

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**VNÍMÁNÍ TĚLESNÉHO SCHÉMATU PŘI
ZKOUŠENÍ ODĚVU U ŽEN S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ
VE VĚKOVÉ KATEGORII 19 – 38 LET**

Hana Michalovičová

vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, Ph.D.

Praha 2016

Prague college of psychosocial studies

**PERCEPTION OF BODY SCHEME DURING CHOOSING OF
CLOTHES BY WOMEN WITH ANOREXIA NERVOSA AGED
BETWEEN 19-38 YEARS**

Hana Michalovičová

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Karel Hnilica, Ph.D.

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité zdroje jsem řádně uvedla v seznamu literatury.

.....
Hana Michalovičová

V Praze dne 29. 7. 2016

Poděkování

Děkuji zejména panu PhDr. Karlu Hnilicovi, PhD. za trpělivost, podporu a zájem při vedení mé diplomové práce.

Dále děkuji paní prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. za podnětné rozhovory a podporu při realizaci výzkumu.

Dále děkuji panu Mgr. Zdeňku Altmanovi za odbornou konzultaci Testu stromu a inspiraci.

A také děkuji hlavně všem respondentkám za odvahu, otevřenost a vstřícnost a všem pozorovatelkám, bez jejichž pomoci by tato práce nevznikla.

OBSAH

ÚVOD	8
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	10
2.1 Historie mentální anorexie a její znaky.....	10
2.2 Etiologie mentální anorexie	14
3 SEBEPOJETÍ A TĚLESNÉ SCHÉMA.....	18
3.1 Koncepty sebepojetí	18
3.2 Tělesné schéma a tělesný obraz z pohledu psychologie	22
3.3 Vnímání tělesnosti z pohledu fenomenologie	25
4 EMPIRICKÁ ČÁST	30
4.1 Úvod empirické části.....	30
4.2 Výzkumný cíl	31
4.3 Výzkumné otázky.....	32
4.4 Výzkumný soubor	32
4.5 Průběh výzkumu	33
4.6 Použité výzkumné metody	34
4.6.1 Pozorování	34
4.6.2 Polostrukturovaný hloubkový rozhovor.....	35
4.6.3 Test stromu	36
4.6.4 Anamorphic micro.....	37
4.7 Zpracování dat.....	37
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
5.1 Emoční prožívání spojené se zkoušením oděvu	39
5.2 Vnímání tělesného schématu a obrazu	43
5.3 Proces rozhodování při výběru	48
5.4 Role zpětné vazby vzhledem k postoji vůči vlastnímu tělu	52
5.5 Změna spokojenosti se svým tělem v důsledku tělesné hmotnosti	54
5.6 Výsledky pozorování	57
5.7 Analýza Testu stromu	57
5.8 Výsledky měření pomocí programu Anamorphic micro	59
6 ZÁVĚR VÝZKUMU	60
6.1 Možná omezení výzkumu	65
ZÁVĚR	66
LITERATURA	68
PŘÍLOHY	I

Anotace:

Diplomová práce se zabývá problematikou onemocnění mentální anorexií. Teoretická část je zaměřena na historické vymezení mentální anorexie, její příznaky a etiologii. Následující část se věnuje definici pojmu sebepojetí, tělesného schématu z psychologického i fenomenologického hlediska. V empirické části je popsána výzkumná skupina pacientek z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze léčících se s mentální anorexií. Cílem výzkumu je zjistit analýzou dat získaných na základě pozorování, polostrukturovaného hloubkového rozhovoru, výsledků projektivní metody Testu stromu a měření zkreslení tělesného schématu vzájemné ovlivňování vnímání tělesného schématu a emočního prožívání, strategii výběru oděvu a roli zpětné vazby v závislosti na spokojenosti s vlastním tělem.

Klíčová slova: tělesné schéma, mentální anorexie, emoce, sebepojetí, odívání, zpětná vazba.

Abstract:

This thesis deals with anorexia nervosa. The theoretical part addresses the definition of anorexia nervosa, their typical symptoms and etiology. Following is the definition of self-concept and body image from the psychological and phenomenological viewpoint. Defined research group consists of patients with anorexia nervosa attending the Psychiatric Clinic, 1st Medical Faculty of Charles University in Prague. The aim of the research is to find correlations between respondents' perception of their body scheme and emotional experience, strategy of choosing of clothes and the significance of its impact on patients' satisfaction with their bodies, by using qualitative analysis of observation, a projective method Tree-Test, measurements of body schema (Anamorphic micro) and a semi-structured depth interviews.

Key words: body scheme, anorexia nervosa, emotions, self-concept, manner of clothing, feedback.

ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla věnovat pacientkám s mentální anorexií z důvodu prohloubení poznatků získaných z vlastní bakalářské práce.

Nárůst tohoto onemocnění za posledních několik desítek let vede ke značnému zájmu o toto téma. Alarmujícím trendem je nejen to, že nespokojenost s vlastním tělem se objevuje u stále mladších jedinců, ale i její rozsah, což dokládá například rakouská studie prováděná mezi dívkami, která uvádí jejich míru nespokojenosti v 90 procentech (cit. dle Posch, 2009, s. 74). Nárůst tohoto onemocnění dávají některé studie do souvislosti s mediálním obrazem ženského těla, který je vytvářen a udržován módním průmyslem (Thomsen aj., 2001, s. 58). A tak momentální postmoderní společnost, pro kterou je typická krajní individuace jedince, avšak bez jeho dosavadních struktur, jak tomu bylo v minulých dobách, vede k zesílení tlaku na jeho samostatnost ve hledání vlastní identity, díky kterému dochází k oslabení jeho resilience (Lipovetsky, 2013, s. 98). Čím je jednatel společnosti ovlivnitelnější, a například nabývá dojmu, že objektizovaná krása se stává novým náboženstvím, a řídí se pouze hodnotami druhých, tím méně staví svou identitu na vlastních hodnotách. Tak se stává labilnějším a postupem času se snaží vyhnout vlastnímu pocitu nespokojenosti a pokouší se zvýšenou sebekontrolou čelit „ztrátě půdy pod nohama“ – okolním nárokům, které se pro něj staly nezvladatelnými. Tak se i mentální anorexie stává projevem nevyřešených duševních konfliktů a jako dlouhodobé onemocnění se musí projevit nejen na somatické, nýbrž i na osobnostní úrovni a sebepojetí. Jelikož sebepojetí stojí a leží na vnímání tělesnosti, která existenci zakládá, zaměřila jsem se na tuto oblast, která je dosud málo probádaná. Tělo se u mentální anorexie na nevědomé úrovni stává často jediným způsobem, jak intrapersonální konflikty navenek projevit či interpersonální konflikty regulovat a zřetelným znamením poukazujícím na vlastní potřeby. Je jakýmsi mostem vzhledem k okolnímu světu ve smyslu touhy po přijetí, ale i potřeby vymezení vlastních hranic. Je tedy prostředkem síly, moci, převahy a výjimečnosti, ale i úzkosti, bezmoci, smutku, studu, osamělosti a chybějícího bezpečí. Z toho důvodu jsem se zaměřila na emoční prožívání spojené s vnímáním tělesného schématu osmi

pacientek hospitalizovaných či léčených s mentální anorexií v rámci Centra pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, v kontextu zkoušení oblečení v obchodech s dámskou konfekcí.

První kapitola se zabývá obecným úvodem do problematiky a strukturace této práce. Druhá kapitola popisuje problematiku mentální anorexie, na kterou jsem se v rámci poruch příjmu potravy omezila, jelikož byla diagnostikována u vybraného zkoumaného souboru.

Navazuje poslední kapitola teoretické části, která je věnována různým konstruktům sebepojetí, konceptu tělesného schématu a obrazu a vnímání tělesnosti z fenomenologického hlediska.

V empirické části ve čtvrté kapitole popisují výzkumný soubor a výzkumné otázky, na které se zaměřuji a uvádím popis výzkumu, který podrobuji analýzám, inspirovaných zakotvenou teorií. Ve výsledcích výzkumu, založených na analýze výstupů z polostrukturovaných hloubkových rozhovorů, pozorování, Testu stromu a měření zkreslení tělesného schématu, se zaměřuji na vzájemné ovlivňování emočního prožívání a vnímání tělesného schématu, proces výběru oděvu a vliv zpětné vazby na míru spokojenosti s vlastním tělem.

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

*To vědí ženy, nejrozkošnější: o málo tučnější, o málo tenčí – ó, kolik osudu se tají
v tom málu!“*

(Nietzsche, 2011, s. 189)

2.1 Historie mentální anorexie a její znaky

Mentální anorexie jako psychické onemocnění a jedna z poruch příjmu potravy bývá označována v MKN-10 diagnózou F 50.0 či F 50.1 s latinským termínem anorexia nervosa (AN). Tento název pocházející z řečtiny popisoval již v antice absenci chuti či odpor k jídlu.

Termín nervová anorexie se objevuje na počátku 19. století, kdy se uvádí, že odmítání jídla je spojeno s neurotickými symptomy a poruchami nálad, jako melancholií, agresivitou a úzkostí.

V roce 1874 sice zavedl britský lékař William Gull termín anorexia nervosa, avšak, jak cituje Krch, nejednalo se o správné pojmenování ztráty chuti k jídlu nezbytné pro tento syndrom. Téměř ve shodnou dobu, a sice v roce 1873, publikoval jednoznačný popis mentální anorexie francouzský lékař Ernest-Charles Lasègue. V obou případech šlo o popis nevysvětlitelné touhy vědomě a vlastní vůlí „zhubnout na kost“, tedy psychogenní choroby u dívek a mladých žen. Dnes je známo, že extrémní snížení tělesné váhy není hlavním cílem pacientek.

Při tomto onemocnění dochází za vyloučení organické patologie ke snížení tělesné hmotnosti z důvodu hladovění, výrazného snížení příjmu potravy či nadměrného energetického výdaje, např. excesivní tělesnou aktivitou, čímž postupně dochází k vyčerpání energetických zásob z tukové tkáně. U některých pacientek se jako průvodní jev léčby mentální anorexie objevovalo záchvatovité přejídání a bylo považováno za neurotickou poruchu či odlišné jídelní schéma a teprve v roce 1987 se onemocnění mentální bulimií stalo samostatnou klinickou diagnózou v rámci poruch příjmu potravy. Pokud se opakované záchvatovité přejídání objevuje v souvislosti s onemocněním mentální anorexií, hovoří se o tzv. purgativním typu onemocnění, v případě, že nedochází k přejídání, jedná se o

restriktivní typ mentální anorexie.

Dnes se nechutenství či oslabení chutě k jídlu považuje za charakteristický znak mentální anorexie, ale je sporné, zda není spíše průvodním jevem dlouhodobého hladovění. Také interoceptivní cití je spíše důsledkem, než příčinou poruchy, kdy v souvislosti s onemocněním dochází ke změně prahu citlivosti pro vnitřní i jiné tělesné pocity. Odmítání vyvážené stravy je dáno averzí k jídlu díky narušenému postoji k tělesné hmotnosti či vlastním tělesným proporcím. Ke snížení a udržování hmotnosti nejméně o 15% pod předpokládanou úroveň u dané věkové skupiny a tělesné výšky, či dosažení maximálního BMI 17,5 kg/m², dochází na základě vyhýbání se jídlům s vyšší kalorickou hodnotou, často za pomoci nadužívání diuretik a laxativ a nezřídka doprovázené nadměrnou pohybovou aktivitou.¹ Charakteristickým projevem je, že zdraví ohrožující podváha bývá popírána a často před okolím maskována a vlastní sebehodnocení se významně soustředí na tělesnou hmotnost a postavu (Krch, 2005, s. 29). Spolehlivým znakem onemocnění je narušené vnímání tělesného schématu, poruchy interoceptivního vnímání hladu a sytosti, nesprávná identifikace afektivních stavů, nízká schopnost jejich ventilace a pocit neefektivnosti díky ztrátě kontroly (Papežová, 2010, s. 93).

Klinická praxe ukazuje, že s postupujícím rozvojem onemocnění dochází díky malnutrici k různým zdravotním komplikacím, které vedou k onemocněním kardiovaskulárního, renálního, gastrointestinálního, respiračního i reprodukčního systému a dále k onemocněním kostního metabolismu, orální i kožní oblasti a v neposlední řadě ke kognitivním dysfunkcím díky poškození mozku, ovlivňujících například změněnou citlivost vůči bolesti a únavě, způsob zpracování stresových situací a kvalitu emočního prožívání.

Z medicínského hlediska dochází v průběhu onemocnění k odchýlkám ve vylučování inzulínu, ke zvýšení hladiny růstového hormonu, k poruše endokrinního systému v hypotalamo-hypofýzo-gonádové ose, která vede u mužů ke ztrátě sexuálního zájmu a potence a u žen k amenorei, k opožděnému nebo zastavenému pohlavnímu dospívání, k poruše sexuálního vývoje a vyhýbáním se hlubším partnerským vztahům. Taktéž dochází k onemocněním

¹ BMI je hodnota indexu tělesné hmotnosti a je podílem tělesné váhy v kg a výšky v m².

v gastrointestinální oblasti projevujícími se bolestí břicha, tlaky, nadýmání, pocitem plnosti aj. Dlouhodobý abúzus laxativ vede k iritacím sliznice, což se projevuje zánětlivým onemocněním. Dochází k elektrolytové abnormalitě jako je hypochloremie, hypokalemie, hypokalcemie a hypomagnezemie. Retence tekutin a solí vede k otokům a intravaskulární dehydrataci. Nadužívání diuretik a laxativ vede k onemocněním v renální oblasti díky vzniku metabolické alkalóze a acidóze. Taktéž dochází k úbytku množství a kvality kostní hmoty díky proteino-kalorické malnutrici. V oblasti kožních změn dochází k chronické iritační dermatitidě, tzv. „ekzému z opotřebování“. Porucha centrální termoregulace vede k fialovému zabarvení kůže, k hyperpigmentaci, tzv. karotenodermii. Velmi často se lze setkat s lanuginózním ochlupením na zádech, břichu a obličeji. Lánavost a křehkost nehtů, padání vlasů, porušení zubní skloviny, zvýšená kazivost a vypadávání zubů jsou dalšími důsledky podvýživy. Kardiovaskulární komplikace spojené s onemocněním jsou příčinou toho, že mortalita pacientek s mentální anorexií je třicetkrát vyšší než u zdravých žen shodného věku. Vedle sebevraždy je nejběžnějším důvodem úmrtí primární srdeční arytmie a vlivy malnutrice. Literatura uvádí, že kardiální abnormalita jako je snížení hmoty myokardu, změna diastolické a systolické funkce, variabilita tepové frekvence, bradykardie, snížení maximální spotřeby kyslíku aj. je přítomná až u 86 % pacientek (tamtéž, s. 170).

Výrazný úbytek váhy způsobuje také ke zhoršení pozornosti, prostorové paměti a koncentrace. Vzhledem zhoršení exekutivních funkcí vzniká mimo jiné tendence k lokálnímu zpracování informací, tudíž slabá centrální koherence, k rozhodování na základě okamžité odměny a ne z hlediska dlouhodobého zisku či k nedostatečné flexibilitě ve strategii řešení problémů v případech, kdy výsledek zůstává nejistý. To se odráží na motivaci, a tudíž i efektivitě léčby, která si klade za cíl přijetí vyšší hmotnosti, a tím nabytí emocionální stability. Navíc dochází ke změně rozpoznávání emocí v obličejích a emočního zpracování podnětů souvisejících s onemocněním poruchou příjmu potravy, tedy těla a jídla - oblastem, na které pacientky ve zvýšené míře zaměřují svou pozornost.

Díky kognitivním poškozením může dále docházet ke snížení psychosociální adaptace, ke zhoršené schopnosti posoudit stresovou situaci a hledání efektivního řešení nastalého problému.

Negativní sebehodnocení v tělesné oblasti vede k hypersensibilitě v jiných životních oblastech, např. vůči profesní kritice i v rámci osobních vztahů, což neřídka vede k negativním automatickým myšlenkám, k pocitu odmítnutí, depresím, úzkostem a sebeobviňování. Tyto negativní myšlenky se ženy s mentální anorexií snaží rozptylovat zvýšeným zaměřením pozornosti na jídlo, což jim zdánlivě přináší krátkodobou úlevu od emočních tenzí, ale zároveň i k iracionálním kompenzačním strategiím, že budou beze všeho přijímány a ceněny okolím, když nebudou jíst.

Nepříznivým vývojem pak může být i adaptace na chronickou situaci díky několikaměsíční hospitalizaci, což může vést k opakovaným relapsům a rezignaci na hledání trvalejšího a adaptivnějšího řešení. Labelling spojený s onemocněním může naopak vést ke stigmatizaci pacientek a opětovnému snížení jejich sebedůvěry. V neposlední řadě v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti či pobírání invalidního důchodu dochází ke zhoršení ekonomické situace a tím i změně kvality života a prožívání osobního well-being.

2.2 Etiologie mentální anorexie

Propuknutí onemocněním poruchou příjmu potravy bývá signálem pro intrapersonální i interpersonální psychické konflikty. Významným rizikovým faktorem bývá nespokojenost v různých životních oblastech, které se v případě mentální anorexie navenek projevují ve změněném vnímání vlastního tělesného schématu. O poruchu příjmu potravy se jedná v případě, že jedinec není schopen ovládat své jídelní návyky nebo snahu o snížení tělesné hmotnosti. Vědomá manipulace s jídlem je snahou o zamezení nebo oslabení nepříjemných prožitků a působí jako regulátor emocí, prostředek odměny či trestu a stává se tak určitým zviditelněním prožívaného duševního dění.

Jako příčiny poruch příjmu potravy se zprvu uváděly nefunkční rodinné struktury, snaha o regresi do prepubertálního stavu nebo naopak o autonomii, kompetenci, kontrolu nad vlastním životem a získání respektu. Onemocnění poruchou příjmu potravy bývá vnímáno i jako signál zviditelňující patologii společenských zvyklostí či kulturních jevů, v době, kdy hladovění je dobrovolné a nadváha nepředstavuje pouhou estetickou vadu, nýbrž mravní selhání (Krch, 2003, s. 40). Nicméně se v posledních dvaceti letech ukázalo, že příčina nebývá jednodimensionální.

K multifaktoriální podmíněnosti patří tedy kombinace různých biologických, psychologických, rodinných i sociokulturních faktorů vyplývajících z osobnostního nastavení, rodinných struktur, obavy z psychobiologického zrání, touhy po setrvání v prepubertálním stádiu a oddálení dospělosti spojené s autonomií a snahou vyhnout se odpovědnosti za vlastní život. Výzkumy uvádějí i genetické predispozice, přičemž se dosud ukazuje podíl množství interagujících genetických složek, které vedou k mírnému zvyšování rizika onemocnění poruchou příjmu potravy (Papežová, 2010, s. 58).

V neposlední řadě fakt, že důraz na štíhlost a adoraci mládí – představě, která je všudypřítomně v mediálním světě v euro-americké společnosti prezentována a vysoce ceněna - vede v mnoha případech ke zvýšené nespokojenosti s vlastním tělem (Grogan, 2000, s. 22). Rozšířená a mnohdy transgeneračně předávaná představa, že dosažení respektu a ocenění druhých

pouhým snížením váhy vede k trvalému pocitu spokojenosti, hraje nemalou motivační roli pro odmítání přijetí adaptivnějších kognitivních schémat.

Častá bývá komorbidita s afektivními, úzkostnými a obsedantně kompulzivními poruchami, zneužíváním návykových látek, poruchami osobnosti, jako je například hraniční porucha osobnosti. Poruchy příjmu potravy se objevují i u schizofrenie.

Rizikovými faktory a spouštěči jsou například:

- ženské pohlaví
- etnický původ – mentální anorexie bývá označována jako „nemoc bílých dívek“
- věk - nejrizikovějším obdobím je adolescence a časná dospělost
- časná menarche spojená s nepříznivými životními událostmi nebo naopak opožděná fyzická zralost
- vývojová a krizová období jako např. puberta, spojená s hledáním vlastní identity a separací od původní rodiny nebo naopak krize středního věku a hledání nových rolí
- rozchody v partnerském vztahu či mezi přáteli
- úmrtí blízké osoby
- situační krizová období jako např. změna bydliště, školy, ztráta pracovního místa, šikana ve škole, mobbing na pracovišti, odloučení od rodiny, akulturace
- zájmové aktivity a profese zaměřené na vzhled, nízkou tělesnou váhu či životní styl v nutriční oblasti
- chronické vyhýbání se řešení emočních konfliktních situací
- kognitivní schémata na základě kognitivních chyb, jako např. zkreslený výběr faktů nepodloženými závěry, nepřiměřená zobecnění nebo černobílé myšlení, kdy každé dílčí selhání znamená ztroskotání ve všech oblastech
- silný důraz na výkonnost a sebekontrolu
- definování vlastního sebehodnocení výhradně vnějšími atributy jako jsou vzhled a postava

- touha po dosažení nerealistického ideálu tělesné váhy či postavy vůlí
- nevhodné dietní a jídelní chování referenčního prostředí
- patologie v rodinných vztazích, bránící v separaci
nebo naopak nezáměr o dítě nebo partnera
- nefunkční komunikační vzorce
- nedostatek sociálních a rozhodovacích kompetencí v případě
hyperprotektivních či despotických rodinných příslušníků
- posilování nevhodného chování pozitivním oceňováním v rodině
- držení diet
- chybějící zájem o tělo nebo často transgeneračně zesílený
důraz na zevnějšek
- introvertní a úzkostné osobnostní nastavení
- důraz na perfekcionismus
- obsedantně-kompulzivní porucha
- negativní emocionalita, depresivní poruchy
- afektivní labilita a impulzivita
- nízká sebedůvěra díky nízkému sebehodnocení
- nízká frustrační tolerance
- nízká schopnost uvědomování si a prosazování vlastních potřeb
- závislost na psychoaktivních látkách
- duševní onemocnění v rodině.

Častými spouštěči jsou tedy intrapersonální faktory, jako negativní naladění, vztek, pocity viny, zklamání a marnosti, osamělost, lítost, smutek, stud, potlačená agrese, nervozita, podrážděnost, pocit bezcennosti nebo neschopnosti. Nežádka vede ambivalence těchto pocitů, absence jejich ventilace a neschopnost jejich zvládnutí k zacyklení se v maladaptivním chování, které zároveň zvyšuje nezvládnutí jídelních návyků a opětovné prohloubení depresivních symptomů či projevů sebepoškozování, které přinášejí navzdory fyzické bolesti jen krátkodobou úlevu od nežádoucích afektivních stavů s cílem zvládnutí nadměru nepříjemných prožitků a emocí (Platznerová, 2009, s. 45).

Spouštěcími mechanismy mohou být také například situace spojené

s nakupováním a přípravou jídla či zážitky spojené s jídlem ve společnosti druhých nebo komentáře týkající váhy a vzhledu, které jsou ve zvýšené míře vnímány a nadhodnocovány v důsledku posuzování sebe i druhých především nebo výhradně na základě vnějších znaků.

Jak již nastíněné pozadí možných příčin onemocnění ukazuje, nemůže být dlouhodobě úspěšná léčba založena pouze na pozvolné realimentaci, která v ideálním případě normalizuje tělesnou váhu odpovídající tělesné výšce a věku pacientky a přispívá k lepšímu zvládnutí kognitivních funkcí a emočního prožívání. Nutriční podporu je nutno doplnit osvojením si běžného jídelního režimu, psychoeducací a psychoterapeutickou péčí zaměřenou na individuální příčiny onemocnění. Motivační programy ke změně chování, podpora v komunikačních schopnostech, postupné rozvíjení sociálních dovedností a v neposlední řadě podpora vlastní tvořivosti, mohou přispět k nalezení vlastní identity, růstu a rozvoji osobnosti a upevnění jáských struktur, a sice nejlépe nejen v rámci individuální či skupinové, ale i rodinné či vícerodinné terapie.

3 SEBEPOJETÍ A TĚLESNÉ SCHÉMA

„Vidění je setkání všech aspektů Bytí, jako na křižovatce.“

(Merleau-Ponty, 1991, s. 32)

3.1 Koncepty sebepojetí

V rámci psychologie *já* se setkáváme s mnoha koncepty popisujícími představy a znalosti o sebepojetí – *já*, jako výsledku procesu interakce jedince a světa na základě pozorování sebe sama a sociálního srovnávání. Dvojí povahu lidského *já*, a sice jako obraz činného poznávajícího *já*, tedy subjektu (I-self) a poznaného, tedy objektu (me-self) rozpoznal již William James (1890, 1892), jak uvádí Macek (2008, s. 90). Jedná se o proces poznávání vlastní identity vyžadující stabilní stav vědomí a ukotvení v časové kontinuitě. Uvědomování si vlastní kontinuity minulosti, přítomnosti a budoucnosti, tedy souvislostí vlastního života a jedinečnosti vlastní osoby odlišné od druhých, je ale zároveň ukotveno v jisté kultuře a dějinnosti.

Damasio uvádí, že *já* jako singulární jedinec, je spojeno s přítomností vědomí a nelze ho tedy oddělit od aktuálních kognitivních procesů, jako je pozornost, paměť, vnímání, volních aktů, myšlenkových procesů či hodnocení (Damasio, 2011, s. 165). Jedinec v podobě činného *já*, provázaného s paměťovými obsahy, aktivně výběrově vyhledává a pamatuje si informace na základě principu egocentričnosti, které považuje za důležité vůči vlastnímu *já*, a to v situacích sociálního kontextu, které je sám schopen přímo ovlivnit nebo se ocitá v jejich centru. Tyto vnitřní procesy jsou důležité pro jeho seberegulaci.

Sebepojetí (me-self) vnímá James jako souhrn všeho, co člověk může nazvat svým vlastním. Materiální *já* obsahuje představu o vlastním těle a vše, co jedinec označuje za své a je materiální podstaty. Duchovní *já* je niternou složkou a zahrnuje nejtrvalejší aspekty vlastní osoby, jako například osobní charakteristiky a dispozice, hodnoty či soudy. Sociální *já* se aktivuje dle kontextu a obsahuje charakteristiky získané prostřednictvím zpětné vazby ze strany sociálního okolí,

kteřé mohou být vzájemně v souladu a konzistentní nebo naopak v disonantním rozštěpení (Blatný a Plháková, 2003, s. 103).

Tato schopnost sebereflexe *já* je jedinečným procesem na základě sociálního zrcadla v důsledku interakce s konkrétními lidmi v rámci určité kulturní a historické danosti a dotýká se celkové životní spokojenosti, duševního zdraví, hodnotové orientace a smyslu života obecně. K tomuto vnímání sebe sama náleží i vědomé sebehodnocení, jakožto konkrétního výsledku sebehodnocení (self-evaluation) nebo celkového sebehodnocení (self-esteem, self-worth) a seberegulace, a také posuzování vlivu *já* na jednání a chování v rámci sebezpoznávání díky tomu, co člověk vztahuje k sobě samému, a způsob, kterým to provádí. Na změny percepce a prožívání sebe sama a vlastní hodnoty má vliv i daný moment, ve kterém může dojít k přesunu významnosti. V tomto okamžiku se určitá periferní mentální reprezentace, která dosud nebyla středem pozornosti, na určitý čas stane jádrovou, vysoce stabilní a signifikantní částí sebepojetí.

To se tedy nikdy neutváří a nevyvíjí v izolaci, ale vždy na základě vztahu a v interakci se sociálním okolím díky konfrontaci jedince sama se sebou a jeho chování, které odráží to, co sám od sebe očekává a jak sám sebe hodnotí. Jeho okolí přispívá tím, že jeho jednání interpretuje, vyhodnocuje a zpětně reaguje. Z této reakce vyvozuje jedinec závěry o sobě, své sebehodnocení dále modifikuje a pozměňuje své další chování na základě takto získaných informací o sobě. Tuto tendenci k regulaci vlastního chování ve smyslu předpokládaného očekávání druhých či dané situace označuje Snyder (1979) jako sebemonitorování (Výrost a Slaměník, 2008, s. 202).

Která informace je pro posuzování vlastního *já* důležitá či ne, rozhoduje jedinec na základě sebeschémat (self-schemas), která zahrnují například informace obecnějšího typu, relevantní pro velkou část populace dané kultury, ale i ryze specifická vodítka (Blatný a Plháková, 2003, s. 96).

Dále lze odlišit reprezentace z pohledu časového rámce. Ty, které si pamatujeme na základě minulých událostí, se vztahují k minulému *já* a podléhají neustálým změnám díky novým dodatečným informacím, které nám umožňují vnímat minulé dění odlišně. Přítomné a skutečné *já* (actual self) je tedy výsledkem

zobecnělé minulé zkušenosti rozšířené o aktuální sebepercepci a introspekci, která vede k analýze vlastního prožívání, například pátrání po motivaci vlastního chování. Budoucí *já* souvisí s potřebou anticipovat jak vlastní, tak i chování druhých, a vzniká na základě reprezentací minulých a přítomných *já*. Často se jedná o dosažení tzv. ideálního *já* (ideal self), které zahrnuje osobní přání a touhy, možnosti i obavy jedince, jaký by sám chtěl či nechtěl být. Pak je na jeho rozhodnutí, zda nežádoucí *já* (undesired self) přijme či odmítne. Egodystonie se pak může týkat nepřijetí vlastního *já* jako nedílné části osobnosti.

Tzv. ideální *já* lze dále rozlišit na možné *já*, t. z. realizace představy, která je v možnostech jedince na jedné straně a jeho nerealistickým cílem na straně druhé. Jinou složkou *já* je tzv. požadované *já* (ought self), které zahrnuje z vnějšího okolí očekávané atributy jedince nebo jeho vlastní internalizované normy. Všechny tyto formy *já* mají motivační a adaptační funkci a jsou hlavním faktorem psychické regulace chování.

Sebediskrepanční teorie E. T. Higginse (1987, 1989, 1991) popisuje souvislosti prožívaných emočních stavů a vlastní sebereflexi a pohlíží na reprezentace výše uvedených jáských struktur ze dvou úhlů pohledu, z perspektivy vlastní představy o sobě a z představy signifikantního druhého. Ideální a požadované *já* představují standardy, které se vytvářejí již v raném dětství prostřednictvím významných osob. Tato osobní vodítka (self-guides) motivují k dosažení stavu korespondujícímu s důležitými osobními standardy. Kongruence mezi sebezpozřením a osobními standardy vede k prožívání pozitivních emocí nebo nepřítomnosti negativních emocí, v případě nesouladu k opačnému jevu. Pokud dojde k významné diskrepanci mezi tím, jak se jedinec vidí a jeho přáním ideálního *já*, pak dochází k pocitu zklamání a frustraci i díky absenci pozitivních závěrů o sobě a může vyústit v patologickém stravovacím návyku a depresivních poruchách. Pokud jedinec nenaplnuje přání druhých, dochází z jeho strany k obavě ze ztráty jejich náklonnosti či uplatnění případných sankcí a díky tomu k pocitu bezmoci, studu a hanby. Pokud dojde k nesouladu mezi aktuálním a požadovaným *já*, tedy k nenaplnění požadavků, závazků a odpovědnosti, které jedinec internalizuje, pak nastupuje pocit úzkosti nebo ohrožení. Naopak soulad mezi percepcemi *já* vede k sebestotvrzení sama sebe, ke

vědomí vlastní účinnosti a k flexibilnímu a aktivnímu vyhledávání dalších informací potvrzujících vlastní sebepojetí, v jejichž důsledku dochází ke kladnému hodnocení a k pocitu duševní pohody na základě pozitivního vztahu jedince k sobě sama.

Základy kritérií, dle kterých jedinec hodnotí sebe i druhé, se vytvářejí v dětství a jsou formovány rodiči a jinými významnými osobami z osobního a později i profesního života. Mezi devátým a jedenáctým rokem života dochází k významné změně ve vývoji. Do té doby se děti identifikují se signifikantními druhými jako se standardy pro hodnocení vlastního chování. Poté dochází k posunu od identifikace se vzorem k jeho internalizaci, kdy se jedinci začínají pokoušet o internalizaci osobních vlastností v souladu se standardy významných osob, čímž vzniká schopnost reagovat kriticky na vlastní činy bez ohledu na mínění druhých. Časem dochází ke zhodnocení vlastních schopností, tedy vlastní kompetentnosti, efektivity a sebepřijetí, jakožto internalizovanému citovému vztahu druhých k vlastní osobě z hlediska sociální přijatelnosti a hodnoty.

K sebepojetí patří i afektivní složka sebeprožívání na základě sebeúcty, sebehodnocení, sebedůvěry, sebeocení, sebevědomí a celkového sebeuvědomování jedince díky emočnímu vztahu k sobě, který má i adaptační funkci umožňující třídění informací na základě pozitivní či negativní konotace. Vlastní hodnotu si tedy jedinec utváří z dílčích hodnocení vlastní osoby a emočních prožitků, které je doprovází.

Balcar mluví v této souvislosti o pojetí *já*, jakožto zobrazení vjemu a představy vlastní osoby – vlastního těla a vlastní osobnosti ve světě, stavějící na zážitkové struktuře *já*, která je svým prožíváním jedinečná (Balcar, 1991, s. 155).

Jedinci s komplexním sebepojetím (self-complexity) se díky velkému množství pozitivních výpovědí v různých oblastech od osobnostních charakteristik, po činnosti či vztahy, a kladným postojem vůči sobě snadněji vyrovnávají s životním zklamáním, přičemž důležitá je nejen rozmanitost jednotlivých obsahů, ale hlavně jejich propojení do smysluplného soudržného celku díky vlastní integrační funkci *já*, jakožto aktivního kompetentního činitele.

3.2 Tělesné schéma a tělesný obraz z pohledu psychologie

Jak vyplývá z konstituce sebepojetí, je i vědomí vlastního těla zakotveno dvojitým vztahem - jako tělo, které je konfrontováno s událostmi a které je zároveň činné ve vztahu ke své minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Je to vždy *já*, kdo pociťuje smutek i radost, blízkost i ohrožení. Tělo je tedy subjektem zkušeností, který se vyvíjí v interakci se světem na základě vztahu „já-ty“, tedy v modu „my“ pomocí vlastních zážitků (body experience) jako souhrn všech získaných zkušeností s vlastním tělem v průběhu individuálního i společenského vývoje, probíhajících vědomě či mimo vědomí na kognitivní i afektivní úrovni (Bielefeld, 1976, s. 17).

S vnímáním těla souvisí pojem tělesné schéma (body-scheme) jako neurobiologická část tělesné zkušenosti, do kterého spadají veškeré kognitivně-percepční informace o těle. Týkají se prostorového vnímání velikosti, rozprostraněnosti, tvaru, pozice a znalostí o tělesném fungování, včetně rozlišení pravé a levé strany.

Další složka vnímání těla zahrnuje psychologicko-fenomenologické informace jedince o vlastním těle, týkajících se emocionálně-afektivních informací o tělesném obraze (body-image). Ty zahrnují způsob, jakým jedinec o svém těle přemýšlí, jak ho vnímá a cítí na základě vědomé psychické reprezentace vlastního těla nebo jeho částí, jak vymezuje své tělesné hranice od okolí a jaký zaujímá vztah k vlastnímu tělu na základě míry spokojenosti s tím, jak vypadá. Obě složky jsou závislé na sensorických vjemych různých modalit včetně vizuální, haptické, propiocepci a interocepci, která bývá u pacientek s mentální anorexií narušena, čímž dochází k nesprávnému rozpoznávání a identifikaci emocí druhých i vlastních (Papežová, 2010, s. 91).

A právě ta část *já*, která je spojena s prožitkem vlastního těla na základě ztotožnění se s vlastním organismem vytváří svou povahou svazek tělesné a duševní stránky života, který je pro přežití jedince důležitý (Balcar, 1991, s. 153). O důležitosti vnitřní představy o těle hovoří i Damasio, jakožto subjektivního obrazu a vztahu jedince k němu. Tato představa se stává citlivou součástí lidské existence, kterou člověk vnímá v hranicích svého těla, které je příkladným vzorem

stability, a tudíž zárukou jeho biologického přežití v nestabilním okolí (Damasio, 2011, s. 173).

Představa, jakou má člověk o svém vlastním těle, není objektivním zhodnocením, ale elastickou mentální konstrukcí utvářenou v rámci sociálních zkušeností, citlivou vůči změnám na základě nových informací a tedy i náchylnou ke zkreslení. Tento mentální obraz si jedinec vytváří na základě nejoceňovanějších znaků vlastního *já* - znaků, které ho odlišují od ostatních. Pokud je mezi vnímáním skutečného těla a internalizovanou představou o ideálním těle příliš velká diskrepance a jedinec této hodnotě připisuje nadměrný důraz, dochází ke zvýšené sebekritice, pocitu zklamání a v neposlední řadě k poklesu sebevědomí.

Posuzování tělesných proporcí podléhá obecně rozšířeným vzorcům současné společnosti, které odpovídají dobovým stereotypům ideálů krásy ženského těla. Zdá se, že dnešní doba vyžaduje tělesnou dokonalost, funkčnost a atraktivitu jakožto základní kameny úspěšného života a postupu na sociálním žebříčku (Posch, 2009, s. 12). Jak nerealistická je představa udržet si konfekční velikost 32 nebo 34 i po období rané dospělosti, ukazuje níže uvedená tabulka rozložení dámských konfekčních velikostí v procentech. Tabulka zahrnuje statistické údaje německého Svazu pro dámskou konfekci z roku 1981/82 na základě 10 000 měření tělesných proporcí žen ve věkové kategorii 14-25 let a 26-45 let prováděného Hohenstein Institutem v Bönningheimu, který se převážně zabývá vývojem, kontrolou a certifikací textilních výrobků. Aktuálnější údaje z roku 1994 udávají, že německá ženská populace přibírá na objemu v průměru o 2,3 cm v oblasti hrudníku, o 4,1cm v oblasti pasu a o 1,8 cm v oblasti boků a skupina spadající do konfekční velikosti 36 se zmenšila (Textilwirtschaft, 2009). Tento trend dokládá i měření z roku 1994, ze kterého vyplývá, že tělesné proporce pouze dvaceti procent žen odpovídají jejich standardní konfekční velikosti (Posch, 2009, s. 86).

Tab. č. 1 Vztah konfekční velikosti a věku

Velikost	32	34	36	38	40
14-25 let	1,6	5,0	11,9	13,7	9,9
26-45 let	0,4	1,4	5,4	9,8	10,9

Na tabulce č. 1 vidíme poměr konfekční velikosti v procentech ve vzorku.

Tělo se v této souvislosti označuje jako zrcadlo společnosti a kulturní produkt, kdy být atraktivní ve smyslu fyzické přitažlivosti je vnímáno jako jeden z hlavních nejžádanějších atributů a požadavků současných společenských diktátů. Kult mládí a těla vyzývá k neustálému zabývání se sebou a stává se předmětem zájmu běžného člověka, který mu v současné době věnuje daleko více času a prostředků, než tomu bylo v minulosti. Nespokojené nároky na atraktivitu vlastního těla souvisí běžně nejprve s negativním hodnocením určitých tělesných partií, ale nakonec často vede k odmítání těla jako celku. Tato nespokojenost má nemalý dopad i na jiné oblasti osobního života a může vést od pocitu nedostatečného společenského uznání až k poškození identity, k redukci sociálních kontaktů a ke ztrátě smyslu života. Výzkumy ukázaly, že u obou pohlaví je akceptování a integrace vlastního těla závislá na emocionální stabilitě a sebejistotě. Literatura uvádí, že nespokojenost s vlastním tělem patří k běžným jevům v západní kultuře již u dívek ve věku devíti let (Grogan, 2000, s. 102). Díky zvýšeným společenským tlakům na nároky fyzické atraktivity dochází tedy k uměle vyvolanému pocitu nespokojenosti a k postupnému odcizení se vlastnímu tělu, které se stává domnělým tvárným objektem bez ohledu na jeho biologické limity a ústí ve fascinaci z úbytku na hmotnosti dokladovaného pouze nižším údajem o hmotnosti na váze. Když dojde k poruše vnímání tělesného schématu, zůstává nižší číslo na váze jednou z mála, ne-li jedinou zárukou přinášející pocit štěstí.

Ideál štíhlosti se v poslední době dokonce rozšířil i na období spojené s těhotenstvím, kdy se objevují případy žen z řad prominentních hereček, které v osmém měsíci těhotenství podstupují porod císařským řezem, aby jejich postava díky donošení dítěte do řádného termínu porodu příliš neutrpěla, a snaží se pak

uvést své tělesné proporce během několika málo týdnů do stavu před otěhotněním. Tak vzniká nemalý tlak působící na veřejnost, že i v tomto životním období, které podléhá extrémním tělesným změnám, je možné zcela neztratit kontrolu nad vlastním tělem (Posch, 2009, s. 90).

Pro mentální anorexii příznačná nespokojenost s tělem a sklon posuzovat vlastní hodnotu především na základě tělesné hmotnosti a fyzického vzhledu je popisována v odborné literatuře již od osmdesátých let. Průvodním jevem je pak již zmiňované narušené uvědomování si vnitřních pocitů, tedy porucha interoreceptivního cití, narušená percepce tělesného schématu a silný pocit vnitřní neefektivnosti. Je třeba ale vzít v úvahu, že prvotní snížení váhy bývá spojováno s pocitem spokojenosti a oceněním ze strany okolí, a tím i posílením vlastního sebevědomí. Až posléze tento euforický stav ztrácí na efektu díky neúspěšnému zvládnutí jídelních návyků a vzrůstajícím somatickým i psychickým obtížím a v důsledku toho k celkovému zhoršování kvality života.

3.3 Vnímání tělesnosti z pohledu fenomenologie

Fenomenologický přístup k tělesnosti se od počátku snaží vyhnout redukci lidského těla na fyzický rozprostraněný měřitelný objekt a jakousi netělesnou duši či ducha. Tělesnost je vnímána jako celek, jako danost ve smyslu, že tělem být musíme, ale zároveň i možností, jak pohlížíme na svět, jimž sami hýbeme. Nejsme pouhými tělesy ve smyslu „Körper“, nýbrž vnímáme své tělo skrze náš způsob bytí (Dasein), ke kterému se vztahujeme, a pak o něm mluvíme jako o „Leib“. Heidegger (2006a, s. 56) k tomu píše

„...,Bytí v‘ ve světě je vlastnost duchovní, zatímco ‚prostorovost‘ člověka je uzpůsobenost jeho tělesnosti jakožto pobytového jsoucna, která je vždy zároveň fundována v tom, že tělo má charakter nepobytového jsoucna.“²

² Převzato z Heideggera, *Sein und Zeit*, 19. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 2006a, s. 54. Text v originále: „Das In-Sein in einer Welt ist eine geistige Eigenschaft, und die »Räumlichkeit« des Menschen ist eine Beschaffenheit seiner Leiblichkeit, die immer zugleich durch Körperlichkeit »fundiert« wird.“ [vlastní překlad autorky této práce]

Hogenová hovoří o předmětném těle (Körperlichkeit) ve smyslu „soma“, jako tvaru na pozadí plochy, tedy v prostoru. Jde o tělesnou schránku, která je jakýmsi seskupením orgánů a předmětem přírodních věd. Tělo zasazeno v čase, ve kterém se odehrávají veškeré tělesné funkce, se nazývá „sarx“. Charakter tohoto času spočívá ve své význačnosti, a sice jde o čas pro něco, např. načasování určitého vývoje (Heidegger, 2006b, s. 54). Máme ale i tělo, pomocí kterého o anatomickém a fyziologickém těle vůbec víme, které žijeme – „péxis“. Jako tělo nepředmětné, tedy tělo pobytového jsoucná, je zdrojem životního pohybu, mostem mezi člověkem a světem kolem nás, které poznáváme skrze vnímání. Je to tělo, do nějž jedinec promítá to, co dělá, vnímá a prožívá, a děje se skrze tělesnění, které se rozpohybovává otevíráním z vnějšku, oslovením světem, se kterým je nerozlučně spjato.

Díky našemu vnímání dochází k vyvstávání fenoménů na pozadí tělesného schématu pohybem, na který jsme vyladění v jistém předporozumění, které je předem zakomponováno do života a zjevuje se na pozadí našeho tělesného schématu ukázáním něčeho, čemuž říkáme pohybová figura. To, co vnímáme, není pouze vnějším podnětem, který má svůj horizont omezený naší perspektivou v prostoru a čase, za který v daný okamžik nedohlédneme. Ten zároveň ukazuje, že to, co je pro nás prozatím neuchopitelné, existuje a je dosažitelné, když se pokusíme právě jeho omezení překročit. Svět je pak horizontem vší reality a zahrnuje veškeré dílčí horizonty, kam spadá minulost, budoucnost, příroda, společnost, domov, cizota i sen, což znamená, že člověk je vždy v něm, ale nikdy dostatečně plně (Patočka, 1995, s. 29).

Tomuto horizontu nelze porozumět bez zapojení pozadí, tedy vnitřního nepředmětného tělesného schématu, kdy tělo se stává nositelem specificky lidského hlediska – vnitřního horizontu, který je naší svébytnou perspektivou utvářející naši identitu. Tento vnitřní horizont je přístupný pouze myšlením a závisí na našich

V českém překladu Heideggera, *Bytí a čas*, Přel. Ivan CHVATÍK, Pavel KOUBA, Miroslav PETŘÍČEK jr. a Jiří NĚMEC. Praha: OIKUMENÉ, 2002, str. 77, se uvádí: „*Bytí v' nějakém světě je vlastnost duchovní, zatímco „prostorovost“ člověka je uzpůsobenost jeho tělesnosti, která je zároveň „fundována“ v tom, že tělo má charakter tělesa.*“. Je nutno dodat, že lidské tělo, ve smyslu „tělesa“ odpovídá v němčině slovu „Körper“, Heidegger ale lidské tělo zde popisuje slovy „Körperlichkeit“ a „Leiblichkeit“ [pozn. autorky této práce].

vlastních zkušenostech i zkušenostech druhých, které procházejí syntézou krytí nebo diskrepance, na základě kterých člověk určitou zkušenost přijímá nebo zamítá. Merleau-Ponty to shrnuje větou „*k opravdové věci přicházím teprve, dívám-li se svými očima*“ (Merleau-Ponty, 1998, s. 18).

Svět tedy lze pochopit pouze zkoumáním a vysvětlováním vlastního vztahování se ke světu, jeho uchopením zvnitřku, skrze jeho subjektivní charakter. Žít v horizontech znamená žít v možnostech, jako by byly skutečností a tak rozšiřovat svoji aktualitu v dynamickém pohybu vrháním se do světa, čímž zároveň na něj působíme, a opětovným navracením se k sobě. Toto skrze tělesné schéma aktivní *já* je tedy něčím, co je v pohybu a pevně spjato s naším Selbst, které je hlubší než jáství, protože se upíná k jednotě (Patočka, 1995, s. 33). Aby ale došlo k porozumění vnímaného, je nutné simultánní vyladění vnitřního a vnějšího horizontu a toto vyladění zakládá péxis.

Tělo tedy člověk nejen vlastní, ale jím je, pokud ho ztotožňuje se svým bytím, kdy se stává tělesnou i duševní jednotou spolu se světem jako součástí nerozdělitelného celku a je jakýmsi zrcadlem jeho života. Ztráta tohoto celku pak znamená ztrátu virtuálního pohybu a vede k vyhnutí se rozvrhování vlastního světa, tedy k absenci vytváření pohybových figur. Tehdy dojde k ustrnutí dialogu se světem, což se projevuje v podobě různých nemocí. Porozumění onemocnění tedy vyžaduje znalost pozadí, horizontů i perspektiv zasazených do životního celku jednice v jeho bytí (Hogenová, 2007, s. 6).

U Husserla, tedy na počátku fenomenologického vnímání tělesnosti, člověk tělo ve smyslu Leiblichkeit má, ale jím není. (Reichhold, 2004, s. 197). U Merleau-Pontyho dochází k posunu, kdy chápe tělo ontologicky jako stálost bodu vidění jedince, místem, které je zviditelněním intencí daného člověka jako tělesné, duchovní a duševní bytosti žijící ve světě, pro kterou se otevírá celek, vůči němuž je on sám otevřený. Tehdy dochází k jistotě poznání a porozumění v bytí, za které jedinec nese zodpovědnost a o němž rozhoduje.

Patočka upozorňuje na to, že pokud budeme vnímat *já* jen jako ego cogito – strukturální rys prožívání a jako nositele určitých vlastností, pak pravda, kterou tělo zjevuje, se netýká podstaty, jaké věci doopravdy jsou, ale zůstává v biologické účelnosti (Patočka, 1995, s. 19). Pokud tímto způsobem člověk nahlíží své tělo, tedy

sebe sama, dochází k depersonalizaci, která vede k pasivizaci subjektivna.

Avšak vlastní tělo nelze objektivovat, protože je subjektivním fenoménem člověka, který se angažuje do světa, kde zakořeňuje v napření se určitým směrem, nalézáním svého místa ve světě a návratem k sobě samému díky kontaktu s druhými. Toto zakotvení do světa a přijetí nazývá Patočka prvním pohybem existence a je nezbytným základem a východiskem života, protože převádí člověka z prostoru jeho těla do prostoru vůbec. Tento pohyb nemůže nastat nezávisle na něčem jiném, nýbrž je vždy momentem interpersonální situace. Poznání sama sebe se tedy děje v pohybu od sebe, kdy porozuměním toho, kým nejsem, dostávám informaci o sobě a vytvářím si tak vlastní identitu. Intersubjektivita ve sdílení společného světa znamená tedy porozumění ze vztahu světa a ve vztahu k světu, bez něhož také vztah k sobě není možný (tamtéž, s. 43).

Jelikož člověk si je vědom své konečnosti a svých vlastních vnitřních limitů i omezení z vnějšího světa, přizpůsobuje si, co a jak se bude ve světě jevit (Novotný, 2011, s. 59). Jen on ví o svých prožitcích a je zároveň podmínkou prožívání. Jen ve svém těle prožívá např. bolest, jen prostřednictvím svého těla dokáže vnímat hmatem a zároveň něco nahmatat. Má tedy intenci, je schopen pohybu, vyjadřuje, jak se cítí. Život v tomto smyslu není přežíváním organismu, ale existencí uskutečňující své možnosti (Blecha, 2007, s. 322). Pak i smutek a bolest nejsou jen výrazem psychické a tělesné nepohody, a patří nejen k tělesnosti, ale i způsobu bytí a spolupobývání (In-der-Welt-sein a Mit-sein) ve světě. V takovém případě se jedná o nedostatečně otevřenou a svobodnou realizaci vlastních životních vztahovostí ve smyslu nemožnosti být sám sebou ve své jedinečnosti (Boss, 1978, s. 45).

Nemoc je tedy výrazem ztracené harmonie s celkem světa kolem nás, je jakýmsi jeho nepřijetím či nepřijímáním v souladu s vlastním bytím, které se stalo nepřehlédnutelným (Gadamer, 1993, s. 27). Nemoc nás upozorňuje na absenci něčeho podstatného, o čemž často nemáme konkrétní představu, ale tím, že nás omezuje v našem dosavadním způsobužití, nás uvádí do bezmoci, přináší ztrátu svobody, činí nás závislými a obírá nás o pluralitu možností. Merleau-Ponty k tomu dodává:

„Nemocný člověk tedy ví o svém tělesném nedostatku právě v té míře, v níž jej neuznává, a neuznává jej právě v té míře, v níž o něm ví.“ (Merleau-Ponty, 2013, s. 118).

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Úvod empirické části

V důsledku multifaktoriální příčinnosti poruch příjmu potravy existuje celá řada různých výzkumů týkající se zkoumání a příčin jejich vzniku. Mezi nimi nacházíme studie zabývajícími se hodnotovým systémem a jídelním režimem (Antoniazzi, Zivian, Hynie, 2005), či otázkou, zda sebepojetí je primárním prediktorem pro poruchy příjmu potravy (Shea, Pritchard, 2007). Z kulturních vlivů lze zmínit zkoumání souvislostí mezi módními časopisy, pojetím ženské krásy a poruchami příjmu potravy (Thomsen, McCoy, Kelly, Williams, 2001) nebo spojením mezi nutkavou touhou po nakupování oblečení a bulimickým přejídáním (Trautmann-Attmann, Widner Johnson, 2009). V jiné studii odborníci zjišťovali, jak souvisí tolerance vůči nadváze u studentů oborů módního návrhářství, psychologie a nutričního poradenství (Rudd, Harmon, Heiss, 2014) a pochopitelně existuje i řada výzkumů týkajících se vlivu rodinných faktorů nebo biologického a genetického pozadí. Ukázalo se tedy, že predispoziční faktory jsou zakotveny jak v sociokulturním kontextu, tak v osobnostních dispozicích jedince či v charakteristikách rodinného fungování u pacientek s poruchami příjmu potravy.

Do následujícího výzkumu jsem zahrnula pacientky hospitalizované na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze a v ambulantní léčbě v Centru pro poruchy příjmu potravy na denním stacionáři na téže klinice. V rámci výzkumu se zaměřuji na otázku vnímání vlastního tělesného schématu a prožívání tělesnosti u pacientek při zkoušení oděvu v obchodě s dámskou konfekcí a zkoumám jeho proměnu v průběhu léčby či po jejím ukončení. Také se zabývám tématem změny ve výběru oděvu v souvislosti s postupem léčby a případně proměňujícím se vztahem k vlastnímu tělu. Posledním zkoumaným jevem je vliv zpětné vazby z řad pacientek či jiných osob na vnímání sebe sama v rámci tělesného schématu, případně na způsob zpracování pozitivních či negativních hodnocení jak vlastních, tak druhých.

4.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit provázanost konfrontace vlastního těla s emočním prožíváním a vnímáním vlastního tělesného schématu i tělesného schématu u ostatních pacientek s mentální anorexií ve věkové kategorii 19-38 let na základě opakovaného zjevného polostandardizovaného pozorování předem stanovených kritérií v situaci běžného života. Data byla ve třech bězích sesbírána a zaznamenána nezávislými pozorovateli a doplněna pokaždé následným polostrukturovaným hloubkovým rozhovorem, vedeným výzkumníkem spolu s provedením projektivní metody Testu stromu na začátku a na konci výzkumu. Kromě toho byly při příjmu na oddělení a při ukončení hospitalizace pacientky podrobeny vyšetření pomocí metody Anamorphic, které měří percepční komponentu tělesného obrazu, tedy jak pacientky vnímají samy sebe a jak by měla vypadat jejich ideální postava dle jejich vlastních představ.

Předmětem pozorování byl způsob prožívání situace v cizím prostředí, vnímání vlastní postavy v zrcadle v kabince či mimo ni, zaznamenání chování poukazující na prožívané emoce, zjištění strategie vlastního výběru oděvu a naopak reakce na oděv vybraný výzkumníkem, zmapování preference barev, stříhu a stylu odívání, odhad vlastního sebehodnocení i hodnocení spolupacientek, přijetí či nepřijetí zpětných vazeb druhých osob a konečně definování kritérií pro oděv, ve kterém se cítí dobře.

Pro hlubší porozumění problematice jsem si stanovila tři dílčí cíle:

- zjistit, jak v průběhu výzkumu ve třech různých situacích, pokaždé v odstupu minimálně tří týdnů, se proměňuje tělesné vnímání
- zjistit, jak ovlivňuje přítomnost jiných osob vnímání tělesných proporcí
- zjistit, jak působí změna tělesné hmotnosti na vnímání tělesného schématu

Odpovědi na tyto otázky mi pomohly nahlédnout do emocionální, kognitivní a konativní složky postojů respondentek k vlastnímu tělesnému

schématu i ke vnímání tělesných proporcí ostatních spolupacientek či žen v běžném životě a jejich proměnou před onemocněním mentální anorexií, v průběhu léčby a po propuštění z psychiatrické kliniky v průběhu tří pozorování po dobu tří až osmi měsíců.

4.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jak při zkoušení oděvu vnímají tělesné schéma pacientky s mentální anorexií ve věkové kategorii 19- 38 let?

Podotázky:

1. Jak se odráží vnímání tělesného schématu na emočním prožívání či jak ovlivňují emoce vnímání tělesných proporcí?
2. Jaké je vzájemné ovlivňování oděvu a vnímání tělesného schématu?
3. Jakou roli hraje zpětná vazba vzhledem k postoji vůči svému tělu?
4. Jak ovlivňuje spokojenost s vlastním tělem na výběru oděvu?
5. Jak se projevuje změna hmotnosti na spokojenosti s vlastním tělem?

4.4 Výzkumný soubor

Výběr probandek a zároveň respondentek do výzkumného souboru jsem provedla za pomoci metody záměrného výběru dle předem stanovených kritérií. Výzkumný soubor zahrnuje osm pacientek, převážně studentek středních či vysokých škol, ale také pracující ženy ve věku 19-38 let. Pro tento vzorek jsem se rozhodla i na základě zkušeností z mé předcházející bakalářské práce na téma „Vliv odívání na sebepojetí u žen s poruchou příjmu potravy ve věkové kategorii 18 – 36 let.“

Vybraný věkový rozptyl se potvrdil jako nosný. Vycházela jsem z

předpokladu, že věková skupina kolem dvaceti let bude otevřená experimentování, jelikož je stále v procesu hledání a upevňování vlastní identity, které se může odrážet i prostřednictvím oděvu. Oproti tomu jsem se domnívala, že respondentky vyššího věku, které si například již svůj vlastní individuální styl odívání našly a díky onemocnění mentální anorexií od něj upustily, se k němu pokusí navrátit, nebo ho pozměnit, pokud se stal nevyhovujícím.

Všechny respondentky mají sourozence a vyrůstaly jak v úplných, tak neúplných rodinách, jedna z respondentek je sama matkou dvou dětí, jedna je vdaná. Polovina z respondentek se léčila s mentální anorexií prvně, polovina opakovaně, jedna z nich více než polovinu svého života. Většina se léčí s depresemi, jedna uvádí předchozí zkušenosti se sebepoškozováním. Jedna z respondentek se zapojila do výzkumu během léčby na denním stacionáři, kde čekala na uvolnění místa na lůžkovém oddělení. Zbylé pacientky absolvovaly několikátýdenní hospitalizaci a přechozí psychiatrickou péči.

Tab. č. 2 Věkové rozložení zkoumaných osob

Věk	19	20	21	23	25	38
Počet	2	2	1	1	1	1

Na tabulce č. 2 vidíme věkové rozložení výzkumného vzorku

4.5 Průběh výzkumu

Respondentky jsem oslovila osobně během své dlouhodobé stáže na denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy, což mělo tu výhodu, že jsem znala prostředí a mohla spolu s ošetřujícím personálem zvážit, která s pacientek by byla vhodná k účasti na výzkumu z hlediska jejich zdravotního stavu, jelikož se jednalo o pacientky s hodnotami indexu tělesné hmotnosti v rozmezí mezi necelými 15 a 17 BMI. Pacientky byly předem ujistěny o tom, že jejich odpovědi budou anonymní a získaná data budou nahrávána a následně přepsána, bude s nimi nacházeno důvěrně

a budou využita pouze pro účely mé diplomové práce. Ke svolení sběru dat a jejich následném nakládání jsem od každé z nich získala písemný informovaný souhlas. Sběr dat probíhal v únoru až říjnu 2015.³

4.6 Použité výzkumné metody

Z předchozí zkušenosti s danou cílovou skupinou v rámci své bakalářské práce jsem se opět rozhodla pro kvalitativní výzkum, rozšířený o další klinickou metodu – pozorování a projektivní test osobnosti -Test stromu. Za účelem dosažení stanovených výzkumných cílů jsem se tedy rozhodla pro kombinaci více metod, čímž jsem získala bohatost dat pro podporu validity výzkumu a možnost lepšího posouzení provázanosti daných témat pro vytvoření si ucelenějšího a detailnějšího náhledu na zkoumanou problematiku a vzájemnou provázanost proměnných. Tato data doplňuji o poznatky získané z měření účastnic pomocí vyšetřovací metody Anamorphic, která probíhala během léčby. Jako největší výhodu zvoleného postupu vidím v možnosti získání dat, které jsem nepředpokládala a navázání osobního vztahu s účastníky výzkumu v jedinečném a neopakovatelném kontextu, který byl pro některé emočně dosti náročný a vyžadoval citlivý, flexibilní a autentický přístup (Miovský, 2006, s. 17). Významné pro vyhodnocení výsledků bylo i potvrzení či rozpor mezi zjevným chováním a následnou verbální reflexí předchozí reálné situace a posuny mezi nimi v průběhu celého šetření.

4.6.1 Pozorování

První klinická metoda spočívala v opakovaném zúčastněném přímém polostrukturovaném pozorování nezávislým pozorovatelem, což je poměrně komplexní metoda umožňující seznámení s kontextem se zaměřením se na zkoumané jevy v přirozeném prostředí (Švaříček, 2007, s. 144). Tato metoda je zacílena na předem jasně dané sledované prvky, které se bezprostředně projevíly

³ Z praktických důvodů nejsou rozhovory součástí této práce a jsou k dispozici na vyžádání.

během zkoušení vybraného oblečení v běžných obchodech s dámskou konfekcí (např. TOP SHOP, ZARA, TALLY WEIJL, MANGO, BERSHKA), což trvalo zpravidla mezi šedesáti a devadesáti minutami. Tento výběr jsem zvolila po krátkém šetření mezi pacientkami, ve kterém jsem zjišťovala jejich oblíbené značky dámské konfekce a vybrala jsem kombinaci obchodů, které mají oblíbené i těch, které nepreferují, což jsem postupně zjišťovala během následného dotazování. Důvodem u pacientek nižšího věku byla například chybějící odvaha jít do obchodu s elegantnějším a ženštějším sortimentem, kterému se zpravidla vyhýbají nebo do obchodu vyšší cenové kategorie.

Jednotlivých pozorování se pacientky účastnily převážně ve dvou, výjimečně ve třech, z důvodu sledování vzájemné interakce během šetření. Zadání znělo, vybrat si během patnácti až dvaceti minutami oblečení, které se jim líbí a které by si případně koupily, poté si vybrané kusy vyzkoušet a reflektovat, jak se v něm cítí, jak vnímají své tělo a jak přijímají hodnocení spolupacientek či jiných osob a jaký mají ony samy náhled na tělesné proporce ostatních. V této fázi bylo zajímavé sledovat, co si samy vyberou, ale důležitý byl i fakt, že se ocitly v situaci, které měly pod vlastní kontrolou. Poté jsem jim doporučila vyzkoušet si kusy, o kterých jsem se domnívala, že budou více umožňovat konfrontaci se zkresleným vnímáním postavy, protože například odhalovaly partie, se kterými se pacientky běžně těžce smířují. Ale výběr směřoval i naopak k tomu, jak určité více či méně domnělé nedostatky by bylo možné překonat vhodnějším typem střihu či barevností a dosáhnout větší spokojenosti s tělesnými proporcemi.

4.6.2 Polostrukturovaný hloubkový rozhovor

Ve většině případů následoval v průběhu několika málo dní po zkoušení polostrukturovaný hloubkový rozhovor, během kterého jsem měla možnost hlubšího uchopení informací získaných během pozorování, příležitost doptat se na příčiny a další důležité doplňující informace. Pacientky získaly během rozhovoru i možnost určit si, jaký druh oblečení by si chtěly vyzkoušet v dalším běhu a do jakého typu obchodu by chtěly jít. Významné byly poznatky, zda pacientkám daná zkušenost něco přinesla a v čem by je mohla posunout dál.

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány v digitální podobě a následně přepsány, přičemž jsem zachovala nespisovnou češtinu pro zachování přirozeného projevu. Před samotným rozhovorem jsem zjišťovala z důvodu lepšího porozumění kontextu základní údaje o respondentkách, týkající se jejich osobní anamnézy, jako je věk, vzdělání, pracovní činnost. Poté následovala rodinná anamnéza a nakonec informace o průběhu onemocnění a léčbě. Po nahrávce jsem si případně udělala poznámky o průběhu rozhovoru či testování o tom, co mi bylo sděleno po samotném nahrávání a bylo pro dané téma důležité, o způsobu komunikace, motivaci a naladění, v jakém rozhovor probíhal, nebo také nápadné chování při administraci Testu stromu.

Úvodní okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru se týkal toho, jak se respondentka cítila v dané situaci a jak se vnímala v zrcadle, co se jí na sobě líbilo a co méně.

Poté došlo na téma vlastního výběru i navržených variant a procesu rozhodování, tedy co si vybrala i nevybrala a z jakého důvodu.

Následující okruh se týkal vlivu sociálního okolí, role zpětné vazby a význam podpory ostatních pro usnadnění výběru nebo rozhodování se pro daný kus.

Poslední okruh směřoval k tomu, jak musí oblečení vypadat, aby se v něm respondentka cítila dobře a měla pocit, že jí sluší, a co by na svém dosavadním způsobu oblékání případně chtěla změnit.

Po druhém a třetím běhu jsem se doptávala, k jakým změnám docházelo mezi jednotlivými setkáními z hlediska náhledu na vlastní tělo a oblečení a jakou zkušenost si zpětně ze zkoušení oděvu odnášejí a jaké změny do budoucna si dokáží představit.

4.6.3 Test stromu

Další metodou získávání dat, kterou vnímám k výše uvedeným metodám jako doplňkovou, je projektivní Test stromu, kde kresba samotného stromu zasazeného do určitého kontextu je nositelem projekce (Šípek, 2000, s. 68). Výhodou tohoto testu je pohled na dynamiku osobnosti v jejím jedinečném projevu, ve kterém se může zobrazit i to, co testovaná osoba nemůže nebo nechce vyjádřit.

Touto metodou, která neposkytuje velký prostor pro sebestylizaci, lze tedy případně získat informace, které by jinou cestou nebyly dostupné. Jinou výhodou je jednoduchá administrace, časová nenáročnost a možnost opakování (Altman, 2002, s. 13). Tento test jsem respondentkám předložila po prvním rozhovoru a na závěr šetření a pokusila se ho interpretovat v kontextu ostatních zjištěných informací.

4.6.4 Anamorphic micro

Jako poslední zbývá metoda zjištění percepčního vnímání vlastního těla a míry nespokojenosti s postavou pomocí počítačového programu Anamorphic micro, který se využívá na oddělení pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Tento nástroj je založen na tom, že do speciálního softwarového programu se zadají anamnestická data pacientky včetně tělesné výšky a hmotnosti, poté se pacientka vyfotí. Fotografie její postavy program rozšíří (o 100%) a zeštíhlí (o 50%), načež je pacientka vyzvána k tomu, aby sama pozměněný snímek upravila tak, jak se doopravdy vnímá nyní a pokud je to nutné, také jak by chtěla vypadat. Data počítač vyhodnotí a vypočítá **hodnotu BIP** (Body Image Perception), což je rozdíl v % mezi hodnotou, jak se pacientka vnímá, že vypadá a její reálnou tělesnou velikostí a pokud je vyšší než 100%, pak svou velikost nadhodnocuje. **Objektivní nespokojenost** (Dis1) je rozdíl mezi tím, jak pacientka doopravdy vypadá, a jak by vypadat chtěla. **Subjektivní nespokojenost** (Dis2) je rozdíl mezi tím, jak se pacientka vnímá, že vypadá, a jak si přeje, aby vypadala. Toto je nejsignifikantnější údaj pro motivaci k léčbě – a tedy k tomu, zda vůbec akceptuje přírůstek váhy. Pokud je tato hodnota nižší než 100%, touží zhubnout.

4.7 Zpracování dat

Data získaná během jednotlivých pozorování a následných rozhovorů, která umožnila podrobný popis jednotlivých situací a zmapování souhlasných i protikladných jevů, jsem mohla porovnat s výsledky analýzy rozhovorů, výstupy z Testu stromu i exaktními údaji z měření vnímání vlastního těla.

Při zpracování získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů jsem

vycházela z metody zakotvené teorie, která se snaží odhalit určitý proces konstruování reality v jeho dynamičnosti. V prvním kroku jsem získaná data podrobila otevřenému kódování, což je jednoduchá, ale účinná technika vytvořená v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, při které dochází mimo jiné k tematickému rozkrytí textu a hledání obecných kategorií na základě specifikace podmínek popisu interakcí, případně následků těchto interakcí. Abych toho dosáhla, rozdělila jsem daný rozhovor na jednotky dle významu dat a přiřadila jim specifický kód. Při tomto postupu „metodou papír tužka“ jsem hledala povahu ke vztahu k výzkumné otázce na základě vzájemně souvisejících skupin pojmů, abych tak identifikovala významové jednotky a mohla se zamýšlet nad interakcemi, které se k nim vážou. Zohlednila jsem při tom i to, o čem respondentky nemluví či od kterých otázek odbíhají, jak se vůči oslovenému tématu vymezují a zjišťovala jsem možné příčiny a souvislosti, které je mohly k takovému jednání vést. V případě, že mi byla nějaká nezvyklost v projevu, která byla v protikladu s obsahem sdělení nápadná, pokusila jsem se ji zařadit do kontextu dané situace. V dalším kroku jsem postupovala tak, že jsem seskupovala vytvořené kódy do skupin a získala tak vzájemně provázané rodiny kategorií, ve kterých jsem zkoumala opakující se vztahy, stejně jako i mezi výstupy rozhovorů jednotlivých respondentek. Nakonec jsem se zabývala jejich vývojem během daného časového rámce, ve kterém výzkum probíhal. Získaná data jsem pro přehlednost a lepší orientaci shrnula do tabulek (Hendl, 2005, s. 246).

Výsledky jednotlivých pozorování, výsledky interpretace Testu stromu doplněnými o údaje měření vnímání tělesného schématu uvádím taktéž jednotlivě v textu a souhrnně v tabulce.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

„Jediná skutečná objevná cesta nespočívá v hledání nových území, ale z nového pohledu na věc.“⁴

(Marcel Proust, cit. dle Poltrum a Heuner, 2005, s. 35)

K hlavní výzkumné otázce, jak probíhá vnímání tělesného schématu a jak se odráží na emočním prožívání či jak ovlivňují emoce vnímání tělesných proporcí, jsem ve svém výzkumu dospěla k následujícím výsledkům:⁵

5.1 Emoční prožívání spojené se zkoušením oděvu

Emocionální labilita, typická pro onemocnění mentální anorexií, je mimo jiné důsledkem nespokojenosti s tělesným schématem, hypersenzibility vůči druhým, zhoršené schopnosti zvládnout stresovou situaci a snížené kompetenci řešit interpersonální konflikty. Respondentky byly často vychovávány v domněnku, že splňovat potřeby druhých a být perfektní jim zajistí lásku druhých a jakékoliv selhání či vybočení z chování zaměřeného na druhé ohrozí jejich přijetí. Tak podléhají neustálému stresu z obavy selhání v neznámé situaci a rizika odmítnutí a své **emoce výrazně neprojevují**. Proto zachytit emoční prožívání během zkoušení vyžadovalo zvýšenou pozornost vůči nenápadným projevům chování, ze kterých bylo možné usuzovat na emoční prožívání. Typickými projevy bylo stažení se nebo podrážděnost jako reakce na úzkost nebo ohrožení plynoucích z pocitu bezmoci v neznámé situaci, nebo konfrontace s problematickým tématem, což zkoušení oděvu znamená.

„pořád mám ze všeho strach. Já mám strach vstoupit do čehokoliv nového, že v tom

⁴ Převzato z Poltruma a Heunera, *Ästhetik in der Psychotherapie*, 2015, s. 35. Text v originále: „Die wahre Entdeckungsreise besteht nicht darin, neue Landschaften zu suchen, sondern mit neuen Augen zu sehen.“ [vlastní překlad autorky této práce]

⁵ V závorkách u citací jsou uvedeny zkratky respondentek spolu s dosaženým věkem, s odlišným číslem označující první, druhý a poslední pozorování/rozhovor (např. 1-A, 23 nebo 2-A, 23 či 3-A, 23).

nebudu dost dobrá, že mě okolí odsoudí...tak radši do ničeho nevstupuju, protože se všeho bojím.“ (2-O, 38)

Ukázalo se ale, že po navázání vztahu touží a při dosažení větší stability se dokáží více otevřít a být přístupné vůči vzájemným komentářům a komplimentům, které jim pomáhají. V bezpečném prostředí během rozhovorů ostych ztrácejí a své emoce, například pláčem, ventilují. Avšak postupem času **anhedonie** ustupuje a z rozhovorů i během zkoušení lze zaznamenat známky radosti.

Výrazný sklon k vyhovování potřeb druhých a nezklamati v tom, „být tou hodnou a poslušnou“ je nárok, který dodržet vytváří velký tlak, ze kterého se pomalu ale jistě snaží vymanit a získat vlastní prostor. Pozdní příchod na smlouvené místo, několikanásobné posouvání termínu, pokus o „rebelství“ komentářem k navrženému oděvu *“no, to je strašný, to snad nemyslíte vážně, to ne“* jsou malými krůčky k získání kontroly nad věcí a způsob překonání vlastní **nejistoty**, což potvrzují i ukázky analýzy Testu stromu, které například poukazují na překompenzování nejistého sebevědomí a absenci pevného ukotvení.

Silná potřeba mít dostatek času si na nové situace zvyknout, které respondentky zúzkostňují, byla zřejmá i během zkoušení. **Pocit úzkosti**, který se dostavil v situaci mimo bezpečné nemocniční prostředí, někdy i po měsíční hospitalizaci bez možnosti delší vycházky, a nejasná představa, jak situace v novém prostředí a s neznámými lidmi bude probíhat, v průběhu zkoušení pozvolna slábl, až vymizel.

„...když jsem začínala s tou nemocí, tak jsem nevyšla rok ven vůbec... moc těžko se mi jde ven, jako že bych si měla sama něco nakoupit ...ale když už se donutím, tak jako jdu, teď třeba po dlouhé době s Váma...“ (1-L, 20)

„No, bylo to určitě jiný. Už jsem tak nějak z toho věděla, co mám očekávat. Absolutně se mi nechtělo, ale potom mi to docela i zvedlo náladu, trošku, že to bylo i takový moc fajn, že jsem si zkoušela i věci, který si normálně sama nevyberu.“ (2-

H, 25),

uvádí respondentka, jejíž posun k otevření se novým zkušenostem a šancí nabýt větší jistoty je patrný nejen během pozorování, ale i ve výsledku Testu stromu, která pokračuje:

„...bylo to zase zajímavý, vyzkoušela a ohlídlá jsem nový věci, kombinace, co jako bych teoreticky mohla i na sobě mít. Tak jako jsem si dřív neuměla na sobě představit.“ (3-H, 25)

Silná potřeba bezpečí, o které si respondentky mylně myslí, že lze uspokojit na základě vnějších faktorů, vede k různým typům **zabezpečovacího chování**, ze kterého plynou další omezení, a jsou pokusem o zabránění pocitu úzkosti, který je spouštěčem negativních automatických myšlenek, jak ukazuje následující příklad:

„já jsem věděla, do jakého obchodu můžu jít nakupovat, kde mají kabinky závěs až úplně dolů a to jsem věděla, že jdu někam, kam nevím, jestli budou dostačující, vyhovující kabinky pro mě.“ (1-A, 23)

Vnější bezpečí má ale své hranice a tak například zkušební kabinka přestává být **bezpečným prostředím** chránícím před pohledy druhých a jejich obávaným hodnocením a nastupuje neméně mocný stresor – konfrontace s obrazem vlastního těla v zrcadle:

„Byla jsem nervózní, cítila jsem se jako pod tlakem. Nevěděla jsem, co se ode mne očekává, nevěděla jsem, co vlastně mám dělat. Pak jsem se do toho tedy tak trochu nějak dostala, jsem se uvolnila, ale potom v těch kabinkách se to nějak zhoršilo.“ (1-U, 19)

Větší část respondentek uvádí, že se na zkoušení jako příležitosti se alespoň na chvíli uvolnit od nemocničního prostředí do „normálního života“ nebo možnost si zpestřit denní program, těšily a opustit bezpečné prostředí riskovaly. O to větší bylo zklamání, které vedlo k negativním pocitům spojených s pohledem na sebe v zrcadle, a značí o **křehkosti emocionální rovnováhy**.

„Hrozně jsem se těšila, že si budu říkat, že mi to v tom bude slušet, tak, jak jsem si to vybrala, sama to svoje, co se mi líbilo, tak když jsem to na sebe oblíkla, tak jsem byla překvapená, že vlastně jsem se v tom vůbec necítila a celkově potom, jak jsem to všechno možné zkoušela, tak jsem se vůbec při tom necítila dobře...možná mě trošku přepadla úzkost z toho, že jsem viděla všechno, co na mě roste.“ (1-Z, 20)

Zajímavým a povzbuzujícím zjištěním pak bylo, že po úspěšném zvládnutí **konfrontace s reálným životem** se může tato zprvu nepříjemná zkušenost projevit jako přínos a příležitost k zamyšlení se nad vlastní situací:

„...jsme jako koukaly třeba na ostatní ženský v normálním životě, protože jak jsme tady zavřeny, tak prostě vidíme jenom ty hubený. Jenom ty, co mají stejný problém jako my. Ale potom, když se člověk rozhlídne, tak prostě všechny ty ženský jsou prostě normální, dokážou se smát, dokážou být šťastný, dokážou žít a my tady sedíme a smutníme nad tím, že se nevejdeme do třicetšestky...dyť jsem vlastně blbá“ (1-U, 19)

uvádí respondentka, která si přála nemít čas mezi jednotlivými zkoušenými ve dvou různých obchodech, a tudíž prostor na přemýšlení o sobě, který znamenal zahlcení negativními vtíravými myšlenkami. Jak stresujícím se pro ni zkoušení stalo, se ukázalo ještě téhož dne, kdy chtěla předčasně ukončit hospitalizaci. Podpora a pochopení ze strany spolupacientek její rozhodnutí změnila, z čehož plyne, že **pocit sounáležitosti** a **reflektování emocí** navenek pomáhá při znovuzískání emocionální rovnováhy.

S otázkou nastolení lepšího pocitu **vnitřní pohody** během zkoušení souvisí mnoho dalších proměnných: jak oslovil sortiment jednotlivou respondentku, s kým zkoušení probíhalo, co se během dne nebo doby mezi zkoušenými událo nebo v jakém emočním rozpoložení respondentky momentálně byly, například díky zvládnutí léčby. Během dalšího dotazování se ukázalo, že všechny tyto vlivy souvisely s pozvolným zaměřováním **pozornosti na další životní oblasti**,

osvobozením se ze sociální izolace a získáváním pozitivní zpětné vazby.

„Tak mi to určitě dalo to, že jak jsem se vždycky viděla v tom zrcadle, tak mě překvapilo, jakoby, že to nenesu nějak špatně“ – a doplňuje nedávnou situaci ze života – „... třeba, když jsem s přítelem a když třeba na mě šáhne, tak říkám – nech mi moje špičky (smích). Nevím, snažím se to prostě tak nějak nebrat.“ (3-K, 21)

„Taky se mi to nepodaří ze sebe dostat, dycky, když mě něco trápí...tak já to napíšu, co by mi pomohlo, aby se chovali ke mně ostatní, aby to bylo dobrý, a potom to dám přečíst...a to jsem udělala tady prvně na oddělení, když za mnou přijeli na návštěvu a mělo to teda velkej úspěch.“ (3- H, 25)

5.2 Vnímání tělesného schématu a obrazu

Z pohledu vnímání tělesného schématu, jehož porucha je znakem onemocnění mentální anorexií, které respondentky odvozují od svého ideálního obrazu *já* a definují téměř výhradně svým zevnějškem, by se dalo usuzovat jasné odmítnutí podívat se na sebe do zrcadla a riskovat zjištění, že svým nárokům nevyhovují. Překvapivě se tato domněnka nepotvrdila.

Zůstává tedy otázkou, co je motivem se na sebe podívat? Může to být kombinace zvědavosti, zájmu, pocitu povinnosti splnit očekávání, že budou spolupracovat či využít příležitosti, protože v nemocnici velká zrcadla nejsou?

Vztah k zrcadlu – tedy sebeobrazu – mají respondentky dle **míry zkreslení vnímání tělesného schématu** různý. Přiznávají, že pokud se necítí pozorovány druhými a jsou ve fázi onemocnění, kdy se domnívají, že mají své hubnutí pod kontrolou, pak jsou svým úspěchem fascinovány a rády se prohlížejí, což je patrné z následujícího příkladu:

„Vím, že jsem se furt měřila, stehna, ruce a koukala se i na kosti a i na záda, a vím, že se mi to hrozně líbilo...a cejtla jsem se úplně skvěle, když mi někdo řekl, že jsem vychrtlá...“ (1-L, 20)

Neustálé zaměření na kontrolu tělesných proporcí je avšak zrádné, protože může vést k narušenému vnímání a ventilovat nahromaděné psychické napětí v nekontrolovatelném **autoagresivním chování**.

„Nic, aby se mě nedotýkalo břicha, nic jsem nemohla cejtít ... hned jsem cejtíla jako břicho svoje, velký, velký břicho, když se dotýkalo trička...začala jsem si bouchat do břicha...strašný rány, kolikrát jsem si fakt musela sednout, abych se vůbec rozdejchala...to jsem fakt jako nějak zešílela v tu dobu, jak jsem viděla to břicho.“
(1-L, 20)

S otázkou zájmu o pohled na sebe souvisí i to, zda respondentky měly o módu zvýšený zájem i před propuknutím mentální anorexie. Pokud ano, pak v zásadě problém se na sebe podívat a zjišťovat, co jim sluší a co ne, neměly, ale vůči tělesným proporcím zůstávaly i nadále velmi kritické. V případě, že hodnotily, zda je konkrétní věc hezká a slušivá, byly u **posuzování druhých** aktivnější než u sebe sama. Překvapivým jevem při zkoušení bylo, že jindy se projevující typická interpersonální nedůvěra, která plyne z toho, že pozitivním komentářům druhých osob ohledně jejich vzhledu nevěří a se tak ochuzují o efekt pozitivní zpětné vazby, která by mohla posílit jejich sebevědomí, se neobjevovala. Jak může nedůvěra vůči pozitivním oceněním vzniknout, uvádí následující příklad:

„babička...ta mě nikdy nepochválila a potom mě najednou jako začala chválit, asi měsíc, a mě to bylo divný, tak jsem se jako ptala táty a on řekl – já jsem jí jako řekl, ať tě jako chválí.“ (2-U, 19)

Respondentky se během zkoušení snažily vzájemně **povzbudit a podpořit**, jakoby „holky, které už něčím prošly“, jak popisuje jedna respondentka ženy, které se léčily s mentální anorexií, měly na základě společné a sdílené zkušenosti navzájem lepší pochopení a jsou tím pádem důvěryhodnější. Ukázalo se tedy, že jejich vzhled ani druzí jim nejsou lhostejní, což odporuje původní domněnce, že se budou navzájem negativně ovlivňovat a „stahovat dolů“.

Toto navenek jako jednoznačně pozitivní chování se ale díky analýze rozhovorů prokázalo jako „hra na vlastní branku“ a potvrzovalo, že zaujmout **nezkreslený postoj k reálným tělesným proporcím druhých** je sice daleko lehčí než vůči vlastnímu tělu, stejně jako navázat pozitivní vztah k druhým než k sobě, ale k realističtějšímu náhledu na sebe sama a vytváření efektivnějších **kognitivních schémat** na základě nových zkušeností nevede. Spíše naopak, sledování druhých vedlo ke zvýšenému porovnávání a zkoumání vlastního těla a v důsledku toho k negativnímu sebehodnocení upevňující **disociaci vnímání**.

„...v těch kalhotách jsem viděla jenom takový dvě klády, co jsem chtěla uříznout...nechtěla jsem, aby to patřilo ke mně...jako že cizí bych chtěla, aby to bylo...ale pak jsem si říkala, že kdyby to bylo cizí, tak by se ti to třeba i líbilo, ale na tobě se ti to jako nelíbí...mě se třeba i jako některý ženský...normální ženský se mi taky líběj, ale prostě na sobě to nechci...“ (1-U, 19)

„To nevím, to má někde holt zafixovaný, jak furt mluvila o tom bříše, to jsem si říkala – ty jo, já mít takovýhle břiško, tak si jenom pískám ...furt nás to tak nějak ovládá.“ (2-H, 25)

„Zase mě to spíš vyděsilo...asi mi to připomnělo, že mám hrozně zkreslenej pohled na to své tělo. Není normální, že mi připadá dobrý, jak vypadám, a že kdybych viděla jinou holku v obtažených džínách, tak by mi to připadalo hrozný. Prostě, že mi to zase připomnělo, že se nevidím.“ (1-O, 38)

„No, nevidí to, vidí to jinak...protože je to její břiško, kdyby to bylo cizí břiško, tak to uvidí, tak jak to je.“ (3-U, 19)

Na otázku, co provázal pohled do zrcadla, respondentky uvádějí:

„Když jsem se převlíkala, tak jsem se nechtěla podívat na svoji postavu, takže jsem jako všechno rychle na sebe dávala, aby to jako nešlo vidět.“ (1-L, 20)

„Snažím se na to nemyslet a ani se nějak extra neprohližet v zrcadle...prostě se snažím to nějak přejít...někdy si z toho dělám i srandu, trošku.“ (3-K, 21)

„Já se s tím moc nekonfrontuju, že se doma neprohližím v zrcadle a nevážím. Spíš to nechávám pořád jako zasunutý...neztotožňuji se s tím, že jako jsem starší, že už vypadám jinak než ve dvaceti, ale já se stále cítím na dvacet. A úplně s tím nejsem smířená, nebo to nedokážu úplně přijmout.“ (1- O,38)

„Co nejrychleji se snažím vypadnout z pokoje (se zrcadlem), abych se nezkoumala..., tak to by mi zkazilo celý den... Takže tak, snažím se s tím nebejt sama.“ (2-U, 19)

„Když projdu kolem výlohy, tak prostě už to je – ježíšmarjá, já vypadám. To tady řeší každé. Ježíši, šla jsem kolem výlohy a málem jsem se rozbřečela – to tady slyšíme pokaždý, když je vycházka.“ (2-A, 23)

„já nejsem zas tak moc spokojená, ale snažím se jakoby nesrovnávat s těma ostatníma...hezkýma holkama, protože se mi líbí, jak vypadají. No, jsou hezký, štíhlý, vymakaný, protože můžou cvičit. Já nemůžu cvičit.“ (2-J, 19)

Výše uvedené výpovědi ilustrují důmyslné strategie, jejichž společným jmenovatelem je odklonění se od konfrontace se sebou, a tak se vyhnout stresové situaci, která narušuje jejich již tak křehkou emocionální rovnováhu. Realita ale ukazuje, že zrcadla, která život nastavuje, jsou různého typu a zabezpečovací mechanismy dříve nebo později selžou.

V souvislosti s ústřední úzkostí - nedosažení nedosažitelného ideálního obrazu vlastního těla – je zajímavá otázka, co brání v dosažení tohoto cíle a vede k pocitu nespokojenosti? Až na jednu výjimku se nespokojenost netýká těla jako celé postavy, ale pouze **problematických partií** – hrudníku, ramen, steh, břicha, nohou, zadku či paží, vlasů nebo vrásek jako projevu stárnutí. A tak se respondentky při zkoušení snaží odhalená ramena zakrýt rukama, vlasy nebo zaujmout shrbený

postoj, aby měly pocit, že jsou drobnější, vyhýbají se výstřihům a úzkým ramínkám, některým vadí krátké rukávy a nohavičky u kraťasů, ale krátké délky u sukní převážně akceptují.

I přesto, že toto zjištění evokuje domněnku, že nespokojenost se zaměřuje pouze na detaily, jde vlastně o **generalizovanou představu nedostatečnosti**, protože při podrobnějším dotazování vyplynulo, že tělesné partie mimo ty problémové, jako by neměly žádnou kladnou estetickou hodnotu, a nemohou tedy přispět ke zvýšení spokojenosti se sebou sama. Je to podobný jev, jako když úspěchy nesouvisející s úbytkem tělesné hmotnosti vnímají respondentky jako okrajové a bezvýznamné.

Na otázku, co respondentka vidí, když se dívá na své tělo, jehož proporce široký vršek skrývá, přichází odpověď: *„jeden velkej špek.“* (1-U, 19)

a jiná respondentka uvádí tělesné příznaky stresové reakce a je zajímavé, že stále chce naplňovat očekávání druhých, o kterých ale nic netuší:

„Už v té kabině jsem si říkala, že je to hrozné, jak vypadám. Bylo mi z toho až špatně, i ten žaludek byl takový jako na vodě...stále jsem vzpomínala, jak jsem vypadala v tom zrcadle a přemýšlela jsem, co s tím, abych se líbila.“ (2-Z, 20)

Výše uvedený citát respondentky, která je nespokojená s celou postavou a z toho důvodu hodně nepřístupná vůči změnám i pokusům, jak jednotlivé partie díky oblečení lépe podtrhnout či upozadit, dále uvádí:

„pomalu se smírju s nohama, jako pomaličku, hodně pomalu...jinak asi nedokážu říct, co bych na sobě měla ráda.“ (3-Z, 20)

Na otázku odkud zvýšená **sebekritičnost** a **fixace na deficit** pramení, uvádějí některé respondentky příklady kritických poznámek rodinných příslušníků nebo spolužáků z období dětství a puberty, a sice nejen ohledně tělesných proporcí, ale i jiných „měřitelných hodnot“, jako například klasifikaci ve škole a zároveň

absence pochval a citového zázemí, což vede k zablokování přístupu k sobě a přijetí se takovými, jakými jsou.

5.3 Proces rozhodování při výběru

Nerozhodnost, jako důsledek vyhnutí se změnám, za které případně musí nést zodpovědnost, se objevuje jako téma u většiny respondentek a je zřejmá i při výběru oděvu. Zprvu jsou některé při vlastním výběru zdrženlivé a i to málo, co si vybraly, si nakonec vše nevyzkouší. Respondentce, jejímž snem bylo stát se modelkou, k jehož realizaci ale nikdy nedostala odvahu, si vybírat oblečení nedělá problémy, zvláště když se jí líbí. Představa, že by si ho i mohla koupit je nepřijatelná. Není v tom sama, většina respondentek má pocit, že si nic nezaslouží, jakoby redukce jídla souvisela s redukcí všech vlastních potřeb a poukazuje opět na **nízké sebeocenění**.

„Já hrozně ráda nakupuju dárky, ale sobě prostě neumím nic koupit. Proto já třeba chodím s mámou, která mě donutí si to prostě koupit. Ona řekne – hele, to prostě nosit budeš, to si zasloužíš, to se ti líbí, to je hezký, to není drahý a prostě mě do toho donutí.“ (1-U, 19)

a další příklad - rozhodování z pohledu malé velikosti, která nízkou sebehodnotu zdánlivě zlepšuje

„Já se jakoby necejtím dobře v těch, který mi jsou moc velký a mají být velký a v uplech, pevných džínách, který mi jsou tak, jak mi mají být. Já se cítím dobře v těch džínách, který mi jsou větší, protože prostě to ukazuje, že jsem menší...ale ta 36...to už mají jako všichni, nebo jako hodně lidí.“ (2- U, 19)

Avšak oděv není pro respondentky pouhou nutnou tělesnou ochranou a prostředek splňující sociální funkci, nýbrž díky jejich emocionální labilitě přispívá hlavně k psychické ochraně. Proto preferují široké vršky a volné blůzy, mikiny a

svetry. Při bližším dotazování se ukázaly různé důvody, které je k tomu vedou.

Díky poruše tělesné termoregulace pomáhají široké vršky a kalhoty **udržet tělesnou teplotu** pomocí vrstvení jednotlivých kusů jako jsou nátlčníky, trička, svetry, mikiny a bundy. Další ochrannou funkci poskytuje širší silueta, protože umožňuje zapomenout na neustálou **obavu z kritiky** druhých. Schovat vyhublé tělo je jednodušší strategií, než si ustát hrozící konflikt v mezilidských vztazích, i kdyby to znamenalo vzdát se vlastních potřeb:

„samý volný, úplně volný...jsem to nějak skrývala...kroutili nade mnou hlavou...celá rodina úplně brečela. To bylo hrozný, tak jsem furt nosila radši to volnější, aby to jako nikdo neviděl...a přitom mě by se to líbilo, vzít si to tílko, ale pak jsem si říkala, že jsem asi fakt hodně hubená, takže jako bych měla takový dva lidi, jako kdybych měla v hlavě.“ (1-L, 20)

Pozoruhodné je, že jedna respondentka ve fázi, kdy má náhled na svoji vyhublost a vnímá i další nepříjemné následky jako je **negativní labelling**, vůči kterému se cítí bezmocná, volí širší oblečení, které ji chrání.

„já mám pocit, že jako jsem fakt dosáhla jenom toho, že jsem anorektička (polyká slovo, až téměř není slyšet)...a nejhorší je, když jako o mě ještě ti lidi takhle mluví.“ (2-O, 38)

Ale ani zranění ji nemotivuje k tomu, se své hubenosti vzdát, protože věří, že díky ní budí pozornost a stává se tak pro ostatní zajímavou. Na jiné vlastní jedinečné hodnoty, které by mohla probudit a tak najít nový smysl života, poté, co ji onemocnění provází dvacet let, zatím rezignovala.

Nebo jak uvádí respondentka reakci po ukončení hospitalizace:

„Ve škole se cejtím úplně jako myš, úplně šedá, taková. Nikdo nemá zájem, jen se zeptá – tak co, už jsi přibrála? Už seš tlustá? – hrůza.“ (1-L, 20)

a v neposlední řadě volí respondentky volné, tedy **bezpečné oblečení** ze snahy znovunastolit emocionální rovnováhu a vyhnout se přílišnému vystavení se úzkosti z vlastní kritiky ohledně nedokonalosti.

„bojím se i ty padesátky, možná proto jsem chtěla i domů, že ze mě mluvil strach...jdu teda hodně na silu ... když jsem slezla z váhy a viděla tam víc, tak jsem měla už takový tendence se převléknout do volnějšího...jen mě zase rozhodilo to číslo.“ (3-A, 23)

Na otázku, proč dvojdílné šaty ze stejné látky, které mají až na prostřižení stejný střih, jsou horší než šaty jednodílné, přichází následující reakce:

„... ta sukně jako že má víc látky, že prostě potřebuju víc látky, abych se mohla oblíknout. Šaty prostě jako jsou jedno oblečení a prostě si to na sebe vezmu a je hotovo. Šaty mi buď jsou, nebo nejsou a nemusím se zabývat všema těma částma těla.“ (1-U, 19)

Zároveň si ale i uvědomují, že maskování se oblečením jim pocit bezpečí trvale nedodá a problém pouze odsouvá, že rozhodujícím je jejich **vnitřní pocit**.

„...i jak jsem byla hubená, tak jsem nerada nosila ty široký věci, protože ono to stejně nic nezamaskuje, akorát to vypadalo, že jsem ještě hubenější.“ (2-K, 21)

Neochota k experimentování a strach ze změn všeobecně či výše uvedená potřeba vyhnout se interpersonálním či intrapersonálním konfliktům, mohou být důvody k poměrně **konzervativnímu** nenápadnému **stylu** v oblékání, zpravidla džínám nebo legínám a volným tričkám nebo svetrům, spíše neutrálních barev, černé a bílé.

„Ta móda s těma džínama a tím trikem, tak ta se mi moc líbila, ani ramena mi v tom nevadily, tak nevím, jestli to bylo tím, že to bylo takový zakrytý a tak jsem to tak nevnímala.“ (1-L, 20)

Nenápadnost, ale i nevnímat své tělo v jeho přirozené hranici nebo nevykládat úsilí nad přemýšlením o správné velikosti, jsou například důvodem, proč udávají, že mají rády legíny z pružného materiálu, na rozdíl od kalhot z pevné látky nebo jsou nejspokojenější, když mohou vybírat jen tu nejmenší velikost, která je v obchodě dostupná. Tedy kromě příjemného a kvalitního materiálu – „aby z toho byl dlouho užitek“, jsou pohodlí a pohodlnost faktory ovlivňující jejich výběr. Dále se ukazuje, že úzké džíny a kraťasy jsou pro respondentky ideální volbou, protože jsou „sázkou na jistotu“ a znamenají nevybočení ze **stereotypního chování**, a to i přesto, že je v nich dost viditelná vyhublost.

„...kdyby tam nebyla Z, tak si to ani nekoupím... u té pokladny to tam strašně dlouho trvalo a já říkám – hele, já to tam jdu vrátit – a ona – ne, ne, ještě vydrž. No a tak jsem si říkala – hele, ještě minutu, a fakt končím. No a pak jsem si je koupila ...kraťasy“ (2-A, 23),

Možná díky vzájemné podpoře a ztrátě prvotní úzkosti z neznáma dochází dokonce u respondentky, která tvrdí, že není odvážná v ničem, a spíše se v životě drží zpátky, k jistému posunu:

„Jo, tak ty (šaty) se mi líbily (radost v hlase)...to je divný, to se mi docela i líbilo...že je to trošku takový odvážnější. No, prostě to nejsou džíny a triko.“ (3-K, 21)

U respondentek, které si svůj styl už našly a díky onemocnění změnily, se projevilo přání, navázat či probudit ženskost včetně toho, chtít mít **ženskou postavu**, která se ale neslučuje s vyhublostí a získat odvahu k větší **ležérnosti**, která je nepřítelem perfekcionismu, jak je patrné z následujících příkladů:

„Teď jsem hodně začala nějak tu ženskost ...chodím na kurzy, abych jako tu ženskost probouzela.“ (1-O, 38)

„Já, když si prohlížím ty časopisy, tak mě se to vždycky prostě líbí nebo takový ty

francouzský styly, ale já si to prostě na sobě nedokážu představit na ulici.“ (3- H,25)

„V tý nemoci jsem si vybavovala postavu, jakou bych chtěla mít, takže trošku boky, trošku zadek a prsa a tak jsem jako začínala vidět, že jako mám ty stehna už trošku, jak bych chtěla mít, ale přibírat už by se mi nechtělo.“ (1 L, 20)

„Jinak docela ráda nosím sukni, ale taky mi to trvalo, než jsem se k tomu jakoby dopracovala...kamarádka mi říkala, že by mě víc k mojí osobnosti šly šaty a sukně, že jsem taková jako jemnější a dívčí, tak jsem si říkala, proč to nezkusit, tak jsem to zkusila a cítím se právě naopak líp v těch šatech.“ (1-U, 19)

5.4 Role zpětné vazby vzhledem k postoji vůči vlastnímu tělu

Dílčí výzkumná otázka týkající se postoje vůči vlastnímu tělu a role zpětné vazby přinesla následující zjištění:

Typická snaha o přijetí vlastní jedinečnosti na základě vlastní a ne cizí identity, a zároveň strach ze ztráty náklonnosti druhých, se promítá i do způsobu přijímání či odmítání zpětné vazby okolí. Markantní se ukazuje **ambivalentnost** značné potřeby opory, zájmu ze strany blízkých a porozumění pro jejich onemocnění na jedné straně a potřebou autonomie, spolu s přáním nezatěžovat okolí a umět stát na vlastních nohou na straně druhé, a je příznačná pro období adolescence, kdy se identita člověka upevňuje.

Kromě již výše popsané situace, kdy respondentky přijímají podporu ze strany spolupacientek kladně, kolísá většinou jejich důvěra vůči pozitivním zpětným vazbám, na kterých jsou díky velké nejistotě závislé a kterým důvěřují pouze v úzkém okruhu **blízkých lidí** a většinou po **opakovaném ujišťování**. Komentáře týkající se komplimentů k jejich zevnějšku obvykle přecházejí nebo k nim přistupují s nedůvěrou, a tak nevedou ke stálějšímu pocitu spokojenosti.

„Pohládí mě to po duši, potěší mě to, ale stejně si myslím, že to není pravda, neumím přijímat pořádně ty komplimenty, určitě jsem vnitřně ráda, ale asi to neumím přijmout.“ (1-H, 25)

Vyhovovat převážně očekáváním druhých a uspokojovat jejich potřeby od dětství vede často k tomu, že respondentky už své vlastní potřeby ani nedokáží pojmenovat, protože je neznají, což nakonec vyústí v pocit bezmoci, prázdnoty a ztráty smyslu života. Z původně dobře myšlené podpory ze strany blízkých, jejichž názoru důvěřují, vedou nakonec k **neschopnosti jednat za sebe sama**. Na otázku, jak respondentka reaguje na pochvalu otce, že jí to sluší, říká

„Tak to si většinou okamžitě koupím a potom ráda v tom chodím nakonec...když jsem slyšela, že je to fakt dobré.“ (1-Z, 20),

ale pokud si respondentka má koupit šaty po ukončení léčby, následuje tento komentář: *„za odměnu (vzdychá), už vidím, jak tam budu bezradně stát a jako koupím si to, co mi oni řeknou, že je dobré, asi, protože já sama si to říct nedokážu.“ (3-Z, 20)*

Elegantnější, ale stejně nesvobodná je následující strategie, která opět není vlastní volbou, a tudíž ke spokojenosti nepřispívá:

„Ona (máma) se teď už našťěstí jakoby naučila vidět to, co se mi opravdu líbí, co bych si koupila, kdybych nebyla takový blázen...Takže jo, to pak nosím, ale třeba až za dva měsíce. Jako, že to trvá, než se jakoby s tím popasuju.“(1-U, 19)

Opačným případem je respondentka, která touží po **vlastním rozhodování** a **životním prostoru**, ale nedokáže se plně postavit na vlastní nohy, hledá i po ukončení hospitalizace podporu, kterou doma nedostává, mezi zdravotnickým personálem, ale zároveň si přeje vymanit se z vzorců chování původní rodiny, jakožto negativní zpětné vazby:

„nemůžu nic sama... furt mi říká (babička), že bych se měla jinak oblíkat. A pak jsem si i říkala, že jestli náhodou to z babičky takto jako nevzniklo, když po mě furt

chtěla, ať jsem perfektní ... nevím, jinak, asi bejt celá jiná...Budu dělat, co mě baví, ale úplně se to tak perfektně nevede. Já si to vždycky říkám a snad to někdy přijde, že úplně, jako že to budu moct jako uskutečnit, všechno.“ (2-L, 20)

5.5 Změna spokojenosti se svým tělem v důsledku tělesné hmotnosti

Změnu tělesné hmotnosti, jako předpoklad pro zlepšení výkyv nálad a kognitivních schopností spolu s ustoupením somatických obtíží, respondentky nesou těžce. Argumentu, že vyšší váha je zárukou lepšího fungování v životě a zlepšení pocitu spokojenosti moc nevěří, a sice díky tomu, že mnohdy i před hubnutím v životě spokojené nebyly nebo toužily tak zhubnout, že nízká váha se stala jediným kladným atributem, od kterého odvozují vlastní hodnotu. Jelikož tělesná hmotnost je údaj velmi kolísavý, je analogicky i na něm založený pocit pohody nestálý. Místo určit si vlastní hranice a tím získat vnitřní pocit bezpečí, sází respondentky na jedinou kartu, která se jim zdá, že neuniká jejich kontrole – vlastní hmotnost.

Jelikož ale mají poruchu tělesného vnímání, pokouší se hledat další vodítka, kterými by se mohly řídit při zhodnocení, jak vlastně vypadají, například číslem označujícím konfekční velikost. Jenže, jak se během zkoušení ukázalo, není i tento údaj zrovna spolehlivý, protože se může u různých značek a materiálů velmi lišit a stát se tak dalším zdrojem nejistoty.

„Po těch dvou měsících je to pro mě prostě změna hrozná. Než si na to zvyknu, než to zase okoukám. Proto se doma snažím vyhejbat těm zrcadlům...ale jako trošku mě trochu uklidňuje, že furt tu třicetčtverku obleču.“ (3-H, 25)

Přemýšlení fixované na „exaktní údaje“, jako je hodnota BMI, hmotnost, obvod těla, konfekční velikost a údaj o hmotnosti může vést až k pocitu závidění:

„Tam to bylo horší...když mají tuhle velikost (34), tak asi jako nejsem jediná, kdo

se do nich vejde. Když je šijou, tak je normální, že to takhle někdo má. Tak proč jakoby to nemůžu mít já taky? Já bych to brala jako nefér...sice se do nich teďka oblíknu, ale není mi povoleno, abych měla tuhle váhu.“ (2-U, 19)

Přírůstek na váze, pečlivě sledovaný tím, jak oblečení sedí – bez ohledu, zda to třeba není stříhem, okamžitě vede k nestabilitě

„tak se mi to tak nějak vrátilo, ty výčitky...džíny už mi byly takový více obtaženější, tak mě to ještě více zkazilo náladu, a právě proto o to míň se mi někam chtělo jít.“ (2-H, 25)

Na první pohled se zdá, že nejistota správně odhadnout konfekční velikost je dána tím, že správně nevnímají vlastní tělesné proporce. Při bližším dotazování se ale projeví, že se může jednat o strategické chování, které zabraňuje vystavit se další stresové situaci. Tento mechanismus je dopředu promyšlený, protože pokud respondentka předem zvolí větší velikost a zjistí, že potřebuje menší, nevystavuje se takovému stresu jako naopak.

„ten den je potom úplně zkaženěj. A to je, protože je to jiný číslo.“ (2-H, 25)

„Musela jsem si brát větší velikost...no, tak trošku mě to štve, ale snažím si zase říkat, že to není žádná tragédie. Nebo jako nedělám z toho žádnou tragédii... mám strach opačně z toho, aby se mi to nevymklo a nešlo to nějak zpátky, hodně koukám ještě na ty velikosti a gramáže ... vím, že to ještě není jistota, není to vůbec ještě...hodně mě z toho ještě chytaj úzkosti z toho jídla“ (3-J, 19)

říká respondentka třesoucím se hlasem.

Na dotaz, zda ve velikosti 34 si respondentka připadá mohutně, přichází následující odpověď

„Já vím, že je to malé číslo, ale i tak. Jako to, jak jsem se v tom viděla...smířit se s tím... to půjde asi ještě těžko. To bude asi běh na dlouhou trať.“ (3-Z, 20)

V rámci popisování důvodů, proč je drobná postava tak žádoucí, věří respondentky, že jim zaručuje pozici **výjimečnosti**. Pokud se ale díky poruše vnímání tělesného schématu vidí daleko silnější, než jsou, zůstává označení **konfekční velikosti** jejich jedinou zárukou, že je vše v pořádku.

Zajišťovat si pocit spokojenosti pouze na proměnlivých vnějších hodnotách se tedy ukazuje jako nefunkční. Osvobození se od závislosti vlastní sebehodnoty založené na monotematické záruce, kterou zevnějšek a pouhá redukce těla na jeho hmotnost znamená, například založením vlastní domácnosti, nástupem na studia, nalezením si nových zájmů aj. přináší zisk, který se dostavuje **otevřením se** rozmanitosti života. Na otázku, kdy je respondentka, která na začátku jen těžce přijímala šaty, ve kterých se popsala jako „stonožka v tunelu“ a zpětně říká, že v širokém oblečení vypadala jako „zapadlý utopenec“, spokojená, odpovídá:

„Když si vezmu to dobrý oblečení, tak jo... Když jsem s dobrýma lidma, když je dobrá atmosféra ... když se jde někam posedět, když se jde na lov... Ale jo, to jde. Přiberu a bude to vypadat dobře...já jsem spokojená, jen to chce cvičit...smíření a spokojení se s tou jakoby postavou...slyším i chválu, že vypadám dobře...už nechci nic nedělat nebo sedět v koutě.“ (3-J, 19)

Vystoupení z izolace, nalezení lepšího místa ve světě včetně ochoty převzít za svá rozhodnutí odpovědnost a získávání nových kompetencí vede k upevňování vlastní sebedůvěry a identity a naplňuje vnitřní prázdnotu spojenou s nudou smysluplnými obsahy. Tehdy přestává být tělesnost centrálním, a tudíž k překompenzování náchylným tématem, jak ilustruje následující komentář respondentky na otázku, co se změnilo:

„Neřeším už nějak velikosti, prostě si vezmu 36, 38, co mi bude, to mi bude. Jako že si nedělám nějaký – jo, 36, tam se narvu, tam se musím narvat.“ (2-L, 20)

Oproti tomu, jak těžká je spontánnost v životě zdůrazňujícím racionální

stránku a odsouváním emočních prožitků na okraj, a jak dlouhá cesta ke změně může být, pokud zůstává založena na vnitřním tlaku a soustředěním se na téma sebekontroly, která ve finále vede ke **stagnaci**, ukazují následující příklady:

„Ono to pude, si říkám, že tak je to prostě se vším, že jednou je to těžký, po druhé už je to lepší a po třetí už to člověk nějak bere... To pak člověk bere jako automaticky ...když pak udělám to rozhodnutí, tak se nějak jakoby seznamuji s těma novejšma věcma, co jakoby obnáší. Pak se to teda učím, pak si to přivlastňuju, no a pak si to zautomatizuju, a pak už to člověk bere přirozeně ... nemám už tu trpělivost nekonečnou. Já tady balím každý den a si říkám – já už na to fakt nemám.“ (2-A, 23)

„Teď už nemám pod kontrolou vůbec nic, kromě tí váhy a jídla nebo nejídla.“ (2-O, 38)

5.6 Výsledky pozorování

Detailní údaje získané z jednotlivých pozorování seřazené postupně pro všechny probandky uvádím samostatně v příloze této práce.

5.7 Analýza Testu stromu

Zde uvádím shrnutí jednotlivých analýz Testu stromu a přikládám jednotlivé kresby jako součást příloh této práce.

Z příkladu **L, 20** lze patrně usuzovat na nezralost a naivitu, kresba je zdobná, chce poutat pozornost, ale ornamenty jsou mechanické a pojaty pouze jako výtvarný nápad, nevypovídají o osobnosti, důraz je kladen na kvantitu, ale stejně jako prázdnota kresby u U-19 znamená bezradnost, jak naplnit svůj život. Rozdíl mezi kresbou na začátku a na konci léčby není, vývoj je sporný.

V ukázce respondentky **U, 19** jde o primitivní kresby s těžkopádnou grafomotorikou, má potřebu vyplnit plochu, ale neví si rady, jak strukturovat kresbu, která je bezradná ve své prázdnotě. U druhé kresby lze zaznamenat vývoj a je otázkou, zda se jedná o situační posun, či o trvalejší jev.

Na příkladu **H, 25** je zřejmá potřeba chránit se zdůrazněním obrysu koruny stromu. V případě kresby na konci hospitalizace je znát větší snaha, kresba se zvětšila a posunula doprostřed formátu a spolehlivěji je vyznačena základna, což může znamenat, že nabyla větší jistoty. Zajímavým detailem je skutečnost, že zdůraznila kmen nejen stínováním, ale záměrně ho druhotně rozšiřovala, což může znamenat zvýšenou touhu po stabilitě.

Kresby respondentky **Z, 20** nejsou příklady dětské kresby, jako u U-19, jelikož linka je provedena suverénně, ale pouhou prázdnotou kresbou, která je založena na umělé konstrukci, do které nechtěla nebo nebyla schopná investovat energii: do detailů, základny, struktury koruny. Pravděpodobně se bojí podívat do vlastního nitra z obavy ztráty dosavadní struktury vlastního *já*. Kresba je spíše maskou, bez vývoje, znázorňuje nepřizpůsobivost a neangažovanost, může být i totální obranou a výrazem neochoty ke spolupráci.

První příklad **A, 23** je poněkud primitivní s příliš velkou kresbou, která poukazuje na překompenzované nevyrovnané sebevědomí, u druhého příkladu, který je proveden naležato jde o potřebu se odlišovat, afektovanost, kresba s infantilními detaily, místo znázornění vitality.

U **O, 38** se jedná o ochotě vypovídat o vlastní struktuře, koruna odpovídá dospělejší kresbě, první příklad je odkrytější. Posun lze vidět v dynamičtějším provedení, které může znamenat nabytí větší jistoty, ale je otázkou, zda jde opravdu o vývoj osobnosti, či o to, že druhá kresba byla provedena až delší dobu po propuštění z nemocnice, kde se pacientka cítila hodně nejistá a pod kontrolou.

Z kreseb **K, 21** lze usuzovat na pozitivní vývoj, druhá kresba je bohatší a zaujímá větší prostor, nezralost je ale stále patrná z nepoměru velikosti koruny a kmene, což může znamenat potřebu ochrany před vnějším světem. Snaha je vidět ve zvýšené investici při ztvárnění struktury, ale může to znamenat i nejistotu a sklon k introverzi díky důrazu na vnější efekt.

U poslední respondentky **J, 19** vidíme suverénní čáru, více se snaží, druhá kresba

je větší, ale z obrázků je patrná vnitřní prázdnota. Možná schází pocit pevné půdy pod nohama a snaha o rozpracování detailů je záměrná v dané situaci. Z příkladů je patrná prázdnota a naplnění určitého klišé.

Celkově lze říci, že společným znakem všech kreseb je bezradnost, jak strukturovat a čím smysluplným vyplnit korunu, která by měla vyjadřovat schopnost prožívání, způsob uchopení svého *já*, postavení ve světě a prosazování se v něm.

5.8 Výsledky měření pomocí programu Anamorphic micro

Celkově lze vysledovat, že čím měření ukázalo zkreslenější vnímání tělesného schématu, tím vyšší byla i neochota k přibírání na váze. Z krátkodobého horizontu asi tří měsíců se u respondentek se skórem subjektivní nespokojenosti vyšším než 100 % (H, 25 a K, 21), a tedy ochotou přibírat na váze, projevil jistý posun i ve výsledcích Testu stromu. Údaje naměřené několik měsíců po ukončení léčby poukazují spíše na tendenci k opětovnému hubnutí.

6 ZÁVĚR VÝZKUMU

Cílem této práce bylo prohloubit poznatky o vnímání tělesného schématu u pacientek s mentální anorexií, všítat si jejich emočního prožívání, které zkoušení doprovází, sledovat o jaký typ oblečení mají zájem a kterému se vyhýbají, a způsob, jakým se nechávají ovlivňovat zpětnou vazbou okolí. Výsledky výzkumu jsem detailně popsala v minulé kapitole, a nyní je zasadím do kontextu sebepojetí a tělesného schématu v návaznosti s popisem v teoretické části této práce.

Když respondentky posuzují své tělo, tedy tělesné schéma, je míra jejich spokojenosti úměrně závislá na kvalitě jejich momentálního emočního prožívání a naopak – spokojenost s vlastním tělem vede k prožívání kladných či snadnějšímu překonání negativních emocí. Emocionální labilitu, kterou díky podváze trpí, a která je mimo jiné projevem jejich nestabilního sebepojetí a narušených kognitivních funkcí, se snaží stabilizovat patologickými stravovacími návyky. Klíčovým faktorem jejich spokojenosti se stává tělesné schéma, jehož vnímání díky onemocnění mentální anorexií vede ke kognitivní poruše centrální koherence. Vlastní tělo, jako výraz ideálního *já*, které se snaží za každou cenu získat a udržet a které se jako nadhodnocovaný atribut na úkor jiných kvalit přesunulo do ohniska jejich zájmu, se stává jediným platným pozitivním kritériem jejich sebehodnoty. Veškerá pozornost soustředěná na tento jeden cíl vede mimo jiné k distorzi sebepojetí, snížení psychosociální adaptace a nedostatečné flexibility. V důsledku silného tlaku a napětí, dochází k podrážděnosti či stažení se do sociální izolace a ventiluje se například sebepoškozováním či nadužíváním psychotropních látek. Negativní prožívání navíc prohlubuje depresivní poruchu a sebehodnocení dále oslabuje. Jak se diskrepance mezi skutečným a ideálním *já* promítá do depresivních poruch, uvádí Rašticová (2009, s. 30-42) ve své přehledové studii o prediktorech nespokojenosti s vlastním tělem v adolescenci, která narůstá a postihuje stále mladší dospívající. Onemocnění a s ním spojené emocionální prožívání se nesoustředí pouze na pacientky, ale mohou být příčinou patologických jevů u blízkých osob, na což poukazují výzkumy zkoumající zvýšenou hladinu úzkosti a deprese u matek pacientek s mentální anorexií z důvodu pocitu viny, studu a bezmoci ve snaze se starat o někoho, kdo zůstává vůči péči rezistentní (Kyriacou,

O., Treasure, J. L. a Schmidt, U., 2008, s. 37-46).

Pokud jsou respondentky vystaveny neznámé situaci, čímž je například zkoušení dámské konfekce někdy i po několikátýdenní hospitalizaci, a obrazu vlastní postavy v zrcadle, dochází ke stresové situaci a dilematu, zda úzkost ustát a splnit očekávání, které předpokládají, že se na ně klade, nebo se nevystavit nové situaci a ztratit příležitost nového prožitku. Otevření a postupné seznamování se s novou zkušeností, spolu s projevením vzájemné důvěry, vede k pomalému slábnutí negativních emocí na základě pozitivních zpětných vazeb a pozvolnému posílení sebekompetence. Účinek kladné zkušenosti přicházející zvenčí působí intrapersonálně na zvýšení sebedůvěry, uvolnění tenze, pocitu lepší pohody díky sdílení emocí a zpětně posiluje odvahu k opětovnému navázání interpersonálního vztahu. Důležité je zjištění, že v situacích interakce s konkrétními lidmi v určitém sociálním kontextu, který respondentky vnímají jako ohrožující, nejsou bezbranné, ale dokáží dění přímo ovlivnit, což opět přispívá k jejich seberegulaci a vytváření si komplexnějšího sebepojetí. Pokud respondentky dokáží přijmout a ocenit pozitivní zkušenosti z různých životních oblastí propojených do smysluplného celku, pak se snadněji vyrovnávají s životními nezdary. Naopak běžný způsob zvládnání stresové reakce únikem do sociální izolace vede k zesílené konfrontaci se sebou samými, pocitem selhání a sebeobviňování a tudíž k upevňování negativního sebepojetí. Prožitková složka je tedy zásadní pro vytváření pozitivního sebeobrazu, pomáhá obnovit vymizelý pocit radosti a výrazně přispívá k sebepřijetí.

K tomu jak svou labilní emocionalitu chránit, disponují respondentky rozličnými mechanismy zabezpečovacího chování, které je omezuje a v případě selhání nezabraňuje spuštění negativních vtíravých myšlenek, které opětovně zesilují pocit úzkosti, bezmoci, vzteku a napětí. Tyto negativní emoční prožitky je dostávají do spirály bludného kruhu, který spouští negativní kognitivní schémata a brání nalezení efektivnějších řešení.

Pokud vychýlení od bezpečných stereotypních vzorců vede k narušení emocionální rovnováhy a způsobuje stresovou reakci, pak není divu, že lidské tělo, které podléhá nepřetržitě změnám díky růstu a stárnutí, se stává výrazným stresorem v životě respondentek. Dokonalost tělesných proporcí je nejvýraznějším pilířem jejich sebehodnocení, které respondentky díky chybějícím pozitivním

závěrům o sobě nedokáží rozšířit o další životní oblasti. Uvádějí, že vlastně ani neví, co chtějí, protože vlastní sebehodnotu odvozují od splňování nároků jiných osob. Tento poznatek koreluje s výsledky výzkumu týkajícího se způsobů emočních projevů v rodinách pacientek s poruchami příjmu potravy a ukazuje, že příliš kritická či tolerantní výchova spolu s překračováním hranic ze strany rodičů či absencí hranic u dětí vede k rigidnímu chování, sociální izolaci či pocitu bezmoci a bezradnosti (Hodes. G., Le Grange, D., 1993, s. 279-288). Způsob výchovy založený na neúměrných požadavcích na bezvadný výkon, dokonalý vzhled, bez hlubších emocionálních vazeb vedl respondentky k názoru, že sebekontrola a uspokojování potřeb druhých jsou garantem životního úspěchu. Avšak realita je jiná, protože pokud dojde k nesouladu mezi aktuálním a požadovaným *já*, tedy k nenaplnění nároků, ať okolí či internalizovaných představ, nedochází k vytvoření sebepojetí na základě sebedůvěry a pozitivního sebehodnocení. Pokud se sebepojetí respondentek váže na vnější atribut, jako jsou tělesné proporce, pak obavy nedokonalosti vyvolávající úzkost vedou k tomu, že se konfrontaci s jejich nejcennější hodnotou závislou na hmotnosti snaží vyhnout. Vytvářejí k tomu důmyslné strategie, jejichž společným skrytým jmenovatelem je odklonění se od nároků souvisejících s dynamikou života - s vývojovými procesy směřujícími ke zralejší osobnosti.

Co se týká konkrétního sebeobrazu, potvrdil se poznatek z mé bakalářské práce, že tělesné schéma druhých respondentky vnímají na rozdíl od vlastního nezkresleně, což pravděpodobně souvisí s negativní emocionálně-afektivní konotací vlastního tělesného obrazu díky neztotožnění se s představou sebe sama. Tělesné schéma je tvárnou mentální konstrukcí citlivou na zkušenosti získaných v rámci sociální interakce a odvíjí se od znaků odlišných od ostatních. V případě velké diskrepance internalizované představy o ideálním a skutečném vzhledu, dochází ke zklamání a poklesu sebevědomí. Respondentky často vyrůstaly v prostředí a jsou vystaveny kulturním vlivům, které oceňují vnější kvality a nadhodnocují význam vlastního těla. Na základě požadovaného *já* tak dochází k vytváření sebeschémat, která odpovídají dnešnímu běžnému společenskému trendu prezentovanému v médiích o představě ideálů krásy a tělesné dokonalosti, což vede k objektivizaci těla a snížené toleranci vůči odchýlkám. Výzkumy ukazují,

že čím vyšší je internalizace ideálního těla, tím více dochází ke zkreslení obezity a tím vyšší je obava ze stigmatizace na základě vyšší tělesné hmotnosti, která je ve společnosti rozšířená (Rudd, N. A., Harmon, J., Heiss V. a Buckworth J., 2015, s. 30-38). Tak dochází k nadměrné úzkosti z přesvědčení nutnosti vyhovět platnému normativnímu společenskému ideálu štíhlé a pevné postavy, kterou lze dosáhnout pílí či zákrokem plastického chirurga, bez ohledu na její biologické limity a psychickou složku jako nedílnou součástí tělesnosti, jakoby tělo bylo pouhým měřitelným objektem. V případě nedosažení kýžené představy dochází k pocitu selhání a prohloubení pocitu vlastní neschopnosti až k odmítání vlastního těla jako celku, což může vést k poškození identity a ztrátě smyslu života. Pouhá soustředěnost na „měřitelnou kvalitu“ těla vede k odcizení sama sobě a k psychickým dysfunkcím, které poukazují na privaci – smysluplně se ve světě ukotvit a znovu uvést vlastní život do pohybu se díky chybějící rezonanci vnitřního a vnějšího horizontu nedaří. Přesně tento deficit některé respondentky jasně vnímají, tím, že říkají, že vyhublost je vlastně cílem, který se stal nesmyslným, protože jim trvalejší pocit pohody a štěstí nezaručil, od hledání vlastní identity je odklonil a vedl ke stagnaci. Nedostatečná otevřenost vztahovosti vůči sobě i světu jako takovému v souladu se sebou sama vede k neautentickému způsobu bytí – „bere život za života“ a brání otevření se budoucnosti v souladu s realizací své jedinečnosti (Boss, 1978, s. 45).

Také Patočka hovoří o tom, že tělo se stává zrcadlem života, pokud je tělesnou i duševní jednotou a ve sdílení společného světa a tento vzájemný dialog je předpokladem k ukotvení, přijetí a dalšímu životnímu pohybu (Patočka, 1995, s. 43). Postupné otevření se novým možnostem – jakýmsi pokusem o navázání adaptivnějšího dialogu se sebou ve společném světě, byla jednou z okolností, která ovlivňovala, jak se respondentky na sebe dívaly a vnímaly v zrcadle, spolu s faktory, jako jsou fáze léčby, míra zkreslení vnímání tělesného schématu a zájem o oblékání. Ke zvládnutí přibírání na hmotnosti tak pomáhají respondentkám úspěchy v jiných oblastech, například prohlubováním vztahů, nástupem na vysokou školu, odvahou začít a udržet si vážný vztah, ale vůči určitým partiím zůstávají nadále nepřiměřeně kritické. Ukázalo se, že jejich fixace na deficity a zvýšená sebekritičnost se běžně zaměřuje na partie, se kterými jsou nespokojené, a ty se

snaží různými způsoby zakrýt, což se odráží na výběru jejich oděvu. Zbytek těla ustupuje do pozadí a není tudíž relevantní pro zhodnocení vlastních kvalit a posílení sebevědomí. Je zřejmé, že díky poruše vnímání tělesného schématu nemají dosud objektivní náhled na to, jak změny související i s nevelkým nárůstem tělesné hmotnosti doopravdy vypadají a tak jim jako jediným měřítkem zůstává orientace na základě konfekční velikosti.

Do úkolu, vybrat si něco na sebe, co by rády nosily nebo si případně i koupily, se promítá nejvýrazněji souvislost s nízkou sebehodnotou. A tak není překvapující, že jsou zpravidla zdrženlivé, protože i v běžném životě málo nakupují. Tíhnou spíše ke konzervativnímu stylu, kladou důraz na pohodlí a rozhodují se často rigidně podle toho, co už doma mají, a nejsou otevřené k vybočení ze stereotypního chování. Jelikož má oděv pro ně důležitou psychickou funkci ve smyslu ochrany před vlastní kritikou tělesných proporcí či ze strany druhých a přispívá tak k zachování či znovunabytí emocionální rovnováhy, volí raději nenápadné širší vršky a úzké kalhoty. Postupem času vybírají i typy oblečení, ke kterým na začátku neměly odvalu – ženskému stylu. Co se týká výběru velikostí, ukázalo se nápadným, že nemají správný odhad ve výběru velikostí. Jistí se většími velikostmi před výčitkami a pocitem zklamání, který by nastal v případě, že by malá velikost nestačila nebo si připadají lépe, když mají pocit, že jsou menší, než pro daný kus oděvu potřebují, což jim dodává pocit spokojenosti. Zvykat si na větší velikost, a tím ztratit pozici výjimečnosti, která, založena pouze na tělesných proporcích a tělesné hmotnosti je oprávněná, jak vyplývá z tabulky rozložení konfekčních velikostí na straně 24 této práce, je pro všechny respondentky těžké a vyžaduje dlouhý proces sebepřekonávání.

Nakupování oblečení znamená pro respondentky tak stresovou reakci, že ji bez pomoci druhých nezvládají. Zpravidla chodí nakupovat s rodinnými příslušníky, kamarádkami nebo se ve vybraném kusu vyfotí a později s někým, komu věří, poradí. Někdy si věci nechávají kupovat, a pokud jdou nakupovat samy, k nákupu se neodhodlají. Z pohledu vzájemné interakce během zkoušení došlo k dalšímu překvapivému zjištění, že pomoc a podporu, kterou si navzájem poskytovaly, i akceptovaly, jakoby na základě společně sdílené zkušenosti díky stejnému onemocnění, se cítily pochopeny a měly navzájem větší důvěru. Tento

pozitivní vliv zpětné vazby odporoval poznatku, že respondentky jsou vůči komplementům ohledně zevnějšku a postavy od cizích osob nebo známých velmi podezíravé a zpravidla pochvaly odmítají.

6.1 Možná omezení výzkumu

Výsledky tohoto výzkumu korespondují s předcházejícími poznatky z mé bakalářské práce. Nicméně se ukázalo, že vystupování z bezpečného prostředí, navazování kontaktu s novými lidmi a konfrontace s vlastním tělem, jsou sice stresující situací, ale smysluplnou příležitostí dozvědět se více o souvislostech spojených s vnímáním tělesného schématu. O možném úspěchu v pokračování získávání dalších informací svědčí fakt, že respondentky se sice této zkušenosti obávají, své úzkosti ve většině případů překonat chtějí a vnější podporu vítají.

Přestože tato kvalitativní sonda zahrnuje pouhých osm respondentek, zařazení kontrolní skupiny by překračovalo rozsah výzkumu. Při dalším zkoumání by bylo vhodné rozlišit, zda se jedná o pacientky opakovaně léčené nebo zda jde o prvotní onemocnění. Pak by bylo vhodné výzkum rozšířit na delší časové období po ukončení léčby, například v rámci následné péče, a zmapovat tak další vlivy, které by mohly vést ke změně sebepojetí a jejich dopad na poruchu tělesného schématu.

Nicméně již dosavadní výsledek výzkumu, který není dosud probádaný, ukazuje na možnost prohloubení dosavadních poznatků a rozšíření o další informace ohledně vnímání tělesného schématu. Například otázka měřítek týkajících se vyhodnocování vlastních tělesných proporcí, kterými se respondentky při vnímání zkrasleného tělesného schématu řídí, je zajímavá. Také míra efektu vlastního estetického prožitku v rámci společného sdílení na základě bezprostřední zkušenosti z reálného života, by mohla vést k novým přínosným poznatkům. A v neposlední řadě kritéria pro přijetí pozitivní zpětné vazby by stály za další zkoumání a jeví se vhodným tématem dalšího kvalitativního výzkumu.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala problematikou emočního prožívání doprovázejícího vnímání tělesného schématu a emoční naladěnosti odrážející se na způsobu vnímání tělesných proporcí u žen léčících se s mentální anorexií. Oblasti poruch příjmu potravy je věnována značná pozornost v rámci výzkumu, rozšiřujícího se na další a další oblasti, o čemž svědčí množství odborných publikací. Nespokojenost s vlastním tělem u dětí i mladistvých stoupá, což nese sebou nebezpečí, že čím dál více mladých pacientek i pacientů se s onemocněním poruchou příjmu potravy setká.

Výroba velmi malých konfekčních velikostí spadajících před dvaceti lety do dětské konfekce, mediální obraz ženské krásy, který je nezdárka upraven počítačovými programy a neodpovídá reálným anatomickým proporcím, ale i atraktivní vzor modelek a nízká tolerance ve společnosti vůči jedincům, kteří neodpovídají momentálnímu trendu ideálně krásného těla, přispívají k rozvoji tohoto onemocnění a díky vzájemnému působení spoluutváření schémata, na základě kterých jedinci konstituují svoje sebepojetí a sebeocenění, což se projevuje i v přijetí či nepřijetí vlastní tělesnosti.

V empirické části jsem se pokusila za pomoci analýzy hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, poznatků z pozorování, měření tělesného schématu i vyhodnocení projektivního Testu stromu dospět k závěrům, týkajících se vzájemného emočního prožívání a tělesného vnímání. Bližší pohled na emocionální prožívání spolu s vnímáním tělesného schématu ukázal provázanost obou faktorů. Emocionální labilita spojená s nespokojeností s vlastní tělesností se odráží na způsobu výběru konkrétního kusu oděvu, který plní rozličnou ochrannou funkci. Pomáhá nastolit ztracenou emocionální stabilitu či vyhnout se negativním emocím v rámci strategie zvládnání stresové situace spojené s úzkostí. Ve zvýšené míře plní psychickou ochranu, ať již před ohrožením okolí, např. kritikou, tak i před vlastními negativními kognitivními schématy. Způsob odívání je tedy zrcadlem vlastní spokojenosti s vlastním tělem a mění se v souvislosti s emočním prožíváním. Zkoušení oděvu jako vysoce stresové situace se v přítomnosti spolupacientek a jiných osob projevilo jako příležitost k vykročení z bezpečného

prostředí, k navázání dialogu, k pozvolnému zvýšení vlastního sebeocnění na základě pozitivních zpětných vazeb, k vybočení ze stereotypního chování a v konečném důsledku ke změně sebepojetí.

Získané informace mohou být základem k nalézání nových poznatků mezi emočním prožíváním a vnímáním vlastního těla, roli zpětných vazeb a změnou maladaptivních negativních kognitivních schémat. Způsob odívání jako příležitost setkání s estetickou stránkou vlastní tělesnosti by mohl najít uplatnění v rámci psychotherapeutické práce s danou cílovou skupinou zaměřenou na hledání autentického sebepojetí, v jehož pojetí není tělo pouhou redukcí na vnějšek. Spokojenost s vlastním tělem je totiž zásadní pro vytvoření stabilnějšího pozitivního sebepojetí, jelikož tělesnost je danost lidského pobývání ve světě. Ukázalo se, že téma zkoušení oděvu a vnímání vlastní tělesnosti, je pro danou skupinu nelehké, avšak zajímavé, protože může přispět ke zvýšení frustrační tolerance, ochotě k dialogu a dalšímu osobnostnímu rozvoji.

LITERATURA

ALTMAN, Z. *Test stromu*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2002.

ANTONIAZZI, A., ZIVIAN, M. T. a HYNIE, M. Woman with and without eating disorders: Their values and eating attitudes. *Journal of social and clinical psychology*, 2005, **24**, (4), 449-470. ISSN 0736-7236.

ATA, R. N., LUDDEN, A. B. a LALLY, M. M. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 2007, **36**, (8), 1034-1037. ISSN 0047-2891.

BALCAR, K. *Úvod do psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach, 1991.

BIELEFELD, J. Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In: BIELEFELD, J. *Körpererfahrung – Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*. Göttingen: Hochgreffe, 1976.

BLATNÝ, M. a PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Praha: Scan, 2003. ISBN 80-86620-05-0.

BLECHA, I. *Proměny fenomenologie*. Praha: Triton: 2007, ISBN 978-80-7254-938-2.

BOSS, M. *Praxis der Psychosomatik*. Bern: Benteli, 1978. ISBN 3-7165-0244-8.

DAMASIO, A. R., *Ich fühle, also bin ich*. Berlin: 2011, List Taschenbuch, ISBN 9-783548-601649.

FIALOVÁ, L. a KRCH, F. D. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*.

Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.

GADAMER, H. G. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993. ISBN 3-518-22135-3.

GROGAN, S. *Body image*. Přel. Jana KRCHOVÁ. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.

HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Přel. Ivan CHVATÍK, Pavel KOUBA, Miroslav PETŘÍČEK jr. a Jiří NĚMEC. Praha: Oikumené, 2002. ISBN 978-072-980-482.

HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. 19. Aufl. Thübingen: Niemeyer, 2006a. ISBN 3-484-70153-6.

HEIDEGGER, M. *Zollikoner Seminare*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Klostermann, 2006b. ISBN 978-3-465-03459-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HIGGINS, E. T. a SORRENTINO, R. M. (ed.). *Handbook of motivation and cognition*. New York: Guilford Press, 1990. ISBN 0-89862-432-0.

HODES, M. a LEGRANGE, D. Expressed emotion in the investigation of Eating disorders. *International journal of eating disorders*, 1993, **13**, (3), 279-288. ISSN 02763478.

KYRIACOU, O., TREASURE a J. L. SCHMIDT, U. Expressed Emotion In Eating Disorders Assessed Via Self-Report: An Examination Of Factors Associated With Expressed Emotion In Carers Of People With Anorexia Nervosa In Comparison To Control Families. *International Journal of Eating Disorders*,

2008, **41**, (1), 37-46. DOI: 10.1002/eat.20469 Source: PubMed.

KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

LIPOVETSKY, G. *Hypermoderní doba*. Přel. Barbora HOLÁ. Praha: Prostor, 2013. ISBN 978-80-7260-283-4.

MACEK, P. Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In: Jozef VÝROST a Ivan SLAMĚNÍK *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 89-107, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

MEHRAN, F., LÉONARD T. a SAMUEL-LAJEUNESSE, B. Anorexia nervosa: changes in the perception of femininity, figure, diet and clothing concepts with inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*. 1999, **7**, (2), 111-120. ISSN 1072- 4133.

MERLEAU-PONTY, M.: *Fenomenologie vnímání*. Přel. Jakub ŠPAČEK. Praha: Oikumené, 2013.

MERLEAU-PONTY, M.: *Oko a duch*. Praha: Obelisk, 1971.

MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Přel. Miroslav PETŘÍČEK. Praha: Oikumené, 1998.

MIOVSKÝ M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Akademia, 1996. ISBN 802-000592-7.

NOVOTNÝ, K. Subjektivní pohyb těla a svět. In: Petr URBAN, ed. *Fenomenologie tělesnosti*. Praha: Filozofický časopis, 2011, 47-68. ISBN 978-80-7070-350-6.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Praha: Oikumené, 1995.

PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4.

POLTRUM, M. a HEUNER U. *Ästhetik als Therapie*. Berlin: Parodos, 2015. ISBN 978-3-938880-77-7.

POSCH, W. *Projekt Körper*. Frankfurt am Main: Campus, 2009. ISBN 978-3-53-38912-7.

PRAŠKO, J. aj. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*: Praha/Kroměříž: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.

PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J. a PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.

REICHOLD, A. *Die vergessene Leiblichkeit*. Münster: Mentis, 2004. ISBN 978-3-89785-293-8.

SHEA, M. E. a PRITCHARD, M. E. Is self-esteem the primary predictor of

disordered eating? *Personality and individual differences*, 2007, 42, 8, 1527-1537. ISSN 01918869.

SOMMER, C. S. *Mode. Die Hüllen des Ich*. Weinheim: Beltz, 1992. ISBN 978-3407850850.

STRAUSS, A. L. a CORBINOVÁ, J: *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠÍPEK, J. *Projektivní metody*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-53-6.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. aj. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

RUDD, N. A., HARMON, J., HEISS, V. a BUCKWORTH, J. Obesity bias and body image: How do fashion and retail students compare to other personal service majors? *International Journal of Fashion Design, Technology and Education*. 2015, **8**, (1), 30-38, DOI: 10.1080/17543266.2014.960482

THOMSEN, S. R., MCCOY, J. K. a WILLIAMS, M. Internalizing the Impossible: Anorexic Outpatients Experiences With Women's Beauty and Fashion Magazines. *Eating Disorders*. 2001, **9**, (1), 49-64. ISSN 10640266.

TRAUTMANN-ATTMANN, J. a WIDNER JOHNSON, T. Compulsive consumption behaviours: investigating relationships among binge eating, compulsive clothing buying and fashion orientation. *International Journal of Consumer Studies*. 2009, **33**, 267-273. ISSN 1479-6423.

URBAN, Petr, ed. *Fenomenologie tělesnosti*. Praha: Filozofický časopis, 2011, 47-68. ISBN 978-80-7070-350-6.

Verband der Damenoberbekleidungsindustrie e. V.: *DOB – Größentabellen*. Köln: 1983.

VYBÍRAL, Z. a ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

VÝROST, J. a SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Internetové zdroje

Deutschland Size Germany: Deutsche werden größer und breiter. In: *Textilwirtschaft* [online]. ©2009, 21. 4. 2009 [cit. 9. 7. 2016].

Dostupné z: http://www.textilwirtschaft.de/business/Size-Germany-Deutsche-werden-groesser-und-breiter_55921.html

HOGENOVÁ, Anna. K fenomenologii těla a pohybu.

Dostupné z: <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>. [cit. 11. 7. 2016].

NIETZSCHE, Friedrich. Tak pravil Zarathustra [online]. V MKP 1. vyd. Praha: Městská knihovna v Praze, 2011, s. 189 [cit. 27. 6. 2016]. Dostupné z: http://web2.mlp.cz/koweb/00/03/40/49/81/tak_pravil_zarathustra.pdf

RAŠTICOVÁ, M. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie* [online]. 2009, 3(1), [9. 7. 2016]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>>. ISSN 1802-8853.

Bakalářská práce

MICHALOVIČOVÁ, H. Vliv odívání na sebepojetí u žen s poruchou příjmu

potravy ve věkové kategorii 18 – 36 let. [The impact of clothing on the self-concept of patients with eating-disorders aged between 1 – 36 years]. Praha, 2013. 59 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, PhD.

PŘÍLOHY

- I. Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru
- II. Představení respondentek
- III. Shrnutí pozorování a měření
- IV. Výsledky Testu stromu
- V. Příklad výstupu měření tělesného schématu pomocí softwarového programu Anamorphic micro
- VI. Informovaný souhlas

Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru:

1. Minule jsme byly spolu zkoušet/nakupovat oblečení, jak jste to vnímala?
 - Jak jste se cítila v obchodě/v kabině/s ostatními?
 - Jak jste se viděla v zrcadle? Popište, prosím, Vaše pocity.
 - S kterými partii jste spokojená/méně spokojená/nespokojená?
 - Jakou roli hraje zpětná vazba – pochvala i kritika?
2. Které oblečení se Vám líbilo?
 - Proč jste si vybrala to, co jste si sama vybrala?
 - Jaké preferujete střihy, barvy, typ oblečení?
 - Jak musí oblečení vypadat, abyste se v něm cítila dobře?
 - Jak Vám bylo v oblečení, které jsem Vám vybrala já?
 - Jakou roli hraje zpětná vazba – pochvala i kritika?
3. Pro co byste se nakonec rozhodla?
 - Co byste potřebovala, co by Vám Vaše rozhodování usnadnilo?
 - Kam byste se chtěla příště posunout dále, např. vyzkoušet něco, do čeho ještě nemáte odvahu?
 - Který obchod byste příště zvolila?
4. Jaký mělo naše zkoušení efekt, co Vám přineslo?

Představení respondentek:

respondentka L: 20 let, druhá ze čtyř dětí – sourozenci bratři (27, 10 a 6 let), nejmladší s novým partnerem matky, 2 nevlastní sourozenci od otce, matka drží diety, nepravidelné jídelní návyky, babička bydlí ve společné domácnosti, matka je rozvedená, má přítele. V nemocnici se cítila dobře, díky prostředí a režimu. Mentální anorexií onemocněla před 2,5 lety ve 3. ročníku na mezinárodní konzervatoři, kde studuje zpěv, herectví, tanec. Sportu se věnuje odmala, nyní před maturitou, kterou odložila. Uvádí, že jako jediná doma dodržuje jídelní režim.

respondentka U: 19 let, bratr dvojče, sport, tanec, zpěv, kamarádi, ráda kreslí, líbilo se jí, že zhubla. Léčí se, protože chce odjet do Anglie na studijní pobyt a rodiče jí to s tak nízkou váhou nedovolili (47 kg/170 cm).

respondentka H: 25 let, bratr (27 let), krátce vdaná po 8letém vztahu, od cca. 16 let slýchala od bratra i otce, že jsou spolu s matkou tlusté, kamarádka řešila cvičení a diety, na podnět kolegyně z práce se šla léčit, manžel ji v tom hodně podporuje. Bc. (pedagogická fakulta obor matematika), pracuje jako referentka – specialista, magisterské studium nedokončila z důvodu nedostatku času – 2 roky cvičila a běhala, „aby se mohla najíst“, šest měsíců docházela k psychologovi na terapii, díky čemuž změnila pohled na otce, plánuje dítě, což ji motivuje k tomu, aby léčbu úspěšně zvládla.

respondentka Z: 20 let, bratr (23 let), úplná rodina, cvičila hodně, chtěla zhubnout a chce i nadále zhubnout, šťastná při váze 48 kg/162 cm, hospitalizována při 43 kg. Rok mentální anorexii před rodiči tajila, když studovala v Praze VŠ - medicínu, obvodní lékařka doporučila péči psychiatra, doma pokles váhy na 38 kg, nyní individuální studijní plán.

respondentka A: 23 let, sestry (24 a 18 let), rodiče rozvedení, do 19 let žila s otčímem, který byl „jako táta“, sport – jachting, šikana díky tělesné vadě (vybočení chodidla), doma jídelní návyky v pořádku, cílevědomá ve škole, opakované kolapsy

a hospitalizace díky mentální anorexii SŠ management užitého umění přerušila, 1 rok studium textilního návrhářství, nyní jako koníček vede kroužek dětské keramiky.

respondentka O: 38 let, sestra (35 let), nevlastní bratr (24 let), rodiče rozvedení, teta z otcovy strany onemocnění mentální anorexií, matka řeší stravu a postavu celoživotně, otec hyperkritický, 2 děti (syn 11 let a dcera 3 roky), žije s přítelem – otcem dětí. Zhubla v 15 letech během 3 měsíců 12 kg, poté váha kolísavá, léčí se s mentální anorexií a ortorexií od 18 let. SŠ zdravotní, pracovala jako dětská zdravotní sestra. Zájmy: zdravá výživa, cestování, hudba, tanec.

respondentka K: 23 let, bratr (19 let), bydlí s rodiči, nyní hospitalizace 10 týdnů, předchozí hospitalizace podobu jednoho měsíce v nemocnici v Motole, SŠ obor zahradnictví, Bc. obor ergoterapie (přerušeno ve 3. ročníku kvůli onemocnění mentální anorexií), ráda kreslí, čte a pečce dorty.

respondentka J:

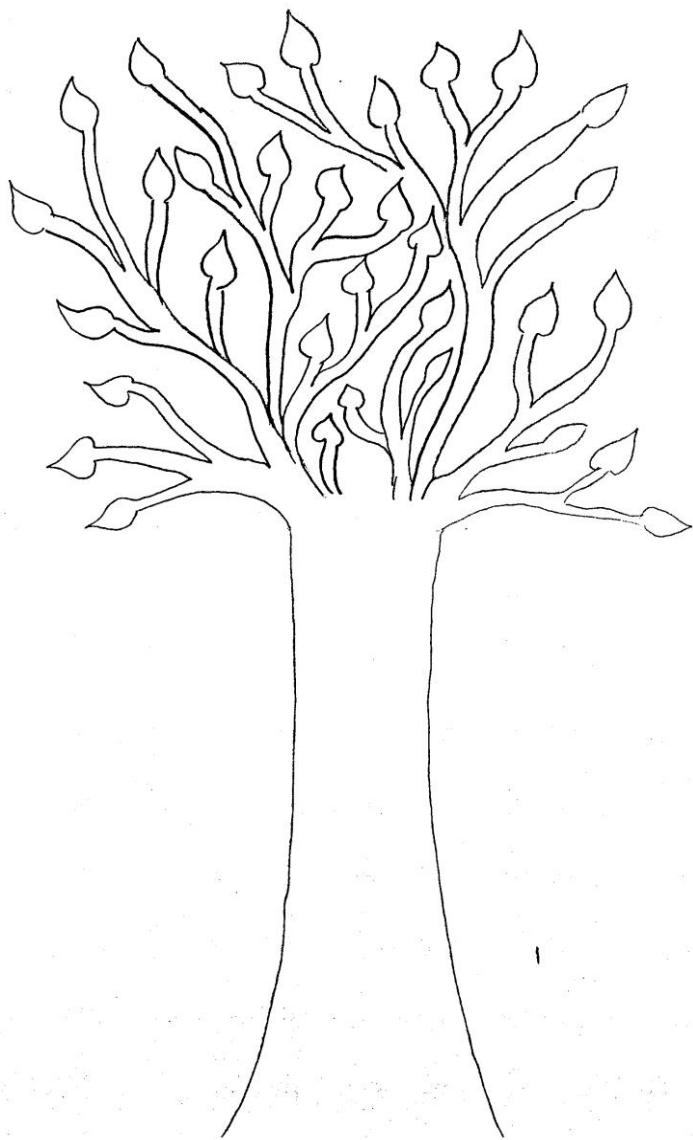
19 let, sestra (8 let), rodiče rozvedení, pes, změnila složení stravy kvůli zvýšené hladině cholesterolu, matka ji přiměla k léčbě na denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy, kde čekala na hospitalizaci, na kterou nakonec nenastoupila, SŠ – maturita, v 17 letech deseti měsíční pobyt v Brazílii, nyní nastoupila na VŠ – portugalistiku, ráda cestuje a „vrhá se do věcí“.

Pozorování			
1-L, 20	Otevřená ke zkoušení, nechá si poradit, nesleduje velikosti, hravá, 7 kusů, kalhoty (černé), džíny, delší volné tričko, ohýbá ramena, břicho, neúměrně velký zadek, dopřeje si pohled do zrcadla, podporuje druhé, vlastní volné kalhoty o 3 čísla větší, příště chce příště zkusit něco na tělo, vršek a kalhoty		
2-L, 20	Pořád se staví na špičky, fotí se, nelíbila se sobě – je to velké, lépe se rozhoduje, dobře odhaduje potřebnou velikost, zvládá pohled do zrcadla – sice se umí ocenit, ale chytá se za stehna, stále přemýšlí, jak bude ostatním připadat, zda nebude působit tlustá, vnímá dobře svoji postavu		
3-L, 20	Preference tmavších barev, pokus o vybočení (oranžová halenka) – fotí se, nelíbí se jí, že nemá žádný zadek, zvedá se na špičky, ramena zakrývá vlasy, přijímá radu nebo kritiku, potřebuje pomoc při rozhodování se ve velikosti – velikosti různých výrobců se extrémně rozcházejí		
Anomorfic micro: vnímání tělesného schématu není téměř zkreslené (-8%), hubnout chce minimálně			
začátek	E: 92%	SD: 94%	OD: 102%
Pozorování			
1-U-19	Odmítá se podívat na sebe do zrcadla, džíny vybírá snadno, nechce se vidět zepředu, bez pomoci šaty a sukně nedokáže vybrat a nelíbila se v nich sama sobě, líbí se více v krátkých délkách, tlumené barvy, holá ramena odmítá, nesebevědomé držení těla, džíny ve velikosti 36 velké, umí si představit ještě větší velikost, odmítá zkusit velikost 34 ze strachu, že budou malé. Chce příště zkusit šaty.		
2-U-19	Vyhýbá se a bojí vyzkoušet šaty a kalhoty, potřebuje podporu, vlasy musí zakrývat ramena, nechce odhalit klíční kosti, cítí se špatně, nedívá se do zrcadla v kabině, ale z větší vzdálenosti, necítí se dobře při žádném výběru, podpora spolupacientky a kamarádky, poté i prodavačky. Chce příště zkusit šortky.		
3-U-19	Zakrývá se rukama, zdůrazňuje, že má ráda volné, přijde si, že má tlusté nohy a proto má ráda rozšířené sukně, krátké šortky odmítá – je jí moc vidět, dlouhé zase rozšiřují, nechce se na sebe moc dívat.		
Anomorfic micro: vnímá se velmi zkresleně (+ 82%), chce hubnout			
začátek	E: 182%	SD: 85%	OD: 154%

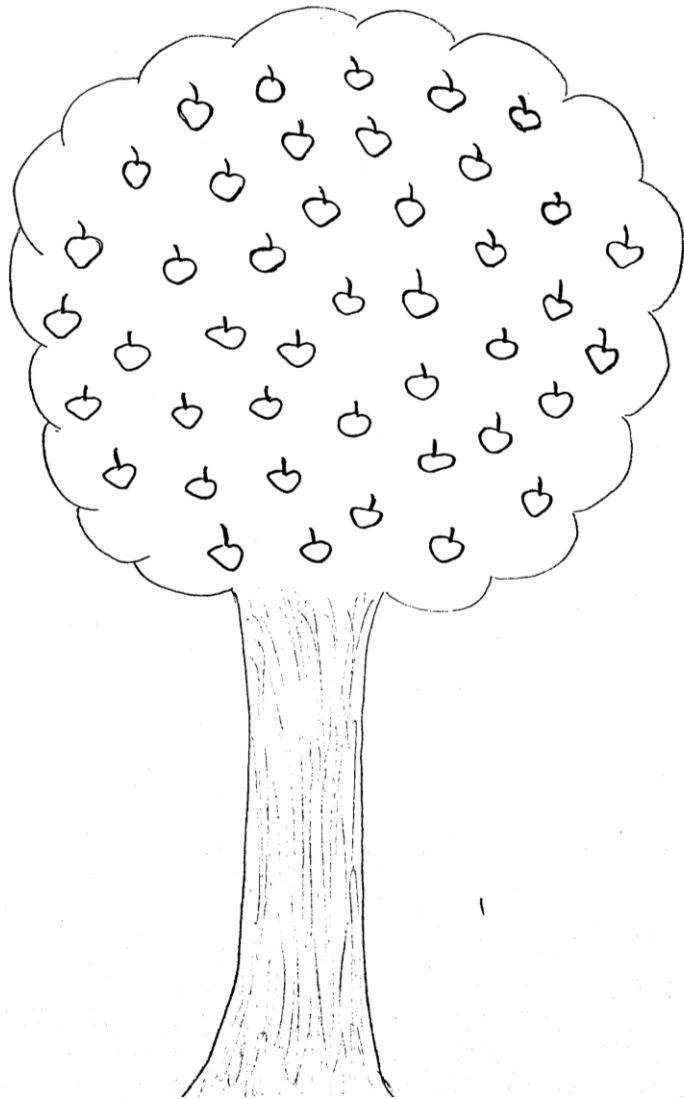
Pozorování			
1-H, 25	Stydí se, úzkost, potřebuje podporu a čas, černá, růžová, 4 kusy, vypasovaný střih, volná ramena, růžová, sportovní kalhoty se šlemi (příjemně se usmívá), věci na běžné nošení (bílá, šedá), velké břicho, volné bílé košile ok, dívá se méně, ale tvrdí, že se dívá neustále, vadí jí břicho, holé ruce, ramena nevadí. Chce příště zkusit kombinace.		
2-H, 25	Tričko volnější velikost S, chce ale M – zakrývá svou postavu, „když vy máte ty bříska proti mně hubený“ – srovnává se a necítí se dobře, vyhýbavé chování, nebere si moc věcí na zkoušení, nedokáže odhadnout reálnou velikost		
3-H, 25	Nejistá bez pomoci vybrat vhodnou barevnou kombinaci, chce zůstat v tom svém jistém, v zrcadle problém, že přibrála, úleva, že se stále vejde do velikosti 34		
Anomorfic micro: vnímá se zkresleně (+44%), je ochotná přibrat na váze			
začátek	E: 144,5%	SD: 128,5%	OD: 89%
Pozorování			
1-Z, 20	Ze začátku velmi nejistá, později zlepšení, nedívá se do zrcadla, sleduje spíše druhé, velká ramena, tendence schovat tělo, raději volné střihy, vadí stehna, nemá ráda úzká ramínka, protože jsou vidět široká ramena. Chce příště zkusit šaty.		
2-Z, 20	Nestabilní ve vlastním názoru, lehce ovlivnitelná spolupacientkou, neschopná vnímat reálné tělesné proporce, silné zaměření na hrudník a pas – „co mám s tím dělat“, chce mít zcela jiný typ postavy, neustále zavádí hovor na tvar těla a ukazuje, že by chtěla vosí pas a širší boky, chce se přeměřit, správně odhaduje druhé, u sebe je pouze negativní, kalhoty vybírá delší a tmavé, tričko nevýrazné barvy		
3-Z, 20	Dobrá nálada, šaty, lacláčové šortky, nelíbí se jí pas, připadá si široká, má pocit, že nemá pas a ramena, ve volných šortkách se necítí dobře, chtěla by přiléhavé, květované černé šaty se jí líbí, ale stále nespokojená s pasem		
Anomorfic micro: vnímá se dost zkresleně (+55%), ochota přibrat na váze nízká			
začátek	E: 155,5%	SD: 102,5%	OD: 66%

Pozorování			
1-A, 23	Špatná nálada – nedostala propustku, džínové přiléhavé kraťasy, bílé vršky, 5 kusů, v šatech se jí zdá, že nemá prsa, jinak je spokojená, střih s volnými zády se jí líbí, květované šaty podobné, jako má doma		
2-A, 23	Sebejisté vystupování, ovlivňuje nejistou spolupacientku, zkouší poměrně dlouho v kabině, ale neukazuje se ostatním, není spokojená s oblečením, které si nevybrala sama a dává to jasně najevo, nesnaží se o kompromis, zaměřená na břišní partie, ramena vnímá příliš široká, sleduje velikosti, což ale popírá, volná halenka (tmavá, volná, zahalující), kalhoty úzké, tmavé		
3-A, 23	Sleduje se jen trochu, nevadí ji odhalující věci, ale raději volné, nejistota, dokáže ale zhodnotit, zda jí to sedí nebo ne, důležitá jsou pro ni zrcadla, kde se může vidět i z boku		
Anomorfic micro: vnímá se zkresleně (+30%), ochota přibírat na váze			
začátek	E: 130,5%	SD: 116%	OD: 89%
Pozorování			
1-O, 38	Úzkost z holých ramen – příliš vidět vyhublost, za což její přítel kritizuje, vybírá si velmi huňatý svetr – není v něm tak hubená, volné světlé, spíše jednobarevné oblečení, elegantní, minisukně nevadí, je si vědoma, že vypadá příliš hubeně, ale necítí se tak, extravagantnější věci nechce, cítí se dobře ve věcech, které si sama vybrala, postupem času si na ramena začíná v některých věcech zvykat. Chce příště zkusit šaty.		
2-O, 38	Nadšená ze zkoušení, dlouho vybírá, hodně věcí, ví přesně, co chce, velikost kalhot 38, barevné, strakaté, romantické, nelíbí se jí boky, nevnímá vyhublé stehna, prohlíží se v zrcadle, komentuje sebe, hodnotí se, je kritická, hodně zkouší, vybírává, líbí se jí 60. léta. Nakupování ji už nebaví jako dříve, preferuje přírodu.		
3-O, 38	S volnou halenkou je spokojená, džíny velikost 36 jsou volné, velikost 34 sedí, nespokojenost se zadečkem a boky, řeší velikosti, má oblíbené barvy bílou, která rozjasňuje, růžovou, fialovou a modrou, vidět se v zrcadle vnímá jako náročné		
Anomorfic micro: zkreslení vnímání minimální, ochota přibírat na váze několik měsíců po hospitalizaci není, spíše tendence k hubnutí			
začátek	E: 104,5%	SD: 118,5%	OD: 113,5%
konec	E: 97,5%	SD: 91%	OD: 94%

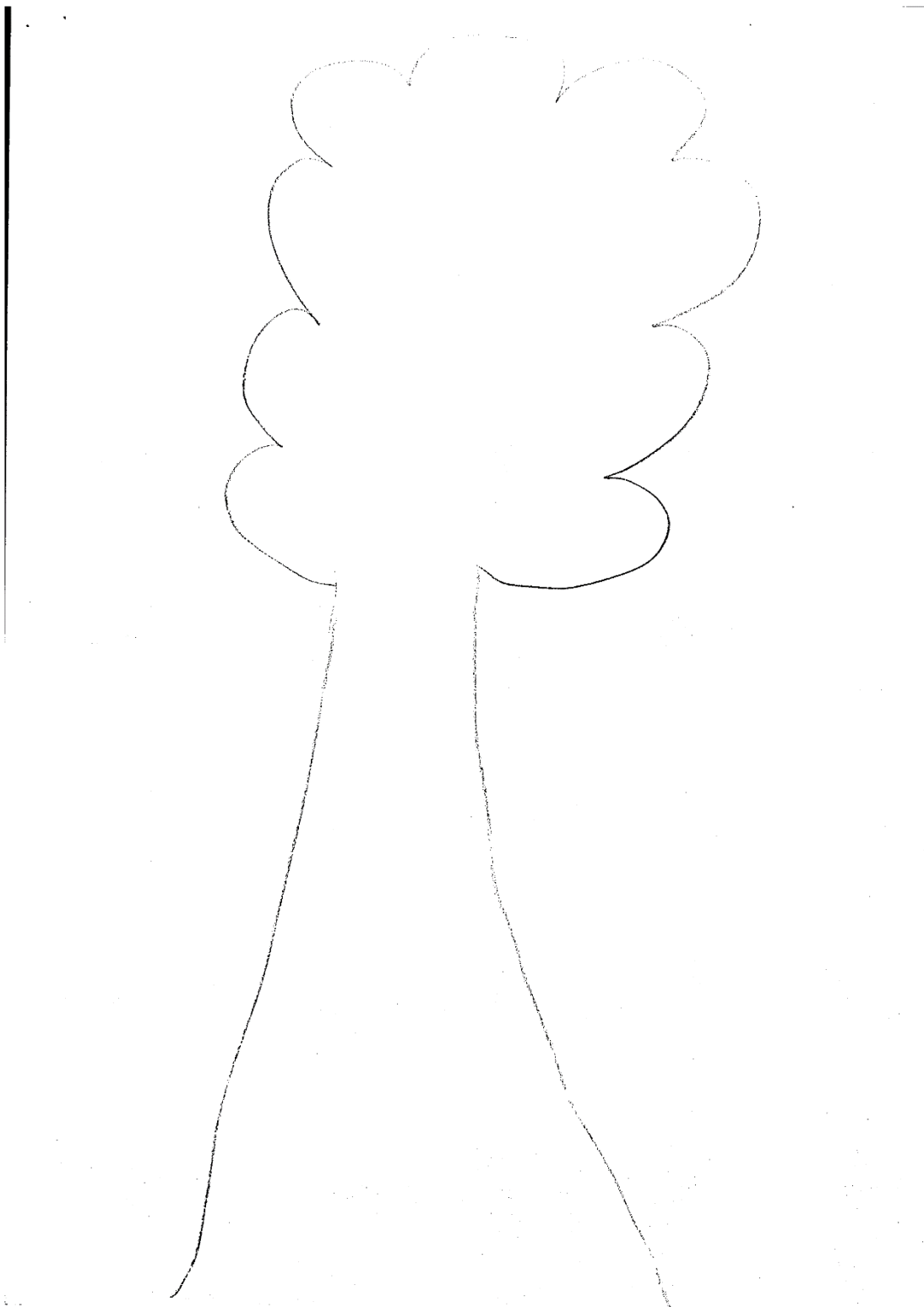
Pozorování			
1-K, 21	10 věcí, uplý střih nevadí, velikost 36 je velká, chtěla by menší, nechce šaty, pod kterými by nemohla nosit podprsenku, džíny, džínové kraťasy, černé šaty, styl, který se zrovna nosí, krátké nohavičky vadí, střih ne do pasu, když se jí něco nelíbí, dá to jasně najevo, v běžových šatech si připadá „ještě více vyblitě, než normálně“		
2-K 21	Úzkost v oblečení, které si sama nevybrala, nechce sukně ani šaty, je otrávená, když se jí něco nelíbí, věděla jistě, co nechce, sama vybírá džíny a svetřík, pastelové barvy, dívá se málo do zrcadla, košile je ok, ale nekoupila by si ji, má ráda obepnuté, ale ne příliš, chodí v reálu hodně nakupovat oblečení		
3-K, 21	Šaty už akceptuje, cítí se dobře, přibrala na váhu, kdy „jsou všichni spokojeni“		
Anomorfic micro: zkreslení vnímání minimální (+17%), ochota přibírat na váze			
začátek	E: 117%	SD: 120,5%	OD: 142%
Pozorování			
1-J, 19	Nepříjemný pocit v odhalených partiích (ramena, břicho, výstřih), dříve se oblékala ráda, nyní vybírá 4 věci, konzervativní, bez zajímavých detailů, černá, šedá, červená, medová, popisuje se jako „žížala v tunelu“, pragmatická, chce vědět, kdy bude konec, ač nespěchala, nebavilo ji to a dávala to najevo, šaty sice zkouší, ale nemá o ně zájem, tvrdí, že se nedívá, ale dívá, zakrývá postavu v širších věcech, ke krku, $\frac{3}{4}$ rukávy – kratší odmítá		
2-J, 19	4 kusy - džíny a tričko, nechce výstřihy a velké vzory, celkem už odvážnější, chce příště vyzkoušet sukni „do A“.		
3-J, 19	Líbilo se jí volné triko, svetr, upnuté šaty nad kolena, uznala, že jí to sluší, odvážnější červené šaty, vadily jí krátké sukně – odhalují nedostatky, střední délka je ok, ničemu se nebránila, ale nic ji nenadchlo, 4 kusy, chce být slušná a vyhovět, ale nemá zájem ani motivaci, nakonec si prosadila, že by šla raději na jídlo, než aby pokračovala, ve velkém svetru se vidí jako „zapadlý utopenec“		
Anomorfic micro: zkreslení na začátku léčby značné (+86%), po několika měsících lepší, ochota přibírat na váze není			
začátek	E: 186%	SD: 63%	OD: 118%
konec	E: 149,5%	SD: 90%	OD: 133%
	Odhad podíl: jak se vnímá, že vypadá a jak vypadá reálně x 100	subjektivní nespokojenost podíl: jak by chtěla vypadat a jak se vnímá x 100	objektivní nespokojenost podíl: jak by chtěla vypadat a jak vypadá reálně x 100



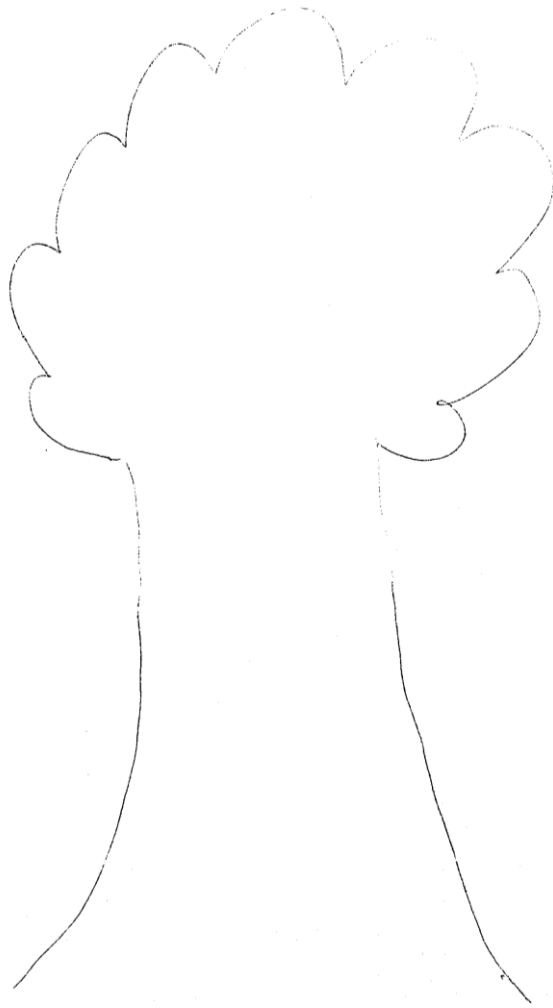
1-L, 20



3-L, 20



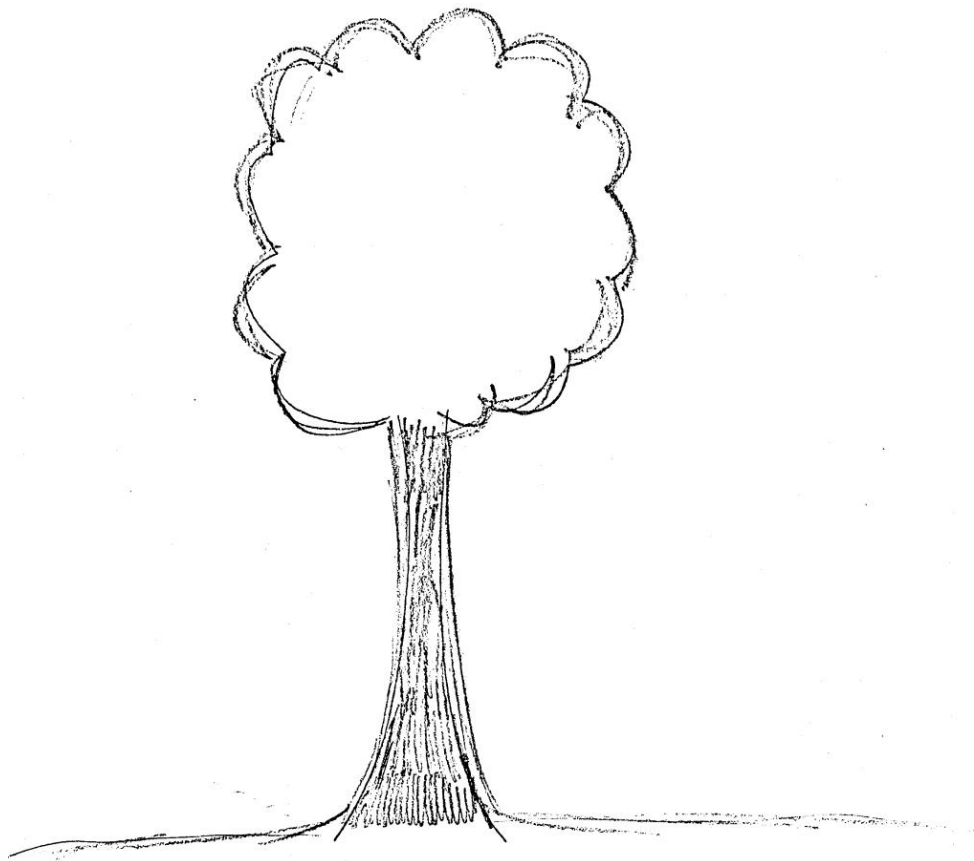
1-U, 19



3-U, 19



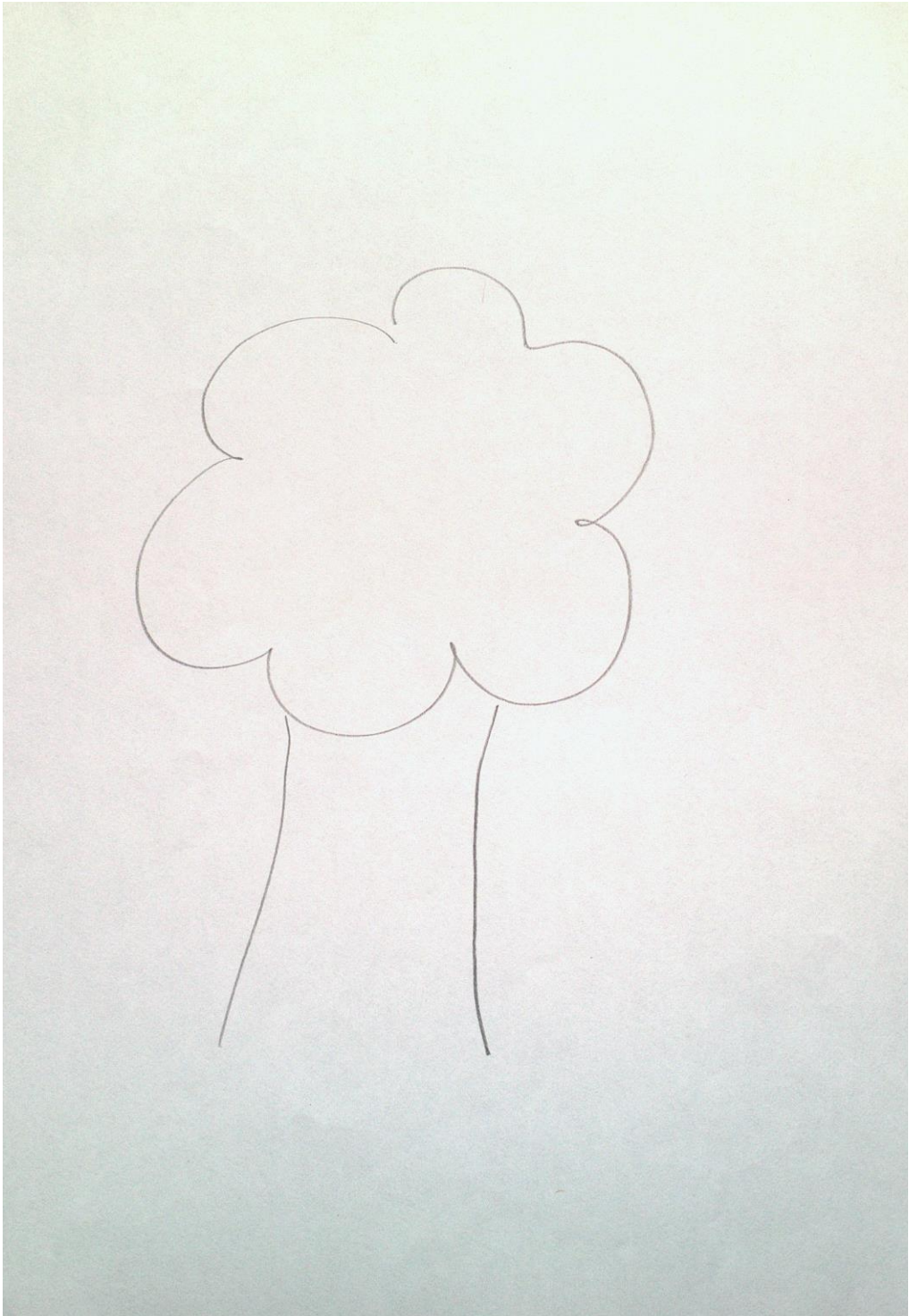
1-H, 25



3-H, 25



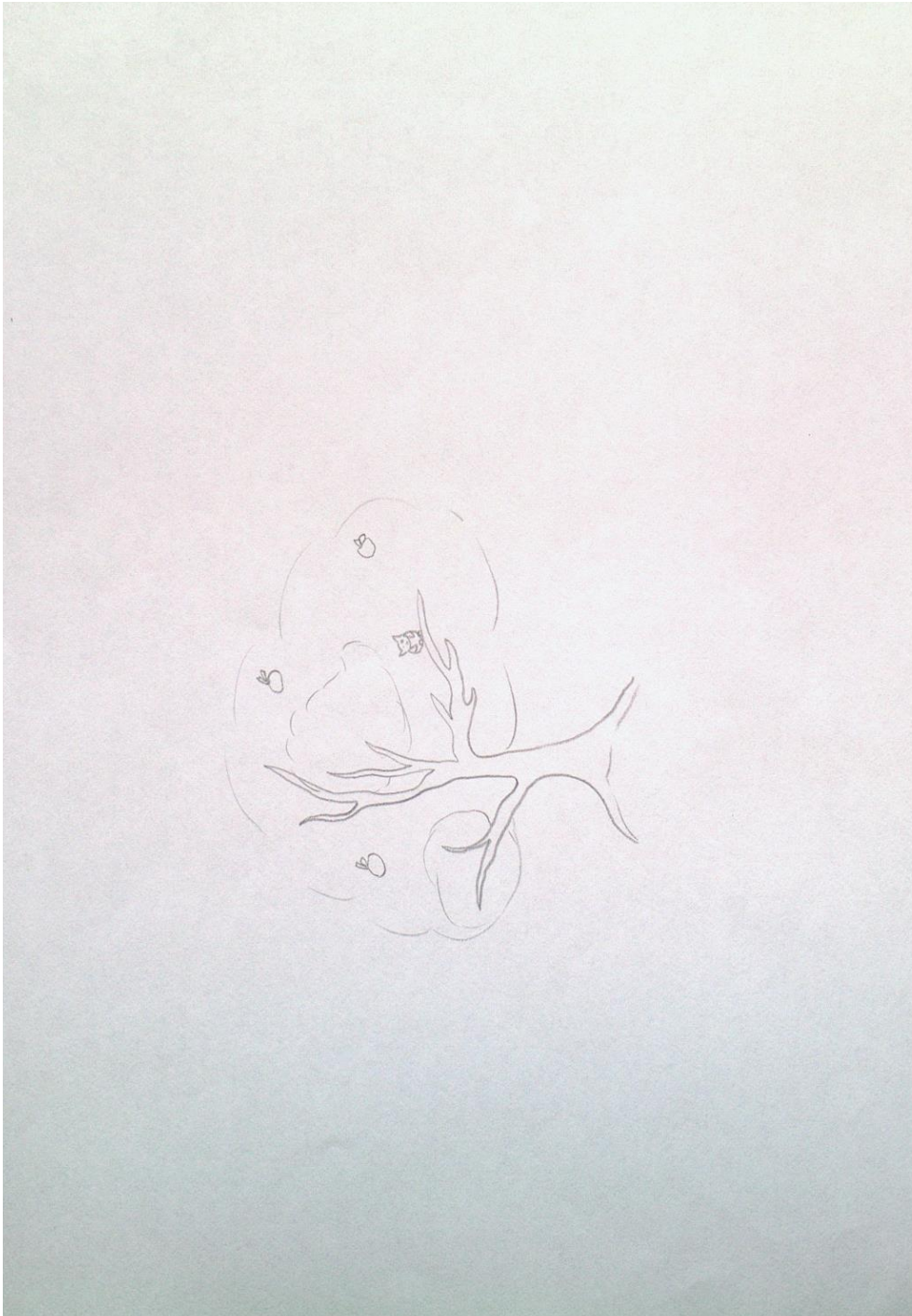
1-Z, 20



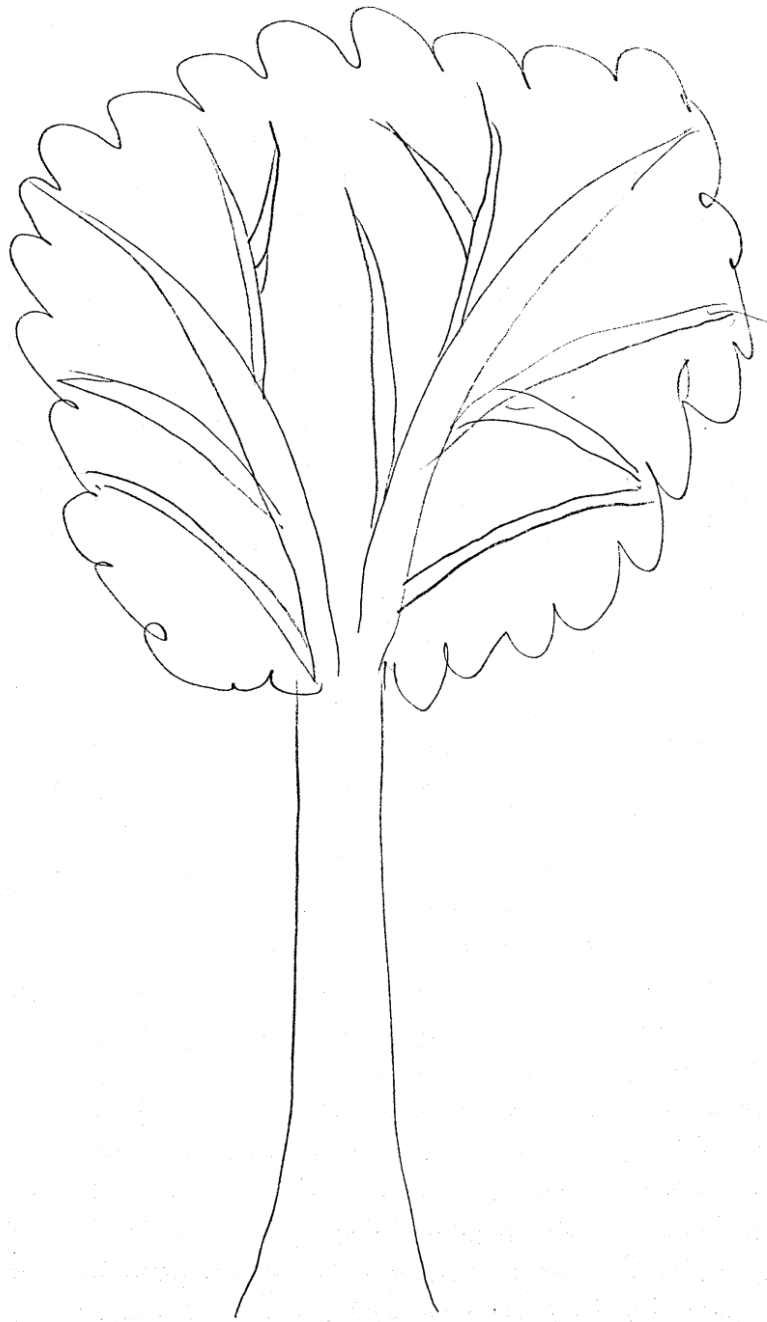
3-Z, 20



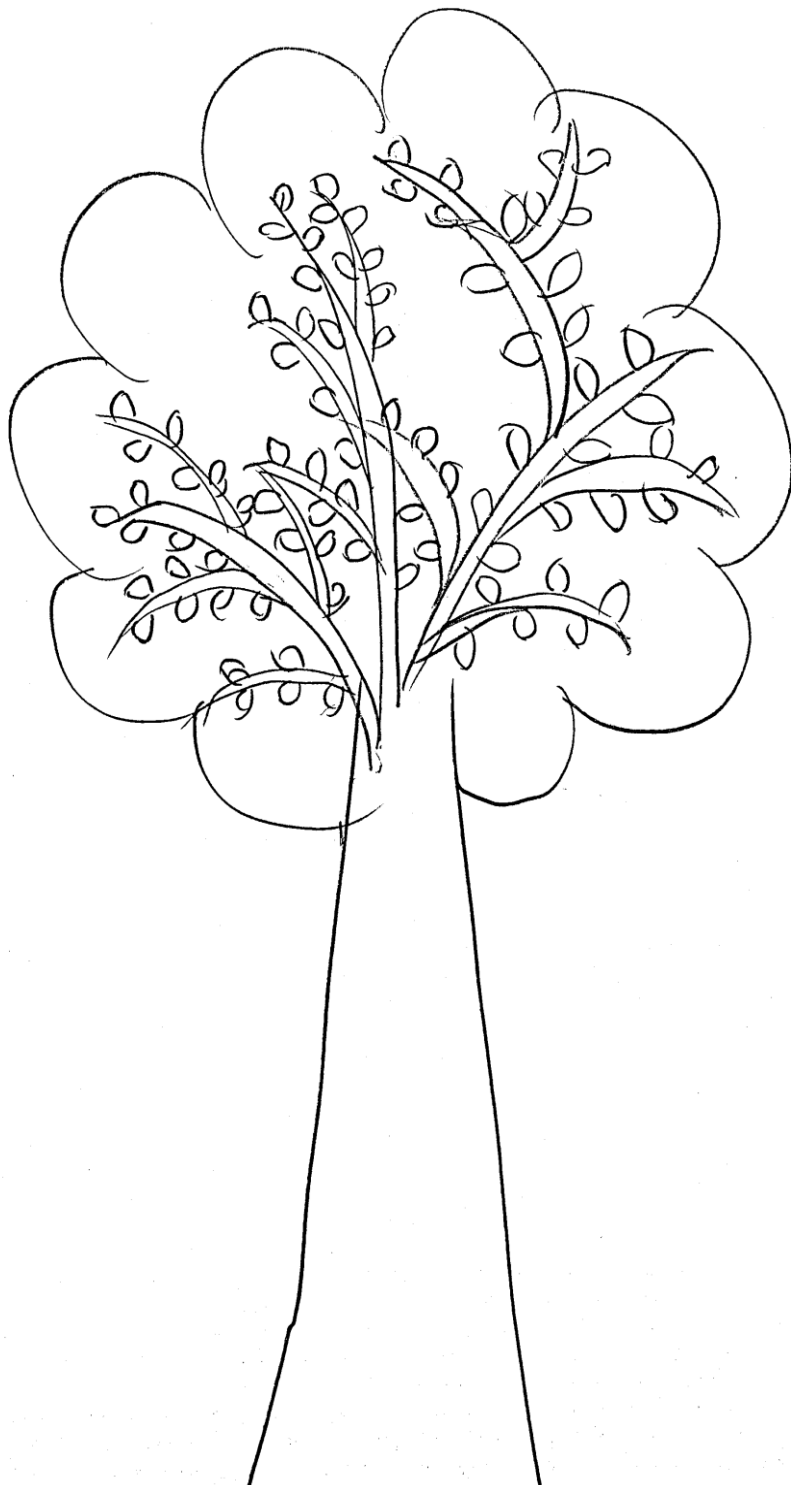
1-A, 23



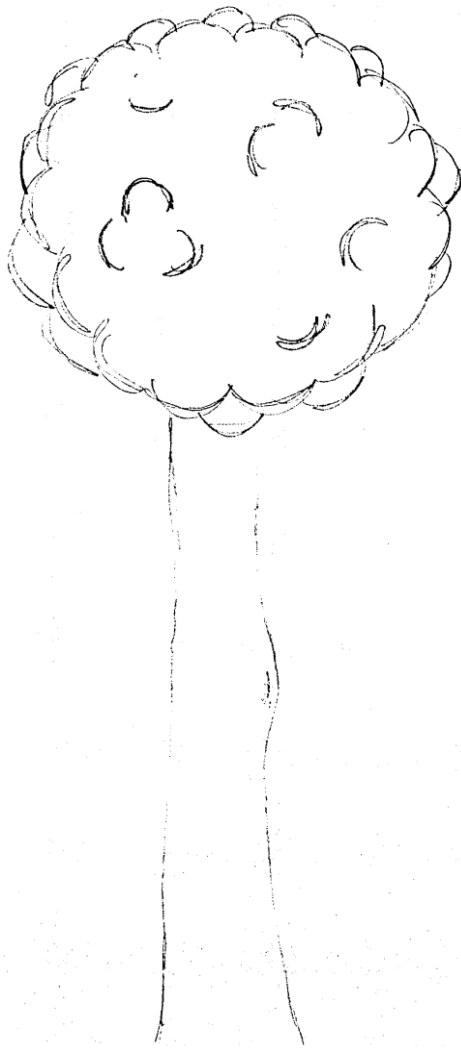
3-A, 23



1-0, 38



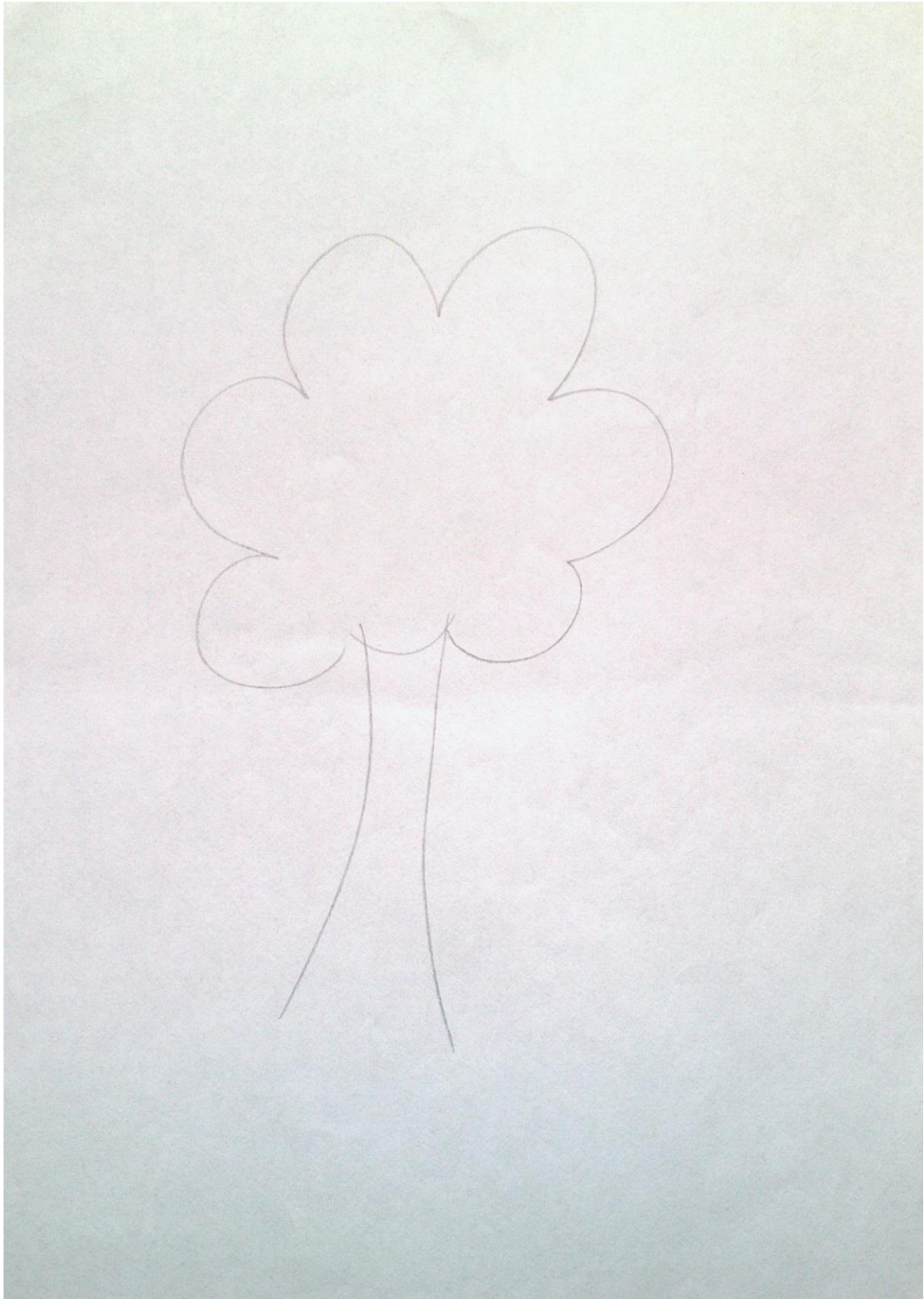
3-O, 38



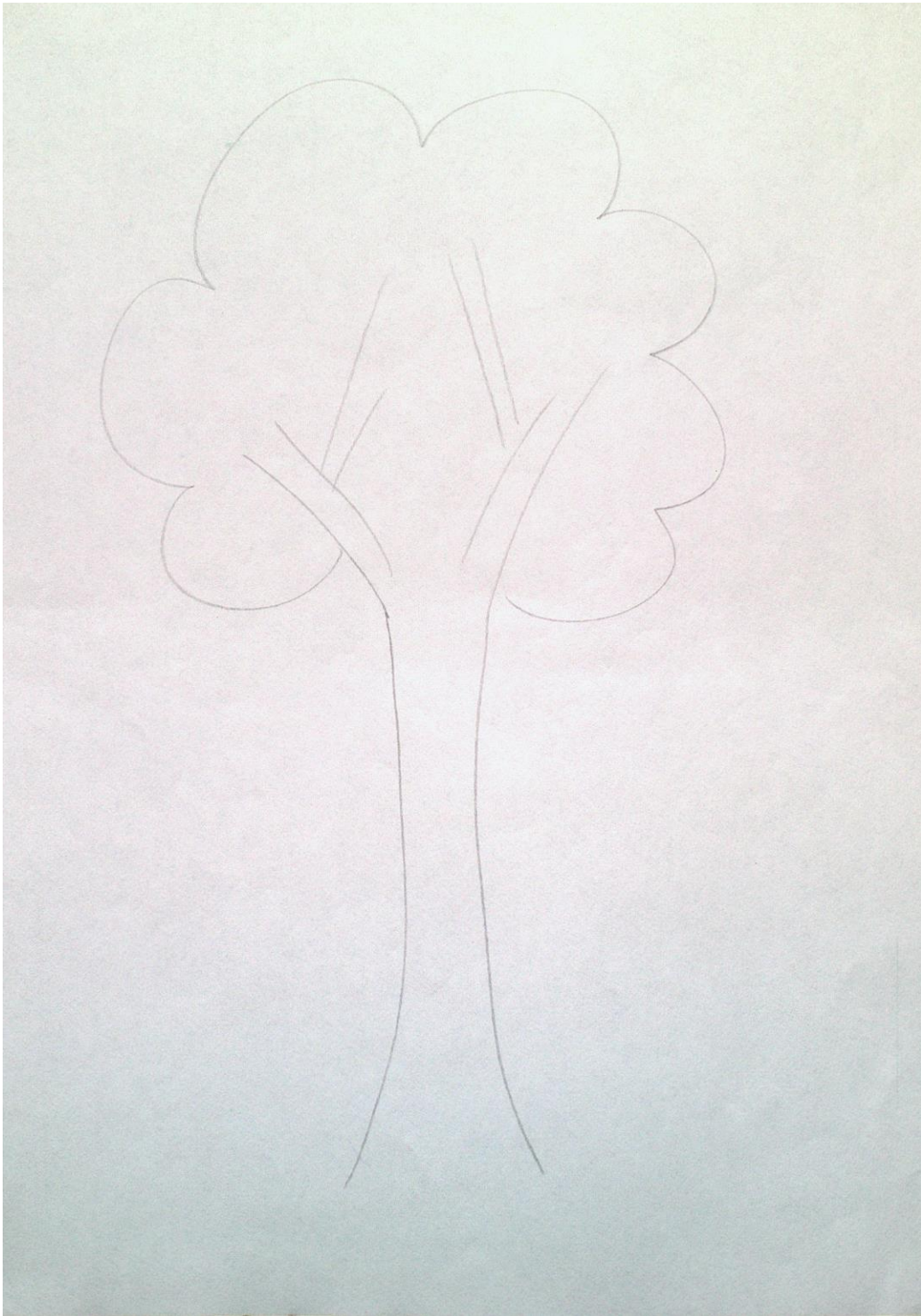
1-K, 21



3-K, 21



1-J, 19



3-J, 19

Příklad nezkráceného vnímání tělesného schématu – L, 20

Anamorphic Micro Score Sheet

(Trial A)

2015 Your Estimation 2015 Your Desire 2015 True Image- Size

(Trial B)

2015 Your Estimation 2015 Your Desire 2015 True Image- Size

Scores:

Estimation: 94 % Objective Dissatisfaction: 98 % Subjective Dissatisfaction: 104 %







Scores:

Estimation: 90 % Objective Dissatisfaction: 90 % Subjective Dissatisfaction: 100 %

Client Name: Client BMI: 0 Test Date: 19.2.2015

Příklad silně zkresleného vnímání tělesného schématu – J, 19

Anamorphic Micro Score Sheet

	Your Estimation	Your Desire	True Image Size
(Trial A)			
	Scores: Estimation: 170 % Objective Dissatisfaction: 135 % Subjective Dissatisfaction: 79 %		
(Trial B)			
	Scores: Estimation: 129 % Objective Dissatisfaction: 131 % Subjective Dissatisfaction: 101 %		
			Client Name: Client BMI: 0 Test Date: 15.10.2015

**INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA PRO ÚČAST NA VÝZKUMNÉ
ČÁSTI
(VYŠETŘENÍ, POZOROVÁNÍ, HLOUBKOVÉM ROZHOVORU)**

V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Vážená paní,
dříve než vyslovíte souhlas se svou účastí ve studii, je důležité, abyste si přečetla následující informace o tom, co pro Vás zapojení do studie obnáší a porozuměla tomu. Je důležité zmínit, že Vaše účast v této studii je zcela dobrovolná, bez nároku na odměnu, a že máte právo účast odmítnout a nebudou z toho pro Vás plynout žádné důsledky.

Informovaný souhlas znamená, že Vy, jakožto účastník studie, jste informována o účelu a povaze své účasti ve studii, a to předem a řádně.

Informace o Vaší osobě budou shromažďovány a zpracovány výhradně v souvislosti se studií a pro její potřeby a jsou považovány za přísně důvěrné. Zajištění ochrany dat vyšetřované osoby je v souladu se zákonem. Výsledky dosažené studiem Vaší osoby budou archivovány a mohou být zveřejněny v odborných médiích, samozřejmě bez uvedení osobních identifikačních údajů a tak, aby z uvedených údajů nemohla být Vaše identita rozpoznána.

PROSÍM, ZEPTEJTE SE NA VŠE, CO VÁS ZAJÍMÁ, NEBO VÁM NENÍ JASNÉ!

Informovaný souhlas:

Přečetla jsem si všechny výše uvedené informace a měla příležitost zeptat se na vše, co jsem potřebovala pro pochopení toho, co pro mne účast ve studii znamená. Dobrovolně dávám svůj souhlas k účasti ve studii.

V.....dne.....
.....

Podpis vyšetřované
osoby.....

Podpis osoby, která souhlas
získala.....

BIBLIOGRACICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Hana Michalovičová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

**Název práce: Vnímání tělesného schématu při zkoušení oděvu
u žen s mentální anorexií ve věkové kategorii 19 – 38 let**

Počet stran (bez příloh): 74

Celkový počet stran příloh: 27

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 21

Počet internetových odkazů: 4

Vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, PhD.

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Hana Michalovičová

Obor studia: psychologie

Název práce: Vnímání tělesného schématu při zkoušení oděvu u žen s mentální anorexií

Vedoucí práce: doc. Karel Hnilica

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 27

Počet titulů v seznamu literatury: 53

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Práce je rozvržena do dvou částí, teoretické a empirické. V první části autorka seznamuje se základními pojmy, tj. zejména s pojmem mentální anorexie a s koncepcemi sebepojetí a tělesného schématu.

Ve druhé části informuje o výukumu, který realizovala s osmi anorektickými pacientkami.

K výzkumu použila velmi originální metodu, která svědčí o hluboké znalosti problematiky a současně o inovativnosti autorky. Pozorování respondentek v částečně navozené a kontrolované situaci a analýza jejich myšlenek v dané situaci přináší řadu nových vhledů do vztahu anorektiček k vlastnímu tělu.

Práce je navíc velmi pečlivě zpracovaná. Zasloužila by si – podle mého soudu – určitě opublikování.

Otázka: Domníváte se, že je „zkreslené vidění se“ anorektiček (vidí se plnější, než je vidí ostatní) jednou z možných příčin anorexie, tj. tyto ženy se chybně percipovaly i před tím, než se staly anorektičkami? Anebo jde spíše o určitý důsledek anorexie, například o určitou obranu?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

30. 8. 2016



doc. Karel Hnilica

Posudek oponenta diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Hana Michalovičová

Obor studia: Jednooborová psychologie

Název práce: Vnímání tělesného schématu při zkoušení oděvů u žen s mentální anorexií ve věkové kategorii 19 – 38 let

Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 27

Počet titulů v seznamu literatury: 49

Počet internetových odkazů: 4

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

--	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

--	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké by jste použila výzkumné metody pokud by jste pracovala s dívkami ve věku 6 – 10 let ?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ve své diplomové práci si autorka zvolila velmi aktuální téma a zaměřila se na problematiku mentální anorexie, což považuji, vzhledem ke studijnímu programu za vhodné. Teoretická část diplomové práce je velmi pěkně vypracovaná, je čtivá a dobře srozumitelná. Autorka prokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou. Praktickou část považuji za velmi dobře vypracovanou, obsahuje informace bez zavádějících komentářů. V závěrečném hodnocení je patrná osobní zkušenost autorky a její profesionální přístup k danému tématu

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1

Datum, podpis:

9.9.2016

Mgr. Eva Petráková

