeutických sezeních, ale i při běžném pobytu v terapii (rozsedla toaletní prkénko, rozbila židli... atd.) Irma byla sociálně velmi izolovaná a impulsivní.

Pro ni samotnou bylo velikým překvapením, co dokáže s barvami díky houbičkám. Těšilo ji barvy nanášet a míchat. Nejprve nanesla na čtvrtku příliš mnoho barvy, že se původní motivy i barvy začaly vytrácet. Chtěla vlastní obrázek zničit a začít další.

Snažila jsem se Irmě ukázat, že s obrázkem lze pracovat např. obrácenou stranou štětce. Nakonec se jí podařilo vytvořit krajinu, ve které převládá symbolika srdcí a různé gesto. Na svůj výtvar byl náležitě pyšná. Dokázala překonat touhu ničení, a ovládla se. Díky tomu bylo možné vytvořit zajímavý obrázek. Reliéfní technika dává výsledku zajímavý výtvarný rozměr. Domnívám se, že tuto skutečnost i ona sama shledala jako velmi přínosnou. Zde měly destruktivní sklony abreaktivní charakter. Irma opět zjistila, že „to lze“. Také jsou zde patrné zmnožené symboly srdce, které mohou odkazovat k problému zneužívání, které však potvrzené není.

## 4. 5 Iva

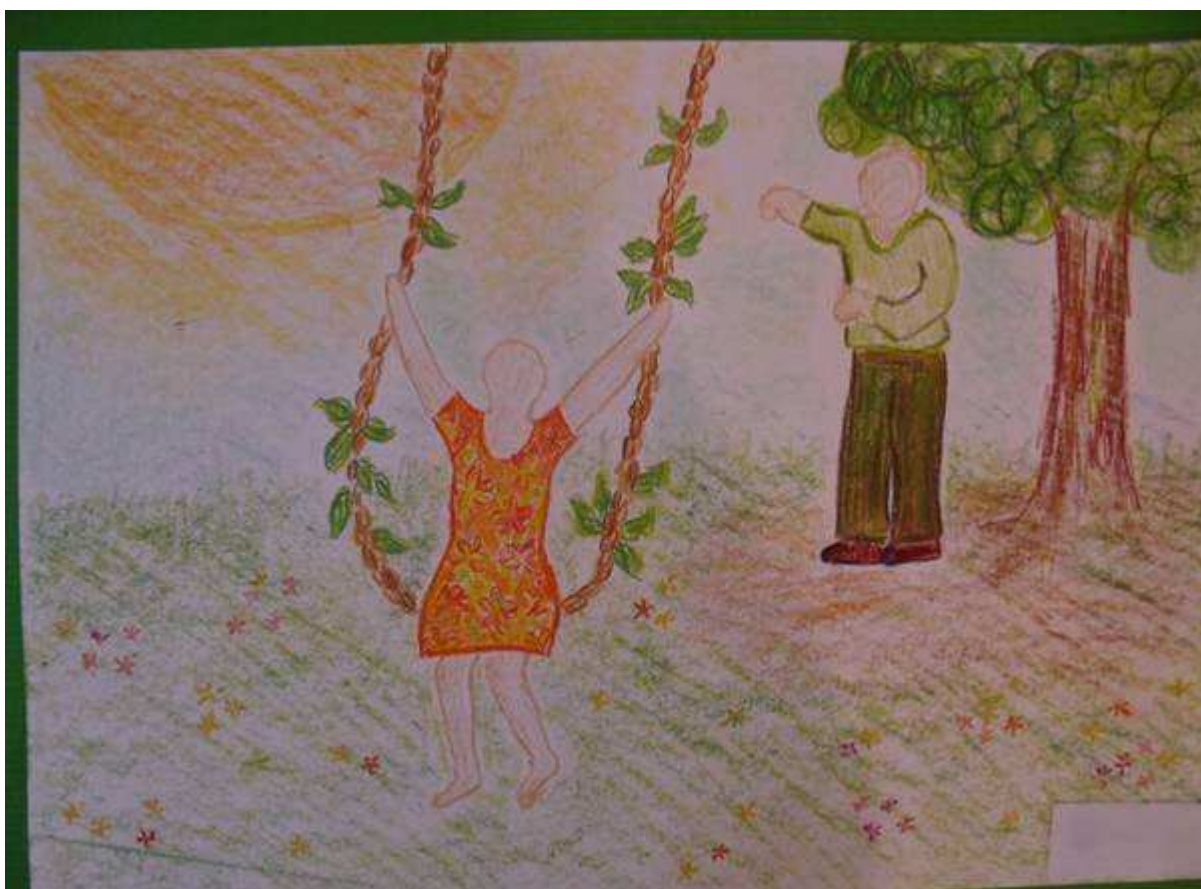
*Ivě je dvacet čtyři let. Trpí mentální bulimií. Je uzavřená a tichá. Během léčby se postupně více a více zapojovala.*

**Téma: Situace, která se mi okamžitě vybaví**

Technika: malba, kresba

Pomůcky: akvarelové, temperové barvy, pastelky, olejový pastel, suchý pastel

Datum: 3. 6. 2008, na počátku léčby



Obr. 6. Situace, která se mi okamžitě vybaví

Iva volí téma houpačky jako kontaktné hry. Bereme-li v úvahu různé typy her, tak houpačka je vertigonální typ hrátek, tedy navozuje závrať. To jsou hry s možným erotickým podtextem. Za otázku stojí, kdo je houpající se osobou...

Obrázek na první pohled zaujme snahou o vytvoření prostoru dvěma plány. Obě postavy, jsou však stejně veliké a tak iluzi prostoru dokresluje barevná intenzita, která je odstupňována. Postavy připomínají hadrové panáky, chybí jim tváře – výraz i ruce. Kromě oděvu je nic neodlišuje. Postava vpředu, v oranžových šatech

s květinovým dekorem může odkazovat nejen ke stravovacím problémům klientky, ale také k sourozeneckým sporům, což ostatně dokládá i tzv. pásovitost produkce. Také armování je zde patrné.

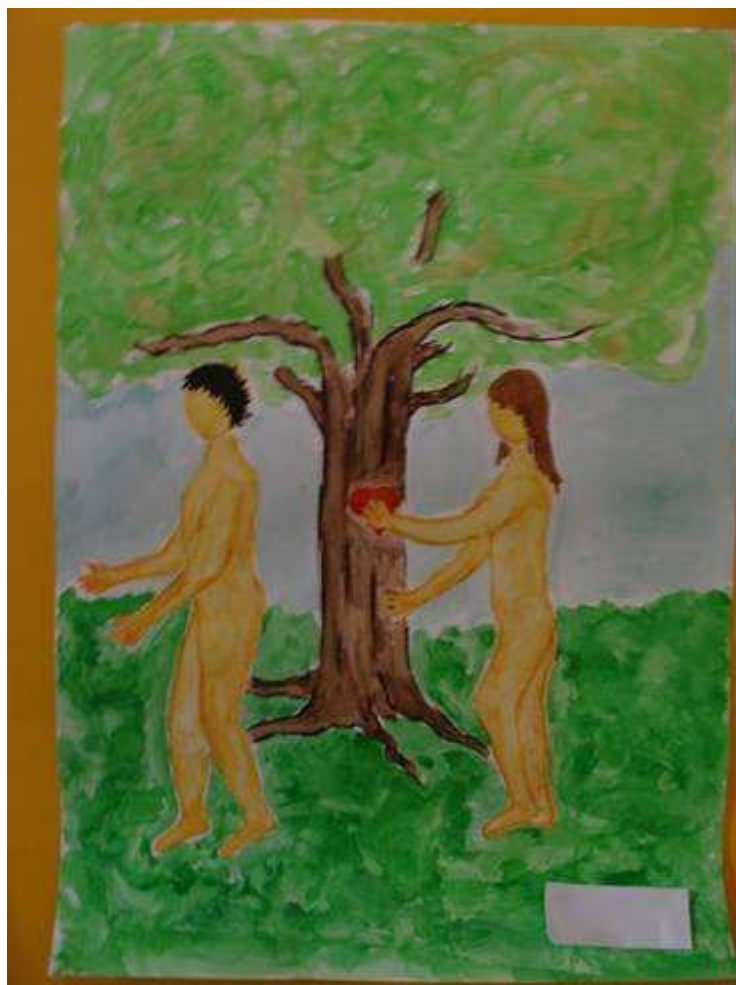
Z výše zmíněného je možné usuzovat na výraznou obranu a snahu autorky o kontrolu a režii. Iva vždy tiše pracovala, hlavu měla téměř vždy skloněnou nad papírem. Během setkání nekomunikovala s ostatními ani se mnou. Obdobnou zkušenost s ní měla řada terapeutů. Tento trend se během léčby zvolna měnil. O snaze spolupracovat lze mluvit až ke konci léčebného pobytu.

**Téma: Adam a Eva**

Technika: malba, kresba

Pomůcky: akvarelové, temperové barvy, pastelky, olejový pastel, suchý pastel

Datum: 17. 6. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 7. Adam a Eva

Zpočátku bylo zřejmé, že Iva váhá, neví, jak s tímto tématem naložit. Všimla jsem si její bezradnosti a doporučila ji zkusit akvarelové barvy. Dívky s PPP obvykle volí techniku, u které nehrozí zašpinění, a možnost jakékoliv nepředvídatelnosti. Akvarel naproti tomu právě toto nabízí a Iva nebyla proti to vyzkoušet. Tvořila stranou, příliš se nevěnovala živé diskusi, která tehdy ve skupině probíhala.

Opět, jako tomu bylo v předešlém obrázku, lidské postavy postrádají výraz. Adama lze rozlišit snad jen dle tělesné konstituce a i to není zcela jistý způsob určení. Obě postavy krácejí v jednom směru ...jdou pryč. Zobrazením z profilu se autorka obratně vyhýbá zřetelnému znázornění pohlaví. Tento jev lze pozorovat u většiny žen s PPP. Lze mluvit o výrazné snaze vyhnout se znázornění lidského schématu, což ostatně vychází z jejich pokřiveného vnímání lidského těla - někdy i sexuality- která s PPP souvisí.



## 4. 6 Simona

*Simoně je dvacet tři. Léčí se z mentální bulimie.*

Téma: **Můj úspěch – můj sen**

Technika: koláže

Pomůcky: časopisy, staré kalendáře, nůžky, lepidlo a čtvrtky A3 a A4

Datum: 12. 2. 2008 (na počátku léčby)



Obr. 8. Můj úspěch – můj sen

Simona vytvořila koláž, ve které lze nalézt jakýsi řetězec přání ve sledu, ve kterém si ho přeje ona sama zažít. Zde se mi nenaskýtá příliš mnoho prostoru pro interpretaci, poněvadž tu není ponechána příležitost náhodě. Autorka i přes mé snažení přimět ji k jinému způsobu zpracování velmi lpěla na svém vlastním. Takové zpracování koláže formou seriálové výpovědi o sobě, dle mého názoru, nese i tak skrytý terapeutický potenciál, tj. klient si doslova chronologicky rovná svůj život v

jeho jednotlivých etapách. Otázkou zůstává, zda takové vypořádávání se s realitou ve formě vize, snu, přání je právě u klientek s PPP žádoucí.

Pacientky s PPP mají často problém se vyrovnat se skutečnou, mnohdy bolestnou, realitou...resp. svoje přání proměnit ve skutečnost, tj. zasadit ho do reálného rámce – života. Nikoli je z něj vytrhnout, jako je tomu symbolicky právě zde.

Domnívám se, že i přes veškerou absenci náhody, obrázek i tak skýtá příležitost k věcnému hovoru nad ním. Použité nadpisky by se mohly hodit k diskusi...např. zdraví, co pro Simonu znamená? Útlý pas? Rovněž úvaha nad tím, do které životní fáze vyjádřené v koláži, by se sama autorka zařadila...? Atd.

Náhoda nějak souvisí či je rovna vakuu a bezradnosti. U PPP to tak zřejmě je. Nejen u Simony je patrná snaha o maximální nutkavou kontrolu, ztrátu tvořivosti, neschopnosti reagovat na nové situace, které se stávají spíš ohrožujícími, a kterým je třeba se raději vyhýbat. To platí i v rovině výtvarné. Metafor kontroly je zde mnoho, volba výtvarných prostředků o tom též vypovídá.

## 4. 7 Zdena

*Zdeně je dvacet tři let. Je velmi ctižádostivá. Studuje psychologii. Je jedináček. Trpí mentální bulimií.*

Téma: **Situace, která se mi okamžitě vybaví**

Technika: malba, kresba, popř. obkreslování za pomoci plastových šablon

Pomůcky: akvarelové, temperové barvy, pastelky, olejové křídly, pastel

Datum: 3. 6. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 8. Situace, která se mi okamžitě vybaví

Předpokládám, že diváka nejprve zaujme středová kompozice. Prostor je vystavěn díky šikovně použité fialové textuře, v kontrastu k modré postavě. Ta působí mohutně a chladně. Postrádá celé ruce, nohy i výraz.

Za oranžovým stupínkem s obsazeným první místem je možné spatřovat autorčinu snahu či pěstování představy o vlastní dokonalosti, která začíná jedničkami

s hvězdičkou ve škole, pak touhou dosáhnout úspěchu v nějaké oblasti, zkrátka stát permanentně na stupních vítězů.

(Ona sama je velmi nadějnou studentkou). Být druhá znamená zhroucení těchto iluzí. Je-li onou postavou skutečně Zdena sama, pak je zde zřejmé, jak moc zkreslený je její pohled na sebe samu. Otázkou zůstává, k čemu jí je dobré, že nemá nohy? Snad, aby setrvala na stupni vítězů? Aby se nemohla hnout z místa, kde je jí dobře? K čemu? Kde má soupeřky? Proč jsou další dvě místa neobsazená?

#### 4. 8 Věra

*Věře je 25. let, pracuje, léčí se z mentální anorexie, v terapii je poprvé. Léčbu nese velmi těžce. Trpí značnými úzkostmi, na váze přibírá velmi pozvolna. Výhledově přemýšlela o doléčovací formě stacionáře.*

**Téma: Situace, která se mi okamžitě vybaví**

Technika: malba, kresba, popř. obkreslování za pomoci plastových šablon

Pomůcky: akvarelové nebo temperové barvy, pastelky, olejové křídly, pastel

Datum: 3. 5. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 9. Situace, která se mi okamžitě vybaví



Věra zvolila kombinovanou techniku. Využila pastelek, akvarelových barev i olejových kříd. Za její experimentování jsem byla ráda. Kromě kresby a koláže bylo těžké dívky přemluvit k použití jiné techniky. Nejraději pracovaly s pastelkami, osvědčeným médiem.

Téma znělo: Ztvárněte situaci, která se vám okamžitě vybaví. Tento námět, byť se zdá být prostým, se ve výsledku ukázal jako jedním z těch nejvýživnějších. Z etymologického hlediska *situace* vychází z latinského *situs* znamenající polohu, umístění. To, na co se každá ze zúčastněných v okamžiku rozpomene, mělo být zasazeno do reálného rámce. Obvykle se jednalo o nějaký děj, kde šlo o něco, pro klientku, skutečně důležitého, podstatného. Na poli ztvárněné situace se tak odehrávaly děje, kde se klientky vypořádávaly s minulostí, přítomností anebo budoucností.

Obrázek se sklápí do půdorysu. Divákovi nabízí nadhled. Je možné, že tím Věrka vyjadřuje přání vidět se s nadhledem, vnímat tak i svoji situaci, onemocnění, nepříjemné nutkavé myšlenky apod. Je třeba vzít v potaz i postavení v kruhu, krouživý pohyb stále a jen dokola, bez možnosti východiska. Jedinou možností je točit se ve stále větší rychlosti, kdy už nelze vnímat, co je kolem a padá se vyčerpáním – i tak by se mohla jevit ona postava. Postava uprostřed nakračuje při hodu diskem. Tuto skutečnost je možné vykládat jako autorčino odhodlání, přání nebo snahu odhodit něco, co vnímá jako nepotřebné, tedy jako to, co už nebude nikdy víc potřebovat nebo nechce potřebovat. Rozhodné gesto se zdá být přesvědčivé. Růžová barva je barva symptomatická, což ostatně potvrzuje identifikaci s klientkou. V pravé části obrázku lze spatřit list, který se vyskytuje i na následujícím výtvaru. Tam ale plní funkci, zakrývá pohlaví u již tak těžko definovatelných figur, zatímco zde se zdá být bez úlohy. Nelze vyloučit, že autorce evokuje něco, pro ní velmi důležitého. Sloup je antický, nezvykle kompozičně použitý, též může být odkazem k homoerotické fázi (obdobně je tomu i v následujícím obrázku).

Široké publikum naznačují hnědé tečky po celé horní šíři obrázku. Možná, že sama Šárka pocítuje, že její odhodlání „s tím konečně něco udělat“ je sledováno, že ona sama je pod možným tlakem.

Téma: **Adam a Eva**

Technika: volná – kresba, malba

Pomůcky: akvarelové a temperové barvy, suchý a olejový pastel, pastelky, tuš

Datum: 17. 6. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 10 Adam a Eva

Je s podivem, že Věra sáhla po temperových barvách. Vyzorovala jsem, že temperové barvy a vůbec i barvy akvarelové bývají u pacientek s PPP oblíbené nejméně. Primárně kvůli strachu z možného zašpinění sebe i obrázku, sekundárně z nedostatečného umu. Jak mi sdělila jedna z klientek „barvy ji neposlouchají a to ona nechce, chce mít pěkný obrázek.“ Tak se dá mluvit i o dalších technikách – suchém pastelu, keramické hlíně apod.

Podaří-li se však počáteční odpor k technice překonat, pak se již neobjeví. Pozitivní zkušenost s technikou převládá. Věra je toho příkladem. Domnívám se, že temperové barvy zvolila proto, že si je vyzkoušela na předchozí technice – kolové malbě (každý ze zúčastněných během krátkého časového limitu vytvoří dílčí část

obrázku, kterou pak v jednom směru posune dalšímu a ten dalšímu; tento postup se opakuje do té doby, dokud každý nemá nazpět „vlastní“ obrázek).

Věra se barevnou intenzitou pokouší o vytvoření prostoru. Nediferencovatelné figurativní prvky v beztlížném stavu jsou obklopeny světlem, zatímco pod nimi je dusno a temno – připomíná až nekrofilní atmosféru. Podstatné je použití tmavých odstínů, které signalizují autorčino akceptování eventuálního odmítnutí. Tato skutečnost předznamenává posun do fáze puberty.

Pohlaví postav určuje barevné rozlišení (budu-li usuzovat na základě genderových stereotypů) a též konstituce figur. Barevná symbolika poukazuje alespoň na registrování rolí, což už samo o sobě signalizuje posun. (Je možné, že se jedná o dvě ženy, tudíž odkaz k homoerotickému období). Postavy jsou nezakotvené a bezkontaktní, chybí jim ruce a chodidla. Z tohoto lze usuzovat na možnou nezakotvenost a problém se sexuální identifikací. Nabízí se otázka typu: „K čemu by bylo dobré být bezruká?“ Červená postava mne provokuje k otázce, zda se jedná o rudnutí vztekem, přemíru energie anebo stud - studem rudnou části těla, které jsou odhalené. Bohužel v době, vymezené našemu setkání, k tomu nebyl nejen čas ale ani příležitost.

## 4. 9 Tamara

*Tamaře je dvacet dva let. Je velmi bystrá. Studuje farmacii. Studium díky své nemoci byla nucena již dvakrát přerušit. Má bratra – fotbalistu. Ona sama působí sebejistým až suverénním dojmem (patrně k tomu přispívá i fakt, že je v terapii opakovaně, čili poměrně znalá místních poměrů). Její oba rodiče jsou lékaři. Nežijí spolu, jsou rozvedeni. Tamara je finančně velmi dobře zajištěna.*

*Otec jí prý vyhrožoval, že jí koupí rakev...na klinice se léčí po třetí. Tvrdí, že vztah k otci již vyřešila. Nyní je, dle jejích slov, potřeba vyřešit vztah k matce. Touží se osamostatnit, ale matka to absolutně vylučuje. Rodina je zatížena výskytem obezity..*

**Téma: perníková chaloupka**

Nabízená technika: malba, kresba

Pomůcky: akvarelové a temperové barvy, olejový pastel, suchý pastel, pastelky, papír formátu A3

Datum: 1. 4. 2008 (na počátku léčby)



Obr. 11 Perníková chaloupka

Obrázek nejprve upoutá svojí atmosférou. Divákovi dává pocit, že domek stojí za noci na poušti. Této úvaze odporuje jen racionální představa pouště. Jinými slovy obrázek je celkovou atmosférou starší. Skutečnost, že by mělo jít o perníkovou chaloupku, dokládají jen nutkavě kladené perníkové tašky, které i v tomto případě

poukazují obsesivní tendence. Více než perníkové tašky mi evokují drátěnou košili, pletivo, šupiny. Dle Bettelheima (2000) chaloupka reprezentuje orální žádostivost, jinými slovy matku a to, jak moc je atraktivní, resp. zda je dobrá matka, dobrý zdroj obživy.

V obrázku je možné postřehnout prvky z období schematismu. Domeček je znázorněn plošně. Postavy zde chybí. Tamara je i přes mé pobídnutí odmítla ztvárnit. Zarytě trvala na svém. Obdobně tomu bylo i u dalších společných setkání. Tamara si vždy vymyslela „něco speciálního“, na čem trvala. Tyto sklony se neomezovaly jen na arteterapeutická setkání, ale objevovaly se obecně. Tamara potřebovala být zajímavá, toužila být středem pozornosti a to se jí zpravidla ve zdejším kolektivu dařilo moc dobře. Její způsob jednání byl nanejvýš vychytralý a nenápadný.

Převládající barevnost zelené a modré může mít neurotický potenciál.



Téma: **Stromy**

Technika: kombinovaná

Pomůcky: barevné svíčky, zápalky, akvarelové barvy, papíry formátu A3 a A2

Datum: 10. 6. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 12 „Stromy“

Úkolem na téma Stromy bylo ztvárnit kvetoucí stromy na jaře a po té dotvořit pozadí – krajinu akvarelovými barvami. Tento způsob práce byl zcela netradiční. Postup je následující. Barevnými hořícími svíčkami se pokape čtvrtka papíru tak, aby jednotlivé skvrny – tečky výsledně vytvořily korunu stromu. Záleží jen na autorovi, kolik stromů tímto způsobem vytvoří. Poté se jednotlivé stromy domalují akvarelovými barvami a zasadí do kontextu – krajiny. Technika je až dětinsky hravá, nicméně atraktivní pro všechny věkové skupiny, jak jsem se sama po dobu svých dosavadních praxí přesvědčila. Tento způsob práce je jedinečný tím, že umožňuje každému se poměrně snadno vypořádat s prostorem, perspektivním řazením a současně eliminuje obavy z použití akvarelových barev.

Tamara si zadání značně přizpůsobila, obdobně tak činila i při předchozích sezeních. Zcela vědomě nerespektovala dané instrukce a tvořila po svém. Místo stromů vytvořila balónky a prostorem mezi nimi se už dále nezabývala, přestože jsem ji pobízela. Odmítla.

Poměrně často ignorovala zadané téma, což ostatně koresponduje s její potřebou být výlučná, vymezit se, a to zejména ve vztahu k rodičům. Způsob, který volila, byl nadmíru rafinovaný, skrytě manipulativní a ve výsledku velmi efektivní. Téměř pokaždé dosáhla, čeho chtěla. Upozorňovala jsem ji na tuto skutečnost vždy, když k ní došlo. Zdálo se mi totiž, že ostatní ve skupině k ní velmi vzhlížejí a za její neotřelé způsoby ji obdivují. Vzhledem k tomu, že jsem vyzdvihovala její jiné stránky, mírnila svou excentrickou polohu chování, alespoň na našich společných setkáních.

#### 4. 10 Monika

*Monice je dvacet let. Trpí mentální anorexií. Na klinice se léčí poprvé, přesto si její rodiče stále ještě nechtějí připustit vážnost nemoci. Monika je ale velmi motivovaná. V průběhu terapie se musela smířit s neúspěchem – nepřijetím na vysokou školu s výtvarným zaměřením.*

Téma: **Sněhová královna**

Nabízená technika: kresba, malba,

Pomůcky: akvarelové, temperové bary, pastelky, fixy, olejové křídly, pastel

Datum: 22. 4. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 13 Sněhová královna

Monika byla skutečně velmi příjemná a snaživá dívka, což potvrzovala i řada ošetřujících lékařů a terapeutů. Navzdory minimální podpoře ze strany rodičů během léčby, prokazovala nemalou snahu se uzdravit a značné úsilí dostat se na vysněnou školu. Na školu ji bohužel nepřijali. Ve zbývajícím čase pobytu se velmi zaměstnávala úvahami o své budoucnosti z hlediska vlastní nemoci i možného studia.



Jednotlivé části obrázku jsou vytrženy a zdánlivě bez kontextu poskládány na papír. Je třeba důkladného prohlédnutí, aby si divák uvědomil souvislosti, totiž toho, že každý obrázek je částí seriálového pojetí pohádky.

Přeneseně se může jednat o seriálový zážitek, tj., že dívka kdysi viděla, to co neměla. K tomu by mohl přispívat i jeden z obrázků – mužská postava vykukující zpoza stromu...

O koho by mohlo jít, eventuelně o co? To už je otázka pro klientku.

Obrázek zahrnuje výrazné psychopatologické prvky, jako je např. útržkovitost, oči, spirály... Je možné se ptát, o jaké oči se jedná... Sledující, zlé, strádající? Celkové černobílé zpracování může odkazovat k pubertálnímu negativismu. Sporné zůstává, na kolik se v obrázku uplatňuje autorčina stylizace a nakolik neúmyslný zásah.

#### 4. 11 Míla

*Míla je čtyřicet pět let. Je rozvedená, má tři děti a velkou snahu nejen jim poskytnout láskyplnou náruč. Touží po klidu a pohodě. Trpí mentální anorexií. Léčí se poprvé.*

Téma: **Můj úspěch – můj sen**

Technika: koláž

Pomůcky: časopisy, staré kalendáře, nůžky, lepidlo a čtvrtky A3 a A4

Datum: 12. 2. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 14. Můj úspěch – můj sen

Přes veškeré mé snahy, co nejlépe všechny zúčastněné instruovat o způsobu provedení koláže, nakonec většina z nich vytvořila koláž tak, že pokládala výstřižky na bílý podklad ve značných rozestupech. Míla jako jedna z mála, tento nedostatek vyřešila elegantním způsobem. Bílé plochy vybarvila pastelkou.

Celé téma, ostatně jak tomu bylo v zadání, reprezentují Míliny tužby, vize. Autorka svá přání potvrzuje i verbálně a to formou nadpisů, které pod ně nalepuje. Ty mají být jakýmsi potvrzením, že to viděné v obrázcích tak skutečně i myslí. Ze všeho je patrné, jak moc prahne po dobrých vztazích, domácí pohodě a klidu. Tak to ostatně shrnula i ve svém závěrečném komentáři nad výtvořem.

Téma: **Betlém**

Technika: kresba, malba

Pomůcky: akvarelové a temperové barvy, suchý, olejový pastel, pastelky, papír formátu A3

Datum: 26. 2. 2008 (v průběhu léčby)



Obr. 15 Betlém

Myslím, že kresba pozorovatele nejprve zaujme technikou zpracování. Míla využila suchý pastel, kterým nevyplňovala plochy, ale využila efektu linky, v jejím případě přerušované, kterou následovně rozmazávala. Neklidně vedená linka může odkazovat na nutkavé chování. Je s podivem, že se Míle tato technika zamlouvala, poněvadž většina dívek jakékoliv alternativní výtvarné postupy odmítala.

Díky tomu bylo v obrázku ponecháno poměrně značné množství nevyplněné plochy, takže zřejmě i místo pro nějaké doplnění typu „ještě je co říct, dodat“.

Fialový Ježíšek v jeslích může signalizovat potíže autorky v tomto věku, respektive na nějakou absenci ze strany pečující osoby. Ale na straně druhé se může jednat o signál nadměrné péče, i tato podoba v extrémní míře může být zdrojem problémů. Fialovou barvou může vyjadřovat vlastní strádání v oblasti péče anebo přílišná autorčina péče o druhé. Míla vynikala svou starostlivostí o druhé, rodinu

nevyjímaje. K tomu také přispívá světle modrá barevnost v horní části artefaktu. Bledě modrá symbolizuje dobrou vůli. Míla se během sezení mnohokrát vyjadřovala o svých snahách se uzdravit, neboť si byla vědoma, že svou nemocí se stala pro své děti velikou zátěží. Byla pevně přesvědčena, že to má být jinak. Ona má být tou, co podporuje, pomáhá, naslouchá ... čili dobrou matkou a tudíž musí být zdravá. Její projevované úsilí bylo skutečně výjimečné, ovšem je třeba je brát s rezervou, poněvadž za takovým „prohlášením“ se obvykle skrývá snaha svůj problém obcházet či zapouzdřovat.

Pozoruhodné je autorčino podání Marie a Josefa. Místo muže lze spatřit opět téměř identicky zpracovanou ženu, čili druhou Marii. Marie zde hraje úlohu matky. Je třeba položit otázku, proč je zde má Míla dvě. Za povšimnutí stojí i bílá místa, jakési aury kolem jednotlivých prvků. Mohou poukazovat na jejich výlučnost. Výlučnost, vyhraněnost vůči druhým je typickým znakem PPP, který se opět manifestuje v tvorbě nejen u Mirky.

#### **4. 12 Romana**

*Romana je téměř třicetiletá vdaná žena. Už má za sebou obdobnou terapii na jiné klinice. Stále se nechce smířit s váhovým přírůstkem. Navíc se živí jako cvičitelka aqua aerobiku. Léčí se primárně z mentální anorexie. Na fyzické aktivitě je závislá, pokud nemůže cvičit, zvrací a sebepoškozuje se. Během propustky byla schopna absolvovat závod na třicet kilometrů. Její manžel má obdobný přístup k váze i sportu.*

**Téma: Situace, která se mi okamžitě vybaví**

Technika: malba, kresba, popř. obkreslování za pomoci plastových šablon

Pomůcky: akvarelové nebo temperové barvy, pastelky, olejové křídly, pastel

Datum: 6. 5. 2008 (na počátku léčby)



Obr. 16 Situace, která se mi okamžitě vybaví

Romana využila možnosti použití šablon, což jí značně zjednodušilo práci. S neskrývanou radostí využila šablon postav, na které by si tak v hojném počtu nejspíš netroufla. Přeneseně lze Dvě středové postavy vypadají jako dva muži v ringu. Avšak autorka dává celému tomuto dění zcela jiný rozměr. Situaci popisuje jako diskotéku a postavy uprostřed jako tančící pár. Ona sama volí pohled diváka sledující situaci jakoby shora (s tím souvisí i klenuté pozadí). Nabízí se otázka...jak ona sama pohlíží na svoji situaci? Rovněž shora? Při lékařských konziliích se lékaři i terapeuti vesměs vyjadřovali k autorčině minimální snaze změnit vlastní stereotypy, v jejím případě primárně nadměrnou fyzickou aktivitu.

V obrázku absentuje černá či nějaká jiná výrazně tmavá barva. Je nabíledni se ptát, jak autorka ventiluje negativní emoce. Je možné, že skrytě agresivní prvky lze nalézt u dvou středových postav – gesto, výraz, účes. Pak by bylo jistě přínosné, kdyby je Romana obsadila. Že by šlo o zápas konkurentek? Navzdory zářivé až agresivní barevnosti, budí obrázek dojem chladu. Romana postavy strojí do bund,



palčáků, rukavic, čepic a sněhulí. Přeneseně lze mluvit o chladu či odměřenosti ve vztazích resp. vztahových vzorcích, a to i zpětně ve vztahu k původní rodině.

#### **4. 13 Leona**

*Leoně je šestadvacet let. Střídavě bojuje s anorexií a bulimií.*

Téma: **volné**

Technika: tupování

Pomůcky: houbičky, paličky s houbičkami na koncích, akvarelové, vodové a temperové barvy

Datum: 3. 6. 2008 (během léčby)



Obr. 17. Volné téma – poprvé



Obr. 18 Volné téma - podruhé

Jen zdánlivě budí obrázek dojem experimentu s barvou. Šedo-černá barevnost evokuje depresivní ladění. Leonu jsem dlouze přesvědčovala, aby se vůbec přiměla a něco vytvořila. Pracovala osamocně stranou ode všech ve skupině. Nakonec vytvořila obrázky dva. Téměř s nikým včetně mne nekomunikovala. Po té, co dodělala první z nich, jsem se jí pokusila povědět něco o akvarelové technice a o lavírování. Pobídla jsem ji, aby se alespoň pokusila o experiment a zkusila si, co dokáže barva na mokřím podkladu. Druhý obrázek se proto trochu liší. Barevná intenzita je odstupňována – od tmavší po světlou, což v sobě může zahrnovat i symbolický potenciál, tj. že i ona se dokáže odhodlat...

Dalším způsobem, jak pracovat s obrázkem i Leonou je možné asociovat nad těmito obrázky a event. je dotvořit (typické pro akční akvarel, v této fázi nemoci však nebylo možné zvolit tuto techniku) či přetvořit (např. rozstříháním či natrháním na menší kousky, které by pak posloužily jako polotovar pro koláž). Za jedno setkání se nám ale nic takového společně nepodařilo, na dalším Leona chyběla.

## 5. Shrnutí

V rámci svého půlroční působení v arteterapeutickém ateliéru (který přináležel k Psychiatrické klinice 1. LF UK, Ke Karlovu 11 v Praze 2) jsem se setkala v průměru s **padesáti klientkami**. Naše setkávání se konala **jednou týdně**, vždy na stejném místě – ateliéru a ve stejném čase (každé **setkání trvalo hodinu a půl**). Během šesti měsíců proběhlo celkem dvacet čtyři setkání. **Skupina čítala cca deset různě starých klientek**. Vzhledem k časové tísní každého setkání nezbylo možné, aby na závěr byla všechna díla podrobena rozboru.

Přestože na detailní výklad obrázku nebyl v rámci našich společných setkání prostor, vyžadovala jsem vždy v závěru setkání alespoň krátký **komentář k vlastnímu dílu od každé zúčastněné**. Často do diskuse přispěly i ostatní. Obohacení bylo tudíž vzájemné. Mně se skrze jejich postřehy dostávalo zpětné vazby a rovněž bylo pro mne snazší rozklíčování aktuálních vztahů ve skupině.

Pro účely této práce jsou však veškeré uvedené interpretace předkládaných artefaktů mým dílem. Poněvadž **interpretuji bez přítomnosti samotného tvůrce**, vyjadřuji se v intencích hypotéz.

**Předložených dvanáct kasuistik** jsem vybírala s ohledem na frekvenci účasti. Poměrně často se stávalo, že některá z klientek nepřišla z důvodu paralelně probíhající jiné terapie (např. ve stejném čase se nabízela možnost k osobnímu pohovoru s psychologem apod.) Shledávám nutností sdělit, že dívky a ženy dostávaly příležitost k účasti na různých terapiích ve chvíli, kdy jejich váha nebyla ohrožující pro ně samotné (typický jev u klientek s MA). Jinými slovy, často přišla klientka na svoje první setkání třeba až dva týdny po zahájení pobytové léčby. Nastřádat dostatek materiálu, na kterém by byl zcela zřejmý posun v tvorbě potažmo terapii, bylo téměř nemožné stejně tak jako navázat s klientkou bližší vztah.

Prezentovaný vzorek je tudíž výsledkem selekce, jež podléhala právě zmiňovaným kritériím. Z tohoto důvodu se jednotlivá témata opakují. Výběr uvedených kasuistik se neodvíjel od jejich pestrosti. U některých klientek nacházím důvody pro rozbor několika prací, nabízí se tak možnost případného srovnání zpracování. Celkem vzato pro tuto práci uvádím **celkem 7 témat**. Náměty pro jednotlivá setkání jsem čerpala nejen ze svých zkušeností získaných během studia v Ateliéru arteterapie na Pedagogické fakultě, nýbrž také z poznatků, jež přinášela průběžná praxe na klinice.



Zde předkládám shrnující výčet námětů a hlavní důvody, které mne vedly k jejich volbě:

- **Perníková chaloupka** (je metaforou poruch příjmu potravy, rozkrývá kladný a záporný aspekt matky).
- **Sněhová královna** (často nese prvky autorovy osobnosti, odkazuje na matku u PPP zásadní téma k řešení).
- **Situace, která se mi okamžitě vybaví** (výběrem tohoto tématu jsem bránila nerozhodnosti (velmi častý jev zejména u klientek s MA) a přílišnému promýšlení obrazu předem; důraz je kladen na spontánnost bez ohledu na to, „kdo si co pomyslí“, obvykle řeší aktuální situaci, rozpoložení).
- **Adam a Eva** (především vypovídá o vztahu, dalšími atributy obrázku jsou sexualita, vina, koncept těla, pohlavnost apod.).
- **Můj úspěch – můj sen** (námět se vztahuje k životní etapě klientek, popřípadě k jejím ambicím; nabízí prostor pro vzájemnou diskusi mezi klientkami již během tvorby artefaktu).
- **Stromy** (netradiční pojetí i hravá technika tématu vedou klientku k ujištění, že lze zvládnout vybudovat prostor, tedy realitu a přecházet běžné stereotypy jako je běžná kresba pastelkami).
- **Maska** (podstatné je zpracování, to podněcuje k asociacím jako je např. maska, role, divadlo, doteky, tělesno, krása atd., které lze během tvůrčího procesu nabídnout k diskusi)
- **Volné** (ponechává příležitost autentické tvorbě).

Náměty primárně řeší vztah k matce, potažmo k rodičům, okolí, vlastní vztah k tělu, dospívání. Vztahují se jak k přítomnosti tak také budoucnosti.

Při arteterapeutických setkáních **klientky vždy trvaly na staré a léty ověřené technice**. Především o kresbu pastelkami. Kresba pastelkami jim byla dobře známá. Tato technika prakticky eliminuje případné zašpinění, naopak. Je velmi čistou technikou, nevyžadující speciální přípravu. Lineární vyjádření dává **minimální příležitost náhodě** a to se dívkám (zejména při vstupu do terapie) líbilo – **rigidní ulpívání na starých a osvědčených praktikách pro ně platí jak ve výtvarné tvorbě, tak také ve stravovacích zvyklostech**, potažmo v běžném životě. Obecně vzato, počáteční nedůvěra k nové výtvarné technice kopíruje nejistotu a

obavu ze samotné léčby. **Nepřipustit možnost náhody je vedena přísnou sebekontrolou.** Tomu také dost často odpovídá režírovaný výtvarný projev. Jak podotýkám, „zatuhlost“ je zcela typická pro postižené poruchami příjmu potravy – MA a MB. **Pro jednu z žen, s diagnózou záchvatového přejídání toto tvrzení uplatnit nelze.** Ona jako jediná **projevovala nemalou ochotu pokusit se o něco jiného** (poměrně často však tato **tendence sklouzávala až k samotné destrukci**, což ostatně odpovídá i povaze jejího onemocnění). S výše zmíněným souvisí i minimální úsilí cokoliv ve svém přístupu k sobě samé změnit, tj. minimální ochota, vůle k uzdravení. Připuštěním tzv. nestandardních postupů, pro klientku dosud nových a tudíž neověřených, znamená nakročení, změnu ve výtvarné produkci, potažmo i terapii.

**Barevná škála bývá obecně chudá.** Experimentování s barvami, počítá-li s nimi samotná technika, se jeví ze stran klientek jako nepřilíš žádoucí. Barevná strohost se týká neschopnosti prožívání. Pokud je porucha aktuální, vyznačuje se výrazným použitím barvy oranžové barvy, jež souvisí s oralitou.

Často bylo možné pozorovat jemnost kresby a současně se v ní objevující tvrdost viz dokreslující obrázek Dity. Tato skutečnost odkazuje k emoční nevyrovnanosti, neschopnosti plného prožívání, nezažívání pocitů – to je ona tvrdost. **V jednom z obrázků je tedy možné spatřit astenickou křehkost i tvrdost zároveň.** Poměrně častou součástí zpracování byly **propracované detaily.** Dekorativismus sebou obvykle nese emoční žurnalismus. Narcistické ladění (nebývalá krása hrdinek) není výjimkou. Odpověď je třeba

**Naivita, infantilnost, případná idealizace je charakteristickým rysem** v tvorbě klientek s PPP. Rigidní ulpívání na starém a osvědčené lze vnímat jako symbolický návrat do minulosti, tedy do doby vospívání.

Frekventovaným znakem je **potlačení výrazu tváře a mnohdy jeho úplná absence.** Otázkou zůstává - proč? Bezvýrazovost, dle mého soudu, evokuje minimální riziko z přijetí odpovědnosti, zastírání. Vyhybání se tvářím znamená jakousi neutralitu, možná rozpolcenost, pochybnosti o tom, kým jsem a kam se ubírám...

**Armování je pro produkci dívek s PPP rovněž typické.** Jasně kontury zapouzdřují, konkretizují obsah. Zacyklují to známé a zažité bez možnosti narušení. Symbolickým způsobem lze tento jev narušit právě arteterapeutickým vedením,

volením vhodné techniky např. tzv. tupováním či smejeváky (vymytím alespoň části obrázku).

**Znázornění pohlaví postav je často eliminováno** obratným způsobem. Např. postavy jsou ztvárněny od pasu nahoru či z profilu. Tento jev je u PPP hojně zastoupený. Lidské schéma je vůbec pro pacientky s PPP velmi těžké uchopit. Ony samy nemají reálnou představu o tom, jak vypadají. Nakreslit figuru pro ně představuje neskonalý problém nejen z technického hlediska. Za zmínku stojí i jejich osobní problémy s vlastní sexualitou, které na ně doléhají jako odkaz nezpracovaného pubertálního období.

**V obrázcích typu koláže jsou navzdory jasné instruktáži obrázky seřazené v řetězci.** Minimalizující vyskládat třeba i zdánlivě nesourodé na jednu plochu a tím připustit náhodu zobrazení i event. výkladu. Domnívám se, že i tak s sebou toto zpracování nese terapeutický potenciál. Chronologické srovnání jednotlivých etap jako tomu bylo např. v tématu: *Můj úspěch – můj sen* má jistě také hodnotu, ale současně zde vyvstává otázka, zda je toto, dá se říci, až čítankové řazení u takto postižených klientů žádoucí. O to důležitější shledávám autorčin komentář, který by měl být korigován terapeutem, jenž klade doplňující otázky, na které chce slyšet jednoznačné nikoli vágní a nic neříkající odpovědi, které jsou pro pacienty s PPP typické. Maximální kontrola vede k nutkavostem, neschopnosti volně tvořit a reagovat na nové podněty z vnějšku.

**Minimální překrývání,** kontaktovost postav je dána samotným postavením pacientek. Mají často pocit, že jsou přese všechny problémy spjaté s diagnózou, něčím výlučným nebo se samy cítí nezakotveny, s převládajícími pocity, že ztrácejí půdu pod nohama (např. v obr. Adam a Eva od Věry – tzv. beztížný stav postav).

Znázorněné **obsesivní tendence** jsou zcela typickým jevem v tvorbě klientek s PPP. Tento jev se často promítá ve zmnoženém symbolu či detailu. Lpěním na tomto vyobrazení jen potvrzuje nutkavé tendence klientek i v běžném životě, jež se utvrzují v tom „známém a ověřeném“ a minimalizují touhu po změně.

V tvorbě klientek s PPP se běžně vyskytují **hluše vyplněná místa**, jejichž úlohou je zakrývat místa bílá. Za tímto jevem je třeba hledat obyčejnou bezradnost, která reflektuje jejich životní situaci.

Co se týká **problematiky jídla**, téměř se v tvorbě nevyskytovala, čili byla zcela nevědomě **vytěsněna**, nežádoucí.

Ve skupině, ve které se neustále měnil (v závislosti na délce pobytu) počet klientek, panovala pokaždé trochu jiná atmosféra. **Moje osobní zkušenost nevyovídá o semknutí klientek vůči terapeutovi**, jak o tom hovoří mnozí jiní. V tomto smyslu, byla neustálá fluktuace klientek příznivým faktorem, neboť nově přichozí se teprve seznamovali s prostředím, chodem setkání a spolu navzájem.

## 6. Závěr

Závěrem bych chtěla sdělit, že moje dosavadní praxe v ateliéru arteterapie se skupinou PPP potvrzuje můj předpoklad, že aplikace arteterapie jako jedné z podpůrných terapií při léčbě PPP má své opodstatnění. Skrze výtvarnou tvorbu lze totiž pozorovat i posun ve způsobu uvažování klientek, popřípadě přímo posun v léčbě. Navíc vzájemná informovanost mezi arteterapeutem a lékařským týmem může přinést vzájemná obohacení všem zúčastněným.

Prostřednictvím artefaktu se otevírá dialog s klientkou, který je zasazen do reálného rámce – obrázku. Časté snahy klientek odpoutat pozornost a konstatovat jen „lichá prohlášení“ jsou zde rušena nutností odkrývat nevědomé čili konkrétní situace v obrázku – realitě. To se potvrdilo jako velmi účelné.

Současně musím konstatovat, že se mi pouze zčásti podařilo zrealizovat můj počáteční záměr. Průběžná arteterapeutická praxe mi umožňovala sledovat a charakterizovat hlavní znaky výtvarné tvorby pacientek i arteterapeutické práce s touto skupinou. Vzhledem k proměnlivému počtu pacientek je třeba v tomto případě hovořit o otevřené skupině. Vzhledem k povaze práce hodnotím tuto skutečnost jako nežádoucí, neboť mi bránila v systematické práci s klientkami.

Díky této skutečnosti se mi nepodařilo shromáždit takové množství materiálu, díky němuž by bylo možné s přesností definovat zcela konkrétní znaky přítomné v tvorbě klientek s PPP – především s diagnózou mentální anorexie a bulimie.

Kvůli uvedeným skutečnostem je třeba tuto práci vnímat jako pouhý pokus o shrnutí zkušeností a přítomných základních znaků v tvorbě klientek s PPP. Zobecnující charakter, který jim zde připisuji je dán na základě časté frekvence výskytu nikoli jen občasným jevem. Přesto se domnívám, že je třeba jisté zdrženlivosti při specifikaci jednotlivých znaků, neboť jsem si vědoma, že se jedná jen o zlomek vyčerpaných možností, které mi praxe umožnila odhalit.

Konstatuji, že arteterapeutické působení v rámci skupiny s PPP je náročné především v tom, že pokroky jsou pozvolné. Nejen pro účely této práce by proto bylo vhodné i nadále v arteterapii pokračovat např. ve formě navazující komplexní stacionární či ambulantní léčby. Jsem přesvědčena o tom, že kontinuální arteterapeutické působení otevírá další možnosti pro užší specifikaci vyzorovaných charakteristik a jejich následné využití.

## Seznam použité literatury

### Monografie:

- BETTELHEIM, B., *Za tajemstvím pohádek*, Praha, Nakladatelství Lidové noviny, 2000
- CAMBELLOVÁ, J., *Techniky arteterapie: ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, Praha, Portál, 1993.
- DAVIDO, R., *Kresba jako nástroj k poznání dítěte*, Praha, Portál, 2001.
- FALTUS, F., *Řekni mi, co jíš*, Praha, Avicenum, 1977.
- HADAŠ, L., *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie*, disertační práce, Masarykova univerzita, Brno, 2007.
- HÖSHL C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., *Psychiatrie*. Praha, Tigris, 2002.
- KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, Praha, Galén, 1995.
- KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, Praha, Portál, 2002.
- KRCH, F. D. (ed.), *Poruchy příjmu potravy*, Praha, Grada, 2005.
- KRCH, F., D., *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*, Praha, Grada, 2008.
- KUSÁK, P., *Tělová katexe adolescentních dívek. Její implikace s ohledem na poruchy příjmu potravy a některé osobnostní proměnné*, Olomouc, Pedagogická fakulta v Olomouci, 2005.
- LIEBMANN, M., *Skupinová arteterapie*, Praha, Portál, 2005.
- MALONEY, M. a KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha, 1997.
- MARÁDOVÁ, E., *Poruchy příjmu potravy*, Vzdělávací institut ochrany dětí, Praha, 2007.
- NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno, Akademické nakladatelství CERM, 2010.
- PAPEŽOVÁ, H., *Anorexia nervosa*, Praha, Psychiatrické centrum, Praha, 2000.
- PAPEŽOVÁ, H., *Bulimia nervosa*, Praha, Psychiatrické centrum, Praha, 2003.
- PAPEŽOVÁ, H., *Poruchy příjmu potravy*, In: FIŠAR a kol., *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, Praha, Grada, 2009.

PEROUT, E., Arteterapie se zrakově postiženými, Praha, Okamžik, 2005.

RUBIN, J. A. a kol., *Přístupy v arteterapii: teorie a technika*, Praha, Triton, 2008.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Arteterapia – užité umění*, Bratislava, Petrus, 2006.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Basic art therapy*, Bratislava, Terra therapeutica, 2007.

ZICHA, Z., *Úvod do speciální výtvarné výchovy*, Praha, Univerzita Kralova, 1981.

### **Periodika:**

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST, Arteterapie – definice oboru, *Arteterapie*, roč. 1, č. 1, 2001, str. 2.

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE. Mentální anorexie a její léčba, *Tempus Medicorum*, 2007, roč. 16, č. 7, str. 1-4.

HUPKOVÁ, I., O poruchách příjmu potravy, *Vychovatel*, 2005/6, roč. 52/53, č. 7, str. 15-18.

CHRÁŠŤANSKÝ, J., Arteterapie nejen jako technika, *Propsy*, 1998, roč. 4, č. 5, str. 16-18.

JEDLIČKA, R., Psychoanalytické zamyšlení nad výchovou vedoucí k problémům v sebepojetí, *Pedagogika*, 2002, roč. 52, č. 3, str. 321-326.

JOANIDIS, L., Arteterapie – teoretická východiska, *Psychopatologie a patopsychologia dieťata*, 1973, č. 8, str. 29-39.

KOCOURKOVÁ, J., Mentální anorexie a bulimie jsou problémem celé rodiny, *Děti a my*, 1997, roč. 27, č. 3, str. 11.

KRCH, F. D., Porucha příjmu potravy a obezita, *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, roč. 97, č. 4, str. 166-170.

KYZOUR ml., M., Rožnovská intervenční arteterapie, *Psychologie dnes*, 2002, roč. 8, č. 7/8, 2002, s. 26.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (10. revize). Praha, Psychiatrické centrum, 1992.

PAVLÍČKOVÁ, J. a BRATSKÁ, M., Niektoré sociálne a kulturne faktory vzniku a pretrvávania porúch stravovania, *Psychologia a psychopatologia*, roč. 35, č. 1, 2000, str. 34-35.

PONĚŠICKÝ, J., Arteterapie u strukturálních poruch osobnosti, *Arteterapie*, 2007, roč. 6, č. 13, str. 2-3.

TOMANOVÁ, J. a PAPEŽOVÁ, H., Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy, *Česká a slovenská psychiatrie*, 2006, roč. 102, č. 7, str. 358-362)

VÁGNEROVÁ, M., O poruchách příjmu potravy, *Propsy*, 1998, roč. 4, č. 5, str. 6-7.

**Internetové zdroje:**

ART THERAPY, online: [http://www.art-therapy.us/art\\_therapy.htm](http://www.art-therapy.us/art_therapy.htm), cit. - 10. 3. 2011.

ČECH, M., 2000, Vzpomínka na Vratislava Jonáše, Praha, online: <http://forum.cuni/fukVI12/historia.html>, cit. - 12.4. 2011.

ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ, online: <http://forum.cuni/fukVI12/historia.html>, cit. 12. 2011.

.