**Filozofická fakulta Univerzity Karlovy**
**Katedra Psychologie**

# Diplomová práce

## Osobnostní charakteristiky obézních dospívajících dívek

(Projektivní Test stromu)

Karolína Dušková
**vedoucí práce :** Doc. PhDr. Slávka Fraňková DrSc.

**Praha, červenec 2006**

Prohlašuji čestně, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně za použití uvedených literárních a jiných studijních materiálů a že jsem ji nepoužila pro účely získání jiné studijní atestace.

V Praze, dne 17. července 2006, .....

Chtěla bych na tomto místě poděkovat všem, kdo mi pomohli s vypracováním této diplomové práce, jmenovitě pak paní Doc. PhDr. Slávce Fraňkové DrSc. za její laskavé vedení, trpělivost a podporu, dále pak Miroslavovi Pospíšilovi za pomoc se statistickým zpracováním dat a MUDr. Tomáši Novákovi za odborné konzultace s tím spjaté.

Mé poděkování zároveň náleží léčebnému týmu dětské ozdravovny ve Vrchlabí (nyní ve Špindlerově mlýně), léčebny Dr. L. Filipa v Poděbradech, stejně jako základní škole v Hloubětíně, kteří mi ochotně vyšli vstříc při sběru dat. Ráda bych poděkovala též všem respondentkám, které projevily ochotu se výzkumu zúčastnit.

Můj dík patří rovněž Hlávkově nadaci, jež mi pomohla pokrýt část z cestovních nákladů spjatých se studijním pobytem ve Francii na Université Toulouse le Mirail, a tím i umožnila přístup k u nás nedostupné literatuře týkající se tématu mé diplomové práce.

V neposlední řadě tímto děkuji všem svým blízkým za všestrannou podporu.

**Abstract – Personality characteristics of obese adolescent girls: Projective Tree test**

The objective of this dissertation was to examine the personality features of obese teenage girls suffering from obesity.

First, we introduced the topic of obesity from the medical point of view; we outlined the connection of child and adult obesity and presented the eating disorders connected with obesity. We focused above all on obesity from the psychological point of view: on the causal factors and factors contributing to the sustentation of obesity as well as at the consequences of obesity. Within the frame of this paper, we gave a thought also to the psychodynamic, cognitive-behavioural and family theories and studies of obesity. Then we touched the methodological problems connected with obesity research and the characteristics of projective methods, especially the Tree test.

The Tree test was used to examine a sample of obese girls seeking help (N=53, mean age =14,3; mean BMI=32,0) and a sample of normal weight control group (N=55; mean age=14,0; mean BMI=18,5). The group of obese girls was also given a Personality questionnaire HPSQ. The obese girls differed from the control group in 13 simple characteristics and 6 combined characteristics of the Tree test. In the questionnaire they displayed lower crystalic intelligence, higher excitability, higher anxious uncertainty, higher conscientiousness and higher anxiety in comparison with the norm. These results suggest that there are personality deviations in obese girls, such as immaturity, emotional problems and problems in relation to themselves. The results also indicate the need for psychological help for these patients.

Nevertheless, the lower scores on the intelligence scale might question validity of our research.

Keywords: obesity, personality, adolescence, children, Tree test, projection

**Abstrakt – Osobnostní charakteristiky obézních dospívajících dívek : Projektivní Test stromu**

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat osobnostní rysy dospívajících dívek postižených obezitou.

Nejdříve jsme představili problematiku obezity z medicínského úhlu pohledu, načrtli jsme souvislosti obezity v dětství a v dospělosti a seznámili se s poruchami přijmu potravy, které jsou přítomné u obézních. Největší prostor byl věnován obezitě z psychologického úhlu pohledu, příčinám a faktorům přispívajícím k jejímu udržování, stejně jako důsledkům obezity. V rámci práce jsme tak představili psychodynamické, kognitivně-behaviorální i rodinné teorie obezity. Dotkli jsme se rovněž metodologických problémů spjatých s výzkumem obezity a charakteristik projektivních metod, zejména pak Testu stromu.

K prozkoumání osobnostních charakteristik vzorku obézních dívek, které vyhledaly léčbu, (N=53; průměrný věk=14,3; průměrné BMI=32,0) a vzorku dívek normální váhy (N=55; průměrný věk=14,3; průměrné BMI=18,5) bylo použito Testu stromu. Skupině obézních dívek byl administrován též Osobnostní dotazník HSPQ. Obézní dívky se lišily od kontrolních v 13 jednoduchých a v 6 kombinovaných znacích Testu stromu. V dotazníku vykazovaly oproti normě nižší krystalickou inteligenci, vyšší dráždivost, vyšší úzkostnou sebenejistotu, vyšší svědomitost a vyšší úzkostnost. Tyto výsledky vypovídají o osobnostních odchylkách obézních dívek, jako jsou nezralost, emocionální problémy a problémy ve vztahu k sobě. Poukazují rovněž na potřebu psychologické péče věnované těmto pacientkám.

Nižší skóry na škále inteligence ovšem otevírají otázku snížené validity výzkumu.

Klíčová slova: obezita, osobnost, dospívání, dětství, Test stromu, projekce

## SEZNAM ZKRATEK UŽÍVANÝCH V TÉTO PRÁCI

ANBP – Anorektické pacientky s občasnými záchvaty přejídání či s kompenzačními aktivitami
ANR – Anorektické pacientky restriktivního typu
BED – Binge eating disorder nebo-li Syndrom záchvatovitého přejídání
BMI – Body mass index
BNP – Bulimické pacientky s kompenzačními aktivitami
CAV – Celostátní antropologický výzkum
DSM III – Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 3. vydání
DSM III-R – Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 3. revidované vydání,
DSM IV - Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 4. vydání
DSM IV-R - Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 4. revidované vydání
EAT – Eating attitude test
EČ – Empirická část
HPO – Hraniční porucha osobnosti
H-T-P – Test House-Tree-Person (Dům-Strom-Člověk)
KS- kontrolní skupina
MA – Mentální anorexie
MB – Mentální bulimie
MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
OS – Skupina obézních
PPP – Porucha či Poruchy příjmu potravy
TČ – Teoretická část

# OBSAH


**OBSAH** ..... 1

**I. ÚVOD** ..... 4

**II. TEORETICKÁ ČÁST** ..... 6

**1. DEFINICE, DIAGNOSTIKA, STUPNĚ A TYPY NADVÁHY A OBEZITY** ..... 7

1.1 DEFINICE NADVÁHY A OBEZITY PODÍLEM TUKU V TĚLE ..... 7
1.2 DEFINICE NADVÁHY A OBEZITY PROSTŘEDNICTVÍM BMI ..... 8
1.3 TYPY OBEZITY ..... 9

**2. PREVALENCE OBEZITY A SOUVISLOST DĚTSKÉ A DOSPĚLÉ OBEZITY** ..... 10

2.1 PREVALENCE OBEZITY ..... 10
2.2 SOUVISLOST DĚTSKÉ A DOSPĚLÉ OBEZITY ..... 10

**3. OBEZITA Z POHLEDU SOMATICKÉ MEDICÍNY** ..... 12

3.1 ETIOLOGIE OBEZITY ..... 12
*3.1.1 Energetická bilance* ..... 12
*3.1.2 Složení potravy* ..... 12
*3.1.3 Jídelní zvyklosti* ..... 13
*3.1.4 Genetické faktory* ..... 13
*3.1.5 Biologické faktory* ..... 14
- *Věk* ..... 14
- *Endokrinní systém* ..... 15
- *Léky* ..... 15

*3.1.6. Sociální a kulturní faktory* ..... 15
3.2 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY OBEZITY ..... 16

**4. KVALITA ŽIVOTA OBÉZNÍCH ANEB STIGMA ZVANÉ OBEZITA** ..... 17

**5. OBEZITA A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY** ..... 20

5.1 METODOLOGICKÉ PROBLÉMY ZJIŠŤOVÁNÍ PPP U OBEZITY ..... 20
5.2 MENTÁLNÍ BULIMIE ..... 21
5.3 SYNDROM ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ NEBO-LI BINGE EATING DISORDER ..... 22
5.4 PŘEJÍDÁNÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI ..... 24
5.5 PRANDIÁLNÍ HYPERFAGIE ..... 24
5.6 UŽDIBOVÁNÍ ..... 25
5.7 JÍDELNÍ KOMPULZE ..... 25
5.8 SYNDROM NOČNÍHO PŘEJÍDÁNÍ ..... 25
5.9 SOUHRNNÉ VÝZKUMY ..... 26

**6. OBEZITA Z PSYCHOLOGICKÉHO ÚHLU POHLEDU** ..... 27

6.1 PSYCHODYNAMICKÉ TEORIE ..... 27
*6.1.1 Obezita jako porucha oidipovského typu* ..... 27
*6.1.2 Obezita: porucha preoidipální povahy* ..... 28
*6.1.3 Teorie Hildy Bruch* ..... 28
*6.1.4 Psychosomatický pohled na obezitu, obezita a alexithymie* ..... 29
*6.1.5 Obezita a narcismus* ..... 30
*6.1.6 Obezita a hraniční porucha osobnosti* ..... 31
*6.1.7 Obezita a závislost* ..... 32
*6.1.8 Další psychodynamické hypotézy* ..... 33
*6.1.8 Shrnutí a kritika psychodynamického pohledu na obezitu* ..... 33
6.2 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TEORIE OBEZITY ..... 34
*6.2.1 Teorie jídelní emotivity* ..... 34
*6.2.2 Teorie externality* ..... 35
*6.2.3 Teorie restrikce* ..... 36
*6.2.4 Shrnutí kognitivně-behaviorálního přístupu k obezitě* ..... 37

6.3 RODINNÉ TEORIE OBEZITY ..... 37
*6.3.1 Učení a závislost dítěte na rodině* ..... 37
*6.3.2 Charakteristiky rodin s obézním dítětem* ..... 38
*6.3.3 Shrnutí rodinných teorií obezity* ..... 39
6.4 OSOBNOST, PSYCHOPATOLOGIE A OBEZITA ..... 40
*6.4.1 Obezita a psychiatrická diagnóza* ..... 41
*6.4.2 Obezita a deprese* ..... 42
*6.4.3 Obezita a poruchy chování* ..... 42
*6.4.4 Obezita a inteligence* ..... 42
*6.4.5 Další rysy a poruchy spojené s obezitou* ..... 43

**7. METODOLOGICKÉ PROBLÉMY PSYCHOLOGICKÉHO ZKOUMÁNÍ OBEZITY A SPECIFIKA OBÉZNÍCH SUBPOPULACÍ ..... 44**

7.1 HETEROGENITA OBÉZNÍ POPULACE ..... 44
*7.1.1 Klinická versus neklinická populace obézních* ..... 44
*7.1.2 Obézní s BED versus obézní bez BED* ..... 45
*7.1.3 Pohlaví* ..... 45
*7.1.4 Závažnost obezity* ..... 45
*7.1.5 Věk nástupu obezity* ..... 45
*7.1.6 Další členění obézní populace založené na psychologických charakteristikách* ..... 46
7.2 KAUZALITA ..... 46
7.3 VOLBA METOD A SCHOPNOST NÁHLEDU ..... 47
*7.3.1 Výzkumy využívající projektivních metod* ..... 48
*7.3.2 Shrnutí problematiky volby metod* ..... 49

**8. PROJEKCE A PROJEKTIVNÍ METODY ..... 50**

8.1 PROJEKCE A JEJÍ DRUHY ..... 50
8.2 PROJEKTIVNÍ METODY ..... 50
8.3 SPECIFIKA PROJEKTIVNÍCH METOD U DĚTÍ ..... 53
8.4 KRESEBNÉ PROJEKTIVNÍ TECHNIKY ..... 54
*8.4.1 Test kresby lidské postavy a obezita* ..... 55

**9. TEST STROMU ..... 56**

9.1 VÝVOJ TESTU, K. KOCH A JEHO BAUMTEST ..... 56
9.2 VÝHODY A NEVÝHODY TESTU ..... 57
9.3 UŽITÍ TESTU ..... 59
9.4 ADMINISTRACE TESTU A DALŠÍ VARIANTY TESTU ..... 60
9.5 INTERPRETACE A HODNOCENÍ TESTU ..... 62
9.6 VÝVOJ KRESBY OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI SE ZŘETELEM NA KRESBU STROMU ..... 62
9.7 RELIABILITA A VALIDITA ..... 65
9.8 VÝZKUMY A STUDIE VYUŽÍVAJÍCÍ TESTU STROMU ..... 66
*9.8.1 Výzkum využívající Testu stromu u PPP* ..... 66
*9.8.2 Výzkum využívající Testu stromu u obezity* ..... 67

**III. EMPIRICKÁ ČÁST ..... 69**

**1. STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU ..... 70**

**2. VÝBĚR VZORKU - KRITÉRIA ZAŘAZENÍ DO VZORKU ..... 73**

2.1 POHLAVÍ ..... 73
2.2 VĚK ..... 73
2.3 BMI A PODÍL TUKU V TĚLE ..... 74
2.4 KLINICKÁ POPULACE ..... 75
2.5 INTELIGENCE ..... 75

**3. CHARAKTERISTIKY VZORKU ..... 76**

3.1 CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO VZORKU OBÉZNÍCH VE SROVNÁNÍ S KONTROLNÍ SKUPINOU ..... 76
*3.1.1 Věkové charakteristiky obézní a kontrolní skupiny* ..... 76
*3.1.2 BMI u obézní a kontrolní skupiny* ..... 77
*3.1.3 Místo bydliště u obézní a kontrolní skupiny* ..... 78
3.2 CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO VZORKU OBÉZNÍCH ..... 79

*3.2.1 Stupeň obezity* ..... *79*
*3.2.2 Počátek nadváhy* ..... *80*
*3.2.3 Podíl tukové složky v těle* ..... *80*
*3.2.4 Výskyt nadváhy v nejbližší rodině* ..... *81*
*3.2.5 Přejídání* ..... *82*

**4. POUŽITÉ METODY A SBĚR DAT** ..... **84**

4.1 TEST STROMU ..... 85
4.2 CATTELLŮV OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK HSPQ ..... 85
4.3 DALŠÍ ÚDAJE ..... 87

**5. ZPRACOVÁNÍ DAT** ..... **88**

5.1 PRVNÍ FÁZE VÝZKUMU: VÝBĚR SLEDOVANÝCH ZNAKŮ TESTU STROMU ..... 88
*5.1.1 Dojmy z kreseb* ..... *88*
*5.1.2 Stanovení zkoumaných znaků* ..... *89*
5.2 DRUHÁ FÁZE VÝZKUMU: VYHODNOCOVÁNÍ KRESEB A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT Z KRESEB A DOTAZNÍKŮ ..... 92
*5.2.1 Vyhodnocování kreseb a jejich statistické zpracování* ..... *92*
*5.2.2 Vyhodnocování a statistické zpracování dotazníku* ..... *92*

**6. VÝSLEDKY** ..... **93**

6.1 VÝSLEDKY TESTU STROMU ..... 93
*6.1.1 Všechny sledované znaky* ..... *93*
*6.1.2 Statisticky významné znaky* ..... *97*
6.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU HSPQ ..... 107

**7. INTERPRETACE** ..... **110**

7.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ TESTU STROMU ..... 110
7.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKU HSPQ ..... 117

**8. SHRNUTÍ VÝZKUMU** ..... **122**

**9. DISKUSE** ..... **125**

9.1 UCHOPENÍ VÝZKUMU ..... 125
9.2 VZOREK ..... 126
9.3 SBĚR DAT ..... 126
9.4 ZPRACOVÁNÍ DAT ..... 127
9.5 NÁVRHY NA DALŠÍ VÝZKUM ..... 127

**IV. ZÁVĚR** ..... **129**

**V. LITERATURA** ..... **131**

**VI. PŘÍLOHY** ..... **138**

1. PERCENTILOVÉ GRAFY, TABULKY A TABULKA STUPŇŮ OBEZITY ..... 138
*P1 „Podíl tukové složky ze dvou kožních řas – Dívky"* ..... *138*
*P2 „BMI –Dívky"* ..... *139*
*P3 „BMI –Dívky"* ..... *140*
*P4 „BMI- Dívky"* ..... *141*
*P5 „Hraniční hodnoty BMI vymezující 3 stupně obezity české dětské a adolescentní populace"* ..... *142*
2. TYPICKÉ KRESBY STROMU DÍVEK OS A KS ..... 143
*P6: Kresba stromu dívky OS: 17,2 let; BMI 47,5 (těžká obezita); IQ sten 2* ..... *144*
*P7: Kresba stromu dívky OS: 15 let; BMI 30,5 (střední obezita); IQ sten 5* ..... *145*
*P8: Kresba stromu dívky OS: 13,6 let; BMI 29,8 (střední obezita); IQ sten 7* ..... *146*
*P9: Kresba stromu dívky KS: 15 let; BMI 17,6* ..... *147*
*P10: Kresba stromu dívky KS: 14,5 let; BMI 20,9* ..... *148*
*P11: Kresba stromu dívky KS: 13,4 let; BMI 19,9* ..... *149*

# I. ÚVOD

Obezita v současné době představuje stále aktuálnější problém. Dá se říci, že dosahuje až epidemického měřítka. Její výrazné rozšíření, zdravotní rizika, sociální důsledky a často chronický průběh volají po intervenci ze strany odborníků. Problém je o to více alarmující, že se obezita stále častěji dotýká i dětské a dospívající populace. Spolu se zájmem o genetické, biologické a jiné souvislosti se objevuje i téma psychologických příčin a důsledků obezity.

Tato diplomová práce se pokouší přiblížit téma obezity z psychologického hlediska. Zajímají nás především osobnostní charakteristiky s obezitou spjaté a zaměřujeme se zejména na obézní děti a dospívající. Rádi bychom se věnovali tomu, co obezita pro tyto jedince znamená, jaký na ně má vliv, čemu musí obézní člověk v životě čelit a jaké psychologické faktory mohou být příčinou obezity či napomáhat jejímu udržování.

Většina dosavadních výzkumů, které se pokouší porozumět vlivu osobnostních proměnných na vznik a udržování obezity, je postavena na sebeposuzujících metodách. Současně se ukazuje, že projektivní metody by mohly poskytnout nový a inspirativní pohled na osobnost obézních jedinců. Z těchto důvodů jsme se rozhodli využít v našem výzkumu projektivní techniky, konkrétně pak Testu stromu. Tento test má svým projektivním a expresivním charakterem a vzdáleností od lidské říše potenciál zachytit méně vědomé aspekty psychiky a sebepojetí, podobně jako určité vzorce chování pro jedince typické.

Problematika projektivních metod autorku zaujala jak možností získat o jedincích komplexní a často ne plně uvědomované informace, tak i možností tvořivé práce s těmito metodami a uplatňování intuice a pocitů při jejich vyhodnocování. Inspiraci pro toto téma představovalo rovněž setkání s kresbami stromu obézních dívek léčících se s obezitou. Tyto kresby se nám jevily velmi specifické. Zajímalo nás, co tyto kresby vypovídají o vnitřním světě těchto dívek, o jejich prožitcích a osobnostních rysech.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V prvních kapitolách se nejprve zastavíme u definice a diagnostiky obezity, zmíníme rozšíření této poruchy a souvislost obezity v dětství a v dospělosti. Budeme se zabývat etiologií obezity z pohledu somatické medicíny a pozastavíme se u důsledků obezity vedoucích až k fenoménu stigmatizace. Největší prostor bude věnován psychologickým teoriím a výzkumům obezity, pojímajícím obezitu z psychodynamického, kognitivně-behaviorálního či rodinného hlediska. Uvedeme rovněž osobnostní a psychopatologické charakteristiky identifikované u obézní populace. Následně se dotkneme metodologických problémů spjatých se zkoumáním osobnostních charakteristik obézních jedinců. Poslední kapitoly teoretické části budou věnovány problematice

projektivních metod, zejména pak Testu stromu, který přestavuje nosnou metodu navazující empirické části práce.

Empirickou část jsme koncipovali jako průzkumovou studii, jejíž cílem je nalézt osobnostní specifika dospívajících dívek postižených obezitou. Za tímto účelem bude použito projektivního Testu stromu a osobnostního dotazníku HSPQ. V první fázi výzkumu se pokusíme identifikovat specifické projevy dívek s obezitou v Testu stromu, v druhé fázi podrobíme tyto znaky statistické analýze, spolu s analýzou dotazníkové metody. Smyslem celé práce pak bude možnost využití zjištěných výsledků v praxi a nastínění možných oblastí, na které je třeba se při psychologicky orientované léčbě obézních dospívajících dívek zaměřit.

# II. TEORETICKÁ ČÁST

# 1. Definice, diagnostika, stupně a typy nadváhy a obezity

Obezita je definována jako multifaktoriálně podmíněná metabolická choroba, na které se podílí individuální genetická náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci (Hainer et al., 1997). Jako taková je podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize[1] uváděna jako samostatná kategorie pod kódem E66. Tato kategorie umožňuje též specifikovat různé druhy obezity. Vzhledem k obtížné a často neúspěšné léčbě někteří autoři dokonce doporučují, aby byla považována za nemoc chronickou.

## 1.1 Definice nadváhy a obezity podílem tuku v těle

„Obezita neboli otylost je definována zmnožením tuku v organismu." (Hainer et al., 1997, s.11). Také Fraňková, Odehnal a Pařízková (2000) uvádí, že hlavním znakem obezity je jak relativní, tak absolutní množství tuku.

Vzhledem k tomu, že fyziologický podíl tuku se jak v průběhu života, tak v závislosti na pohlaví nebo etnické populaci mění (Hainer et al., 1997), není určeno jedno všeobecné kritérium či číslo, které by nám říkalo, že daný jedinec již překročil únosnou míru, a lze ho považovat za obézního.

Podíl tuku je tak vyšší u žen, kde se pohybuje v rozmezí 15-30%, u mužů je přitom přípustné rozmezí od 12 do 25%. Tato rozmezí jsou stanovena relativně široce, a to z toho důvodu, že podíl tuku v těle stoupá také s věkem, a u žen navíc stoupá v době těhotenství (Hainer et al., 1997).

U dětí se podíl tukové tkáně v těle v průběhu vývoje značně mění (Hainer et al., 2004). Při narození tvoří tuková tkáň asi 15% hmotnosti, v 1.roce života kolem 30%, později se podíl tukové tkáně snižuje až do věku 6 až 8 let, poté opět narůstá (tzv. adiposity[2] rebound[3]). Po 8. roce života dochází k pohlavní diferenciaci, u dívek se objevuje nárůst tukových vrstev. Fraňková, Odehnal a Pařízková (2000) tak udávají, že u chlapců ve věku od 7 do 17 let podíl tuku představuje 12-15%, u dívek se pohybuje mezi 18-23%. U Vignerové a Bláhy (2001) lze najít též percentilové grafy, vytvořené na základě V. celostátního antropologického měření[4]

[1] Dále budeme používat pod zkratkou MKN 10.
[2] „Adiposity" znamená v anglickém jazyce tučnost, tloušťka.
[3] „Rebound" může být přeloženo jako zpětný návrat. Ve fázi „návratu adipozity" dochází k dalším závažným změnám ve vývoji organismu dítěte. Kromě zvýšení tukové složky dochází např. i ke snižování spontánní pohybové aktivity.
[4] Celostátní antropologické měření budeme dále uvádět pod zkratkou CAV, s udáním číslovky identifikující o jaké CAV se jednalo.

v roce 1991, které poukazují na normální a hraniční hodnoty podílu tukové tkáně pro jednotlivé roky věku dítěte a dospívajícího.[5]

Kromě toho se též ukazuje, že obézní děti mají ve srovnání s dětmi normální hmotnosti odlišné rozložení tuku na povrchu těla i v tělesných dutinách a rozdíly v množství tuku mezi pohlavími nejsou u obézní populace patrné (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

## 1.2 Definice nadváhy a obezity prostřednictvím BMI

Vzhledem k tomu, že určení procenta tuku je často obtížné, používá se často k hodnocení nadváhy a jejího stupně mimo jiné indexu tělesné hmotnosti BMI (z anglického „body mass index"). Tento index se vypočte tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech (tj. $kg/m^2$).

U tohoto indikátoru obezity je ovšem nutné podotknout, že BMI přesně neodráží podíl tukové a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší jedinci než mladší. U sportovců provozujících silové sporty odráží BMI zase zmnožení svalové hmoty. Nicméně odborníci se shodují v tom, že většina dospělých jedinců s BMI vyšším než 30 má obvykle nadměrné tukové zásoby.

Přes řadu výhrad tak lze s pomocí BMI určit zdravotní rizika spojená s obezitou. V dospělé populaci tak při BMI 25-30 hovoříme o nadváze, která obvykle nepředstavuje vážnější zdravotní rizika. Přesáhnutí BMI 27 je už podle rozsáhlých epidemiologických studií spojováno s nárůstem mortality. Od BMI 30 do BMI 35 se hovoří o obezitě I.stupně, od BMI 35 o obezitě II. stupně, přičemž u obou z nich je vysoké riziko zdravotních komplikací. Při BMI nad 40 se jedná o obezitu III. stupně neboli o morbidní obezitu, která je spojena s velmi vysokými zdravotními riziky (Hainer et al., 1997).

Výše uvedená kritéria obezity pomocí BMI platí však jen pro dospělou populaci. V diagnostice nadváhy a obezity u dětí a mládeže je třeba ještě více zohlednit měnící se poměr jednotlivých složek těla (tj. tukové, svalové tkáně apod.) a tedy i měnící se BMI v jednotlivých věkových kategoriích.

Z tohoto důvodu se zde používají percentilové grafy BMI a tabulky průměrného BMI, jeho směrodatné odchylky a hraniční hodnoty, které odrážejí vývojové změny BMI s ohledem na pohlaví. U nás byly vytvořeny na základě 5. CAV z roku 1991 (6. CAV dětí a mládeže 2001, 2005; Vignerová, Bláha, 2001).[6] Vignerová a Bláha (2001) též vytvořili pro dětskou a adolescentní populaci kritéria vymezující hodnoty BMI pro různé stupně obezity.[7]

---

[5] Viz příloha – P1 „Podíl tukové složky ze dvou kožních řas". Vzhledem k tomu, že se v praktické části budeme zabývat obezitou u dívek v období dospívání, přikládáme tak v přílohách většinou pouze grafy a tabulky týkající se ženského pohlaví od věku 3 let či 6 let.

[6] Viz příloha – P2: „BMI –Dívky", P3: „BMI- Dívky", P4 „BMI- Dívky"

[7] Viz příloha P5: „Hraniční hodnoty BMI vymezující 3 stupně obezity české dětské a adolescentní populace"

Podle Vignerové a Bláhy (2001) jsou za jedince s normální hmotností považováni ti, co spadají do rozmezí 25.-75. percentilu. Od 75. percentilu do 90. se pak mluví o jedincích s nadměrnou hmotností a hodnoty nad 90.percentil značí nadměrnou hmotnost hraničící s obezitou, související většinou s nadměrným rozvojem tukové složky. Hodnoty nad 97. percentil indikují jednoznačně obezitu. Podobně je tomu při diagnostikování snížené hmotnosti, kterou určují hodnoty pod 25. percentil, přičemž hodnoty pod 3.percentil jsou považovány za alarmující, je nutné zjistit příčinu a stoupá zde podezření na poruchu příjmu potravy.

Obdobně stanovují kritéria pro obezitu dětského věku i Lisá, Kňourková, Drozdová (1990). Někteří autoři, obzvláště pak americké provenience, udávají však jako hranici těžké obezity již hodnotu 95. percentilu.

Hodnocení stupně obezity podle hodnot BMI je výhodnou pomůckou pro zjišťování obezity v terénních podmínkách: ve školách, poradnách, nemocnicích. V určitých případech však může vést použití BMI ke sporným závěrům. Vyšší hodnoty BMI lze najít např. u robustních dětí, u nichž ovšem ukládání tuků není ještě zvýšené nad kritickou mez. To se týká především použití 85. percentilu jako mezní hodnoty (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

## 1.3 Typy obezity

Z hlediska typu rozložení tuku se rozeznávají především dva typy obezity (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Hainer et al., 1997):

- Gynoidní typ – je charakterizován jako hruška, s nakupením tuku na bocích, hýždích a stehnech. Někdy se mluví také o obezitě gynoidní čili ženské (neboť je častější u tohoto pohlaví). Tato obezita nebývá spojena s větším výskytem kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

- Androidní typ – je přirovnáván k jablku, přičemž největší nakupení tuku lze lokalizovat na trupu, v oblasti hrudníku a uvnitř břicha. Je nazýván též obezitou typu androidního či mužského. Tento typ obezity je spojen s větším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací, hůře se léčí a upravuje, a po určitém snížení hmotnosti dochází často opět k zvýšenému ukládání tuku (tzv. jo jo efekt).

# 2. Prevalence obezity a souvislost dětské a dospělé obezity

## 2.1 Prevalence obezity

Varovné hlasy naznačují, že způsob výživy v posledních letech vede k nárůstu obezity, která tak představuje jednu z globálně nejzávažnějších zdravotních komplikací. Odborníci Světové zdravotnické organizace v roce 2000 označili za problém, který nejvíce ohrožuje zdraví západní společnosti, právě obezitu. V současné době postihuje cca 310 miliónů lidí (oproti 600 miliónům lidí, kteří trpí hladem). BMI se ukazuje jako nejefektivnější prediktor úmrtnosti a je hojně využíván pojišťovacími společnostmi (Speakman, 2004, in Filasová, 2005).

Obezita se tak stává globální epidemií. Někteří autoři mluví, v souvislosti s její rozšířeností, dokonce o pandemii obezity (Kimm, Obarzanek, 2002). V dnešní době není fenoménem spojeným pouze s bohatšími částmi světa, ale bohužel epidemicky narůstá i v rozvíjejících se zemích východní Evropy.

Co se týká výskytu obezity v Evropě, ta dosahuje 10-20% u mužů a 10-25% u žen. Nejvyšší výskyt obezity je zaznamenáván ve střední a východní Evropě, kde se nadváha vyskytuje u více než 50% dospělé populace (Hainer et al., 1997).

Podle měření u dospělých (25-64 let) z roku 1997 je v České republice obezitou zasaženo 22,6% mužů, zatímco u žen stoupá prevalence obezity až na 25,6% (Hainer et al., 2004).

Bohužel, zvyšující se prevalence obezity se netýká pouze dospělých, ale také mládeže a dětí od poměrně raného věku. „Podle amerických pramenů stoupl v USA výskyt nadváhy u čtyř a pětiletých dětí. Podobné zkušenosti přicházejí i z dalších zemí. Počet dětí s nadváhou ve věku 4-5 let se v posledních deseti letech zdvojnásobil." (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s.181).

U nás bylo provedeno v roce 2000 měření dětí ve věku 7 až 11 let v náhodně vybraných školách, které zjistilo obezitu u 6% chlapců a u 5,6% dívek (Hainer et al., 2004). O růstu množství obézních jedinců v posledních letech svědčí i 6. CAV z roku 2001 (Bláha et al., 2005). Bláha et al. uvádí, že pokud bychom pro konstrukci grafů využili těchto nových údajů, znamenalo by to posun hranice nadváhy a obezity k vyšším hodnotám.

## 2.2 Souvislost dětské a dospělé obezity

Na závažnost dětské obezity poukazuje i studie Americké Academy of Pediatrics, která ukazuje, že většina obézních dětí zůstává obézní i v dospělosti. Podobně uvádí Vignerová a Bláha (2001), že 80% dětí zůstává obézními i v dospělosti.

Podle Casy et al. (1992, in Hainer et al., 1997) je ovšem korelace BMI v dětství, dospívání a dospělosti vysoká jen u chlapců, zatímco u dívek dosahují korelační koeficienty vysokých hodnot pouze ve srovnání BMI v dospívání a v dospělosti.

Také z porovnání procentuálního zastoupení obezity v dětské a dospělé populaci můžeme jasně vysoudit, že zdaleka ne všichni obézní dospělí byli obézními i v dětství.

Nicméně i tak se domníváme, že obezita v dětství, v dospívání a v dospělosti může mít určité společné jmenovatele. Podobně Braet (2005, s.19) uvádí, že v odborné obci „existuje jasný konsensus o tom, že etiologie a mechanismy vzniku obezity jsou identické u dětí a dospělých“[8].

Z tohoto důvodu a vzhledem k menšímu systematickému výzkumnému úsilí týkajícího se dětské a dospívající obézní populace budeme v následujících kapitolách mluvit často i o dospělých postižených obezitou.

[8] Překlad autorky

# 3. Obezita z pohledu somatické medicíny

## 3.1 Etiologie obezity

Jak již bylo řečeno, příčiny obezity jsou v současné době považovány za multifaktoriální. V této kapitole tak uvedeme ty etiologické faktory, které jsou zdůrazňovány v pohledu lékařů na etiologii obezity.

### 3.1.1 Energetická bilance

Z pohledu somatické medicíny je hlavní příčinou vzniku prosté obezity pozitivní energetická bilance, která je důsledkem nepoměru mezi energetickým příjmem a výdejem.

Pro výpočet energetické bilance platí základní princip, v němž je skór energetické bilance dán rovnicí:

energetická bilance = energetický příjem – energetický výdej.

Nicméně jak energetický příjem, tak energetický výdej jsou ovlivňovány řadou exogenních a endogenních faktorů. U zdravých jedinců dochází k vzestupu hmotnosti a hromadění tukových zásob pouze při dlouhodobé pozitivní energetické bilanci, neboť krátkodobě působící kladná energetická bilance u nich obvykle aktivuje regulační fyziologické mechanismy, které brání vzestupu hmotnosti. U některých jedinců bývají však tyto regulační mechanismy zajišťující stabilní hmotnost narušeny a přibírají tak i při krátkodobě pozitivní bilanci.

Stejně tak existují v organismu regulační mechanismy bránící poklesu hmotnosti při negativní energetické bilanci, v kterých se lidé od sebe mohou lišit.

Na energetickém výdeji se podílí pohybová aktivita (která bývá u obézních často omezená, u dětí je též ovlivněna rodinnými zvyklostmi), ale i klidový energetický výdej, který je závislý na řadě proměnných organismu. Zvyšuje ho též kouření a příjem kofeinu.

Kromě toho je třeba zmínit, že energetická bilance se liší v závislosti na tom, zda-li se jedná o dynamickou či statickou fázi obezity (Hainer et al., 1997).

### 3.1.2 Složení potravy

Na rozvoji obezity se může podílet i složení potravy. Podle Hainera et al. (1997) sehrává při rozvoji obezity nejdůležitější úlohu nadměrný příjem tuků, které mají vysokou energetickou hodnotu a nízkou sytící schopnost. Obézní lidé často preferují tuk pro jeho senzorické vlastnosti, neboť tuk dodává potravinám „plnost".

Sacharidy se rovněž mohou na obezitě podílet, i když jejich ukládání do tukových zásob organismu není tak automatické a efektivní jako při konzumaci tuku. Problémem obézních jedinců je především konzumace vysokého množství sladkého, často v kombinaci s vysokým obsahem tuku, což umocňuje jeho senzorické působení a zvyšuje sytící schopnost potraviny.

Kromě nadměrného příjmu tuků (obzvláště jejich nevhodných typů) a sacharidů, se v poslední době uvažuje i o podílu nadměrného příjmu bílkovin (zejména ve věku dvou let) na rozvoji obezity v pozdějším věku (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

### 3.1.3 Jídelní zvyklosti

Jak z pozorování tak z výzkumů vyplývá, že lidé s nadváhou a obezitou se liší svými vzorci jídelního chování. Častěji jedí nepravidelně, rychleji, bez dostatečné vědomé kontroly (Hainer et al., 2004). S obezitou je také často spojená jednorázová konzumace větších kvant potravy, oproti pravidelnému rozložení jídla do více denních porcí, anebo vynechání snídaně (Hainer et al., 1997). Srovnatelných nálezů bylo dosaženo i u obézních dětí (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Kromě toho se zdá, že k rozvoji obezity může přispět kratší doba krmení a dokrmování dítěte umělou výživou. K vývoji nesprávných životních zvyklostí u dítěte může vést též chaos ve stravování (Hainer et al., 2004).

S obezitou často souvisí také specifické jídelní syndromy jako uždibování, emocionálně podmíněná konzumace potravy vlivem stresu, noční přejídání a binge eating syndrome (Hainer et al., 1997), o kterých bude pojednáno později (kapitola 5).

### 3.1.4 Genetické faktory

„Podle rozsáhlých studií je index tělesné hmotnosti z 25 - 40% určen genetickými faktory" (Hainer et al., 1997, s. 25).

Genetickou podmíněnost nadváhy a obezity dokládají i studie jednovaječných dvojčat, která mají podobnou tělesnou hmotnost, přestože byla vychovávána v různých rodinách (Stunkard et al., 1986, 1990, in Hainer et al., 2004).

Prokazují ji též některé experimenty, jako např. Bouchardovi studie týkající se jednovaječných normostenických[9] dvojčat měřící příbytek na váze při zvýšeném kalorickém příjmu (Atkinson et al., 1995).

Hainer et al. (1997) uvádí, že ještě více než odpověď na pozitivní genetickou bilanci je genetickými faktory ovlivněna odpověď na negativní energetickou bilanci, a to zejména u obézních jedinců. Jako důkaz uvádí podobný experiment, tentokrát jednovaječných dvojčat

[9] Pojmu „normostenický" užíváme v této práci ve významu „normální váhy".

ženského pohlaví, které se podrobily dietě. V rámci páru byla nalezena vysoká korelace v redukci hmotnosti a zejména pak v redukci tukové tkáně.

Lisá, Kňourková, Drozdová (1990) uvádí, že u rodičů normální hmotnosti je pravděpodobnost výskytu obezity u dítěte 7%. Pokud je však jeden z rodičů obézní, tato pravděpodobnost se zvyšuje na 40%, u obou obézních rodičů až na 80%. Některé studie ovšem prokazují významnější úlohu matky při určování genetické náchylnosti k obezitě (Hainer et al., 2004). Fraňková, Odehnal, Pařízková (2000) konstatují, že děti obézních rodičů častěji dospějí do stadia obezity než děti štíhlých rodičů. Např. u 10-letých dětí, které mají obézní matku i otce je dvakrát větší pravděpodobnost, že budou v dospělosti rovněž obézní. Udávají však též nutnost vzít v potaz, že rodiny, kde se často vyskytuje obezita, mohou mít také nesprávné stravovací návyky, tj. že genetický faktor není jediným faktorem vysvětlujícím vyšší výskyt obezity v těchto rodinách. Kromě toho je třeba uvést, že podíl genetických faktorů na výši BMI se pravděpodobně liší v různých věkových údobích (Hainer et al., 2004).

Podle Hainera et al. (1997) bylo u člověka identifikováno přes 20 genů, které se uplatňují při rozvoji obezity a při určování distribuce tuku. Jedním z nich je také tzv. ob gen, který má na starosti tvorbu hormonu leptinu, tlumícího příjem potravy (Hainer et al., 1997).

Na závěr tak lze říci spolu s Brownellovou a Waddenem (1992 in Grogan, 2000, s.165): „Genetické dispozice ovlivňují pomalý metabolismus i zvýšený počet tukových buněk. Je zřejmé, že lze zdědit pouze tendenci k nadváze, která je ve významné míře ovlivněna faktory prostředí, jako je strava a pohyb".

Je třeba též zmínit, že zvláštní kategorii tvoří vzácně se vyskytující geneticky podmíněné obezity, u nichž byla prokázána porucha nezbytného genu a kde se obezita druží s řadou vrozených poruch (Hainer et al., 1997).

### 3.1.5 Biologické faktory

- ***Věk***

V průběhu zkoumání obezity byla identifikována určitá období riziková pro rozvoj obezity. U dětí a adolescentů se jedná se o prenatální a časné postnatální období, dobu dospívání (to především u dívek) a předčasný „adiposity rebound" (Hainer et al., 1997).

Lisá, Kňourková, Drozdová (1990) uvádí, že i v rámci dětského věku se zdá být důležité, kdy dítě začalo svou tukovou hmotu zmnožovat. Čím dříve totiž dochází k nárůstu zvyšování BMI a vrstvy podkožního tuku, tím je stupeň obezity později závažnější.

➢ ***Endokrinní systém***

Existuje řada hormonů, které se podílejí na pocitu hladu a sytosti či kontrolují příjem potravy a tělesnou hmotnost (inzulin, glukagon, leptin, ghrelin aj.) (Hainer et al., 2004).

Endokrinopatie jako takové se ovšem na výskytu obezity podílejí jen nepatrně. Mezi laickou veřejností a bohužel mnohdy i mezi lékaři se však traduje mylné přesvědčení, že obezita je důsledek poruchy endokrinních žláz. U obézních jedinců je skutečně poměrně často zjišťována narušená sekrece některých hormonů. V převážné většině se však jedná o druhotné změny sekrece hormonů v důsledku obezity, které jsou po redukci tělesné hmotnosti mnohdy reverzibilní (Hainer et al., 1997).

➢ ***Léky***

Kromě toho je známa řada léků, které mohou při dlouhodobém podávání vyvolat vzestup hmotnosti. Většina těchto léků ovlivňuje buď příjem potravy, nebo působí na energetický výdej a ukládání tukových zásob (Hainer et al., 1997).

### 3.1.6. Sociální a kulturní faktory

Řada autorů se shoduje na tom, že současná epidemie obezity je do určité míry dána řadou společenských změn, jako je např. převaha sedavých zaměstnání, rozvoj internetu a televizní mánie.

Z hlediska obezitou nejvíce ohrožených skupin obyvatelstva je třeba zmínit, že v rozvinutých zemích je více ohrožena venkovská populace oproti jedincům žijícím ve městech. Tento fakt je pravděpodobně dán samozásobitelstvím a nedostupností nízkokalorických potravin na venkově, stejně jako menším společenským tlakem na zakořeněné jídelní návyky (Hainer et al., 1997).

Dobře známa z epidemiologických výzkumů je též asociace mezi obezitou a nižším socio-ekonomickým statusem, nižší příjmem a vzděláním (Hainer et al., 2004). Vysvětlení může být nalezeno v početných faktorech životního stylu (Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003).

V rozvojových zemích je ovšem sledován opačný trend, kde je to především městské obyvatelstvo, které má sklon přibývat nadměrně na váze. To souvisí pravděpodobně s rychlým zbohatnutím městského obyvatelstva, s jejich zvýšenou konzumací potravin živočišného původu oproti tradičním potravinám rostlinného původu a s přebíráním jídelních a pohybových návyků západní civilizace (Hainer et al., 1997).

## 3.2 Zdravotní důsledky obezity

Hlavním důvodem, proč je obezitě v poslední době věnována zvýšená pozornost, jsou její zdravotní důsledky. Jedná se o nemoci a komplikace kardiovaskulární, metabolické, endokrinní, gynekologické, onkologické, ortopedické, kožní, gastrointestinální a hepatobiliární a o respirační poruchy a další zdravotní komplikace. Obezita je zde faktorem, který onemocnění buď způsobuje, nebo výrazně přispívá ke zhoršení jeho průběhu (Hainer et al., 2004; Hainer et al., 1997).

Kromě toho je třeba zmínit, že obezita, která začala v dětství, vede k závažnějším zdravotním problémům ve středním věku, než když začala později. Výskyt řady onemocnění (např. srdečně cévního aparátu, cukrovky aj.) je větší u dospělých, kteří měli nadváhu nebo byli výrazně obézní již jako děti. Také délka dožití u nich je kratší (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). U dívek s obezitou může docházet k urychlení pohlavního zrání, může se objevovat dysmenorea a další komplikace (Hainer et al., 2004).

Problém dětské obezity je o to závažnější, že některé zdravotní důsledky se objevují již v období dětství a dospívání. Jak uvádí Arima (2006) : „Tito chlapci a dívky mají chronické nemoci středního věku během dětství".

Kromě toho je možné připomenout již zmíněný poznatek, že z hlediska rozlišení typu ukládání tuku se androidní typ obezity jeví je po stránce zdravotní jako nebezpečnější než prostá obezita.

# 4. Kvalita života obézních aneb stigma zvané obezita

Kromě somatických komplikací jsou obézní lidé vystaveni řadě psychosociálních problémů. V bohatých západních společnostech je štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností. Obézním lidem je připisován nedostatek vůle a ztráta kontroly, jsou vnímáni jako fyzicky neatraktivní aj. Nejde při tom tedy jen o hodnocení jedince z hlediska „ideálu krásy", ale i z hlediska společenského postavení, zdravotního stavu, mentálních schopností, fyzické výkonnosti (Hainer et al., 1997). Předpojatost a předsudky vůči obézním se tak podle některých autorů staly kulturním fenoménem (Ciliska, 1990 in Krch et al., 2005). Hainer et al. (1997) mluví o tzv. „anti-fat racism" vyznávaným západními společnostmi.

Stunkard a Wadden (1996) zmiňují výzkum týkající se přístupu společnosti k obézním. Vysokoškolští studenti, kteří byli požádáni, aby uvedli, jaký typ člověka shledávají vhodným potenciálním manželem/manželkou, uváděli defraudanty, narkomany, zloděje a nevidomé jako vhodnější partnery než osoby obézní.

Stigmatizace spojená s obezitou se bohužel dotýká i dětské a adolescentní populace. Fraňková, Odehnal a Pařízková (2000) uvádí, že už v mateřských školách je možné se setkat s tím, že děti hodnotí kriticky tělesné proporce svých vrstevníků. Problémy se prohlubují ve školním věku a s nástupem puberty. Spolužáci se obézním dětem posmívají, častují je vulgárními a hanlivými výrazy. Obzvlášť obézní dívky si uvědomují, že jsou pro chlapce méně atraktivní. Také Cash (1990, in Grogan 2000) tvrdí, že s lidmi, kteří mají nadváhu, se od dětství zachází jinak. Grogan (2000) konstatuje, že už malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a nechtějí si hrát s dětmi, jež mají nadváhu.

V jedné ze studií, věnující se stigmatizaci obézních dětí, byly devítiletým dětem předkládány siluety štíhlých a obézních postav, přičemž děti je měly popisovat v různých dimenzích. Ukázalo se, že obézní lidé jsou i dětmi popisovány jako nemocnější, líné, méně inteligentní, méně pracovité a více sociálně izolované (Hill, Silver, 1995 in Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Když byly porovnávány vztahy dětí k tělesně postiženým nebo obézním dětem, ukázalo se, že vztah k první skupině byl velice kladný, což kontrastovalo se vztahem k jinak zdravým, ale otylým vrstevníkům (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Výzkum Strausse a Pollacka (2003) ukázal, že adolescenti s nadváhou jsou oproti adolescentům normální váhy s větší pravděpodobností sociálně izolovaní a zaujímají periferní pozici v sociálních sítích.

Zdá se tedy, že obezita s sebou nese větší sociální izolaci, která pak může zhoršovat ostatní důsledky obezity. Tento poznatek je známý i z praxe, kdy se děti, např. ze strachu z posměšků, vyhýbají pohybové aktivitě. Tím se nejen vyhýbají kontaktům s ostatními dětmi a připravují se

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Knihovna katedry psychologie
110 00 Praha 1, Celetná 20

o možnost sociálního rozvoje, ale navíc se uzavírá bludný kruh sníženého energetického výdeje obézních dětí, přispívající k obezitě.

Hainer et al. (2004) uvádí, že obezita u dětí navozuje psychické změny, které lze rozdělit do dvou skupin. Některé děti se straní dětského kolektivu, neboť se jim ostatní děti pro jejich vzhled a neobratnost vysmívají. Žijí samotářsky, ocitají se v deprivaci, kterou řeší občas tím, že vyhledávají uspokojení opět v konzumaci potravy. Druhou skupinu tvoří především chlapci, kteří se naopak stávají středem pozornosti, chovají se jako třídní šaškové, svou tloušťkou se chlubí a tato situace u nich samozřejmě nenavozuje snahu zhubnout. I tato psychická reakce může však skončit depresivním stavem dítěte.

Je pravděpodobné, že děti přejímají ve svých hodnoceních a postojích názory a hodnoty dospělých, v nichž se odráží současné kulturní normy.

Někteří autoři se též zabývali tím, jak se tyto předsudky vůči obézním projevují na jejich pocitu životní pohody[10] a na jejich vztahu sama k sobě.

Na oddělení výživy v Bělehradě provedli studii, která měřila vliv nadváhy a obezity na kvalitu života. Patrný vliv se projevil zejména v oblastech fyzických schopností, sebevědomí, v pracovní oblasti a stresu na veřejnosti. Kvalita života v těchto oblastech byla zároveň tím menší, čím vyšší stupeň obezity se u dané osoby vyskytoval (Nadja et al., 2004, in Filasová, 2005).

V jiné studii se autoři pomocí Rosenbergovy self-esteem škály snažili zjistit, jaká je úroveň sebevědomí u obézních jedinců. Na jejich vzorku (70 obézních mužů a žen ve věku 18 – 60) se ukázalo, že skór na škále sebevědomí je signifikantně nízký. Ženy navíc na škále spokojenosti s vlastním tělem skórovaly o něco níže než muži (Yalung et al., 2004 in Filasová, 2005).

Podobně i dětská obezita je spojená s nízkým psychosociálním pocitem životní pohody (Braet, Mervielde, Vandereycken, 1997 in Braet, Crombez, 2003). Několik výzkumů bylo provedeno ohledně sebevědomí obézních dětí a adolescentů. Některé z nich naznačují snížené sebevědomí u obézní populace, zatímco jiné poukazují na proměnnou věku a pohlaví, která má pravděpodobně vliv na to, zda a nakolik se dítě bude kvůli své nadváze cítit méněcenné.

Např. ve výzkumu Strausse (2000) se ukázalo, že signifikantní rozdíly v sebeúctě obézních dětí oproti normostenickým se neobjevují ještě ve věku 9-10 let, ale jsou zaznamenány ve velké míře u 13-14letých dívek. Kromě toho výsledky naznačovaly, že pokles sebeúcty byl u obézních dětí spojen s vyšší mírou smutku, pocity opuštěnosti a nervozity. Tyto děti také častěji kouřily a pily alkohol. Nicméně autoři uvádí také řadu výzkumů, které prokázaly nízkou sebehodnotu i u mladších dětí a chlapců. Rozporné výsledky v mladších věkových kategoriích mohou být podle nich dány tím, že děti v mladším věku odvozují svou sebeúctu více z rodinného prostředí než z kontaktů z vrstevníky. Autoři uzavírají svůj výzkum s tím, že

[10] Překlad autorky z anglického „well-being"

období ranné adolescence je pravděpodobně dobou klíčovou pro rozvoj sebehodnoty, kdy je uznání vrstevníků velmi důležité.

Na vliv pohlaví jedince při hodnocení své osoby poukazují též Pliner, Chaiken a Flett (1987 in Krch et al., 2005), podle nichž ženy hodnotí svůj vzhled jako významně důležitější osobní hodnotu než muži. To je pravděpodobně dáno i tím, že na ženy je ohledně vzhledu vyvíjen vyšší tlak než na muže. Rovněž Ciliska (1990 in Krch et al., 2005) poukazuje na zřejmý vztah mezi sebevědomím a tělesnou hmotností, který je u žen patrný od puberty až do stáří.

Řada autorů se proto domnívá, že vývoj obézních dětí je narušen nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychologické a emocionální. Vzhledem k předpojatosti naší společnosti vůči jedincům, kteří nevyhovují štíhlému ideálu naší doby, se tak objevuje otázka, zda-li vůbec veškerá psychická specifika obézní populace a emocionální problémy spjaté s obezitou (viz kapitola 6) nejsou pouze důsledkem této „antitučné" mentality, která diskriminuje jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní. Otevírá se tak téma kauzálního vztahu obezity a emocionálních problémů (viz kapitola 7.2).

# 5. Obezita a Poruchy příjmu potravy

Rozpoznání přítomnosti či nepřítomnosti poruch příjmu potravy[11] a jejího druhu je důležitou součástí diagnostiky obézního jedince, která napomáhá nalézt správné zaměření terapie, jak co se týká způsobu redukce a udržení váhy, tak v oblasti psychického zdraví jedince.

Spojitosti s duševním zdravím nasvědčuje i fakt, že u obézních jedinců s PPP se nachází vyšší prevalence psychiatrických poruch než u obézních jedinců bez PPP (Myles, David, 1996). Mnoho obézních jedinců trpí také v důsledku nevhodných jídelních návyků, malnutrice, užívání ohrožujících způsobů kontroly tělesné hmotnosti a díky tělesné nespokojenosti generalizované i na jiné oblasti osobního života stejnými psychickými a somatickými problémy jako nemocní s PPP (Krch et al., 2005).

Samotná obezita představuje významný rizikový faktor pro rozvoj PPP. Vedle depresivity a závislostí je stále nejčastěji zmiňovanou a sledovanou komorbiditou PPP (Krch et al., 2005). Fairnburn et al. uvádí, že u obézních dětí je riziko pro rozvoj mentální bulimie[12] 3-4x větší než u normálně vážících dětí a 2-3x větší pro rozvoj syndromu záchvatovitého přejídání[13] (Fairnburn et al., 1997,1998 in Braet, Crombez, 2003).

Než ovšem přistoupíme k samotným kategoriím PPP registrovaným u obézní populace, je třeba zmínit metodologické obtíže zjišťování jejich přítomnosti u obézních jedinců.

## 5.1 Metodologické problémy zjišťování PPP u obezity

Zjistit, zda a nakolik je jídelní chování obézních osob odlišné od osob normální váhy, se zdá jako velmi obtížné. Práce, zabývající se touto otázkou, dosahují rozporných výsledků (Lissner et al., 1989, in Pinaquy, 2002; Lichtman et al., 1990 in Pinaquy, 2002). Existuje řada studií indikujících nadměrný přísun kalorií u obézních jedinců, jiné četné studie to popírají.

Tyto rozpory jsou často vysvětlovány metodologickými problémy.

Jeden z těchto problémů představuje fakt, že odhad a posouzení příjmu potravy se jeví být velmi subjektivní a nepřesné. Fenomén podhodnocení se přitom může vyskytnout vlivem vědomé disimulace ze strany dotazovaných jedinců. Mnohem častěji je však způsoben tím, že obézní jedinci nejsou schopni rozpoznat své jídelní odchylky či určit množství požité potravy. Tento proces může být nevědomý a podílet se na něm může též přání dostát „jídelní normě" či uplatnění obranných mechanismů (Pinaquy, 2002).

[11] Dále uvádíme pod zkratkou PPP
[12] Dále uvádíme pod zkratkou MB
[13] Dále uvádíme pod zkratkou BED z anglického Binge Eating Disorder

Pinaquy (2002) též uvádí, že řada anomálií jídelního chování není nalezena při vstupním vyšetření, ale až v průběhu následných konzultací, obzvláště pak v průběhu přísných diet. I toto poukazuje na fakt, že jednorázový výzkum přítomnosti PPP může mít mnohá úskalí.

Zkreslení referovaných jídelních zvyklostí a množství a druhu přijímané potravy se objevuje též u matek obézních dětí, které dotazníky o způsobu stravování vyplňují nikoliv podle toho, jak se jejich děti skutečně stravují, ale podle toho, jaké jsou jejich informace o správné výživě. Děti mají oproti matkám menší tendenci zkreslovat informace (Hainer et al., 2004).

Kromě toho ve výzkumech týkajících se jídelního chování obézních není brán dostatečný zřetel na rozlišení dynamické a statické fáze obezity (Pinaquy, 2002). Stejně tak je možné podotknout na nerozlišování obezit s výrazným genetickým či endokrinním etiologickým faktorem od obezit převážně exogenního původu.

Jelikož se jeví obtížným odpovědět na otázku, zda a nakolik je jídelní chování obézních jedinců odlišné od jedinců normální váhy, uvedeme v následujících podkapitolách všechny formy PPP registrované u obézních osob. Závažnost těchto poruch se liší od jedince k jedinci a u identického jedince se může měnit od jednoho období k druhému (Pinaquy, 2002). Navzdory uvedeným metodologickým nedostatkům budeme uvádět i výsledky výzkumů o výskytu PPP u obézních jedinců. Poskytují nám alespoň určitá vodítka pro utvoření si představy o jídelním chování obézních subjektů a o potřebě psychologické péče věnované obézním jedincům v souvislosti s jejich narušenými jídelními vzorci.

## 5.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je podle Smolíka (2002, s. 314) definována jako „opakované záchvaty přejídání a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné hmotnosti, které vede k charakteristickému přejídání s následným zvracením nebo užíváním projímadel...“[14] [15]

Smolík též v poznámce k definici uvádí, že porucha byla původně popsána koncem 50. let jako součást chování obézních jedinců. V současné době je již většinou definována jako samostatná porucha, která se vyskytuje u osob s normální hmotností, které nejsou obézní ani netrpí mentální anorexií.

Podle Krcha et al. (2005) však do této kategorie mohou spadat někteří obézní jedinci. Doporučuje je ovšem s ohledem na další vývoj poruchy a terapeutický přístup diferencovat. Výlučnou skupinu podle něj tvoří velmi obézní pacienti.

[14] Definice byla vytvořena Smolíkem (2002) podle Lexikonu psychiatrických termínů a termínů týkajících se duševního zdraví vydaného Světovou zdravotnickou organizací v roce 1994.

[15] Ohledně přesných kritérií diagnostiky této poruchy a dalších PPP podle MKN 10 či DSM IV, odkazujeme vzhledem k rozsahu této práce na Smolíka (2002), Krch et al.a (2005) či přímo na MKN 10 (Duševní poruchy a poruchy chování, 2000) a DSM IV-R klasifikaci (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 2000).

Tito autoři se liší i v pojetí a definici diagnostické kategorie atypické MB. Zatímco podle Smolíka do této kategorie patří např. MB s normální nebo nadměrnou hmotností, podle Krcha et al. by se tato kategorie měla používat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků mentální bulimie, ale kteří vykazují téměř typický klinický obraz.

Podle DSM IV[16] (2000) má být atypická MB diagnostikována např. když nejsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často apod.

*Komorbidita MB a obezity*[17]

Co se týče množství bulimických pacientů mezi obézními, Marcus a Wing (1987, in Krch et al., 2005) zjistili, že 20 až 46% obézních, kteří se účastní programů snižování nadváhy, uvádí záchvaty přejídání srovnatelné s bulimickými a že až 20% jedinců léčených pro obezitu může splňovat diagnostická kritéria MB. U neklinické populace lze ovšem očekávat nižší komorbiditu s MB.

Výzkumy zabývající se zastoupením obézních jedinců mezi bulimickými pacienty, poukazují až na 20% komorbiditu obezity a bulimie (Garfinkel, Garner, 1982 in Hainer et al., 2004). Některé novější studie z 90.let, které užívají přísnější diagnostická kritéria bulimie i obezity, mluví ovšem o nižší incidenci obezity mezi bulimickými pacienty. Např. Mitchell et al. (1990 in Krch et al., 2005) zjistili 30% nadváhu jen u 25 z 591 sledovaných bulimiček (tj. u 4,2%).

Je možné též zmínit, že kromě anorektiček i velké množství bulimiček má obezitu v osobní či rodinné anamnéze (i když třeba v současnosti nemusí mít nadváhu) (Hainer et al., 2004).

V souvislosti s komorbiditou obezity a MB můžeme uvést, že některé bulimičky se domnívají, že snadněji přibývají na váze, protože potřebují méně energie k udržení normální tělesné hmotnosti, nebo protože mají snížený klidový energetický výdej. V rozporu s touto hypotézou zjistila ovšem dobře kontrolovaná studie Leonarda et al. (1996 in Krch et al., 2005) normální klidový energetický výdej u skupiny vyléčených bulimiček.

## 5.3 Syndrom záchvatovitého přejídání nebo-li Binge Eating Disorder

V poslední době je syndromu záchvatovitého přejídání věnována velká pozornost (Fairburn, Wilson, 1993 in Krch et al., 2005). Někteří autoři se dokonce snaží prosadit, aby se tato porucha stala samostatnou diagnostikou kategorií, třetím druhem PPP. To vedlo též k návrhu diagnostických kritérií pro tuto PPP, uvedených v DSM IV (Krch et al., 2005). Tyto kritéria zahrnují podrobně charakterizované opakované epizody záchvatovitého přejídání (jako např. přítomnost úzkosti v souvislosti se záchvaty přejídání, jedení bez přítomnosti hladu aj.),

[16] Zkratka DSM značí Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti. Číslovka udává vydání. (též viz literatura: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2000)

[17] U výzkumů zabývajících se prevalence MB u obézní populace a naopak nám povětšinou není známo, jakých kritérií bylo k její diagnostice užíváno a nakolik bylo využíváno též specifické kategorie atypická MB.

přičemž centrální rozdíl oproti MB spočívá u této poruchy v absenci kompenzačního chování (zvracení, laxativa, intenzivní fyzická aktivita) (DSM IV, 2000).

Nicméně je třeba uvést, že přestože záchvatovité přejídání není spojeno s kompenzačním chováním, bývá zpravidla spojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. (Krch et al., 2005)

*Komorbidita záchvatovitého přejídání a obezity*

Krch et al. (2005) uvádí, že BED je často spojena s nadváhou nebo obezitou. Prevalence záchvatovitého přejídání mezi obézními v běžné populaci se pohybuje se od 5 do 8% a signifikantně vzrůstá s rostoucí tělesnou hmotností, mezi účastníky kurzů snižování nadváhy nebo pacienty obezitologických studií to bývá ale kolem 30%. Podle Mylese a David se odhady prevalence BED pohybují mezi jedinci v programech pro ztrátu váhy pohybují od 23 do 46% (de Zwaan 1992, in Myles, David, 1996; Marcus, 1996, in Myles, David, 1996). Studie explicitně užívající kritéria pro BED uvádí prevalenci přibližně 30% u obézních osob v léčbě (Spitzer et al., 1992, 1993 in Myles, David, 1996).

V souvislosti s tím je třeba uvést, že kritéria pro syndrom záchvatovitého přejídání jsou poměrně nedávného data a řada výzkumů zabývající se jejich výskytem používala často různých kritérií, často méně přísných než je uvedeno v DSM IV, nebo se pouze dotazovalo na zkušenost se záchvatovitým přejídáním.

Do skupiny těchto výzkumů, týkajících se dětské a adolescentní populace, by pravděpodobně mohla být zařazena nedávná studii autorů Decaluwé, Braet a Fairburna (2003 in Braet, 2005), kde 20% obézních dětí udalo epizody záchvatovitého přejídání („binge eating"). Přibližně 20% referovalo též o pocitu ztráty kontroly nad jedením.

Výzkum Berkowitze, Stunkarda a Stallinga (1993, in Britz et al., 2000) ukázal, že 30% z 51 extrémně obézních dospívajících dívek (14-16 let) hledajících léčbu naplňovalo kritéria pro BED podle DSM III.

Také Britz et al. (2000) zjistili u 57% dívek a 35% mužů ve věku 15-21 let, kteří byli léčeni pro obezitu, epizody záchvatovitého přejídání se ztrátou kontroly. Nicméně kritéria DSM IV pro některou z poruch PPP splňovalo pouze 17% pacientů, přičemž poměrně nízkému procentu mohla být diagnostikována porucha BED. Autoři se též domnívají, že poměrně malé množství BED (6%) může být v tomto věku dáno tím, že vývoj jídelního chování není ještě v tomto věku dokončen, a že řada těchto adolescentů a mladých dospělých bude splňovat její kritéria pravděpodobně o několik let později. Nicméně je třeba uvést, že tento výzkum neprokázal zvýšenou prevalenci žádné z PPP u reprezentativní obézní populace.

Je možné zmínit výzkum u dětí s vysokým rizikem rozvoje obezity v dospělosti. Jeho výsledky ukázaly, že ty děti, které trpí záchvatovitým přejídáním, mají později v průměru o 15% více tukové hmoty než stejně ohrožené děti bez této PPP (Tanowsky-Kraff et al., 2006).

Kromě toho bychom neradi opomněli opakující se nálezy z řady výzkumů, a to že s BED je v obézní populaci často také spojena vyšší a rozličná psychiatrická komorbidita (Krch et al., 2005) (více viz kapitola 7). Výzkumy z poslední doby podávají zprávy také o tom, že se tento typ záchvatovitého přejídání sice vyskytuje častěji u žen, že však zastoupení mužů je častější než v případě jiných PPP a že počátek poruchy se často projevuje až ve starším věku (Krch et al., 2005).

Na závěr této podkapitolky o BED je můžeme zmínit kritiku této diagnostické kategorie. Např. Fainburn a Wilson (1993, in Krch et al., 2005) pochybují o přínosu takto výhradního a úzkého zaměření na podskupinu, která vykazuje jen jednu určitou formu přejídání, a doporučují věnovat se problematice přejídání spíše v širším kontextu.

## 5.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Zatímco v klasifikaci MKN 10 není explicitně uvedena porucha BED, je zde zmíněna jako samostatná kategorie diagnóza přejídání spojeného s jinými psychickými poruchami, u které ovšem nejsou stanovena diagnostická kritéria. Podle Smolíka (2002) umožňuje definice této poruchy zařadit sem přejídání jako reakci na stresové události, např. zármutek, úraz, narození dítěte, které mohou být spojené s jinými rušivými duševními příznaky.

Smolík (2002) též uvádí, že obezita sama o sobě nepatří mezi dušení poruchy nezařazuje se automaticky do poruch jídla. Do této kategorie mohou být zařazeny jen ty druhy obezity, kde existuje dostatek důkazů o tom, že základním vyvolávajícím činitelem obezity bylo přejídání jako důsledek psychických faktorů, jedná se vlastně o tzv. „reaktivní obezitu".

Uvádí též, že obezita sama může vyvolat psychickou poruchu nebo vést k dietě, které způsobí afektivní poruchu. V tom případě se diagnostikuje samostatně typ duševní poruchy a typ obezity.

## 5.5 Prandiální hyperfagie

Prandiální[18] hyperfagie[19] je termín označující zvýšení kalorického příjmu potravy v čase jídla, buď tím, že jedinec jí rychleji (tachyfagie), nebo tím že jí déle. Prandiální hyperfagie znamená ztrátu fyziologické regulace jídelního chování. Může být spojená se zvýšeným hladem nebo chutí, nebo s absencí pocitu sytosti. Hlad může být také nepřítomný, a v tomto případě je to kontext nebo místo, co determinuje množství požité potravy. Tachyfagie způsobuje vysoký přísun potravy ještě předtím, než mají šanci uplatnit se přirozené fyziologické mechanismy.

[18] Slovo prandiální pochází z latinského prandium, které znamená „pozdní snídaně nebo oběd". Prandiální se užívá se ve smyslu „týkající se jídla", „vyskytující se v jeho průběhu" či „vyvolaný jídlem", a to ve smyslu snídaně, oběda či večeře, tedy běžných jídel během dne. Vzhledem k tomu, že autorka nenalezla pro tento termín vhodnější adekvátní český ekvivalent, je používáno tohoto termínu.

[19] Zde by bylo pravděpodobně možné užít i termínu přejídání. Jelikož jsme ovšem na sousloví „prandiální přejídání" při studiu české literatury nenarazili, používáme nejbližší překlad (z francouzského „hyperfagie prandial").

Prodlužování trvání jídla může být vysvětleno nadměrnou citlivostí na smyslovou slast vyvolanou konzumovanými potravinami (Pinaquy, 2002).

Je třeba též zmínit, že prandiální hyperfagie je pacienty často obtížně identifikována, neboť pacienti si často neuvědomují odlišnost své jídelní „normy" od jídelní normy normální populace. Podle Pinaquy (2002) se jedná o PPP nejčastěji přítomnou u obézních osob.

## 5.6 Uždibování

U uždibování[20] se jedná o opakované quasi automatické požívání malých množství nespecifických rozličných potravin bez pocitu hladu či chuti, přičemž konzumované potraviny mohou být vnímány jako příjemné. Jedná se o „pasivní" chování (v tom smyslu, že není přítomno aktivní vyhledávání potravy), kde hraje klíčovou roli snadná dosažitelnost potravin. Často je spojeno s pocitem nudy.

Uždibování je pacienty lehce rozpoznatelné, neboť ho nedoprovází pocit viny. Nicméně jeho kvantifikace je často obtížná díky jeho „pasivní" a automatické povaze (Pinaquy, 2002).

## 5.7 Jídelní kompulze

Jídelní kompulze[21] jsou charakterizovány neodbytným a nepříjemným nutkáním ke konzumaci určité potraviny, často „palatabilní"[22] a chutné, a to mimo čas jídla, bez opravdového pocitu hladu. Pojem jídelní kompulze je nezávislý na množství zkonzumované potravy. Tyto epizody jsou časté na konci dne, ve spojitosti s večerní úzkostí, se ztrátou sociální kontroly po návratu domů (Pinaquy, 2002).

Anglosaští autoři v podobném smyslu mluví o „food craving" či-li touze po jídle, neodolatelném, neovladatelném bažení po určité potravině, což koresponduje s neodkladnou chutí jíst u jídelních kompulzí.

Do této kategorie by mohla být zařazena také v poslední době v odborné veřejnosti diskutovaná závislost na sladkém nebo na čokoládě. Stejně jako u jedinců postižených výše uvedenými PPP, také u těchto jedinců bývá identifikován výskyt určitých osobnostních rysů (např. u tzv. „čokolatomanů" zvýšená vulnerabilita vůči úzkosti a depresi aj.) (Ménard, 2005).

## 5.8 Syndrom nočního přejídání

Tento syndrom se diagnostikuje u osob, které se v noci vzbudí a vstanou kvůli tomu, aby jedly kompulzivním nebo hyperfagickým způsobem (Pinaquy, 2002). Uvádí se, že je pro něj

[20] Překlad autorky z anglického „nibbling" či francouzského „grignotage"

[21] Překlad z francouzského „compulsions alimentaire". Možný by byl také překlad jako „puzení k jídlu" či „jídelní žádostivost".

[22] Pojem palatability popisuje u potraviny její dobrou polykatelnost. Palatabilita je obvykle dosahována tukem, který dává jídlu jemnost, hladkost a chuť (Fraňková, Odehnal, Pařízková (2000).

příznačná večerní anorexie a nespavost. Průběh poruchy je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Jen vzácně udávají hlad a většinou nemusejí jíst, pokud jídlo není k dispozici (Stunkard, Grace a Wolf, 1955 in Krch et al., 2005).

## 5.9 Souhrnné výzkumy

V závěru této kapitoly a k tématu prevalence PPP u obezity bychom rádi uvedli tři u nás provedené výzkumy zabývající se výskytem rizikových a narušených jídelních postojů a chování u obézní populace.

První z nich je Krchova studie z roku 1994 (in Krch et al., 2005), v níž z 1333 dospělých obézních žen 23,4% uvedlo, že v poslední době drželo hladovku, 7,1% uvedlo, že bralo projímadla, a 2,3%, že zvracelo ve snaze zhubnout. 30,6% respondentek uvedlo, že v současné době trpí záchvatovitým přejídáním. Jen 18% obézních žen udalo, že pravidelně jí a nevynechává žádné hlavní jídlo. 20% hublo za pomoci komerční nízkoenergetické diety. Většinou přibraly opět na původní hmotnost nebo nabraly ještě o několik kilogramů více než bya jejich původní váha.

Druhá studie (Krch, 1997 in Krch et al. 2005) týkající se náhodně vybraného vzorku dospělých mužů a žen dosáhla výsledků zásadně rozdílných s ohledem na pohlaví. Např. zatímco štíhlí muži drželi diety častěji než muži s nadváhou, u žen byla situace opačná. Redukční diety a hladovky drželo v posledních třech měsících 56% obézních a 32,6 ostatních žen. Úmyslně zvracelo ve snaze zhubnout 2,8% obézních a 0,5% normálně vážících žen. S rostoucí hmotností se u žen signifikantně zvyšovalo skóre EAT[23]. Kromě toho u žen s rostoucí hmotností signifikantně přibývalo různých zdravotních psychických obtíží, obzvláště sociálních dysfunkcí. Výsledky studie tak potvrdily výrazný rozdíl mezi dospělými muži a ženami v tom, jak vnímají svoje tělo a případnou nadváhu, jak se tímto faktorem cítí být ohroženi a handicapováni a jaké mají tyto postoje a pocity vliv na jejich chování.

Třetí studie autorů Krcha a Drábkové (1996, in Krch et al., 2005) je pro nás zajímavá z toho důvodu, že se zaměřila na rozšíření PPP a narušených jídelních postojů mezi učni, středoškoláky a vysokoškoláky, tedy na dospívající a mladší dospělé.[24] Ukázalo se zde kromě jiného, že skór v EAT byl nejvyšší u respondentů uvádějícím sklon k přejídání a nadváze v minulosti. Kritické výsledky dotazníku dále pozitivně korelovaly s ženským pohlavím a rostoucí tělesnou hmotností, s hladovkami, zvracením, užíváním diuretik a laxativ, nespokojeností s tělem aj.

---

[23] Zkratka EAT značí dotazník Eating Attitude Test. Tento dotazník je např. Garnerem a Garfikelem (1982, in Krch et al., 2005) považován za dobrý nástroj na měření klinického vývoje MA a odhadování narušených jídelních postojů, včetně příznaků PPP v celkové populaci.

[24] Odkazy na další podobně zaměřené studie lze nalézt např. u Krcha et al. (2005).

# 6. Obezita z psychologického úhlu pohledu

V této kapitole pojednáme o nejznámějších, nejuznávanějších a nejinspirativnějších psychologických teoriích a výzkumných studiích týkajících se obezity. Vzhledem k poměrně nízkému počtu studií věnujících se výhradně obezitě dětí a dospívajících, k vysokému procentu jedinců postižených obezitou jak v dětství tak v dospělosti (Vignerová, Bláha, 2001) a vzhledem k podobným etiologickým mechanismům obezity u dětí a dospělých (Braet, 2005) budeme často, pokud to budeme považovat za vhodné, uvádět i výzkumy a teorie zabývající se dospělými jedinci trpícími obezitou.

Zároveň budeme odkazovat i na teorie týkající se poruch příjmu potravy, neboť řada teorií obezity jimi byla inspirována a neboť řada obézních jedinců trpí určitým narušením v oblasti příjmu potravy, i když nemusí odpovídat kritériím PPP explicitně uvedeným v mezinárodních klasifikacích nemocí (viz kapitola 5).

## 6.1 Psychodynamické teorie

Psychoanalytické teorie vztahující se k obezitě odrážejí vývoj psychoanalytických teorií a východiska jednotlivých modelů psychoanalytického myšlení. Tyto teorie se shodují v tom, že kořeny patologie leží v raném dětství a jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami, zejména s matkou. Centrem zájmu je zde osobnost pacientů, jejíž projevy lze sledovat jak v oblasti intrapsychické tak i v oblasti interpersonálního fungování (Krch et al., 2005).

### 6.1.1 Obezita jako porucha oidipovského typu

Počátek zájmu psychoanalýzy o poruchy příjmu potravy se datuje do 40. letech minulého století. Teorie tohoto období využívají klasické Freudovy psychoanalytické teorie a při vysvětlování PPP kladou důraz v prvé řadě na Oidipův komplex či orální fixaci a regresi (Krch et al., 2005). Tohoto způsobu interpretace, který je blízký modelu vykládání hysterických příznaků, se následně využívá i v souvislosti s mentální bulimií a obezitou (Apfeldorfer, 1995).

Fenomén přejídání tak může být v této teorii vysvětlován závistí penisu, může být chápán jako touha po oplodnění či jako vyjádření destruktivních sadistických impulzů (Areton, 2002).

Další autoři tvrdí, že mentální bulimičky zůstávají fixovány ve stádiu orálním, s čímž souvisí potřeba inkorporace, hltání. Psychické fungování je charakteristické žádostivostí, pasivitou, závislostí na druhých a nízkou frustrační tolerancí. Typická je pro ně též velká proměnlivost

citů, malý rozdíl mezi já a nejá, závislost na druhých alternující mezi nenasytností a příkrým zamítnutím druhého (Apfeldorfer, 1995).

Zajímavé jsou z tohoto hlediska studie využívající Rorschachova testu, které prokázaly u obézní jedinců vyšší orální obsah, poukazující na orální charakter těchto jedinců (Masling, Rabie, 1967 in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003; Passi Tognazzo, Lagrasta, 1981 in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003). Jiné studie ovšem toto zjištění nepotvrdily (Bornstein, Greenberg, 1991, in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003).

Uvedené výzkumy jsou důkazem toho, že teorie orální fixace u obezity je v psychologické obci do jisté míry stále ještě živá. Nicméně někteří autoři podotýkají, že fakt, že obezita se týká oblasti jídla, neznamená automaticky, že se jedná o zvýšenou oralitu.

### 6.1.2 Obezita: porucha preoidipální povahy

V průběhu práce s pacienty s PPP se ukázalo, že tito pacienti nenaplňují obraz klasické neurózy, kde je základním problémem nevyřešený Oidipův komplex a regrese do některého dřívějšího stadia vývoje libida, a že se podobají spíše těm pacientům, které bychom dnes označili termínem hraniční nebo narcistické poruchy osobnosti (Krch et al., 2005). Od 70. let se tak upouští se od výkladového modelu teorie konfliktu a obezita je pojímaná spíše jako porucha preoidipálního typu (Pinaquy, 2002). Objevují se tak nová témata a otázky, jako jsou vývoj „já", separační a individuační proces, objektní vztahy či narcismus (Krch et al., 2005).

V souvislosti s tím se také rozšiřuje koncept orality. Ta souvisí svou podstatou s výživou, ale výživa může být pojímána i v širším slova smyslu, též jako výživa prostřednictvím emocí a vztahů s druhými. Fixace na orální stádium pak může znamenat nedostatek tohoto druhu výživy. Obezita tak může symbolizovat touhu po lásce a být projevem nedostatku emočního nasycení v dětství (Fuchsová, 2001).

Kromě níže zmíněných teorií je zde možné uvést teorii J. a E. Kestembergových a S. Decobert (1972), kteří vysvětlují obezitu nadměrnou závislostí na vnějších objektech, která vzniká v důsledku poruchy v ranném vytváření vnitřního objektu. Chudý vnitřní život vede obézního jedince k tomu, že vytváří své objektní vztahy preoidipálním způsobem inkorporace objektu.

### 6.1.3 Teorie Hildy Bruch

Hilde Bruch (1973) klade ve své teorii, společné v základních rysech pro všechny pacientky s PPP včetně obézních, na nediferencovanost tělesného a emocionálního prožívání. Emoce a pocity jako hlad, sytost, úzkost a hněv zůstávají u obézních jedinců smíšené. Tato porucha je důsledkem špatného učení v dětství, kdy matka vnucovala dítěti své vlastní pocity a vjemy a odpovídala na všechny projevy kojence přinesením jídla. Podle Bruch matky těchto jedinců byly málo schopné zacházet s dítětem jako s autonomní individualitou a nerozuměly klíčům a



Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Knihovna katedry psychologie
110 00 Praha 1, Celetná 20

signálům kojence. Dítě se pak snažilo přizpůsobovat matce, rezignovalo na vyjádření vlastních potřeb a vyhýbalo se střetům s matkou. Bylo tak ohroženo v budování vlastních hranic, neprocházelo optimálně separačně individuačními procesy a zůstávalo psychologicky vázáno na svoje rodiče.

Tato falešná adaptace vytváří u pacientek neschopnost vlastního já rozpoznat a odlišit osobní přání a potřeby a následně znemožňuje zvládání adolescence. Hyperfagie obézních je tak pojímána jako nedostatečné rozlišování mezi hladem a dalšími emocemi a vjemy, kdy jedinec jí, místo aby pociťoval nebo vyjadřoval pocity.

Igoin později přebrala teorii Hildy Bruch a potvrdila u obézních jedinců jejich neschopnost rozlišovat fyziologické stavy jako hlad nebo sytost. Podle Igoin obézní lidé používají jídla k jiným než výživným cílům, což vytváří základ pro nevhodné jídelní chování (Igoin, 1995 in Pinaquy, 2002).

Určitého výzkumného ověření se tato teorie dočkala i díky studii Baldara et al. (2003), jež prokázala u velmi obézních dětí a jejich matek sníženou schopnost rozpoznávání nonverbálních projevů emocí ve srovnání s kontrolní skupinou. Podle autorů studie jsou výsledky tohoto výzkumu v souladu s klinickým pozorováním Hildy Bruch a jejím důrazem na nesnáze matek obézních dětí s adekvátním rozpoznáním a diskriminací emocionálních potřeb dětí. Tyto obtíže mají za důsledek problémy samotného dítěte v dekódování emocí druhých lidí a ve vyjadřování svých vlastních emocí. Tyto nálezy zároveň odkazují na koncept alexithymie.

### 6.1.4 Psychosomatický pohled na obezitu, obezita a alexithymie

Koncept alexithymie vyrůstá z psychosomatické tradice a etymologicky znamená „nedostatek slov pro emoce". Pro alexithymické pacienty jsou charakteristické kromě jiného obtíže s identifikací a popsáním vlastních pocitů a emocí, obtíže v rozlišování mezi pocity a tělesnými vjemy spojenými s emocemi, omezená kapacita imaginace projevující se nedostatkem představivosti a fantazie a navenek na detaily orientovaný kognitivní styl. (Nemiah, Freyberger, Sifneos 1976 in Taylor, 2000, in Rathouský, 2005).

Přestože byla alexithymie zpočátku sledována pouze u psychosomatických pacientů, záhy o ní začali referovat též lékaři v souvislosti s jinými poruchami, včetně poruch příjmu potravy. Např. de Zwaan odkazuje na řadu výzkumů, které nalezly vyšší výskyt alexithymie u pacientů s MA, MB a s nespecifikovanými PPP oproti normální populaci, a to v rozmezí od 50 do 77% (de Zwaan, 1995).

Zmínky naznačující souvislost alexithymie s poruchami příjmu potravy lze ovšem najít ještě před zavedením tohoto pojmu do psychologie. Např. Horneyová a Kolman popisují typ pacientů, u kterých se průběhu psychoanalýzy projevoval markantní nedostatek emočního uvědomování, spojený s omezeným prožíváním, konkrétním myšlením a externalizovaným životním stylem. S těmito charakteristikami se pojila kromě náchylnosti k psychosomatickým symptomům i častá přítomnost abúzu alkoholu, přejídání a jiných nutkavých forem jednání, jež

podle autorů jakoby směřovaly k vyhnutí se prožitkům prázdnoty (Horney, 1952 in Taylor, Bagby a Parker, 1991, Rathouský, 2005; Kolman, 1952 in Taylor, Bagby a Parker, 1991, Rathouský, 2005).

V podobném smyslu mluví francouzští psychoanalytici P. Marty a M. de M´Uzan již v roce 1963 o „pensée opératoire" (in Pinaquy, 2002). Podle těchto autorů jsou obézní jedinci neschopni vyjádřit své pocity a vyrovnat se s konfliktními situacemi. Jídlo pro ně má funkci agování, rychlého přechodu k akci („passage a l´acte" či „acting out"), umožňující uvolnění pudové energie.

Alexithymická komponenta byla vskutku početnými autory u obezity výzkumně prokázána (např. Adami et al., 2001). Jiní autoři její zvýšený výskyt na základě svých výzkumů vyvracejí (např. de Zwaan, 1995). Z našeho úhlu pohledu je zajímavý též výzkum Cléricího et al. (1992 in Pinaquy, 2002), kteří za pomoci Rorschachova testu objevili u 52 pacientů před chirurgickou intervencí u obezity signifikantní procento alexithymických subjektů. Je ovšem otázkou, zda bylo těchto výsledků dosaženo díky vhodnější volbě nástroje či díky specifičnosti této obézní subpopulace.

Přes tyto rozporné výsledky alexithymie zůstává stále zajímavou dimenzí v oblasti obezity a jídelního chování. I když možná není charakteristická pro reprezentativní obézní populaci, u konkrétního jedince by její přítomnost mohla facilitovat přehnaný příjem potravy (Pinaquy, 2002). Někteří autoři se též domnívají, že zlepšení v postojích k jídlu a k váze se u obézních může lišit právě v závislosti na přítomnosti alexithymických rysů (Adami et al., 2001).

V rámci psychosomatiky se také někdy rozlišuje obezita konfliktová a exogenní. Konfliktová se rozvíjí především v období pubertálním a častě postpubertálním. Vzniká na podkladě přejídání, které je kompenzačním mechanismem především různých osobnostních konfliktů. Exogenní obezita je výsledkem dlouhodobých chybných návyků v jídle a chronického přejídání. Společné oběma formám je to, že jídlo se stává náhražkou nesplněných přání, citové deprivace aj. (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

### 6.1.5 Obezita a narcismus

V 70. letech dávají psychoanalytické modely obezitu do souvislosti s narcistickou patologií.

Podle Marcelliho (1981, in Rousseau, 2004) dává objemné obézní tělo dítěti pocit vnitřního bezpečí, který by jinak nezažívalo. Obezita konkrétním způsobem vytváří obraz těla dítěte, který je ideální, a chrání tak před agresivitou vnitřních či vnějších objektů. Marcelli se domnívá, že obezita poskytuje dítěti ochranu a pocit existence. Když obézní stav přetrvává, narcistické téma zůstává skryto, může se ovšem objevit v průběhu hubnutí.

Také Philippe Jeammet (1991, in Rousseau, 2004) tvrdí, že u obezity se jedná především o problematiku identity a narcismu, stejně jako o téma objektních vztahů. Jeammet ve své teorii klade důraz na důležitost konfliktu závislost-autonomie. U narcistických jedinců je jejich

rovnováha udržována externími objekty. Jedinec je tak závislý na vnějších oceněních, což se projevuje potížemi s nalezením vhodné vzdálenosti ve vztahu k druhému.

Dle Jeammeta tento jedinec s problémem v budování vnitřního objektu a v oddělování se od matky může používat potravu jako náhradu za matku, tedy jako zástupný objekt matky, který je ovšem lépe kontrolovatelný. To mu umožňuje vyhnout se separaci, která by byla subjektivně prožívána jako zánik. Nekontrolovaná hyperfagie tak také poskytuje jedinci, který má problémy s řešením svých problémů a s kognitivním a emocionálním zpracováním prudkých emocí, ochranu před těmito emocemi, umožňuje se jich rychle zbavit prostřednictvím aktu jedení.

Na narcistickou tématiku poukazuje vlastně i výše zmíněná Hilde Bruch (1973), když mluví o svých zkušenostech z klinické praxe, o prožitcích, které se objevovaly v průběhu psychoanalýzy u mnoha obézních pacientů, kterým jejich velké tělo přes všechny jejich hořké stížnosti poskytovalo pocit síly a moci. Bruch u těchto jedinců často pozorovala za depresivním prožíváním ukryté velikášské a glorifikující fantazie a denní snění. Zároveň se u nich objevovaly hluboké vnitřní pochyby, pocity nedostačivosti, frustrace a strach ze zamítnutí a nicoty, související s tím, že těmto požadavkům vlastní výjimečnosti nemohou nikdy dostát. Obezita u nich mohla fungovat jako určitá ochrana před zklamáním z vlastní nedokonalosti, neboť pokud jedinec zůstával obézní, mohl veškeré své neúspěchy zdůvodňovat svým tělesným objemem, nikoliv sebou samým.

### 6.1.6 Obezita a hraniční porucha osobnosti

Podobně jako PPP (Krch et al., 2005), obzvláště pak MB, bývá i obezita dávána do souvislosti s hraniční poruchou osobnosti[25]. Někteří autoři se domnívají, že portrét hraniční osobnosti s její emoční nestabilitou, poruchami identity, strachem z odmítnutí, sklonem k štěpení, idealizaci a devalvaci, orální fixací, pocity prázdnoty, impulzivitou a nestálostí ve vztazích odpovídá též portrétu obézních jedinců, obzvláště pak těch, kteří nadměrně jedí, uždibují, trpí záchvaty přejídání, či obecně těch, kteří se snaží příjem potravy omezit (Pinaquy, 2002).

V kontextu HPO je toto impulzivní jídelní chování některými psychoanalytickými autory považováno za příznak neschopnosti psychicky zvládat své emoce a mentálně je zpracovávat, přičemž jedení pomáhá k vybití těchto nerozpoznaných afektů (Pinaquy, 2002).

Záchvaty vlčího hladu, jež jsou přítomné u některých obézních jedinců, jsou vlastně zahrnuty i v jednom ze samotných kritérií hraniční poruchy osobnosti podle DSM IV („impulzivita nejméně ve dvou potencionálně sebepoškozujících oblastech") (Smolík, 2002). To na jedné straně může potvrzovat souvislost záchvatů přejídání a HPO, na druhou stranu to ovšem zvyšuje riziko falešné diagnózy HPO (Krch et al., 2005).

[25] Dále budeme uvádět pod zkratkou HPO

Podle Krcha et al. (2005) může docházet k nadhodnocování prevalence této poruchy i z dalších důvodů, jako např. neužívání striktních diagnostických kritérií HPO či vliv samotné PPP na psychiku jedince (u MB se např. ukazuje, že společně s její úspěšnou léčbou dochází i k významnému poklesu skóre v „Borderline Syndrome Index").

Je známo několik studií, které zjišťovaly prevalenci hraniční osobnosti u obézních subjektů. Nálezy z těchto studií (např. Black et al., 1989 in Sansone, Sansone, Morris, 1996; Larsen, 1990 in Sansone, Sansone, Morris, 1996) byly ale kritizovány kvůli výběru subjektů – jednalo se o jedince, kteří vyhledávali léčbu gastrickou chirurgií nebo byli jinak nevhodně rekrutováni. Je možné zmínit též výzkum Sansone, Sansone a Morrise (1996), kteří zjistili, že obézní pacienti léčící se pro PPP vykazovali více symptomů HPO a větší míru sebepoškozování než pacienti center primární péče.

### 6.1.7 Obezita a závislost

V šedesátých letech dali někteří autoři obezitu do souvislosti s konceptem závislostí. Nalézají u určitých PPP (MB, jídelní kompulze, BED) společné rysy se syndromem závislosti, takové jako je impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost. Jak PPP či některé formy obezity tak závislosti narušují psychický a sociální život jedince, jsou spojeny s nadměrným ovládavým zaujetím danou substancí (jídlem, alkoholem apod.), mohou vést nemocného do izolace a k podvádění apod. Přejídání, podobně jako psychoaktivní látky, je používáno k zajištění okamžité slasti, ke kontrolování emocí a zvládání stresu. V obou případech mohou pacienti trpět pocitem nekompetentnosti v terapii a pocitem neschopnosti přerušit návyk přes vědomí škodlivých následků (Pinaquy, 2002, Krch et al., 2005).

Přejídání tak může být chápáno jako jedna z forem závislostí. Může být poukazováno na společnou predispozici k impulzitivitě, může se mluvit o „adiktivní" (nezdrženlivé) osobnosti, nebo o tom, že požívání alkoholu je řízeno podobnými mechanismy jako příjem potravy. Někdy se dává přednost hypotéze, že na vzniku a rozvoji těchto dvou druhů poruch se podílí mnoho různých faktorů, z nichž většina zvyšuje vulnerabilitu pro obě poruchy. Jindy se poukazuje na to, že samotný výskyt PPP spolu s jejím specifickým prožíváním, psychosociální problematikou a způsobem řešení problémů může zvyšovat vulnerabilitu vůči závislostem (Krch et al., 2005). Někteří autoři také přinášejí k oběma poruchám společné psychoanalytické interpretace jako potřeba zaplnit vnitřní prázdnotu a zmírnit depresi z opuštění apod. (Areton, 2002).

Kromě toho je třeba též zmínit známý anorektický účinek řady psychoaktivních látek, což může zvyšovat u jedinců toužících po nižší váze jejich přitažlivost (Krch et al., 2005).

Braet (2005) odkazuje na několik výzkumů, které prokázali, že obézní osoby skórují výše v dotaznících měřících impulzivitu a také často zneužívají návykové látky (např. Chalmers, Bowyer a Olenick, 1990, in Braet, 2005). U nás je znám výzkum Krcha et al., který sice

potvrdil, že u mužů s rostoucí tělesnou hmotností přibývá nezdrženlivosti, ale u žen se tato souvislost s výjimkou kouření jeví opačná (Krch et al., 1997 in Krch et al. 2005).

Problematiku lze uzavřít s tím, že přestože u určitého počtu obézních jedinců lze identifikovat PPP, blížících se tak svou povahou syndromu závislosti, jídelní chování mnoha obézních subjektů neodpovídá těmto kritériím a nedovoluje tak generalizovat souvislost mezi závislostí a obezitou.

### 6.1.8 Další psychodynamické hypotézy

Z dalších psychodynamických hypotéz obezity je možné zmínit též často evokovanou hypotézu nedostatečné kapacity vyjadřovat pocity hostility a zlosti. Podle některých teorií je nadměrné jedení považováno za autoagresivní akt, případně jako obrácení agrese a vzteku vůči vlastní osobě (Apfeldorfer, 1995).

### 6.1.8 Shrnutí a kritika psychodynamického pohledu na obezitu

Psychoanalytické koncepty a teorie obezity byly podrobeny mnoha kritikám. Někteří autoři se domnívají se, že obézním jedincům je bez dostatku důkazů připisována spousta osobnostních a emocionálních nedostatků. Kromě toho řada teorií jakoby si navzájem odporovala (Areton, 2002). Kaplan a Kaplan (1957, in Areton, 2002) již v padesátých letech shromáždili analytické teorie z první poloviny dvacátého století o psychodynamickém konceptu obezity. Uvádí, že přejídání a obezitě byly připisovány téměř všechny myslitelné psychologické impulzy a konflikty. Zmiňují např. že obezita a přejídání jsou někdy považovány za obranu proti sexualitě, jindy jako přenesené vyjádření neuspokojené sexuální touhy či náhražka lásky. Přejídání je někdy považováno za prostředek vyjádření skryté hostility, může fungovat jako prostředek k snížení viny, ale vinu může též vyvolávat, může mít funkci odměňování, stejně jako sebetrestání.

Autoři se domnívají, že z těchto teorií je možné učinit pouze jeden obecný závěr, a to, že životní vzorec obézních jedinců je konfliktní a spojený s úzkostí, přičemž se může jednat víceméně o jakýkoliv konflikt.

Domníváme se, že to, co vystupuje z klinických zkušeností s obézními pacienty, obzvláště s těmi trpícími některou z forem PPP, může být také formulováno jako snížená schopnost vyrovnat se s emocemi a konflikty a adekvátně je zpracovávat a zacházet s nimi.

Kromě toho je třeba zdůraznit, že tyto teorie vznikaly převážně v klinické praxi, v práci s obézními pacienty hledajícími pomoc, a tuto skutečnost pravděpodobně reflektují. I někteří autoři z řad psychoanalýzy, vědomí si nepřiměřených ideálů krásy současné doby a odlišných biologických predispozic různých jedinců, udávají, že obezitu nepovažují automaticky a nutně za psychopatologický jev (např. Bruch, 1973).

## 6.2 Kognitivně-behaviorální teorie obezity

Pro většinu kognitivně-behaviorálních teorií obezity je společná snaha nalézt signály a situace, které u obézních jedinců spouští nadměrný příjem potravy. Jiné z nich se soustředí spíše na učení se jídelnímu chování či na faktory mající vliv na osvojování si nevhodných jídelních návyků.[26]

### 6.2.1 Teorie jídelní emotivity

Teorie jídelní emotivity, velmi blízká teorii psychosomatické, dává do souvislosti nadměrný přísun potravy s emocionálním nabuzením. Podle této teorie obézní jedinec jí v reakci na svůj emocionální stav, především pak v souvislosti s emocemi negativními jako je např. úzkost či deprese.

Tento proces je opačný k mechanismu popsaném Carlsonem v roce 1916 (Carlson, 1916 in Pinaquy, 2002), který popisuje gastrické kontrakce a následně pak ztrátu apetitu jako normální odpověď na emocionální vzrušení. Je tomu tedy skutečně tak, že stres a další emoce u určitých osob vedou k nadměrnému příjmu potravy?

Tato teorie byla v některých studiích využívajících dotazníků a rozhovorů s obézními jedinci potvrzena (např. Leon a Chamberlain, 1973 in Pinaquy, 2002), nicméně experimentální studie podávají rozporné výsledky.

Schachter et al. (1968, in Rousseau, 2004) ve svém experimentu využívajícím elektrický šok zjistil, že jedinci normální váhy, kteří nedostali šok, zkonzumovali více sušenek než ti, kteří ho dostali. Stres tedy snížil jejich příjem potravy. Naproti tomu obézní jedinci snědli stejné množství sušenek, nezávisle na elektrickém šoku. Ukázalo se tak, že stres u obézních jedinců nesnižuje příjem potravy, ale ani ho nezvyšuje. Studie též ukázala, že příjem potravy nesnižuje strach z obdržení šoku, a neumožňuje zbavit se psychického napětí.

Slochower se v roce 1976 (in Pinaquy, 2002) pokusil vysvětlit rozpory mezi experimentálními a klinickými daty problémem v definici úzkosti. Domnívá se, že teorie jídelní emotivity platí jen v souvislosti s emocemi prožívanými jako difúzní. Experiment vedený Slochowerem a Kaplanem (1980, in Pinaquy, 2002) pak ukázal, že příjem potravy je spojený s difúzní emocí a že má funkci redukce úzkosti, pokud je tato emoce nekontrolovatelná. Obézní osoby jedí tedy nadměrně pouze pokud se jedná o odpověď na určitý typ stresoru a za cílem snížení úzkosti.

Teorii jídelní emotivivity potvrzuje též experiment Whita z roku 1977 (in Atkinson, 1995). V této studii sledovaly osoby s nadváhou a osoby s normální hmotností filmy, vyvolávající nebo nevyvolávající různé emoce. Jeden film tak vzbuzoval úzkost, druhý byl zábavný a třetí navozoval sexuální vzrušení. Čtvrtým filmem byl nudný cestopis. Po zhlédnutí každého filmu

[26] S ohledem k rozsahu této práce bude tato druhá skupina KBT teorií obezity zmíněna pouze velmi krátce, a to (vzhledem k propojenosti učení se jídelním zvyklostem s rodinnými faktory) v kapitole 6.3.

byly pokusné osoby požádány, aby zhodnotily a ochutnaly různé druhy sušenek. Ukázalo se, že zatímco osoby s normální hmotností jedly nezávisle na filmu stále stejné množství sušenek, obézní osoby jedly signifikantně více sušenek po zhlédnutí kteréhokoli z filmů vzbuzujících emoce, než po zhlédnutí cestopisu.

Tato teorie má řadu teoretických zastánců. Též Roth (2006) dává do souvislosti nadváhu a potlačené emoce a upozorňuje na používání jídla jako emocionální a duchovní výživy. Svůj článek uzavírá inspirativním sdělením: „Příčinou emočního jedení nejsou pocity samotné, ale náš strach z jejich projevení“[27].

Přes do jisté míry rozporné výsledky výzkumů se tak většina teoretiků dodnes shoduje na tom, že emocionální nabuzení vede u některých osob k příjmu potravy. Rozcházejí se však ve významu a příčinách, které tomuto chování připisují.

### 6.2.2 Teorie externality

Teorie externality byla vytvořena v reakci na rozpory ohledně teorie jídelní emotivity. Podle této teorie je příjem potravy podobně jako v teorii jídelní emotivity indiferentní k fyziologickým signálům jako hlad, ale oproti předchozí teorii klade důraz na jídelní prostředí (tedy externí signály), které jsou považovány za spouštěč příjmu potravy.

Série studií se zabývala citlivostí obézních jedinců na vnější jídelní stimuly. Jejich výsledky ukázaly, že jejich jídelní chování je skutečně více ovlivněno časem k jídlu (Schachter, 1968 in Pinaquy, 2002), smyslovými vlastnostmi (Goldman, Jaffa, Schachter, 1968 in Pinaquy, 2002) a viděním jídla (Nisbett, 1968 in Pinaquy, 2002).

Tato teorie je potvrzována i u dětí a dospívajících. Rodin a Slochower v roce 1976 (in Pinaquy, 2002) pozorovali vývoj váhy u dívek normální váhy (9-15 let), které pobývaly osm týdnů o prázdninách na letním táboře, kde bylo velké množství snadno dosažitelného jídla. Dětem bylo umožněno jíst bez omezení a jak se jim zlíbilo. Výsledky ukázaly, že dívky, které skórovaly výše v rysu externality, byly ty, které nabraly více váhy.

V roce 1977 potvrdila tyto nálezy také studie Brata a Van Striena (in Braet, 2005), kteří u dětské obézní populace identifikovali externější jídelní styl.

Uvést je možné i výzkum využívající modifikovaného Stroopova color word testu, který ukázal, že pozornost obézních dětí je více ovlivněna jídelními podněty (Braet, Crombez, 2003). Autoři dávají tyto nálezy do souvislosti s hypersenzitivitou k jídelním signálům, která by mohla vyvolávat nebo udržovat dysfunkční jídelní chování.

Na závěr této podkapitoly bychom rádi zmínili, že hypotéza externality byla podrobena přísné kritice. S ohledem na obezitu není dostatečně prokázána její univerzálnost, ani není objasněn její kauzální vztah s obezitou. V současnosti je také stále otevřená diskuze, do jaké míry externí styl ovlivňuje obezitu a zda-li externí styl není způsoben obezitou, případně stavem

[27] Překlad autorky

restrikce. Přestože však externalita dosud není uspokojivě vysvětlena, terapeutické techniky zaměřující se na externí reaktivitu se jeví jako velmi úspěšné (Wilson, 1994 in Braet, 2005).

### 6.2.3 Teorie restrikce

Podle teorie restrikce dochází k nadměrnému přísunu potravy u obézních osob v důsledku jejich snahy o zhubnutí. Tato teorie připisuje nadměrný příjem potravy sekundárním následkům držení diety. Tvrdí, že je to tato restrikce a ne obezita, co způsobuje rozdíly mezi obézními subjekty a jedinci normální váhy.

S tím souvisí nález M. Cabanaca (1970, 1971 in Pinaquy, 2002), který ukázal, že ve stavu omezování mizí jinak přirozený fenomén negativní alliestéze, tedy že u omezujících se jedinců zůstává zachována smyslová slast navzdory pokračující konzumaci, což by mohlo vysvětlovat jejich zvýšenou konzumaci potravin.

V roce 1972 Nisbett (in Pinaquy , 2002; in Grogan, 2000) navrhl teorii „set point". Nisbett se domnívá, že obézní jedinci jsou geneticky naprogramováni k vyšší tělesné hmotnosti. K tomu, aby byli pod svou přirozenou váhou, musí jíst méně než ostatní jedinci, přičemž tento stav nedostatku není bez důsledků na jídelní chování.

Autoři jako C. Herman, D. Mack a J. Polivy, bránící ze začátku Nisbettův úhel pohledu změnili později význam kauzálního vztahu mezi restrikcí a nadměrným příjmem potravy. Podle těchto autorů je to vědomí sebekontroly, které je centrální. Dieta sama o sobě vytváří spouštěcí stresor nadměrné konzumace potravy. Jinak řečeno, i když dieta nevede ke ztrátě váhy a váha se nesníží pod přirozenou hranici, mohou se dostavit její nežádoucí účinky (Pinaquy, 2002).

Studie Hermana a Macka z roku 1975 (in Rousseau, 2004) skutečně potvrzuje tento způsob nazírání na nadměrný příjem potravy. Autoři studovali příjem potravy u několika studentů po tom, co jim byl nabídnut mléčný koktejl před jídlem. Zatímco neomezující se jedinci snížili svůj příjem potravy po požití koktejlu, omezující se jedinci ho zvýšili, ať byli tlustí či ne, a to tím více, čím více koktejlů před jídlem požili. A naopak, bez konzumace koktejlu před jídlem jedli omezující se jedinci méně než ostatní. Studie tedy ukázala, že jakmile jednou omezující se jedinci ztratí kontrolu, jedí více než jedinci, kteří se neomezovali.

Tento fenomén „dezinhibice" byl nadále potvrzován dalšími studiemi (Herman, Polivy, 1975, 1984, in Pinaquy, 2002; Wardle, 1980, in Pinaquy, 2002). Byl rovněž využit k vytvoření modelu Fainburna a Wilsona vysvětlujícího záchvatovité přejídání (1993 in Braet, Crombez, 2003). Podle tohoto modelu ústí extrémní zájem o tělesnou váhu do chronické negativní spirály, která zahrnuje období hladovek střídající se se stále častějšími periodami záchvatovitého přejídání.

O aplikaci tohoto modelu, považujícího přejídání za důsledek restriktivních postojů k jídlu, se uvažuje i v oblasti dětské obezity (Braet, 2005). Výsledky dvou experimentů Fischera a

Birchové (1999 in Braet, Crombez, 2003) ukázaly, že omezení přístupu k palatabilním potravinám zvýší u dětí behaviorální reakci na jídlo.

Přesto se ani tato teorie nevyhnula rozporům týkajících se její platnosti. K jejímu zpochybnění přispívá i fakt, že okolo poloviny obézních jedinců uvádí, že k jejich prvnímu záchvatu přejídání došlo ještě před tím, než začali se svou první dietou (Spurell et al., 1997 in Braet, 2005). Fenomén dezinhibice se kromě toho ve stavu restrikce nevyskytuje u všech jedinců, což poukazuje na to, že stav omezení není nutně patogenní. Westenhoefer (1991 in Pinaquy, 2002) tak na základě korelace mezi restrikcí a epizodami přejídání rozlišuje flexibilní a rigidní „kontrolory".

### 6.2.4 Shrnutí kognitivně-behaviorálního přístupu k obezitě

Jak v rámci psychodynamických, tak i v oblasti kognitivně-behaviorálních teorií se nedošlo doposud k jednoznačnému závěru, teoretickému modelu, který by platil pro všechny obézní jedince. Nicméně za pozitivní výsledek rozporů v této oblasti lze považovat sestavení dotazníků beroucích v úvahu více faktorů ovlivňujících příjem potravy. Jedná se tak např. o dotazník TFEQ Stunkarda a Messicka (1985, in Pinaquy, 2002) či o dotazník Van Striena et al. (Pinaquy, 2002). Posledně zmíněný dotazník integruje psychologický pohled na obezitu z hlediska všech tří uvedených kognitivně-behaviorálních teorií. Hodnoceny jsou v něm tedy tři různé faktory jídelního chování: jídelní restrikce, jídelní emotivita a jídelní externalita. Je tak vlastně umožněno vytvořit u konkrétního jedince „teorii" vzniku a udržování obezity platnou pro něj samotného (pod podmínkou, že je schopen a ochoten k vhledu do svého jídelního chování a prožívání s ním spjatým).

## 6.3 Rodinné teorie obezity

Řada autorů (např. Ganley, 1986, in Braet, 2005) zdůrazňuje klíčovou roli rodinných faktorů pro vývoj a udržování obezity, přičemž role rodičů se pochopitelně zdá být důležitá obzvláště u dětí.

### 6.3.1 Učení a závislost dítěte na rodině

Důvody zájmu o rodinu, jež vyzdvihují jak behaviorální terapeuti tak i somaticky orientovaní lékaři, spočívají v praktické závislosti dítěte na rodičích. Provedení zásadních změn životního stylu dítěte tak vyžaduje spolupráci rodičů. To s sebou přináší často i podobné požadavky na celou rodinu včetně rodičů.

Také Fraňková, Odehnal a Pařízková (2000) zdůrazňují, že obezita dítěte začíná obezitou rodičů. Dítě bere rodiče automaticky za svůj vzor a přejímá jejich postoje, zvyky i názory. Autoři uvádí, že v léčbě dětské obezity se podle odborníků jeví jako nejdůležitější kromě zvýšení tělesné aktivity dítěte především plná angažovanost alespoň jednoho z rodičů v redukčním programu.

Na roli rodiny v upevňování nezdravých jídelních návyků poukazují i nálezy poukazující na to, že obézní děti jsou častěji utěšovány sladkostmi a jídlo je užíváno k posílení požadovaného nebo odvrácení nežádoucího chování (Hammar, 1977 in Pachinger 1997 in Ardelt, 2006; Johnson, Birch, 1994 in Braet, 2005 aj.).

Pudel a Maus (1990 in Ardelt, 2006) poukazují na procesy podmiňování v rodinách obézních dětí jako jsou jídelní zvyklosti („cokoliv je na talíři, musí být snědeno"), latentní tlak („jestli to dojíš, máma bude šťastná") nebo nápodoba („podívej na bratra, jak to hezky snědl"). Toto posilování určitých jídelních reakcí vede k tomu, že dítě ztrácí schopnost řídit se v jídle svým vnitřním stavem.

Další autoři vysvětlují obezitu tím, že rodiče nenaučili děti odkladu jejich potřeb, toleranci hladu a dalším seberegulujícím dovednostem, které by měly být osvojovány v průběhu výchovy a učení (Braet, 2005).

V zahraničí tak začínají být rodiče začleňováni do behaviorální terapie, přičemž se hojně využívá rodičovské podpory a sociálního posilování (např. Epstein et al., 1990 in Braet, 2005).

### 6.3.2 Charakteristiky rodin s obézním dítětem

Jiné rodinně zaměřené studie se pokouší nalézt charakteristiky rodin s obézními dětmi. Tolstrup (1953 in Bruch, 1973) tak poukazuje na menší velikost rodin s obézním dítětem, Pflanz (1963 in Bruch, 1973) na to, že obézní děti bývají často jedináčci nebo benjamínci a zaujímají tak jedinečnou pozici v rodině. Ardelt (2006) udává, že obézní děti mají častěji svobodné matky.

Novější výzkumy, vyzdvihující důležitost rodinných faktorů, se soustředí spíše na hlubinnější vzorce rodinné interakce, na vztah dítěte s rodiči, rodičů mezi sebou a na rodinu jako systém.

Bruch tak např. již v roce 1940 objevila ve své rodinné studii častý rys těchto rodin: manželský konflikt s otevřeným bojem a vzájemným despektem a značné rozdíly v temperamentu rodičů. V těchto rodinách byla objevena vysoká incidence obezity u rodičů, obzvláště u matek, ale nejzávažnější případy dětské obezity byly pozorovány u rodičů, kteří nebyli obézní (Bruch, 1940 in Bruch, 1973).

Později, na základě již novějších výzkumů a konceptů rodinné interakce, Bruch (1973) uvádí, že v rodinách s obézními dětmi jsou narušeny základní vzorce interakce a komunikace. Tyto rodiny jsou charakteristické slabými hranicemi mezi subsystémy a malou autonomií.

Děti zde často mají za úkol naplnit potřeby rodičů, kompenzovat jejich vlastní zklamání a frustrace. Rodiče se prostřednictvím dítěte snaží udržet vlastní rovnováhu nebo je dítě

používáno k udržení manželského vztahu. S dítětem je zde zacházeno jako s majetkem, je popřena jeho individualita. Matka svou starostlivou hyperprotektivitou zasahuje do vývoje dítěte jako iniciativní a autonomní osoby, nedovoluje mu vyvinout adekvátní ego hranice. Rodič stejného pohlaví selhává v zajištění přijatelného modelu pro identifikaci. Jsou pozorovány konfliktní emocionální vzkazy, včetně rozporných příkazů ohledně jídla.

Bruch uvádí, že matky obézních dětí jsou často nejisté ve svém základním vztahu k dítěti, což kompenzují přehnaným krmením a hyperprotektivními opatřeními. Jídlo je obdařeno vysokou emocionální hodnotou, slouží jako náhrada lásky, bezpečí a uspokojení. Pohybové aktivity a sociální kontakty jsou matkou spojovány s koncepty nebezpečí a separace, což vede k inaktivitě, špatnému sociálnímu přizpůsobení a emocionální nezralosti dítěte.

Nicméně Bruch většinou vychází ze svých klinických zkušeností a pouze málo studií zkoumalo rodinné prostředí systematicky, pravděpodobně proto, že měření rodinných interakcí je velmi složité.

Výjimku představují studie podávající zprávu o menší kohezi (soudržnosti) a nedemokratickém rodičovském stylu ve srovnání s neobézní kontrolní skupinou (např. Banis et al., 1988 in Braet, 2005). Také výzkum Rhee et al. (2006) využívající pozorování interakce matka-dítě poukázal na 5x větší riziko nadváhy u dětí autoritářských matek oproti matkám s pevným, ale flexibilním řízením. Dvakrát větší pravděpodobnost vzniku nadváhy byla prokázána i u permisivních a zanedbávajících matek. Autoři se domnívají, že autoritářská výchova s jejím tlakem na dokonalost dítěte a nedostatkem volnosti by mohla vést k tomu, že tyto děti hledají únik a úlevu v jídle.

Podle pozorování Kinstona et al. (1988 in Braet, 2005) jsou interakce v rodinách obézních dětí více hostilní, a rodiče děti otevřeně odmítají. Herman a Polivy zjistili, že obézní děti bývají často obětními beránky rodiny (1987 in Ardelt, 2006).

### 6.3.3 Shrnutí rodinných teorií obezity

U většiny dosavadních studií se jedná o výzkumy průřezové. Přestože přinášejí podnětné informace, někteří autoři (např. Braet, 2005) zdůrazňují, že je potřeba též longitudinálních výzkumů, aby bylo možné porozumět tomu, jak neefektivní rodičovství a dysfunkční rodinné klima může rozvíjet nebo udržovat obezitu. Kromě toho řada těchto rodinných studií zkoumala vzorky rodin vyhledávající pomoc, čímž se omezuje zobecnitelnost závěrů na celou populaci obézních rodin.

Bruch (1973) k tomuto tématu uvádí, že vzhledem k tomu, že existují různé formy dětské obezity, snaha vytvořit univerzální portrét obézních rodin má značné limity.

Přesto lze však učinit závěr o nutnosti působit na rodičovské dovednosti, motivovat rodiče ke spolupráci, případně i měnit určité patogenní rodinné interakce, které se mohou v určitých faktorech lišit rodinu od rodiny.

O nadějnosti přístupu zaměřeného na rodinu vypovídají též výzkumy věnující se úspěšnosti behaviorální rodinné terapie (např. Edwards et al., 2006). Předběžné důkazy naznačují, že práce se samotnými rodiči v behaviorální terapii produkuje dokonce lepší výstupy než práce s dítětem samotným (Golan, Fainaru, Weizman, 1998, in Braet, 2005). Kromě toho jsou studovány též účinky rodinné terapie, která se z dosavadních výsledků zdá být nadějnou cestou v léčení dětské obezity (Flodmark et al., 1993 in Braet, 2005).

## 6.4 Osobnost, psychopatologie a obezita

Řada výzkumníků se v oblasti obezity vydala směrem hledání souvislostí nadměrné váhy s jistými osobnostními rysy, emocionálními problémy, či psychopatologickými symptomy a psychiatrickými poruchami. Někteří z nich vycházejí z určitých (výše zmíněných) teoretických východisek, jiní spíše ze svých klinických zkušeností či z výsledků předchozích výzkumů. O zvýšené prevalenci psychických problémů a jejich příčinách u obézní populace jako takové se ovšem stále vede mnoho diskusí.

Hainer et al. (2004) udává, že z našich i zahraničních soudobých výzkumných studií vyplývá, že obézní jedinci nevykazují vyšší psychopatologii než je běžné v normální populaci. Pouze v některých škálách osobnostních dotazníků obézní vykazují zvýšené skóre úzkostnosti, závislého chování, vyšší nespokojenost se svým tělesným a duševním zdravím, sníženou sebekontrolu, snížený sociální zájem, nižší sebevědomí a negativnější vztah k vlastní osobě. Také Baštecký, Šavlík, Šimek (1993) zmiňují, že někteří autoři zjistili u obézních příznaky depresivní, hypochondrické, hysterické, příznaky impulzivity, snížení sebevědomí a sebehodnocení.

Myles a David (1996) v oblasti zkoumání emocionálních problémů u obézních jedinců striktně rozlišují mezi tím, zda se jedná o reprezentativní obézní populaci, anebo o klinickou populaci či jedince s PPP. Zatímco u jedinců vyhledávajících léčbu či trpících PPP se výzkumníci víceméně shodují na zvýšeném množství psychopatologických symptomů, u normální obézní populace není souvislost tak jasná.

Podobně jako Hainer et al., udávají Myles a David (1996), že většina přehledů literatury a studií neprokazuje žádný rozdíl mezi obézními a neobézními obecné populace v jejich psychologickém fungování (např. Höllström, Noppa, 1981 in Myles, David, 1996). Odkazují dokonce na výzkumy, které prokázali u obézních jedinců méně úzkostnosti a depresivity (např. Stewart, Brook, 1983 in Myles, David, 1996). Tyto závěry Myles a David ovšem problematizují hned v zápětí nálezy z poslední doby, které poukazují zvýšenou míru

psychopatologie u jedinců reprezentativní obézní populace (např. Sullivan et al., 1993 in Myles, David, 1996).

Výzkumy tedy poskytují značně rozporné informace, což se týká jak míry psychopatologie obecně, tak mnoha specifických poruch a emocionálních problémů u obézních přítomných (viz níže). Někteří odborníci v souvislosti s těmito nejasnostmi odkazuje na řadu metodologických problémů (viz kapitola 7).

Vzhledem k rozsáhlosti této oblasti zkoumání, bohaté a u nás mnohdy nedostupné literatuře vztahující se k jednotlivým zkoumaným rysům a poruchám, a vzhledem k obtížné porovnatelnosti jednotlivých výzkumů, uvedeme v následujícím textu jen hlavní oblasti, kterými se výzkum u obézních ubíral a u kterých jsou k dispozici údaje i o dětské nebo adolescentní obézní populaci.[28]

### 6.4.1 Obezita a psychiatrická diagnóza

Některé výzkumy u dětí a adolescentů se soustředily na identifikaci množství a typu psychiatrických diagnóz u obézních dětí a dospívajících.

Vila et al. (2004) tak zjistili u 88 ze 155 dětí sledovaných pro obezitu (5-17 let) přítomnost jedné z diagnóz DSM-IV, přičemž nejčastěji (u 63 dětí) se jednalo o úzkostnou poruchu.

I jiné výzkumy poskytují podobné alarmující výsledky, nicméně těchto výsledků je dosaženo též jen u skupiny jedinců vyhledávajících léčbu.

Kolektiv autorů okolo Britze (2000) porovnával množství psychiatrických poruch podle DSM-IV u adolescentů a mladých dospělých (15-21 let). Výzkum zahrnoval tři skupiny: (1) klinickou skupinu extrémně obézních adolescentů a mladých dospělých (dlouhodobě se léčících v obezitologickém centru, N=47), (2) reprezentativní vzorek obézních jedinců z normální populace (3) a reprezentativní kontrolní skupinu.

Výzkum detekoval vysokou prevalenci poruch nálady, úzkostných poruch, somatoformních poruch a PPP v klinickém vzorku obézních adolescentů, což přesahovalo míru pozorovanou v kontrolní skupině. Neklinická skupina obézních a kontrolní skupina se od sebe ovšem nelišily.

V klinické populaci obézních nezískalo pouze 30% pacientů žádnou psychiatrickou diagnózu. 26% získalo jednu, 11% dvě a 30% tři a více diagnóz. Přes 40% adolescentům byla diagnostikována porucha nálady, 40% porucha úzkostná (nejčastěji sociální fobie, zhruba polovina pacientů ji udávala jako způsobenou obezitou), přičemž u 30% pacientů byly diagnostikovány obě poruchy. 15% vykazovalo diagnózu somatoformní poruchy, a to již po tom, co byli ponecháni v této diagnostické skupině pouze ti jedinci, jejichž tělesné obtíže se nemohly vztahovat k jejich obezitě. 11% pacientů splňovalo kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu, z nichž všechny byly ženy (tj. 17% žen).

[28] Některé z těchto oblastí zkoumání byly již zmíněny výše, viz kapitola 6.1-6.3.

Jelikož BMI klinické skupiny (průměr 42,4) bylo výrazně vyšší než obézní neklinické skupiny (průměr 29,8), není podle autorů jasné, zda připsat vysokou míru psychopatologie v této skupině extrémní obezitě nebo tomu, že tito jedinci vyhledávají léčbu.

### 6.4.2 Obezita a deprese

Podobné spory jako o míru psychopatologie u obézní populace se vedou i ohledně jednotlivých duševních poruch, včetně deprese.

V posledních desetiletích byla deprese u obézních považována především za důsledek obezity (např. Perri et al., 1992 in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003). Také Hainer et al. (1997) uvádí, že diskriminace a ztížené společenské uplatnění obézních se nemalou měrou podílejí na častém výskytu depresí a úzkostí.

Nicméně v DSM kritériích deprese je uváděna jako jedna z položek změna chuti k jídlu, což ukazuje na to, že zvýšený (či snížený) apetit je považován širokou psychologickou obcí za indikátor depresivních poruch. S tímto vlivem negativních emocí na příjem potravy též pracuje výše zmíněná teorie emocionálního jedení u obézní populace.

Co se týká výskytu depresivity či depresivních symptomů u obézní populace dětí a adolescentů, bylo provedeno několik výzkumů u klinické populace potvrzující vyšší výskyt depresivní problematiky (např. Wallace, Sheslow, Hassink, 1993 in Britz et al., 2000). V obecné populaci obézních dětí a dospívajících je však dosahováno rozporných výsledků (např. Wadden, 1989 in Britz et al., 2000 versus Sjöberg, Nilsson a Leppert, 2005).

### 6.4.3 Obezita a poruchy chování

Kromě metodologicky sporných výzkumů (např. Banis et al., 1988 in Lunmeng et al., 2003) lze zmínit výzkum Lumeng et al. (2003), kteří pro svůj výzkum využily národně reprezentativního vzorku dětí ve věku 8-11 let, u nichž zjišťovaly přítomnost souběžné či budoucí nadváhy a klinicky významných poruch chování. Výsledky studie potvrdily vztah mezi klinicky významnými behaviorálními problémy (jak internalizující tak externalizující druh) a současnou nadváhou. Byla potvrzena i hypotéza o vztahu mezi problémy v chování a tendencí dosáhnout o dva roky později nadváhy u dětí, jež byly dříve normální váhy. Podle autorů výsledky výzkumu poukazují na přítomnost v pozadí ležících psychických problémů obézních dětí a na to, že vyšší prevalence problémů v chování u obézních dětí nemůže být jen důsledkem stigmatizace spojené s obezitou.

### 6.4.4 Obezita a inteligence

Hainer et al. (2004) uvádí, že mentální kapacita, měřená inteligenčními testy, nevykazuje statisticky významné rozdíly mezi dětmi s nižšími stupni obezity a normálně vážícími. U

morbidně obézních dětí se ale potvrzuje významně nižší názorové IQ ve Wechslerově inteligenčním testu. Podobné výsledky udává i výzkum Li X (1995), který nalezl ve Wechslerově testu inteligence u dětí s těžkou obezitou signifikantně nižší performační IQ skór než u kontrolní skupiny, zatímco u dětí s mírnějšími stupni obezity tento rozdíl pozorován nebyl.

Bruch (1973) v této souvislosti odkazuje na výzkum a své klinické zkušenosti, které naznačují výrazný rozdíl mezi výkonem v performační a verbální části inteligenčních testů u obézních dětí s emocionálními a osobnostními problémy, kde děti vykazují podprůměrné výsledky v performační části testu, zatímco ve verbální bývají nadprůměrné.

U nás je známý výzkum Lisé, Kňourkové a Drozdové (1990) věnující se dětské obézní populaci, kde byla nalezena průměrná inteligence v názorovém testu inteligence. Obézní děti nicméně vykazovaly o něco nižší IQ v Jiráskově testu Obecné informovanosti, tedy ve verbální složce inteligence, která je v tomto pojetí výrazněji ovlivněna učením.[29]

### 6.4.5 Další rysy a poruchy spojené s obezitou

Výzkumníci se u obézních jedinců zabývali i dalšími psychickými poruchami, emocionálními problémy či osobnostními rysy. Vzhledem k rozsahu naší práce je není možné všechny podrobně rozebrat.

Poměrně rozsáhlé výzkumné úsilí bylo věnováno oblasti body image u obézních subjektů, avšak jejich výsledky vyvolávají řadu diskusí (Myles, David, 1996). Zkoumán byl též vztah obezity a sebevědomí (viz kapitola 4). Někteří autoři také poukazují na zvýšený výskyt ADHD syndromu u obézních dětí (Agranat-Meged, 2005).

Zmínit je možné též výzkum Hwanga et al. (2006), kteří zjistili u dětí s nadváhou vyšší skóry ve škálách sociálních problémů, delikventních problémů a celkově vyšší skór problémů. Tyto děti také vykazovaly menší vytrvalost a vyšší tendenci vyhledávat nové podněty.

Výzkum Li X (1995) využívající Eysenckova dotazníku prokázal vyšší skóry na škále psychoticismu, ale pouze u dětí se závažnou obezitou. Výzkum Lisé, Kňourkové a Drozdové (1990) nalezl v témže dotazníku u dětí zvýšené hodnoty neurotičnosti.

[29] Do výzkumu byly zařazeny i obézní děti navštěvující zvláštní školu

# 7. Metodologické problémy psychologického zkoumání obezity a specifika obézních subpopulací

Jak je zřejmé z předchozích kapitol, psychologický výzkum u obézní populace se potýká s řadou metodologických problémů a výtek. Mezi nejzávažnější a nejvíce diskutované patří dnes již všeobecně zdůrazňovaná hypotéza heterogenity obézní populace. Vzhledem k statusu obézních jedinců v naší společnosti se vede také mnoho diskusí ohledně kauzality obezity a nalezených psychologických charakteristik a emocionálních problémů. Kromě toho a v souvislosti s rozpornými výsledky výzkumů je možné také diskutovat adekvátnost použitých metod jak při výzkumu obezity, tak ve výzkumu obecně.

## 7.1 Heterogenita obézní populace

Z řady uskutečněných výzkumů se jeví, že obézní jedinci nepředstavují homogenní populaci, pro kterou by byla platná jedna teorie či u které by byl přítomen jeden všeobecný vzorec chování či nějaká univerzální osobnostní charakteristika či sklon. Např. Hainer et al. (2004) udávají, že většina teorií potvrzuje, že se nedá prokázat specifická (typická) osobnostní struktura obézních, že obézní netvoří osobnostně homogenní skupinu, což podporuje multifaktoriální výklad obezity.

V souvislosti s tím někteří autoři důrazně poukazují na nutnost rozlišovat mezi subpopulacemi obézních či na to, že výsledky výzkumů mohou být zobecněny jen na ten typ populace, na které byly prováděny.

Zdá se, že výzkum beroucí v úvahu heterogenitu obézní populace představuje jednu ze zajímavých cest k porozumění obezitě a mohl by poskytnout důležitá vodítka pro individualizaci léčby této chronické nemoci. Ukazuje se též, že pokud chceme popsat celou obézní populaci, mohou se v předchozích kapitolách zmíněné teorie přes vzájemný odpor nakonec doplňovat a pomáhat tak pochopit konkrétního jedince trpícího obezitou.

### 7.1.1 Klinická versus neklinická populace obézních

Řada studií zjistila, že obézní jedinci hledající dietní léčbu mají častěji či ve větší míře emocionální poruchy než obézní jedinci léčbu nevyhledávající, přičemž posledně zmínění vykazují ve výzkumech mnohdy stejné množství poruch jako neobézní kontrolní populace. U klinické populace se objevuje více symptomů HPO, více deprese, více obsesivně-kompulzivních tendencí, tito jedinci bývali častěji sexuálně zneužíváni apod. (Myles, David, 1996).

### 7.1.2 Obézní s BED versus obézní bez BED

Ve výskytu rozličných psychiatrických poruch se liší též obézní jedinci trpící záchvatovitým přejídáním oproti obézním jedincům nevykazujícím závažné narušení jídelního chování. U jedinců s BED se častěji objevuje deprese, úzkost, somatizace, zvýšená interpersonální senzitivita, HPO, závislost na alkoholu, obsesivně-kompulzivní porucha aj. (Krch et al., 2005; Myles, David, 1996).

### 7.1.3 Pohlaví

Řada výzkumníků poukazuje na odlišný výskyt poruch a osobnostních charakteristik obézních v závislosti na pohlaví. Např. ženy se s rostoucí hmotností projevují úzkostněji a depresivněji než muži, kteří vykazují sníženou sebekontrolu a zvýšenou impulzivitu (Hainer et al., 2004).

### 7.1.4 Závažnost obezity

Někteří autoři se též domnívají, že čím závažnější je obezita, tím častěji či ve větší míře se můžeme setkat s emocionálními problémy (např. Bruch, 1973). Tato souvislost se zdá logická i v tom smyslu, že u závažnější obezity lze očekávat častěji větší podíl jiných než genetických a biologických faktorů.

Hainer et al. (2004) udávají, že morbidně obézní vykazují v řadě sledovaných psychologických charakteristikách výraznější odchylky, jsou na tom z hlediska psychických komplikací mnohem hůře než lidé s nižšími stupni obezity a s nadváhou. Podobných výsledků bylo dosaženo i u dětí (např. Li X, 1995).

Nicméně výsledky další studie (Telch, Agras, 1994 in Myles, David, 1996), která se pokusila oddělit vliv BMI a záchvatovitého přejídání, naznačují, že zvýšená psychopatologie je spojená spíše s excesivním záchvatovitým přejídáním, a ne s excesivní tělesnou váhou. Tyto nálezy ovšem očekávají replikaci.

### 7.1.5 Věk nástupu obezity

Někteří autoři se snažili též zjistit, zda míra psychopatologických symptomů nesouvisí s věkem nástupu obezity.

Mills a Andrianopoulos (1995) ve svém výzkumu dospělých obézních jedinců ukázali, že nástup obezity v dětství je spojený s vyšší mírou psychiatrických symptomů a distresu v dospělosti oproti pozdějšímu nástupu obezity. Věk nástupu obezity koreloval především s interpersonální senzitivitou a škálou psychoticismu. Jedinci s nástupem obezity v dětství též vykazovali též vyšší vulnerabilitu ke kritice, vykazovali vyšší potřebu sociálního přijetí a

výraznější psychotické symptomy. Tento nález podporuje hypotézu, že dětská obezita je spojená s vyšší mírou vnitřních konfliktů a symptomatologie, která se postupně zhoršuje a později se manifestuje jako psychopatologie v dospělosti. Přítomnost dětské obezity by mohla podle autorů sloužit jako prediktivní proměnná následných psychologických poruch u obézní populace.

### 7.1.6 Další členění obézní populace založené na psychologických charakteristikách

Jiní autoři se vyšli spíše z rozdílných psychologických charakteristik obézní populace a na jejich základě se pokouší tuto populaci diferencovat.

Např. ve výzkumu Elfhag, Carlsson a Rössnera (2003) byly a priori konceptuálně vytvořeny dvě podskupiny, a to podskupina s emocionálními obtížemi a tendencí k depresi a podskupina s potížemi v copingu. Pacienti byli zařazeni podle výsledků v Rorschachově testu (Comprehensive system) do daných skupin. Ti, co nespadali ani do jedné, či naopak spadali do obou skupin, byli vyřazeni.

Demografické a behaviorální data u skupiny s emocionálními a kognitivními projevy deprese odhalily, že tito jedinci častěji dosahují střední a vyšší vzdělání, jedí pravidelně, vyskytuje se u nich častěji záchvatovité přejídání a periodické změny v příjmu potravy během roku. Také častěji než druhá skupina prožívají velikost těla jako mající psychologický význam. V první skupině tak podle autorů vystupuje komplexnější psychologický vzorec, kde jsou jídlo a emoce úzce propojeny. Pro takové pacienty by mohla být vhodnější např. psychoterapie zaměřená na vhled.

Skupina s potížemi v copingu by mohla mít spíš problémy jiné než emocionální týkající se jídla a jedení, takové jako je nalezení struktury v jídelní oblasti a uskutečnění změn v životním stylu a zvycích. Tato skupina vykazovala spíše nižší socio-ekonomickou pozici a vyskytovaly se u ní nepravidelné a chaotické jídelní vzorce. V této skupině by léčba mohla být zaměřená na spíše modifikaci chování. Zahrnovala by učení se vhodnějším zvykům, trénink zaměřený na uskutečňování změn v každodenním životě, stejně jako na podporu schopnosti těmto cílům dostát.

## 7.2 Kauzalita

Mnoho sporů se též vede ohledně kauzálního vztahu mezi obezitou a zvýšenou psychopatologií. Měly by být psychické problémy považovány spíš za následek nebo za příčinu obezity?

Některé výzkumy se pokoušely odpovědět na otázku, zda určité psychické problémy mohou predikovat vývoj obezity v budoucnosti. Např. ve výzkumu Frenche et al. (1996 in Britz et al., 2000) se zjistilo, že nízká sebeúcta nepredikuje vývoj obezity, což by mohlo naznačovat, že

snížené sebevědomí obézních by mohlo být spíše důsledkem než příčinou obezity. I další studie naznačují podobné výsledky v souvislosti s jinými psychickými proměnnými, např. s již zmíněnou depresí (Roberts et al., 2003).

Jiné studie poukazují na opačný vztah, jako např. výzkum Lumeng et al. (2003, viz výše). Podobných výsledků dosáhla též 10-letá longitudinální studie, která zjistila, že děti, které byly rodiči zanedbávány, měly 10krát větší pravděpodobnost stát se obézními v rané dospělosti než děti, které zanedbávány nebyly (Lisau, Sorensen, 1994 in Myles, David, 1996).

Zajímavá je z tohoto hlediska také prospektivní studie (od dětství do dospělosti) Anderson et al. (2006), kde se prokázalo, že výskyt úzkostné poruchy nebo deprese zvyšuje u dětí ženského pohlaví pravděpodobnost přibrání na váze. Podobných výsledků dosáhly u žen i další longitudinální studie (Hasler, 2005; Richardson et al., 2003).

Domníváme se, že tento problém je velice obtížné výzkumně vyřešit a tato otázka tak zůstává stále otevřená. Pravděpodobně budou do jisté míry platit obě varianty. Některé aspekty psychického fungování tak budou dány spíše přístupem společnosti. V jiných oblastech by mohly být emocionální problémy skutečně příčinou vzniku obezity či by mohly udržování obezity podporovat, přičemž tyto problémy budou pravděpodobně přístupem společnosti ještě zhoršovány. Kromě toho se domníváme, že charakter kauzálního vztahu a míra vlivu těchto dvou proměnných (emocionální problémy, přístup společnosti) na obézní jedince se může lišit od jedince k jedinci.

## 7.3 Volba metod a schopnost náhledu

Někteří autoři (např. Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003) se domnívají, že jak rozpory vystávající z klinických zkušeností s obézními pacienty oproti nálezům z výzkumů, tak rozpory mezi samotnými výsledky výzkumů jsou dány volbou metod v převážné míře ve výzkumech používaných. Většina těchto výzkumů totiž využívá sebeposuzujících škál a dotazníků a je tudíž založena na do určité míry subjektivních údajích (tzv. self-reported data). Tyto metody vyžadují po respondentech jak ochotu vypovídat pravdivě, omezení tendence sociální dezirability, tak i schopnost vhledu do svého chování a prožívání.

Přitom se ukazuje, že mnoho aspektů lidského chování je nedostupných sebeposouzení (Nisbett, Wilson 1977 in Braet, Crombez, 2003). Tyto problémy jsou zdůrazňované i v oblasti obezity, kde řada autorů poukazuje na rozpory mezi tím, co obézní říkají a co dělají (Charles, 1987 in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003). Důvodem pro tuto diskrepanci může být kromě jiného i to, že psychologické důvody pro chování mohou být pro daného jedince nedostupné.

Nedostatečný náhled na vlastní chování a jeho příčiny se často odkrývá např. v průběhu kognitivně-behaviorální terapie obezity, kde je věnováno systematické úsilí rozpoznání a uvědomění si faktorů, jež ovlivňují příjem potravy. Pacient si tak např. zapisuje příjem jídla a všechny prožitky, které mu předcházely, které ho provází či následují (Málková, Krch, 2001).

Mimoto řada terapeutů a psychoanalyticky zaměřených autorů upozorňuje na skryté a nevědomé prožitky, které se odkrývají u obézních až průběhu dlouhodobé psychoterapie a jichž si tito jedinci na začátku terapie nejsou vědomi (Bruch, 1973). U obezity je problém komplikovanější o to více, že obezita může mít funkci potvrzení identity či fungovat jako ochranný val či určitý obranný mechanismus proti ohrožujícím prožitkům, prudkým impulzům, vnitřním konfliktům či vůči druhým lidem (např. Bruch, 1973; Hamburger 1951, in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003; Filasová, 2005; Pinaquy, 2002; Fuchsová, 2001 ). Některé hluboko uložené emoce a obsahy se tak někdy objeví, až když pacient začne hubnout, kdy jakoby byl tento obranný mechanismus oslaben (Marcelli, 1981 in Rousseau, 2004). Zároveň dlouhodobá terapie spojená s propracováním potlačovaných či popíraných emocí může napomoci ztrátě váhy u obézního jedince, která se předtím jevila neuskutečnitelná (Bruch, 1973).

Rovněž Toman (2003) poukazuje na značný rozpor mezi na jedné straně deklarovanou a často také upřímnou snahou zhubnout a na druhé straně přetrvávajícím sebepoškozováním, neúspěšností léčby a chronicitou této nemoci. Domnívá se, že u těch obézních pacientů, kde je tento rozpor markantní, kde nepomáhají jednoduché rady a doporučení, lze usuzovat na skrytý a často nevědomý psychodynamický mechanismus.

Na nesnáze s rozpoznáním emocionálních problémů u obézních by mohly poukazovat i výzkumy podávající zprávu o tom, že popření je (spolu s potlačením) jedním z hlavních obranných mechanismů obézních jedinců (Mattlar, Salminen, Alanen, 1989 in Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003).

Vědomí omezenosti náhledu na vlastní prožívání a chování a riziko zkreslení získaných informací (a to nejen u obézních jedinců) tak vede některé autory k tomu, že upouští od sebeposuzujících metod a využívají experimenty, testy a v neposlední řadě také projektivní metody.

### 7.3.1 Výzkumy využívající projektivních metod

Z projektivních metod je u obézních osob často zmiňován především užití Roschachův test[30]. Na tomto místě by tak bylo možné konfrontovat nálezy výzkumů využívajících neprojektivních metod s metodami projektivními. Vzhledem k rozsahu této práce a k obtížné porovnatelnosti výzkumů však pouze odkazujeme na výše či níže zmíněné výzkumy[31].

Dovolíme si zde prezentovat pouze jeden z řady výzkumů, který má z našeho hlediska tu výhodu, že v jeho rámci bylo použito jak projektivní tak neprojektivní metody. I když se tento výzkum nezaměřuje primárně na osobnost obézních, ale spíše na vliv držení diety na psychiku obézního a na predikci udržení váhy z osobnostních a emocionálních projevů, jeho závěry se nám jeví jako přínosné z hlediska problematiky volby metod.

[30] Přehled o jeho výzkumném využití při zkoumání obezity podává Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003.
[31] viz např. v kapitola 6.1.4, kapitola 8.4.1 aj.

V rámci tohoto výzkumu (Pinaquy, 2002) byly opakovaně vyšetřovány obézní osoby účastnící se programu pro ztrátu váhy, a to jak dotazníkovou metodou, tak Rorschachovým testem. Většina žen zhubla během programu zhruba o 10% jejich váhy, ale většina z nich také o rok později dosahovala opět stejné váhy. Zatímco v dotazníkových metodách obézní jedinci vykazovali v průběhu dietního programu silnou psychologickou toleranci a netrpěli úzkostí ani depresí, v Rorschachově metodě se objevily určité alarmující zprávy. Dieta svou asketickou povahou vyústila do „psychologického asketismu", což se projevilo v procesu „anti-symbolizace" a „zmrazení" afektů, s popřením všech negativních emocí. Tyto procesy ústily až do popření těla a reality.

Zatímco dotazníky neposkytly žádná vodítka k predikci udržení váhy rok po ukončení programu, indikátory Rorschachova testu toho byly schopny – např. ženy, které nevykazovaly v tomto testu popření frustrující reality si udržely váhu s větší pravděpodobností.

### 7.3.2 Shrnutí problematiky volby metod

Na základě studia výše uvedené literatury se domníváme, že Rorschachův test má potenciál poskytnout podnětné a důležité informace, které pomáhají dokreslit či konfrontovat obraz obézních pacientů získaný z metod sebeposuzujících. Zároveň se domníváme, že inspirativních nálezů by mohlo být dosaženo i s použitím dalších projektivních metod.

Vzhledem k tomu, že projektivní metody představují specifickou kategorii psychodiagnostických nástrojů, a z toho důvodu, že jsme si pro svůj výzkum zvolili z výše zmíněných důvodů projektivní metodu, konkrétně Test stromu, budou této problematice věnovány samostatné kapitoly.

# 8. Projekce a projektivní metody

## 8.1 Projekce a její druhy

Nakonečný (1997, s.229) definuje projekci jako „promítání psychických obsahů, např. úmyslů, pocitů atd. do jiných osob či sociálních dějů, přičemž tento proces je uvolňovaný tzv. málo strukturovanými situacemi, tj. situacemi bez určitého jednoznačného významu a vystupující také jako druh obrany ega".

Samotný termín projekce pochází z psychoanalýzy. Poprvé ho použil Freud v roce 1894 (Morávek, 1991), postupně v jeho chápání projekce docházelo k určitému posunu (Freud, 1991). V souvislostí s nejasnostmi v terminologii Šípek (2000) navrhuje považovat za projekci v užším slova smyslu více nebo méně vědomé modifikování procesu vnímání (v klasické podobě odštěpení nebo v jiné podobě úpravy vnímaných jevů). V širším slova smyslu lze pojímat mechanismus projekce jako vyskytující se v každém lidském poznání. Objevuje se též řada kategorizací projekcí.

Např. Murstein a Preyer (1953, in Morávek, 1991) rozlišují čtyři druhy projekce:

- Klasická projekce - jako obranný mechanismus, jehož funkcí je zbavit se ohrožujících obsahů podvědomí a prožívání úzkosti. Nežádoucí vlastnosti jsou u tohoto druhu projekce percipovány pouze v okolí, nikoliv u sebe samého
- Atributivní projekce - spočívající v připisování vlastních motivů, citů a chování druhým lidem, přičemž nemusí jít nutně o obranu, může se jednat i o pozitivní charakteristiky
- Autistická projekce – spjata s uspokojením či neuspokojením potřeb, které ovlivňují naše vnímání, tedy jev, že narušení vnitřního stavu způsobuje deformované vnímání vnější skutečnosti
- Racionalizující projekce – daný jedince si uvědomuje své chování a snaží se je ospravedlnit přijatelnými důvody, které spočívají v tom, že např. připisuje stejné či podobné vlastnosti i jiným lidem

U projektivních metod se předpokládá největší uplatnění klasického a atributivního typu projekce.

## 8.2 Projektivní metody

Projektivními metody se od psychometrického přístupu liší jak jiným charakterem podnětového materiálu a odlišnou administrací, tak i jiným způsobem vyhodnocení.

Předpokladem projektivní diagnostiky je, že do nejasných či mnohoznačných podnětových stimulů, které projekci sami provokují (Nakonečný, 1997), dotyčný promítá své vědomé i

nevědomé potřeby, přání, zájmy, motivace, osobní významy, způsoby reagování, a díky tomu je možné odhalovat vnitřní dynamiku jeho osobnosti (Michal, 2002).

Přestože projektivní techniky byly pro psychologii objeveny již dříve, samotný pojem projekční metody pochází od Franka z roku 1939, který ji definoval jako metodu výzkumu osobnosti konfrontující zkoumaného jedince s nějakou určitou situací, na kterou bude odpovídat podle smyslu, který tato situace pro něj má, a podle toho, co cítí během této odpovědi. Základ projektivní techniky je podle Franka v tom, že u zkoumané osoby vyvolá různé reakce, kterými tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Projektivní metody tak umožňují odhalit způsob, jímž jedinec organizuje své zkušenosti (Morávek, 1991). Podle Urbana (1972-73, in Šípek, 2000) projektivní hypotéza počítá s tím, že reakce subjektu je idiomatická, tj. odpovídá osobnosti vyšetřovaného.

Projektivní metody představují pro diagnostiku a poznání osobnosti velký přínos, který spočívá v holistickém pohledu na člověka, v možnosti poznat jedince v celé jeho celistvosti, dynamice a jedinečnosti, tedy i včetně jeho odporujících si tendencí a konfliktů, v možnosti rozkrýt i ty aspekty motivace a osobnosti jež jsou nevědomé, latentní či nezapadají do sebepojetí.

Projektivní metody také obvykle nechávají jedinci velkou volnost v reagování na test, a umožňují tak měřit vysoký počet proměnných a jejich vzájemné vztahy. Jsou schopny vyvolat odklon od každodenního chování a navyklých odpovědí (Linsdzey, 1961 in Lexová, 2004). Důležité informace mohou být získány nejen z výsledků testu, ale i ze samotného řešení problémů. Výhodu představuje i to, že si subjekt neuvědomuje, jakým způsobem budou jeho odpovědi hodnoceny (Morávek, 1991).

Anastaziová pokládá projektivní metody za efektivní prostředek, který pomáhá prolomit ledy v počátečním kontaktu s psychologem. Předností je také to, že každá odpověď je považována za správnou, proto mizí rozpaky a obranné mechanismy, odpovědi jsou méně ovlivněné snahou jevit se v lepším světle (1976 in Stančák, 1982).

Podle Klopfera a Taubeeho (1976) projektivní metody mohou také pomoci porozumět poselstvím z nevědomí, objevit skryté zdroje a možnosti.

Kromě diagnostiky mohou být projektivní metody využívány s jistou dávkou citlivosti i v terapeutické oblasti Např. Waishol udává, že projektivní techniky mohou fungovat jako podpora krátkodobé terapie (1995, in Šípek, 2000). O projektivních technikách jako o psychoterapeutickém nástroji u dětí se zmiňuje též mimo jiné Oaklander (2003).

Mnohé výhody projektivních metod jsou ovšem na druhé straně problematizovány určitými nevýhodami či riziky tohoto typu metod.

Např. Stančák (1982) uvádí, že z přehledu teoretických prací o projektivních metodách vyplývá, že neustále přetrvávají nedostatky z hlediska jejich teoretických východisek,

standardizace, administrace, způsobu skórování, adekvátnosti norem, reliability a validity. Švancara et al. (1980) uvádí mezi nevýhodami projektivních metod časovou náročnost interpretace a nutnost rozsáhlé teoretické přípravy psychologa a velké zkušenosti s používáním metodiky.

Michal (2002) konstatuje, že projektivní techniky bývají v anglosaské literatuře nazývány procedurami širokopásmového přenosu, neboť zajišťují široké spektrum dat na úkor poměrně nízké přesnosti a validity. Upozorňuje, že projekce je dvojsečná, neboť jí podléhá i examinátor, který interpretuje klientovi interpretace. Kromě toho ovlivňuje testovou situaci také chování psychologa. Z toho důvodu je také nezbytné navázání akceptující, vřelé vazby já-ty.

Urban k tomuto tématu uvádí, že získané výsledky jsou ovlivněny zkušenostmi a dovednostmi examinátora a že většina projektivních metod nedává automaticky dostatečné interpretační závěry, při vyhodnocování se tak vždy uplatní úsudek examinátora. Upozorňuje také na to, že výsledky testu nejsou funkcí jen osobnosti subjektu, ale i testu samotného, který disponuje určitými stimulačními charakteristikami. Jednotlivé projektivní techniky se také liší v projektivitě (schopnosti vyvolávat projektivní produkce u probandů) a jedinci se zase liší ve schopnosti projikovat do testové situace (1972-73 in Šípek, 2000).

Podle Stančáka (1982) k nedostatkům můžeme počítat i terminologickou nejednotnost a často i nejasnost užívaných pojmů.

V oblasti reliability a validity projektivních technik jejich hodnocení zůstává stále rozporné. V souvislosti s prokazováním reliability projektivních metod se podle Morávka (1991) zákonitě setkáváme s mnoha nesnadno překonatelnými překážkami - nelze zde např. aplikovat stejné statistické postupy jako u testů schopností, je obtížné vytvořit paralelní verze testů, retestování je těžko aplikovatelné. I přesto byla podle něj u většiny základních projektivních testů reliabilita prokázána.

Morávek (1991) též uvádí, že prokazování validity činí ještě větší problémy. Ty tkví v několika příčinách:

- v molární povaze testů (zaměření na celek osobnosti),
- v obtížném vymezení vnějšího kritéria
- v zaměření projektivních metod na skryté a symbolické úrovně osobnosti.

Švancara et al. (1980) k otázce validity projektivních testů uvádí, že je otázkou, nakolik jsou standardizační procedury vypracované při testování schopností metodologicky adekvátní k zjišťování stability, konsistence a validity projektivních technik. Rozepisuje o obtížích s určením vhodného kritéria.

Celkově lze spolu s Morávkem (1991) říci, že validita projektivních metod nebyla vyvrácena. Všechny projektivní metody nelze považovat za stejně validní a stejně tak se validitou odlišují i jednotlivé interpretační hypotézy v rámci jedné metody.

Ze zmíněných nevýhod plyne též problematické uplatnění těchto metod ve výzkumu. S vědomím mnohých přínosů i nedostatků projektivních metod se řada autorů shoduje na tom, že projektivní metody by měly být při diagnostice doplňovány dalšími neprojektivními

metodami. Např. Švancara et al. doporučují pokládat výsledky projektivního testu za pracovní hypothesy a doporučuje je ověřovat jinými metodami. Zmiňují též, že na nedokonalosti projektivních metod se podílí i vysoká komplikovanost samotného předmětu zkoumání, tedy člověka a jeho psychiky. Tuto část bychom si přesto dovolili spolu s nimi uzavřít slovy: „i nedokonalé plavidlo a neúplné navigace objevují v nezmapovaných oblastech nové pevniny." (Švancara et al., 1980, s.105).

## 8.3 Specifika projektivních metod u dětí

Použití projektivních metod v dětském věku má svá specifika, která se liší od jejich aplikace v diagnostice dospělých. Koluchová a Morávek (1991 in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) uvádí, že řada těchto technik má stejný podnětový materiál i interpretační postupy jak pro dospělé tak pro děti, je však třeba brát v potaz zvláštnosti projektivního zkoumání dětských klientů:

1. Dětské Já se teprve vyvíjí, struktura a rysy osobnosti jsou ještě poměrně nestabilní. Při interpretaci je obtížné odlišit vývojové faktory od osobnostní dynamiky, nezralost od patologické úchylky.
2. Hranice mezi vědomými a nevědomými procesy má u dětí jiný charakter než u dospělých
3. Dítě je více než dospělý citlivé při vytváření projektivních odpovědí na prostředí, na interakci s vyšetřujícím, na průběh a délku sezení.
4. Mladší dítě neprožívá vnitřní konflikty stejně jako dospělý. V rozhovoru poskytne řadu údajů přímo, bez použití projekce.
5. Děti interpretují podněty z projektivních technik ve shodě se svojí úrovní vývoje. To platí zejména pro děti předškolního věku.
6. Jednotlivé testy se od sebe liší schopností vyvolávat projektivní reakce, liší se však i jednotlivé děti ve schopnosti projekce do testových materiálů.

Dle Švancary et al. (1980) má užití projektivních technik v dětské klinické praxi následující výhody:

- Dítě většinou vnímá projektivní zkoušku jako hru, její účel si neuvědomuje
- Projektivní test usnadňuje vyjádření i těch aspektů, jež dítě samo nedokáže vyjádřit přímo
- Je omezena tendence sdělovat to, co si dítě myslí, že se od něj očekává
- Projevuje se zde i nevědomá složka osobnosti (díky částečné dezinhibici obranných mechanismů)
- Vytvoření příznivého kooperativního raportu, provokace dětské tvořivosti a imaginace

Švancara et al. (1980) uvádí, že projektivní techniky jsou v dětské psychologické praxi velmi podnětným a těžko nahraditelným nástrojem. Slouží především jako cenný zdroj diagnostických podnětů pro neprojektivní metody a jako pramen informací k dokreslení diagnostického obrazu, napomáhají citlivějšímu porozumění vnitřnímu světu dítěte.

## 8.4 Kresebné projektivní techniky

Kresba patří bezesporu k nejstarším a nejpůvodnějším vyjadřovacím prostředkům lidstva. Zobrazuje část vědomých i nevědomých rysů osobnosti, je blíže jednání než mluvené slovo.

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, (2001) uvádí, že v kresbě se odrážejí různé psychické i jiné procesy jako je např. kognitivní přístup ke ztvárnění tématu, celková úroveň jemné motoriky a senzomotorické koordinace, schopnost vizuální percepce. Lze z ní vysledovat též typ temperamentu a způsob emočního prožívání, úroveň citové reaktivity, resp. aktuální emoční ladění. Z tématické kresby lze vypozorovat i způsob nazírání a postoj k určité skutečnosti, např. rodinným vztahům či sebepojetí.

To je také důvodem, proč jsou kresebné testy (a to nejen projektivní) velmi oblíbené a široce využívané. Kromě toho kreslení umožňuje motorické, resp. celkové uvolnění, pomáhá snížit napětí, nejistotu a nedůvěru, která by mohla při vyšetření komplikovat spolupráci (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Kreslení umožňuje dětem vylíčit jejich prožitek tak, jak jim to vyhovuje, traumatizovaným dětem pomáhá odehrát to, co prožily (Peterson, Hardin, 2002). Autoři uvádí, že kresba pomáhá dětem trauma nově pochopit a nahlédnout je z jiné perspektivy. Podle nich též kresba pomáhá uvolnit napětí, neboť mentální energie dítěte je přesměrována od zvládání siných emocí k soustředění na jejich výtvarné vyjádření.

Lev-Wiesel a Herskovitz (2000) odkazují na to, že systematická analýza kreseb může podle některých autorů pomoci porozumět poselstvím z nevědomí. Analytické interpretace odhalují jak slabosti, strach, negativní rysy, tak i silné stránky osobnosti, a její potenciály a úspěchy.

Dalším důvodem pro rozšířenost kresebných technik i jejich snadná administrace, časová nenáročnost a u dětí i převažující ochota kreslit. Takového testu je tedy možné použít i v úvodu vyšetření při navazování kontaktu s dítětem (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Od období puberty ovšem už většina osob, kromě výtvarně nadaných jedinců, nekreslí, a kresba se tak pro ně stává úkolem spíše nezvyklým. Díky tomu, že jedinci mohou pociťovat neschopnost kontrolovat obsah výpovědi o sobě, její zadání může způsobovat i pocity nejistoty či ohrožení (Lexová, 2004). V období dospívání a v dospělosti tak ochotu či odpor kreslit nelze zobecnit na celou populaci daného věku. Psycholog vědomý si tohoto faktu tak může uzpůsobit výběr projektivních metod.

S. Landisberg (1953) na základě srovnání kresby a Rorschachova testu udává, že jednotlivé testy se ukazují jako různě vhodné u různých jedinců. Kresebná technika je např. vhodná pro jedince, kteří se stávají extrémně úzkostní a ohrožení, když jsou konfrontování s nejasnými typy podnětů, či kteří mají obtíže s verbalizací a jimž kresba umožňuje jasné a plné vyjádření.

Šturma a Vágnerová (1982) uvádí, že kresba je výpovědí o dítěti na třech různých rovinách:

1. Odráží úroveň dílčích schopností (např. zrakového vnímání, představivosti, senzomotorické koordinace atd.).

2. Reflektuje dosaženou úroveň vývoje rozumových schopností.
3. V kresbě se promítají některé osobnostní charakteristiky (projektivní rovina).

„Při projektivním hodnocení je jednou z podmínek volného uplatnění principu projekce ne-li zcela přiměřený, tedy alespoň výrazněji nenarušený vývoj percepčně motorický a intelektový."(Šturma, Vágnerová, 1982, s.8). U dětí, které tuto podmínku nesplňují, je třeba při projektivní interpretaci postupovat velmi opatrně.

Spektrum kresebných projektivních metod u dětí a dospívajících je velmi široké, je používána volná i tématická kresba. Některé z tématických kreseb jsou zaměřené na osobnost dítěte či diagnostiku psychických poruch, jiné spíše na jeho rodinné prostředí, mnoho z nich má ale i další diagnostické aplikace (např. měření vývojové úrovně či inteligence, kreativity, tělesného schématu). Patří sem mimo jiné Test kresby lidské postavy, Test stromu, House-Tree-Person[32], Warteggův kresebný test, Test hvězd a vln, či Blochův test MDZT a Kreatos, z rodinně zaměřených pak Kresba rodiny a Kresba začarované rodiny či Test tří stromů.

Validita kresebných projektivních metod se ovšem jeví v mnohých případech spornou. Hodně pozornosti bylo věnováno především projektivnímu Testu kresby lidské postavy od Machoverové, jehož validita nebyla nikdy potvrzena, jak uvádí např. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) se zmínkami o rozporných výsledcích v různých studiích. Na druhou stranu byly ovšem v řadě výzkumných studiích nalezeny určité znaky typické pro různé diagnostické skupiny s odlišnostmi oproti normální populaci (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Černá, 2005). Tento způsob posouzení validity pomocí srovnávání výsledků v různých skupinách pacientů je hojně využíván i u dalších kresebných projektivních technik.

### 8.4.1 Test kresby lidské postavy a obezita

Kresbě lidské postavy u obézních jedinců bylo věnováno poměrně rozsáhlé výzkumné úsilí. Jako příklad můžeme uvést výzkum Nathana (1973 in Polivy, Herman, Pliner, 1990), který identifikoval v kresbách obézních dětí (7,10,13 let) klinické populace méně detailů a neadekvátní či nezralé postavy. Nathan si ovšem též povšiml, že kresby obézních dětí, jež nevyhledaly odbornou péči, měly vysokou úroveň.

Zajímavý je pro nás výzkum Gottesfelda (1962 in Polivy, Herman, Pliner, 1990), který objevil v kresbách obézních dospělých chybějící části těla či nižší stupeň diferenciace tělesných rysů. Nálezy podle něj indikují negativní postoj obézních k vlastnímu tělu. Tyto výsledky byly ovšem v rozporu s nálezy dotazníku zjišťujícího postoje vůči vlastní osobě, kde se obézní jedinci hodnotili např. jako stejně „pohlední" jako kontrolní skupina. Tento fenomén byl interpretován jako obranné popření ze strany obézních, kteří byli méně schopni skrýt své vnímání sebe sama v projektivním testu.

[32] Dále uvádíme pod zkratkou H-T-P.

# 9. Test stromu

V Testu stromu se daným neurčitým a mnohoznačným podnětem, tak typickým pro projektivní metody, stává úkol nakreslit libovolný strom. Otevírá se tak prostor přirozenému sklonu našeho nevědomí směřovat k aktuálním vnitřním konfliktům a potlačeným psychickým obsahům. Dominantní obsahy vědomí i nevědomí se pak projevují v kresbě v symbolické podobě.

Kromě toho lze za projektivní považovat i celkový způsob, jakým osoba strukturuje danou situaci. I to vypovídá o základních aspektech jejího fungování a způsobech prožívání, o formách její adaptace a významech, jež přikládá událostem ve svém životě. Na kresbu stromu lze pohlížet i jako na záznam chování, které lze pak hodnotit a interpretovat (Altman, 2002).

Kresba stromu nebyla k testování osobnosti vybrána nahodile. Strom má bohatou symbolickou hodnotu. Jak můžeme pozorovat v řadě mýtů, pohádek či lidových zvycích, úslovích a přirovnáních, vlastnosti stromů vyvolávají řady asociací, které mají pro člověka niterný význam. Strom bývá spojován s vývojem, s procesem zrání, života a smrti, může symbolizovat mateřský aspekt, plodnost či pevnost a zakotvenost na jednom místě, dále též prosazování se ve vnějším světě. Důležitou úlohu má strom v řadě náboženství, v kosmogonických mýtech. Zajímavé je též pojetí stromu jako prostředníka mezi dole a nahoře, spojení jeho různých částí symbolizuje propojení různých úrovní bytí. U Junga je strom symbolem archetypu Já, zobrazením Já v procesu růstu, les u něj představuje nevědomí (Altman, 2002).

## 9.1 Vývoj testu, K. Koch a jeho Baumtest

Využití kresby stromu v diagnostice se zabývalo více autorů. Nejznámějším z nich je K. Koch s jeho Baum Testem, který vyšel (s podtitulem „Test kresby stromu jako psychodiagnostická pomocná metoda“) poprvé v roce 1949. Koch při interpretaci kresby navazuje na spekulativní tradici německé psychologie, patrná je též jeho inspirace grafologií, prostorovou a obsahovou symbolikou.

Základní hypotéza Testu stromu spočívá v tom, že kresba stromu je symbolickým ztvárněním sebe sama. K. Koch se domnívá, že kresbou stromu vyjadřuje jedinec svou často neuvědomovanou či nevědomou představu o sobě, o svých přednostech a nedostatcích, nadějích a obavách, a o svém postoji k vnějšímu světu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Podle Kocha tento test vypovídá o emocionální zralosti dětí i dospělých a o poruchách v emocionální a sociální oblasti a lze ho administrovat již od 6 let (1972, in Svoboda, 1999).

Při ověřování některých interpretačních kritérií pracoval K. Koch s hypnotizovanými jedinci, kterým sugeroval různé emocionální stavy i charakterologické zvláštnosti. Autor též publikoval

normalizační studii, jejíž materiál byl sesbírán na základě vyšetření téměř 3000 jedinců. Sám však statistické výsledky doporučuje interpretovat opatrně (1972 in Svoboda, 1999).

Morávek (1991) uvádí, že ne všechny Kochovy interpretace mají stejnou hodnotu. Některé byly ověřeny (např. vývoj kresby a infantilní znaky), jiné jsou v Kochově podání velmi široké a nabízejí prostor pro libovolný výklad, např. u jednoho znaku kresby je v jeho monografii uvedeno 30 možných interpretací. Tím je psycholog stavěn do málo strukturované podnětové situace a tím i před výběrovou projektivní techniku (Švancara et al., 1980).

Říčan et al. uvádí, že Kochův Test stromu vznikl ve stejné době jako Machoverové Test kresby lidské postavy, tedy v době vrcholného nadšení pro projektivní techniky kolem roku 1950 a že Kochovy interpretace mají velmi hypotetický charakter. „Jeho systém tak lze podle něj doporučit jen tomu, kdo je ochoten učit se s ním několik let pracovat" (1991, s. 213).

Švancara et al. (1980) kritizuje Kochův test pro povrchovou symboliku, ale přesto ho považuje za cennou diagnostickou pomůcku. Za cenné považuje především znaky retardovaného vývoje, resp. regrese, což je vlastně jediná skupina znaků, k níž jsou uváděny též statistické údaje pro různý věk, a které tak mohou hodně napovědět o celkovém psychickém vývoji dítěte.

Je na místě též zmínit, že v průběhu času se Test stromu dočkal několika úprav.

U nás se kresbou stromu zabývá v první řadě Z. Altman, jehož první vydání manuálu k hodnocení Testu stromu vyšlo v roce 1998. Altman při interpretaci vychází z hodnotících principů K. Kocha a U. Avé-Lallemantové, přičemž je aktualizuje a upravuje v souladu se svými bohatými empirickými zkušenostmi.

## 9.2 Výhody a nevýhody testu

Jednu z hlavních výhod Testu stromu přestavuje možnost nahlédnout dynamiku posuzované osobnosti v její celistvosti zároveň s respektováním její jedinečnosti. Na testu oceňována rovněž jeho schopnost odhalit potlačené a nevědomé stránky osobnosti, které posuzovaný jedinec často nechce nebo nedovede jinak projevit, ať už jde o pocity méněcennosti, traumata či kompenzace.

Další přednost představuje možnost dostat se mimo slovní klišé a fakt, že posuzovaná osoba nemůže kontrolovat, co o sobě kresbou vypovídá. Tím je poskytnut minimální prostor pro sebestylizaci a přetvářku.

Z praktických výhod stojí za zmínku jednoduchá administrace, časová nenáročnost a možnost opakování (Altman, 2002).

Další výhodou je podle Altmana to, že řada postřehů o posuzované osobě, získaných poměrně snadno pomocí tohoto testu, by byla jen obtížně získatelná jinými diagnostickými metodami.

Švancara et al.(1980) uvádí, že ve srovnání s kresbou postavy Test stromu často vyvolává menší rozpaky a obavy z neúspěchu, díky čemuž bývá tato kresba bezprostřednější. Doporučuje ho jako osvědčený nástroj především u prepubescentů a pubescentů.

Další charakteristiku testu - velkou míru subjektivní volnosti při výkladu testu - lze zařadit jak do předností, tak do nedostatků metody. Tato nespoutanost interpretace bez vnucování šablon a schémat umožňuje otevřený přístup plně respektující individualitu testovaného a napomáhá holistickému neredukujícímu vhledu do osobnosti. Nevýhodu, jíž s sebou zákonitě nese, představuje riziko subjektivního zkreslení, a tedy i závislost výsledků a jejich platnosti na míře diagnostických zkušeností vyhodnocovatele a na jeho schopnosti empatie.

Určité charakteristiky této metody lze s jistou mírou rezervy vyvodit i ze zkušeností s testem H-T-P.

Podle Hammera dům v testu H-T-P vzbuzuje asociace týkající se rodinného života a rodinných vztahů, strom vyvolává asociace týkající se podvědomých pocitů o sobě a své pozici v prostředí a kresba člověka se vztahuje k více vědomému sebepojetí (1978 in Morávek, 1991).

E. Hammer (2006) též uvádí, že je pro jedince snazší v inquiry připsat více konfliktní a emocionálně rušivé negativní rysy a postoje nakreslenému stromu než postavě, neboť je méně blízký vědomému sebepojetí. Hlubší a více zakázané pocity mohou být pohotověji projikovány na strom než na postavu, neboť vyvolávají méně strachu z vlastního odhalení se a menší potřebu aktivace obranných mechanismů. Jedinec tak může např. pohotověji a bezděčněji zobrazit svůj pocit emocionálního traumatu např. tím, že udělá jizvu na kmeni stromu nebo osekne větve, než by paralelní zmrzačení provedl lidské tváři, tělu či rukám.

Kresba postavy tak podle něj poskytuje více vědomý obraz self, zatímco na strom se projikují spíše nevědomé informace o self. Strom tedy poskytuje autentičtější a pravdivější autoportrét (Hammer, 1958 in Torem, 1990).

Podobný názor sdílí i Oster a Gould (1987, in Torem, Gilbertson, Light, 1990), kteří ve svém výzkumu uvedli, že bylo jednodušší připsat větší množství méně přijatelných osobnostních rysů tomuto „neživému" objektu, neboť se jevil více vzdálený od popisu sebe sama. Podobně Buck (1947 in Stora, 1987) poznamenává, že kresba stromu se zdá být nejlepším podvědomým portrétem sebe sama, subjekt k němu uvádí nejméně vědomých asociací a strom též nejméně aktivuje obranné mechanismy.

Rovněž S. Landisberg (1953) činí ze své klinické praxe zkušeností s testem H-T-P určité závěry ohledně kresby stromu a jeho výhod. Landisberg se domnívá, že strom, díky jeho relativně neosobním a vědomě neutrálním konotacím, proniká až do základních a dlouhodobých pocitů a postojů k vlastnímu já, a je tak velmi odolný vůči změně. Pokud jedinec nezažil dramatické změny v životní situaci nebo neprošel důkladnou terapií, není pravděpodobné, že nastanou nějaké podstatné změny v kresbě stromu. Podle autorky strom může odhalit latentní sklony kreslíře a skrývá potenciál poskytnout určitá prognostická vodítka. (V H-T-P testu tak může např. vysoký skór perspektivy spolu s nízkými skóry detailů

a proporcí poukazovat na latentní pozitivní zdroje, které jsou v současnosti zastíněny emocionálním otřesem.)

Z. Altman (2004) ze svých zkušeností a ze srovnání Testu stromu a postavy uvádí, že Test kresby lidské postavy se ukazuje vhodnější spíše v klinické populaci, neboť se v něm projeví jen výraznější patologie, zatímco Test stromu má schopnost postřehnout i subklinické projevy osobnosti a vlastnosti osobnosti v rámci normy. Podle něj je to dáno mimo jiné faktem, že strom je výrazně abstraktnější, člověk se ho neučí kreslit v dětství, nemá konkrétní představu, jak by měl vypadat, a stává se tak konceptem více expresivním. Kresba stromu umožňuje též velký rozmach a uvolněnější vedení čáry, z čehož se dá vypozorovat více i o relativně zdravé adaptované osobnosti v rámci normy. Naproti tomu lidské tělo je nejpreciznější představou v naší psychice, při její kresbě se uplatňuje víc hledisko toho, jak by to mělo být, vyvolává více kontroly.

Hlavní rizika metody, kromě již výše zmíněných výtek vztahujících se ke Kochově variantě Testu stromu, formuluje opět velmi výstižně Altman (2002). Hlavní problém podle něj spočívá v tom, nakolik se psychologovi podaří proniknout do symbolického jazyka kresby, aniž by do výkladu vnášel vlastní obsahy, tedy dvojprojektivnost metody. Uvádí též obtíže v rozlišení náhodně vzniklých jevů či jevů vzniklých v důsledku nedostatku kreslířských dovedností, obrany či stylizace od jevů, které lze považovat za výsledek projektivního procesu. Díky tomu se lze setkat i se zdánlivě patologickými prvky, které ovšem vznikly jen v důsledku nepovedené stylizace nebo z rozpaků z testové situace. A naopak je možné, že i výrazná patologie se v testu projeví jen velmi nenápadně a pokud se psycholog nezaměří na vyhledávání patologických znaků, může je často opominout. Altman dále upozorňuje i na již výše zmíněný jev týkající se kresebných projektivních metod jako celku, na to, že každá kresba má jinou vypovídací hodnotu a je možné setkat se i s kresbami, které neposkytují prakticky žádné informace o osobnosti jedince (např. schématické kresby, výtvarná klišé). Problematickou se tedy jeví mimo jiné otázka validity metody (viz níže).

## 9.3 Užití testu

Na obecnější úrovni je test určen k hodnocení různých složek osobnosti a jejich dynamiky (Altman, 2002). Podle Preisse (2002) je vhodný k diagnostice emocionální zralosti a struktury osobnosti.

Test stromu je využíván v oblasti psychologie práce, ve školní psychologii, ve forenzní psychologii a u soudně-znaleckých posudků. V oblasti poradenské a klinické praxe ho je možné využít při diagnostice rozličných školských či výchovných problémů a poruch chování, u duševních poruch a organických postižení (Altman, 2002; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Morávek (1991) se domnívá, že test pomáhá v klinické psychologii poskytnout hrubá data o adjustaci či maladjustaci subjektu, pro diagnostickou klasifikaci však metoda není vhodná. Podle Stančáka (1982) se ovšem osvědčil v diferenciálně-diagnostických vyšetřeních psychóz a je možné ho tak zařadit do série psychodiagnostických metod při diagnostice psychóz a organických psychosyndromů. Uvádí, že je indikovaný především v dětské psychologii, ale i v psychologii dospělých. Nicméně Altman (2002) doporučuje jeho použití jako projektivní metody až od 12 let, Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001) od věku 10 let.

Podrobnější údaje k testu poskytuje v námi dostupné literatuře pouze Altman (2002). Uvádí, že lze jeho prostřednictvím diagnostikovat některé osobnostní vlastnosti, jako jsou např. Eysenckovy faktory introverze a extroverze, stability a neurotičnosti, dále pak typické způsoby emočního prožívání (zábrany, vnitřní konflikty a tenze) a způsoby reagování, postoj ke světu i k sobě samému.

Je možné činit určité závěry i o úrovni schopností jedince, přičemž se bude jednat více o přístup a způsob řešení problémů, o kognitivní styl, než o samotnou úroveň rozumových schopností.

Většina autorů se shoduje na tom, že Test stromu není vhodné používat jako jedinou samostatnou metodu a jeho závěry je třeba vždy ověřovat. V rámci testové baterie může ovšem přinést významné rozšíření v pohledu na testovanou osobu. (Altman, 2002; Morávek, 1991; Stančák, 1982)

Podle Altmana (2002) tato metoda dobře koreluje zejména s ostatními projektivními technikami (např. Lüscherův barvový test, Test kresby lidské postavy, Test ruky, Rorschachův test). Přínosná se jeví i její kombinace s osobnostními dotazníky. Je záhodno, aby součástí vyšetření bylo i pozorování a rozhovor, v němž by se dané závěry mohly potvrdit či usměrnit. Strom může být využit i v terapeutickém rozhovoru a může umožnit snadnější přístup k aktuálním problémům a konfliktům.

Opakovaného zadání testu lze využít ke sledování vývoje osobnosti, případně úspěšnosti terapie. Může fungovat, obzvláště při skupinovém vyšetření, i jako jednoduchá screeningová metoda (Altman, 2002).

## 9.4 Administrace testu a další varianty testu

Testované osobě měl být předložen na výšku čistý bílý arch kancelářského papíru formátu A4 a nabídnuta tužka střední tvrdosti bez gumy. Nevhodné jsou mikrotužky a výtvarné potřeby navozující dojem, že jde o zkoušku kreslení (Altman, 2002).

Co se týče instrukce k provedení kresby, existuje více možných zadání. Např. Altman (2002) navrhuje instrukci: „Nakreslete strom, jaký chcete, jak nejlépe dovedete, ale neměl by to být

jehličnan". Případně lze doplnit „ani palma". Tato instrukce má tu výhodu, že jedince nenabádá ke kresbě ovoce či listů.

Někdy je též vhodné doplnit instrukci ujištěním, že se nejedná o zkoušku kreslení.

Doba kreslení není časově omezená a většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Její překročení může vypovídat o určitých rysech osobnosti.

Pokud je první kresba výrazně schématická, je možné požádat hned vzápětí o druhou a vypracovanější. Podle Altmana (2002) je též vhodné zabránit pokusům o opravu a raději nabídnout nový list papíru, neboť tato nepovedená kresba může být významným zdrojem informací o subjektu.

Je možné též provést opakované zadání s instrukcí: „Nakreslete ještě jeden strom, pokud možno jiný než byl první. Kreslete, jak chcete, jak nejlépe umíte, ale neměl by to být jehličnan." První kresbu pak lze interpretovat jako reakci na neznámé prostředí a projev sebekontroly, druhá kresba vypovídá spíše o reakci na známé prostředí.

Nejvhodnější se zdá být individuální administrace, při níž posuzovatel může sledovat i chování osoby, její reakce na instrukci, verbální i neverbální projevy během kresby, postup kresby, kde měl kreslíř potíže, což může poskytnout doplňující informace a napomoci následné interpretaci. Zvláště při individuální administraci a především u dětí lze na závěr požádat i o asociace k nakreslenému stromu.

Altman (2002) uvádí, že administraci Testu stromu lze provádět též skupinově, nicméně že takové použití snižuje spolehlivost výsledků a proto vyžaduje při interpretaci zvýšenou opatrnost. Ve skupinově zadaných kresbách se uplatňuje větší množství stylizace, častá je též snaha o ozvláštnění kresby či recesi, kresby mohou být méně kvalitní. Rušivým faktorem může být i snaha napodobit kresby ostatních, či naopak na sebe upozornit, odlišit se.

Testová situace hraje při interpretaci velkou roli, je třeba odlišit nakolik je kresba projevem situačních proměnných a nakolik osobnostních rysů (jiné kresby se objevují při výběru zaměstnanců, jiné v poradenství) (Altman, 2004).

Podle R. Davido (2001) lze Test stromu provádět i v hypnotickém stavu, přičemž jím tak lze odhalit neurotické stavy. Další variantou Testu stromu je test používaný francouzskou psycholožkou R. Stora (1987), která využívá opakovaného zadání kresby stromu těsně po sobě, s obměňovanou instrukcí. Morávek (1991) zmiňuje úpravu Testu stromu od autora Abad-Alegría, který standardizoval jednoduchou objektivní metodu pro určení emocionální a intelektuální zralosti. Do odvozené varianty testu lze zařadit též Test tří stromů portugalce R. Corboze (Reiterová, 2001), v němž jedinec po skončení kreslení přiřazuje k nakresleným stromům členy své rodiny. Tento test je zaměřen na rodinnou dynamiku a vztahy k členům rodiny (Svoboda, 2006).

Kresby stromu využívá též již zmíněný House-Tree-Person Test (Dům-strom-člověk) autora J. N. Bucka, určený jak pro děti tak pro dospělé, v němž jedinec postupně kreslí dům, strom a

naposled lidskou postavu. Je určen pro zjišťování obrazu osobnosti, tělesného schématu, neurotických konfliktů, obranných mechanismů a také inteligence. Na kresbách se hodnotí mnoho aspektů, jako např. proporce, perspektiva, umístění na ploše, kvalita linie. V tomto testu byly nalezeny významné rozdíly v kresbách schizofreniků, neurotiků a epileptiků (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

## 9.5 Interpretace a hodnocení testu

Interpretace vychází ze studia mýtů, archetypů, hlubinné psychologie a grafologie.

Altman (2002) doporučuje při interpretaci Testu stromu následující osnovu, která se nám jeví jako přehledná a přínosná:

- 1.) Popis a charakteristika kresby (posouzení kresby jako celku, dominantní prvky, hodnocení celkové úrovně provedení, úroveň provedení, kresba jako záznam chování, záměr kreslíře, srovnání s jinými kresbami)
- 2.) Velikost a umístění
- 3.) Subjektivní dojem (celkový dojem z nakresleného stromu)
- 4.) Způsob provedení (použité výrazové prostředky, způsob vedení čáry, tah, tlak, tedy grafologický úhel pohledu)
- 5.) Přítomnost infantilních znaků – tedy posouzení zralosti kresby
- 6.) a7.) Symbolický význam a Interpretace detailů (kořeny, základna, pata kmene, kmen, srdce stromu, koruna, struktura větví, ovoce, listy a jiné doplňky). Části stromu zde nalézají paralelu v psychologických funkcích
- 8.) Prostupnost stromu (prostupnost, napojování, zakončování jednotlivých částí) – jedná se o doplňující pohled na kresbu stromu jako energetické schéma

Altman se domnívá, že v praxi je nezbytné přistupovat k interpretaci Testu stromu velmi opatrně. Je nutné veškeré závěry vždy konfrontovat s nálezy získanými z jiných metod a s dalšími poznatky a informacemi. Interpretaci samozřejmě ovlivňuje i stáří subjektu. Je třeba se vzdát formulování závěrů z Testu stromu jako tvrzení. Měly by být důsledně uváděny pouze jako otázky nebo hypotézy, které vyžadují další potvrzení.

## 9.6 Vývoj kresby od dětství do dospělosti se zřetelem na kresbu stromu

Vývoj kresby stromu odráží do jisté míry vývoj kresby obecně. Je možné ho rozčlenit do několika období.

Období čárání

První vývojové období kresby u dětí, někdy nazývané obdobím čárání, probíhá zhruba od 2 do 3 let. Dětské kresby zde mají podobu spíše nahodilých a abstraktních čar, které mohou být později dítětem pojmenovány.

V tomto období je nejdůležitějším kreslířským pokrokem zvládnutí uzavřeného tvaru- oválu a kresba kříže (Altman, 2002).

Období prvních kreseb

V období od přibližně 3 do 4 let vznikají první skutečné kresby, které jsou ještě jednodimenzionální a sestávají z několika základních prvků, které dítě ovládlo již v předchozím období. Napojování částí však dítěti činí značné potíže. Kresba stále ještě často vzniká neplánovitě. Za typickou pro toto období lze považovat kresbu hlavonožce.

Kresba stromu je v tomto období spíše výjimečná, vychází z kresby kříže a oválu a může se podobat spíče květině nebo sluníčku.

Podle Altmana zde lze hodnotit pouze úroveň vizuomotorické koordinace (Altman, 2002).

Období typických dětských kreseb

V dalším období dítě zvládá stále náročnější tvary. Kresby jsou charakteristické schematickou a znakovou povahou. Jednotlivé tvary jsou zpočátku jen hrubě pospojovány. Důležitá je zde také role náhody, dítě tvořivě využívá a přizpůsobuje potřebě i náhodně vzniklé tvary.

Tyto schématické kresby často vystihují věrněji detaily než celek. Tvary nebo části kresby, které dítě považuje za subjektivně důležité či ty, v nichž si je kreslířsky jisto, bývají zdůrazněny a zveličeny. Oproti tomu jiné nezajímavé prvky jsou méně propracovány či zcela vynechány.

Dítě neusiluje o věrné zobrazení skutečnosti, spíš vypočítává, co všechno o zobrazovaném objektu zná nebo co ho zrovna zajímá. Pozornost je též věnována funkční podstatě předmětu. Svůj vliv na kresbu může mít ovšem i školní výtvarná výchova.

Altman se domnívá, že kresby v tomto období vypovídají nejvíce o motorických dovednostech, případně i o vědomostech dítěte.

Kresba samotného stromu v sobě neskrývá v tomto období příliš přitažlivosti, je kreslen spíše především jako součást krajiny nebo doplněk domu. Pro testování se tedy jeví vhodnější spíše kresba lidské postavy (Altman, 2002).

Období prepubescence

V tomto období, zhruba od 11 – 12 let, u dětí dochází podle Altmana ke kvalitativním změnám v úrovni myšlení i percepce reality. Dítě si též ujasňuje a upevňuje vědomí vlastní identity, výrazněji se projevuje jeho vlastní osobnost.

Dítě disponuje již bohatším rejstříkem výtvarných prostředků, na kresbách začíná být více patrné vnitřní a citové zaujetí k zobrazovaným objektům. Dítě též začíná zaujímat kritičtější pohled na vlastní výtvory, kresbu srovnává s předlohou (Altman, 2002).

„U kreseb stromu se vedle typických infantilních znaků objevují i interpretovatelné projektivní obsahy (Altman, 1998, s. 39)".

Období dospívání

V období od cca 14 do 18 let začíná převládat výrazně sebekritický postoj k vlastním výtvarným výtvorům, které neobstojí v porovnání s vlastní představou nebo předlohou. V důsledku toho se z kresby ztrácí spontaneita, objevují se rozpaky z kreslení, někdy až tendence kreslení se vyhnout. Kresebné dovednosti se v tomto období již dále nevyvíjí, s výjimkou jedinců zabývajících se cíleně výtvarnou činností (Altman, 2002).

„Z projektivního hlediska mají tyto kresby stromu (s výjimkou určitých specifických znaků) podobný charakter jako kresby dospělých." (Altman, 1998, s.39) Lze jí tedy využít již jako metodu hodnocení osobnosti (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Při interpretaci je však zapotřebí zvýšené tolerance k různým projevům nepřirozenosti, stylizace, případně i sklonu k extrémnosti. Jedná se totiž o projevy nevyzrálosti, hledání vlastní identity, které jsou spolu se zvýšenou nejistotou a nevyrovnaným sebevědomím typickými charakteristikami tohoto období (Altman, 2002).

Mezi typické znaky dětské kresby stromu podle Altmana (2002) patří:

- Schématická kresba, v níž znak slouží jako náhražka nedostatečné kreslířské zručnosti (např. kmen jako tubus, kruhová koruna, kroužky jako listí, kolečko na stopce jako ovoce apod.)
- Předimenzovaný kmen, malá koruna
- Chybí adekvátní přechod z kmene do větví, větve nebo koruna jsou jakoby dodatečně zapíchané nebo nasazené na kmen
- Základna nápadně nízko u dolního okraje nebo strom vyrůstá přímo z dolního okraje; využití okraje jako pevného bodu
- Sklon k mechanickému řazení a opakování prvků, např. větve se napojují v pravých úhlech, koruna „ověšená" ovocem
- Uzavřené konce větví, potřeba uzavřeného tvaru, celistvosti (ukončení větví příčnou čárkou klade nejmenší nároky na míru kreslířských dovedností)
- Disproporčnost (např. široké větve na tenkém dlouhém kmeni, či větve jen jednou čarou), což lze také považovat za známku nedostatku kreslířských dovedností
- Sluníčko, ovoce, různé doplňky, krajina, kresba více stromů aj.
- Tmavý, začerněný kmen, případně listí apod.
- Nápadně rozšířená pata kmene

Altman (2002) dále uvádí, že některé z těchto znaků dětské kresby lze interpretovat též symbolicky. Schematismus stromu by tak mohl vypovídat o dosud nedostatečné orientaci dítěte v realitě, předimenzované kmeny o směřování k budoucnosti, smyslovosti a pudovosti typické pro dětský věk, a potlačená koruna o dosud málo naplněné vlastní individualitě a převaze nevědomého, o určitém sklonu k bezhlavosti. Umístění stromu na dolní okraj reflektuje symbolicky blízkost místu zrodu a počátku, zatímco zvládnutí přechodu kmene do větví je považováno za známku vyzrálosti osobnosti.

Na druhé straně mohou být tyto znaky pouze vývojově podmíněné a nemusí nést žádný specifický význam. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) uvádí, že např. šrafování a začernění bývá důsledkem zvyku používat pastelky a vybarvovat různé části kresby.

Za důležitou hranici u hodnocení infantilních znaků kreseb stromu je podle Altmana (2002) věk kolem 12 let. Tytéž nebo obdobné infantilní znaky, které jsou přirozené a normální u dětských kreseb, tak v pozdějším věku a zejména v dospělosti nabývají negativního významu. Platí zde úměra, že čím výrazněji se v kresbě projevují, tím narůstá jejich závažnost.

Výskyt infantilních znaků v kresbě starších jedinců tak lze interpretovat více způsoby. Mohou signalizovat mentální defekt či retardaci, mohou být projevem nevyzrálosti, infantilizmu ale i důsledkem regrese. Také je lze považovat za známku primitivismu dané osoby.

Podobně R. Davido (2001) uvádí, že pokud dítě po 10. roce stále kreslí „strom jako kouli", tedy jeden z infantilních znaků, naznačuje to zpoždění duševního nebo citového vývoje.

Altman (2002) též uvádí nejčastěji se vyskytující infantilní znaky s jejich možnými interpretacemi. Pro účel naší práce však zatím postačí konstatovat, že pro řadu znaků stanovuje hranici cca 12 let, po jejímž překročení může být danému znaku přiřazena některá z těchto interpretací nebo může být využito symbolického výkladu daného znaku.

## 9.7 Reliabilita a validita

Podle Stančáka (1982) je reliabilita Testu stromu stejná jako u testu H-T-P, nicméně pasáži věnované tomuto testu uvádí, že jeho reliabilita není známa. Altman (2004) tvrdí, že reliabilitu je obtížné měřit. Pokud klient nakreslí 2x stejnou kresbu, poukazuje to podle něj na to, že používá naučené schéma, klišé, které nemá valnou projektivní hodnotu.

Validita tohoto testu nebyla nikdy plně a jednoznačně vědecky prokázána. Např. Stančák (1982) uvádí, že validita Testu stromu zůstává otevřenou otázkou.

Určité ukazatele validity ovšem poskytují výzkumy srovnávající různé klinické populace s normou nebo různé typy a podtypy poruch mezi sebou. Některé z nich jsou uvedené v následující podkapitole.

Altman (2004) se domnívá, že validitu Testu stromu nelze ověřovat klasickým způsobem, neboť nelze vytrhávat detaily ze souvislostí. Možnou se jeví pouze měření inkrementální validity. Na tomto místě můžeme jen připomenout nejen Altmanova doporučení k užívání

Testu stromu v baterii testů a k formulaci jeho závěrů jako otázek. Teprve pokud se nám stejná otázka objeví různých formách či v různých testech 3krát, stává se z ní odpověď.

## 9.8 Výzkumy a studie využívající Testu stromu

Na Slovensku se kresbou stromu zabývali O. Berecká a J. Čulen (1996), kteří se snažili zachytit rozdíly mezi adolescentními delikventy a nedelikventy (15-18 let) v kresbě stromu a kresbě lidské postavy dle Machoverové. V Testu stromu autoři zjistili statisticky častější výskyt kresby „dolů otevřeného stromu". Tento znak svědčí podle autorů o životní nejistotě a může signalizovat problémy v integrovanosti jedince rodině. Autoři dávají tento nález do souvislosti s faktem, že problémoví chlapci často pocházejí z nefunkčních a rozvrácených rodin. Další rozdíly nebyly ovšem v kresbě stromu nalezeny.

Tým autorů Torem, Gilbertson a Light (1990) se ve své studii pokoušel zjistit, zda šrámy, díry po suku či zlomené větve na nakresleném stromu jsou indikátorem dřívější viktimizace a nalezl statisticky signifikantní souvislost mezi těmito dvěma proměnnými.

Autoři v diskusi kromě řady nedostatků uvádí několik příkladů kreseb zneužívaných a týraných pacientů, kteří přestože nenakreslili žádný z traumatických indikátorů, vytvořili na první pohled velmi patologickou kresbu stromu. Zmiňují také další možný indikátor traumatu, který během studie zaregistrovali (strom v horní polovině rozdělený do dvou dichotomních částí).

Kromě toho se testem stromu zabývali nebo ho v rámci výzkumu využívali pro různé účely a u rozličných populací i další autoři. Byl využíváno ve výzkumu u různých psychopatologických skupin, u delikventů či u somaticky nemocných jedinců, u dospělých i u dětí či dospívajících aj.[33]

### 9.8.1 Výzkum využívající Testu stromu u PPP

Z úhlu pohledu naší práce je též zajímavá studie japonských autorů (Mizuta et al., 2002), kteří dívkám a ženám trpícím poruchami příjmu potravy (15-30let), roztříděným do jednotlivých subtypů, zadávali mimo jiné právě kresbu stromu.

Ve srovnání anorektických pacientek s občasnými záchvaty přejídání či s kompenzačními aktivitami(ANBP) a bulimiček s kompenzačními aktivitami (BNP) s kontrolní skupinou se ukázaly jako signifikantní následující rozdíly:

- menší stromy
- méně široké koruny
- stromy byly umístěny více nalevo a do středu

[33] Vzhledem k rozsahu práce odkazujeme na zmíněnou literaturu, ale i na další internetové zdroje a databáze.

- stromy byly kresleny méně energicky
- nižší fraktální hodnoty (fraktální hodnota korelovala s měřítky bohatosti v prvcích a energií)

BNP kromě toho ve srovnání s kontrolní kreslily také

- nižší koruny
- stromy chudší v detailech
- méně ovoce
- častěji „otevřené" stromy v oblasti základny kmene
- stromy postrádající „zabezpečovací operace" a horizont

Srovnáním samotných podskupin mezi sebou se zjistilo, že BNP častěji než ANBP postrádaly horizont. Jako jediný signifikantní rozdíl týkající se anorektiček restriktivního typu (ANR) ve srovnání s kontrolní skupinou se ukázal znak „větve pouze jednou čarou". Další statisticky významné rozdíly oproti normě u tohoto typu PPP nebyly odkryty, nicméně dívky měly tendenci být v daných kritériích umístěny mezi ANBP/BNP a kontrolní skupinou. BNP a ANBP vykazovaly více depresivních a úzkostných znaků než ANR, což je podle autorů v souladu s nálezy jiných výzkumů.

Při interpretaci se autoři odkazují na Kocha a další japonské autory zabývající se kresbou stromu. Velikost stromu a šířka koruny tak podle nich symbolizuje množství sebe-exprese a psychické energie směřované do psychologického prostoru, v kterém jedinec žije, a je ukazatelem sebeúcty, touhy po expanzi do okolí a stupně psychické aktivity. Umístění stromu symbolizuje, jak jedince vnímá a vztahuje se k psychologickému prostoru a času, v kterém žije. Strom malé velikosti s úzkým kmenem, lokalizovaný nalevo reflektuje úzkost, nízkou sebehodnotu, inhibici, komplex méněcennosti, depresi, bezmocnost, stažení, regresi, závislost, zaujetí minulostí, introverzi, pasivitu a stažení. Nepřítomnost horizontu a zabezpečovacích operací je vztahována k psychické labilitě a problémům v kontrole impulzů a zvládání reality. Autoři odkazují na výzkumy, v nichž se tento typ stromů nalezl u depresivních a chronických schizofrenních pacientů. Domnívají se, že tento typ stromu bude pravděpodobně typický i pro pacienty s poruchami příjmu potravy.

V závěru autoři uvádí, že Test stromu se ukázal u pacientek s PPP jako přínosný přístup, který by mohl napomoci prohloubit porozumění psychologickým a psychopatologickým charakteristikám PPP.

### 9.8.2 Výzkum využívající Testu stromu u obezity

Zatímco využití Testu kresby lidské postavy ve výzkumech obezity nepředstavuje novou metodu, výzkumy využívající Testu stromu u obezity se nám, navzdory usilovnému a důkladnému hledání, nepodařilo vypátrat.

Výjimkou je výzkum Lisé, Kňourkové, Drozdové (1990), kde byl Test stromu zadáván dětem ve věku od 9 do 13,6 let, přičemž se autorky zaměřily pouze na rys introverze-extraverze. Test

stromu prokázal převahu v dimenzi introverze, což kontrastovalo s nižšími nálezy introverze v Eysenckově dotazníku. Autorky se v interpretaci přiklání spíše k výsledkům v Testu stromu. Rozporné nálezy těchto metod by mohly souviset se zvýšeným lži-skóre v dotazníku, které podle autorek vypovídá o tendenci obézních dětí vidět a hodnotit své chování v lepším světle.

# III. EMPIRICKÁ ČÁST

# 1. Stanovení výzkumného problému a cíle výzkumu

V empirické části naší práce bychom se rádi zabývali osobností obézního jedince. Zajímá nás, zdali lze identifikovat nějaké osobnostní rysy pro obézní jedince typické.

Je nesporné, že osobnost jedince s jeho charakteristikami a specifickým psychickým fungováním představuje významnou determinantu chování. Z toho důvodu a na základě informací z literatury se domníváme, že problematice obezity může být lépe porozuměno, pokud lépe pochopíme samotného obézního jedince, tj. pokud lépe porozumíme problémům, s nimiž se potýká, a prožitkům a rysům, které mají vliv na jeho chování.

Jak jsme ukázali v TČ (TČ, kapitola 7.3), jedna z nadějných cest, jak se přiblížit vnitřnímu světu obézních, spočívá ve využití projektivních metod. Do skupiny těchto metod je řazen i projektivní Test stromu. Na základě informací z literatury jsme došli k názoru, že tento test v sobě přes svoji relativně nenáročnou administraci skrývá potenciál nahlédnout hlouběji do prožitkového světa jedince, odhalit řadu jeho charakteristik, včetně rysů a prožitků skrytých či nevědomých (viz TČ, kapitola 9). Zároveň si myslíme, že svým specifickým úhlem pohledu na osobnost a vnitřní svět jedince, svým specifickým „paradigmatem", může tento test podnítit a obohatit náš pohled na problematiku obezity, které dosud nebylo z psychologického hlediska plně porozuměno. Z těchto důvodů jsme se jej rozhodli využít v našem výzkumu.

Inspiraci pro tento výzkum představovalo také setkání s kresbami stromů dětí a dospívajících léčících se pro obezitu. Tyto kresby se nám jevily zvláštní a specifické. Na základě toho se domníváme, že kresba stromu by mohla být prostředkem, kterým obézní děti a dospívající dokáží spontánně vyjádřit své prožitky a sebepojetí, ať již vědomé či nevědomé.

Obezita v dětství a dospívání působí závažné komplikace jak po stránce zdravotní, tak po stránce psychosociální (viz TČ, kapitola 3.2 a kapitola 4). Často zůstává nevyléčena a mnoho obézních dětí zůstává obézních i v dospělosti (Vignerová, Bláha, 2001). Problematice obezity v dětství a dospívání bylo přitom věnováno o poznání menší výzkumné úsilí, než obezitě v dospělosti. Dále se ukazuje, že ženy jsou obezitou postiženy ještě o něco více než muži (např. Strauss, 2000). Z těchto důvodů jsme se rozhodli náš výzkum věnovat právě dětem a dospívajícím ženského pohlaví.

Přínos a vhodnost volby projektivní metody kresby stromu jsme předběžně prozkoumávali ve fázi předvýzkumu. Menšímu počtu obézních dívek (N=12) jsme zadali různé kresebné projektivní techniky, konkrétně (kromě Testu stromu) Test kresby lidské postavy a Začarovanou rodinu. Přestože se i výstupy z těchto technik jevily jako zajímavé a inspirativní, kresba stromu vystupovala jako nejpodnětnější. Nespornou výhodu z hlediska našeho výzkumu představoval mimo jiné fakt, že u kresby stromu jsme byli schopni identifikovat větší množství společných znaků pro danou skupinu, než např. u kresby lidské postavy, kde byly patrnější

rozdíly mezi jednotlivými obézními dívkami.[34] K volbě Testu stromu nás také vedlo jeho zaměření na osobnost jedince a menší zaměření na psychosexuální oblast[35]. Dalším důvodem byl fakt, že oproti kresbě lidské postavy je Test stromu ve výzkumech užíván jen výjimečně a mohl by tak poskytnout jiný a novější druh poznatků.

Výzkum jsem pojali jako studii průzkumovou (explorativní). Naši studii jsme tak ponechali v první fázi výzkumu otevřenou. Sledovali jsme, co se objeví, co samo vystoupí napovrch jako charakteristické a do jisté míry společné pro obézní dospívající.

Zajímá nás prožitkový svět obézních, jejich osobnostní rysy a specifika. Tyto specifika a charakteristiky se pokusíme nahlédnout pomocí Testu stromu.

Naše otázky tedy zní:

***Existují nějaké charakteristiky či rysy osobnosti, v nichž se liší jedinci obézní od jedinců normální váhy?***

Konkrétně pak:

***Existují nějaké znaky kresby stromu, v kterých se obézní liší od neobézních?***

Co tyto znaky vypovídají o osobnosti obézních a o jejich reakci na problém obezity? Co je jim na základě těchto znaků do jisté míry společné? Co tyto znaky vypovídají o jejich prožitkovém světě, o vztahu k nim samotným, druhým lidem či světu? Jak by to mohlo souviset s jejich obezitou?

Na základě informací z literatury o osobnosti obézních jedinců jsme si stanovili hypotézu:

***Charakteristiky osobnosti obézních jedinců jsou v něčem specifické a odlišné od charakteristik osobnosti jedinců normální váhy.***

Konkrétně pak (operacionální definice):

***Obézní jedinci se ve výskytu jednotlivých znaků v Testu stromu liší od jedinců neobézních.***

Nulová hypotéza zní:

***Obézní jedinci se v charakteristikách osobnosti neliší od jedinců normální váhy.***

[34] Lepší uchopitelnost a jasnější nález více společných znaků u kresby stromu oproti kresbě lidské postavy by mohly vypovídat o tom, že u populace obézních dívek nejsou jasně vyhraněné patologické rysy či že jsou jemnější, a že osobnostní odchylky obézních dívek tak často spadají ještě do rámce či na hranici normy. Tyto jemnější odchylky nedokáže kresba lidské postavy diskriminovat tak citlivě jako Test stromu (Altman, 2002). Tento fenomén může být vysvětlen i větším potenciálem Testu stromu zachytit nevědomé a vytěsněné obsahy (např. Hammer, 1958 in Torem, 1990) a menší mírou sebekontroly uplatňující se při kresbě stromu (např. Altman, 2004; Hammer, 2006). Tento fenomén lze ovšem vysvětlit (v určité míře) odlišným zaměřením testů.

[35] Odhadujeme, že toto zaměření by mohlo ztěžovat interpretaci výsledků výzkumu, neboť psychosexuální vývoj dívek v období dospívání není ještě zdaleka dokončen.

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Knihovna katedry psychologie
110 00 Praha 1, Celetná 20

Konkrétně pak (operacionální definice):

***Skupina obézních jedinců se ve výskytu jednotlivých znaků v Testu stromu neliší od skupiny jedinců neobézních.***

V užším pojetí je tedy cílem našeho výzkumu pokusit se najít znaky v kresbě stromu, které jsou charakteristické pro obézní jedince. V širším pohledu se pokoušíme i o identifikování specifických psychologických rysů a prožitků těchto jedinců, přičemž se zaměřujeme především na osobnost.

Vzhledem k tomu, že projektivní techniky (včetně Testu stromu) jsou kritizovány pro řadu svých nedostatků (viz TČ, kapitola 8 a 9), zařadili jsme do našeho výzkumu také neprojektivní osobnostní dotazník: dotazník HSPQ.

Jelikož jsme si dotazník stanovili jako metodu doplňující, nebyly ani zde formulovány konkrétní hypotézy definující očekávané rozdíly. S ohledem na informace z literatury a v souladu s výše uvedenou obecnou hypotézou našeho výzkumu jsme pouze očekávali, že ***skupina obézních se liší v některých faktorech osobnosti dle HSPQ od skupiny jedinců normální váhy.*** Nulová hypotéza zní: ***Obézní skupina se neliší v jednotlivých faktorech osobnosti dle dotazníku HSPQ od skupiny jedinců normální váhy.***

# 2. Výběr vzorku - Kritéria zařazení do vzorku

V zájmu dosažení homogenity a srovnatelnosti vzorků jsme si před započetím výzkumu stanovili specifická výběrová kritéria dovolující zařazení jak do obézní[36], tak do kontrolní skupiny[37]. Výběr je možné pojmenovat jako nenáhodný nereprezentativní.

Vzhledem k problémům s náborem obézních dívek jsme ovšem byli nuceni některá kritéria v průběhu výzkumu mírně pozměnit. Výsledná kritéria tak měla tuto podobu:

## 2.1 Pohlaví

Vzhledem k rozdílným nálezům v psychologických charakteristikách mužů a žen jsme se rozhodli pro náš výzkumný vzorek zvolit pouze respondenty jednoho pohlaví, a to **dívky**. Ukazuje se, že právě dívky jsou sociálními a psychologickými důsledky obezity postiženy závažněji než chlapci (např. Strauss, 2000; Krch, 1997 in Krch et al., 2005). Zároveň jsou často více motivovány ke ztrátě váhy než chlapci (Hainer et al., 2004).

## 2.2 Věk

Vzorek jsme si ohraničili věkovým rozmezím **12,5-17,5 let**.

Vyšší věk jsme zvolili kromě jiného kvůli doporučení používat Testu stromu jako projektivní techniky až od věku 12 let (Altman, 2002). Zaměřujeme se tedy na dívky v období dospívání.

Usuzujeme, že volba tohoto specifického a důležitého věkového období bude mít vliv na výsledky výzkumu. Jedná se o období, kdy je jedinec konfrontován s mnoha novými oblastmi života a prožívání. Dospívající hledá své místo, experimentuje se svými rolemi ve společnosti a integruje je. Odpoutává se od rodičů a vyhrazuje se vůči jejich vlivu a jejich hodnotám. Je konfrontován se svou sexualitou těsně spjatou s tělesností jako takovou. V tomto období je také budována a upevňována identita a vztah k sobě, jejíž důležitou součástí je i obraz těla a vztah k němu (Kocourková, 1997; Langmeier, Krejčířová, 1998). Fyzický vzhled je jednou z oblastí, které je v této době věnována extrémní pozornost (Bruch, 1973).

Na základě těchto údajů si myslíme, že v tomto věkovém období si dívky svou obezitu jasněji uvědomují, více ji reflektují a začínají k ní zaujímat určitý postoj. Současně jsou v období dospívání dívky více než v mladším věku konfrontovány s negativním přístupem společnosti nebo a si tento přístup mohou jasněji uvědomovat. Z charakteristik tohoto období usuzujeme, že pro tyto dívky bude problém obezity aktuálnější a emocionálně nabitější. To by mohlo oživit jejich prožívání s tím spojené, případně konflikty a mechanismy ležící v podkladu

[36] Dále uvádíme pod zkratkou OS značící „obézní skupinu".
[37] Dále uvádíme pod zkratkou KS značící „kontrolní skupinu".

obezity, které by tak mohly snáze vystoupit v našem výzkumu napovrch. Také tyto úvahy nás vedly k volbě věkové období dospívání.

Uvědomujeme si, že námi zvolené věkové rozpětí je značně široké a že v období dospívání se mohou dívky na dolní a horní hranici značně lišit. Nicméně bez takto širokého věkového vymezení bychom jen stěží dosáhli dostačující velikosti vzorku. Nevyhneme se tak bohužel snížení validity našeho výzkumu.

Proti vyřazení dívek ve věku 15,5 – 17,5 let z výzkumu (jejichž vyřazení by požadovanou velikost vzorku neohrozilo v tak rozsáhlé míře) mluvily též naše dojmy z předvýzkumu. Řada kreseb obézních dívek tohoto věkového období vykazovala rysy společné s dívkami mladšími, s tím že tyto rysy byly ještě o něco výraznější a vyostřenější. Kresby starších obézních dívek se nám tudíž jevily jako zajímavé a přínosné pro porozumění obézním. Dali jsme tak přednost naší touze po větším pochopení problematiky obezity před metodologickými hledisky.

Co se týče kontrolní skupiny, tu jsme se pokusili vyvážit především s ohledem na věkové charakteristiky obézní skupiny.

## 2.3 BMI a podíl tuku v těle

Stupeň obezity jsme hodnotili pomocí body mass indexu (BMI = váha (kg)/ výška $(m)^2$) a podílu tuku v těle.

Pro zařazení do výzkumného vzorku obézních dívek jsme si stanovili všeobecně uznávané kritérium, tj. **BMI vyšší než hodnota 97. percentilu pro daný věk a pohlaví**[38] (viz příloha, P2). Tato hodnota byla považována za jednoznačné kritérium pro zařazení do vzorku obézních dívek a u těchto dívek nebyl tudíž dále analyzován podíl tuku v těle (N=51).

Kromě toho jsme se rozhodli zahrnout do skupiny obézních též dívky, které sice nebudou v BMI dosahovat hodnot 97. percentilu, ale budou se mu značně blížit (**hodnota BMI minimálně na 95.percentilu**[39]), a jejichž hodnoty podílu tukové složky v těle budou současně výrazně přesahovat **97. percentil v podílu tukové složky** pro daný věk a pohlaví (viz příloha, P1). U těchto dívek můžeme podle definice mluvit o obezitě (N=2).[40]

Co se týče kontrolní skupiny, původně jsme si jako kritérium zařazení do vzorku stanovili BMI v rozmezí od 10. do 75. percentilu. Chtěli jsme tak vyloučit dívky, které mají v širším pojetí nadváhu, a dívky, jejichž nízké BMI naznačuje riziko mentální anorexie. Tyto dívky by

[38] Kritérium 97. percentilu je podle Vignerové a Bláhy (2001) považováno za jednoznačné kritérium obezity.

[39] Dosažení 95. percentilu je považováno za indikátor pravděpodobného výskytu obezity (Vignerová, Bláha, 2001). Vzhledem k tomu, že se nejedná o naprostou jistotu, bylo využito doplňujícího kritéria podílu tuku v těle.

[40] **Důvod, proč nebylo pro zařazení do vzorku univerzálně použito kritérium podílu tukové složky, spočívá jednak** v rozšířenosti kritéria BMI v jiných výzkumech (a tedy i vyšší srovnatelnost našeho výzkumu s jinými), jednak v možnosti použít tohoto kritéria i pro kontrolní skupinu. Vedla nás k tomu také rozdílnost užívaných metod měření tukové složky v jednotlivých léčebnách. Tato měření již při zběžném pohledu vykazovala rozdílné výsledky – **např. skupina z léčebny ve Vrchlabí (měření prováděno kaliperem) dosahovala při srovnatelném BMI mnohem** nižšího podílu tuku než skupina z léčebny v Poděbradech (měření prováděno elektronickým přístrojem „Omrod bady fat monitor" založeným na principu bioimpedance).

totiž mohly představovat specifickou skupinu, jejíž psychologické charakteristiky by mohly nežádoucím způsobem zasahovat do výsledků výzkumu. Kritérium bylo ovšem s ohledem na potřebnou velikost vzorku a věkovou srovnatelnost upraveno na kritérium BMI v rozmezí od 9. do 75. percentilu[41].

## 2.4 Klinická populace

Vzhledem k náročnosti náboru obézních dívek a aby bylo dosaženo vyšší homogenity vzorku, rozhodli jsme se stanovit jako další kritérium faktor, že se jedná o dívky vyhledávající léčbu obezity. Konkrétně se jednalo o dívky, které byly z důvodu obezity na dlouhodobém pobytu v některé z léčeben či ozdravoven v České Republice. Do vzorku tak byly zařazeny všechny dívky, které se v době testování vyskytovaly v některé námi navštívené léčebně a které zároveň vyhovovaly všem ostatním kritériím.

Na základě studia literatury (viz TČ, kapitola 7.1.1) odhadujeme, že tato populace bude poměrně specifická, a výsledky výzkumu tak bude nutno vztáhnout právě ke klinické populaci, nikoliv k celé populaci obézních dospívajících dívek.

V souvislosti s tím se nás tak dotýká otázka, o čem vlastně tento faktor absolvování obezitologické léčby vypovídá. Fakt, že se dívky ocitly v léčebně pro obézní by tak mohl reflektovat to, že si se svým problémem nevědí rady a potřebují pomoc. To by mohlo poukazovat i na vyšší osobní závažnost tohoto problému než u dospívajících, kteří se s tímto problémem vyrovnávají sami.[42]

## 2.5 Inteligence

Jako negativní kritérium byl stanoven výrazně podprůměrný intelekt. Jelikož jsme neměli dostatek prostoru pro testování inteligence, vyřadili jsme tak aspoň ty dívky, které navštěvovaly zvláštní školu (N=1).

Přestože jsme si vědomi, že by vzorky měly být vyrovnány též dle místa bydliště, byli jsme nakonec nuceni od tohoto kritéria upustit. Získání adekvátní kontrolní skupiny, která by vyhovovala tomuto požadavku, by bylo nesmírně náročné. Přesto věříme, že riziko zkreslení výsledků nebude velké.

---

[41] Ke stanovení hodnot percentilů jednotlivých dívek jsme využili přísnějších kritérií percentilového grafu z roku 2005 (viz příloha P2). Tento graf vychází ze stejného antropologického měření z roku 1991 jako graf z roku 2001 (viz příloha P3), nicméně pro jeho konstrukci bylo využito jiné techniky než u grafu z roku 2005. Pokud bychom použili graf z roku 2001, všechny dívky KS by tak spadaly do rozmezí od 12 do 70 percentilu a vyhovovaly by tak lépe našemu původnímu kritériu. Podobně by také všechny kromě jedné dívky z OS kromě jedné spadaly nad hranici 97. percentilu.

[42] Tato úvaha je ovšem sporná. I dívky v tomto věkovém období jsou k léčbě zasílány na doporučení lékaře a se souhlasem rodičů. Lze tudíž spekulovat o tom, nakolik se jedná o jejich vlastní rozhodnutí, nakolik jsou ovlivněny pouze tlakem lékaře či rodičů, a nakolik se rozhodly léčbu vyhledat pouze ze zdravotních důvodů.

# 3. Charakteristiky vzorku

Na základě zmíněných kritérií byly vytvořeny dvě skupiny: skupina obézních dívek (N=53) a kontrolní skupina (N=55). Vzhledem k charakteru našeho výzkumu soubory vnímáme jako dostatečně rozsáhlé a věkově srovnatelné.

Z OS tak bylo vyřazeno celkem 9 dívek, léčících se pro obezitu v ozdravovnách v ČR (vyřazeny na základě kritéria BMI s ohledem na podíl tuku a na základě kritéria intelektu), a z KS dívek 17 (vyřazeny na základě kritéria BMI – 13 dívek s nadváhou a 4 dívky s podváhou).

Většina údajů od obézních dívek uvedených v této kapitole byla získána z chorobopisů a zde uvedených anamnestických údajů. Některé údaje byly doplněny či získány též od samotných dívek (např. frekvence přejídání). U jedinců srovnávací skupiny jsme byli v převážné míře odkázáni pouze na údaje, které udaly samotné dívky. To s sebou samozřejmě přináší určité nedostatky týkajících se spolehlivosti těchto dat a jejich srovnatelnosti.

## 3.1 Charakteristiky výzkumného vzorku obézních ve srovnání s kontrolní skupinou

### 3.1.1 Věkové charakteristiky obézní a kontrolní skupiny

Srovnání obou skupin dle věku a věkového rozložení znázorňují následující dvě tabulky a graf. KS dosahuje lehce nižšího věkového průměru v porovnání s OS. Je to dáno hlavně tím, že v KS nejsou zastoupeny dívky ve věkové kategorii od 16,5 do 17,5 let.

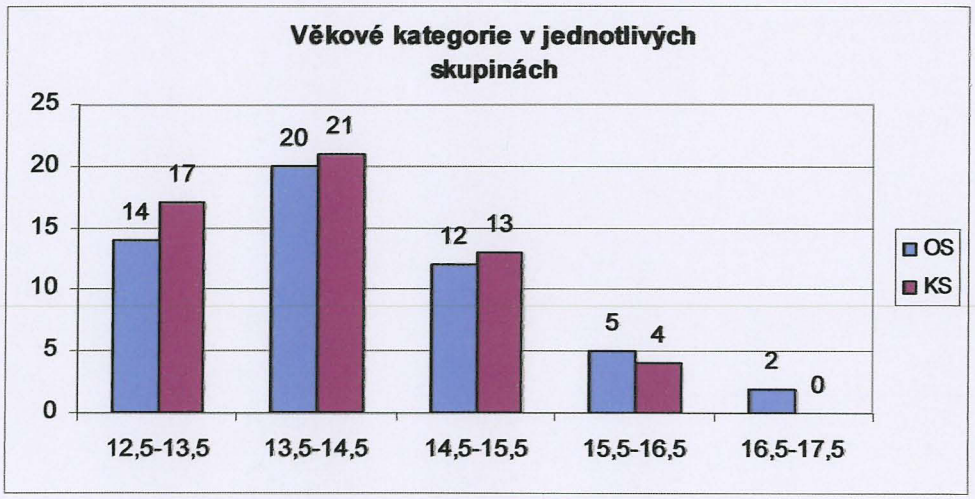
*Tabulka č.1*

| Popisné charakteristiky – VĚK | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Počet dívek | Věkový průměr | Směrodatná odchylka | Minimální věk | Maximální věk |
| **OS** | **53** | **14,28** | **1,06** | **12,82** | **17,25** |
| **KS** | **55** | **14,03** | **0,96** | **12,51** | **16,06** |
| **CELKEM** | **108** | **14,15** | **1,017** | **12,51** | **17,25** |

*Tabulka č. 2*

| Popisné charakteristiky – VĚKOVÉ KATEGORIE v jednotlivých skupinách | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OS | | | KS | | | CELKEM | | |
| Věková kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost(%) |
| 12,5-13,5 | 14 | 26,4 | 26,4 | 17 | 30,9 | 26,4 | 31 | 28,7 | 28,7 |
| 13,5-14,5 | 20 | 37,7 | 64,1 | 21 | 38,1 | 69 | 41 | 38 | 66,7 |
| 14,5-15,5 | 12 | 22,6 | 86,7 | 13 | 23,6 | 92,6 | 25 | 23,1 | 89,8 |
| 15,5-16,5 | 5 | 9,4 | 96,1 | 4 | 7,3 | 100 | 9 | 8,3 | 98,1 |
| 16,5-17,5 | 2 | 3,8 | 100 | 0 | 0 | 100 | 2 | 1,9 | 100 |
| Celkem | 53 | 100 | 100 | 55 | 100 | 100 | 108 | 100 | 100 |

*Graf č. 1*



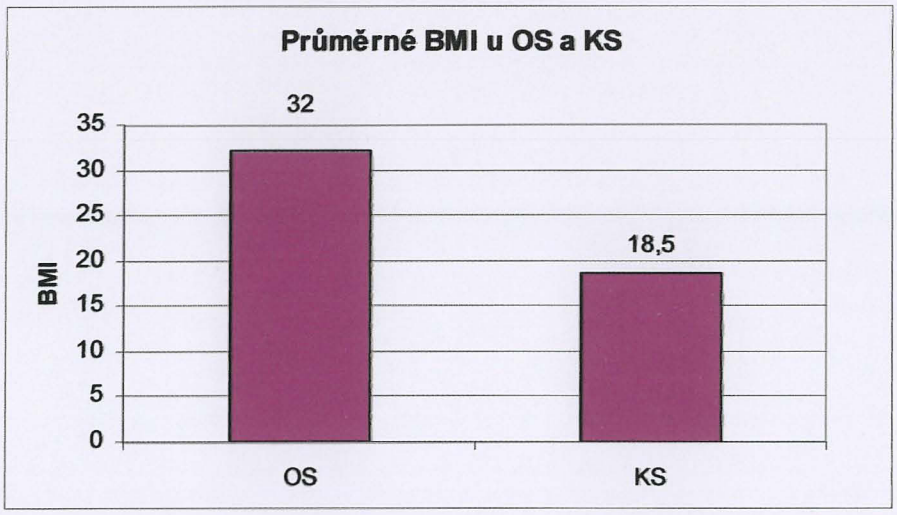

### 3.1.2 BMI u obézní a kontrolní skupiny

Dle hodnoty BMI se obě skupiny značně liší a nepřekrývají se (a to i pokud nebereme v úvahu věkové hledisko), což bylo naším záměrem.

*Tabulka č.3*

| Popisné charakteristiky – BMI | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Počet dívek | Průměr BMI | Směrodatná odchylka | Minimální BMI | Maximální BMI |
| OS | 53 | 32,02 | 5,52 | 24,61 | 56,09 |
| KS | 55 | 18,52 | 1,31 | 15,82 | 21,61 |
| CELKEM | 108 | 25,15 | 7,85 | 15,82 | 56,09 |

*Graf č. 2*




### 3.1.3 Místo bydliště u obézní a kontrolní skupiny

Jak již bylo řečeno, nepodařilo se nám vzorek vyrovnat v proměnné bydliště. Zatímco dívky OS pocházejí z míst rozličných velikostí, dívky KS jsou bez výjimky z Prahy.

*Tabulka č.4*

| Popisné charakteristiky – BYDLIŠTĚ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | OS | | | KS | | |
| Velikost místa bydliště | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost (%) | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost(%) |
| Do 1 000 obyvatel | 8 | 15 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| 1 000 až 10 000 | 11 | 21 | 36 | 0 | 0 | 0 |
| 10 000 – 50 000 | 11 | 21 | 57 | 0 | 0 | 0 |
| 50 000 - 100 000 | 10 | 19 | 76 | 0 | 0 | 0 |
| 100 000 – 1 000 000 | 1 | 2 | 78 | 0 | 0 | 0 |
| Praha | 12 | 23 | 100 | 55 | 100 | 100 |
| Celkem | 53 | 100 | 100 | 55 | 100 | 100 |

## 3.2 Charakteristiky výzkumného vzorku obézních

Údaje v tomto oddíle představují pouze doplnění našeho pohledu na výzkumný vzorek obézních dívek. Vzhledem k tomu, že možnosti nárokování času v léčebnách byly omezené, v řadě případů máme k dispozici data jen od některých obézních dívek a je tedy možné je považovat pouze za orientační.

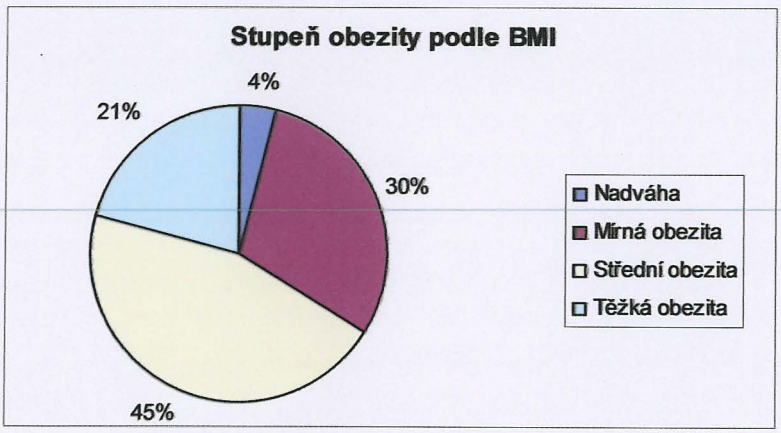
### 3.2.1 Stupeň obezity

Stupeň obezity byl určen na základě tabulek[43], jež vymezují rozmezí BMI pro různé věkové kategorie a různé stupně obezity. Nejvyšší zastoupení ve vzorku má kategorie střední obezity, následuje mírná obezita.

*Tabulka č. 5*

| Popisné charakteristiky – STUPEŇ OBEZITY podle BMI u OS | | | |
|---|---|---|---|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost (%) |
| Nadváha | 2 | 3,7 | 3,7 |
| Mírná obezita | 16 | 30,1 | 33,8 |
| Střední obezita | 24 | 45,3 | 79,1 |
| Těžká obezita | 11 | 20,8 | 100 |
| Celkem | 53 | 100 | 100 |

*Graf č.3*




[43] Viz příloha – tabulka č. P5: „Hraniční hodnoty BMI vymezující 3 stupně obezity české dětské a adolescentní populace"

### 3.2.2 Počátek nadváhy

Tento údaj byl získán převážně na základě údajů v chorobopisech dívek od dětských lékařů či od rodičů. Tam, kde nebyl tento údaj k dispozici, byly dívky dotazovány, kam by časově zařadily počátek své nadváhy. Tyto údaje ukazují na nejčastější začátek nadváhy v mladším školním věku a předškolním věku.

*Tabulka č. 6*

| Popisné charakteristiky – POČÁTEK NADVÁHY u OS | | | |
|---|---|---|---|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) | Kumulativní relativní četnost (%) |
| **Od narození do 3 let** | 1 | 1,9 | 1,9 |
| **Předškolní věk (3-6 let)** | 17 | 32 | 34 |
| **Mladší školní věk (6-10 let)** | 26 | 49 | 83 |
| **Prepubescence (11-13 let)** | 8 | 15,1 | 98,1 |
| **Puberta (13-15 let)** | 1 | 1,9 | 100 |
| **CELKEM** | 53 | 100 | 100 |

*Graf č. 4*

### 3.2.3 Podíl tukové složky v těle

Tato tabulka poukazuje na výrazné rozdíly v procentuálním zastoupení tukové složky v těle, jak oproti normální populaci, tak v rámci samotné obézní skupiny. Vzhledem k tomu, že za normu se považuje podíl tukové složky u dívek ve věku 7-17 let v rozmezí 18-23% (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000), všechny dívky obézní skupiny tak spadají přinejmenším do oblasti vymezující zvýšený podíl tuku v těle. Pro jasnější představu je možné tyto údaje srovnat s percentuálním grafem (viz příloha, P1).

Kromě toho je třeba uvést, že u tří dívek OS nebylo možné vzhledem k příliš vysokému podílu tuku tuto složku změřit daným přístrojem. Jejich započtení by tudíž vedlo k zvýšení průměru tukové složky v těle u celé OS.

Problematický se zdá i fakt, že k měření podílu tukové složky byly u OS používány různé metody vyznačující se odlišnou přesností (kaliper, Omrod body fat monitor).

*Tabulka č. 7*

| Popisné charakteristiky – PROCENTUÁLNÍ ZASTOUPENÍ TUKU V TĚLE u OS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Průměrné procento tuku v těle | Směrodatná odchylka | Minimum | Maximum | Počet dívek |
| **OS-měřitelné** | 38,73 | 6,01 | 27,2 | 48,5 | 50 |
| **OS-neměřitelné** | Neměřitelné | | | | 3 |
| **CELKEM** | | | | | 53 |

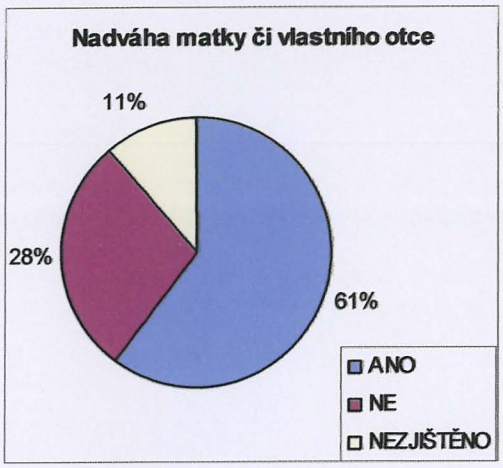
### 3.2.4 Výskyt nadváhy v nejbližší rodině

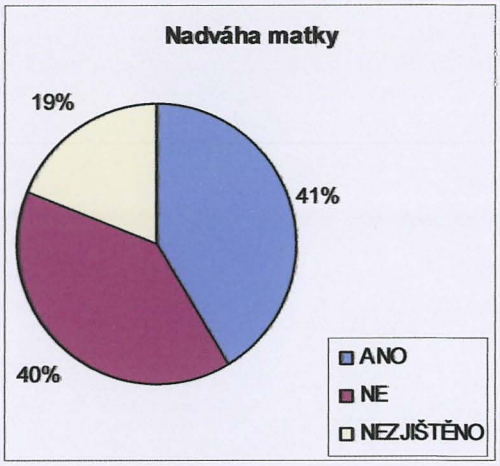
Následující tabulky a grafy poukazují na poměrně vysoké zastoupení nadváhy v rodině dívek OS. To by mohlo poukazovat jak na podíl genetických faktorů tak na vliv faktorů rodinných a faktorů životního stylu. Údaje byly získány obdobným způsobem jako u proměnné „Počátek nadváhy".

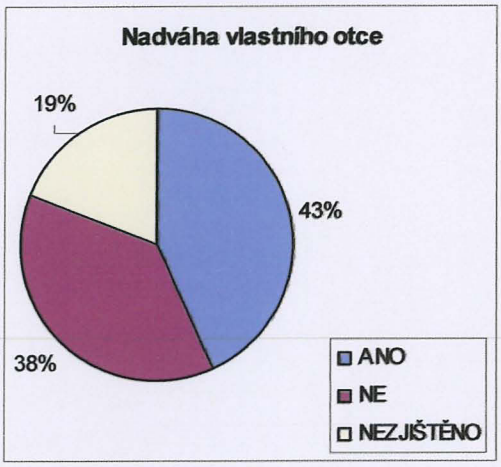
*Tabulka č.8*

| Popisné charakteristiky – VÝSKYT NADVÁHY V RODINĚ u OS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ANO | | NE | | NEZJIŠTĚNO | |
| | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) |
| **Nadváha matky či vlastního otce** | 32 | 60,4 | 15 | 28,3 | 6 | 11,3 |
| **Nadváha matky** | 22 | 41,5 | 21 | 39,6 | 10 | 18,9 |
| **Nadváha vlastního otce** | 23 | 43,4 | 20 | 37,7 | 10 | 18,9 |
| **Nadváha alespoň jednoho sourozence** | 7 | 13,2 | 25 | 47,2 | 21 | 39,6 |

*Grafy č.5-8*



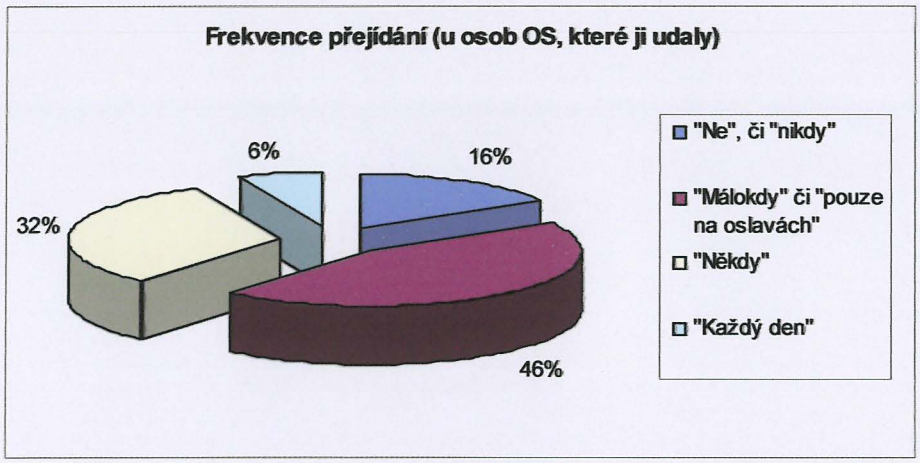
### 3.2.5 Přejídání

Kategorie odpovědí pro tuto proměnnou byly vytvořeny na základě volných odpovědí dívek na otázku, zda-li se někdy přejídají, a pokud ano, jak často. Získaná data poukazují na to, že více než polovina dívek (z těch, co byly dotázány) se nepřejídá nebo se přejídá spíše výjimečně. Řada metodologických výhrad k zjišťování těchto údajů byla uvedena v teoretické části této práce (viz TČ, kapitola 5.1).

*Tabulka č.9*

| Popisné charakteristiky - FREKVENCE PŘEJÍDÁNÍ u OS | | |
|---|---|---|
| **Udaná frekvence přejídání** | Absolutní četnost(%) | Relativní četnost(%) |
| **"Ne", či "nikdy"** | 5 | 9,4 |
| **"Málokdy" či "pouze na oslavách"** | 14 | 26,4 |
| **"Někdy"** | 10 | 18,9 |
| **"Každý den"** | 2 | 3,8 |
| **Nezjištěno** | 22 | 41,5 |
| **CELKEM** | 53 | 100 |

*Graf č. 9*


Frekvence přejídání (u osob OS, které ji udaly)
6%
16%
32%
46%
"Ne", či "nikdy"
"Málokdy" či "pouze na oslavách"
"Někdy"
"Každý den"

# 4. Použité metody a sběr dat

Obézní dívky byly testovány v obezitologických léčebnách, kam se sjíždí děti a dospívající převážně ze středních a severních Čech a Prahy[44]. Kresby a data KS byly získány na základní škole v Praze u žáků 7., 8. a 9. tříd. Výběr respondentů ani jedné ze skupin nebyl náhodný. Testovány byly všechny dívky, které byly přítomné.

Použitá baterie sestávala ze tří základních složek: projektivního Testu stromu, osobnostního dotazníku HSPQ a z rozhovoru či dotazníku zaměřeného na získání popisných údajů. Další údaje byly zjištěny nahlédnutím do chorobopisů obézních dívek.

Návštěva léčeben pro sběr dat byla vždy dopředu dohodnuta s vrchní sestrou a dívky byly rámcově informovány o účelu vyšetření. Přesto občas docházelo k nedorozuměním a dívky musely opustit léčebnu kvůli povinnému programu. Původnímu záměru administrovat Test stromu u všech jedinců individuálně se tak vzhledem k časovým možnostem a programu léčeben, který jsme nechtěli nadmíru narušovat, nepodařilo dostát. Testy tak byly v 18 případech administrovány individuálně, ve zbylých 35 případech skupinově ve skupinkách různé velikosti (od 2 do 6 dívek). Nevýhodu skupinové administrace jsme se pokusili ošetřit alespoň tím, že každá dívka seděla sama u stolu, tak aby neviděla do výtvorů druhých dívek.

Dívky jsme požádali o spolupráci a sdělili jim důvod své návštěvy. K navázání vztahu, uvolnění atmosféry a snížení případného napětí z testové situace jsme testování začali krátkým rozhovorem. Ve skupině bylo ovšem navázání kvalitního kontaktu obtížnější. Dívky byly rovněž ujištěny o anonymitě výzkumu. V průběhu testování byly dotazovány na stav pozornosti a míru únavy, tak aby zásahem těchto proměnných nebyl ohrožen výsledek výzkumu.

U kontrolní skupiny administrace probíhala výhradně skupinově a to ve skupinách o velikosti 10-20 respondentek. Na testování byla vyhrazena 1 hodina tělesné výchovy, kdy učitelka opustila třídu, aby u dívek nenavozovala zkouškovou atmosféru.

Jak u OS, tak u KS byl jako první administrován Test stromu. Po něm přišlo na řadu vyplnění dotazníku týkajícího se popisných a osobních údajů dívek, v případě individuální administrace podobně strukturovaný či rozšířený rozhovor. Následovala administrace dotazníku HSPQ, která se uskutečnila kvůli problematickým časovým možnostem pouze u OS. V případě OS bylo někdy nutné vyšetření přerušit (ať již z důvodů organizačních či z důvodu únavy respondentek) a dokončit jej později téhož dne či jiný den. Někdy byla také zařazena do

[44] Konkrétně se jednalo o Dětskou ozdravovnu Vrchlabí, která se později přesunula do Špindlerova Mlýna (Dětská ozdravovna Svatý Petr, Špindlerův Mlýn), a o Léčebnu Dr. L. Filipa v Poděbradech.

testování nenáročná společenská hra, která měla dívkám napomoci k obnovení pozornosti a snížení únavy.

Celková doba vyšetření jednoho respondenta OS těmito metodami se pohybovala přibližně od 60 do 140 minut. U KS trvalo testování zhruba 30 - 40 minut.

## 4.1 Test stromu

Vzhledem k tomu, že o Testu stromu bylo rozsáhle pojednáno již výše (viz TČ, kapitola 9), na tomto místě uvedeme pouze námi použitý způsob administrace.

Respondentkám byl předložen na výšku papír formátu A4 a obyčejná tužka tvrdosti 2. Dívky, které měly při sobě penál, byly požádány, aby nepoužívaly gumu.

Instrukce zněla: „Nakresli/-ete strom, jaký chceš/-te, jak nejlépe dovedeš/-ete, ale neměl by to být jehličnan". Pokud se dívky jakkoliv dotazovaly, odpověď zněla: „To je na tobě" či „Jak chceš" a žádné další informace poskytnuty nebyly.

Většina dívek ochotně spolupracovala. Řada z nich své výtvory komentovala, čímž mohl být při kolektivní administraci ovlivněn proces tvorby ostatních dívek. V některých případech individuální administrace následovalo inquiry ke kresbě. Tyto údaje však v práci vzhledem k jejímu charakteru a rozsahu nebyly využity.

## 4.2 Cattellův osobnostní dotazník HSPQ

Administrace tohoto dotazníku v úpravě K. Balcara z roku 1992 proběhla standardním způsobem podle doporučení uvedených v českém manuálu k této metodě. Byla použita forma A dotazníku se 142 položkami.

Vzhledem k tomu, že tento dotazník nebyl v teoretické části této práce představen, popíšeme na tomto místě jeho základní charakteristiky, ohledně dalších odkazujeme na zmíněný manuál.

Dotazník HSPQ (High School Personality Questionnaire) je mnohofaktorový dotazník zaměřený na měření osobnostních rysů v rámci normy. Je založený na výdobytcích strukturní psychometrie a faktorové analýzy. Jedná se o obdobu známého Cattellova dotazníku 16 PF pro dospělé, přičemž v případě HSPQ je dotazník zaměřen na mládež. V české verzi se jedná o dospívající v rozmezí od 12,5 do 17,5 let. Dotazník měří 14 základních vlastností osobnosti (faktorů prvního řádu), na jejichž podkladě lze následně stanovit další 3 vlastnosti obecnějšího charakteru (faktory druhého řádu).

„Cílem testu je zachytit jednoduchou technikou všechny hlavní, značně stálé psychologické vlastnosti mladého člověka... Metodologicky vychází ze struktury dat odkryté faktorovou

analýzou (proto jsou nalezené vlastnosti nazývány „faktory") a ověřené psychometrickými ukazateli soudržnosti a platnosti jednotlivých stupnic; psychologicky pak vychází z předpokladu omezeného souboru stálých lidských vlastností, jejichž různou mírou u různých lidí můžeme v obdobných situacích vysvětlit nejpodstatnější rozdíly v chování." (Balcar, 1992, s.10).

Při konstrukci dotazníku vyšel Cattell z lexikálního materiálu, z toho, jak je v jazyce osobnost (resp. její komponenty) popsána. Matematickou cestou dospěl ke stupnicím měřícím jednotlivé vlastnosti (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 342).

„Dotazník HSPQ by tedy měl být testem z hlediska normálních vlastností osobnosti univerzálním, prakticky snadno použitelným a přinášejícím závažné poznatky o osobnosti mladého člověka." (Balcar, 1992, s.10). Balcar též uvádí, že to se u nás již značnou měrou potvrdilo (uvádí též řadu údajů o validitě HSPQ), i když některé otázky zůstávají otevřeny výzkumnému zodpovězení. „Již takto je však zřejmé, že pole uplatnění našeho převodu HSPQ je rozsáhlé a rozmanité: ve výzkumu poskytne výhodný nástroj pro kontrolu či přímé zkoumání osobnostních proměnných; ve zdravotnictví , kde podává vyvážený obraz o „normálních" vlastnostech osobnosti, kterou potřebujeme poznat a léčit..."(Balcar, 1992, s.10). Uvádí též, že by v poradenství mohl pomoci odhadnout konkrétní cíle či postupy vhodné pro určitého mladého člověka v jeho zvláštní rodinné a školní situaci. Balcar tak konstatuje, že možnosti dotazníku jsou rozsáhlé a dosavadní slibné výsledky mluví pro jejich využití. Také Svoboda, Krejčířová a Wágnerová (2001) uvádí, že výsledky dotazníku jsou pokládány za věrohodné jak pro diagnostiku, tak i pro predikci.

Nevýhodou dotazníku je kromě jiného nedostatek jednotné pojmové teoretické stavby. Může být, tak jako všechny dotazníkové metody měření osobnosti, zkreslen nežádoucí motivací, záměrným pokusem podat o sobě jiný obraz než pravdivý. Může být ovlivněn nevědomou obsahovou či formální stylizací vlastních odpovědí, lhostejností při vyplňování apod. (Balcar, 1992). Některé z těchto nevýhod by mohly být v našem výzkumu vyváženy Testem stromu.

Tento dotazník byl vybrán do našeho výzkumu z toho důvodu, že umožňuje měřit velké množství osobnostních proměnných. Pro účely našeho výzkumu explorativního typu se nám tak jevil jako vhodný nástroj k uchopení problematiky. Kromě toho by mohl svým psychometrickým charakterem a konstrukcí vycházející z empirických dat poskytnout protiváhu spíše z klinických a psychodynamických úvah vycházejícího Testu stromu. Volba dotazníku vycházela také z faktu, že nám není známo mnoho výzkumů zabývajících se normálními vlastnostmi osobnosti dospívajících obézních. Na základě informací z literatury

usuzujeme, že řada rysů obézních nemusí v dotaznících dosahovat míry naznačující vyhraněnou psychopatologii. Tento dotazník by mohl díky svému zaměření na normální populaci sloužit jako citlivý nástroj, přispívající k zachycení i jemnějších odchylek v osobnostní struktuře obézních jedincům, které i tak ve své totalitě představují významnou determinantu chování jedince.

## 4.3 Další údaje

Získání dalších údajů jako je BMI, věk a bydliště u obézní a kontrolní skupiny, či údajů týkajících se počátku obezity, přítomnosti nadváhy v rodině, frekvence přejídání apod. u obézní skupiny bylo popsáno v předchozí třetí kapitole empirické části.

# 5. Zpracování dat

Přestože je někdy za vhodnější přístup k vyhodnocování Testu stromu považován přístup celostní, někteří autoři (např. Berecká, Čulen, 1996) se ve svých kvantitativních výzkumech snažili určit jednotlivé znaky v kresbách stromu, jejichž výskyt by od sebe odlišoval určité skupiny. Touto cestou jsme se při vyhodnocování Testu stromu vydali i my.

Zpracování dat, především pak dat z Testu stromu, probíhalo ve dvou základních fázích.

V první fázi výzkumu jsme se pokusili identifikovat specifické projevy obézních dívek v Testu stromu. Výstupem této fáze byl seznam znaků, které jsme se rozhodli dále systematicky sledovat.

V druhé fázi byl výskyt stanovených znaků v kresbách stromu vyhodnocován posuzovateli a následně byl podroben statistické analýze. V této fázi výzkumu jsme rovněž provedli analýzu dotazníkové metody.

## 5.1 První fáze výzkumu: Výběr sledovaných znaků Testu stromu

V první fázi výzkumu jsme se na základě analýzy doposud získaných 15 kreseb obézních dívek a 15 kreseb dívek kontrolní skupiny pokusili stanovit znaky, které se nám jevily pro tyto dívky specifické či do jisté míry společné. Tato fáze se blížila svou povahou výzkumu kvalitativnímu, jehož výstupem jsou formulované domněnky vyžadující další ověření. Formulace těchto znaků vycházela z dojmů, jež na nás kresby obézních dívek v porovnání s kontrolní skupinou udělaly. Kromě toho jsme se rozhodli podrobit statistické analýze také některé další znaky, jež se nám v souvislosti s obezitou jevily jako zajímavé a přínosné.

### 5.1.1 Dojmy z kreseb

Některé obézní dívky kreslily velmi velké stromy, působící dojmem těžkopádnosti a prázdnoty. Stromy se vyznačovaly silným mohutným kmenem a malou či málo rozvinutou chudou korunu se slabými tenkými větvemi. Koruny byly také poměrně často uzavřené. Některé z nich působily bizarním dojmem, jiné zraněně. Zdálo se nám, že některé z nich jsou kresleny nápadně lehkým tahem, jakoby se dívky bály zanechat po sobě stopu na papíře, někdy vystupovala nejistota především v oblasti kmene. Stromy také nápadně často vyrůstaly

z dolního okraje papíru, postrádaly základnu, anebo byly zezdola otevřené. Z hlediska prostorového uspořádání byly stromy často posunuty do dolní části papíru spíše doleva. Stromy často vysokým pojetím kmene a vertikální kresbou větví směřovaly spíše nahoru než do stran. Celkově dosahovaly kresby obézních dívek spíše nižší úrovně zpracování, včetně špatně zvládnutého srdce stromu.

Oproti tomu kresby dívek kontrolní skupiny byly často malé, posunuty do levého horního rohu. Vyznačovaly se rozvinutější či větší korunou. Svou strukturou byly lépe zvládnuté, jak co se týče srdce stromu, tak celkové úrovně kresby. Kromě toho také dívky kontrolní skupiny poměrně často kreslily ke stromům různé doplňky, jako hnízda, květiny a zvířata (pták, ježek, veverka atd.).

### 5.1.2 Stanovení zkoumaných znaků

Na základě těchto dojmů bylo vybráno 22 základních „jednoduchých" znaků. K těmto znakům jsme přidali ještě další 2 znaky, jejichž výskyt se nám jevil z hlediska problematiky obezity jako zajímavý. Jednalo se o přítomnost kořenů (kořeny souvisejí podle teoretiků Testu stromu s nevědomím a s pocitem stability a zakořenění) a přítomnost určitých zranění na kmeni (ty jsou teoretiky považovány za indikátory prožitého traumatu). Znak „Posunut doleva" byl zařazen z toho důvodu, že jsme jeho výskyt chtěli využít v kombinovaných znacích. Zároveň nás zajímalo, zda se v jeho výskytu budou dívky lišit, i když se rozdíl v posunu do levé půlky papíru u menšího počtu dívek nejevil nápadným. Poslední zkoumaný znak představovala schématická kresba. Tento znak byl do výzkumu zařazen spíše z důvodu kontroly jako nežádoucí proměnná, která by mohla ovlivnit výsledky výzkumu.[45]

Jelikož se domníváme, že námi použitý kvantitativní přístup spočívající v rozkladu celku na jednotlivé izolované prvky s sebou nese značné nevýhody (např. přílišné zjednodušení či ochuzení dat), a jelikož se nám jevil jako důležitý i celkový dojem, jímž stromy obézních dívek působily (např. kontrast velikosti stromu s nízkou úrovní provedení), pokusili jsme se tyto nevýhody alespoň částečně ošetřit (kromě dojmových kategorií) konceptem „kombinovaných" znaků. Jedná se o znaky, které více zohledňují celostní pohled na kresbu. Tyto sekundární znaky tak v sobě zahrnovaly kombinaci dvou znaků „jednoduchých" a byly rovněž vybrány na základě analýzy kreseb prvních 30 dívek z obou skupin. Jednalo se celkem o 8 znaků. Také tyto znaky byly v následující fázi výzkumu podrobeny statistické analýze.

[45] Pokud by se pouze v jedné ze skupin vyskytovalo vysoké množství schématických stromů, musel by se tento fakt zohlednit při interpretaci výsledků, neboť menší prokreslení stromu s sebou nese menší pravděpodobnost získání diagnosticky důležitých informací (Altman, 2002).

Dále jsou uvedeny znaky, jejichž výskyt byl ve výzkumu sledován. Tam, kde to považujeme za nutné a kde se podobného vysvětlení dostalo i posuzovatelům, uvádíme i bližší vymezení znaku.

### a.) Jednoduché znaky

- **Extrémně velký strom** (tj. strom přes téměř celou plochu papíru na výšku)
- **Malý strom** (tj. strom menší než půlka plochy papíru na výšku)
- **Strom posunut nahoru**
- **Strom posunut dolů**
- **Strom posunut doleva** (při hodnocení tohoto znaku bylo zohledňováno hledisko normálního umístění kmene stromu mírně doleva (Altman, 2002). Skórovaly zde tak pouze dívky, u kterých bylo posunutí kmene doleva výraznější).
- **Zdůraznění směru vzhůru**
- **Přítomnost kořenů**
- **Strom vyrůstající z dolního okraje papíru**
- **Strom bez základny**
- **Strom otevřený zezdola** (nebyly zahrnuty stromy vyrůstající z dolního okraje papíru)
- **Silný mohutný kmen**
- **Malá koruna** (velikost koruny byla posuzována ve srovnání s kmenem)
- **Uzavřená koruna**
- **Nezvládnuté srdce stromu**
- **Strukturovaná rozvinutá koruna** (naznačeno postupné větvení)
- **Schématická koruna**
- **Slabé tenké větve**
- **Suky, díry, ulomené větve a pahýly na kmeni**
- **Různé doplňky** (veškerá zvířata, květiny, houby, hnízda, ptačí budky)
- **Velmi lehký tah**
- **Nejistě nakreslený kmen**
- **Těžkopádný strom** (dojmová kategorie)
- **Prázdný, chudý, mrtvý, depresivně smutný strom** (dojmová kategorie)
- **Zraněný ublížený strom** (dojmová kategorie)
- **Bizarní strom** (dojmová kategorie)
- **Nízká kvalita provedení**

**b.) Kombinované znaky**

- **Strom posunut nahoru doleva**
- **Strom posunut dolů doleva**
- **Silný mohutný kmen + Malá koruna**
- **Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve**
- **Silný mohutný kmen + Málo strukturovaná rozvinutá koruna** (do kategorie Málo strukturovaná rozvinutá koruna byly zařazeny ty stromy, u nichž nebylo skórováno v kategorii Strukturovaná rozvinutá koruna)
- **Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení** (do kategorie Středně velký až extrémně velký strom byly zařazeny ty stromy, u nichž nebylo skórováno v kategorii Malý strom)
- **Extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení**
- **Malý strom + Vysoká kvalita provedení** (do kategorie Vysoká kvalita provedení byly zařazeny ty stromy, u nichž nebylo skórováno v kategorii Nízká kvalita provedení)

## 5.2 Druhá fáze výzkumu: Vyhodnocování kreseb a statistické zpracování dat z kreseb a dotazníků

### 5.2.1 Vyhodnocování kreseb a jejich statistické zpracování

Druhá fáze zpracování Testu stromu spočívala ve vyhodnocování kreseb z hlediska výskytu stanovených znaků. Kresby jsme předložili třem posuzovatelům (psychologům), kteří u každého stromu skórovali přítomnost či nepřítomnost daných znaků. Kresby jim byly předkládány bez identifikačních údajů příslušnosti ke skupině. Jak uvádíme ve výsledcích výzkumu, ke shodě posouzení znaku došlo u všech tří posuzovatelek ve více než 90%. V případech, kdy tomu tak nebylo, byl jako výsledek zvolen převažující názor. Sekundární znaky nebyly podrobeny hodnocení posuzovatelů. Byly u daného stromu skórovány v tom případě, pokud byly skórovány oba znaky jednoduché.

Následovala statistická analýza dat. Využito k ní bylo programu SPSS Release 11.5.1 (Statistical Package for Social Sciences). Významnost rozdílu jsme testovali Chí-kvadrát testem. V případě, že některá z očekávaných četností byla menší než 5, použili jsme k zpřesnění chí-kvadrátu Fisherův test exaktních pravděpodobností.

### 5.2.2 Vyhodnocování a statistické zpracování dotazníku

Vyhodnocování dotazníku HSPQ probíhalo podle pokynů uvedených v českém manuálu k metodě (Balcar, 1992). Pro statistické zpracování bylo využito stenových hodnot. Průměry obézní skupiny v jednotlivých faktorech ve stenech tak byly srovnány s normovými hodnotami (tj. s průměrem 5,5 stenu). Využit k tomu byl jednovýběrový t-test srovnávající empirické hodnoty s hodnotami teoretickými.

# 6. Výsledky

## 6.1 Výsledky Testu stromu

### 6.1.1 Všechny sledované znaky

Statisticky významné rozdíly byly zjištěny u 13 jednoduchých znaků z celkem 26 sledovaných a u 6 kombinovaných znaků z 8 sledovaných. Můžeme tak zamítnout naší nulovou hypotézu: „skupina obézních jedinců se ve výskytu jednotlivých znaků v Testu stromu neliší od skupiny jedinců neobézních". Konstatujeme, že v kresbě stromu se obézní dívky liší od dívek kontrolní skupiny.

Z tabulky č.10 a č.11 je patrný výskyt jednotlivých znaků a procento absolutní shody mezi posuzovateli. Tabulka č.12 udává další údaje ke shodě posuzovatelů.

Z uvedených tabulek je patrné, že shoda mezi posuzovateli byla poměrně vysoká. Nižších skórů dosahovala především u dojmové kategorie „Zraněný, ublížený strom", u kategorie „Strukturované rozvinuté koruny" a u posuzování jistoty tahu na kmeni. Celkově ovšem zůstává vysoká s průměrem 93,1 %.

Tabulka č.13 a č.14 řadí znaky podle dosažené hladiny významnosti (udává, jak významný je rozdíl mezi skupinami ve výskytu daného znaku) na základě chí kvadrátu či (v případě očekávané četnosti menší než 5) na základě Fischerova testu exaktních pravděpodobností.

Červenou barvou jsou značeny znaky, které se statisticky významně vyskytovaly častěji u OS, zelenou pak ty znaky, které byly statisticky významně častější u KS:

*Tab. č. 10: Četnosti jednoduchých znaků a shoda mezi posuzovateli*

| JEDNODUCHÝ ZNAK | OS | | KS | | Shoda posuzovatelů (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) | |
| Extrémně velký strom | 14 | 26,4 | 9 | 16,4 | 98,1 |
| Malý strom | 6 | 11,3 | 22 | 40 | 97,2 |
| Strom posunut nahoru | 6 | 11,3 | 25 | 45,5 | 98,1 |
| Strom posunut dolů | 17 | 32,1 | 11 | 20 | 80,4 |
| Strom posunut doleva | 28 | 52,8 | 40 | 72,7 | 96,3 |
| Zdůraznění směru vzhůru | 18 | 34 | 10 | 18,2 | 85,2 |
| Přítomnost kořenů | 9 | 17 | 13 | 23,6 | 98,1 |
| Strom vyrůstající z dolního okraje papíru | 18 | 34 | 6 | 10,9 | 96,3 |
| Strom bez základny | 39 | 73,6 | 39 | 70,9 | 99,1 |
| Strom otevřený zezdola | 14 | 26,4 | 23 | 41,8 | 99,1 |
| Silný mohutný kmen | 20 | 37,7 | 8 | 14,5 | 98,1 |
| Malá koruna | 19 | 35,8 | 14 | 25,5 | 94,4 |
| Uzavřená koruna | 28 | 52,8 | 25 | 45,5 | 98,1 |
| Nezvládnuté srdce stromu | 14 | 26,4 | 6 | 10,9 | 94,4 |
| Strukturovaná rozvinutá koruna | 12 | 22,6 | 24 | 43,6 | 77,8 |
| Schématická koruna | 6 | 11,3 | 8 | 14,5 | 99,1 |
| Slabé tenké větve | 19 | 35,8 | 9 | 16,4 | 94,4 |
| Suky, díry, ulomené větve a pahýly na kmeni | 10 | 18,9 | 10 | 18,2 | 99,1 |
| Různé doplňky | 1 | 1,9 | 10 | 18,2 | 100 |
| Velmi lehký tah | 8 | 15,1 | 2 | 3,6 | 97,2 |
| Nejistě nakreslený kmen | 14 | 26,4 | 10 | 18,2 | 74,1 |
| Těžkopádný strom | 15 | 28,3 | 3 | 5,5 | 97,2 |
| Prázdný, chudý, mrtvý, depresivně smutný strom | 17 | 32,1 | 14 | 25,5 | 87,9 |
| Zraněný ublížený strom | 18 | 34 | 14 | 25,5 | 74,1 |
| Bizarní strom | 14 | 26,4 | 6 | 10,9 | 92,6 |
| Nízká kvalita provedení | 28 | 52,8 | 15 | 27,3 | 95,3 |

*Tab. č. 11: Četnosti kombinovaných znaků*

| KOMBINOVANÝ ZNAK | OS | | KS | |
|---|---|---|---|---|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) | Absolutní četnost | Relativní četnost(%) |
| Strom posunut nahoru doleva | 5 | 9,4 | 23 | 41,8 |
| Strom posunut dolů doleva | 10 | 18,9 | 6 | 10,9 |
| Silný mohutný kmen + Malá koruna | 14 | 26,4 | 5 | 9,1 |
| Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve | 8 | 15,1 | 0 | 0 |
| Silný mohutný kmen + Málo strukturovaná propracovaná koruna | 2 | 3,8 | 0 | 0 |
| Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení | 24 | 45,3 | 12 | 21,8 |
| Extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení | 9 | 17 | 2 | 3,6 |
| Malý strom + Vysoká kvalita provedení | 2 | 3,8 | 19 | 34,5 |

*Tab. č. 12: Absolutní shoda mezi posuzovateli v procentech*

| Shoda mezi posuzovateli v procentech | | | |
|---|---|---|---|
| Průměrná shoda | Směrodatná odchylka | Minimální shoda | Maximální shoda |
| 93,1 | 7,9 | 74,1 | 100 |

*Tab. č.13: Dosažené hladiny významnosti u jednoduchých znaků*

| JEDNODUCHÝ ZNAK | P |
|---|---|
| Strom posunut nahoru | <0,001 |
| Malý strom | 0,001 |
| Těžkopádný strom | 0,001 |
| Strom vyrůstající z dolního okraje papíru | 0,004 |
| Různé doplňky | 0,005 |
| Silný mohutný kmen | 0,006 |
| Nízká kvalita provedení | 0,007 |
| Strukturovaná rozvinutá koruna | 0,021 |
| Slabé tenké větve | 0,021 |
| Strom posunut doleva | 0,032 |
| Nezvládnuté srdce stromu | 0,038 |
| Bizarní strom | 0,038 |
| Velmi lehký tah | 0,05 |
| Zdůraznění směru vzhůru | 0,061 |
| Strom otevřený zezdola | 0,092 |
| Strom posunut dolů | 0,152 |
| Extrémně velký strom | 0,202 |
| Malá koruna | 0,241 |
| Nejistě nakreslený kmen | 0,304 |
| Zraněný ublížený strom | 0,333 |
| Přítomnost kořenů | 0,391 |
| Uzavřená koruna | 0,443 |
| Prázdný, chudý, mrtvý, depresivně smutný strom | 0,447 |
| Schématická koruna | 0,618 |
| Strom bez základny | 0,756 |
| Suky, díry, ulomené větve a pahýly na kmeni | 0,927 |

*Tab č.14: Dosažené hladiny významnosti u kombinovaných znaků*

| KOMBINOVANÝ ZNAK | P |
|---|---|
| Strom posunut nahoru doleva | <0,001 |
| Malý strom + Vysoká kvalita provedení | <0,001 |
| Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve | 0,003 |
| Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení | 0,01 |
| Silný mohutný kmen + Malá koruna | 0,018 |
| Velký strom + Nízká kvalita provedení | 0,022 |
| Silný mohutný kmen + Málo strukturovaná propracovaná koruna | 0,238 |
| Strom posunut dolů doleva | 0,244 |

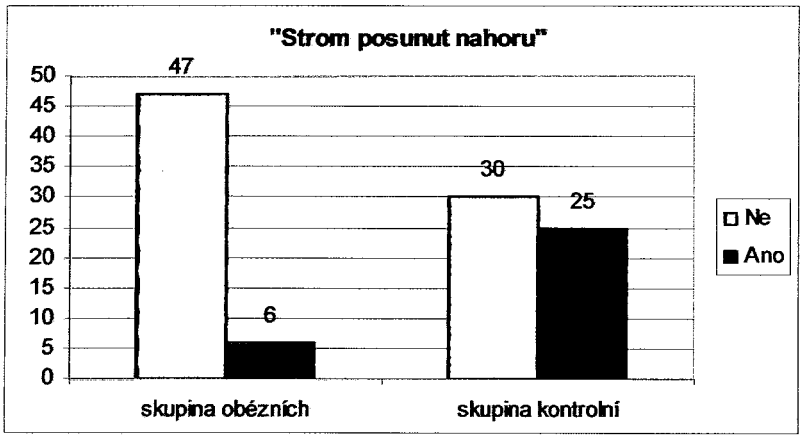
### 6.1.2 Statisticky významné znaky

V následujícím textu uvedeme relativní četnosti a výsledky statistických metod (chí kvadrát nebo Fischerův test) u znaků, ve kterých se obě skupiny statisticky lišily. Absolutní četnosti znaků budou vyjádřeny formou sloupcových grafů.

➢ Strom posunut nahoru

Znak **„Strom posunut nahoru“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.10) se u obézních dívek vyskytl v 11,3%, zatímco u kontrolní skupiny v 45,5%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 15{,}367$, df=1, $p < 0{,}001$).

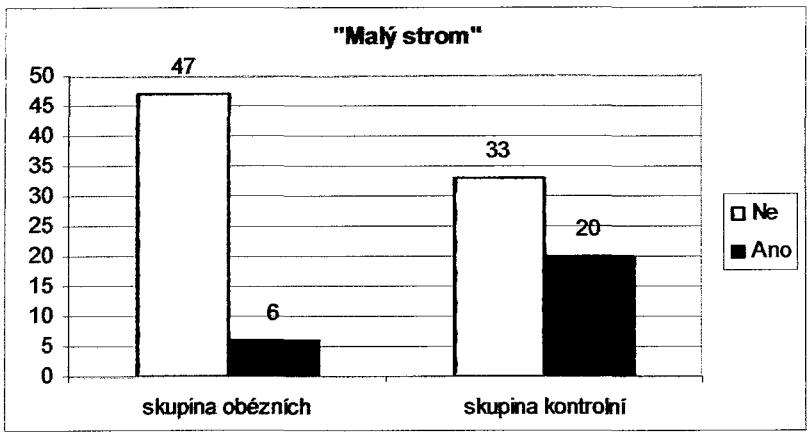
*Graf č. 10: Strom posunut nahoru*



➢ Malý strom

Znak **„Malý strom“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.11) se u obézních dívek vyskytl v 11,3%, zatímco u kontrolní skupiny v 40%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 11,56$, df=1, p=0,001 ).

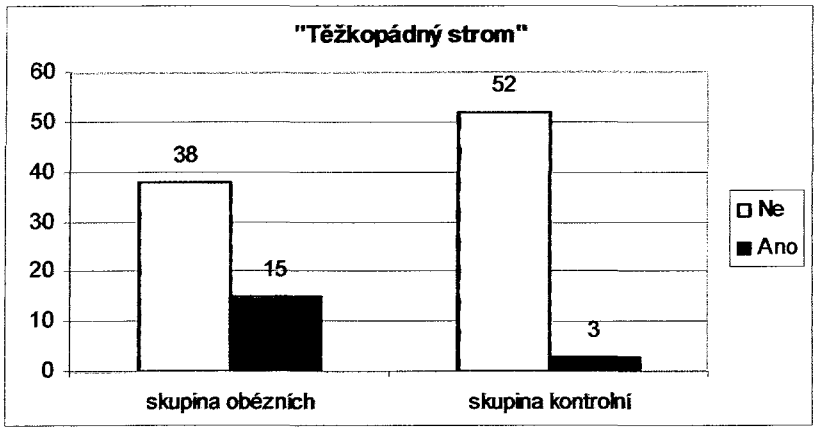
*Graf č. 11*




➢ **Těžkopádný strom**

Znak **„Těžkopádný strom“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.12) se u obézních dívek vyskytl v 28,3%, zatímco u kontrolní skupiny v 5,5%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 10,144$, df=1, p=0,001 ).

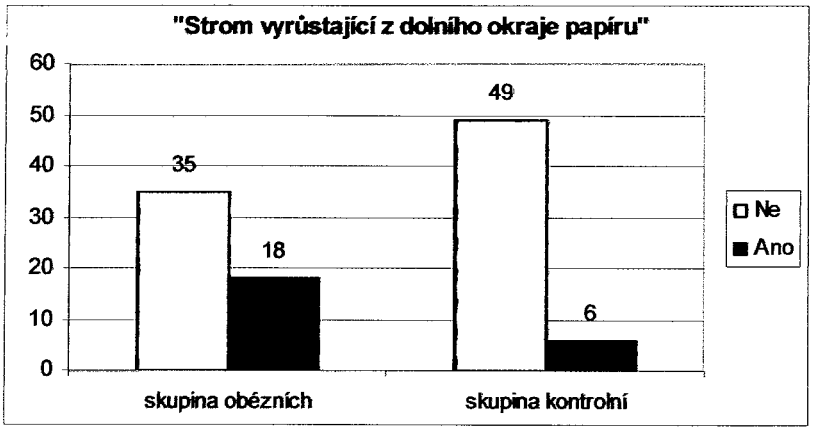
*Graf č. 12*



➢ **Strom vyrůstající z dolního okraje papíru**

Znak **„Strom vyrůstající z dolního okraje papíru“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.13) se u obézních dívek vyskytl v 34%, zatímco u kontrolní skupiny v 10,9%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 8{,}299$, df=1, p=0,004 ).

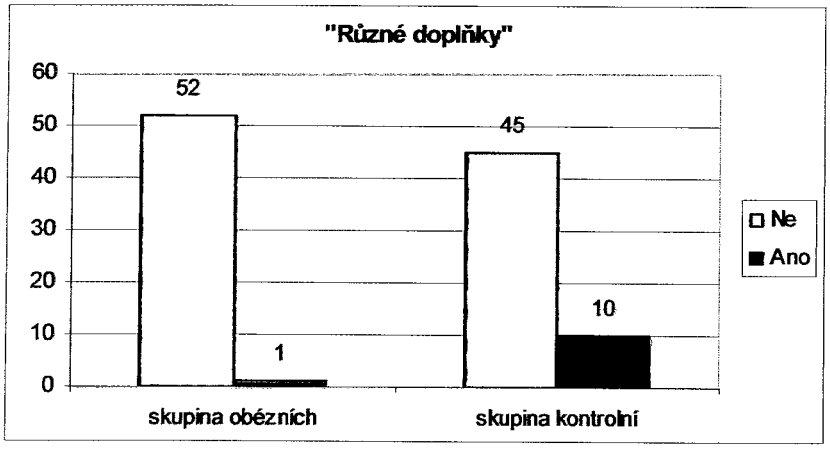
*Graf č. 13*




➢ Různé doplňky

Znak **„Různé doplňky“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.14) se u obézních dívek vyskytl v 1,9%, zatímco u kontrolní skupiny v 18,2%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 7{,}834$, df=1, p=0,005 ).

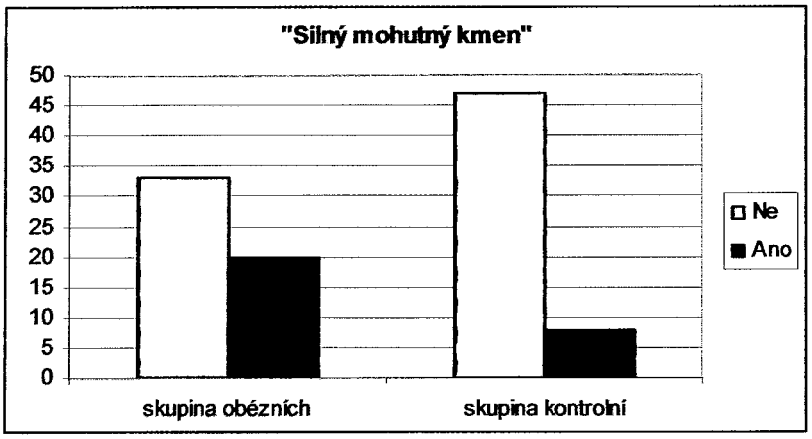
*Graf č. 14*



➢ **Silný mohutný kmen**

Znak **„Silný mohutný kmen“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.15) se u obézních dívek vyskytl v 37,7%, zatímco u kontrolní skupiny v 14,5%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 7{,}588$, df=1, p=0,006 ).

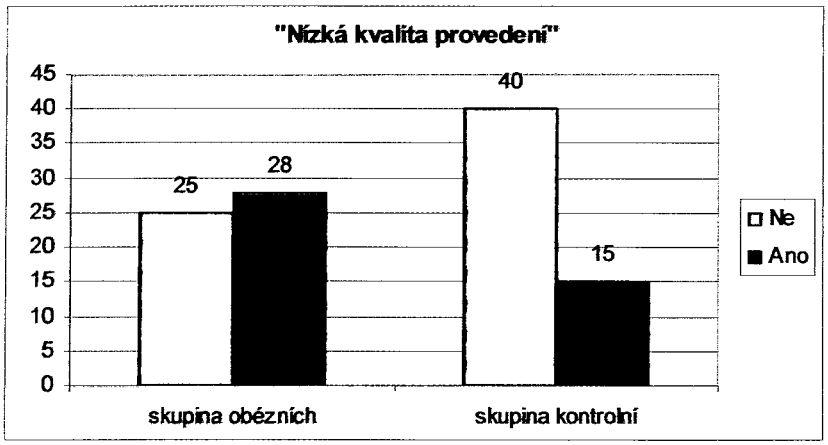
*Graf č. 15*




➢ **Nízká kvalita provedení**

Znak **„Nízká kvalita provedení“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.16) se u obézních dívek vyskytl v 52,8%, zatímco u kontrolní skupiny v 27,3%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 7{,}357$, df=1, p=0,007 ).

*Graf č. 16*



➢ Strukturovaná rozvinutá koruna

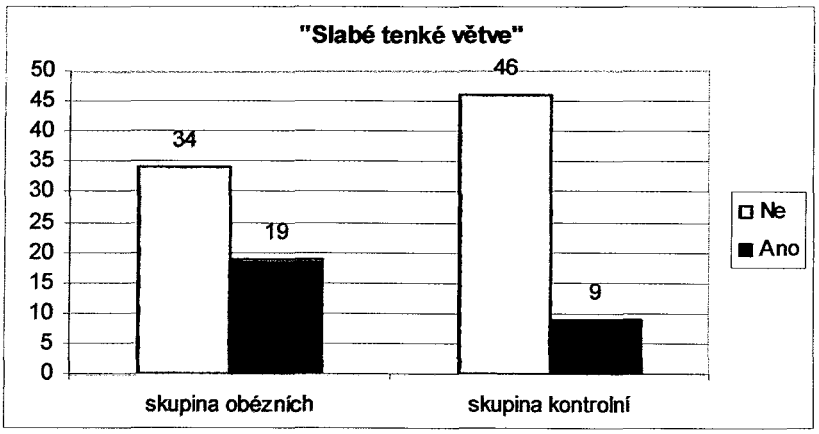
Znak **„Strukturovaná rozvinutá koruna“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.17) se u obézních dívek vyskytl v 22,6%, zatímco u kontrolní skupiny v 43,6%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 5{,}354$, df=1, p=0,021 ).

*Graf č. 17*

➢ **Slabé tenké větve**

Znak **„Slabé tenké větve“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.18) se u obézních dívek vyskytl v 35,8%, zatímco u kontrolní skupiny v 16,4%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 5{,}336$, df=1, p=0,021 ).

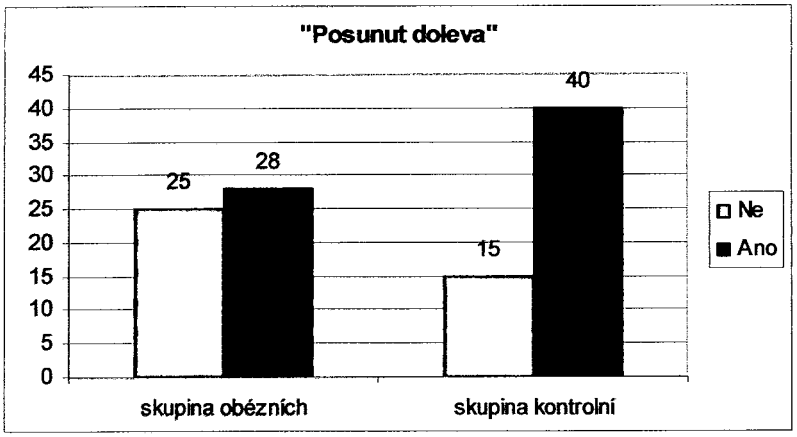
*Graf č. 18*



➢ Strom posunut doleva

Znak **„Strom posunut doleva“** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.19) se u obézních dívek vyskytl v 52,8%, zatímco u kontrolní skupiny v 72,7%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 4{,}582$, df=1, p=0,032 ).

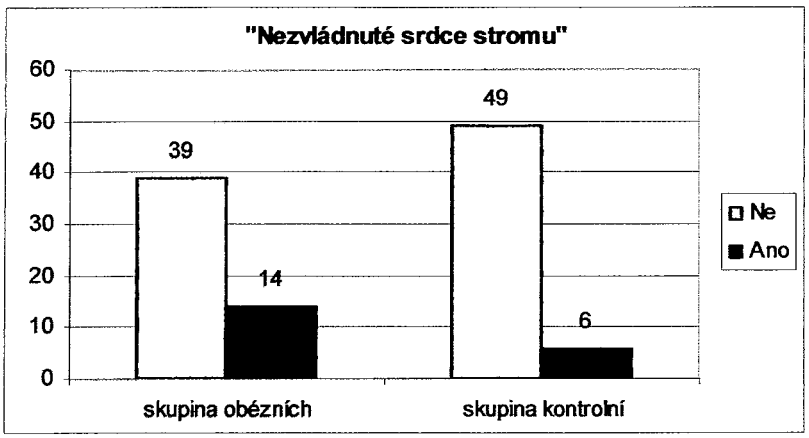
*Graf č. 19*




➢ **Nezvládnuté srdce stromu**

Znak **„Nezvládnuté srdce stromu “** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.20) se u obézních dívek vyskytl v 26,4%, zatímco u kontrolní skupiny v 10,9%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 4{,}301$, df=1, p=0,038 ).

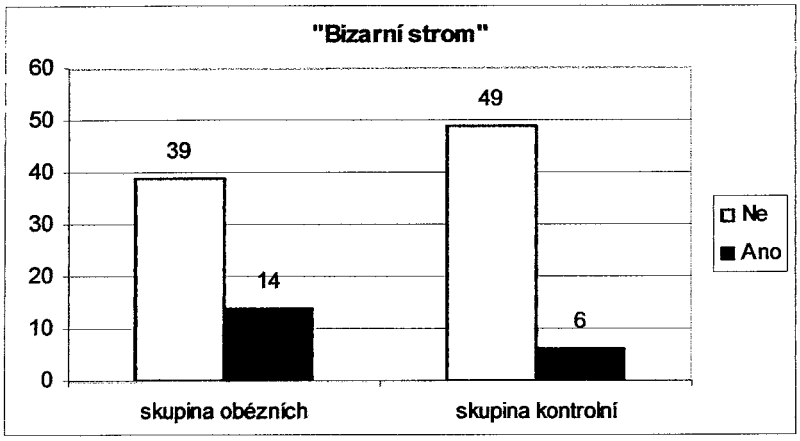
*Graf č. 20*



➢ **Bizarní strom**

Znak **„Bizarní strom "** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.21) se u obézních dívek vyskytl v 26,4%, zatímco u kontrolní skupiny v 20%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný( $\chi^2 = 4{,}301$, df=1, p=0,038 ).

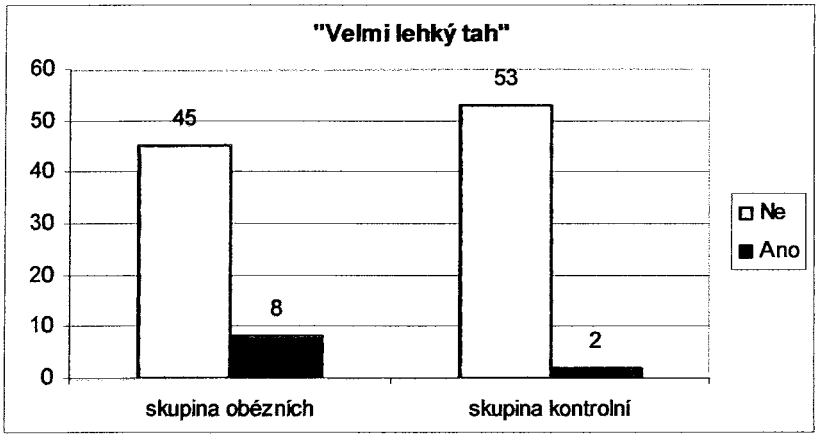
*Graf č. 21*




➢ **Velmi lehký tah**

Znak **„Velmi lehký tah"** (viz. tabulka č.10, č.13 a graf č.22) se u obézních dívek vyskytl v 15,1%, zatímco u kontrolní skupiny v 3,6%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný( $\chi^2 = 4{,}217$, df=1, p=0,04 ).

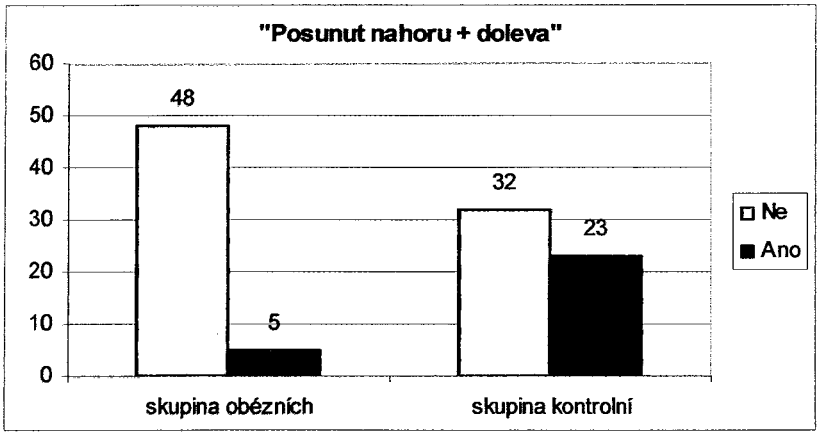
*Graf č. 22*



➢ Strom posunut nahoru doleva

Znak **„Strom posunut nahoru doleva“** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.23) se u obézních dívek vyskytl v 9,4%, zatímco u kontrolní skupiny v 41,8%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný( $\chi^2 = 14{,}739$, df=1, $p < 0{,}001$ ).

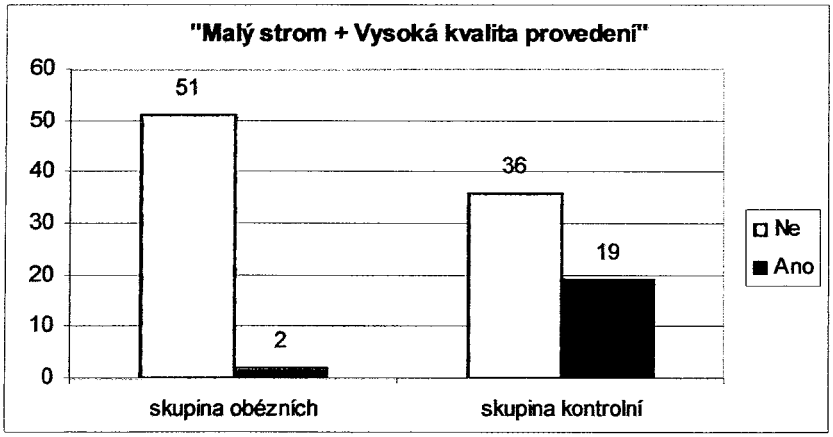
*Graf č. 23*




➢ Malý strom + Vysoká kvalita provedení

Znak **„Malý strom+ Vysoká kvalita provedení “** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.24) se u obézních dívek vyskytl v 11,3%, zatímco u kontrolní skupiny v 45,5%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 16{,}317.$ , df=1, $p < 0{,}001$ ).

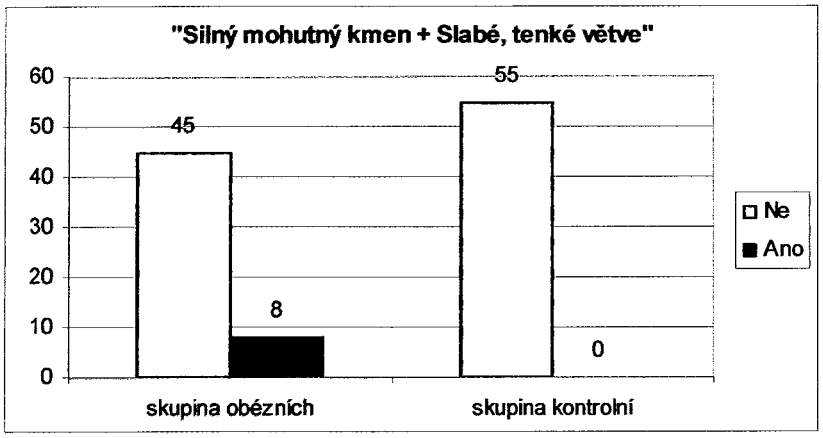
*Graf č. 24*



➢ **Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve**

Znak **„Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve“** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.25) se u obézních dívek vyskytl v 15,1%, zatímco u kontrolní skupiny v 0%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ($\chi^2 = 8{,}966.$, df=1, p=0,003 ).

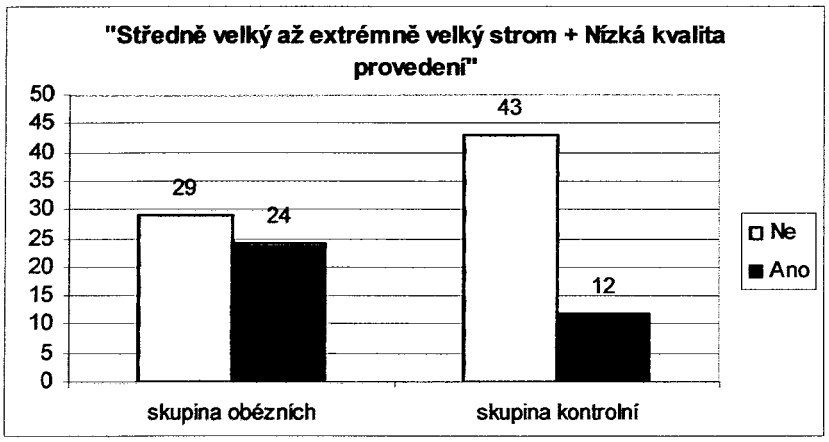
*Graf č. 25*




➢ **Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení**

Znak **„Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení“** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.26) se u obézních dívek vyskytl v 45,3%, zatímco u kontrolní skupiny v 21,8%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 6{,}687$, df=1, p=0,01 ).

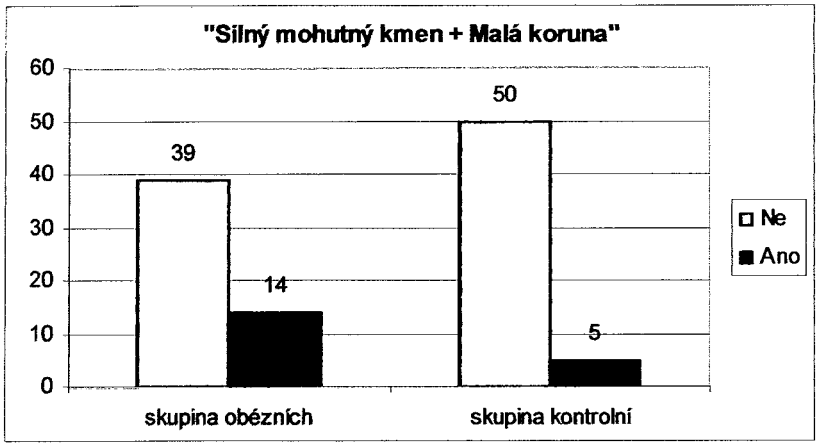
*Graf č. 26*



➢ **Silný mohutný kmen + Malá koruna**

Znak **„Silný mohutný kmen + Malá koruna“** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.27) se u obézních dívek vyskytl v 26,4%, zatímco u kontrolní skupiny v 9,1%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 5{,}588$, df=1, p=0,018 ).

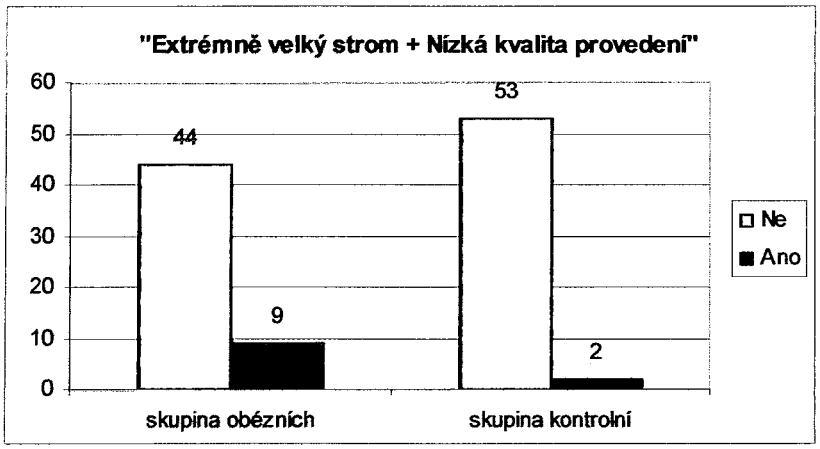
*Graf č. 27*




➢ **Extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení**

Znak **„Extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení“** (viz. tabulka č.11, č.14 a graf č.28) se u obézních dívek vyskytl v 17%, zatímco u kontrolní skupiny v 3,6%. Rozdíl mezi těmito hodnotami je statisticky významný ( $\chi^2 = 5{,}254$, df=1, p=0,022 ).

*Graf č. 28*



## 6.2 Výsledky dotazníku HSPQ

Obézní dívky se od normálních kontrol statisticky významně lišily v průměrných hodnotách ve 4 primárních faktorech ze 14 a v 1 sekundárním faktoru ze 3 (viz tabulka 15 a 16, graf 29). Můžeme tak zamítnout nulovou hypotézu, že „obézní skupina se neliší v jednotlivých faktorech osobnosti od skupiny jedinců normální váhy". Průměrné skóry obézních dívek v osobnostním dotazníku se statisticky významně liší od normy.

Jedná se o tyto faktory:

- Faktor B, nízká(-) versus vysoká krystalická inteligence(+), v němž vykazují dívky OS hodnoty nižší o 0,89 stenu. Rozdíl je statisticky významný (t=3,242; p=0,002).
- Faktor D, netečnost(-) versus vzrušivost(+), v němž se dívky OS v průměru liší o 0,89 stenu ve směru vyšších hodnot. Rozdíl je statisticky významný (t=3,425; p=0,001).
- Faktor G, nesvědomitost(-) versus svědomitost(+), v němž vykazují dívky OS hodnoty vyšší o 0,67 stenu. Rozdíl je statisticky významný (t=2,226; p=0,03).
- Faktor 0, optimististická sebedůvěra(-) versus úzkostná sebenejistota(+), v němž se dívky OS v průměru liší o 1,03 stenu ve směru vyšších hodnot. Rozdíl je statisticky významný (t=3,433; p=0,001).
- Sekundární faktor QII, integrovanost(-) versus úzkostnost(+), v němž vykazují dívky OS hodnoty vyšší o 0,8 stenu. Rozdíl je statisticky významný (t=2,005; p=0,05).

Tabulky č. 15-16 a graf č.29 uvádí data týkající se dotazníku HSPQ u OS a srovnání jejich průměrů v jednotlivých faktorem s teorií. Vyznačeny jsou faktory (v tabulce červeně, v grafu hvězdičkou), u kterých byl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p<0,05$).

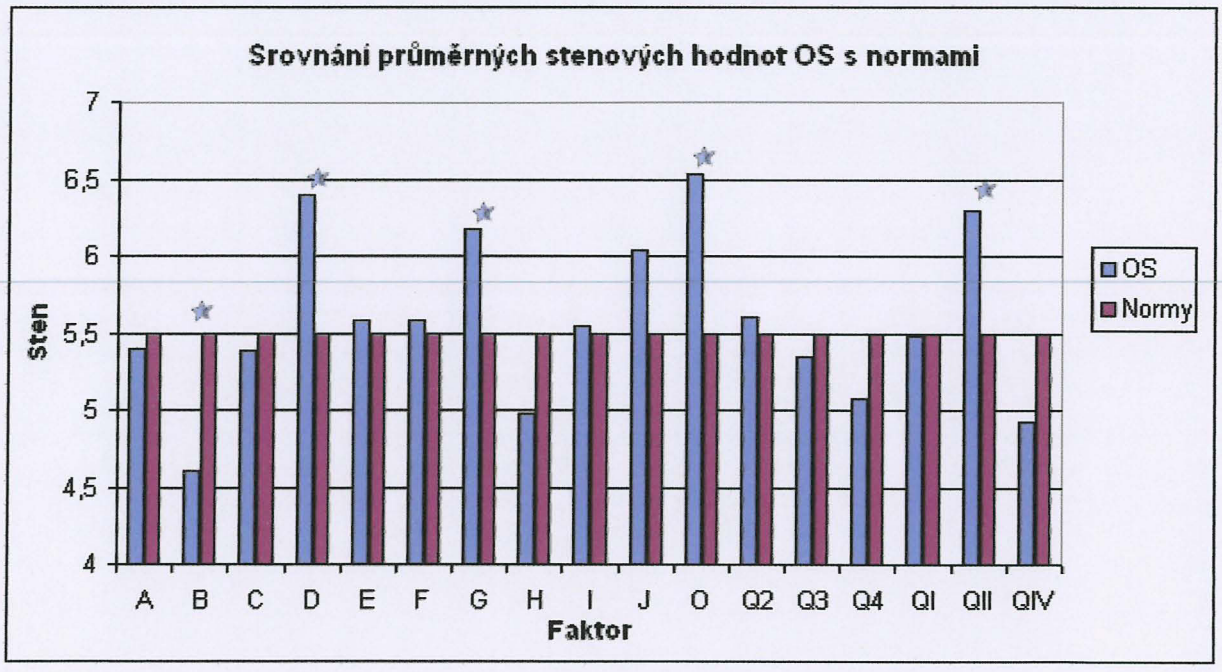
*Tabulka č. 15*

| Stenové hodnoty skupiny obézních v dotazníku HSPQ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jednovýběrová statistika | | | | | | |
| | | | Počet jedinců | Průměr faktoru ve stenech | Standardní odchylka ve stenech | Standardní chyba měření |
| Faktor | Faktor I.řádu | A | 53 | 5,4 | 1,91 | 0,26 |
| | | B | 53 | 4,6 | 2,01 | 0,28 |
| | | C | 53 | 5,38 | 1,93 | 0,27 |
| | | D | 53 | 6,4 | 1,9 | 0,26 |
| | | E | 53 | 5,58 | 2,09 | 0,29 |
| | | F | 53 | 5,58 | 2,4 | 0,33 |
| | | G | 53 | 6,17 | 2,19 | 0,3 |
| | | H | 53 | 4,98 | 2,25 | 0,31 |
| | | I | 53 | 5,55 | 2,15 | 0,3 |
| | | J | 53 | 6,04 | 2,21 | 0,3 |
| | | O | 53 | 6,53 | 2,18 | 0,3 |
| | | Q2 | 53 | 5,6 | 2,08 | 0,29 |
| | | Q3 | 53 | 5,34 | 1,93 | 0,27 |
| | | Q4 | 53 | 5,08 | 1,73 | 0,24 |
| | Faktor II.řádu | QI | 53 | 5,48 | 3,35 | 0,46 |
| | | QII | 53 | 6,3 | 2,91 | 0,4 |
| | | QIV | 53 | 4,92 | 3,26 | 0,45 |

*Tabulka č. 16*

| Jednovýběrový t-test - srovnání s teorií (normami) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Test = 5.5 | | | | | | |
| | | | T | df | Hladina významnosti (dvoustranný test) | Průměrný rozdíl | 95% Interval spolehlivosti rozdílu | |
| | | | | | | | Dolní | Horní |
| Faktor | Faktor I.řádu | A | -0,4 | 52 | 0,7 | -0,1 | -0,63 | 0,42 |
| | | B | -3,24 | 52 | 0 | -0,9 | -1,45 | -0,34 |
| | | C | -0,46 | 52 | 0,65 | -0,12 | -0,66 | 0,41 |
| | | D | 3,43 | 52 | 0 | 0,9 | 0,37 | 1,42 |
| | | E | 0,3 | 52 | 0,77 | 0,08 | -0,49 | 0,66 |
| | | F | 0,26 | 52 | 0,8 | 0,08 | -0,58 | 0,75 |
| | | G | 2,23 | 52 | 0,03 | 0,67 | 0,07 | 1,27 |
| | | H | -1,68 | 52 | 0,1 | -0,52 | -1,14 | 0,1 |
| | | I | 0,16 | 52 | 0,87 | 0,05 | -0,55 | 0,64 |
| | | J | 1,77 | 52 | 0,08 | 0,54 | -0,07 | 1,14 |
| | | O | 3,43 | 52 | 0 | 1,03 | 0,43 | 1,63 |
| | | Q2 | 0,36 | 52 | 0,72 | 0,1 | -0,47 | 0,68 |
| | | Q3 | -0,61 | 52 | 0,55 | -0,16 | -0,69 | 0,37 |
| | | Q4 | -1,79 | 52 | 0,08 | -0,42 | -0,9 | 0,05 |
| | Faktor II.řádu | QI | -0,04 | 52 | 0,97 | -0,02 | -0,94 | 0,91 |
| | | QII | 2,01 | 52 | 0,05 | 0,8 | 0 | 1,6 |
| | | QIV | -1,29 | 52 | 0,2 | -0,58 | -1,47 | 0,32 |

*Graf č. 29*



# 7. Interpretace

## 7.1 Interpretace výsledků Testu stromu

V interpretaci výsledků Testu stromu se opíráme nejvíce o text Zdeňka Altmana (2002), který byl vydán jako pracovní materiál k jeho kursu Testu stromu, a o jeho osobní sdělení ze školícího kurzu k tomuto testu. Tím je dán do značné míry i charakter našich interpretací. Současně vztahujeme některé znaky v kresbě stromu k výsledkům dotazníku, uvedeným níže v této kapitole. Interpretace udávané v manuálech jsme také často doplňovaly vlastními úvahami.

Vzhledem k značné interpretační volnosti Testu stromu a vzhledem k tomu, že jsme se snažili o co nejobjektivnější pohled na získané výsledky, který by nebyl ovlivněn našimi subjektivními očekáváními, mohou vysvětlení některých znaků působit zdlouhavě a složitě. Stručnější shrnutí a jakousi integraci těchto interpretací lze nalézt v následující 8. kapitole.

Naše interpretace jsou vedené cílem našeho výzkumu, tedy zájmem o poznání osobnostních rysů. Z tohoto důvodu zde vědomě opomíjíme fakt, že řada statisticky významných znaků u OS v Testu stromu by mohla být projevem nižší úroveň krystalické inteligence (viz níže, faktor B dotazníku). Tento fakt je ovšem nutné zohlednit při hodnocení spolehlivosti našich závěrů.

➢ Strom posunut nahoru

Oblast horní části papíru symbolizuje obecně zónu intelektuální a spirituální, představuje vědomí a duchovno, ale také ambice a optimismus, zatímco střední zóna je spojená s vědomým životem a city a dolní oblast s materialitou, hmotou, nevědomím a pudy.

Posun stromu nahoru u KS by mohl být interpretován jako rys optimismu a menší vázanost na pudy a větší tendence či schopnost transformovat prožitky do duchovní sféry.

Současně si myslíme, že vzhledem k tomu, že řada stromů posunutých nahoru byla zároveň posunuta doleva (23 z 25) a řada jich tak zaujímala pozici v levém horním rohu, je třeba zvážit, zda se nejedná spíše o typickou obrannou reakci ve zkouškové situaci (viz níže : Strom posunut nahoru doleva).

➢ Malý strom

Podobně i zvýšený výskyt malého stromu u KS v kontrastu s OS je možné považovat za obrannou reakci této skupiny na zkouškovou situaci. V této reakci se tak u KS projevuje jejich nejistota a opatrnost, spojená se zátěžovou situací a pravděpodobně i obecně s obdobím dospívání, umocněná možná i o to, že se jednalo o testování ve školním prostředí. U OS lze

také sledovat znaky nejistoty, které jsou ovšem jinak vyjádřené (např. znak Velmi lehký tah). Z těchto důvodu nelze činit závěry o osobnostním rysu poukazujícím na vyšší nejistotu dívek KS.

Podíváme-li se na kresbu jako na záznam chování, nabízí se nám úvaha o menší potřebě jedinců KS zabírat prostor, o menší snaze zdůraznit se, případně o větší tendenci v zátěžové situaci ustoupit do pozadí. Pokládáme si tak otázku, zda-li potřeba zabírat prostor a být viděn není potřebou typickou pro obézní jedince, a zda tedy tato potřeba není řešena prostřednictvím toho, že se tito jedinci snaží na sebe upozornit svou tělesnou velikostí. Tato úvaha je v souladu s některými psychodynamickými teoriemi psychologického významu velikosti těla (např. Bruch, 1973, Marcelli, 1981). Je možné též odkázat na teorii K. Filasové (2005), která považuje obezitu za formu obrany osobního prostoru.

Vzhledem k tomu, že kresba stromu představuje kresbu sebe sama, mohlo by se ovšem také jednat o vliv body image, o přenesené zobrazení vlastního těla do kresby stromu. Nicméně to, že se velikost těla projevila v kresbě stromu, by přesto mohlo být považováno za závažné. Zvýšený výskyt tohoto znaku ukazuje totiž na to, že se velikost těla stala důležitou součástí identity obézních dívek.

- **Těžkopádný strom**

Těžkopádný dojem stromů kreslených OS by mohl být interpretován jako znak nevyzrálosti či nedostatečně rozvinuté uplatnění ve světě. Nabízí se také interpretace větší míry fixace obézních jedinců na pudy a na oblast ega, která stlačuje stromy opticky dolů.

Mohlo by se také jednat o sníženou psychickou pohyblivost, která by mohla zvyšovat zaměření obézních na jídlo.

Zároveň by se také v tomto znaku mohl uplatňovat vliv body image obézních dívek. Vzhledem k obtížnější fyzické pohyblivosti a někdy i odporu k pohybu lze uvažovat o tom, zda se v tomto znaku neprojevil dojem obézních dívek o vlastní tělesné těžkopádnosti a nedostatku hbitosti.

Kromě toho může těžkopádný sražený kmen může svědčit také o psychickém útlumu, což by mohlo souviset s depresivním prožíváním zmiňovaným v literatuře u obézních (viz TČ, kapitola 6.4.2).

Vzhledem k tomu, že OS dosáhla nižších skórů ve faktoru B dotazníku, je třeba též zvážit, zda tento znak nereflektuje jejich nižší inteligenci, určitou „jednoduchost" a převahu konkrétního myšlení. Vezmeme-li v úvahu i to, že obézní dívky jsou podle výsledků ve faktoru G svědomitější a zodpovědnější (viz níže, EČ, kapitola 7.2), mohl by tento znak vypovídat i o jakési „těžkopádné svědomitosti a snaživosti".

- **Strom vyrůstající z dolního okraje papíru**

Strom vyrůstající z dolního okraje papíru by mohl svědčit o nedostatku vlastního zdroje opory u obézních dívek, kdy musí být jako základny využito okraje papíru. Obézní dívky se

tedy pasivně přizpůsobují danému okraji, mají nedostatek schopností vytvořit si vlastní základnu, což svědčí o jejich nezralosti a závislosti na okolních podmínkách.

Mohlo by se jednat např. na hodnocení a představách rodičů, jemuž se tyto dívky možná příliš přizpůsobují a jimž vyhovují. To je v souladu s popisem obézních dívek u Bruch (1973). Nabízí se též úvaha o tom, že tato absence vnitřní opory by mohla být kompenzována přehnaným zaměřením na jídelní oblast. Na závislost na vnějších oceněních u obezity poukazují též někteří psychoanalytičtí autoři (např. Jeammet, 1991), a určitým způsobem i teorie externality (viz TČ, kapitola 6.2.2).

Domníváme se, že nedostatek integrované vnitřní podpory by mohl být způsoben rodinnými problémy, např. nedostatečným přijetím dítěte či nedostatkem bezpečí v rodině.

Dolní okraj papíru zároveň symbolizuje místo zrodu a pudy. Tento znak by tedy mohl svědčit o zvýšené pudovosti.

- **Různé doplňky** (zvířata, květiny, houby, hnízda, ptačí budky)

Tento znak je považován za typický znak dětské kresby, který je ovšem podle literárních zdrojů ještě poměrně běžný u dospívajících dívek. Z tohoto důvodu se přikláníme z možných interpretací spíše k variantě, že v tomto znaku se u KS projevuje jejich dosud zachovaná dětská hravost, lehkost, spontaneita a schopnost radovat se z prožitku či bezprostřední potěšení z činnosti, které obézní dívky postrádají.

To by mohlo souviset s depresivním prožíváním obézních, udávaným v literatuře (viz TČ, kapitola 6.4,2), a mohlo by tak podávat určité vysvětlení depresivních prožitků, kdy si obézní dívky nejsou schopny vychutnat okamžité prožitky a bezprostředně si užívat pozitivních aspektů života. K životu přistupují spíše vážně a zodpovědně a mají problém se uvolnit. Tento přístup by mohl být kompenzován v dezinhibičním jídelním chování či hledáním útěchy v jídle. Nedostatek bezprostřednosti, neschopnost nechat se strhnout, by mohl podporovat jejich fixaci na oblast jídla.

Tento znak může být interpretován také jako projev recese a jako menší míra zodpovědnosti a spolehlivosti. Nižší frekvence tohoto znaku u OS tak naznačuje, že obézní dívky si v menší míře dokáží dělat legraci sami ze sebe, ze zadaného úkolu a z autority a jsou více zodpovědné. To je v souladu s nálezem zvýšeného skóru ve faktoru G dotazníku (svědomitost).

- **Silný mohutný kmen**

Vyšší výskyt tohoto znaku by mohl být odrazem obrazu těla obézních dívek, který reflektuje jejich tělesnou mohutnost.

Jelikož kmen představuje také ego, silný mohutný kmen by mohl představovat formu obrany ega. Na obezitu jako obranu proti pochybnostem o sobě a proti vlastnímu selhání také poukazují někteří psychodynamičtí autoři (např. Bruch, 1973; Marcelli, 1981).

Pokud bychom dali přednost jiné interpretaci, chápající strom jako obraz psychického fungování, mohli bychom uvažovat o zdůraznění stability a jistoty. Zároveň může být tento

znak považován za znak nevyzrálosti, pudovosti až primitivity. Nabízí se také úvaha o nepřizpůsobivosti, nedostatku pružnosti a flexibility.

Jelikož kmen je symbolem tohoto nejpodstatnějšího v osobnosti (poukazuje na pocit základní životní síly a sílu ega, ztělesňuje pudový a instinktivní základ osobnosti), je možné tento znak interpretovat jako poměrně dobrou sílu ega či jako mohutný pudový základ osobnosti a intenzivní emoce. Vzhledem k nepodařenému srdci stromu bychom se ovšem přikláněli spíše k interpretaci pudovosti a intenzivních emocí.

- **Nízká kvalita provedení**

Kvalita provedení vypovídá podle literatury o úrovni vyspělosti psychiky. U vysoké kvality či přiměřené kvality provedení běžnější u KS tak lze uvažovat o více vnitřně integrované osobnosti, která adekvátně percipuje vnější realitu, přiměřeně reaguje na podněty a je schopná řešit neobvyklé úkoly, zatímco nízká kvalita provedení u OS by mohla odrážet méně integrovanou osobnost obézních dívek.

Tento nález je v souladu s nálezem zvýšeného QII v dotazníku (integrovanost vs. úzkostnost, viz níže). V úrovni provedení lze ovšem hledat i určitou souvislost s úrovní rozumových schopností, zejména s přístupem k podnětům a způsobem jejich zpracování (kognitivní styl), na což poukazuje i nižší skór ve faktoru B (krystalická inteligence, viz níže).

- Strukturovaná rozvinutá koruna

Málo rozvinutá koruna stromů obézních dívek by mohla vypovídat o jejich pocitu nedostačivosti při prosazování se ve vnějším světě, při naplňování životního prostoru. Chudá struktura větví by mohla být vyjádřením pochybností dívek o svých schopnostech prosadit se a realizovat své představy. Tento znak vypovídá rovněž o vnímání světa jako málo uspokojivého nešťastného místa. Tento typ koruny by mohl vypovídat i o ochuzeném emocionálním prožívání a smyslovosti, případně o nedostatku radosti z interpersonálních vztahů.

To by mohlo být odrazem předsudků společnosti vůči obézním, které jim do značné míry ztěžují uplatnění ve světě a pocit plnohodnotné existence. Tento znak by ovšem mohl také vypovídat o depresivním prožívání dívek, které může, ale nemusí být důsledkem těchto předsudků. Může vypovídat i o pocitech nedostačivosti, jejichž příčinou je spíše rodinné prostředí a problémy v něm než samotná obezita.

Vzhledem k tomu, že struktura koruny symbolizuje také základní strukturu a organizaci osobnosti, lze činit určité závěry o problematickém vnitřním řádu a o nižší integrovanosti ega, o nižší vyzrálosti a koordinaci psychické činnosti u obézních dívek. Přiměřeně formované a rozmístěné větve u KS by mohly vypovídat o normálním přizpůsobení, životním uspokojení, psychické vyrovnanosti, zatímco u OS je jejich přizpůsobení a vyrovnanost oslabena.

Na tyto osobnostní problémy by se tak dalo v souladu s psychodynamickými teoriemi pohlížet faktory spolupodílící se na obezitě jako její příčiny (viz TČ, kapitola.6.1).

➢ **Slabé tenké větve**

Vyšší zastoupení slabých tenkých větví u obézních dívek by mohlo podobně jako předchozí znak vypovídat o problémech se sebeprosazením ve světě a také o jejich nejistotě v sociálním kontaktu s druhými lidmi. Slabé větve mohou také vypovídat o nedostatečných zdrojích uspokojení v okolí či o slabé síle ega. Všechny větve jen jednou čarou bývají také považovány za projev nevyspělosti.

➢ **Strom posunut doleva**

Posun doleva znamená obvykle introverzi, přemýšlivost až určitý odstup od reality a zaměření na minulost apod. Vzhledem k tomu, že k posunu doleva u KS docházelo většinou zároveň s posunem do horního kvadrantu, dali bychom přednost spíše interpretacím beroucím v úvahu celkový posun stromu (viz kombinované znaky).

➢ **Nezvládnuté srdce stromu**

Srdce stromu vypovídá o cestě ke vzniku osobnosti, je odrazem dovršení dětství a dozrání osobnosti, symbolizuje střed Já. Vyšší výskyt nezvládnutého srdce stromu u obézních dívek by mohl vypovídat o problémech v samém středu Já, které hraje klíčovou roli v organizaci psychického života, nebo o jejich celkové nevyzrálosti.

Dobře zvládnuté srdce stromu vypovídá také o regulaci toku energie v osobnosti, o přiměřené reakci na podněty a schopnosti regulovat své jednání a chování, což by mohlo poukazovat na to, že obézní jedinci mají v této osobnostní regulaci častěji problémy.

Problémy ve zvládání emocí a regulaci chování by se tak, jak již bylo zmíněno, mohly projevovat či být kompenzovány v přístupu k jídlu.

Nevyzrálost by mohla v souladu s psychodynamickými teoriemi souviset s problémy v rodině obézních dívek (např. Bruch, 1973), kdy rodiče svým výchovným přístupem a vztahem k nim neumožní dětem vyspět, vyzrát, neboť nerespektují jejich individualitu, využívají je k vlastním cílům, či jsou nedostatečně empatičtí aj.

➢ **Bizarní strom**

Kresba stromu působícího dojmem bizarnosti (častější u obézních dívek) by mohla vypovídat o odchylkách v psychické organizaci osobnosti obézních dívek. Vzhledem k tomu, že použití kritéria bizarnosti v Testu kresby lidské postavy se ukazuje jako jedno z nejspolehlivějších kritérií odlišujících patologii od normality (Hiler, Nesvig, 1965), myslíme si, že by vyšší výskyt tohoto znaku mohl i u kresby stromu vypovídat o zvýšené psychopatologii v obézní skupině.

Kresba bizarního stromu by mohla být ale také odrazem vlastního tělesného sebepojetí dívek, mohla by reflektovat jejich pocit odlišnosti, „bizarnosti" jejich těla a nepříjemné pocity s tím spojené.

- **Velmi lehký tah**

Vyšší zastoupení kresby velmi lehkým tahem u OS by mohlo svědčit o plachosti, přecitlivělosti a nejistotě obézních dívek či nedostatku průbojnosti a o nerozhodnosti.

- **Strom posunut nahoru doleva**

Posunutí stromu směrem do levého horního rohu je považováno za poměrně běžnou obrannou reakci na testovou situaci. Jedná se vlastně o jakousi reakci opatrným stažením se do pozice pasivního pozorovatele. Pokud je kresba vypracovaná, může se také jednat o projev nejistoty.

Domníváme se, že vyšší výskyt tohoto znaku u KS by mohl představovat formu obrany, která u obézních chybí. To by mohlo být způsobené testováním KS ve školním prostředí, které může být považováno za více stresující situaci. Nebo se nabízí úvaha o nedostatku odstupu OS v zatěžové situaci či o nefunkčních (případně neadaptivních) obranných mechanismech, kdy reakce na zátěžovou situaci proběhne spíše jakousi formou stuporu. Tomu odpovídá i menší kvalita provedení kreseb u dívek obézní skupiny.

- **Malý strom + Vysoká kvalita provedení**

U interpretace velikosti stromu hraje důležitou úlohu úroveň provedení kresby. Zatímco malá kresba při nízké úrovni pojednává spíše o nedostatku sebedůvěry, neprůbojnosti, nevyrovnanosti, někdy i o labilitě, malá kresba při dobré úrovni kresby by měla být interpretována spíše jako věcnost, sebekritičnost, skromnost či trpělivost.

Zvýšený výskyt dobře provedené malé kresby by tak mohl u KS vypovídat spíše o těchto rysech. Zároveň se může u zmenšení stromu jednat o zmíněnou obrannou reakci, která ovšem nepostihuje úroveň, s jakou se dívky vypořádají s úkolem. Zmenšení stromu by tak mohlo být vyloženo jako indikátor adaptivních obranných mechanismů využívaných v zatěžující situaci. Tento znak by tak mohl svědčit (v kontrastu s následujícím znakem nalezeným u OS) o vyspělosti jedinců KS.

- **Extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení**

Podobné rozlišení úrovně provedení je důležité i u velkých stromů. Oproti KS kreslily obézní dívky častěji extrémně velké stromy vyznačující se nízkou kvalitou provedení. Tuto kombinaci znaků lze považovat za projev vypínavosti či sebepřeceňování, kde velikost stromu odráží spíše přání a fantazie než reálné možnosti. Velký strom by mohl také představovat překompenzování pocitů nedostačivosti. V souladu s tím se můžeme na tento znak dívat jako na potřebu zabírat prostor spolu s nedostatkem schopností zabírat ho kvalitně, smysluplně ho naplnit.

Interpretace tohoto znaku je v souladu s psychodynamickými teoriemi poukazujícími na souvislost obezity s narcistickou problematikou (viz TČ, kapitola 8.1.5).

Potřeba zabírat prostor také může být chápána ve smyslu tělesném a poukazuje tak na psychologické teorie významu velikosti těla (např. Bruch, 1973, Filasová, 2005). Mohla by být chápána i tak, že dívky mají potřebu být oceňovány, viděny a něco dokázat (vysoký skór ve faktoru G), ale jsou inhibovány strachem ze selhání (vysoký skór ve faktoru O-úzkostná sebenejistota) a svou úzkostností (vysoký skór ve faktoru QII-úzkostnost), což se projeví v zátěžové situaci nižší kvalitou provedení.

- **Středně velký až extrémně velký strom + Nízká kvalita provedení**

Podobně také to, že obézní dívky mají vyšší zastoupení středně velkých až extrémně velkých stromů v kombinaci s nízkou kvalitou provedení, by mohlo vypovídat o jejich potřebě zabírat prostor (ať ve své přiměřené či extrémní podobě). K sebeprosazení dochází ovšem způsobem nezralým a nevyvinutým.

- **Silný mohutný kmen + Slabé tenké větve**

Kombinace silných mohutných kmenů se slabými tenkými větvemi vyskytující se ve vyšší míře u OS by mohla vypovídat o problematickém uplatnění ve světě a v mezilidských vztazích při poměrně silném pudovém základě osobnosti.

To by mohlo být důsledkem přístupu společnosti k obézním, který dívky vnímají a který je omezuje v jejich sociálním kontaktu.

Nabízí se ovšem také otázka, zda silný kmen nevypovídá o intenzivních emocích a energetických zdrojích obézních dívek, které tyto dívky nedokáží adekvátně zpracovat, regulovat a využít v nějakou smysluplnou a energickou akci (slabé větve). Nekontrolovaný příjem potravy by pak mohl sloužit k vybití intenzivních emocí.

Šířka kmene a větví vypovídá také o způsobu a volnosti plynutí životní i pudové síly. Pokud dochází k dobrému přechodu energie z kmene do větví, poukazuje to na dobrou sílu ega. Usuzujeme tedy, že obézní dívky mají pravděpodobně problémy s regulací energie, s kterou neumějí zacházet.

Malé slabé větvičky rostoucí na silném kmeni mohou být také interpretovány jako problémy s uspokojováním vlastních potřeb, neschopnost se prosadit, či frustrující okolí jedince.

To by mohlo souviset s v literatuře zmiňovaným problematickým rodinným prostředím těchto dívek, kdy matky nejsou schopny rozpoznat a adekvátně reagovat na potřeby dítěte, znemožňují jim osamostatnění a individuaci. To způsobuje zmatek v uvědomování si a v uspokojování vlastních potřeb a problémy s vypořádáním se s emocemi a v uplatnění se v životě (Bruch, 1973). Neuspokojené potřeby by mohly být syceny prostřednictvím jídla.

Pokud se podíváme na kresbu silného kmene jako na zdůraznění stability a jistot, nabízí se nám úvaha, že dívky by mohly být tímto důrazem na jistoty a bezpečí blokovány v prosazování se ve světě (slabé tenké větve), tedy že dávají přednost těmto jistotám. To by mohlo souviset také s tím, že nemají vlivem zážitků z dětství dostatečný zdroj vnitřního pocitu bezpečí, který

by jim umožňoval autenticky vstupovat do kontaktu s lidmi. Přispívat by k tomu mohla i jejich úzkostná sebenejistota, jak naznačuje zvýšený skór ve faktoru O.

Jelikož se na kmen dá dívat také z pohledu, kolik toho unese, a vzhledem k tomu, že silný mohutný kmen může být interpretován jako pocit tlaku z okolí, můžeme uvažovat o tom, zda dívky neplní ve svých rodinách (tak jak to zmiňuje Bruch,1973) funkci, které napomáhá udržet rodinu pohromadě, či roli dítěte, které má uspokojovat potřeby svých rodičů. Tato role by pro ně mohla být tak náročná a musely by se jí natolik přizpůsobit, že jim již nezbývá prostor a energie k uplatnění se ve světě. To by jim mohlo znemožňovat naplnění jejich vlastní individuality (slabé, tenké větve).

- **Silný mohutný kmen + Malá koruna**

Podobně jako předchozí znak může být zvýšený výskyt tohoto znaku u OS interpretován jako problémy v uplatnění se ve světě. Potlačená koruna by mohla vypovídat také o převaze nevědomého a sklonu k bezhlavosti nebo o dosud málo naplněné vlastní individualitě.

## 7.2 Interpretace výsledků dotazníku HSPQ

Výsledky OS v dotazníku poukazují na určité osobnostní rozdíly u obézních dívek. Jako vysoce významný se jeví především faktor D a faktor O, dále pak faktor B. Významné jsou také faktory G a QII.

- **Faktor D**

Vyšší hodnoty **faktoru D** poukazují na vyšší vzrušivost obézních dívek v kontrastu k flegmatičnosti či netečnosti.

Vyšší hodnoty faktoru zahrnují charakteristiky jako netrpělivý, upozorňuje na sebe, snadno se rozptyluje, vykazuje mnoho neurotických příznaků. Je charakterizován také nejistotou, nezvládnutelností citového, impulsivního sebeprosazování. Jedinci s vyšším D se stávají velmi obtížní v situacích vyžadujících omezení, neboť jsou impulzivní. (Balcar, 1992)

Vyšší skóry v tomto faktoru by tak mohly souviset s často zmiňovanou externalitou obézních (viz kapitola 6.2.2). Mohly by podávat její vysvětlení, neboť dívky se nechají snadno rozptýlit a vyrušit vnějšími podněty. Podobně by mohly vypovídat o jejich impulzivitě, která usnadňuje nadměrný příjem potravy. Vypovídá také o potížích v situacích, jež po obézních vyžadují omezení, s čímž by mohly souviset potíže s akceptováním dietních doporučení. Kromě toho tento faktor vypovídá o neurotických příznacích, což by mohlo v souladu s psychodynamickými teoriemi naznačovat určité problémy těchto dívek v přizpůsobení se a ve zvládání emocí.

➢ **Faktor O**

Zvýšená průměrná hodnota ve **faktoru O** vypovídá o úzkostné sebenejistotě obézních dívek v kontrastu k optimistické sebedůvěře.

Vyšší hodnoty faktoru zahrnují charakteristiky jako smutný, snadno se rozpláče, náladový, citlivý na souhlas či nesouhlas druhých lidí, ustrašeně ohleduplný, má silný cit pro povinnost, hypochondrický, projevuje se fobicky, zadumaný samotář. Jedinci s vysokým O se cítí méněcenní a nedostateční vzhledem k bezohledným požadavkům každodenního života. Nedokáží se „vyspat" ze starostí, jsou snadno „dole", mají silný sklon dělat si výčitky a trpí pocitem viny. Snadno propadají citovému zmatku, mají-li co činit s autoritou. Vysoký skór v tomto faktoru byl zjištěn u všech dosud zkoumaných klinických skupin, včetně neuróz, psychóz a psychopatií (Balcar, 1992).

Vyšší skóry obézních dívek v tomto faktoru by mohly být důsledkem obezity a s ní související sociální stigmatizace. Mohly by souviset s tendencí stranit se kolektivu ze strachu z posměšků či odsouzení (Hainer et al., 2004). Poukazují na sklon obézních dívek propadnout sociální fobii (Britz et al., 2000). Výsledky v tomto faktoru jsou také v souladu s výzkumy, prokazujícími nižší sebedůvěru obézních dospívajících dívek (Strauss, 2000).

Tyto výsledky by ovšem také mohly (v souladu s psychodynamickými teoriemi) poukazovat na problémy dívek ve vztahu k sobě, které by mohly být příčinnou jejich obezity (viz TČ, kapitola 6.1). Jejich sklon propadat citovému zmatku odkazuje rovněž na problematiku emocionálního jedení (viz TČ, kapitola 6.2.1). S ohledem na přetrvávání negativních emocí a sklony k pocitům viny lze zvažovat také problematiku depresivní (viz TČ, kapitola 6.4.2). Nejistota ohledně své osoby, citlivost na souhlas či nesouhlas druhých a ustrašená ohleduplnost by mohly vypovídat o problémech v individuačně-separačních procesech, o problémech v sebepřijetí (Bruch, 1973).

Zároveň se nabízí úvaha o tom, že silná vrstva tuku by v souladu s psychodynamickými teoriemi (Filasová, 2005; Fuchsová, 2001; Maloney, Kranzová, 1997) mohla představovat určitou formu obrany proti světu, vůči kterému se dívky mohou cítit bezmocné a který je dokáže lehce zranit. Obezita by tedy mohla představovat formu obrany, která dodává obézním dívkám pocit větší stability. Obézní dívky by se mohly obalovat tukem, aby se uchránili před vlivy zvenčí, na které jsou velmi citlivé (vysoký skór ve faktoru O).

Citlivost na nesouhlas je také v souladu s narcistickými teoriemi osobnosti obézních zdůrazňujícími problémy s vlastním zdrojem sebepodpory u těchto jedinců a závislost na ocenění druhých (viz TČ, kapitola 6.1.5).[46]

Sklon k výčitkám svědomí by mohl obézním dívkám také bránit vydat se vlastní cestou, naplňovat svou individualitu, neboť se stále přizpůsobují okolí z obav z výčitek a z nepřijetí, což je v souladu s nálezy v Testu stromu.

[46] Nemyslíme si ovšem, že bychom mohly z výsledků našeho výzkumu učinit závěr o narcistické struktuře obézních dívek, pouze poukazujeme na určité společné rysy.

Je možné uvažovat o tom, že pokud obézní dívky pochybují sami o sobě, mohou ve své bezmocnosti vzdávat boj s nadváhou dříve, než ho vůbec začnou. Potřebují tedy při boji s obezitou povzbuzení.

➢ **Faktor B**

Nižší průměrná hodnota ve **faktoru B** naznačuje nižší krystalickou inteligenci (tj. inteligenci ovlivněnou zkušenostmi) obézních dívek.

Tento nález je v do jisté míry v souladu s nálezy Lisé, Kňourkové, Drozdové (1990) věnující se dětské obézní populaci, kdy byla nalezena průměrná inteligence v názorovém testu inteligence. Nicméně obézní děti vykazovaly o něco nižší IQ v Jiráskově testu Obecné informovanosti, tedy ve verbální složce inteligence, která je v tomto pojetí výrazněji ovlivněná zkušeností.

Nález nižšího intelektu těchto dívek by mohl souviset s vyšší prevalencí obezity v nižších socioekonomických vrstvách, u lidí s nižším vzděláním (Hainer et al., 2004), kde je častější zaměření na konzumní styl života, a u nichž se vyskytují problémy v copingu a problémy se změnou nezdravého stylu života (Elfhag, Carlsson, Rössner, 2003).

Zajímavé by bylo také zjistit adekvátním zpracováním dat, zda nižší průměrná inteligence OS v našem výzkumu není způsobená především přítomností těžce obézních dívek, u nichž je snížené IQ udáváno v literatuře (např. Hainer et al., 2004).

Nižší intelekt by mohl též do jisté míry zpochybňovat nálezy v Testu stromu, který může být nižší úrovní inteligence do jisté míry ovlivněn. Řada nalezených znaků nezralosti by tak mohla vypovídat spíše o nižší inteligenci než o osobnostních specifikách emocionálního charakteru.

Na tomto místě je ale také možná úvaha, zda nejsou nižší skóry alespoň z určité části důsledkem emocionálních problémů obézních dívek, které interferují s jejich výkonem v inteligenčním testu[47]. V souvislosti s tímto nálezem se nabízí také spojitost se zvýšeným skórem ve faktoru D, který je svými charakteristikami blízký syndromu ADHD. Tento syndrom může mít vliv na výkon v inteligenčních testech, obzvláště u takto rozsáhlého dotazníku jako je HSPQ.

Zároveň je třeba uvést, že faktor B je považován za pouze orientační hodnocení úrovně krystalické inteligence[48] a je poměrně málo validní (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Balcar, 1992). Dosažené výsledky tak mohou být do určité míry zpochybněny a vyžadují další ověření.

➢ **Faktor G**

Vyšší průměrný skór ve **faktoru G** vypovídá o vyšší svědomitosti či síle superega obézních dívek. Tento faktor zahrnuje charakteristiky jako vytrvalý, odpovědný, citově ukázněný, má smysl pro povinnost. Faktor představuje faktorově analytickou obdobu psychoanalytického

[47] Ovlivnění výkonu v testech inteligence bychom ovšem očekávali spíše v performačním IQ.
[48] Měření inteligence probíhá v HSPQ prostřednictvím pouze 10 položek dotazníku.

„superega“: klade důraz na mravní zásady, má sklon vládnout „egu“ a omezovat „id“ (Balcar, 1992).

Vysoký skór v tomto faktoru ukazuje na to, že obézní dívky jsou svědomité a zodpovědné, plní své povinnosti a stojí si za svými zásadami. Mají spíše tendenci požadavky id potlačovat, než se jim poddávat, jak by se dalo spíše z jejich jídelního chování usuzovat. Nabízí se tak otázka, zda tyto výsledky interpretovat jako optimálně rozvinuté superego, nebo jako nadměrně silné superego, vyvolávající úzkost. Toto interpretační dilema je patrné i z českého manuálu k metodě. Balcar (1992) uvádí, že někteří psychoanalytikové se domnívají, že vysoké G souvisí se zvýšenou neurotičností. Jiní autoři to ovšem popírají a vidí tento vztah spíše k faktoru O, jehož zvýšená míra byla u neurotiků skutečně prokázána (Balcar, 1992).

Pokud bychom přijali první hypotézu, tedy hypotézu adekvátně rozvinutého superega, vyšší hodnoty v tomto faktoru by v tomto úhlu pohledu bylo možné vysvětlit jako projev kompenzace tělesného „handicapu“.

Pokud bychom se přiklonili spíše k druhé interpretaci, vyšší skór v tomto faktoru by mohl (podobně jako vyšší skór ve faktoru O) poukazovat na to, že obézní dívky na sebe mají poměrně vysoké nároky, které mohou vést k pocitům viny v případě jejich neplnění. Přehnaně silné superego by také mohlo podporovat vznik a neřešitelnost intrapsychických konfliktů, které by se mohly projevovat ve vztahu k jídlu a být řešeny prostřednictvím jídla. Vyšší skór by mohl rovněž vypovídat o tendenci nadměrně potlačit své přirozené pudové tendence, které by mohly být kompenzovány ve zvýšeném zaměření se na jídlo.

Nález silného superega je v souladu s výzkumem Rhee et al.(2006), kteří nalezli zvýšený výskyt obezity v rodinách s autoritativní výchovou. Autoři se domnívají, že zvýšené nároky rodičů a nedostatek volnosti vede děti k hledání útěchy v jídle.

Srovnáme-li výsledky v tomto faktoru s průměrnými výsledky ve faktoru C (síla ega), můžeme také učinit úvahu o tom, že superego obézních dívek je silnější než jejich ego, což by mohlo způsobovat určité problémy v jejich osobnostní regulaci.

Zároveň se nabízí úvaha o příliš rigidních zásadách, o černobílém myšlení obézních dívek, které je podle některých autorů typické pro pacientky s PPP. Je známo, že černobílé myšlení ztěžuje např. akceptaci vyrovnaného dietního režimu či vyrovnání se se selháním v něm apod.

S ohledem na zvýšenou svědomitost obézních dívek se nám naskytuje také paralela s mentálně anorektickými pacientkami, pro které je podle některých autorů svědomitost a „vzornost“, nabývající až rigidních forem, typická (Krch et al., 2005). Také Bruch (1973) uvádí určité charakteristiky a vývojové problémy společné pro obě skupiny pacientek. Jak obézní tak anorektické pacientky se podle ní vyznačují kromě jiného problematickou separací od matky. K úspěšnosti terapie obezity je nutné, aby to byli samotní obézní pacienti, kdo se rozhodne zhubnout, nikoliv rodiče s jejich tlakem na dokonalost a nedostatkem opravdového zájmu o dítě. V souvislosti s problematikou separace se tak naskytuje otázka, nakolik je toto

silné superego výsledkem nezpracovaného převzetí hodnot rodičů a nakolik obézní dívky se silným superegem naplňují vývojový úkol období dospívání: vymezování se vůči hodnotám rodičů.

Pokud by platila spíše tato druhá varianta interpretace, znamenalo by to spíše opačné indikace pro psychoterapii. Měla by se podporovat individualita dívek, jejich hledání sebe sama, a „kruté" superego by nemělo být ani v zájmu hubnutí podporováno.

V závěru interpretace tohoto faktoru je také třeba uvést, že v manuálu k metodě se udává, že tento faktor může být v dotazníku snadno zkreslen postranní motivací.

- **Faktor QII**

Vyšší průměrný skór ve faktoru druhého řádu QII[49] poukazuje za úzkostnost obézních dívek v kontrastu s integrovaností osobnosti a jejím dobrým přizpůsobením.

Tento výsledek je v souladu s výzkumy obézní klinické populace, kde bývá např. nacházen zvýšený výskyt úzkostných poruch (Vila et al., 2004, Britz et al. 2000).

Zmíněný nález je možné interpretovat podobně jako nález zvýšeného O u obézních dívek. Obezita by tak mohla být považována za důsledek problémů v osobnostní regulaci, za důsledek emocionálních problémů těchto dívek, jejich vysoké úzkostnosti a problémů se zpracováním úzkosti. Vyšší skóry by tak mohly poukazovat na problémy v oblasti zdravého vývoje Já či na přítomnost konfliktů, které podporují udržování obezity či které jsou řešeny prostřednictvím jídla. Kromě psychodynamických teorií (viz TČ, kapitola 6.1) lze odkázat také na teorii emocionálního jedení, kdy jídlo funguje jako prostředek ke zvládání úzkosti (Viz TČ, kapitola 6.2.1).

Zároveň by mohla zvýšená úzkostnost představovat reakci na odsuzující přístup společnosti vůči obézním jedincům (viz TČ, kapitola 4).

[49] Tento faktor u dětí a mládeže vyčerpává největší díl interindividuálních rozdílů (Balcar, 1992).

# 8. Shrnutí výzkumu

Než přistoupíme k samotné diskusi, rádi bychom provedli shrnutí našeho výzkumu a pokusili se též o jakousi syntézu našich nálezů a jejich interpretací. Vzhledem k tomu, že projektivní Test stromu nabízí pro jeden znak více možných interpretací a že tak ponechává značnou volnost výkladu, rádi bychom v tomto shrnutí uvedli ty jevy, které vystupovaly opakovaně v různých formách – ať už v různých znacích stromu či zároveň v Testu stromu a v dotazníku. Znovu opakujeme, že řada našich závěrů má svá omezení a jedná se spíše o předběžně ověřené nálezy.

Náš výzkum byl koncipovaný jako studie explorativního charakteru kladoucí si za cíl zjistit, zda existují nějaké osobnostní specifika obézních dospívajících dívek oproti populaci normální váhy. K identifikování osobnostních charakteristik bylo využito dvou metod: projektivního Testu stromu a osobnostního dotazníku HSPQ. Výsledný vzorek čítal 53 dívek obézní klinické skupiny a 55 dívek skupiny kontrolní, a to ve věkovém rozmezí 12,5-17,5 let.

Analýza kreseb stromu byla provedena ve dvou fázích. V první fázi byly na základě menšího počtu kreseb vybrány znaky v Testu stromu, jejichž výskyt jsme se rozhodli sledovat. V druhé fázi byla přítomnost znaků u obou skupin vyhodnocována třemi nezávislými posuzovateli. Následně byly obézní a kontrolní skupina statisticky srovnány ve výskytu daných znaků. K analýze osobnostních odchylek obézních dívek v osobnostním dotazníku bylo využito srovnání s normami.

Na nejobecnější úrovni, lze náš výzkum uzavřít s tím, že jeho výsledky vypovídají o určitých **osobnostních odlišnostech obézních dívek od kontrolní skupiny**.

Kromě toho je třeba zmínit, že ve výzkumu nevystupují zásadní rozpory v dosažených výsledcích v dotazníku HSPQ a v Testu stromu.

V **Testu stromu** obézní dívky kreslily častěji než kontrolní skupina těžkopádný strom, strom vyrůstající z dolního okraje papíru, silný mohutný kmen, slabé tenké větve, strom vyznačující se nízkou kvalitou provedení a nezvládnutým srdcem stromu, bizarní strom a strom kreslený velmi lehkým tahem. Z kombinovaných znaků se u dívek OS častěji vyskytovala kresba kombinující silný mohutný kmen se slabými tenkými větvemi nebo s malou korunou. Obézní dívky kreslily častěji též středně velký až extrémně velký strom vyznačující se nízkou kvalitou provedení. Častější se u OS vyskytoval i úžeji vymezený znak: extrémně velký strom s nízkou kvalitou provedení.

Oproti OS, KS kreslila častěji strom posunut nahoru, strom posunut doleva, malý strom, různé doplňky a strukturovanou rozvinutou korunu. Z kombinovaných znaků se vyskytoval častěji strom posunutý nahoru doleva a malý strom s vysokou kvalitou provedení.

V **osobnostním dotazníku** vykazovaly obézní dívky zvýšenou dráždivost, nižší krystalickou inteligenci, vyšší svědomitost, zvýšenou míru úzkostné sebenejistoty a vyšší úzkostnost.

Z výsledků výzkumu se tak jeví **osobnost obézních dívek** jako méně integrovaná, s vyšší mírou nezralosti, zvažovány mohou být také problémy v regulaci energie a zacházení s emocemi.

Výsledky Testu stromu a dotazník poskytují rovněž portrét osobnosti obézních dívek vyznačující se zvýšenou úzkostností, sebenejistotou, dráždivostí a závislostí na podpoře okolí.

Zároveň se zdá, že individualita obézních dívek není příliš dobře rozvinuta. Mají, navzdory vyšší míře svědomitosti, problémy uplatnit a prosadit se ve světě. S tím souvisí pravděpodobně také vázanost na pudy a určitá těžkopádnost, ať už fyzická či psychická.

Z výsledků kresby stromu je možné uvažovat i o odlišných, případně méně funkčních obranných mechanismech těchto dívek, které by jim mohly komplikovat adaptaci. Výsledky také poskytují určité indikátory depresivního prožívání obézních dívek a problémů s uspokojováním potřeb. Lze uvažovat o psychické nevyrovnanosti.

Nabízí se též úvaha o integraci současného obézního tělesného obrazu do sebepojetí, kdy se tento obraz stává důležitou součástí identity obézních dívek.

Domníváme se, že výsledky Testu stromu i dotazníku poskytly řadu podnětů umožňujících lépe nahlédnout psychické fungování obézních dívek a jeho souvislosti s obezitou.

Je možné uvažovat o tom, že **obezita představuje negativní následek některých osobnostních vlastností** obézních dívek či psychických problémů. Jídlo by mohlo nejpravděpodobněji pro obézní dívky znamenat specifický způsob jak **„řešit" vlastní problémy** či jak se vypořádávat s emocemi. Prostřednictvím jídla by mohla být zmírňována např. zvýšená úzkostnost obézních dívek či jejich depresivní prožitky. Je však možné nalézt i jiné interpretace.

Jídlo by mohlo přestavovat kompenzační mechanismus řady osobnostních rysů. Týká se to např. problémů s uspokojováním potřeb či obtíží uplatnit se ve světě. Jídlo by mohlo nahrazovat i nedostatek vnitřních zdrojů podpory. Rovněž silné superego by mohlo vést k tomu, že dívky hledají útěchu a uvolnění v jídle.

Zvýšená sebenejistota naznačuje, že obézní dívky by mohly užívat velikosti těla jako formy obrany. Na tuto možnost poukazují také pravděpodobně oslabené obranné mechanismy obézních dívek a důležitost role těla v sebepojetí.

Dráždivost by mohla souviset s potížemi odolat jídelním podnětům. Nižší inteligence by zase mohla komplikovat uskutečňování změn v jídelním chování a zvycích.

Je však možné uvažovat i o tom, že některé tyto rysy či **vlastnosti osobnosti jsou důsledkem obezity** a přístupu společnosti k obézním. Mohlo by se to týkat osobnostních charakteristik jako úzkostnost, sklon k depresivnímu prožívání či sebenejistota. Důsledkem obezity by mohla být i zvýšená svědomitost, kompenzující pocity nedostačivosti v oblasti vzhledu.

Z našich výsledků tak není jasné, a ani jsme si to nekladli za cíl, zda nalezené osobnostní odchylky a specifika jsou důsledkem obezity, nebo její příčinou či faktorem podílejícím se na udržování obezity. Pravděpodobně se jedná, alespoň u některých osobnostních odchylek, o jejich kombinaci, vzájemné potencování těchto faktorů. Nicméně i to by vyžadovalo další výzkumné ověření.

Domníváme se, že výsledky výzkumu poukazují na **potřebu psychologické péče a pomoci** těmto dívkám. Současně poskytují i určitá vodítka, kudy by se měla tato pomoc ubírat. I když tato potřeba psychologické pomoci pravděpodobně není univerzální pro všechny dívky, myslíme si, že by bylo vhodné těmto dívkám tuto pomoc nabízet (např. v rámci pobytu v ozdravovnách pro léčbu obezity).

Psychoterapeuticky zaměřená péče by obézním dívkám mohla pomoci nalézt pozitivnější a tolerantnější vztah k sobě, více přijímat sami sebe, naučit se zvládat emoce, obzvláště pak úzkost, případně depresi. Mohla by je podpořit v hledání vlastní cesty a autonomie, napomoci jim nepřizpůsobovat se příliš očekávání druhých. Jejím cílem by mohlo být vytvoření či nalezení vlastních zdrojů opory a alternativních zdrojů uspokojení.

Kromě léčby příčin obezity či faktorů napomáhajících udržování obezity by tato psychologická péče mohla fungovat i jako preventivní podpůrná terapie. Mohla by tak napomoci lépe snášet negativní přístup společnosti a zabránit integraci negativního pohledu na vlastní osobu do sebepojetí. Tato léčba by mohla rovněž napomoci tomu, aby nebyly osvojovány nezdravé způsoby vyrovnávání se s problémem obezity.

Zároveň usuzujeme, že Test stromu by mohl sloužit jako administrativně nenáročný **screeningový nástroj,** pomáhající odlišit ty dívky, které psychologickou péči potřebují ve vyšší míře. Tento předpoklad by ovšem vyžadoval další ověření.

Považujeme též za nutné zdůraznit, že navzdory bohatým výsledkům výzkumu a v souladu s literárními zmínkami o **heterogenitě obézní populace** si nemyslíme, že zmíněné rysy a charakteristiky by byly společné pro všechny obézní dívky. I o tom dle nás svědčí výsledky výzkumu, neboť přes statistickou významnost se řada znaků v Testu stromu vyskytovala pouze u menšinového procenta obézních dívek.

# 9. Diskuse

Vzhledem k velikosti vzorku a k dalším metodologickým problémům s naším výzkumem spojeným se domníváme, že výsledky našeho výzkumu nelze brát jako konečné výstupy ani je zobecňovat. Jedná spíše o výstupy orientační, o podněty k dalšímu zkoumání. V následujícím textu se tak postupně zastavíme u jednotlivých slabin projektu, čímž někdy zároveň naznačíme možnosti, kudy by se výzkum mohl ubírat, čeho by se podle našeho názoru měl vyvarovat a na co se naopak zaměřit.

## 9.1 Uchopení výzkumu

Náš výzkum byl od samého počátku pojat jako výzkum explorativní, jehož cílem bylo spíše generovat určité hypotézy a předběžně je ověřovat než činit konečné závěry. Explorativní charakter výzkumu tak s sebou nese významné důsledky pro interpretaci dat.

Usuzujeme, že za účelem ověření a zvýšení validity námi získaných výsledků by bylo třeba výzkum replikovat, s již od začátku jasně stanovenými hypotézami konkrétnější úrovně, týkajícími se očekávaných rysů a charakteristik osobnosti. Do výzkumu by bylo lepší také vstoupit s již předem stanovenými znaky v kresbě stromu, jejichž výskyt se chystáme sledovat.

Vyšší validitě našich výsledků by napomohlo též statistické zpracování dat beroucích v úvahu korekci na náhodu při takto vysokém počtu sledovaných znaků a faktorů bez jasně předem formulovaných očekávání a hypotéz.

Platnost našich výsledků snižuje též do určité míry fakt, že námi sledované znaky v Testu stromu byly stanoveny na základě kreseb dívek, které byly následně zahrnuty do daného výzkumu.

V souvislosti s explorativním charakterem výzkumu se objevily též určité komplikace při interpretaci výsledků statisticky významných znaků a faktorů, které nabízely více možností. Tento problém byl navíc umocněn tím, že byl užit projektivní test, který nenabízí jasné interpretace, zvláště pak pokud není zpracováván holisticky[50]. U řady statisticky významných znaků v Testu stromu jsme tak nedošli k jasným závěrům, spíše jsme naznačili jejich možná vysvětlení. Také tomu by se dalo alespoň částečně předejít formulováním jasných očekávání na začátku výzkumu.

[50] Např. silný mohutný kmen nakreslený pevným jistým tahem může mít jiné interpretace než stejný kmen nakreslený nejistou či ochablou linkou. Altman udává řadu podobných nuancí k jednotlivým znakům, z nichž jen některé byly v našem výzkumu ošetřeny konceptem kombinovaných znaků.

## 9.2 Vzorek

Další omezení našeho výzkumu představuje poměrně malý vzorek. Kromě toho je třeba uvést, že výsledky výzkumu lze vztahovat pouze ke klinické populaci obézních dospívajících dívek. Rádi bychom dále zmínili, že jsme se nesoustředili na zajištění reprezentativity výběrů, a to ani u jedné skupiny.

Určité výhrady můžeme vznést i k srovnatelnosti věkových charakteristik testovaných dívek, zvláště pak k zařazení obézních dívek vyššího věku, které by mohly představovat specifickou podskupinu. Další nedostatek spočívá i ve velkém věkovém rozpětí zkoumaných jedinců. V neposlední řadě je třeba zmínit nevyrovnanost skupin co do místa bydliště. Vyšší validity výsledků by bylo dosaženo prostřednictvím metody párování, tj. přesnějším vyrovnáním obou skupin co do věku, bydliště, případně i dalších charakteristik.

Kromě toho je třeba zmínit, že k určitému zkreslení základních výsledků našeho výzkumu mohlo přispět i to, že dívky nebyly vyrovnány co do úrovně krystalické inteligence, což bylo zjištěno až v průběhu výzkumu. Řada závěrů našeho výzkumu tak může být zpochybněna, neboť mnoho nalezených statisticky významných znaků v Testu stromu lze považovat, kromě jejich projektivních interpretací, za projev sníženého intelektu. Nový výzkum, vědomý si této důležité intervenující proměnné, by tak měl před zařazením do výzkumu dané dívky otestovat plnohodnotným testem inteligence, což by umožnilo vyrovnání hodnot IQ v obou skupinách. Použití validního testu inteligence za přítomnosti zkušeného psychologa by zároveň mohlo napomoci odlišit některé neintelektové vlivy na výkon v tomto testu.

## 9.3 Sběr dat

Z hlediska sběru dat lze vytknout časovým možnostem přizpůsobenou nejednotnou administraci Testu stromu, a to jak v rámci OS, tak i ve srovnání OS a KS co se týče velikosti skupin při testování. Individuální administrace či administrace v různě velkých skupinách tak mohla zasáhnout do výsledků Testu stromu. Na výzkum mohl mít nežádoucí vliv i fakt, že KS byla testována ve škole, zatímco OS při dlouhodobém pobytu v ozdravovnách, kde byly dívky delší čas separovány od rodiny. Vliv těchto intervenujících proměnných by mohl být patrný např. v kresbě malého stromu u KS (více viz EČ, kapitola 7.1).

Určitou nevýhodou byl fakt, že z časových důvodů a z důvodu skupinové administrace nebylo možno navázat mezi administrátorem (autorkou práce) a probandy přiměřený vztah pro situaci testování. Za další nežádoucí proměnnou lze považovat fakt, že ne u všech dívek byl test administrován poprvé.

K validnějším výsledkům výzkumu by přispěla i administrace dotazníku HSPQ u KS, což by umožnilo vyhnout se srovnání pouze s normami a poskytlo by více možností při pozdějším zpracování dat.

## 9.4 Zpracování dat

Jelikož vyhodnocování projektivního Testu stromu je alespoň v některých znacích do značné míry subjektivní, ke zpřesnění by jistě přispělo větší množství posuzovatelů a korekce získaných hladin významnosti v závislosti na shodě posuzovatelů.

Vzhledem k rozsahu práce nebyla také provedena podrobná analýza vztahů nalezených znaků k sobě, jako např. korelace znaků v Testu stromu s faktory v dotazníku či znaků a faktorů mezi sebou. Je možné, že taková analýza by přinesla řadu dalších podnětných postřehů, včetně toho, že by mohla v určitých případech usnadnit interpretaci.

Zajímavý by byl rovněž rozbor výsledků v závislosti na jiných charakteristikách probandů, např. korelace faktorů osobnosti s BMI či stupněm obezity, souvislost skórů v jednotlivých faktorech s přítomností obezity v rodině či frekvencí přejídání aj. Takovému rozboru by ovšem bylo zapotřebí také uzpůsobit sběr dat. Případně by mohl být uzpůsoben i samotný koncept výzkumu, který by se mohl již ve svých východiscích zaměřit více na heterogenitu obézní populace.

Současně jsme si vědomi toho, že řada alarmujících znaků, které se nabízely k projektivní interpretaci a které slibovaly porozumění danému konkrétnímu jedinci, zůstala nepovšimnuta, neboť se nacházela jen u několika či jen u jednoho jedince.

## 9.5 Návrhy na další výzkum

Řada návrhů na další či lépe koncipovaný a uskutečněný výzkum byla uvedena při pojmenovávání slabin výzkumu již výše v této kapitole.

Kromě toho je možné zmínit možnost podívat se na obezitu spíše z kvalitativního hlediska, idiografickým způsobem. K analýze psychického fungování jednotlivých dívek by mohlo být využito rozhovorů s dívkami a inquiry ke kresbám. Tento přístup by mohl poskytnout vyšší porozumění problematice obezity, osobnosti a prožitkům obézních dívek s ohledem na jejich situaci, životní styl, PPP, genetické faktory aj.

Jak jsme již zmínili, v kresbách starších obézních dívek se objevovaly stejné znaky jako v kresbách dívek mladších, nicméně o něco výraznější. Určité psychopatologické rysy tak u nich vystupovaly zřetelněji. Z toho důvodu se bychom považovali za zajímavé provést též podobný výzkum ve vyšším věku (např. u dospívajících starších 16 let), případně i u dospělých. Vyhnuli bychom se tak i otázce nedokončeného vývoje osobnosti v období dospívání.

Vzhledem k spjatosti osobnostních charakteristik dětí a dospívajících s rodinným prostředím, osobností rodičů a vztahem rodičů k dítěti, se nám jeví jako důležité prozkoumat podrobněji rodinné faktory, podílející se na rozvoji určitých osobnostních rysů, a potencionálně tak přispívající k rozvoji a udržování obezity.

Vzhledem k tomu, že výstupy z předvýzkumu naznačovaly i poměrně slibné výsledky v oblasti kresby začarované rodiny, myslíme si, že výzkum využívající této kresebné techniky by mohl napomoci porozumění obézním dívkám.

# IV. ZÁVĚR

Popularita problematiky obezity v zahraničních vědeckých studiích v posledních desetiletích vzrůstá. Zájem vědecké obce tak reflektuje zvyšující se prevalenci této nemoci, a to jak u dospělých, tak i v populaci dětí a dospívajících, kde ji doprovází ještě o něco závažnější zdravotní a sociální důsledky. Obtížná léčitelnost této choroby vyvolává otázku o podílu psychologických faktorů na vzniku a udržování obezity.

Tato diplomová práce se snaží přiblížit problematiku obezity z psychologického úhlu pohledu a pokouší se tak napomoci většímu porozumění této problematice. Zaměřuje se především na obezitu u dětí a dospívajících.

Teoretická část přináší poznatky o etiologii obezity z pohledu somatické medicíny. Největší prostor je věnován především psychologickým teoriím a výzkumům obezity, pokoušejícím se nalézt osobnostní (emocionální, kognitivní, behaviorální), psychopatologické a rodinné proměnné podílící se na vzniku či udržování obezity. Práce pojednává o zdravotních a sociálních důsledcích obezity a podává přehled o poruchách příjmu potravy s obezitou mnohdy spjatými. V souvislosti s psychologickým zkoumáním obezity práce upozorňuje na řadu metodologických problémů a tím i na možnosti lépe koncipovaných výzkumů. S tím souvisí problematika projektivních metod, jejichž výzkumné využití by mohlo představovat slibnou cestu k porozumění problematice obezity. V závěru teoretické části je pojednáno o Testu stromu, který jsme zvolili jako hlavní výzkumný nástroj empirické části práce.

Záměrem navazující empirické části bylo prozkoumat a identifikovat osobnostní specifika dospívajících dívek postižených obezitou, a to prostřednictvím projektivního Testu stromu a osobnostního dotazníku HSPQ. Výsledky těchto metod podávají výpověď o osobnostních odlišnostech těchto dívek. Další ověření by vyžadovala především otázka, zda některé výsledky v Testu stromu nereflektují spíše nižší úroveň krystalické inteligence těchto dívek či odlišnosti v administraci metody.

V Testu stromu se obézní dívky od dívek kontrolní skupiny lišily ve 13 jednoduchých a 6 kombinovaných znacích. Vezmeme-li v úvahu především projektivní hledisko, tyto výsledky poukazují na nezralost obézních dívek a na problémy v osobnostní regulaci a v zacházení s emocemi. Je pro ně rovněž obtížné uplatnit se ve světě a rozvinout svou individualitu. Patrné jsou problémy s uspokojováním potřeb a důležitost tělesného obrazu v sebepojetí. Alarmující se jeví nedostatek vnitřních zdrojů opory a pravděpodobně i méně funkční obranné mechanismy.

V osobnostním dotazníku vykazovaly obézní dívky zvýšenou dráždivost, nižší krystalickou inteligenci, vyšší svědomitost, zvýšenou míru úzkostné sebenejistoty a vyšší úzkostnost.

Výsledky obou metod nabízejí podnětné interpretace objasňující mnohé aspekty psychického fungování s obezitou spojené, včetně důsledků obezity a faktorů spolupodílících se na vzniku a udržování této poruchy.

Poukazují též na potřebu psychologické péče směřované k těmto dívkám a poskytují inspirativní vodítka k jejímu zaměření (viz EČ, kapitola 7-Interpretace a 8 -Shrnutí).

Na samotný závěr bychom rádi podotkli, že o nutnosti psychologické pomoci nás přesvědčily i rozhovory s obézními dívkami, kde u řady z nich vystupoval výrazně kritický vztah k sobě, rodinné problémy či depresivní prožitky. K našemu výraznému překvapení však dívky při pobytu v obezitologických léčebnách nemají k dispozici žádnou odbornou psychologickou pomoc. Léčba je zde behaviorálně zaměřená, usiluje se o změnu životního stylu, přičemž spíše výjimečně je věnována pozornost také emocionálním (či rodinným) faktorům s obezitou spjatým. Na základě uvedených nálezů se domníváme, že nabídka psychologické pomoci těmto dívkám by mohla pomoci ošetřit emocionální faktory přispívající k rozvoji a udržování obezity a podpořit tak úspěšnost léčby. Tato péče by mohla též zvýšit životní spokojenost dívek, napomoci jim k vyrovnání se s problémem obezity, stejně jako zabránit začlenění negativních hodnocení do sebepojetí.

# V. LITERATURA


ADAMI, Gian Franco, et al. Alexithymia and body weight in obese patients. *Behavioral Medicine*. 2001, vol. 27, no. 3, s. 121-126.

AGRANAT-MEGED, Anat N. Childhood obesity : obesity and attention deficit hyperactivity disorder examined. *World Disease Weekly*. 2005, no. 6, s. 465.

ALTMAN, Zdeněk. *Test stromu: příručka*. 1. vyd. Praha : Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 1998. 139 s.

ALTMAN, Zdeněk. *Test stromu : příručka*. 2. rozš. vyd. Praha : Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2002. 175 s.

ALTMAN, Zdeněk. *Test stromu: školící kurz* [ústní projev]. Testcentrum: Praha, 18.-19.5. 2004

ANDERSON, Sarah E., et al. *Association of depression and anxiety disorder with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood.* Archieves of pediatrics & adolescent medicine. 2006, vol. 160, is. 3, s. 285-292.

APFELDORFER, Gérard. *Anorexie, bulimie, obésité : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*. Évreux : Dominos Flammarion, 1995. 126 s. ISBN 2-08-035245-8.

ARDELT, Elisabeth. *Obesity : From the "pleasant fat person" to stigma and to the "post-operation slim person"* [online]. c1997-2004, last revision 2000-08-16 [cit. 2006-04-15]. Dostupný z WWW: <http://www.obesity-online.com/article/ardelt.htm>.

ARETON, Lilka Woodward. *Factors in sexual satisfaction of obese women in relationships*. Electronic Journal of Human Sexuality [online]. 2002, vol. 5, last revision 2005-06-08 [cit. 2006-06-15]. Dostupný z WWW: <http://www.ejhs.org/volume5/Areton/TOC.htm>. ISSN 1545-5556.

ARIMA, Emi. *The effects of obesity on adolescent development* [online]. c1994-2006, last modified 04-Jan-2002 [cit. 2006-06-26]. Dostupný z WWW: <http://serendip.brynmawr.edu/biology/b103/f01/web1/arima.html>.

ATKINSON, R. L., et al. *Psychologie*. 1. vyd. Praha : Victoria, 1995. 863 s. 80-85605-35-X

BALCAR, Karel. *Osobnostní dotazník pro mládež : příručka*. 2. přeprac. vyd. Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy, 1992. 76 s.

BALDARO, B., et al. Deficit in discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *International Journal of Obesity.* 2003, vol. 27, no. 2, s. 191-193.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří, ŠIMEK, Jiří (ed.). *Psychosomatická medicína.* Praha : Grada Avicenum, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.

BERECKÁ, O., ČULEN, J. Prejavy osobnosti delikventa v kresebných projektívnych technikách: Teste kresby ludskej postavy a Teste stromu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa.* 1996, roč. 31, č. 2, s. 135-143.

BLÁHA, P., et al. *6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika : základní tělesné charakteristiky 0-19 let, percentilové grafy 0-18 let, rozměry hlavy dětí 0-6 let.* Praha : Státní zdravotní ústav, 2005. 71 s. ISBN 80-7071-251-1.

BRAET, Caroline, CROMBEZ, Geert. Cognitive interference due to food cues in childhood obesity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2003, vol. 32, no. 1, s. 32-39.

BRAET, Caroline. Psychological profile to become and to stay obese. *International Journal of Obesity.* 2005, vol. 29, supp. 2, s.19-23.

BRITZ, B., et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity and Relative Metabolic Disorders.* 2000, vol. 24, no. 12, s. 1707-1714.

BRUCH, Hilde. *Eating Disorders : obesity, anorexia nervosa and the person within.* USA : Basic Books, 1973. 396 s. ISBN 0-465-01782-7.

ČERNÁ, Kateřina. *Využití testu Kresba lidské postavy při diagnostice parafilií.* Praha, 2005. 81 s. Diplomová práce, Filozofická Fakulta Univerzity Karlovy, katedra psychologie.

DAVIDO, Roseline. *Kresba jako nástroj poznání dítěte : dětská kresba z pohledu psychologie.* 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 208 s., 8 s. bar. obr. příl. ISBN 80-7178-449-4.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM IV.* 4th rev. edition. Washington : American Psychiatric Association, 2000. 943 s. ISBN 0-89042-025-6.

*Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.* 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

EDWARDS, C., et al. Family-based behavioral treatment of obesity : acceptability and effectiveness in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2006, vol. 60, no. 5, s. 587-592.

ELFHAG, Kristina, CARLSSON, Anna Maria, RÖSSNER, Stephan. Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2003, vol. 44, no. 5, s. 399-407.

FILASOVÁ, Katarína. *Psychologické aspekty nadváhy : nadváha a hlídání hranic osobního prostoru*. Praha, 2005. 91 s., 12s. příloh. Diplomová práce, Filozofická Fakulta Univerzity Karlovy, katedra psychologie.

FRAŇKOVÁ, Slávka, ODEHNAL, Jiří, PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha : HZ Editio, 2000. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.

FREUD, Sigmund. *Totem a tabu; Vtip a jeho vztah k nevědomí: teoretická část*. Praha : Práh, 1991. 181 s. ISBN 80-7252-006-7.

FUCHSOVÁ IRMGARD. Obezita neboli touha po naplněném životě. In *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Gerhard Danzer. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. s. 137-146. ISBN 80-7178-456-7

GROGAN, Sarah. *Body image : Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha : Grada, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.

HAINER, Vojtěch, et al. *Obezita : Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha : Galén, 1997. 128 s. 80-85824-67-1

HAINER, Vojtěch, et al. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 356 s., 16 s. bar. příl. ISBN 80-247-0233-9.

HAMMER, Emanuel F. A comparison of H-T-P'S of rapists and pedophiles : III. The "dead" tree as an index of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*. 2006, vol. 11, is. 1, s. 67-69.

HASLER, Gregor. Obesity risk factors : Depressive symptoms during childhood linked to weight gain in adults. *Obesity, Fitness & : Wellness Week, Atlanta*. 2005, no. 5, s. 1488.

HILER, E., NESVIG, D. Evaluation of criteria used by clinicians to infer pathology from figure drawings. *Journal of Consulting Psychology*. 1965, vol. 29, no. 6, s. 520-529.

HWANG, Jun Won, et al. The relation between temperament and character and psychopathology in community children with overweight. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2006, vol. 27, is. 1, s. 18.

KESTEMBERG, Evelyn, KESTEMBERG, Jean, DECOBERT, Simone. *La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris : Presses Universitaires de France, 1972. 301 s.

KIMM, Sue Y. S., OBARZANEK, Eva. Childhood obesity: a new pandemic of the new millennium. *Pediatrics*. 2002, vol. 110, no. 5, s. 1003.

KLOPFER, W. G., TAULBEE, E. S. Projective tests. *Annual review of psychology*. 1976, vol. 27, s. 543-567.

KOCOURKOVÁ, Jana. Adolescentní vývojový proces. In *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Jana Kocourková et al. 1. vyd. Praha : Galén, 1997. Kapitola 4., s. 65-78.

KRCH, František, et al. *Poruchy příjmu potravy : vymezení a terapie.* 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

LANDISBERG, S. Relationship of the Rorschach to the H-T-P. *Journal of Clinical Psychology.* 1953, vol. 9, no. 2, s. 179-183.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie.* 3. přeprac. vyd. Praha : Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

LEV-WIESEL, R., HERSKOVITZ, D. Detecting violent aggressive behavior among male prisoners through the Machover Draw a person test. *The arts in psychotherapy.* 2000, vol. 27, no. 4, s. 263-267.

LEXOVÁ, Silvie. *Kresba lidské postavy v psychologické diagnostice.* Praha, 2004. 81 s., 8 s. příl. Rigorózní práce, Filozofická Fakulta Univerzity Karlovy, Katedra psychologie.

LI, X. A study of inteligence and personality in children with simple obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders.* 1995, vol. 19, no. 5, s. 355-357.

LISÁ, Lidka, KŇOURKOVÁ, Marie, DROZDOVÁ, Věra. *Obezita v dětském věku.* 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 143 s. ISBN 08-032-90.

LUMENG, Julie C., et al. Association between clinically meaningful behavior problems and overweight in children. *Pediatrics.* 2003, vol. 112, is. 5, s. 1138.

MÁLKOVÁ, Iva, KRCH, František D. *SOS nadváha.* 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2001. 238 s. ISBN 80-7178-521-0.

MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy.* 1. vyd. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.

MÉNARD, Jessica. Désordres alimentaires qualifiés de mineurs. In *Psychologie et alimentation* [ústní projev]. Toulouse, duben 2005.

MICHAL, Vladimír. O projektivních technikách důvěrněji. *Psychologie dnes.* 2002, roč. 8, č. 7/8, s. 6-8.

MILLS, Jon K., ANDRIANOPOULOS, Georgia, D. A note on interpersonal sensitivy and psychotic symptomatology in obese adult outpatients with a history of childhood obesity. *The Journal of Psychology.* 1995, vol. 129, is. 3, s. 345-346.

MIZUTA, Ichiro, et al. Psychological characteristics of eating disorders as evidenced by the combined adminitration of questionnaires and two projective methods: the Tree

Drawing Test (Baum Test) and the Sentence Completion Test. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002, vol. 56, no. 1, s. 41-53.

MORÁVEK, Svatopluk. *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. 2. vyd. Olomouc : Rektorát Univerzity Palackého, 1991. 144 s.

MYLES, S. Faith, DAVID, B. Allison. Assessment of psychological status among obese persons. In *Body image, eating disorders, and obesity : an integrative guide for assessment and treatment.* Edited by J. Kevin Thompson. 1st edition. Washington : American Psychological Association, 1996. Chapter 15, s. 365-388. ISBN 1-55798-324-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozš. vyd. Praha : Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.

OAKLANDER, Violet. *Třinácté komnaty dětské duše: tvořivá dětská psychoterapie v duchu Gestalt terapie*. 1. vyd. Dobříš : Drvoštěp, 2003. 261 s. ISBN 80-903306-0-6.

PETERSON, Whitney Linda, HARDIN, Milton Edward. *Děti v tísni : příručka pro screening dětských kreseb*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 141 s., il. (někt. bar.). ISBN 80-7524-237-0.

PINAQUY, Sandrine. *Nouvelles approches psychopathologiques dans l'évaluation des obesités*. Toulouse, 2002. l'Université Toulouse II Le Mirail, Laboratoire du CERPP.

POLIVY, Janet, HERMAN, Peter C., PLINER, Patricia. Perception and evaluation of body image: the meaning of body shape and size. In *Self inference processes: The ontario Symposium, Volume 6.* Edited by James M. Olson, Mark P. Zanna. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, 1990. Chapter 5, s. 87-116. ISBN 0805805516.

PREISS, Marek. Klinická psychologie. In *Psychiatrie*. Editoři Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. 1. vyd. Praha : Tigis, 2002. Kapitola 4.5., s. 170-178. ISBN 80-900130-1-5

RATHOUSKÝ, Marek. *Alexithymie a její vztah k rané dětské vazbě*. Praha, 2005. 70 s., 5 s. příl. Diplomová práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Katedra Psychologie.

REITEROVÁ, Eva. *Projektivní test tří stromů*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. 179 s. ISBN 80-244-0341-2.

RHEE, Kyung E., et al. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*. 2006, vol. 117, no. 6, s. 2047-2054.

RICHARDSON, Laura P., et al. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine : Chicago*. 2003, vol. 157, is. 8, s. 739-745.

ROBERTS, R. E., et al. Prospective association between obesity nad depression : evidence from the Alameda county study. *International Journal of Obesity*. 2003, vol. 27, no. 4, s. 514-521.

ROTH, Geneen. *Love, Loss, and What I Ate : The best way to deal with sadness is to feel it* [online]. c2006, last revision 2006-05-26. [cit. 2006-06-05]. Dostupný z WWW: <http://www.prevention.com/article/0,5778,s1-4-64-185-3979-1,00.html>.

ROUSSEAU, Amélie. *Stigmatisation et coping chez les femmes obèses.* Toulouse, 2004. l'Université Toulouse Le Mirail, U.F.R. de Psychologie.

ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie.* 1. vyd. Praha : Avicenum, 1991. 359 s. ISBN 08-040-91.

SANSONE, Randy A., SANSONE, Lori A., MORRIS, David W. Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *The American Journal of Psychiatry.* 1996, vol. 153, is. 1, s. 117-121.

SJÖBERG, Rickard L., NILSSON, Kent W., LEPPERT, Jerzy. Obesity, shame, and depression in school-aged children : population-based study. *Pediatrics.* 2005, vol. 116, is. 3, s. 744.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy : Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika.* 2. aktualiz. vyd. Praha : Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

STANČÁK, Andrej. *Klinická psychodiagnostika : Psychodiagnostické a didaktické testy.* 1. vyd. Bratislava : *Psychodiagnostické a didaktické testy*, 1982. 404 s.

STORA, Renée. *Le test du dessin d'arbre.* Paris : Augustin, 1987. 501 s. ISBN 2-907179-00-4.

STRAUSS, Richard S. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics.* 2000, vol. 105, no. 1, s. 1-5.

STRAUSS, Richard S., POLLACK, Harold A. Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2003, vol. 157, is. 8, s. 746.

STUNKARD, Albert J., WADDEN, Thomas A. (ed.). *Obesity : theory and therapy.* 2nd edition. Philadelphia : Lippincott – Raven, 1996. 337 s. ISBN 0-88167-884-8.

SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých.* 2. vyd. Praha : Portál, 1999. 344 s. ISBN 80-7178-327-7.

SVOBODA, Mojmír, KREJČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.

SVOBODA, Mojmír. *Kresebný test tří stromů* [online]. poslední revize 2005-04-11 [cit. 2006-04-13]. Dostupný z WWW: <http://psychodiagnostika.cz/index.php?akce=svoboda>.

ŠÍPEK, Jiří. *Projektivní metody.* 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 2000. 114 s. ISBN 80-85866-53-6.

ŠTURMA, Jaroslav, VÁGNEROVÁ, Marie. *Kresba postavy : modifikace testu F. Goodenoughové*. Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982. 102 s., příručka k testu, klíč, zázn. list.

ŠVANCARA, Josef, et al. *Diagnostika psychického vývoje*. 3. upr. vyd. Praha : Avicenum, 1980. 400 s. ISBN 08-084-80.

TANOWSKY-KRAFF, Marian, et al. A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*. 2006, vol. 117, is. 4, s. 1203-1210.

TOMAN, E. Psychodynamické aspekty v léčbě obezity. *Česká a slovenská psychiatrie : Časopis České psychiatrické společnosti a Slovenské psychiatrické společnosti*. 2003, supp. 1, s. 16-17.

TOREM, Moshe S., GILBERTSON, Alan, LIGHT, Vicki. Indications of physical, sexual, and verbal victimization in projective tree drawings. *Journal of Clinical Psychology*. 1990, vol. 46, no. 6, s. 900-906.

VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. (ed.). *Sledování růstu českých dětí a dospívajících : norma, vyhublost a obezita*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. 173 s. ISBN 80-7071-173-6.

VILA, Gilbert, et al. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*. 2004, vol. 66, is. 3, s. 387.

de ZWAAN, Martina, et al. Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1995, vol. 17, is. 2, s. 135-140.

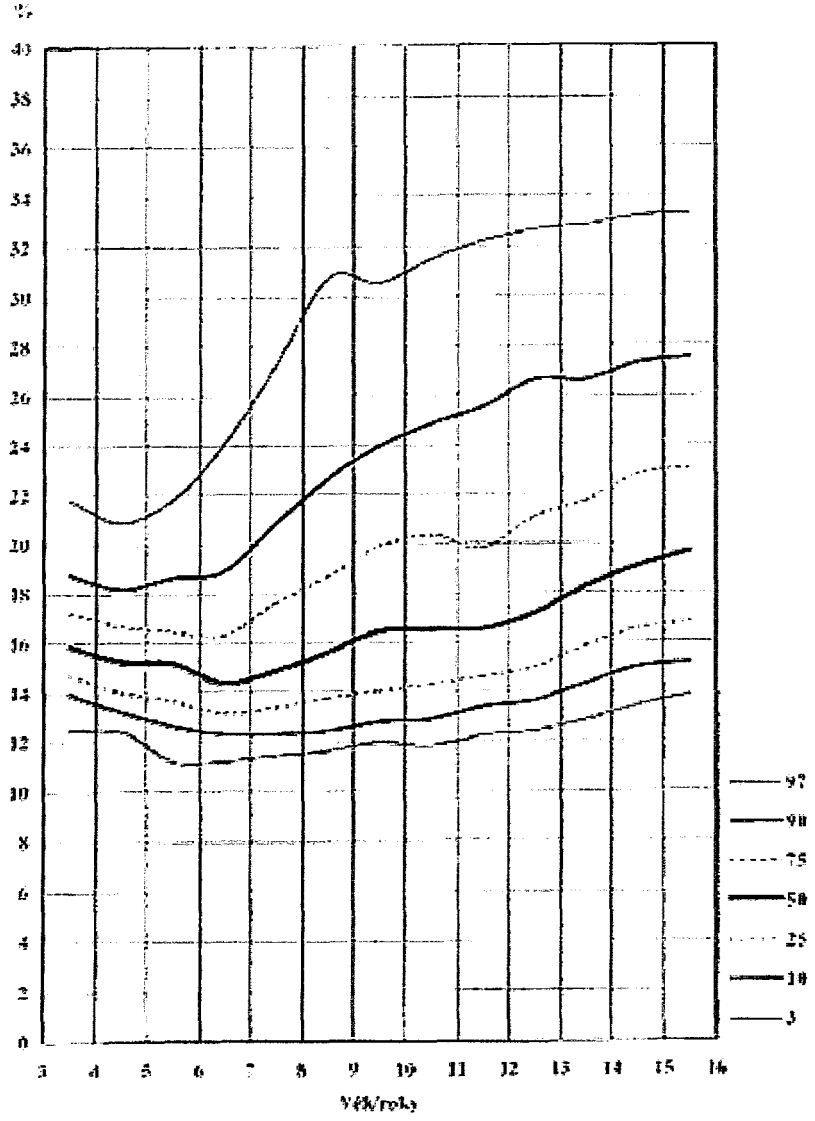
# VI. PŘÍLOHY

## 1. Percentilové grafy, tabulky a tabulka stupňů obezity

### P1 „Podíl tukové složky ze dvou kožních řas – Dívky“

(graf z roku 2001)

Graf prezentuje normální a hraniční hodnoty podílu tukové tkáně pro jednotlivé roky věku dítěte a dospívajícího. Jedná se o odhad podílu tukové složky v procentech, určený na základě součtu dvou kožních řas (triceps, subsculare) a vypočtených pomocí regresních rovnic (Vignerová, Bláha, 2001).

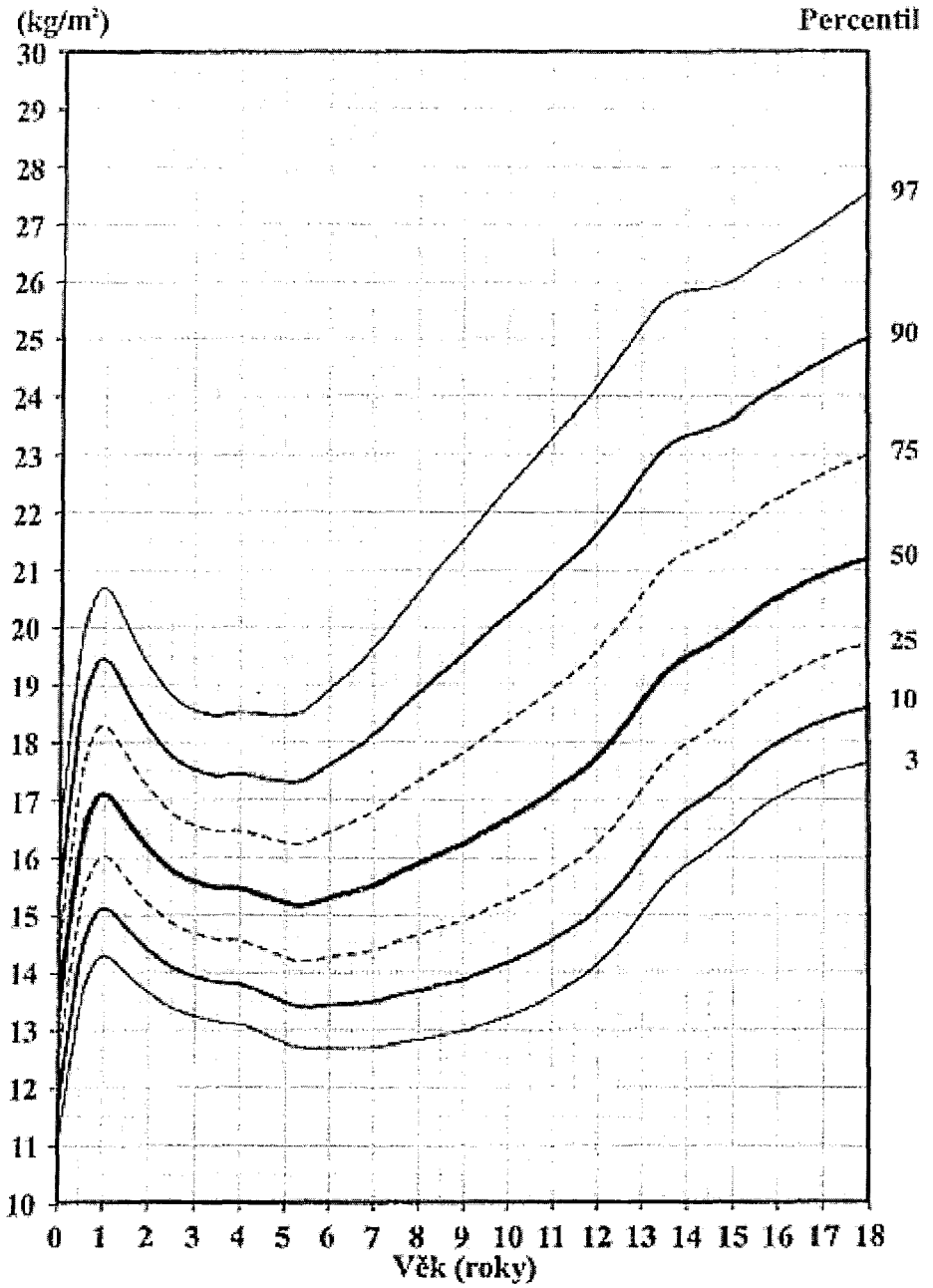



Převzato z *Vignerová, Bláha, 2001, s.59*

## P2 „BMI –Dívky“

(graf z roku 2005)

Tento graf vychází ze stejného antropologického měření z roku 1991 jako graf z roku 2001 (P3), nicméně pro jeho konstrukci bylo využito jiné techniky než u grafu z roku 2001. Pro ilustrování rozdílů uvádíme oba grafy.

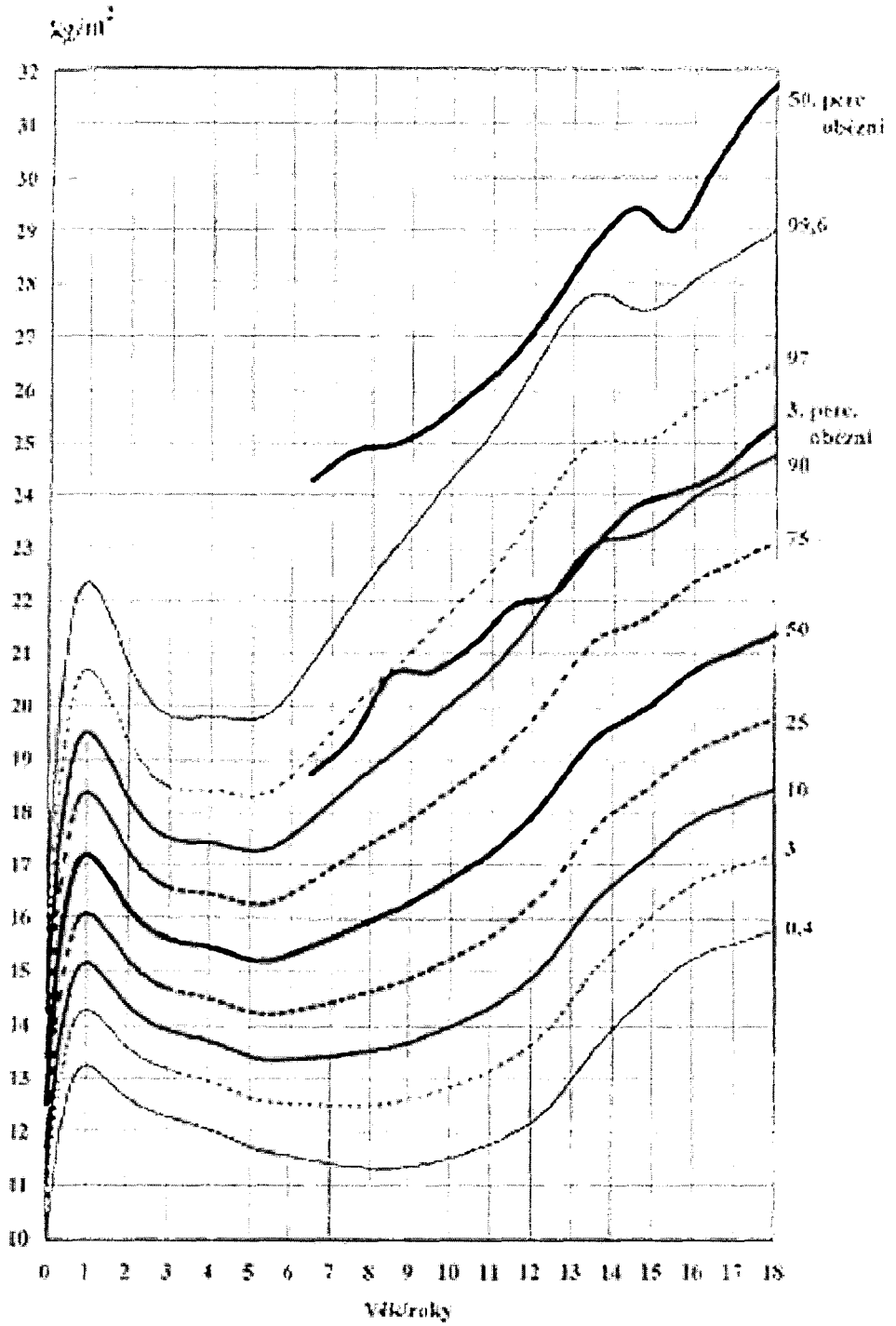



Převzato z *Bláha et al., 2005, s.55*

## P3 „BMI –Dívky“

(graf z roku 2001)

Tento graf uvádí i hodnoty 3., a 50. percentilu souboru obézních dětí a dospívajících ženského pohlaví (5198 dívek ve věku 6-18 let) vyšetřených v léčebně v Poděbradech a v Sadské (Vignerová, Bláha, 2001)




Převzato *z Vignerová, Bláha, 2001, s.37*

**P4 „BMI- Dívky“**

(tabulka z roku 2005)

| věk | četnost | průměr | S. D. | 3. perc. | 50. perc. | 97. perc. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 – 3 dny | 262 | 13,35 | 1,22 | 11,24 | 13,33 | 15,77 |
| 4 d – 0,9 m | 504 | 13,26 | 1,35 | 10,68 | 13,31 | 15,78 |
| 1,0 – 1,9 m | 373 | 14,51 | 1,52 | 11,67 | 14,47 | 17,52 |
| 2,0 – 2,9 m | 301 | 15,33 | 1,60 | 12,62 | 15,12 | 18,50 |
| 3,0 – 3,9 m | 362 | 15,74 | 1,51 | 13,02 | 15,62 | 19,18 |
| 4,0 – 4,9 m | 402 | 15,95 | 1,49 | 13,47 | 15,87 | 18,80 |
| 5,0 – 5,9 m | 313 | 16,37 | 1,54 | 13,53 | 16,33 | 19,67 |
| 6,0 – 6,9 m | 299 | 16,60 | 1,76 | 13,69 | 16,44 | 20,29 |
| 7,0 – 7,9 m | 222 | 16,61 | 1,72 | 13,60 | 16,66 | 20,34 |
| 8,0 – 8,9 m | 234 | 16,84 | 1,69 | 14,40 | 16,65 | 20,41 |
| 9,0 – 9,9 m | 222 | 16,86 | 1,57 | 14,45 | 16,70 | 20,60 |
| 10,0 – 10,9 m | 254 | 16,99 | 1,57 | 14,28 | 16,80 | 20,44 |
| 11,0 – 11,9 m | 203 | 16,79 | 1,45 | 14,44 | 16,78 | 19,87 |
| 1,00 – 1,24 r | 448 | 16,83 | 1,58 | 14,02 | 16,80 | 19,78 |
| 1,25 – 1,49 r | 288 | 16,49 | 1,84 | 13,46 | 16,23 | 20,44 |
| 1,50 – 1,74 r | 441 | 16,47 | 1,57 | 13,60 | 16,36 | 19,42 |
| 1,75 – 1,99 r | 208 | 16,32 | 1,57 | 13,66 | 16,22 | 19,55 |
| 2,00 – 2,49 r | 418 | 16,10 | 1,68 | 13,28 | 15,95 | 20,08 |
| 2,50 – 2,99 r | 554 | 15,96 | 1,59 | 13,44 | 15,84 | 19,31 |
| 3,00 – 3,49 r | 609 | 15,69 | 1,43 | 13,16 | 15,63 | 18,49 |
| 3,50 – 3,99 r | 351 | 15,56 | 1,81 | 12,99 | 15,20 | 19,93 |
| 4,00 – 4,99 r | 736 | 15,56 | 1,72 | 12,90 | 15,40 | 19,42 |
| 5,00 – 5,99 r | 937 | 15,43 | 1,76 | 12,53 | 15,23 | 19,48 |
| 6,00 – 6,99 r | 834 | 15,91 | 2,08 | 12,90 | 15,54 | 20,75 |
| 7,00 – 7,99 r | 1101 | 16,20 | 2,27 | 13,02 | 15,73 | 21,89 |
| 8,00 – 8,99 r | 1241 | 16,62 | 2,40 | 13,06 | 16,22 | 22,05 |
| 9,00 – 9,99 r | 1284 | 16,97 | 2,57 | 13,35 | 16,52 | 22,93 |
| 10,00 – 10,99 r | 1469 | 17,73 | 2,82 | 13,72 | 17,30 | 24,23 |
| 11,00 – 11,99 r | 1640 | 18,21 | 3,01 | 14,13 | 17,60 | 25,39 |
| 12,00 – 12,99 r | 1644 | 18,90 | 2,99 | 14,36 | 18,52 | 25,37 |
| 13,00 – 13,99 r | 1578 | 19,49 | 2,85 | 15,32 | 19,04 | 26,42 |
| 14,00 – 14,99 r | 1495 | 20,13 | 2,78 | 15,94 | 19,72 | 26,29 |
| 15,00 – 15,99 r | 2536 | 20,54 | 2,56 | 16,71 | 20,24 | 25,95 |
| 16,00 – 16,99 r | 2686 | 20,84 | 2,58 | 17,01 | 20,50 | 26,63 |
| 17,00 – 17,99 r | 2527 | 21,07 | 2,55 | 17,31 | 20,72 | 26,68 |
| 18,00 – 18,99 r | 1696 | 21,23 | 2,75 | 17,41 | 20,81 | 27,45 |

Převzato z *Bláha et al., 2005, s.29*

## P5 „Hraniční hodnoty BMI vymezující 3 stupně obezity české dětské a adolescentní populace“

(tabulka z roku 2001)

Tato tabulka byla vypracována na základě referenčního souboru českých obézních dětí a mládeže (jednalo se o soubor 8237 obézních jedinců ve věku od 6 do 18 let, vyšetřených v dětské léčebně v Poděbradech) a na základě údajů z V.CAV 1991 (Vignerová, Bláha, 2001).

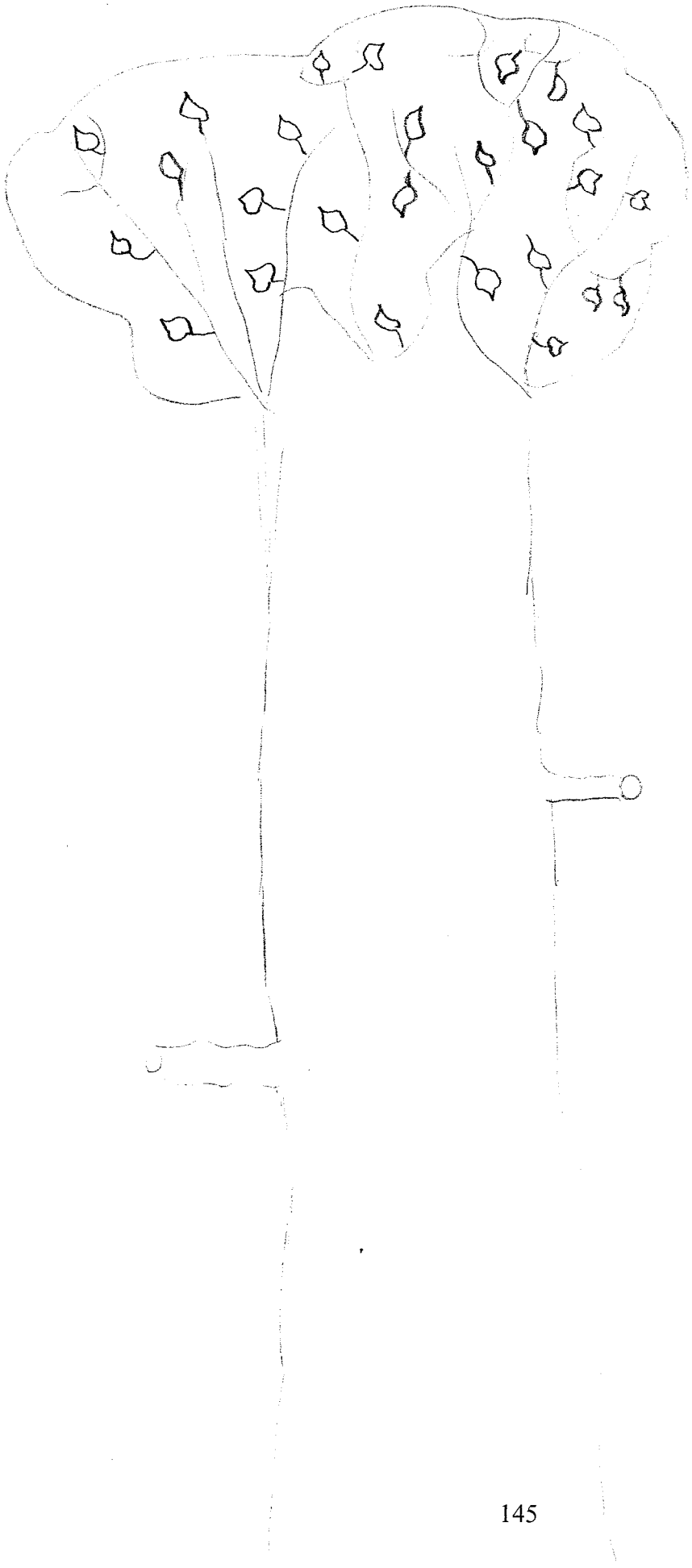
| Věk roky | CHLAPCI | | | DÍVKY | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
| | Mírná obezita | Střední obezita | Těžká obezita | Mírná obezita | Střední obezita | Těžká obezita |
| 6,00 – 6,99 | 19,6 – 24,8 | 24,9 – 28,8 | nad 28,8 | 19,7 – 24,8 | 24,9 – 28,6 | nad 28,6 |
| 7,00 – 7,99 | 20,2 – 25,0 | 25,1 – 29,2 | nad 29,2 | 20,6 – 24,6 | 24,7 – 28,8 | nad 28,8 |
| 8,00 – 8,99 | 21,1 – 25,3 | 25,4 – 30,4 | nad 30,4 | 21,5 – 24,4 | 24,5 – 28,8 | nad 28,8 |
| 9,00 – 9,99 | 22,2 – 25,7 | 25,8 – 30,5 | nad 30,5 | 22,4 – 25,2 | 25,3 – 29,4 | nad 29,4 |
| 10,00 – 10,99 | 23,3 – 26,2 | 26,3 – 30,9 | nad 30,9 | 23,1 – 25,7 | 25,8 – 30,0 | nad 30,0 |
| 11,00 – 11,99 | 24,3 – 27,0 | 27,1 – 32,0 | nad 32,0 | 24,2 – 26,3 | 26,4 – 31,4 | nad 31,4 |
| 12,00 – 12,99 | 24,8 – 27,8 | 27,9 – 33,3 | nad 33,3 | 25,3 – 27,6 | 27,7 – 32,8 | nad 32,8 |
| 13,00 – 13,99 | 25,1 – 28,6 | 28,7 – 33,5 | nad 33,5 | 25,6 – 28,9 | 29,0 – 34,6 | nad 34,6 |
| 14,00 – 14,99 | 25,5 – 29,3 | 29,4 – 34,7 | nad 34,7 | 25,5 – 29,5 | 29,6 – 35,0 | nad 35,0 |
| 15,00 – 15,99 | 26,2 – 31,0 | 31,1 – 39,6 | nad 39,6 | 25,8 – 29,7 | 29,8 – 36,3 | nad 36,3 |
| 16,00 – 16,99 | 26,9 – 32,5 | 32,6 – 38,3 | nad 38,3 | 27,2 – 30,2 | 30,3 – 37,3 | nad 37,3 |
| 17,00 – 18,99 | 27,6 – 33,5 | 33,6 – 40,4 | nad 40,4 | 27,3 – 31,4 | 31,5 – 38,1 | nad 38,1 |

Převzato z *Vignerová, Bláha, 2001, s.114*

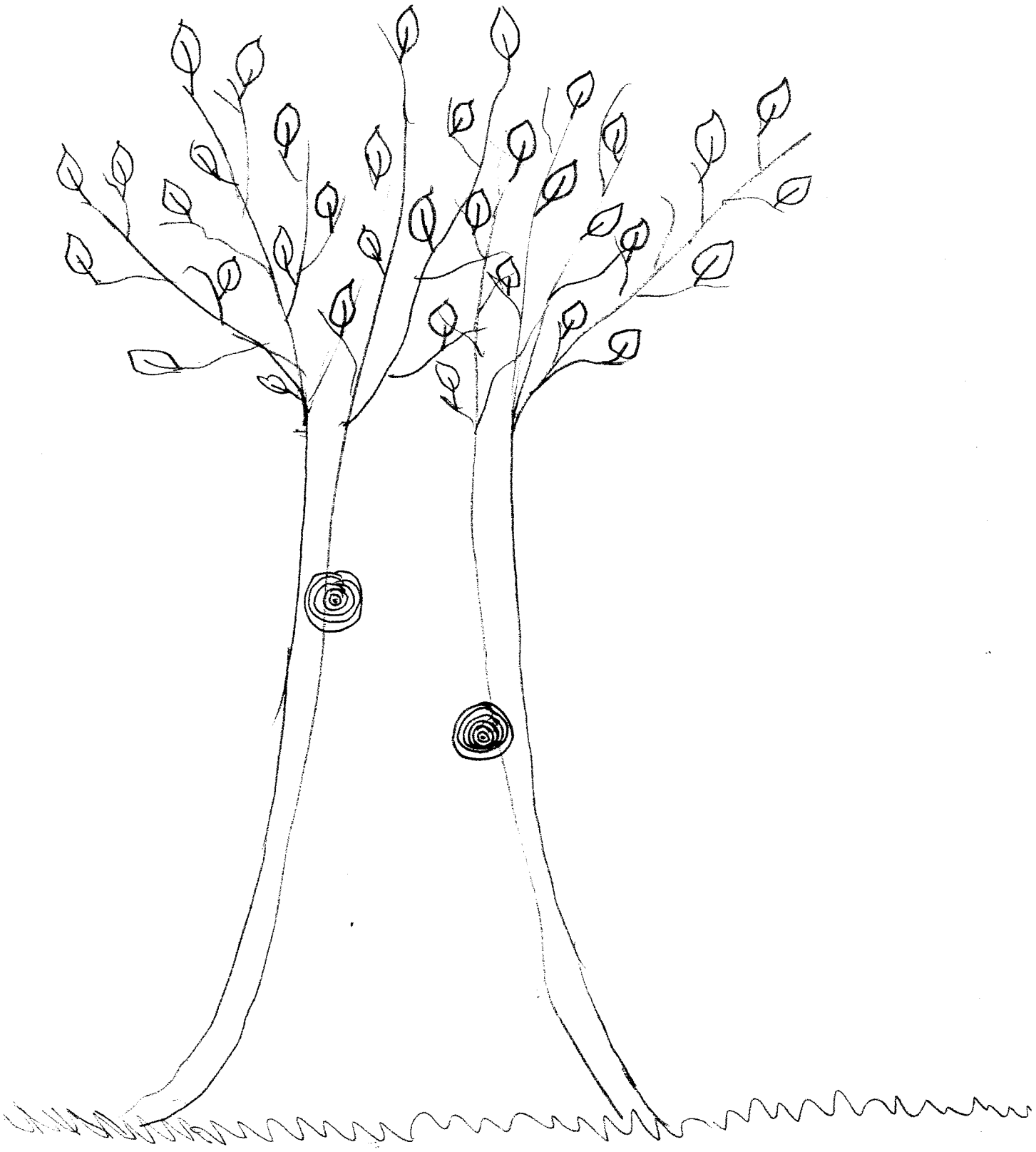
# 2. Typické kresby stromu dívek OS a KS

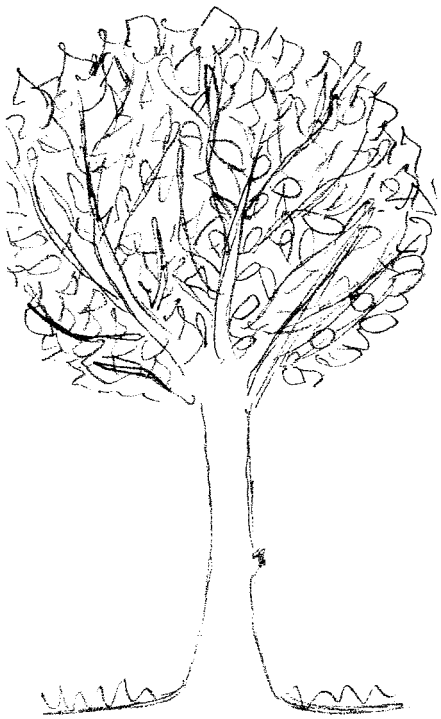
P6: Kresba stromu dívky OS: 17,2 let; BMI 47,5 (těžká obezita); IQ sten 2

P7: Kresba stromu dívky OS: 15 let; BMI 30,5 (střední obezita); IQ sten 5

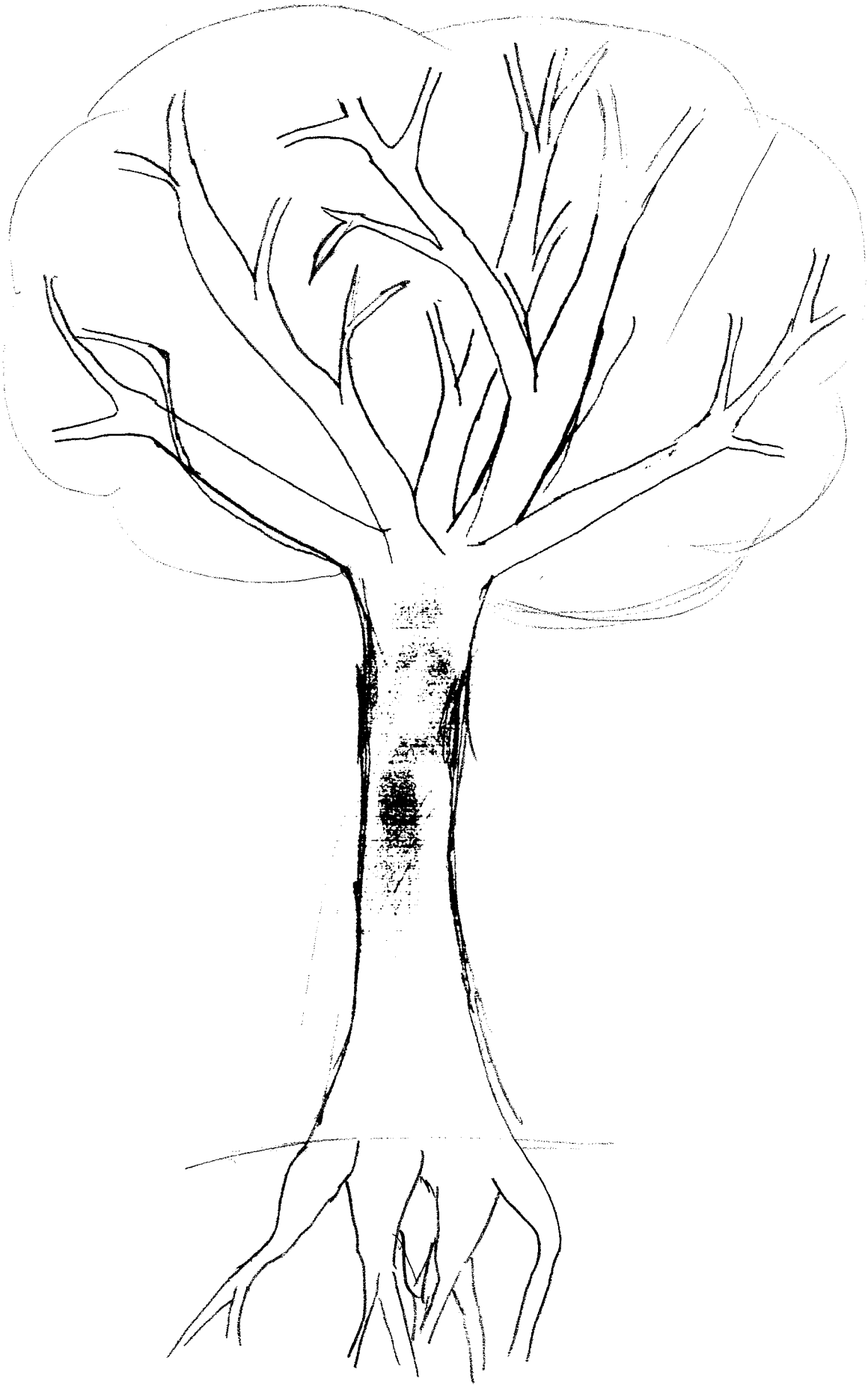


P8: Kresba stromu dívky OS: 13,6 let; BMI 29,8 (střední obezita); IQ sten 7





P9: Kresba stromu dívky KS: 15 let; BMI 17,6



P10: Kresba stromu dívky KS: 14,5 let; BMI 20,9

P11: Kresba stromu dívky KS: 13,4 let; BMI 19,9