

Závěrečná práce

**Využití metody Sandtray v terapeutické
práci s jedincem s mentální anorexií**

PhDr. Dominika Chudačková

2025

ÚVOD

Tématu poruch příjmu potravy, především pak mentální anorexii, se věnuji dlouhodobě. Již během magisterského studia psychologie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy jsem se této problematice věnovala ve své diplomové práci, později pak hlouběji v rámci rigorózní práce s názvem “Mentální anorexie – cesta k zotavení” (Chudačková, 2022). Prostřednictvím hlubokých, velmi autentických rozhovorů jsem měla možnost nahlédnout do prožívání několika žen, které si mentální anorexií prošly a jejichž cesta k uzdravení byla mnohdy velmi nesnadná.

Teoretické a empirické zkušenosti ve mně neustále formují hluboké porozumění tomu, že cesta k zotavení se z poruch příjmu potravy není lineární ani jednoduše uchopitelná. Zároveň ve mně stále dozrává přesvědčení, že na této cestě nejde pouze o změnu stravovacích návyků nebo o číslo na váze, ale především o navázání nového, laskavějšího vztahu sám/sama k sobě. Zotavení se z poruch příjmu potravy znamená znovuobjevení vnitřní rovnováhy, návrat k autenticitě a ke schopnosti být v kontaktu se svým prožíváním bez potřeby kontroly a sebekritiky.

Stále intenzivněji vnímám, že klasické verbální terapeutické přístupy, přestože jsou nesmírně cenné, někdy narážejí na své limity – zejména u klientů, kteří mají potíže s verbalizací svých emocí, s navázáním důvěry. U osob s mentální anorexií se často setkáváme s alexithymií¹, odpojením od vlastního těla a s potlačením spontánnosti. Právě v takovém případě mohou být účinné neverbální terapeutické metody, které umožňují klientovi bezpečně se dotknout vnitřních témat jiným způsobem než slovy.

Práce s pískem se pro mě stala, v průběhu ročního výcvikového kurzu, symbolem bezpečí, hravosti a autenticity – kvalit, které lidé s poruchou příjmu potravy často ztratili ve svém boji o sebe/kontrolu a dokonalost. Práce v symbolickém prostoru pískoviště mi ukázala, že i v tichu a beze slov může dojít k hlubokým vnitřním změnám, a to zvláště u těch, pro které jsou slova příliš zraňující či nedostatečná.

V této práci se zaměřuji na teoretické i praktické propojení metody Sandtray a jedné z nejzávažnějších forem poruch příjmu potravy – mentální anorexie.

¹ Alexithymie = neschopnost rozpoznat, pojmenovat a vyjádřit vlastní emoce

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Základní vymezení a charakteristika

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažná psychická onemocnění, jejichž výskyt v posledních letech výrazně narůstá. Podstatou těchto poruch je především narušený vztah k sobě samému, což se projevuje patologickým myšlením a chováním v oblasti stravování. Pro jedince s PPP je typické zkreslené vnímání vlastního těla, přehnaná pozornost věnovaná tělesné hmotnosti a neschopnost realisticky hodnotit svůj vzhled či tělesné proporce (Raboch, 2006). PPP významně ovlivňují sebehodnocení, mezilidské vztahy a celkovou kvalitu života jedince. Nemocní obvykle ztrácejí schopnost objektivního náhledu, nevnímají závažnost svého stavu a popírají existenci problému, motivace k léčbě proto bývá zpočátku velmi slabá, ne-li žádná.

Mezi poruchy příjmu potravy patří především:

- **Mentální anorexie** – intenzivní strach z přibírání, výrazné omezení příjmu potravy, podváha, narušené vnímání těla
- **Mentální bulimie** – opakované epizody přejídání s kompenzačním chováním – zvracení, nadměrné cvičení, užívání projímadel, hmotnost je často v normě
- **Záchvatovité přejídání** – epizody přejídání bez kompenzace, častěji spojeno s nadváhou, pocity studu a viny
- **Atypické poruchy příjmu potravy** – plně nesplňují diagnostická kritéria výše zmíněných onemocnění
- **ARFID** – omezení příjmu potravy bez obav z váhy, motivované např. senzitivitou k chuti či strachem z nebezpečných účinků jídla
- **Pica a ruminační porucha** – konzumace nepoživatelného materiálu či opakované vyvrhování potravy, spojené s vývojovými či psychickými problémy

Mentální anorexie je často mylně považována za nejčastěji se vyskytující formu PPP, ve skutečnosti však patří mezi ty méně časté. Tento omyl pramení z toho, že její příznaky – výrazný úbytek hmotnosti a viditelné tělesné změny – jsou nápadnější než u jiných forem PPP. Mentální anorexie je však, vzhledem k vysokému riziku somatických i psychických komplikací a zvýšené mortalitě, poruchou nejzávažnější.

Etiologie

Poruchy příjmu potravy vznikají na základě komplexního působení biologických, psychologických a sociokulturních vlivů, jejichž vzájemná interakce vytváří podmínky pro vznik a udržování patologického vztahu k jídlu a tělu (Papežová, 2018).

a) Biologické faktory

Významný vliv na vznik a samotný průběh PPP mají genetické faktory, hormonální nerovnováha a psychická vulnerabilita daného jedince (Neuwirthová, 2011). PPP často vznikají v období adolescence, tedy v čase, kdy se formuje identita a vztah k vlastnímu tělu (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2005). Tělo, které by mělo být prostředkem sebevyjádření, se v tomto období může stát objektem sebe/kontroly, hodnocení a zdrojem úzkosti. V tomto smyslu lze konkrétně mentální anorexii chápat i jako symbolický zápas o vlastní hranice, autonomii a sebepřijetí.

Biologické faktory vytvářejí predispoziční základ, který se může projevit v interakci s psychologickými a sociálními vlivy.

b) Psychologické, osobnostní faktory

Vznik a průběh PPP dále ovlivňují temperamentové a osobnostní charakteristiky, jako jsou zvýšená úzkostnost, perfekcionismus, impulzivita či výrazná potřeba kontroly (Neuwirthová, 2011). Významnou roli hraje také nízké sebevědomí, nízká sebedůvěra, citová deprivace či traumatické zkušenosti (např. sexuální či emoční zneužívání), které narušují stabilitu sebepojetí a schopnost regulace emocí. Tyto faktory mohou výrazně ovlivnit schopnost adaptace jedince na zátěžové situace.

Z hlediska psychického vývoje představuje již zmíněné období dospívání náročnou vývojovou fázi spojenou s utvářením identity, hledáním autonomie a vymezováním vlastních hranic. U zranitelných osob může v tomto období dojít k narušení vztahu k vlastnímu tělu, jídlu, ale i k výkonu.

c) Rodinné a sociokulturní faktory

Rodina je místem, kde se od raného dětství formuje vztah k vlastnímu tělu, k jídlu a kde se vytvářejí první vzorce chování, které mohou ovlivnit postoj k sobě i ke světu. Výchova, která je příliš omezující, ochranná nebo zaměřená především na výkon, může u dětí narušovat pocit jistoty, bezpečí a vést tak k rozvoji nezdravých

vzorců ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu (Raboch, 2006). Rodiče zároveň představují významný ochranný faktor tehdy, když dítěti nabízejí zdravý model vztahu k jídlu, tělu a emocím, podporují realistické sebepojetí a vytvářejí prostředí charakterizované akceptací a otevřenou komunikací.

Vedle rodinného prostředí mají významný vliv na vznik PPP také sociokulturní faktory, zejména tlak společnosti na dosažení ideálu štíhlosti, tzv. „kult štíhlosti“. Tento tlak, podporovaný médii, která často prezentují nereálné a neudržitelné standardy tělesné krásy, může zvyšovat nespokojenost s vlastním tělem, nízké sebehodnocení a podporovat potřebu kontroly prostřednictvím stravovacích návyků.

Průběh a prognóza

PPP se obvykle rozvíjeji pozvolna a nenápadně. Počáteční projevy bývají často skryté – nemocní své potíže záměrně tají nebo bagatelizují. Postupně se však kontrola nad jídlem stává ústředním životním tématem a dochází k výrazným změnám v chování, emocích i sociálním fungování.

Průměrná doba trvání PPP se pohybuje kolem šesti let, přičemž až u třetiny pacientů může mít nemoc chronický průběh (Raboch, 2006). U některých jedinců přetrvávají určité symptomy nemoci i po dosažení zdravé tělesné hmotnosti. Prognóza PPP závisí na včasnosti stanovení diagnózy, hloubce a délce trvání onemocnění, stejně jako na kvalitě a dostupnosti terapeutické péče. Důležitou roli hraje také podpora rodiny a blízkého okolí, která může významně ovlivnit motivaci k léčbě, dodržování doporučených postupů a udržení pozitivních změn v dlouhodobém horizontu.

Symptomy

Mentální anorexie se vyznačuje intenzivním strachem z jídla a přibírání na váze, úmyslným omezováním příjmu potravy, nadměrnou pozorností věnovanou vzhledu, zkresleným vnímáním vlastního těla, nízkým sebevědomím a závislostí sebehodnocení na tělesné hmotnosti (Krch, 2010; DSM-5). U těchto jedinců typicky pozorujeme rigiditu, perfekcionismus, nadměrnou sebekontrolu, potlačování emocí a nízké sebevědomí (Fialová, 2001; Röhr, 2013). Tyto symptomy často vedou k úzkostem, depresi a úplné sociální izolaci nemocného. Dlouhodobá podvýživa navíc způsobuje řadu zdravotních komplikací.

Jídlo se pro nemocného postupně stává ústředním bodem života, symbolem kontroly, jistoty a úlevy od vnitřního chaosu. Odmítání jídla bývá často nevědomým pokusem získat zpět moc nad sebou a okolím, posílit křehké sebevědomí či potlačit pocity bezmoci a úzkosti. V jádru onemocnění stojí bolestné nepřijetí vlastního těla i vlastní osobnosti, doprovázené snahou o dosažení nereálného ideálu dokonalosti.

Tělesná hmotnost bývá často nejviditelnějším symptomem mentální anorexie, někteří odborníci tak stále hodnotí závažnost onemocnění převážně podle ní. Ve skutečnosti však hmotnost není jediným, nejdůležitějším kritériem závažnosti. Mnoho pacientů má, dle BMI², zdravou tělesnou hmotnost, přesto u nich pozorujeme výrazné psychické obtíže a maladaptivní projevy v chování, které mohou významně ohrožovat jejich zdraví a kvalitu života. BMI totiž neodráží vnitřní psychickou zátěž, kompenzační chování, stravovací rituály ani narušené vnímání vlastního těla, a proto může maskovat závažnost onemocnění, zejména u jedinců s atypickou formou PPP.

U jedinců s mentální anorexií pozorujeme výrazné emoční odpojení. Často se objevuje tzv. alexithymie – neschopnost rozpoznat a pojmenovat vlastní emoce (Skårderud, 2007). Emoce bývají potlačovány nebo intelektualizovány. Oslabené je také tělesné prožívání. Tělo je nemocným vnímáno spíše jako objekt, který je třeba ovládat, než jako živá součást identity (Bruch, 2001).

Jedinci s mentální anorexií často nemají dostatečný náhled na svůj stav a obtížně se verbálně vyjadřují, což je někdy vede k sebedestruktivním způsobům komunikace. V tomto kontextu se ukazuje přínos neverbálních, symbolických a expresivních terapeutických metod, jako jsou arteterapie, práce s tělem nebo metoda Sandtray. Tyto metody zajišťují bezpečný a tvořivý přístup k neuvědomovaným tématům a emocím, podporují sebepoznání, rozvoj důvěry mezi terapeutem a klientem, uvolnění, zdravé sebevyjádření a zpracování traumatických zážitků, aniž by kladly tlak na verbální výkon či vysvětlování.

Léčba

Léčba PPP je dlouhodobý a náročný proces vyžadující plně multidisciplinární přístup. Nemocnému je potřeba zajistit nutriční, psychologickou a psychiatrickou

² BMI (Body Mass Index) – ukazatel tělesné hmotnosti vzhledem k výšce, vypočítaný jako hmotnost (kg) dělená druhou mocninou výšky (m²)

péči, přičemž klíčovou roli hraje samotná **motivace nemocného k uzdravení**. Prvním cílem léčebného procesu bývá stabilizace zdravotního stavu a obnovení zdravé tělesné hmotnosti, dlouhodobým cílem léčby je poté rekonstrukce vztahu k sobě, k vlastnímu tělu a emocím (Raboch, 2006).

Velkou výzvou při léčbě osob s mentální anorexií je jejich **nízký náhled**, tzn. neuvědomování si nebo nepřijímání závažnosti onemocnění. Mnozí nepociťují potřebu změny a terapeutické zásahy vnímají jako ohrožení vlastní kontroly. Výzkumy ukazují (Berends et al., 2016; Carter et al., 2004), že i po úspěšné stabilizaci zdravotního stavu je riziko relapsu vysoké, a to především tehdy, kdy nebyly adekvátně zpracovány hlubší psychické souvislosti onemocnění.

Klíčové aspekty, které je třeba zohlednit při léčbě osob s mentální anorexií:

- **Alexithymie** – potíže s rozpoznáváním a vyjadřováním emocí
- Nejasná identita, **nízké sebevědomí**, nestabilní pocit vlastní hodnoty
- **Potřeba kontroly a strach z odevzdání** se procesu
- **Perfekcionismus a rigidita**, neflexibilní myšlení
- **Nedůvěra** k terapeutovi – obtížné navázání spolupráce a otevřenosti
- **Zkreslené vnímání** vlastního těla a **striktní pravidla** ve stravování

Alexandra Meyers-Ellett (2020) uvádí, že děti a dospívající s PPP často lépe reagují na terapeutické přístupy, které využívají prvky hry a kreativity, než na čistě verbální formy terapie. Hravé a expresivní metody jim umožňují vyjádřit emoce a vnitřní prožitky, které by jinak zůstaly potlačené či skryté.

2. METODA SANDTRAY

Historie

Sandtray terapie vychází z jungovské tradice práce s nevědomím. Jejím cílem je podpořit hlubší sebepoznání prostřednictvím symbolického vyjádření vnitřního světa v ohraničeném prostoru pískoviště, a to skrze práci s pískem a figurkami. Dora Kalff (1980) tuto metodu popsala jako „*prostor, kde se duše může vyjádřit prostřednictvím obrazu*“, čímž zdůraznila význam symboliky v terapii. Sandtray terapie probíhá v bezpečném, podporujícím prostředí a využívá hravého a kreativního přístupu. Práce v pískovišti umožňuje klientovi vyjádřit a zpracovat pocity a prožitky, které je mnohdy obtížné vyjádřit pouze slovy (Homeyer & Sweeney, 2017; Kalff, 1980).

Základní principy

Hra je přirozenou součástí vývoje dětí a dospívajících. Prostřednictvím hry se děti učí chápat svět, regulovat a zpracovávat své emoce a řešit problémy (Homeyer & Morrison, 2008). Hra umožňuje dítěti získat pocit kontroly nad okolním prostředím, podporuje kreativitu, rozvoj zdravých vztahů a může sloužit jako katalyzátor pro uvolnění intenzivních emocí. Hra využívá vrozenou touhu každého z nás, touhu objevovat a poznávat svět.

U dospívajících se hra často mění v kreativní činnost jako je např. psaní deníku, hudba či výtvarné umění, která plní obdobnou funkci jako hra u mladších dětí. Stejně jako hračky pomáhají malému dítěti vyjádřit své myšlenky a emoce, v sandtray terapii slouží, k symbolickému vyjádření vnitřního světa, malé figurky a miniatury. Prostřednictvím manipulace s figurkami klient vyjadřuje své pocity a prožitky, aniž by je musel slovně popisovat. Obraz v písku se stává jakýmsi médiem mezi vnitřním a vnějším světem. Ze série scén v pískovišti poté můžeme usuzovat na jisté, stále se opakující vzorce v prožívání a chování klienta (Homeyer & Sweeney, 2017).

Přirozeně léčivý efekt hry jako takové bývá v terapeutické praxi bohužel často opomíjen. Terapie založená výhradně na verbální komunikaci mnohdy nedokáže plně aktivovat proces sebepoznání, neboť mnozí klienti nejsou schopni, nebo se obávají, verbálně sdílet své prožitky a emoce, zejména ze strachu z hodnocení

či odsouzení (Homeyer & Sweeney, 2017). Sandtray toto dokáže – umožňuje klientovi vyjádřit emoce, které jsou příliš těžké na to, aby byly vyřčeny slovy. Vedle toho také podporuje postupné odbourávání maladaptivních obranných mechanismů, tedy nevhodných způsobů, jimiž se jedinec chrání před stresem a negativními emocemi (Vybíral & Roubal, 2010).

Sandtray terapeut zaujímá pozici tichého svědka – nezasahuje, neposuzuje ani neinterpretuje, nýbrž doprovází, drží strukturu, přijímá a podporuje – tj. vytváří bezpečný a ohraničený prostor pro spontánní seberealizaci klienta (Homeyer & Sweeney, 2017). V sandtray je stěžejní vnitřní prožitek klienta v procesu tvoření, nikoliv interpretace vytvořeného obrazu v pískovišti. Toto tiché pozorování, bez jakéhokoliv hodnocení a vnějších zásahů, bývá pro klienty velmi uzdravující.

3. SANDTRAY A JEDINEC S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Terapeutická metoda sandtray je u jedinců s mentální anorexií obvykle využívána jako doplňková. Jejím cílem není přímá změna stravovacích návyků, ale podpora integrace osobnosti, rozvoj vnitřního dialogu a obnova kontaktu se sebou samým. Sandtray je vhodné zařadit až v postakutní fázi léčby, kdy je somatický stav klienta stabilizovaný, avšak psychická rovnováha zůstává nadále křehká (Papežová, 2018).

Sandtray může být pro jedince s mentální anorexií cenným terapeutickým nástrojem podporujícím hlubší sebepoznání. Významně napomáhá změně nejen v myšlení, ale i v emočním prožívání. Sandtray nabízí bezpečný a strukturovaný prostor pro vyjádření i zpracování emocí, čímž podporuje regulaci afektu (zvládání silných emocí) a pomáhá omezovat tendenci k potlačování emocí či vyhýbání se prožitkům.

Prostřednictvím symbolického tvoření má klient možnost vidět a vnímat svou nemoc jako konkrétní a uchopitelný problém, který je možné zkoumat, porozumět mu a postupně ho proměňovat. Proces externalizace zároveň přispívá ke zmírnění pocitů studu a odcizení, které jsou pro mentální anorexiu typické. Klient získává možnost rozvíjet soucit k sobě samému a postupně tak budovat svou identitu nezávisle na onemocnění. V bezpečném prostředí pískoviště klient poznává, že nedokonalost je přirozenou součástí života, a že přijetí sám sebe je klíčovým krokem k uzdravení.

Při práci s jedincem s MA v pískovišti je nutné zohlednit:

- **Zdravotní stav**

V akutní fázi onemocnění bývá kognitivní a emoční kapacita jedince omezena, tehdy sandtray využíváme spíše podpůrně, nikoliv terapeuticky.

- **Komorbidita**

Často přidružené úzkostné, obsedantní a depresivní symptomy ovlivňují způsob práce i interpretaci chování jedince v pískovišti.

- **Riziko retraumatizace**

Symbolické obrazy mohou vyvolat intenzivní emoční reakce, proto je důležité citlivě vnímat a respektovat aktuální hranici tolerance a bezpečí.

Při práci s jedincem s MA v pískovišti je třeba zajistit a podpořit:

- **Bezpečí a strukturu**

Je důležité vytvářet jasně vymezený, bezpečný prostor bez tlaku na výkon. Klient potřebuje zažít přijetí, a to i tehdy, kdy nemá situaci plně pod kontrolou.

- **Neverbální přístup**

Proces by měl probíhat skrze samotné tvoření. O tom, co v pískovišti vzniklo, má smysl mluvit až tehdy, kdy se klient cítí v klidu a v bezpečí.

- **Respekt k pracovnímu i osobnímu tempu**

Změna obvykle probíhá pomalu a citlivě, terapeut by ji neměl uspěchat. Důležité je nechat proces přirozeně plynout.

- **Práci s tělem**

Je důležité sledovat i tělesné projevy klienta u pískoviště – napětí v rukou, dech či způsob, jakým se dotýká písku. Terapeut je může citlivě reflektovat.

- **Autonomii**

Klienti mají často pocit, že ztrácí kontrolu nad svým životem. V pískovišti si tvoří svůj vlastní svět, který má smysl a hodnotu i tehdy, kdy není dokonalý.

Projevy jedince s mentální anorexií v pískovišti

Chování klienta s mentální anorexií v sandtray terapii obvykle odráží jeho osobnostní charakteristiky, zejména silnou potřebu kontroly, tendenci k perfekcionismu, úzkost z nepořádku, neorganizovanosti a strach ze ztráty či překročení vlastních hranic.

Zde je několik typických projevů klientů s mentální anorexií v pískovišti (Papežová & Hanusová, 2012; Chudačková, 2022):

- **Vyhýbání se přímému kontaktu s pískem**

Klienti se často vyhýbají přímému kontaktu s pískem – dotýkají se ho jen opatrně, konečky prstů, vyhýbají se „nepořádku“. Tento postoj symbolizuje jejich ambivalentní a konfliktní vztah k vlastnímu tělu a smyslovým prožitkům.

- **Precizní a kontrolované uspořádání scény**

Figurky jsou v pískovišti rovnoměrně rozmístěné, celý prostor působí pečlivě uspořádaně a „pod kontrolou“, jako odraz vnitřní potřeby pořádku a stability.

- **Tendence k minimalismu**

Klienti často používají jen několik figurek, protože menší množství je „bezpečnější“ z hlediska kontroly, možného přehlcní a ohrožení chaosem.

- **Specifická volba figurek**

Časté jsou motivy izolace, hranic a prázdnoty, např. zdi, ploty, klece či bariéry. Tyto symboly odrážejí hluboký vnitřní konflikt mezi touhou mít situaci pod kontrolou a potřebou spontaneity, blízkosti a vztahu. Scény bývají často „uzavřené“ – figurky jsou oddělené nebo chráněné hradbami.

- **Absence pohybu a života**

Scény často postrádají lidi a zvířata, což odráží emoční ztuhlost a odpojení klienta od vlastních pocitů a prožitků.

V průběhu terapie může nastat moment, kdy klient poprvé uvolní svou potřebu mít vše pod kontrolou – např. dotykem písku naruší pečlivě uspořádanou scénu a dovolí jí vyvíjet se vlastním způsobem. Tento moment je často považován za symbolický zlom odrážející posun k větší spontánnosti, důvěře a otevřenosti v procesu změny.

V průběhu terapeutického procesu, s rostoucí důvěrou a pocitem bezpečí, klient obvykle začíná tvořit volněji – objevují se barvy, pohyb či prvky přírody, které symbolizují vnitřní oživení. Sandtray tak napomáhá postupnému propojení těla a psychiky, umožňuje bezpečný kontakt s materiálem, zkoumání vlastních hranic a postupné dovolování si větší spontánnosti.

Nabídka otázek a výzev při práci s jedincem s MA v pískovišti:

„Zkus v písku znázornit, jak vypadá život s mentální anorexií – jaké to pro tebe je.“

„Zkus vytvořit scénu, která ukazuje, jak si myslíš, že tě ostatní vnímají – jak tě vidí.“

„Vytvoř dvě části scény: jednu, která ukazuje tvůj současný vztah k tělu, a druhou, která představuje, jaký vztah bys ke svému tělu chtěl(a) mít.“

„Zkus vytvořit obraz světa, ve kterém bys už nebyl(a) svázaný(á) poruchou příjmu potravy – jak by takový svět vypadal?“

ZÁVĚR

Metoda sandtray představuje citlivý, neverbální a symbolický terapeutický přístup, který pomáhá (nejen) klientům s poruchami příjmu potravy znovu navazovat kontakt se svým tělem, emocemi a vnitřním světem. Poskytuje bezpečný prostor, kde si klienti mohou prostřednictvím tvoření a manipulace s figurkami zkoumat své prožitky, vyjadřovat vnitřní konflikty a postupně porozumět vlastním emocím. Tento proces podporuje integraci jáství, tedy sjednocení vnitřního světa, napomáhá k hlubšímu sebepoznání a psychické rovnováze. Výzkumy i klinická praxe naznačují, že sandtray terapie může účinně snižovat úzkost, podporovat regulaci emocí a posilovat tělesný prožitek.

Z mé osobní i profesní zkušenosti vyplývá, že největší síla sandtray terapie spočívá v její tiché hloubce. Písek se zde stává zrcadlem, které beze slov odhaluje pravdu o vnitřním světě člověka a umožňuje bezpečně reflektovat jeho prožitky. Pro jedince s mentální anorexií se pískoviště stává prostorem, kde může znovu ožít autenticita, spontánnost a život – kvality, které nemoc často potlačuje.

Spojení sandtray terapie s tématem mentální anorexie osobně vnímám jako velmi smysluplné. V symbolickém prostoru pískoviště má klient možnost bezpečně prožít kontakt se svým tělem, svými emocemi a vlastní tvořivostí – oblastmi, které porucha příjmu potravy výrazně omezuje. Tímto způsobem sandtray podporuje proces sebepoznání, integrace vnitřního světa a postupného návratu k sobě samému.

Sandtray proto nelze vnímat jen jako terapeutickou techniku, ale především jako prostor určený pro návrat k vlastní tvořivosti, tělesnosti a lidskosti. Právě v této kombinaci bezpečí, symboliky a neverbálního vyjádření tkví její hluboký léčivý potenciál, který umožňuje klientům postupně obnovovat kontakt se sebou samými a posilovat vnitřní zdroje potřebné pro proces uzdravení.

LITERATURA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vyd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Berends, T., van Meijel, B., Nugteren, W., Deen, M., Danner, U. N., & van Elburg, A. A. (2016). Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: A cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 316. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1019-y> BioMed Central+1

BRUCH, Hilde. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa, With a New Foreword by Catherine Steiner-Adair, Ed.D.* Harvard University Press, 2001. ISBN 0674005848.

Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychol Med*, 34, 671-9.

CHUDAČÍKOVÁ, Dominika. *Mentální anorexie – cesta k zotavení*. Rigorózní práce. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2022.

Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.

Morrison, M., & Homeyer, L. E. (2008). Supervision in the sand. In A. A. Drewes & J. A. Mullen (Eds.), *Supervision can be playful: Techniques for child and play therapist supervisors* (pp. 233–248). Jason Aronson.

Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (2017). Sand tray therapy: A variety of approaches. In B. A. Turner (Ed.), *The Routledge international handbook of sandplay therapy* (pp. 328–338). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315656748-22>

DORA M. KALFF. *Sandplay: A Psychotherapeutic Approach to the Psyche*. 1980. ISBN 0-93843400-4.

Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*, 2., aktualizované vydání. Praha:

Grada Publishing, a.s.

MEYERS-ELLETT, Alexandra. Sand & Play: Using Expressive Interventions in Child & Adolescent Eating Disorders. Online. *Laureate Eating Disorders Program*. 2020. https://www.saintfrancis.com/sites/default/files/sf_migration/laureate/_assets/documents/sand20and20play20-20alexandra20meyer-ellett.pdf.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, Hana; HANUSOVÁ, Jana a UNIVERZITA KARLOVA. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, 1. CENTRUM ADIKTOLOGIE, Univerzita Karlova. Lékařská fakulta, 1. Centrum adiktologie. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 2012. ISBN 8087258983.

RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšíř. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

RÖHR, Heinz-Peter. *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Přeložil Petr BABKA. Spektrum. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0354-4.

Skårderud, F. (2007). Eating one's words, part 1: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa--An interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163–174. <https://doi.org/10.1002/erv.777>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0956-0.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan (ed.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.