

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Vnímání vlastního těla u obézních žen

Radka Štorkánová

Vedoucí práce:

Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Praha 2015

Prague College of Psychosocial Studies

The Body Image among Obese Women

Radka Štorkánová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Prague 2015

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne

.....

Ráda bych poděkovala vedoucímu své diplomové práce, panu Mgr. Jaroslavu Jirmanovi, Ph.D. za jeho podporu a trpělivost.

ANOTACE

Tématem diplomové práce je vnímání vlastního těla u obézních žen. Práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část se zabývá tématem obezity, jejím výkladem, etiopatogenezí a diagnostikou. Další kategorií tvoří souhrnný přehled možností psychoterapeutické intervence v léčbě obezity. Tématem třetí kapitoly je oblast body image, jeho teoretický výklad, souvislost s obezitou a možnostmi psychologického působení v léčbě jeho poruch. Druhá výzkumná část vychází z kvalitativního výzkumu založeném na rozhovoru s 11 obézními ženami. Jeho tématem bylo tělesné sebepojetí s cílem zachytit subjektivní vztah každé účastnice k vlastnímu tělu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Body image, obezita, poruchy tělesného sebepojetí, psychoterapie, tělesné sebepojetí, vnímání vlastního těla.

ABSTRACT

A diploma thesis deals with obese women. The thesis is divided into two main parts. Firstly, the theoretical part is focused on an issue of obesity, its definition, etipatogenetics and diagnostics. Next category creates a summary of psychotherapeutic interventions in obesity treatment. The third chapter looks into body image, its theory, context with obesity and various way of its treatment. The second part of the study is based on qualitative reaserch by interviewing 11 obese women. The purpose of the reaserch was to capture the subjective relationship of a patient with her own body.

KEY WORDS

Body Image, Body Image Disorder, Obesity, Psychotherapy

OBSAH

ÚVOD.....	4
1 OBEZITA	5
1.1 Klinický obraz.....	5
1.2 Etiopatogeneze.....	5
1.2.1 Pozitivní energetická bilance	6
1.2.2 Genetické faktory.....	7
1.2.3 Metabolické a endokrinní faktory.....	7
1.2.4 Psychologické a psychosociální faktory	8
1.2.4.1 Jídlo jako nástroj regulace vlastních emocí	8
1.2.4.2 Jídlo jako odměna i trest	9
1.2.4.3 Obezita jako výsledek naučeného chování	10
1.2.4.4 Tuk jako bariéra a obranný mechanismus	11
1.2.4.5 Osobnostní rysy a psychopatologie	11
1.3 Diagnostika	12
2 OBEZITA A PSYCHOTERAPIE	14
2.1 Behaviorální a kognitivně-behaviorální metodika.....	14
2.1.1 Behaviorální techniky	14
2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie	16
2.2 Psychodynamické principy v léčbě obezity.....	18
2.3 Další podpůrné techniky k léčbě obezity	20
2.3.1 Techniky orientované na práci s tělem	20
2.3.2 Techniky verbálně-rationální terapie	21
2.3.3 Motivování.....	21
3 BODY IMAGE.....	23
3.1 Přehled vývoje pojetí body image.....	23
3.2 Terminologie v oblasti vnímání vlastního těla	25
3.3 Specifika tělesného sebepojetí u obézních lidí.....	27
3.3.1 Body image a obezita v dětství a dospívání.....	28
3.3.2 Obezita a body image v dospělosti	29
3.3.2.1 Souvislost mezi body image a tělesnou hmotností	30

3.3.2.2	Poruchy body image u obézních lidí.....	31
3.4	Léčba poruch body image psychologickými prostředky	33
3.4.1	Uplatnění psychodynamických principů v terapii	33
3.4.2	Somatopsychické přístupy v psychoterapii.....	36
3.4.3	Kognitivně – behaviorální přístup	37
3.4.4	Terapie poruch body image u obézních lidí dle Rosena	39
3.4.5	Integrativní model skupinové terapie.....	41
3.4.6	Feministické přístupy v léčbě body image.....	42
4	VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	45
4.1	Úvod k empirické části	45
4.2	Výzkumný design	46
4.3	Místo a časový průběh výzkumného šetření.....	47
4.4	Výzkumný vzorek	47
4.5	Průběh výzkumného šetření.....	49
4.6	Postup analýzy dat	49
4.6.1	Rozhovory.....	49
4.6.1.1	Fáze deskriptivní.....	49
4.6.1.2	Metoda vytváření trsů	50
4.6.1.3	Konceptualizace a narativní rekonstrukce	50
4.6.2	Kresba postavy.....	51
4.6.3	Pozorování	51
4.7	Vlastní výsledky analýzy	51
4.7.1	Když se řekne tělo	52
4.7.2	Dětství.....	54
4.7.3	Dospívání	57
4.7.4	„Když se dnes podívám na fotografie, vlastně jsem nebyla tak hrozná ...“	59
4.7.5	Téma ženství: Ženský princip v pojetí obézních žen.....	60
4.7.5.1	Ženské tělo	60
4.7.5.2	Žena pečující a starostlivá.....	62
4.7.5.3	Ženství v kontextu mužsko-ženských vztahů	62
4.7.5.3.1	Žena-milenka	64
4.7.5.4	Žena-dcera.....	64
4.7.6	Můj vztah k tělu tady a teď	64
4.7.7	Změny ve vnímání vlastního těla.....	74

4.7.8	Vztahy jako začátek všeho.....	82
4.8	Závěr k výzkumu a diskuse.....	87
ZÁVĚR	90
POUŽITÉ PRAMENY	91
	Seznam literatury.....	91
	Akademické práce.....	96
	Internetové zdroje.....	96
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je vnímání vlastního těla u obézních žen. K práci jsem přistupovala z hlediska několika cílů. Prvním z nich bylo zmapovat teoretické pozadí obezity perspektivou psychologického výkladu. Zajímaly mě především psychosociální vlivy, které stojí v pozadí této celosvětově rozšířené nemoci. K tomu bylo třeba ale nepodcenit ani ostatní faktory, které se podílí na její etiopatogenezi. Druhým cílem bylo prozkoumat možnosti a přístupy psychoterapie jakožto léčby za pomoci psychologických prostředků. Kromě všeobecně rozšířené metodiky kognitivně-behaviorální terapie jsem svou pozornost zaměřila i na ostatní směry, které nabízí podobně ucelený koncept v práci s obézními klienty. Tato část mé práce má povahu souhrnného přehledu s cílem podat ucelený obraz vztahu obezity a psychoterapie. Třetím cílem bylo zaměřit se na tělesné sebepojetí jako psychologický konstrukt. Čtvrtým a hlavním cílem této práce bylo syntetizovat získané poznatky v procesu výzkumného šetření. To jsem pojala jako setkání s obézními ženami. Jeho smyslem bylo porozumět jejich vztahu k vlastní tělesnosti a pochopit souvislost jejich onemocnění ve vztahu k tělu.

Důvodů, proč jsem si vybrala právě toto téma k sepsání své diplomové práce, je celá řada. Především jsem si pokládala zvědavou otázkou, jak asi prožívají své tělo ženy, které trpí obezitou, když se k vlastnímu tělu staví kriticky i ženy štíhlé bez zjevného důvodu k nespokojenosti. Obezita je navíc celosvětovým fenoménem. Na léčbu se vynakládá nemalé úsilí. Přesto jsou její výsledky spíše důvodem ke skepsi. Jednou z možných odpovědí je, domnívám se, skutečnost, že léčba není pouze v rukou ošetřujícího lékaře, bezvýhradně nezávisí jen na správně zvolené medikaci či volbě léčebného postupu. V první řadě je v rukou klienta samého. Perspektivou tohoto pohledu se dle mého názoru význam vlivu psychologických aspektů tohoto onemocnění zvyšuje a spolu s tím i potřeba psychologické intervence. Spojíme-li tyto dvě otázky v jednu, vznikne prostor k úvahám o možné souvislosti mezi vnímáním vlastního těla a motivací k redukční léčbě. Může vést cesta k úspěšné léčbě obezity také tímto směrem? Ač se má práce nesnaží apriori odpovědět na tuto otázku, byla jí do značné míry motivována. Z toho důvodu bylo třeba začít od začátku - jak vnímají své tělo obézní ženy a jaký význam pro ně vlastní tělo vůbec představuje?

1 OBEZITA

1.1 Klinický obraz

Obezita je závažné chronické onemocnění, které výrazně ovlivňuje kvalitu života jedince, a to v celém jeho bio-psycho-sociálním pojetí. Klinicky je onemocnění charakterizováno zvýšeným nahromaděním tukové tkáně. V tomto případě pak procentuální podíl tuku z celkové tělesné hmotnosti odpovídá u mužů více než 25, u žen pak více než 30% (Kunešová, 2004).

Fyziologický podíl tuku v těle je ovlivněn věkem, pohlavím a etnikem. Ke zjednodušené klasifikaci obezity se využívá hmotnostních indexů a tabulek. Přesné procentuální stanovení podílu tuku nepatří mezi rutinní vyšetření. Podle distribuce tuku v těle se rozlišují dva typy obezity (Mengerová. 2010, s.445):

obezita androidní: tuk se hromadí především v oblasti hrudníku a břicha, respektive v dutině břišní. Tento typ obezity je spjat s vyšším rizikem výskytu kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

obezita gynoidní: tuk se ukládá především v oblasti hýždí a stehen.

„V ČR je obezitou postiženo asi 25 procent žen, 22 procent mužů a nadváha obecně představuje potíže pro více než 50 procent populace středního věku. Vzestup výskytu obezity byl zejména v poslední dekádě minulého století velmi výrazný, je prokázán ve většině ekonomicky vyspělých zemí. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila ve světě 60 % z 56, 5 miliónů hlášených úmrtí“ (Státní zdravotní úřad, 2015).

1.2 Etiopatogeneze

V této části své práce se zaměřím na příčiny vzniku obezity. Jejich význam považuji v souvislosti s její léčbou obezity. Obezita je všeobecně považována za onemocnění s multifaktoriální etiologií. Na jejím vzniku a rozvoji se podílí řada vlivů. U každého jedince jsou tyto vlivy v odlišném vztahu. Liší se také mírou, jakou rozvoj a trvání onemocnění ovlivňují. I přesto, že se pacienti shodují symptomatikou, příčiny vzniku a rozvoje nemoci se mohou významně lišit. Aby léčba byla účinná a především vykazovala dlouhodobé výsledky, je třeba zohlednit při volbě léčebných postupů právě tyto faktory. Jejich přehled je předmětem následujícího textu. Významněji se budu věnovat psychologickým a psychosociálním vlivům, které považuji z pohledu této práce za zásadní.

1.2.1 Pozitivní energetická bilance

Za příčinu, která stojí za vznikem obezity, je považována v první řadě pozitivní energetická bilance. Ta vznikne, dojde-li k porušení energetické rovnováhy, přičemž energetický příjem převyší energetický výdej (Hainer, 2004, s.75). Vliv na energetický příjem má také skladba přijatých živin. K těm základním patří tuky, sacharidy a bílkoviny.

Tuky tvoří v těle zásobárnu energie a disponují řadou funkcí – jsou stavební složkou buněk, chrání tělo před úniky tepla a umožňují vstřebávání některých vitamínů. Mimo to dokonce mohou fungovat jako endokrinní orgán (Rokyta, 2008). Tuky mají ve srovnání s bílkovinami nebo sacharidy menší sytící schopnost. To znamená, že člověk obvykle zkonzumuje více tuku, aby dosáhl pocitu sytosti. Pokud navíc nedojde k využití jeho energie, má tendence se snadno transformovat do podoby tukových zásob. Kapacita tukových zásob je navíc v podstatě neomezená. Lákadlem, které přitahuje obézní jedince ke konzumaci tuku, jsou především jeho vlastnosti jako textura. Často se uvádí, že tuk je nositelem chuti. Ve skutečnosti se jedná o senzorycké signály z ústní dutiny, které zprostředkovávají pozitivní zpětnou vazbu. Důsledkem toho člověk zažívá hedonické pocity. Jejich intenzita navíc vzrůstá, pokud pokrm obsahuje i značné množství sacharidů. Po konzumaci takové sladkosti s vysokým obsahem tuků pak člověk zažívá pocity uspokojení, které ale nijak nesouvisí s nasycením. Tento faktor, jak se ukazuje, sehrává důležitou úlohu při rozvoji obezity (Hainer, 2004).

Sacharidy jako základní živina mají menší podíl na hrozbě vzniku obezity. Pouze v případě, že člověk dlouhodobě přijímá vyšší množství sacharidů, než je schopen energeticky vyčerpat, dojde k jejich přeměně na tukovou tkáň. Ač sacharidy nepředstavují takovou hrozbu při vzniku obezity jako tuky, stále není jejich vliv zanedbatelný. Vlastností, která má vliv na přeměnu sacharidů v tuk, je glykemický index. Tato veličina udává rychlost využití glukózy z dané potravy organismem člověka (Hainer, 2004). Ve vztahu k obezitě pak představují nebezpečí především potraviny s vysokým glykemickým indexem a také dlouhodobě nadměrný příjem sacharidů v potravě.

Bílkoviny se nepovažují za rizikové ve vztahu ke vzniku obezity. Disponují vysokou sytící schopností. V potravinové skladbě obézních lidí ale obvykle jejich konzumace souvisí s přítomností živočišných tuků. Kapacita organismu ukládat v těle bílkoviny je na rozdíl od tuků omezená. Jejich důležitost je však pro správnou funkci lidského těla klíčová (Vodrážka, 2007).

S pozitivní energetickou bilancí souvisí i **nízký výdej energie**. Ve vyspělých zemích se zvyšuje podíl obyvatelstva se sedavým způsobem života. Kromě fyzicky nenáročného zaměstnání, které navíc působí stresově a přispívá tak kromě obezity i k řadě dalších, především civilizačních

onemocnění, lidé tráví pasivněji z hlediska pohybu i svůj volný čas (Kunešová, 2004). Podobně je tomu i v případě časového rozvrhu ve stravování. U obézních lidí byla zjištěna **narušená frekvence příjmu potravy**. Více než polovina obézních vynechává snídani a nejvíce energie přijímá ve druhé polovině dne. Organismus na základě tohoto jídelního režimu zpomaluje svou metabolickou rychlost. To má v důsledku opět vliv na pozitivní energetickou bilanci, jakožto hlavní příčinu obezity (Hainer, 2004).

1.2.2 Genetické faktory

„Obezita definovaná množením tělesného tuku vzniká vlivem pozitivní energetické bilance u geneticky predisponovaných jedinců“ (Hainer, 2004, s. 86). Obezita je obecně považována za onemocnění související se životním stylem, přitom vliv dědičnosti bývá do značné míry opomíjen. I přesto, že přesný procentuální podíl na vzniku obezity je jen obtížně stanovitelný, odhaduje se na 25 až 40%. (Kunešová, 2004). Genetické faktory ovlivňují jak energetický příjem, tak výdej (Hainer, 2004). Podílí se ale také na rozložení tuku v těle, a to řádově asi 55% pro viscerální a celkový břišní tuk a 42% pro podkožní břišní tuk (Kunešová, 2004). Ve většině případů jde o interakci více genů, které se na vzniku obezity podílí (polygenní typ). Jen málokdy jde o typ monogenní, který je charakterizován přispěním jednoho genu ke vzniku nemoci (Hainer, 2004). Faktorů, které ovlivňují rozvoj obezity a které jsou geneticky determinovány, existuje celá řada. I tato skutečnost činí danou oblast komplikovanou a z hlediska konkrétního jedince obtížně stanovitelnou. Přesto je dle mého názoru důležitá, a to především z hlediska případné léčby. Genetické faktory jsou dané, bez možnosti je ovlivnit lékařskou nebo jinou intervencí.

1.2.3 Metabolické a endokrinní faktory

Chuťové preference a „závislost“ na jídle souvisí s funkcí dopaminergních a opioidních receptorů. Dopamin působí na systém odměny, který je lokalizován především v oblasti nucleus accumbens. Příjem potravy je tak motivován příjemnými pocity, které se dostávají po její konzumaci. Ukazuje se, že obézní lidé disponují nižším množstvím těchto dopaminergních receptorů v mozku. Tato porucha „odměňování“ na úrovni CNS může ve svém důsledku akcentovat chuť k jídlu. Dalším zajímavým objevem v oblasti metabolických faktorů, jakožto jedné z příčin rozvoje obezity, je zvýšená aktivita v těch částech mozku, které souvisí se zpracováním sensorických vlastností jídla. To se týká především parientální části mozku, do které vedou nervová zakončení somatosenzorických nervů z oblasti rtů, úst a jazyka a která také následně zodpovídá za integraci chuťových vjemů (Hainer, 2004).

Dalším metabolickým faktorem, který se podílí na vzniku obezity je signalizace pocitů sytosti. Ta vzniká v mozku, kam jsou nervově přenášeny informace o roztaženosti žaludeční stěny

z mechanoreceptorů. Podobně zprostředkovávají informace o sytosti peptidy, jež se tvoří po konzumaci jídla v trávicím traktu. Člověk na základě této informace buď v jídle dále pokračuje, nebo jíst přestává. Těchto poznatků využívá chirurgie v léčbě obezity. Bandáž žaludku vede k vyvolání včasějšího pocitu sytosti v důsledku konzumace menšího množství jídla. Další cestou je stimulace bloudivého nervu pomocí elektrického stimulatoru, který rovněž vyvolává pocity sytosti (Hainer, 2004).

Metabolické procesy jsou složité chemické děje, na kterých se podílí činnosti mozku i trávicí soustava. Jednotlivých dějů, které se mohou podílet na vzniku a rozvoji obezity, je nepočítaně. V této části jsem se rozhodla stručně zmínit jen ty, na které se dnes nejčastěji zaměřují léčebné postupy a které jsou nejvíce podloženy výzkumy.

Také endokrinní vlivy se mohou podílet na rozvoji obezity. K nejčastějším faktorům tohoto typu patří Cushingův syndrom (nemoc charakterizovaná zvýšenou tvorbou kortizolu, jenž se účastní regulace sacharidového metabolismu), hypotyreóza (snížená funkce štítné žlázy), dále může jít o nedostatečnou substituci léky po celkovém odstranění štítné žlázy (Hainer, 2004).

1.2.4 Psychologické a psychosociální faktory

Řada psychologických směrů vnímá příčiny obezity perspektivou vlastních teorií. Nejvýznamnější jsou dle mého názoru zastoupeny kognitivně-behaviorální směry, psychodynamické směry a směry zohledňující ženskou problematiku – feministické směry. Podobně jako tyto směry, tak i jednotliví odborníci v rámci svých prací vyslovují různé názory na původ vzniku obezity z psychologického hlediska. V následující části své práce se zaměřím na faktory, které dle mého názoru zaujímají nejvyšší míru důležitosti z oblasti psychologických a psychosociálních vlivů podílejících se na vzniku obezity, a jsou tedy i cílem psychologických intervencí při její léčbě.

1.2.4.1 Jídlo jako nástroj regulace vlastních emocí

Schopnost jedince vypořádat se s náročnými životními situacemi nebo stresem je do značné míry dána jeho osobností. Právě stres je častou příčinou psychických nepohod. Jídlo je na druhou stranu zdrojem slasti (podrobněji v kapitole 1.2.3). Je široce dostupné a nikdo kromě člověka samotného jeho příjem nereguluje. Po jeho konzumaci dochází k navození dobré nálady, celkovému zklidnění, dojde ke snížení úzkosti, strachu i utlumení naštvání. Podobný mechanismus rovněž probíhá ve chvílích nudy. Nuda může v člověku vyvolávat pocit prázdnoty. Jídlo tuto prázdnotu dokáže zaplnit jak symbolicky, tak fyzicky - reálně. Člověk se tak snadno naučí, že jídlo je způsobem, jak regulovat vlastní emoce. Do jisté míry mu dopřává pocit kontroly nad svým prožíváním. Velmi snadno se pak toto opakované chování stává automatickým mechanismem

a vytváří se zvyk – maladaptivní strategie.

Výzkumy zaměřující se na osobnost obézních prokazují zvýšený výskyt depresivní symptomatiky u těchto osob (Luppino et al., 2010; Faith a. Allison, 1996, s. 367). Vezmeme-li v potaz odměňující účinky jídla, nezdá se být příliš překvapivá souvislost mezi váhovým nárůstem a tendencí „zajídat“ nepříjemné psychický stavy. Podobně se vyjadřuje o jídle a jeho antidepressivních účincích také Sládečková (2013). Jako anxiolytikum ho popisuje Sejčová (2003), která dodává, že jídlo jako „zmírňovač“ úzkosti představuje jednu z psychogenních příčin obezity. Výzkum Strineové aj. (2008) navíc potvrzuje souvislost mezi depresivní a úzkostnou symptomatikou a sklony k obezitě.

1.2.4.2 Jídlo jako odměna i trest

Už od dětství dítě zažívá slast z krmení. Pro malé dítě kojení kromě samotné potravy představovalo bezpodmínečnou pozornost matky. Pokud dítě něco bolí nebo je nemocné, rodiče ho konejší dobrým jídlem. Pokud pláče a matka si neví rady, nabídne mu rohlík. Pokud bylo hodné, koupí zmrzlinu. V důsledku těchto zkušeností se dítě nenaučí rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu. Vnímá ho nediferencovaně, tedy jako náhradu nejrůznějších hodnot. Tyto zvláštnosti v dyadickém vztahu matka-dítě, kdy matka reaguje na jakýkoliv projev nespokojenosti dítěte krmením, vedou k tomu, že dítě se naučí reagovat na veškeré nepříjemnosti jídlem. Chybně pak vnímá skutečné potřeby, neumí je vyjádřit a nedokáže si poradit s jejich nasycením. Stravovací návyky se utváří často v souvislosti s emočními potřebami. Emoční stavy jsou zaměňovány za tělesné potřeby. Nadměrný příjem potravy u obézních lidí není tedy obvykle spouštěn hladem, ale jinými podněty (Hlúbik a Vosečková, 2002). Bruchová (1980) jde v této myšlence ještě dál. Zastává názor, že překrmování, případně přehnaná péče, jsou výsledkem potřeb rodičů samotných. Nejsou tedy reakcí na skutečné potřeby dítěte. Tímto procesem pak rodič znemožní dítěti vnímat vlastní tělesné pobídky a vytváří v něm zmatek. Opět tak dochází k zaměně hladu za úzkost a jiné další emoční stavy. Patologické pouto mezi matkou a dítětem, které mu znemožňuje separaci, vede pak v pozdějším věku ke vzniku pocitů bezmoci a nedostačivosti.

Dovedli-li bychom tuto myšlenku ještě o něco blíže psychosomatickému modelu, můžeme hovořit o tendenci obézního člověka naplnit představu o sobě samém jako o člověku bezvýznamném, neatraktivním a ostatními nepřijímaném. Takový člověk tvoří tento obraz, který o sobě má, hmatatelným. Obezita potvrzuje jeho vlastní vnitřní přesvědčení, které o sobě v průběhu života získal. Toto vše se samozřejmě odehrává v kontextu kultury, v tomto pojetí pak kultury západní, v níž je obezita hodnocena negativně. Obezita je v tomto smyslu tedy trestem pro jedince, který jí trpí.

Podobně také přejídání představuje jistou formou trestu. V pozadí může stát komplikovaná intrapersonální dynamika, která jedince k tomuto chování vede. Stejně tak záchvatovité přejídání, to je naopak specifické naprostou ztrátou kontroly jedince. Příjem potravy se stává bezmyšlenkovitým nutkavým aktem. V konečném důsledku jedinec zažívá nepříjemné pocity přesycenosti. Jakákoliv forma nepřiměřeného jídelního chování je náchylná ke své fixaci. Je kompenzačním mechanismem, které umožňuje zvládat nároky prostředí nebo zátěžové situace. Je jistou formou útěku do vlastního světa jedince, který zahrnuje pouze vlastní osobu a jídlo.

1.2.4.3 Obezita jako výsledek naučeného chování

V souladu se dvěma výše uvedenými body je také teorie učení. Dle této teorie je obezita výsledkem dlouho zpevnovaného chování. V pojetí klasického podmiňování se jedná o spojení řady vnějších a vnitřních podnětů, které v jedinci evokují hlad nebo chuť k jídlu. Na regulaci příjmu potravy se tak podílí daleko více faktorů, než jen původní fyziologické signály. Tento mechanismus se do značné míry týká všech lidí. U obézních jedinců pravděpodobně probíhá ale ve větší míře. Principy, které rozhodují o tom, u kterého člověka daný podnět vyvolá rozvoj obezity, zatímco u jiného ne, ve své práci shrnuje Janyšková (2011). Jako první nabízí vysvětlení pomocí tzv. locus minoris resistentiae, tedy místa nejmenšího odporu. Jedná se o místo, které klade nejmenší odpor při zátěži, a tak nabízí prostor k propuknutí symptomu v případě psychické tenze. Toto místo může být díky odlišné konstituci pro každého člověka jiné. Další možností je koncepce diateze, neboli náchylnosti určitého člověka k určité nemoci nebo chorobnému stavu. Jedná se o vrozenou predispozici, která se projevuje za určitých podmínek jako je např. stresová nebo zátěžová situace. Také to jsou konstituční teorie, které se snaží o vysvětlení spojitosti mezi psychickými vlastnostmi a tělesnou stavbou. U obézních lidí se pak jedná v případě Kretschmerova pojetí o tzv. pyknický typ, který je typický sklonem k tloušťce. Vyznačuje se širokým kulatým obličejem, masivním krátkým krkem, rozměrově je výrazný v oblasti pasu. Po stránce osobnostních vlastností je popisován jako veselý se sklonem ke střídání nálad, je čilý i zádušný, se smyslem pro humor, ale snadno se i rozplácí. Má osobnost požitkáře, rád si užívá pohodlí, je společenský, sdílný a přátelský (Janyšková, 2011, s.6).

Podobně si lidé naučili spojovat určité situace s odměnami a tresty. Pokud například obézní člověk trpí averzí k pohybu, je pravděpodobné že tato averze má své příčiny. Může to být nepříjemná zkušenost v hodinách tělesné výchovy nebo i nepodložené pocity vlastní neschopnosti, které jsou s pohybovou aktivitou spojovány. Pokud se navíc ještě člověk naučí vnitřní tenzi eliminovat příjemnými pocity z konzumace jídla a dochází-li k upevnování tohoto chování po delší dobu, dá se předpokládat, že pozitivní energetická bilance způsobí obezitu. Tímto mechanismem vysvětlují příčiny vzniku obezity také kognitivně-behaviorální teorie (Málková, 2006).

1.2.4.4 Tuk jako bariéra a obranný mechanismus

Obézní lidé mají tendenci se ve svých přáních a potřebách projevovat nediferencovaně. (Kruse a Wöller, 2008, s. 145). Tato nediferencovanost může pocházet ze způsobu péče v období raného dětství. Především se ale významně podílí na způsobu, jakým tyto lidé fungují v interpersonálních vztazích. Jsou to právě city, které regulují míru libosti a nelibosti. Poskytují nám zpětnou vazbu o tom, jak je pro nás daný vztah bezpečný, příjemný či naopak ohrožující a nepříjemný. Pokud jsou naše citové odpovědi v tomto smyslu z nějakého důvodu inhibovány, objevuje se obvykle pouze tělesná reakce – symptom (Poněšický, 2010, s.28). V případě obézních lidí se v kontextu těchto informací zdá, že hromaděním tukové zásoby tyto lidé utváří bezpečnou vzdálenost mezi sebou a okolním světem. Nastavení bezpečných hranic v rámci interpersonálního fungování tak přejímá za úkol samo tělo. Za zajímavý považuji výzkum Filasové (2009), která v rámci svého zkoumání sledovala odlišnosti v „práci s vlastním prostorem“ u obézních žen. Její výsledky poukázaly na souvislost mezi velikostí BMI a schopností uhlídat si vlastní hranice. Jako významné se jevíly především tendence vyhnout se konfliktu a nechat si líbit i to, co vnímají jako nepříjemné.

„Zjednodušeně řečeno, z pozorování interakcí vyplývalo, že osoba s nadváhou si ve většině případů druhého člověka – byť třeba cizí osobu – připustila daleko víc k tělu. Nikoli pouze „fyzicky blíž“, ale prozradila na sebe mnoho věcí, které by mohly být považovány až za intimní, a pokud byla požádána o laskavost, měla spíše tendenci vyhovět a to bez velkého vyptávání. K osobě štíhlé naopak nebylo tak snadné „proniknout“, hlídala si svůj prostor i soukromí a pokud byla požádána o laskavost, více se snažila zjistit proč.“ (Filasová, str. 2009, s.60).

V kontextu celospolečenského a kulturního tlaku popisuje význam tloušťky u žen feministický přístup. Tuk reprezentuje vzpouru ženy proti nárokům společnosti na její tělo. Je to právě společnost, která ženě tělo odejmula a vytvořila z něho komoditu. Doslovně se dá tuk z pohledu feministického přístup popsat následovně: *„Můj tuk křičí: jděte k čertu! Vy všichni, kteří ze mě chcete mít perfektní matku, miláčka, služku. Berte mě takovou, jaká jsem, ne jaká bych měla být. Jestli vás skutečně zajímám, proderete se všemi těmi vrstvami a odhalíte, kdo jsem.“ (Orbach, 2009, s. 204).*

1.2.4.5 Osobnostní rysy a psychopatologie

Existuje řada výzkumů s cílem zachytit osobnostní specifika obézní populace. Ač se od sebe výsledky liší a někdy jsou dokonce protichůdné, zdá se, že přesto se dá v souvislosti s obezitou hovořit o vyšším výskytu některých osobnostních rysů a vyšší míře psychopatologie. Za významné z hlediska psychogenních příčin obezity považuji především zvýšenou míru depresivity

a úzkostnosti (Hainer, 1997; Wadden a Stunkard, 1993, s.165).

V rámci metaanalýzy se vztahem deprese a obezity zabývá ve své práci Luppínová aj. (2010). Výsledky jejich zkoumání prokazují souvislost mezi depresí a obezitou a to na úrovni oboustranného ovlivňování. Obézní lidé mají o 55% vyšší riziko rozvoje deprese, zatímco depresivní lidé mají o 58% vyšší riziko pro rozvoj obezity. Navíc se ukazuje, že vztah mezi depresí a obezitou je významnější, než vztah mezi depresí a nadváhou. Současně uvádí faktory, kterými se deprese na rozvoji obezity podílí:

- Deprese se podílí v důsledku neurochemických změn v organismu na zvýšeném ukládání tuku, a to především v abdominální oblasti.
- Depresivní lidé mají tendenci zanedbávat péči o sebe ve smyslu pravidelného pohybu a celkově zdravé životosprávy.
- Užívání antidepresiv vede k nárůstu tělesné hmotnosti. Výsledky se ovšem nelišily mezi studii, které zkoumaly jedince léčené farmakologicky v souvislosti s diagnostikovanou depresí, a těmi, které zkoumaly jedince s depresivní symptomatikou.

Prokázána byla také souvislost mezi obezitou a tendencí k vyhýbání se nebezpečí, nízkou mírou sebeřízení a odolností. Gökhan a další (2014) těmto osobnostním vlastnostem připisují významný podíl na rozvoji morbidní obezity. Wadden a Stunkard (1993, s.171) se v souvislosti se svými zkušenosti v léčbě obézních lidí zmiňují o výskytu hraniční poruchy osobnosti mezi obézními lidmi podstupujícími léčbu a také o pasivně-agresivní osobnosti. Vyslovují domněnku, že z hlediska osobnostní dynamiky může obezita souviset v případě hraniční poruchy se zaplňováním domnělého pocitu prázdnoty. Rovněž se může jednat o reakci na pocit přehlcenosti vnějšími podněty. V případě pasivně-agresivně osobnosti může být přejídání vyjádřením hněvu a vzdoru. Tuk pak slouží jako obranná bariéra. Autoři sami kriticky poznamenali, že pro tyto domněnky ovšem chybí výzkumné důkazy.

Jako poslední bych ráda zmínila souvislost mezi záchvatovým přejídáním a obezitou. Spitzer na základě svých výzkumů z roku 1992 a 1993 vyvozuje, že mezi obézními, kteří podstupují léčbu, je asi 30% těch, kteří současně trpí také záchvatovým přejídáním. Tato porucha pozitivně koreluje s nárůstem hmotnosti v populaci obézních osob (cit. dle Faitha a Allisona, 1996, s. 369).

1.3 Diagnostika

Podmínkou úspěšné léčby je její zacílení na ty oblasti, které s rozvojem a udržováním obezity souvisí specificky s konkrétním člověkem. K tomuto účelu slouží diagnostika. Ta vychází z anamnézy, z klinického vyšetření, antropometrického sledování a laboratorního vyšetření (Lukáš

aj., 2010).

Anamnéza zjišťuje osobní a rodinné údaje, především pak mapuje změny hmotnosti v průběhu života, počínaje porodní váhou až po váhu současnou, včetně významného váhového kolísání v průběhu života. Především pro psychologickou intervenci v následné léčbě je pak důležité zjištění, kdy (v jakém období) ke vzniku obezity došlo. Její počátek je vodítkem především pro psychodynamicky orientované odborníky. Weisová (1989) připisuje těmto informacím význam vzhledem k hlubšímu poznání osobnosti klienta. Zjišťují se informace o stravovacích návycích, jako je skladba jídelníčku, oblíbené potraviny, frekvence jídel, velikost porcí, případně příjem potravy v nočních hodinách. Dále informace o endokrinopatii jako je hypotyreóza, Cushingův syndrom a podobně, včetně případného užívání léků, které může mít vliv na zvyšování hmotnosti (Lukáš aj., 2010).

Součástí **klinického vyšetření** je výpočet Body mass indexu (BMI), který je kritériem stupně obezity. Jeho výpočet je dán poměrem hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky jedince v metrech. Výsledkem je číselná hodnota, která odpovídá rozmezí hodnot pro daný stupeň nadváhy či obezity.

podvýživa	< 18,5
normální hmotnost	18,6–24,9
nadváha	25–29,9
1. st. obezity	30–34,9
2. st. obezity	35–39,9
3. st. obezity	> 40

Za základní kritérium obezity je považován nárůst tělesného tuku, který u mužů překračuje 25%, u žen pak 30% tělesné hmotnosti. K tomuto účelu měření existuje řada diagnostických nástrojů. K základním patří kaliper, který na standardizovaných místech těla měří tloušťku kožní řasy. Uvádí se ale i další, například bioelektrická impedance, hydrodenzitometrie (vážení pod vodou) nebo tzv. DEXA (měření skladby těla) (Lukáš aj., 2010). Součástí vyšetření je také krevní rozbor a diferenciální diagnostika. Cílem je odhalit případné zdravotní komplikace nebo jiná onemocnění, která se mohou na vzniku obezity spolupodílet (Lukáš aj., 2010).

Z psychologického hlediska považují za zásadní diagnostický nástroj především anamnézu. Mimo ověřitelné údaje (tvrdá data), poskytuje další důležité informace. Především takové, které odhalují postoje člověka k nemoci, způsob, jakým ji jedinec prožívá, jak smýšlí o možných příčinách, zda se cítí být za svůj stav osobně zodpovědný. Pro léčbu je bezesporu důležitá i motivace klienta a důvody pro její zahájení. Domnívám se, že právě tyto údaje mohou být významným prediktorem úspěšnosti v léčbě.

2 OBEZITA A PSYCHOTERAPIE

Léčba obezity souvisí s vlivy, které se podílí na jejím vzniku. Dlouhou dobu byla zaměřena na redukci tělesné hmotnosti jakožto fyziologického symptomu tohoto onemocnění. V předchozí části práce jsem představila obezitu jako onemocnění významně ovlivněné psychogenními vlivy. V následujícím textu bych se ráda věnovala možnostem psychologické intervence se zaměřením na psychoterapii.

Pozornost bude věnována těm přístupům, které se na léčbu obezity metodicky zaměřují a také na ty, které jsou v rámci léčebného působení uplatňovány nejčastěji. Výsadní postavení v léčbě obezity zaujímá kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT). Důvodem této skutečnosti je, domnívám se, jasná struktura a časovému ohraničení, které KBT nabízí. S tím souvisí i vyšší výzkumná podpora. Ta poskytuje zpětnou vazbu a umožňuje pak využít takto získaná data k dalšímu rozvoji a propracování. Zároveň se díky publikovaným výzkumům těší vědecké prestiži a dalšímu zájmu odborné veřejnosti. Ve vyšší míře dominuje KBT v léčbě obezity v českém prostředí. Tato skutečnost alespoň vyplývá z dostupných zdrojů – literatury, odborných článků a výzkumů.

V zahraničí je v léčbě obezity významně zastoupen i psychodynamický směr. Obou přístupů se přitom využívá jak v individuální, tak skupinové terapii. V praxi se uplatňují i techniky a poznatky dalších psychoterapeutických směrů, které se využívají pro léčbu obézních klientů nespécificky, tj. jejich zařazení závisí na rozhodnutí terapeuta, shledá-li, že daný postup je pro léčbu konkrétního klienta žádoucí.

2.1 Behaviorální a kognitivně-behaviorální metodika

Změna chování je pro redukci hmotnosti klíčová. V terapii se cílí jak na chování samotné, tak na i na to, co ho ovlivňuje – myšlenky a emoce. Tato kombinace se navíc ukazuje z hlediska dosažených výsledků jako efektivnější.

2.1.1 Behaviorální techniky

První zmínky o zapojení behaviorální terapie (dále BT) do léčby obezity pocházejí z roku 1967 a jsou spojeny se jménem Richarda Stuarta. Ten zveřejnil výsledky své úspěšné léčby 8 pacientů trpících obezitou. V průměru každý z nich snížil svou hmotnost o 18 kg, což byl úbytek, kterého tehdy dosáhlo asi 5% pacientů podstupujících standardní dietní léčbu. Na základě dalších publikovaných studií se Stuart zasloužil o významné rozšíření behaviorální terapie (Wadden, 1993, s. 200). Od té doby došlo k rozvoji metodologie a postupně i k vytvoření několikátýdenních

strukturovaných programů, které se orientují na redukci hmotnosti (Jacob a Isaac, 2012).

BT vychází ze dvou hlavních předpokladů: prvním je, že obézní lidé mají nevhodné stravovací návyky a nedostatečnou pohybovou aktivitu. Druhým předpokladem je, že toto maladaptivní chování může být na základě specifické intervence modifikováno tak, aby došlo k úbytku hmotnosti. Obecné principy BT vycházejí z klasického a operantního podmiňování. Jsou aplikovány do terapeutického procesu tak, aby si obézní lidé osvojili chování vedoucí ke snížení kalorického příjmu a zvýšení pohybové aktivity (Jacob a Isaac, 2012). Dalšími znaky BT je zaměření se na cíl. Žádoucí je přitom definovat takové oblasti, které se dají jednoduše měřit, např. počítání kalorií v přijaté potravě nebo denní dvacetiminutové procházky.

BT přistupuje k léčbě jako k procesu. Léčba je víc než jen identifikování vzorců chování, zahrnuje totiž i proces učení. Pokud nelze dosáhnout daného cíle, dojde k jeho rozčlenění na podružné dílčí cíle (Wadden, 1993). Současná klinická praxe klade vzhledem ke stoupajícímu počtu klientů trpících obezitou nároky na úsporu. Řešením je skupinová léčba. V tomto případě se ovšem, dle mého názoru, nejedná o skupinovou terapii v pravém slova smyslu- součástí terapeutického působení není skupinová dynamika a meziskupinové vztahy. Jedná se spíše o práci v kolektivu, jehož členy spojuje tentýž cíl, ale vzájemné vztahy nemají terapeutický účinek. Obecně BT představuje strukturovanou formou léčby s využitím řady na chování orientovaných komponent:

Sebe-monitoring je jedna z klíčových metod BT. Zahrnuje vedení jídelního deníků a pohybové aktivity. Pacient si zapisuje vše, co přes den zkonsumuje, kalorickou hodnotu jídel a stručně popíše i situaci. Lidé, kteří si tento deník vedli nejméně po dobu šesti měsíců, prokázali úspěšné výsledky v redukční léčbě. Dokonce ve srovnání s pacienty, kteří podstupovali farmakologickou léčbu, dosáhli dvojnásobně vyššího snížení hmotnosti (Wadden et al., 2005).

Kontrola podnětů. Druhý z klíčových prvků BT je zaměření se na změnu prostředí, které si jedinec spojuje s konzumací jídla. Cílem je vyhnout se případnému přejídání nebo bezdůvodnému či setrvačnému jedení (Wing, 2003). Zmapování těchto faktorů a jejich postupné uvědomování zbavuje klienty zautomatizovaných stravovacích chyb. Příkladem může být jedení večere u zapnuté televize nebo ponechání lákavých potravin na dostupném místě.

Zpomalení tempa při jedení. Cílem je snížit množství přijaté potravy. Ke konkrétním opatřením patří pokládání příboru mezi jednotlivými sousty, menší pauzy v průběhu jídla a důkladné kousání před polknutím (Wadden, 1993, s. 202). Zpomalení také poskytuje mozku čas k vyhodnocení, zda

je jedinec již sytý nebo zda má v jídle i nadále pokračovat. Člověk se zároveň učí na jídlo soustředit a vnímat jeho chuť. Snížení tempa jedení skutečně prokázalo vyšší úbytek na váze ve srovnání s jedinci, kteří tuto techniku do svého jídelního chování neimplementovali (Spiegel et al., 1991).

Stanovení cíle. Cíle, které si člověk stanoví, by měly být reálné a měřitelné. Například si stanoví úbytek váhy, které by chtěl dosáhnout za jeden týden (Wadden, 1993).

Kontraktování: K podpoře úspěšných výsledků slouží odměňování. Může mít různou podobu. Pacient si smí za úspěšné splnění dílčího cíle vybrat odměnu, kterou si předem stanovil. Smyslem je především motivovat. Kromě toho ale tato technika vnáší do terapie i prvek zábavy, který je osvěžením jinak náročného a dlouhodobého procesu (Wadden, 1993).

Edukace. Porozumění nutričnímu významu potravy je další ze základů behaviorální terapie a strukturovaný stravovací plán je důležitou podmínkou správného hubnutí (Wadden, 1993).

Zvýšení fyzické aktivity. Výsledky výzkumů ukazují, že sebe-monitoring v kombinaci s pohybem zaručuje lepší výsledky v redukci váhy v dlouhodobé i krátkodobé perspektivě (Wing a. Phelan, 2005).

Sociální podpora. Ukazuje se, že výsledky BT jsou dlouhodobě udržitelnější, pokud má pacient ve svém okolí sociální oporu. Tou je nejčastěji partner a rodina. Výsledky výzkumů prokázaly v průměru vyšší úbytek na váze u těch jedinců, jejichž rodina fungovala podpůrně v průběhu redukční léčby (Avenell et al., 2004).

2.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z předpokladu, že myšlení, emoce (včetně fyzického prožitku) a chování utváří vzájemně propojený systém. Problém obvykle nastává v důsledku nesprávného fungování jedné z těchto komponent. Vzniká tak bludný kruh, ze kterého se jedinci těžko vystupuje (Gravina et al., 2015). U obézního člověka se může jednat perspektivou KBT například o následující vzorec: v rodině bylo zvykem konzumovat tučné potraviny, člověk se tak naučí preferovat jistou chuť a texturu potravin. Dlouhodobě jednostranná strava vede k malnutrici. Ta se může projevovat únavou, později podrážděností a snížením pohybové aktivity. Na pokles energie člověk reaguje zvýšením jejího příjmu v potravě. Tím se v důsledku pozitivní energetické bilance zvyšuje podíl tělesného tuku a vzniká nadváha. Na nárůst tělesné hmotnosti

může jedinec reagovat zhoršením nálady nebo depresí. Uzavře se před okolním světem a společenský život kompenzuje konzumací pochutin a trávením času u televize. Postupně se tato aktivita stává jediným zdrojem příjemných pocitů a je neustálým opakováním zpevňována.

V případě KBT se v zásadě jedná o behaviorální formu terapie, která je obohacena o práci s kognitivní složkou. Ve výsledku tato kombinace vykazuje vyšší míru dlouhodobé úspěšnosti, podílí se na prevenci jojo efektu a zvyšuje psychologické well-being (Gravina et al., 2015). Principem terapie je korigovat chování a emoce prostřednictvím pozitivního ovlivnění nevhodných, často dlouhou dobu zpevňovaných myšlenkových schémat. Děje se tak pomocí identifikace nevhodných myšlenek, které souvisí s obtížemi jedince ("Pokud sním tuhle čokoládu, znamená to, že jsem selhal a hubnutí už nemá cenu."). Klient je seznámen s principem léčby, který mu umožňuje pochopit souvislosti mezi myšlením, chováním a emocemi (snědení čokolády vyvolává myšlenku neschopnosti, ta je příčinou negativní pocitů, především pocitu viny a deprese. Ty pak vedou jedince k tomu, že dojí celou tabulku, aby mohl začít hubnout znovu od začátku). Identifikované dysfunkční myšlenky jsou nahrazovány myšlenkami reálnějšími a především funkčními ("Když sním celou čokoládu, neudělá mě to tlustým, vykompenzuji to pohybem a vrátím se ke zdravým návykům.") (Málková, 2004). Pro lepší pochopení principů KBT v léčbě obezity uvádím některé kognitivní techniky, které jsou komponentou terapeutického procesu podílejícího se na změně (Málková, 2004):

Identifikace nevhodných chyb v myšlení: Cílem této techniky je identifikovat a pojmenovat tyto chyby. K nejčastějším patří:

Nepodložené závěry. Na základě nepodložených informací činí jedinec unáhlené závěry: "I když jím méně, nehubnu, nikdy se mi nepodaří zhubnout."

Selektivní výběr. Tendence zaměřit se na detail a opomenout kontext. Obvykle si jedinec vybírá takovou informaci, která potvrzuje jeho neschopnost: "Protože jsem snědl kousek čokolády, jsem úplně neschopný, hubnutí nemá cenu."

Nadměrná generalizace. "Už týden cvičím a nevidím žádné výsledky. Cvičení nemá cenu."

Přehánění. Obvykle vychází z pacientovy nadměrné fixace na jeden aspekt nebo detail, který má tendenci zveličovat: "I když jsem zhubl 10 kg, stále mám tlusté ruce, nikdy se to nezmění."

Personalizace – vztahovačnost. Jedinec často spojuje s vlastní osobou náhodné jevy, které má tendenci negativně interpretovat: "Když jdu po ulici, lidé se smějí, protože jsem tlustý."

Černobílé myšlení: "Když držím dietu, nesmím si dovolit vůbec žádné sladkosti."

Čtení myšlenek: "Lidé se se mnou baví pouze ze soucitu, protože jsem tlustá."

Škálování. Jedinec má za úkol ohodnotit pravdivost myšlenky nebo pocitu na číselné škále, a to na začátku i na konci sezení. Cílem je, aby na konci sezení věřil její pravdivosti méně než na jejím začátku.

Zkoumání důkazů. Cílem této techniky je pomocí dotazů zpochybnit platnost klientových přesvědčení. Terapeut pokládá otázky, kterými ho vede ke vhledu: Jaké máte důkazy pro platnost této myšlenky? Co byste řekl kamarádovi, který by si myslel totéž? Jaké jsou argumenty proti tomuto přesvědčení?

Vytváření obranných myšlenek: Cílem této techniky je přeformulovat původní myšlenku tak, aby v pacientovi vzbuzovala pozitivní reakci, nebo ji nahradit novým tvrzením, které podpoří jeho úsilí v léčbě. Základem je, aby se pacient s touto novou interpretací dokázal ztotožnit a vnímal její osobně. Jedině tak je tato technika efektivní.

2.2 Psychodynamické principy v léčbě obezity

V názoru na léčbu obezity pomocí psychodynamické psychoterapie (dále PP) se mezi odbornou veřejností názory liší. A to jak v oblasti její účinnosti, tak v oblasti frekvence jejího využívání v souvislosti s tímto onemocněním. Hlavním důvodem, který stojí v pozadí řady spekulací, je absence kvalitních výzkumů, které by přinesly spolehlivá data. Sadock a Sadocková (2008, s.345) jsou toho názoru, že léčba obezity pomocí PP není příliš účinná. Odkrývání nevědomých příčin přejídání nemusí mít samo o sobě vliv na změnu chování, které by vedlo k redukci hmotnosti. Nevylučují ale, že PP může sloužit jako podpůrná léčba v kombinaci dalších intervencí. Dále upozorňují na to, že řada obézních pacientů má tendenci k navázání závislého vztahu k osobě terapeuta. Varují před možnou regresi, která může vzniknout jako reakce na odkrývání nevědomých motivů, a následně způsobit zhoršení psychického stavu. Americká psycholožka Logueová (2014) naopak uvádí, že PP je častou metodou léčby obezity, především pak ve formě dlouhodobé individuální terapie. Na teoretické rovině vychází z předpokladu, že přibírání na váze je důsledkem emocionálního konfliktu, který pochází z období raného dětství. Což je také důvod, proč se PP zaměřuje především na odkrytí těchto konfliktů spíše než na léčbu obezity jako takové (Logue, 2014).

Jedním z vůbec prvních terapeutů, kteří se zabývali léčbou obezity, byla Hilde Bruchová, americká psychoanalytička německého původu. Její doménou byla práce s lidmi s poruchami příjmu potravy, anorektickými pacienty a obézními lidmi. Zabývala se dynamikou jejich osobnosti a současně vedla terapie. Zpochybnila Freudovo tvrzení, že instinkty jsou vrozené. Zastávala názor,

že uvědomování si hladu není u člověka přítomno ihned po narození, ale je otázkou vývoje jedince. Etabluje se na základě reciproční zpětné vazby, která funguje mezi dítětem a pečující osobou, respektive osobou vyživující (Karasu a Karasu, 2010). Byla to právě Hilde Bruchová, která obezitu spojovala s nedostatečnou schopností rozpoznat pocit hladu. Rodiče obézních dětí často rutinně krmí své ratolesti v reakci na pláč, bez ohledu na to, co je jeho pravou příčinou. Tím si dítě neosvojuje schopnost rozlišovat mezi hladem a jiným emocionálním stavem (Cassell a Gleaves, 2009, s. 169; Weiss, 2006).

Z hlediska psychodynamických směrů se v souvislosti s obezitou dají považovat za zásadní následující předpoklady:

Obezita jako výsledek zajídaní chybějící části vlastní psychické struktury. Jídlo v tomto případě plní zástupnou funkci a funguje jako výplň pocitu prázdnoty, který často pramení z vývojově nehotové psychické struktury (Fonagy a Target, 2009). Terapeutickým cílem je v tomto případě dokončit vývoj klientova self. Toho se dosahuje přijetím a empatií ze strany terapeuta. Ten se nezaměřuje na provádění vhledu, nýbrž na rozvoji dovednosti vnímat sebe sama. Klient může svým chováním například vyžadovat uznání vlastní hodnoty. Terapeut by měl tento moment využít nikoliv k potvrzení a uspokojení jeho potřeby, ale k jejímu vyslovení. Tím klienta s jeho potřebou srozumí. Implementováním těchto zkušeností se utváří koherentní struktura self (Karasu a Karasu, 2010, s.393).

Obezita je reakcí na intrapsychický konflikt, jehož výsledkem je přibírání na váze a kumulace tělesného tuku. V tomto případě se terapie orientuje na odhalení takového konfliktu a jeho vědomé zpracování. Jinou strategií může být pomoc jedinci vytvořit si dostatečně účinné strategie ke zvládnání těchto vnitřních konfliktů bez toho, aniž by bylo třeba je bezpodmínečně odhalovat. Smyslem je tedy posílit kapacitu ega tak, aby se dokázalo vypořádat s nároky vnitřního i vnějšího světa jinak než prostřednictvím nevhodného jídelního chování (Karasu a Karasu, 2010).

Obezita je reakcí na dysfunkční vztah s pečující osobou v dětství (Karasu a Karasu, 2010). Tato vztahová zkušenost byla internalizována a prožívána v podobě různých symptomů. Ty můžou mít podobu nestálého a proměnlivého sebepojetí, prožívané hrůzy z opuštění druhou osobou nebo se například objevovat ve formě chování vyvolávajícího nestabilitu v rámci partnerských vztahů. S těmito projevy pak souvisí tendence k impulzivnímu jednání, jehož jedním z možných projevů jsou poruchy v příjmu potravy nebo přejídání. Terapeuticky významný je

v tomto případě vztah mezi terapeutem a klientem. Ten umožňuje prožití korektivně emoční zkušenosti. Pečující osoba v roli terapeuta dovoluje klientovi prožít ty emoce, které v raném dětství ve vztahu k pečující osobě chyběly.

2.3 Další podpůrné techniky k léčbě obezity

Technik, které lze implementovat do terapeutické práce s obézními klienty, existuje široké spektrum. Následující část shrnuje ty, které jsou v souvislosti s léčbou obezity nejčastěji zmiňovány. Současně se jedná o ty, které jsou v různých modifikacích společné řadě psychoterapeutických směrů.

2.3.1 Techniky orientované na práci s tělem

Techniky orientované na tělo jsou primárně neverbální techniky, které mohou být doplněny o diskusi nad prožitými zkušenostmi. Tělesná zkušenost souvisí jak s neurofyzilogickými aspekty (tělesným schématem), tak s psychologickými fenomény (body image). Odráží ale i individuální a sociální zkušenost. Tělesná zkušenost zahrnuje jak složku afektivní, tak kognitivní. Dotýká se jak vědomých, tak podvědomých záležitostí (Weiss, 1989). Je to právě široké spektrum oblastí, na níž práce s tělem dokáže působit, kterou považuji v souvislosti s léčbou obezity za zásadní. U obézních osob navíc bývá kontakt s tělem inhibován. Někteří na pohybové možnosti vlastního těla zcela rezignovali. Tělo pro ně nepředstavuje zdroj příjemných pocitů a bývá naopak vnímáno spíše jako překážka.

Jednou z forem na tělo orientované praxe je navození stavu **relaxace**. Tu lze využít jako samostatnou techniku, nebo ve spojení se sugescí. Klient je uveden do stavu hluboké relaxace. V tomto stavu mu terapeut předkládá různé hypnotické sugesce: „Nemám hlad“ nebo „Cítím se lépe, když jsem jen trochu najedený.“ Předpokladem této techniky je, že ve stavu uvolnění je člověk lépe nastaven na přijímání sugescí a nevynakládá energii na budování obran vůči jejich přijetí. S položkami je třeba pracovat terapeuticky citlivě, neboť je zapotřebí nevypěstovat v pacientovi averzi či odpor (Sejčová, 2003). Podobně je relaxace využívána k systematické desenzitizaci. Ta se v případě obézních klientů zaměřuje na okruh stereotypů, které vzbuzují v člověku chuť k jídlu. Cílem je zmírnit nutkání konzumovat jídlo v těchto situacích, navodit pocity vyrovnanosti a spokojenosti. Také se může věnovat zmírnění strachu z hladu nebo jiných patologických mechanismů, které se podílí na přejídání (Sejčová, 2003). Tělo je podstatným nástrojem změny například v Gestalt terapii, kdy se klade důraz **uvědomění si aktuálních tělesných prožitků**. Pracuje se také s pohybovými experimenty a pomocí interpretace klient vnímá konkrétní význam daného tělesného příznaku. Těchto principů lze využít při práci

s obézními lidmi (Gestalt v klinické praxi, 2015). Další spektrum technik orientovaných na tělo představují **výrazové expresivní techniky**, které jsou aplikovány v rámci skupinových setkání - psychodrama nebo psychogymnastika. Vzhledem k tomu, že obezita může úzce souviset s neuspokojivým interpersonálním fungováním, jeví se jako žádoucí využít právě principů interpersonální psychoterapie v neverbální formě. Především pak v případech, kdy se dysfunkční vztahy spolupodílí na rozvoji a udržování obezity.

Na tělo orientovaná terapie existuje v řadě modalit, které jsou využívány dle potřeby k různým terapeutickým účelům. Osobně zastávám názor, že se jedná v léčbě obézních o její podstatnou komponentu. Jejím zařazením do terapeutického procesu vzniká komplexnější nástroj léčebného působení.

2.3.2 Techniky verbálně-racionální terapie

Obecně se k tomu směru řadí **explikace nebo klarifikace**, tedy objasnění příčin onemocnění, jeho výklad a obeznámení se zásadami duševní hygieny. Dále **persuaze**, tedy tzv. lékařské moralizování, kdy se pacientovi formou poučení dostává informací o jeho zdravotním, resp. psychickém stavu. Cílem je, aby pacient získal náhled na svůj psychický stav. Náhled mu následně umožňuje svobodně uvažovat o alternativách a změnit některé své strategie chování. Další součástí této oblasti je **psychagogika**. S persuazí má společný cíl. Ovšem proces má spíš podobu psychologického vedení pacienta terapeutem. Prostřednictvím dlouhodobé intervence se proměňují pacientovy postoje a názory. **Psychoprofylaxe** jako další z podob verbálně-racionální psychoterapie představuje jakousi přípravnou psychoterapii zaměřenou na prevenci rozvoje traumatu. Příkladem může být psychická příprava na bolestivý zákrok. **Důvěrný rozhovor** je považován za jednorázovou významně podpůrnou psychologickou intervenci. Verbálně-racionální terapie s touto technikou pravidelně začíná. Zároveň poskytuje pacientovi jisté uvolnění, bezpečný prostor (Sejčová, 2003). V zásadě je společným nástrojem téměř všem psychoterapeutům v některé z fází léčby. Může sloužit jako úvod k řadě technik nebo je na ní postaven celý psychoterapeutický proces (Kratochvíl, 2012).

2.3.3 Motivování

V rámci redukčních programů, které podstupuje obézní klient, dochází k výskytu tzv. rezistence vůči změně. Nové způsoby nejen jídelního chování, časté kolísání motivace k hubnutí, změna tělesné morfologie, to vše může pacienta vést k neustálému přehodnocování postupu v léčbě. Připravenost ke změně je měřitelnou položkou v rámci strukturovaného TRE-MORE testu. Psychologickým nástrojem, jak tyto krizové momenty v redukční léčbě zpracovat, je motivační rozhovor. **Motivační rozhovor** je typ psychologické intervence opírající

se o sociálně-kognitivní teorii. Vychází z pacientova zájmu změnit problematické chování. Setkání mají psychoterapeutickou povahu. Jedná se o na klienta orientovaný přístup respektující jeho vlastní autonomii. Klíčová je také spolupráce mezi terapeutem a klientem. Na rozdíl od většiny spíše informativních a vzdělávacích intervencí, které pacient v průběhu redukčního režimu podstupuje, vytváří motivační rozhovor prostor pro zpracování vlastních prožitků z celkového procesu.

Provádí klienta redukčním procesem, umožňuje mu hovořit o svých pochybnostech a individuálně zásadních tématech. Prostřednictvím toho posiluje odhodlání ke změně, odhaluje skutečné osobní cíle a uschopňuje klienta v řešení problémů či překážek. Rozmělňuje tak pochyby nebo ambivalentní prožitky, které se na změnu váží (Gravina et al., 2015).

Předchozí část práce shrnula dva přední terapeutické směry, které poskytují ucelený přístup k léčbě obezity psychologickými prostředky. Zároveň nabídla přehled technik, které lze do terapeutického procesu zařadit, aniž by hrozilo, že budou vytrženy z kontextu své původní teorie. Vzhledem k multifaktoriální etiologii obezity a důsledkům, které z ní pro život jednotlivce vyplývají, se domnívám, že čím komplexnější nástroje dokáže psychoterapie nabídnout, tím větší zisky pro klienta z této intervence plynou. Osobně považuji za základ úspěšné léčby především motivaci klienta. Její důležitost bych ráda zdůraznila především v souvislosti s tím, že v dostupných pramenech se jí žádný další směr nebo metoda, s výjimkou motivačního rozhovoru, explicitně nevěnuje. Bez ní by přitom klient v terapeutickém procesu vystupoval jako pasivní přijímající objekt. Tento postoj pak působí dle mého názoru v léčbě rušivě a nevede k dlouhodobě udržitelným výsledkům. I přesto, že obezita není zahrnuta do seznamu psychogenních poruch, považuji psychologickou intervenci za podstatnou část komplexní léčby.

3 BODY IMAGE

Způsob, jakým člověk prožívá vlastní tělo, je určující pro další oblasti života. Dokáže ovlivnit jejich kvalitu a podílí se na utváření subjektivní reality (Fialová et al., 1999). Ukazuje se navíc, že tělesné sebepojetí se významně podílí na celkovém sebehodnocení a sebeúctě člověka. (Fialová, 2001) Tělo tak představuje vztahovou možnost jak vůči sobě samému, tak k sociálnímu okolí. Jeho význam je dle mého názoru ve světle těchto informací pro kvalitu života nepopíratelný.

Ke správnému pochopení tělesného sebepojetí je nejprve třeba ho teoreticky vymezit a uchopit v kontextu jeho vývoje. Jako významná se ukazuje jeho souvislost s tělesnou hmotností (Fialová, 2001, s. 39). Prožívání vlastní tělesné hmotnosti navíc vůbec nemusí odpovídat skutečnosti. Jsou to pak především ženy, které trpí domnělou otylostí, aniž by takové skutečně byly. Objevují se ale i zkrslí v opačné podobě. Obézní člověk si například svou extrémní tělesnou váhu uvědomovat nemusí, nebo ji v důsledku vysoké vnitřního tenze za pomoci obranných mechanismů potlačí. Tyto případy vnímání vlastního těla jsou perspektivou současných diagnostických měřítek hodnoceny jako poruchy v oblasti body image. Kromě výše uvedených oblastí se bude následující část mé práce věnovat především možnostem léčby poruch tělesného sebepojetí pomocí psychologických prostředků. V kontextu současné společnosti a jejích nároků na tělesný vzhled zastávám názor, že toto téma rezonuje se širší, nejen klinickou populací. Považuji ho za podstatné, a zároveň se domnívám, že představuje oblast, která si zaslouží zvýšenou míru pozornosti.

3.1 Přehled vývoje pojetí body image

Body image jakožto konstrukt spojený se vnímáním vlastního těla prošel v průběhu posledních více než sto letech zajímavým vývojem. Za tu dobu byl předmětem teoretizování odborníků z řad různých oborů, ať už se jednalo o behaviorální psychologii, neurologii nebo filosofii. Současně byl i předmětem výzkumu. Ten vedl k prohloubení zájmu o tuto oblast, stejně jako k jeho lepšímu porozumění.

Samotný konstrukt body image bývá spojován s neurologickými výzkumy z počátku 20. století. Jejich předmětem byla poranění mozku, která se výrazně podílela na změně ve vnímání vlastního těla. V té době se také objevuje fenomén tzv. fantomové končetiny a s ním i zájem o jeho pochopení. Neurolog Henry Head se zaměřil na koordinaci pohybové aktivity člověka a jeho schopnosti ji ovládat. Vyslovil hypotézu centrálně řízené lokomoce a v souvislosti s tím použil pojem tělesné schéma (původně posturální schéma) (Head a Holmes, 1911). El Ashegh a Linday

(2004, s. 220) ale uvádí, že pojem tělesné schéma (body schema) poprvé použil už Bonnier v roce 1905. Stalo se tak v souvislosti s pozorováním pacientů s mozkovými lézemi, jenž ovlivňovaly vnímání vlastního těla. Dle Holmese (1911) jsou posturalita i pohyb procesy řízené senzomotorickými drahami nervového systému. Historicky se často zaměňovaly pojmy tělesné schéma (body schema) a body image. Ani současná doba nepřináší jednoznačnost v používání pojmů a stále je tolerována jistá významová rozostřenost. Přesto se řada autorů pokusila o jejich revizi. Gallagher (1986) spatřuje rozdíl mezi tělesným schématem a body image v tom, že body image představuje vnímání vlastního těla spojené s postoji a představami o něm. Jedná se vědomou představu člověka o svém těle a jeho vzhledu tak, jak ho reprezentuje v mysli. Tělesné schéma naproti tomu tkví v senzomotorických schopnostech člověka, kterými kontroluje a řídí pohybovou a posturální aktivitu.

Významnou osobnost na poli body schématu představoval Paul Schilder. Především se zasadil o jeho rozšíření o kognitivní složku, tedy představy nebo přání s tělem spojená, čímž ho transformoval do body image tak, jak ho chápeme dnes (El Ashegh a Linday, 2004, s. 220). Ač sám neurolog, osvobodil body image od úzkého sepětí s neuropatologií a zasadil jej do širšího rámce biopsychosociálního modelu. Zdůrazňoval nutnost prozkoumat ho z hlediska nejen neurologického, ale také psychologického a sociokulturního (cit. dle Cashe a Smolakové, 2011, s.4). Tělesné sebepojetí popisuje jako způsob, kterým člověk o svém těle přemýšlí, jakým způsobem ho vnímá a prožívá. Jedná se tedy o jakýsi trojrozměrný model tělesného schématu, který je dán odhadem jeho velikosti (percepce), hodnocením přitažlivosti (stanovisko) a emocemi spojenými s jeho tvarem a velikostí (pocity) (Fialová, 2001, s. 17; El Ashegh a Linday, 2004, s. 220).

Významně se do rozvoje oblasti body image zapsal Seymour Fisher. Tento psycholog publikoval sám nebo ve spolupráci se Sidney Clevelandovou hned několik knih, v nichž se tématem body image zabývá (Fisher, 2014; Fisher, 1990). Kromě toho, že zpracoval dosavadní teorie a poznatky, zasadil se svým výzkumem také o další rozvoj. Na teoretické rovině se věnoval především hranicím body image, jejich prostupnosti a uzavření, v duchu psychodynamické školy.

Jako první zareagoval na psychodynamický monopol v oblasti body image Franklin Schontz. Konceptu body image znovu navrácí subjektivní prožitkový a kognitivní rozměr (cit. dle Cashe a Smolakové, 2011, s. 4). Schontz se kriticky staví především k Fisherově využití převážně projektivních metod k výzkumu body image. Sám vytváří koncept *body experience* neboli tělesné zkušenosti. Tělesná zkušenost má několik aspektů, ty jsou dány sedmi funkcemi určenými čtyřmi i více úrovněmi. V oblasti výzkumu podněcuje k využití širokého spektra metod a rovněž se podílí na integraci teoretických poznatků.

Další milník v rozvoji body image představovala devadesátá léta. K němu svou výzkumnou i publikační činností přispěli Thomas Cash a Thomas Pruzinsky (1990), kteří svou pozornost zaměřili na dosud opomíjenou oblast. Tou byly deformace nebo jiná postižení a dále možnosti jejich rehabilitace – kosmetická a rekonstruktivní chirurgie. Další autor, Kevin Thompson (1996), rozšířil pojetí body image o jeho možné odchylky a poruchy. Zabýval se v tomto smyslu také poruchami příjmu potravy a obezitou. Zájem odborné veřejnosti vzbudila dále tzv. dysmorfofobická porucha (Body Dysmorphic Disorder neboli BDD). Autoři se také v dalších letech věnovali sumarizaci a třídění dat, která poskytla výzkumně velmi plodná éra předchozích let. Zájmu se dočkala i terapeutická oblast. Cash vytvořil kognitivně-behaviorální metodiku léčby v oblasti poruch body image (Cash a Smolak, 2011). Tím odstartoval další rozvoj této oblasti, která se v současné době nachází v centru zájmu řady odborníků a klinických pracovníků.

Nové tisíciletí navázalo na objevy předchozího období. Za zásadní se dá považovat založení odborného časopisu *Body Image: An International Journal of Research* v roce 2004. Právě na jeho stránkách byly publikovány nejvýznamnější výzkumné objevy a teorie. V centru pozornosti stály a stojí nové oblasti, především body image u mužů, interkulturní problematika nebo specifika body image v souvislosti s poruchami osobnosti a jinými diagnózami, včetně poruch v oblasti vnímání vlastního vzhledu. V neposlední řadě také body image v období dětství a dospívání.

Ráda bych také v souvislosti s tématem body image zmínila Ludmilu Fialovou, která patří k výzkumně i publikačně nejaktivnějším autorům v českém prostředí. (Fialová, 2006; Fialová, 2001; Fialová et al., 1999). Podobně se na poli tělesného sebepojetí realizuje i František Krch.

Z výčtu výše uvedených témat je, myslím, patrné, že výzkum body image doznává neustálého rozkvětu. Z toho důvodu se domnívám, že úkolem dalších let bude tuto rozsáhlou základnu nových informací vhodně uchopit. A to takovým způsobem, aby posloužila praktickému využití, ať už v oblasti primární prevence nebo následné léčby poruch spojených s body image.

3.2 Terminologie v oblasti vnímání vlastního těla

Terminologická oblast spojená s tělem je oblastí stále spíše nejasnou. Pojmy vznikaly s počátky prvních výzkumů a pozorování. Jejich význam byl dán spíše implicitně a dle toho s nimi také jiní autoři nakládali. Obvykle tedy spíše pružně, bez potřeby pojmy jednoznačně definovat. Do jisté míry je tento vývoj, domnívám se, pochopitelný. Prvním z důvodů je abstraktnost této oblasti, která s sebou přináší vždy i prostor pro individuální výklad. Druhým důvodem je dle mého názoru přirozený postupný proces zkoumání. S každým dalším výzkumem mohli odborníci blíže nahlédnout do problematiky vnímání vlastního těla. Otevíraly se nové

oblasti, nové interpretační možnosti. Navíc boom výzkumné aktivity tohoto oboru, dá-li se tak nazvat, je otázkou relativně nedávné minulosti a stále trvá.

Přesto lze v rámci dostupné literatury vysledovat dva zásadní termíny v souvislosti se vnímáním vlastního těla. Jsou jimi tělesné schéma (body schema, Körperschema) a tělesné sebepojetí (body image, Körperbild). O jejich jednoznačné vymezení se zasadil Gallagher (1986), který kritizoval nejednoznačnost jejich používání. Jako zásadní kritérium odlišení obou konceptů uvádí rozdíl mezi uvědomělým vnímáním vlastního těla a neuvědomovaným výkonem svého těla. První z uvedených je podmínkou body image, neboli tělesného sebepojetí. Ukazuje se přitom, že lidé nejčastěji vnímají vlastní tělo, pokud se do centra jejich pozornosti dostane v důsledku některého ze svých projevů, například únavou nebo jiným diskomfortem. Do té doby nevnímají jeho přítomnost a existenci, neuvědomují si jeho fungování ve světě. Často mu dokonce připisují jakousi odosobněnou podobu („Zasekla se mi noha.“). Obvykle navíc vnímají pouze jednu jeho část, vnímají její vztah k celku. Gallagher (1986) uvádí, že není možné nikdy vnímat tělo jako celek. Nelze vnímat v jeden moment všechny části svého těla, všechny vnitřní orgány a integrovat je do jedné celistvosti. Základem body image jsou všechny více či méně nahodilé momenty vědomého vnímání vlastního těla. Jedná se o komplexní fenomén, který zahrnuje nejméně tři aspekty – percepční, kognitivní a emocionální. Percepce Gallagher myslí vědomé vnímání vlastního těla v přítomném okamžiku. Kognitivní aspekt je dán konstruktem, jaký si člověk o svém těle utváří na základě okamžitého prožitku a jeho intelektovému porozumění. Emocionální aspekt vychází z pocitů, které člověk vůči svému tělu prožívá. V podobném duchu rozumí tělesnému sebepojetí i Fialová, která vychází z Biefeldova výkladu pojmů (Fialová, 2001) Ve své knize popisuje tělesné sebepojetí jako „psychologicko – fenomenologickou část tělesné zkušenosti zahrnující všechny emocionálně afektivní procesy jednotlivce, jež se vztahují k vlastnímu tělu“ (Fialová, 2001, s. 22).

Tělesné schéma v Gallagherově (1986) pojetí představuje neuvědomovaný výkon, tělo v tomto smyslu není předmětem vědomí. Tělo je v tomto případě anonymní, je původcem pohybu a součástí vnějšího světa. Podobný výklad tělesného schématu opět uvádí Fialová: „neurofyzilogická část tělesné zkušenosti, zahrnující všechny perceptivně kognitivní procesy jednotlivce, jež se vztahují k vlastnímu tělu“ (Fialová, 2001, s. 22). Ta dále uvádí, že nadřazeným pojmem pro oba koncepty, tedy tělesné schéma a tělesné sebepojetí, je tělesná zkušenost (Body experience, Körpererfahrung). Jedná se o souhrnné označení všech zkušeností jedince s vlastním tělem v průběhu svého dosavadního individuálního i společenského vývoje. Ostatní pojmy, jako například tělesné ohraničení nebo tělesně uvědomění, jsou podřadné termíny, které vyplývají z hierarchizované výše uvedené struktury (Fialová, 2001, s. 22).

Výše uvedené třídění není univerzálním modelem, který sortuje a uvádí jednotlivé pojmy do souvislostí. Jedná se o nejčastěji vyskytující se způsob, jakým v dostupné literatuře autoři k pojmům spojeným s tělem přistupují. A to v perspektivě autorů, jež se o tuto systematizaci zasadili. Ráda bych také dodala, že nemalou obtíž hraje adekvátní překlad cizojazyčných pojmů do češtiny. Už tak nejednoznačné pojmy v původním jazyce doznávají další významové ztráty nebo nejasnosti. Často tedy čeští autoři užívají původních, nejčastěji anglických termínů. Pro účely této práce budu využívat jak původního termínu *body image*, tak termínů *tělesné sebepojetí* a *vnímání vlastního těla* jakožto českých významových ekvivalentů.

3.3 Specifika tělesného sebepojetí u obézních lidí

Zjišťování body image u obézních lidí je ve své podstatě problematickým oborem. Důvodem je samotná struktura populace obézních, která je značně široká a rozmanitá. Lidé se liší pohlavím, věkem, rasou, kulturou nebo socioekonomickým statutem, ale i anamnézou, historií léčebných pokusů, psychopatologií nebo se zdravím související kvalitou života. Všechny tyto skutečnosti činí velmi obtížným spolehlivě generovat data, která by umožnila vyvodit jednoznačné závěry, případně získaná data vzájemně srovnávat. I z toho důvodu řada výzkumů, jejichž předmětem je totéž téma nebo oblast, vykazuje rozdílné výsledky. Někdy si dokonce zcela odporují. Vždy je třeba zohlednit okolnosti a kontext celého výzkumu, především užití výzkumné nástroje, charakter zkoumaného vzorku, výzkumné cíle, místo a čas.

Přestože se ukazuje, že body-image je tématem mnoha obézních pacientů, paradoxně se tato oblast setkala pouze s malou mírou pozornosti v rámci léčebných přístupů. Navíc se ukazuje, že problémy v oblasti body-image vykazují jak muži, tak ženy. Vzhled jako takový je častou motivací k hubnutí u řady obézních. V souvislosti s body image se také ukazuje, že nespokojenost se svým tělem je častou příčinou přibírání následujícím po počátečním váhovém úbytku (Kayman et al, 1990; Wadden et al., 1988). Výzkumy přitom prokázaly, že lidé s nadváhou jsou schopni pozitivně změnit postoj k vlastnímu tělu i bez ohledu na svou hmotnost nebo na to, kolik jsou schopni zhubnout.

Protože je obezita stigmatizující, není překvapivé, že řada obézních osob své tělo vnímá negativně. Stunkard a Wadden (1993) zastávají názor, že obézní lidé se od lidí s normální váhou neliší v psychologické symptomatice, psychopatologii nebo osobnostních rysech, nýbrž v oblasti body-image. Vychází přitom z výzkumů, které byly v oblasti psychologických a psychosociálních důsledků obezity uskutečněny. Obézní lidé mají tendenci vidět své tělo rozměrově větší nebo jinak zkreslené, jsou se svým tělem více nespokojeni a více se svým vzhledem zabývají (Cash a Hicks, 1990; Collins et al. 1987).

3.3.1 Body image a obezita v dětství a dospívání

Výzkumy ukazují, že znepokojení v souvislosti s vlastním tělem zažívají více děti s nadváhou, než děti s normální hmotností. Důraz společnosti na tělesný vzhled a preferenci jejího ideálu vnímají už děti a dospívající. Dívky pocítují tlak na to být štíhlé, u chlapců je to pak důraz na svaly a tělesnou zdatnost. Souvislost mezi tělesnou hmotností a tělesným sebepojetím prokázala většina studií, bez ohledu na metodologii nebo výzkumný vzorek, konkrétně tedy bez ohledu na jeho rozmanitost ve smyslu pohlaví, věku a rasy. Přesto mají tyto charakteristiky vliv na míru, s jakou tyto dvě proměnné souvisí. V projektu EAT (Eating Among Teens), který zkoumal spokojenost s vlastním tělem mezi celkem 4500 dospívajícími, bylo odhaleno, že dvě třetiny obézních dívek jsou se svým tělem nespokojené, v porovnání s jednou třetinou dívek s normální hmotností. Podobně asi polovina dotázaných chlapců vyslovila nízkou míru spokojenosti s vlastním tělem, v porovnání s pětinou chlapců s normální hmotností (Neumark-Sztainer et al., 2002). Hloubkové rozhovory série kvalitativních studií dále prokázaly vysokou míru nespokojenosti s vlastním tělem u obézních dívek (49 z 50). Některé se navíc o svém těle vyjadřovaly v duchu extrémní nespokojenosti. Takovým příkladem jsou výroky týkající se zbavení se tuku jeho odřezáním a podobně. Dále uvádějí problémy při nákupu vhodného oblečení nebo v rámci interpersonálních vztahů. Skutečnost, že jsou obézní, zaujímá centrální roli v jejich životech, nikoliv však jedinou. Většina těchto dívek se dokáže vnímat i skrze pozitivní vlastnosti, ať už se týkají vzhledu nebo osobnosti (Neumark-Sztainer, 2011).

Ukazuje se také, že na negativní hodnocení vlastního těla má vliv sociální okolí. Jednu z vůbec prvních studií a pravděpodobně i jednou z nejčastěji citovaných v této oblasti v roce 1961 publikoval Richardson aj. (1961). Vyzval děti ve věku 10 až 11 let, aby obrázkový materiál zobrazující postavy vrstevníků seřadily podle toho, s kým by se chtěly nejvíce kamarádit. Na výběr měly celkem 6 obrázků, které zobrazovaly zdravou postavu, postavu s nadváhou a další čtyři postavy s různým typem tělesného postižení. Výsledky ukázaly, že nejméně jsou preferované děti s nadváhou. Zajímavostí je, že v roce 2003 byl tento výzkum zopakován Latnerem a Stunkardem (cit. dle Neumarkové-Sztainerové, 2011, s. 183). Výsledky ukázaly, že stigmatizace obézních dětí ze strany vrstevníků má za posledních 40 let stoupající tendenci. To je pozoruhodné zejména z toho důvodu, že počet dětí s nadváhou celosvětově stoupá. Dala by se tedy předpokládat i vyšší vzájemná tolerance.

Řada odborníků se rovněž zamýšlí nad možnými dopady nespokojenosti s vlastním tělem. Nabízí se otázka, zda může být tato nespokojenost pozitivním aspektem pro budoucí vývoj. Například Heinbert, Thompson a Matzon (cit. dle Neumarkové-Sztainerové, 2011, s. 184) se domnívají, že nespokojenost v oblasti body image u mladých obézních lidí může kladně ovlivnit

jejich schopnosti v oblasti regulace tělesné hmotnosti. Přiměřená míra nespokojenosti může působit jako motivace ke změně a fungovat na principu přirozeného sebeřízení. Výzkumné šetření, které prováděla Neumarková-Sztainerová a další ovšem hovoří spíše o opaku. Z dlouhodobého hlediska se totiž ukazuje, že nespokojenost s vlastním tělem souvisí v dalším vývoji s vyšším výskytem nezdravého způsobu hubnutí a rozvoje záchvatovitého přejídání, a na druhé straně s nižší mírou pohybového aktivity a nižším příjmem ovoce a zeleniny. Srovnatelné jsou přitom výsledky jak u chlapců, tak u děvčat (Neumark-Sztainer, 2011). Na druhou stranu se jedná o výsledky, které vypovídají o tendenci dospívajících na území Spojených států. Otázkou tedy zůstává, jaké důsledky přináší nespokojenosti s vlastním tělem u českých dětí a zda je jeho výskyt rizikovým faktorem jejich dalšího fyzického a psychosociálního vývoje. Z dat získaných výše uvedenými výzkumy ovšem vyplývá spíše potřeba zajistit zlepšení tělesného sebepojetí u dětí a dospívajících, a předejít tak možnému rizikovému a problémovému chování v oblasti příjmu potravy, regulace hmotnosti a péče o tělo.

3.3.2 Obezita a body image v dospělosti

Body image není v rámci obézní populace univerzální. Některé skupiny obézních inklinují ke zhoršenému prožívání body image, patří sem převážně lidé trpící záchvatovitým přejídáním (Binge Eating Disorder) nebo ti, jenž zažili v souvislosti se svou hmotností diskriminaci. Měření zkreslení v oblasti body image není metodicky lehkým úkolem, přesto se podařilo zjistit, že obézní lidé vykazují tendenci svou tělesnou velikost spíše nadhodnocovat (Latner a Wilson, 2011).

Obecně se dá tvrdit, že v rámci výzkumu tělesného sebepojetí u obézních lidí stojí výrazně v popředí téma vnímání vlastní tělesné velikosti. Často tak dochází k redukci body image, jakožto multifasetového konstrukt, na jeden z jeho řady aspektů – tělesnou velikost. V Rosenově studii obézních žen přitom nevykazovalo 35% z nich žádné poruchy v oblasti body-image související s jejich hmotností. Ukázaly se ale jiné předpojatosti, jako byla výška, obličejové rysy, jizvy nebo kožní vady (Rosen et al., 1995). Je tedy patrné, že léčba poruch vnímání vlastního těla redukcí tělesné hmotnosti může být do značné míry neefektivní. Domnívám se proto, že řešením je zaměřit se na komplexní diagnostiku, která odhalí konkrétní oblasti stojícími za poruchami body-image.

Důležitost body image u obézních dospělých pak ještě podtrhuje skutečnost, že je to právě tělesné sebepojetí, které je jednou z vůbec nejdůležitějších motivací pro léčbu. V případě žen se ukazuje jako nejčastější důvod k hubnutí právě fyzický vzhled. Především pak u těch, které se přihlásily do redukčních kurzů. Zdraví předčí benefit z fyzické proměny pouze u žen starších s vyšším stupněm obezity. Nejméně důležitý je vzhled jako motivace pro muže se závažným stupněm obezity. V celkovém měřítku je ale pro 16% mužů vzhled nejpodstatnější motivací, pro dalších 22% je to současný zdravotní stav a pro 41% mužů jsou to pak obavy z možných

budoucích zdravotních dopadů nadváhy (Levy a Heaton, 1993). Tyto výsledky potvrzují i údaje z dalších výzkumů (Rosen, 1996b).

3.3.2.1 Souvislost mezi body image a tělesnou hmotností

Na otázku, zda změny body image souvisí se změnami velikosti těla a obráceně, lze odpovědět kladně. A to i přes to, že existuje také řada výzkumů, které tuto souvislost spíše nepotvrzují. Nicméně neexistují podstatné a zásadní argumenty, které by tento vztah zřetelně vyvracely.

Negativní tělesné sebepojetí je v populaci obézních lidí častým jevem. Ať už se jedná jeho poruchu či nikoliv, pokládala si odborná veřejnost otázku, jakou roli sehrává tento psychologický konstrukt v léčbě obezity. Tedy především, zda lze zlepšením tělesného sebepojetí dosáhnout snížení hmotnosti. Ještě před tím bylo ale potřeba zeptat se obráceně: způsobí úbytek hmotnosti zlepšení tělesného sebepojetí?

Vzhledem ke skutečnosti, že byla oblast body image dlouhou dobu opomíjená, pochází největší množství výzkumných dat ze vzorku tvořeného lidmi se závažným stupněm obezity, jenž podstoupili chirurgický zákrok (Rosen, 1996b). **Lidé, jejichž následný váhový úbytek se dá považovat za dramatický, vykazovaly výrazně pozitivní změnu body-image** (Adami et al., 1994; Stunkard a Wadden, 1992). Další skupinou, která vykazovala zlepšení body-image, byli dle dalších zjištění obézní lidé, jenž úspěšně absolvovali nízkokalorickou redukční kúru (cit. dle Rosena, 1996, s.426). Nicméně se přesto ukazuje, že zlepšení body-image je pouze dočasné a závislé na váhovém úbytku. Pokud tedy dojde k opětovnému přibývání na váze, vykazují tito lidé ještě výraznější nespokojenost se svým vzhledem. Rosen (1996b, s. 427) se na základě těchto dat domnívá, že není možné označit neinvazivní léčebné metody jako efektivní způsob léčby negativního tělesného sebepojetí u obézních jedinců.

Z dalších výzkumných šetření ovšem vyplývá, že ani výrazné snížení váhy u obézních lidí automaticky nevede k větší spokojenosti s vlastním tělem. Annisová aj. (2004) porovnávali body image u žen obézních, dříve obézních a žen s normální hmotností. Ukázalo se přitom, že ženy, které byly dříve obézní, ale podařilo se jim hmotnosti zredukovat, hodnotí vlastního tělo stejně neuspokojivě jako ženy aktuálně obézní. Tedy hůře ve srovnání se ženami s normální hmotností. Tento fenomén je označován jako „fantomový tuk.“ O podobném jevu se již v předchozích letech zmiňoval Cash, a to na základě Stunkardových výzkumů. Označoval ho jako tzv. zbytkový body image (vestigial body image). Lidé, kteří se potýkali s nadváhou či obezitou od dětství, mají tendenci přistupovat ke svému tělu spíše odmítavým a znevažujícím způsobem. Tato podoba body image se navíc ukazuje jako velmi odolná vůči léčebné intervenci. (Grilo, 1996, s.408).

Druhou rovinou vztahu mezi body image a tělesnou hmotností je možnost zlepšením

tělesného sebezpečení dosáhnout snížení hmotnosti. Také tímto směrem se ubírala výzkumná šetření. Řada z nich **považuje body image za předpoklad váhového úbytku** v rámci behaviorální intervence. Ani zde však nepanuje názorová shoda. Většina se ovšem shoduje na tom, že pozitivní postoj vůči vlastnímu tělu příznivě působí na redukci hmotnosti (Grilo, 1996).

Za zajímavou považují hypotézu, kterou v souvislosti s nespokojeností s vlastním tělem vyslovil Heinberg aj. (cit. dle Latnera a Wilsona, 2011, s. 195): existuje vztah mezi nespokojeností s vlastním tělem a zdravou mírou váhou regulujícího chování. Autoři tvrdí, že lidé, jejichž míra nespokojenosti s vlastním tělem je nízká, můžou postrádat motivaci k takovému chování, kterým by dokázali svou váhu ovlivňovat. Na druhé straně ale platí, že se lidé s vysokou mírou nespokojenosti ve vztahu k vlastnímu tělu mohou uchýlovat k nezdravým způsobům regulace hmotnosti. Tato skupina lidí může na péči o své tělo také zcela rezignovat. A to z důvodu přílišného a pocitově nepřekonatelného rozdílu mezi současnou a ideální váhou. Tuto hypotézu autoři vyslovili v souvislosti s obezitou u dospělých, dětí i dospívajících. Tato hypotéza byla vyslovena jak v souvislosti s obezitou u dospělých, tak obezitou u dětí a dospívajících. Pozdějšími výzkumnými šetřeními ovšem potvrzena nebyla, naopak byl prokázán spíše opak (Latner a Wilson, 2011). Vzhledem k rozdílné osobnostní dynamice mezi dětmi, dospívajícími a dospělými, se domnívám, že tato teorie by se mohla prokázat jako platná pro dospělou populaci. Klíčovou roli dle mého názoru bude sehrávat přiměřenost nespokojenosti spolu s vědomím vlastní schopnosti snížit tělesnou hmotnost ve smyslu self-efficacy.

3.3.2.2 Poruchy body image u obézních lidí

Poruchy body image jsou kromě přejídání nebo nadměrné konzumace jídla jednou ze dvou behaviorálních poruch, která specificky souvisí s obezitou. Poruchy v oblasti body image jsou charakterizovány nerealistickými pocity ve vztahu k vlastnímu tělu. Především je to přesvědčení, že je vlastní tělo příliš velké nebo příliš ošklivé. Jedná se tedy o negativní hodnocení celku nebo některé z jeho částí. Tyto pocity pak dále ovlivňují sebevědomí a mají vliv na zhoršené sociální fungování. Redukce tělesné hmotnosti navíc nevykazuje pozitivní účinky v souvislosti s poruchami tělesného sebezpečení. Jejich léčba je nejčastěji předmětem dlouhodobé psychoterapie (Stunkard a Mendelson, 1967).

Prevalence výskytu poruch body image se pohybuje kolem 68% u obézních osob, které podstupují redukční léčbu, přičemž asi jedna třetina těchto lidí udává střední až vysokou míru nespokojenosti s celkovým vzhledem. Nejčastější částí těla, která vzbuzuje v obézních lidech nespokojenost, je oblast pasu a břicha (Sarwer et al., 1998).

Porucha body image může souviset s poruchou jedné její komponenty. Nejčastěji jsou zmiňovány složky percepční a postojová. Percepční komponenta udává přesnost s jakou jedinec

vnímá různé části těla, zatímco postojová reprezentuje myšlenky, pocity a reakce vzhledem k vlastnímu tělu (Faith a Allison, 1996, s. 370). Platí ovšem, že pokud je narušena jedna ze složek body image, obvykle dojde i k následnému zkreslení celku prostřednictvím dalších komponent, které spolu vzájemně úzce souvisí.

Výsledky výzkumu uvádí, že kritickým obdobím pro rozvoj poruch v oblasti body image je období adolescence (Wadden a Stunkard, 1993, s. 167). Jedná se o období, kdy jsou mladí lidé obzvláště citliví na reakce vůči sobě ze strany okolí, vnímají sociální tlak a zároveň pocítují potřebu být přijati. V tomto období navíc dochází k fyzickým změnám, které samy o sobě vytváří nároky na schopnost jedince se s nimi vyrovnat. Dětství je oproti tomu více ovládáno okamžitými náladami a celkové sebepojetí je v tomto smyslu více stabilní.

Významnou souvislost ukazují výzkumy ve vztahu mezi záchvatovým přejídáním (BED) a poruchami v oblasti body image. Obézní jedinci trpící záchvatovým přejídáním vykazují vyšší míru nespokojenosti s vlastním tělem než obézní lidé bez této poruchy (Mussell et al., 1996; Legenbauer et al., 2011). V souvislosti s poruchami body image se výzkumy orientovaly především na vnímání velikosti a míru nespokojenosti s vlastním tělem. Obecně se dá v případě obézní populace tvrdit, že obojí je velmi problematické, neboť především v případě vnímání vlastní velikosti jako větší, než jaká ve skutečnosti je vzhledem k obezitě obecně vnímáno jako menší klinický problém. Jednoznačněji pak hovoří výsledky zkoumající míru nespokojenosti s vlastním tělem. Ta se ukazuje jako skutečně jeden ze symptomů BED a významně se podílí i na míře závažnosti tohoto onemocnění. Za další dva je považována výživa a deprese. Předpokládá se, že úspěch léčby souvisí se zmírněním alespoň jednoho z těchto základních faktorů (Johnson a Togrud, 1996).

Výjimkou není ani výskyt dysmorfofobické poruchy (Body Dysmorphic Disorder, dále BDD). Ta je charakteristická neustálým se zaobíráním domnělým defektem svého fyzického vzhledu. I v případě, že skutečně takový defekt existuje, jeho závažnost neodpovídá míře, s jakou se jedinec jejímu řešení věnuje. Projevovat se může i jako posedlost, jenž způsobuje výrazný stres a zhoršuje sociální fungování (Rosen, 1996a, s. 150). Přestože porucha body image je centrálním prvkem BDD, její specifika jsou popsána jen velmi zběžně. Výzkumy hovoří především o výrazné nespokojenosti s vlastním vzhledem, kterému je věnována vysoká míra pozornosti. Zajímavostí je, že lidé s BDD mají zvýšenou tendenci zaměřovat se spíše na detail, nikoliv na celek. Tato skutečnost vyplývá jak z údajů získaných pomocí psychologických diagnostických nástrojů, tak pomocí neurozobrazovacích metod. Ukazuje se, že lidé trpící BDD se orientují na jednotlivosti a obtížně syntetizují části v celek (Phillips, 2011, s. 309).

Na druhou stranu existují poruchy opačného významu, tj. že lidé svou obezitu nevnímají.

Především pak ti, u nichž se obezita rozvinula až v dospělém věku. Tito lidé mají tendenci vnímat se jako stále štíhlí. Jejich body image ustrnul v období, kdy váha byla normální a vůči proměně tělesné velikost je v podstatě imunní. Ukazuje se tedy opět jako klíčové období adolescence, které výrazně determinuje tělesný sebeobraz. Toto přehlížení vlastní obezity ovlivňuje soudnost a především komplikuje léčbu, neboť tito jedinci nejsou obvykle nijak motivovaní. Podmínkou pro léčbu je proto, zdá se, nahrazení nereálného tělesného sebepojetí reálným. Často se také stává, že v pozadí tohoto popření stojí neuvědomované fantazie nebo obavy obézního člověka. Příkladem můžou být tvrzení, která souvisí s obavami ze štíhlosti týkající se případného nezvládnutí sociální situace: když budu štíhlý, budu přitahovat více pozitivní pozornosti, s níž nevím, jak naložit. Obezita v tomto případě může sloužit jako výhodná strategie a poskytovat člověku bezpečí konformní zóny. Stává se tak neuvědomovaně udržovaným symptomem (Weiss, 1986).

Z uvedených informací je patrné, že poruchy v oblasti body image jsou v populaci obézních lidí poměrně rozšířené. Kromě toho, že tato porucha negativně ovlivňuje kvalitu života a působí jedinci zvýšenou míru emocionálního stresu a psychické nepohody, její léčba navíc vyžaduje dlouhodobou intervenci. Pro vznik těchto poruch se ukazuje být klíčové především období dětství a ještě podstatněji období adolescence. Vývojově se jedná o zásadní období z hlediska formování vlastní identity. I z toho důvodu, domnívám se, je léčba poruch tělesného sebepojetí náročná a zdlouhavá. Jedná se totiž o terapeutickou práci s osobností jedince jako dynamickým celkem.

3.4 Léčba poruch body image psychologickými prostředky

Poruchy tělesného pojetí nejsou tématem pouze obézní populace. Dotýkají se v různé míře závažnosti i řady dalších lidí. Domnívám se, že jejich četnost má na svědomí i současná na výkon orientovaná společnost, jejíž nároky ve vztahu k tělu jsou obzvláště vysoké. Cílem následující části mé práce je vytvořit přehled psychologických nástrojů, které se věnují léčbě poruch body image. Zaměřím se především na ty směry, které pro svou praxi nabízejí i teoretické pozadí a vytvářejí v souvislosti s tělesným sebepojetím komplexní celek. Snažila jsem se zahrnout ty směry, které považuji vzhledem k publikační a výzkumné činnosti za přední.

3.4.1 Uplatnění psychodynamických principů v terapii

Do oblasti terapeutické léčby tělesného sebepojetí významně přispěl americký psychiatr David W. Krueger (1990; 2013). Jeho pojetí body image přesahuje rámec jeho obvyklé definice. Ve skutečnosti se zamýšlí nad komplexnějším tělesným self. Kromě teoretického pojetí tohoto konstruktů promlouvá také do oblasti terapeutické intervence jeho poruch v perspektivě psychodynamického přístupu. Právě tuto část jeho díla bych ráda představila v následující části

své práce.

Terapeutická intervence v rámci psychodynamického přístupu klade důraz na souvislost body image a psychologického self (Krueger, 1990). Léčba poruch body image tedy úzce souvisí s deficientní strukturou self. Obvykle se jedná o vývojové zpomalení nebo zastavení. V tomto případě tělesné sebepojetí nedosáhlo ucelené podoby a často bývá pro takového člověka neuchopitelné. Jeho vztah k tělu je zredukován na prožívání fyzických obtíží. Obvykle k němu také postrádá emocionální vztah. Vlastní tělo je posuzováno na základě zpětné vazby, která se člověku dostává od okolí.

Vývoj psychologické a tělesného self vychází z procesu zrcadlení s rodičovskou postavou, které se odehrává od prvních týdnů věku dítěte a proměňuje se s dalším vývojem. Probíhá-li toto zrcadlení nedostatečně, dochází ke fragmentaci vnitřní zkušenosti, která blokuje další vývoj. Druhou možností je nedostatečná separace psychologického a tělesného self od rodiče a jejich další vzájemná vývojová závislost. Tyto deficity vedou k jeho oslabení a následné závislosti na vnějších zdrojích. V případě, že je člověk v rámci potvrzování a hodnocení sebe sama závislý na těchto vnějších zdrojích, pokouší se o jejich symbolické zvnitřnění. Toho může dosáhnout řadou způsobů. Jedním z nich je například nabývání materiálních věcí nebo peněz. Stejně tak dobře může být vnějším zdrojem také jídlo, alkohol nebo drogy. Přesto takový člověk stále vnitřně pociťuje touhu po trvalejším způsobu řešení a nikdy není jeho potřeba celistvosti těmito náhradními způsoby zcela uspokojena (Krueger, 1990; 2013).

Podoba terapeutického vztahu. Formování terapeutického vztahu s člověkem, jehož vývoj body image byl z nějakého důvodu narušen nebo pozastaven, je specifický prožíváním nedůvěry a ohrožení ze strany klienta. Tyto pocity obvykle provázely většinu v minulosti významných vztahů. Jejich tělesná zkušenost je navíc často omezena jen na prožívání tělesných nepohod. Symptom se tak stává jedinou možností, jak být s tělem v kontaktu, a po určité době se může dokonce stát významnou součástí tělesného sebepojetí. V terapii je doporučeno se těmito symptomům věnovat, především pak jejich významu v pojetí klienta a změnám v průběhu procesu. Důležité je také změřit se na motivaci klienta a jeho nasazení pro změnu (Krueger, 1990).

Empatické naslouchání jako terapeutický nástroj. Základem úspěšné terapie je přijetí klienta terapeutem. Toho je prakticky dosaženo aktivní snahou ze strany terapeuta o pochopení klientova vnitřního světa. Skutečnost, že terapeut naslouchá klientově zkušenosti a jeho vlastnímu významu této zkušenosti, že respektuje jeho pocity a myšlenky, to vše umožňuje klientovi, aby je přijal i on sám. Získává tak zprávu, že jeho vlastní pocity mají hodnotu a můžou utvářet

integrovaný celek. Tím dochází ke zcela novému vztahovému zážitku. Jeho podstatnou částí bývá fáze, kdy klient integruje terapeuta do svého vlastního vnitřního světa. Ten se stává součástí jeho deficientní self struktury. Umožňuje mu vnitřně zorganizovat jeho vlastní zkušenosti a tak se dále rozvíjet a růst (Krueger, 1990).

Neverbální komunikace. V rámci vývoje sehrávají slova ve formování původního, tělesného self, až druhotný význam. Komunikace v rané fázi vývoje má podobu nonverbální. Vychází z mimiky, gest, posturality nebo afektivního zabarvení. Slova ovlivňují až pozdější fázi vývoje. Pro terapeutickou praxi z toho vyplývá, že klient komunikuje s terapeutem nejen prostřednictvím řeči, ale především k němu vysílá signály neverbální. Z toho důvodu by měl být terapeut vůči těmto automatickým a afektivním způsobům komunikace obzvláště pozorný (Krueger, 1990).

Terapie jako vývojová zkušenost. Psychoterapie může sloužit jako korektivní vývojová zkušenost, která se odehrává v terapeutickém vztahu. Ten se vyznačuje podobnými vlastnostmi jako vztah mezi matkou a dítětem, a to ve smyslu jeho konzistence, spolehlivosti, empatie a ohraničení. Také je zaměřen na klienta. Terapeut podobně jako pečující osoba zprostředkovává klientovi pocit přijetí, i když se chová nepřátelsky a vzdorovitě. Přesto terapeut vytváří přijímající a bezpečné prostředí. Tyto podmínky jsou v terapii důležité. Především pak u jedinců, kteří se potýkají se strukturálními deficitem self, jenž nastaly v důsledku narušeného vývojového procesu. Terapeutovým úkolem je rozpoznat v klientově projevu jeho postoje a vztahy k vlastnímu tělu a ty mu pak pomoci vyslovit. Významná je především afektivní komponenta tohoto prožívání. Ta obvykle vychází z tělesné zkušenosti. Tím, že terapeut zachytí tyto projevy a umožní mu je verbalizovat, dojde nejen k jejich zvědomění, ale především k tomu, že jejich přijetím si jedinec tyto dílčí jednotlivosti může zabudovat do celkového rámce body image. Postupnou integrací těchto zážitků se utváří kompletní obraz sebe sama, konsoliduje se vlastní self (Krueger, 1990).

Z pohledu terapeutické praxe se v Kruegerově pojetí nedá hovořit o specifické metodice, která by pro účely léčby poruch body image vyplývala. Významný přínos ale spatřuji především v teoretickém rozpracování konceptu body image v perspektivě psychodynamického přístupu. Především pak souvislost mezi vnímáním vlastního těla a celkovým osobnostním nastavením člověka považuji v rámci psychologických teorií za ojedinělé. Krueger využil vývojových a attachmentových teorií osobnosti a zdůraznil vliv předchozí vztahové zkušenosti na tělesné sebepojetí. Právě vztah se v jeho pojetí ukazuje zásadní pro terapii body image. Klade důraz na

vztahově bezpečné prostředí a naladění na klienta. Jeho přijetí a zároveň bdělost vůči přenosovým a protipřenosovým jevům. Ač se jedná o standardní principy psychodynamických přístupů, jejich provázanost s teoretickým rámcem z nich dle mého názoru činí jedno z nejpropracovanějších terapeutických pojetí, které je skutečně bdělé vůči významu body image v životě jednotlivce.

3.4.2 Somatopsychické přístupy v psychoterapii

Somatopsychické přístupy vychází z předpokladu, že osobní tělesná zkušenost je nenahraditelnou podmínkou trvalé změny v oblasti body image. Přímé ovlivnění sensorické a somatické zkušenosti je součástí komplexní léčby v oblasti poruch tělesného sebepojetí. Vzhledem ke skutečnosti, že formování body image má své počátky v předverbální fázi vývoje, zdá se být přímé působení na tělo účinným způsobem jeho ovlivňování, a to především u toho typu klientů, jejichž poruchy pramení ze zkušenosti z dětství (Rabinor a Bilich, 2011, s. 424). Somatopsychický přístup existuje široké spektrum. Za přehledné a komplexní považují třídění Rabinorové a Bilichové (2011, s. 425), nebo přehled dle Pruzinského (1990, s. 297).

Řada takto zaměřených přístupů má svůj vlastní teoretický rámec, z něhož ve své praxi vychází. Specifické jsou i konkrétní techniky, které při léčby dané přístupy využívají. Ráda bych alespoň stručně představila následující oblast somatopsychického přístupu a jeho možností v léčbě poruch body image.

Jako první předpoklad, který je společný všem uvedeným směrům je ten, že **pojetí sebe sama vychází ze zkušenosti s vlastní tělesností**. Člověk se narodil ve svém těle, nenarodil se ale s vědomím sebe sama. To se utvářelo postupně a právě prostřednictvím těla. Jedním ze zásadních vývojových milníků je proces separace-individuace, který je dán dvěma důležitými tělesnými zkušenostmi – dotykem a pohybem (Pruzinsky, 1990, s. 299). Je to právě dotyk, který nám umožňuje prožít spojení se světem nebo s jiným člověkem, a umožňuje procítit hranice vlastní tělesnosti. Terapeutická práce s dotykem se dá tedy považovat za podstatný nástroj léčby lidí s poruchami body image. Opět existují výrazné rozdílnosti v rámci jednotlivých směrů, které s tímto nástrojem s ohledem na svá teoretická východiska pracují. Podobně jako pohyb, také ten souvisí s vnímáním vlastní ohraničenosti. Pomocí pohybu člověk reguluje vzdálenost mezi sebou a zbytkem světa. Jeho význam souvisí kromě vzdálenosti také s jeho formou, postojem nebo dynamikou. I pohyb se v tomto smyslu ukazuje jako terapeuticky silný nástroj.

Druhým předpokladem somatopsychických přístupů je, že **veškerá zkušenost, kterou člověk zažívá, ať už emocionální, interpersonální, kognitivní nebo behaviorální, se odehrává na pozadí zkušenosti tělesné**. Tělo je vždy přítomno (Pruzinsky, 1990, s. 300). Způsob, jakým prožíváme vlastní tělo přítomné není jen pozadím, ale ovlivňuje i naše vnímání a paměť. Odraz vnímání světa se obvykle odráží v postoji člověka. V souvislosti s pamětí se hovoří o tzv.

muskulární paměti. Svalový tonus vytváří spojení s určitou prožitkovou zkušeností. Asi nejlépe patrné je toto spojení v případě emocí a aktivace obličejových svalů, které věrně odráží jejich rozpoložení bez vědomého zásahu jedince (Ekman et al., 1983).

Třetím předpokladem je **propojení tělesné a psychické zkušenosti člověka**. Teprve jejich integrací může terapie působit na změnu efektivně (Pruzinky, 1990). Působením na tělo se člověk otevírá zkušenosti, které nevyhnutelně ovlivňuje i další aspekty jeho života. Jako první nastává obvykle emocionální prožitek. Verbální zpracování této zkušenosti může umožnit jejímu významu lépe porozumět a snadněji ho integrovat do vnitřního rámce. Tím se stává tato zkušenost hlubší a významnější a dále působí na jiné životní oblasti.

Tyto na tělo orientované techniky bývají zpravidla součástí ucelenějších terapeutických přístupů. Zastávám názor, že jsou přínosem procesu, ovšem kladou na něj i specifické požadavky. Kromě bezpečné atmosféry jsou to také kompetence terapeuta, který by měl odhadnout fázi, v níž techniku užít. Měl by také umět nakládat s jejími následky, neboť se může stát, že klient tento typ intervence bude prožívat emotivně. Ač poruchami body image trpí nemalé procento populace nejen z řad obézních, stále nebyla vytvořena pro účely léčby žádná na tělo orientovaná metodika. Zároveň chybí výzkumné studie, které by se zaměřily na efektivitu tohoto přístupu v léčbě poruch body image. Přesto se domnívám, že se jedná o významnou část psychoterapie, která může fungovat v léčbě poruch tělesného sebepojetí účinně a je svým způsobem nenahraditelná.

3.4.3 Kognitivně – behaviorální přístup

Výsledky výzkumů prováděné v souvislosti s kognitivně-behaviorální intervencí v léčbě poruch body image potvrzují její účinnost (Jarry a Cash, 2011, s. 421). Výzkumně se poruchami body image u obézní populace žen zabývali Rosen a další (Rosen et al., 1995; Rosen et al. 1989; Ramirez a Rosen, 2001). Jejich studie poukazují na to, že zahrnutí komponenty body image do redukční léčby má pozitivní vliv jak na úbytek hmotnosti a jeho udržení, tak v případě relapsu i na udržení pozitivního body image.

KBT cílí svou intervencí na všechny složky body image. Poruchy v oblasti body image nahlíží jako výsledek iracionálních myšlenek, nerealistických očekávání a chybných vysvětlení (Freedman, 1990, s. 273). Cílem terapeutického procesu je tyto vnitřní směrnice zpochybnit tím, že je jedinec sám přezkoumává a odhaluje jejich nefunkčnost. Prvním krokem terapie je ovšem tyto automatické myšlenky rozpoznat a zachytit. Klient je tak v prvních fázích terapie veden k větší bdělosti vůči vlastním myšlenkám.

Původní Beckova koncepce KBT vychází ze tří komponent: behaviorální přístup, empirický (zkušenostní) přístup a přístup kognitivní. Z těchto komponent vychází rovněž KBT zaměřená na poruchy v oblasti body image (Newell, 1991). Behaviorální komponenta představuje

nové možnosti ve způsobu chování. Jejich postupným začleňováním do života klienta se zmírňují obavy spojené s body image a eliminuje se vyhýbavé chování. Příkladem může být klient, kterého zúzkostňuje představa, že se mu někdo z jeho okolí za jeho tloušťku bude vysmívat. Řešením může být nácvik asertivní odpovědi v sociálních situacích tohoto druhu: moje váha je moje věc, nikoliv tvá. Zážitekový přístup poskytuje klientovi novou korektivní emoční zkušenost, která svou silou oslabuje současné dysfunkční představy. Příkladem může být relaxace, řízená imaginace, skupinová intervence nebo fyzická aktivita. Kognitivní přístup umožňuje zachytit automatické myšlenky. Zjišťuje jejich podobu, četnost, okolnosti jejich výskytu a podobně. Tyto myšlenky se pak uvádějí do širších souvislostí. Klient tak nahlíží způsob, jakým tyto myšlenky ovlivňují jeho prožívání a chování. Své představy pak klient testuje, hledá pro a proti a sleduje jejich prospěšnost. Dále nachází funkční alternativy a v souvislosti s nimi upravuje své původní představy a předpoklady. Jednou z možných způsobů nápravy dysfunkčních myšlenek je „Beckova technika tří sloupců“, která zahrnuje tyto části: automatická myšlenka (1), kognitivní omyl (2) a racionální protiargument (3). Freedmanová (1990, s. 276):

(1) Vypadám strašně. Tenhle sestřih je katastrofa. (2) Přehánění. (3) Není to nejlepší, ale rozhodně to není strašné. I když jsem poloplešatá, zemětřesení to nezpůsobí.

(1) Stydím se jít ven, všichni se mi budou smát. (2) Emocionální odůvodnění. (3) Mám právo na to udělat chybu. Někdo se bude smát, někdo bude sympatizovat. Ale většinou to bude fuk.

Značnou část terapeutického procesu představuje snižování úzkosti, která je spojena s vyhýbavým chováním. Aby klient mohl zažít iracionalitu vlastních strachů, které jsou pro něj zdrojem úzkosti, je těmto situacím cíleně vystavován. U klientů s porachami body image se přitom nejčastěji jedná o sociální situace (Newell, 1991). Předpokladem je, že člověk, který zažij v reálném životě. V tomto případě se dle mého názoru jedná o podobný princip, kterého využívá logoterapeutická technika paradoxní intence. I v rámci této techniky je klient vystavován stresové situaci. Zároveň je zvyšován pocit vlastní kompetence, protože se na své léčbě podílí aktivně a je mu umožněno regulovat míru vlastního strachu. Jinými slovy má svůj strach pod kontrolou. To následně pozitivně působí na fyziologickou odezvu organismu a snižuje se míra prožívané úzkosti.

Základem KBT ovšem zůstává vřelý terapeutický vztah (Newell, 1991; Freedman, 1990). Ten má podobu pracovního spojení a jeho podstatou je upřímný respekt ke klientově způsobu života ze strany terapeuta. Terapeut může přitom zaujímat roli učitele v tom smyslu, že pomáhá

klientovi rozvíjet vlastní copingové strategie. Může mu nabízet různé taktické způsoby řešení, které mu usnadní fungování v krizových momentech. Zadává také domácí úkoly, kterými klient posiluje vlastní kompetence a zvyšuje šance na klientovo úspěšné pokračování po skončení terapeutického procesu.

Osobně se domnívám, že takto nastavená terapeutická intervence může být pro léčbu poruch efektivní. Především pak v tom smyslu, že poskytuje klientovi nástroje, jak účinně pracovat s prožívanou psychickou nepohodou, která s poruchami body image souvisí. Za podstatné považuji vedení klienta k samostatnosti. Terapie klientovi sděluje, že je to on, kdo může ovlivňovat své obtíže a že je to on, kdo má nástroje k tomu, aby tak učinil. Staví ho tak do aktivní pozice. Jistou slabinu spatřuji na druhou stranu v nutnosti vynakládat k těmto krokům nemalé volní úsilí. Domnívám se, že poruchy body image mohou mít podobu nutkavých myšlenek, které narušují kvalitu života, nejen konkrétní sociální nebo jiné situace. Především pak u lidí, kteří trpí závažnější formou této poruchy. Přesto zastávám názor, že kognitivně-behaviorální principy představují v léčbě poruch tělesného sebepojetí základní a nezastupitelnou roli.

3.4.4 Terapie poruch body image u obézních lidí dle Rosena

I přesto, že negativní body image je tématem značné části obézní populace, behaviorálně orientovaná terapie tuto skutečnost při léčbě obézních klientů dlouhou dobu opomíjela. Specificky se na tuto oblast nezaměřovaly ani jiné směry. Z toho důvodu považuji za významnou práci amerického emeritního profesora Jamese Rosena, který vytvořil metodiku speciálně pro obézní klienty. Vychází přitom ze zásad kognitivně-behaviorálního přístupu a především pak z vlastních terapeutických zkušeností s obézními ženami. V následující části své práce představím její hlavní zásady, které sám formuloval (Rosen, 1996b; Rosen et al., 1995).

Rosen se věnuje léčbě poruch body image u obézních klientů jak v rámci skupiny, tak individuálně. Jako výhody skupinové léčby zmiňuje sdílení stejného typu obtíží s dalšími lidmi. Skupina také umožňuje setkání lidí s různou mírou nadváhy. Těžší jedinci tak vidí, že i ti, kteří mají nižší hmotnost, trpí stejnými obtížemi. V neposlední řadě je to také vzájemná pomoc, podpora a sdílení zkušeností. Nicméně skupina není podmínkou úspěšné léčby. Nejefektivnějším způsobem léčby se ukazuje být zadávání domácích úkolů a cvičení, která jedince provádí doma mezi sezeními. Tím zvyšuje vlastní kompetence i sebevědomí (Rosen, 1996b).

Za základními pilíře léčebného postupu považuje Rosen (1996b, s. 433 - 437) následující terapeutické prvky:

Informace o vývoji body image. Prvním krokem je seznámit účastníky s konceptem body image, jeho sociálními a vývojovými zákonitostmi, stejně jako s jeho kulturní podmíněností.

Doporučuje se jako ilustrace položit otázku, kolik musí zhubnout, aby se vnímali lépe. Tyto odpovědi zpravidla umožňují lépe pochopit, jak významný je celospolečenský tlak na to být štíhlý. Společnost v zásadě neumožňuje jedinci vnímat své tělo pozitivně, dokud nesplňuje její ideály. Tato prvotní zkušenost umožní účastním porozumět vztahu mezi fyzickým vzhledem a body image, který může být často nezávislý. Dále jsou účastníci vedeny k tomu, aby identifikovaly osobní zkušenost z dětství a adolescence, která odstartovala negativní nastavení vůči vlastnímu tělu. Obvykle se jedná o prožité ponížení nebo odmítnutí z důvodu nadváhy nebo vzhledu. Účastníci jsou dále vedeni k tomu, aby si vedli deník. Jejich prostřednictvím se učí sebemonitorování, také si zaznamenávají negativní myšlenky a přesvědčení, která vůči sobě zaujímají a která dále ovlivňují jejich chování. Například negativní pocit ohledně svého břicha transformují do vyhybavého chování, které spočívá ve výběru volného a neforemného oblečení.

Pohled na vlastní tělo. Klienti jsou vyzváni, aby se v průběhu následujících týdnů doma prohlíželi ve velkém zrcadle. Nejprve v oblečení, pak bez něj. Výsledkem by měla být schopnost popsat své tělo objektivně a neutrálně bez expresivního negativního zabarvení. Například místo původního výroku: *nenávidím svůj obrovský špek*, dochází jedinec k tvrzení: *vidím své oblé břicho*. Nemusí se ale vždy jednat o tělesnou hmotnost, která jedinci způsobuje stres. Objevují se i jiné tělesné aspekty, například jizvy nebo asymetrie.

Kognitivní restrukturační. Úkolem terapeuta je pomoci identifikovat ty automatické myšlenky související s tělesným sebepojetím, která brání jeho přijetí. Specifikem obézních lidí je skutečnost, že řada aspektů, kterými se trápí, jsou skutečně opodstatněná. Například: *jsem tlustá a mám velké břicho*. Cílem je ovšem zpracovat toto negativní hodnocení do té míry, aby neomezovalo fungování jedince v životě. Například ho zbavilo studu a úzkosti ve společnosti dalších lidí.

Odhalování a prevence. Cílem této části léčby je omezit úzkost plynoucí z obávaných situací v souvislosti s body image a podpořit změnu v často inhibovaném životním stylu. Především pak v těch oblastech jako je pohybová aktivita, oblékání a držení těla. Doporučuje se například obnovit šatník skutečně padnoucím oblečením, jíst a cvičit na veřejnosti nebo nosit barevné doplňky. Pracuje se také se zautomatizovanými vzorci chování, například častým převažováním nebo tendencí se srovnávat s ostatními lidmi a upozorňovat na svou tloušťku.

Vypořádání se se stereotypy a předsudky. Cílem tohoto kroku je pomoci se vypořádat se stigmatizací, kterou s sebou obezita přináší. Jako první se doporučuje připisovat případné poznámky nebo pochybnosti ze strany okolí, které se týkají nadváhy, jejich předsudečnosti vůči obezitě obecně, nikoliv je vztahovat k sobě jako osobnosti. Být obézní nijak nesouvisí s kvalitou osobnosti. Dále se účastníci učí snižovat význam toho, co vyvolává negativní odezvu okolí, tedy své nadváhy. Jsou seznámeni s výsledky výzkumů, který se zabývají obezitou a jejím hodnocením ze strany okolí. Tyto skutečnosti by jim měly následně pomoci se oprostit od srovnávání se s jinými lidmi. Pokud i přesto lidé k tomuto srovnávání inklinují, doporučuje se zaměřit se na jiné parametry, než je vzhled. Například na schopnost udržet konverzaci. I přesto, že se jedná o poměrně riskantní krok, obvykle je doporučováno zaměřit srovnávání do oblasti, jenž je pro člověka lépe ovladatelná a změnitelná.

Integrace body image terapie s redukční léčbou. Vzhledem ke skutečnosti, že nejčastějším psychosociálním důsledkem obezity jsou poruchy tělesného sebepojetí, doporučuje se tento druh terapie začlenit jako součást do tradičních redukčních programů. Přesto jsou tyto snahy stále spíše ve svém počátku a je potřeba dalšího propracování, stejně jako výzkumů, které by tuto oblast dále probádaly.

Rosenova terapeutická metodika je dle mého názoru odrazem zkušeností v práci s obézními lidmi. Ve své práci reaguje na konkrétní situace a témata, se kterými se obézní člověk ve svém životě potýká. V souladu se zásadami KBT tak vytváří model exkluzivně pro potřeby obézních lidí trpících poruchami body image.

3.4.5 Integrativní model skupinové terapie

Integrativní model skupinové terapie (dále IMST) zahrnuje prvky psychoanalytické a psychodynamické teorie, teorie objektních vztahů, self psychologie, gestalt terapie, attachmentových teorií, zážitkové na tělo orientované terapie, senzomotorické terapie, to vše v kontextu skupinové terapie (Weiss, 2004). Jedná se o přístup, který vypracovala Fran Weissová. Ta podobně jako Rosen vycházela ze své klinické praxe a zkušeností. Ráda bych stručně představila její koncept v následující části své práce, neboť ho považuji za propracovanou metodiku, která jako jedna z mála cílí specificky na poruchy body image u obézních lidí.

Cílem skupinové terapie, ať už krátkodobé či dlouhodobé, je zlepšit objektní vztahy a zaměřit se na vývojové deficity a sebereprezentaci obézních lidí trpících poruchami body image. Do skupiny jsou zařazováni jak jedinci obézní od dětství či dospívání, tak ti, kteří se stali obézními až v dospělém věku. Jedním ze základních pilířů terapie je pohybová složka, která byla do té doby

v léčby body image opomíjena. Pohyb pro účely terapie vychází z T'ai Chi a je modifikován pro účely léčby body image. Jedná se o neinvazivní typ pohybu, který umožňuje klientům prožít tělesný zážitek. Ten vychází jak z vnější, tak vnitřní tělesné zkušenosti, a napomáhá rozvoji a růstu body image. Další pohybovou aktivitou je tzv. tělesné sochání (body sculpting). Jedná se o formu sebedotýkání, která vychází ze slovních instrukcí terapeuta, pomocí něhož klient znovuobjevuje své tělesné hranice. Tato technika spolu s pohybovou aktivitou přenosově zpracovává vývoj body image probíhající v dětství. Důraz na pohyb vychází ze zkušeností, které ukazují na disociaci prožitkové složky od vlastního těla (Weiss, 2004).

Osobně se domnívám, že takto koncipovaná intervence může být pro léčbu poruch body image velmi efektivní. Vzhledem ke skutečnosti, že pracuje se širokou škálou technik, které cílí jak na práci s tělem, tak na práci se vztahy a rodinou. Zapojuje také projektivní metody, skupinovou dynamiku a rozhovory, přičemž využívá přenosových a protipřenosových jevů. To vše slibuje intenzivní terapeutické působení. Na druhou stranu se domnívám, že právě tato intenzita může být pro řadu obézních lidí ohrožující a v případě, že motivace k léčbě není dostatečně vysoká, obávám se přerušení léčby ze strany interventů. Naopak bych ocenila, že autorka nezačlenila do svého konceptu redukční program. Myslím, že v opačném případě, by mohlo dojít k interferenci a cíl léčby by se mohl stát zmateným a nejasným.

3.4.6 Feministické přístupy v léčbě body image

Feministický přístup je kromě KBT a psychodynamicky orientovaných směrů dalším z ústředních přístupů, které se věnují léčbě poruch body image. Alespoň tato skutečnost vyplývá z četností výzkumů a publikační činnosti.

Feministický přístup se v terapii vyhýbá léčbě poruch tělesného sebepojetí za pomoci změny vzhledu, tedy dietou nebo cvičením. Tím by totiž potvrdil kulturní stereotyp, vůči kterému se v rámci své teorie vymezuje. Zakládá si na terapeutickém vztahu, který by měl mít podobu rovnocenného partnerství. Úkolem terapeuta je vytvořit přijímající atmosféru. Měl by podporovat otevřenost a sám by v tomto duchu měl jít příkladem. Vzájemná komunikace je spíše neformální a vůči klientce je podpůrná a povzbuzující (Evans et al., 2010).

V léčbě poruch tělesného sebepojetí je z hlediska feministické perspektivy žádoucí dosáhnout **uvolnění z izolace**. Jinými slovy je volena forma skupinové terapie, která ženám umožní sdílet svá trápení a nabídne jim vzájemnou podporu. Vzniká navíc prostředí důvěry, kdy se tělo stává skutečným tématem, nikoliv předmětem rozhovoru, jak tomu bývá v běžném životě. Dalším cílem je také **zvýšit tělesné uvědomění**. Toho lze dosáhnout řadou technik. Jednou z nich je na vizuální úrovni řízená imaginace. Samotný konstrukt body image je svým původem představa

člověka o vlastním těle. Navíc se jedná o neobtruzivní techniku, která respektuje tempo klientky, zároveň ale disponuje značným potenciálem k odhalení neuvědomovaných souvislostí. Dalším z cílů je **odhalení příčin narušeného body image**. Předpokladem je, že negativní body image je výsledkem učení. Z čehož vyplývá, že je možné osvojit si nový postoj k vlastnímu tělu a tím nahradit současný, nefunkční. V tomto případě využívá feministický přístup osobní historii každé klientky. Vzpomínky jako zdroje vnitřních zranění spojené s pochybnostmi o sobě samé nebo vlastním těle. Ty mohou vyplynout z výroků blízkých lidí z okruhu rodiny nebo partnerů. Můžou mít ale i společenský nebo kulturní přesah. Zásadní je náhled na tyto události, ale především jejich prepis. Tedy vytvoření si nových postojů, které budou v souladu s vlastním sebezpjetím. Podstatou negativního tělesného sebezpjetí je obvykle disociace mezi self a tělem. Z toho důvodu si feministické přístupy kladou za cíl podpořit znovuspojení těchto dvou podstat. K tomuto účelu slouží na tělo orientované techniky, především pohybová a taneční terapie (Hutchinson, 1994).

Feministické přístupy ve své podstatě integrují prvky jak psychodynamického, tak kognitivně-behaviorálního, ale i humanistického směru. Zásadní charakteristikou ale zůstává jejich zaměření na společnost. Ta v perspektivě feministických přístupů stojí v pozadí patologie, která se u žen projevuje (Evans et al., 2010). Za další nejvýznamnější zásadu považují vztahovou rovnost, kterou tento přístup proklamuje jak v rámci terapeutického vztahu, tak v rámci socioekonomických a genderových otázek. Z toho také vyplývá, že se ve své podstatě jedná o filosofický směr. V terapeutické praxi pak využívá teoretických východisek a technik ostatních směrů (Evans et al., 2010). Za zásadní přínos tohoto směru považují uchopení konceptu tělesného sebezpjetí v kontextu společnosti. Terapie pomáhá klientce zaměřit se na společnost, její požadavky a interpretace, které v řadě případů mohou na osobnost působit až destruktivně. V tomto smyslu se také hovoří o viktimizaci člověka ze strany společnosti (Rosewater, 2014, s. 304). Prožívaná vnitřní tenze, v tomto smyslu tedy nespokojenost ve vztahu k vlastnímu tělu, se stává srozumitelnější. Terapie pomáhá najít vnitřní sílu jedince, a tím i skutečnou podstatu sebe sama. Jinými slovy, domnívám se, feministické přístupy nahlížejí poruchy body image jako „normální reakci na nenormálního prostředí.“

Hlavním cílem této kapitoly bylo poskytnout shrnutí současných přístupů v léčbě poruch tělesného sebezpjetí. Jejím cílem bylo vytvořit jejich přehled z dostupných zdrojů a zároveň se nad nimi kriticky zamyslet. Každý z uvedených přístupů nabízí vlastní teoretický výklad, na jehož základě uplatňuje v léčbě vybrané terapeutické nástroje. Přesto se domnívám, že jejich základ je společný. Tvoří ho zájem o člověka a snaha o jeho pochopení. Vytváří mu prostor, kde je přijat a kde jsou respektována i jeho domnělá zkraslení, kterými vůči svému tělu trpí. Specifická je pak

oblast poruch body image u obézních lidí. Jejich narušené tělesné sebepojetí je často považováno za oprávněné. Obzvláště pak perspektivou současné společnosti. Pokud ale tyto nezdravé postoje vůči vlastnímu tělu ovlivňují celkovou kvalitu života, sebepřijetí nebo komplikují redukční léčbu, pak se domnívám, že je třeba tomuto tématu věnovat zvýšenou pozornost a terapeutickou péči.

4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Úvod k empirické části

Hlavním tématem výzkumné části mé diplomové práce je fenomén těla perspektivou obézních žen. Vzhledem k povaze obezity jakožto onemocnění, které se vyznačuje multifaktoriální etiologií, jsem se své zkoumání rozhodla zaměřit na tuto oblast z následujících důvodů:

1. tělo je nositelem symptomatiky. Obézního člověka lze poznat na první pohled. Není potřeba speciálních diagnostických metod, pozná ho každý bez ohledu na to, zda je lékařem, psychologem nebo jiným odborníkem, který se léčbou této nemocí zabývá. Tato skutečnost má dopad nejen na zdravotní stav člověka – tělo včetně všech jeho částí je zatíženo enormním množstvím tuku. Dopad obezity ve vztahu k tělu je citelný i z hlediska běžných činností a mobility. Rovněž ale tělo promlouvá k okolí jedince. Svým tvarem komunikuje a působí na další lidi v blízkosti člověka. V závislosti na povaze kultury, společnosti, ale i jednotlivce je člověk prostřednictvím svého těla nahlížen a vnímán. Prizmatem dnešní západní kultury se jedná o pohled do značné míry negativní a stigmatizující.

2. tělo je prostředníkem zpětné vazby. Vnímání vlastního těla úzce souvisí s konceptem body-image. Ten lze chápat jako způsob, jakým člověk vnímá své tělo, jak o něm smýšlí a jak ho prožívá. (Gallagher, 1986). Body-image se navíc významně spolupodílí na hodnocení sebe sama. V návaznosti na tyto poznatky se dá tedy předpokládat, že obézní tělo bude svou konstitucí a tvarem, kterého v průběhu času nabylo, působit na celkovou životní pohodu člověka. Některé výzkumy v této souvislosti uvádí, že obézní ženy skutečně vykazují vyšší míru nespokojenosti s vlastním tělem ve srovnání se ženami s normální váhou. (Zawawi, 2014; Neumark-Sztainer, 2002; Mintem et al., 2015).

Záměrem tohoto výzkumu je prostřednictvím výpovědi obézních žen zachytit jejich vztah k tělu, a to jak k tělu vlastnímu, tak k tělu v obecném smyslu slova.

Základní výzkumná otázka, která určovala ráz celého výzkumného projektu, tedy ve své původní podobě zněla následovně: Jak obézní ženy vnímají vlastní tělo, jaký vztah ke svému tělu zaujímají a co pro ně tělo znamená?

4.2 Výzkumný design

Výzkum byl uskutečněn formou rozhovoru. Ten svým konceptem vycházel z **rozhovoru epizodického** (Hendl, 2008, s. 177). Hendl tento typ rozhovoru popisuje jako metodu, která umožňuje výzkumníkovi získat jednak údaje o konkrétním průběhu životních situací, jednak o sémantických znalostech, čili takových subjektivních přesvědčeních, které dávají těmto zkušenostem smysl. Vychází přitom z předpokladu, že lidé uchovávají své zkušenosti v podobě narativní (v podobě příběhu) i v podobě sémantické.

Při samotné konstrukci rozhovoru jsem vycházela z předem stanovené výzkumné otázky: Jak obézní ženy vnímají vlastní tělo, jaký vztah ke svému tělu zaujímají a co pro ně tělo znamená? Sestavila jsem tedy návod, který se skládal ze základních témat vložených do časové osy. Základní témata jsem zvolila celkem dvě: „tělo“ a „vztahy.“ Tato témata se týkala základních epizod životního příběhu, které jsem v jeho rámci mapovala. Toho jsem dosáhla pomocí časové osy. Časová osa vymezovala následující období: minulost (definovaná dětstvím a dospíváním), přítomnost (aktuálně prožívaný stav) a budoucnost (v podobě vyhlídek, plánů a přání).

Základní témata, která se týkala opakujících se epizod v životním příběhu žen, měla formu otevřených otázek. Záměrem bylo ponechat co nejširší prostor pro odpovědi. Způsob odpovědi se pak stal významným nositelem informací při analýze dat. Zároveň jsem v procesu rozhovoru zaujala pozici pozorovatelky, která doprovázela své respondentky na cestě jejich životními příběhy. Snažila jsem se zachytit významná témata a události, která se v jejich příbězích v souvislosti s výzkumným záměrem vynořovala. Následně jsem si jejich významnost ověřovala doplňujícími otázkami. Dále jsem se snažila v samotném procesu rozhovoru hledat pro respondentky významné vztahy mezi jednotlivými tématy.

Kromě rozhovoru jsem ke sběru dat využila **kresebnou metodu postavy**. Vycházela jsem přitom z Altmanova pojetí, respektive pojetí J. H. Baltrusche a D. Ogdogana (Altman, 2011, s. 10). Při administraci jsem postupovala dle standardních instrukcí ve znění: *Nakreslete lidskou postavu, jak chcete, jak nejlépe umíte*. Po jejím zhotovení následovala další instrukce: *Do druhého pole nakreslete postavu opačného pohlaví*. (Altman, 2011).

K dispozici byla kreslíčkám kromě papíru ještě guma a tužka střední tvrdosti. Na kresbu navazovaly doplňující otázky. Otázek jsem využila k lepšímu pochopení kresby, jejich vztahu ke kresbě a jejího zasazení do významového kontextu. Rovněž jsem cílila na některé výrazné

prvky kreseb se záměrem postihnout jejich význam z pohledu kreslířky.

V neposlední řadě jsem ke sběru dat využila **pozorování a tzv. třetí zdroj dat** (Frýba, 1997, In: Miovský, 2006, s.271). Metodu pozorování jsem využila při účasti na poradenských sezeních, kterých jsem měla možnost se v rámci svého výzkumu účastnit a která probíhala za souhlasu pacientek. Jednalo se o poradenství v rámci ambulantní obezitologické léčby. K zachycení dat jsem využila tzv. izomorfní deskripci (Ferjenčík, 2000, s. 154). V souladu s principy tohoto postupu jsem se snažila co nejvěrněji a nejpodrobněji zaznamenat průběh sezení bez záměru ho jakkoliv interpretovat. Data jsem zaznamenávala po skončení sezení. Důvodem byla snaha co možná nejméně narušovat průběh sezení.

K dosažení komplexního obrazu mi byly poskytnuty doplňující informace ze strany psychologů – vedoucí psycholog oddělení. Tato data mi dále umožnila vytvořit komplexní obraz a významně mi pomohla k pochopení poradenského procesu.

4.3 Místo a časový průběh výzkumného šetření

Svůj výzkum jsem realizovala v rámci studijní stáže na III. Interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, pracoviště odborné ambulance Klinické psychologie za podpory PhDr. Šárky Slabé, Ph.D.

Všechny účastnice výzkumu byly řádně informovány o cílech a záměrech výzkumu, stejně jako o svých právech a dobrovolnosti své účasti. Souhlas s účastí na výzkumu měl písemnou formu a je součástí této práce jako její příloha.

Výzkum probíhal po předchozí domluvě a byl naplánován na březen a duben 2015. V tomto termínu byl také uskutečněn.

4.4 Výzkumný vzorek

Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 11 žen. Základní podmínkou pro účast byla diagnóza obezity (dána hodnotou body mass indexu), pohlaví (žena) a samozřejmě souhlas s účastí na výzkumu.

R1 Paní s kudrnatými vlasy. BMI 33, věk 58 let.

Bezdětná žena, v invalidním důchodu, řeší odchod od manžela ze společné domácnosti.

R2 Paní, co příliš nemluví. BMI 53, věk 50 let. Kontraindikovaná bariatrie.

Žena s patrným mentálním deficitem, v invalidním důchodem, žijící v domácnosti s manželem a dětmi

R3 Paní se zrzavými vlasy. BMI 41,4, věk 52 let, absolvovala bariatrický zákrok. Podruhé vdaná, dvě děti. V současnosti řeší problémy s dcerou a starosti s péčí o matku.

R4 Slečna ze Starbucksu. BMI 49, věk 36 let, absolvovala bariatrický zákrok. Svobodná žena, toho času tři měsíce ve vztahu s přítelem. Řeší vztahový trojúhelník a zdravotní obtíže v důsledku hormonální nerovnováhy.

R5 Paní doktorka. BMI 34, věk 60 let. Rozvedená, dvě děti, se starším synem žije ve společné domácnosti. Řeší problematický vztah s matkou, kterým se cítí být zahlcená.

R6 Paní s vlastním perem. BMI 63, věk 52 let, absolvovala bariatrický zákrok. Rozvedená, dvě děti. Přichází konzultovat jídelní deník, řeší neodbytnou kamarádku, která ji doprovází.

R7 Paní inženýrka. BMI 41,2 věk 63 let.

Vdaná, dvě děti. Řeší problém s dcerou, které se spolu s manželem snaží domluvit.

R8 Paní, co ráda cestuje. BMI 53,3 věk 43 let.

Vdaná, dvě děti. Řeší komplikace v souvislosti s dietním režimem, zmiňuje nedostatek podpory ze strany manžela.

R9 Paní z kanceláře. BMI 30, věk 40 let, absolvovala bariatrický zákrok.

Svobodná, bezdětná. Přichází se starostmi, které ji trápí v souvislosti s organizačními změnami na pracovišti.

R10 Paní s DMO. BMI 39, věk 49 let, absolvovala bariatrický zákrok.

Svobodná, bezdětná. Přichází s konzultací ohledně dietního plánu, přichází dobře naladěná, uvádí, že se jí daře dobře.

R11 Paní v černé. BMI 32, věk 41 let, absolvovala bariatrický zákrok.

Svobodná, bezdětná. Řeší neuspokojivý partnerský vztah a vztahový trojúhelník.

4.5 Průběh výzkumného šetření

Data byla získána prostřednictvím rozhovoru, kresebného testu lidské postavy, pozorování a tzv. třetím zdrojem Výzkum ve fázi sběru dat byl realizován v prostorách VFN Praha, v pracovně PhDr. Šárky Slabé, Ph.D. na III. Interní klinice, oddělení klinické psychologie. Rozhovorům přecházelo obeznámení účastnic výzkumu s jeho záměry a cíli. Veškeré informace byly poskytnuty ústně i písemně. Souhlas s účastí měl písemnou podobu, byl stvrzen podpisem účastnic. Účastnice jsem obeznámila rovněž s průběhem šetření, čili s časovou sousledností jednotlivých fází a celkovým časovým rozsahem. Ten se pohyboval v průměru kolem 45 minut.

Nejprve byla administrována kresba postavy. Účastnice byly vyzvány jednotnou instrukcí k nakreslení lidské postavy, následně k nakreslení postavy opačného pohlaví. Po provedení kresby následovalo inquiry v podobě doplňujících otázek.

V další fázi byl uskutečněn rozhovor, který probíhal v souladu v designem výzkumu. Jak průběh kresby postavy, tak rozhovor byly nahrávány na diktafon. Data byla tedy pořízena v podobě digitálních audiozáznamů.

Pozorování v rámci poradenských sezení bylo uskutečněno buď před rozhovorem (myšleno rozhovor a kresba postavy), nebo bylo uskutečněno v jiný den, v závislosti na domluvě a časových možnostech účastnic pro rozhovor.

Zápis z pozorování byl uskutečněn po skončení sezení, s časovým odstupem. Svou formou odpovídal izomorfní deskripci.

4.6 Postup analýzy dat

4.6.1 Rozhovory

Samotná analýza dat probíhala v několika fázích. Základním a výchozím materiálem pro můj výzkum byly rozhovory. Kresba postavy a pozorování představovaly podpůrný a doplňující rámec. Sloužily rovněž pro účely triangulace, jako nástroj validizace na úrovni analýzy dat (Miovský, 2006).

4.6.1.1 Fáze deskriptivní

Vůbec prvním krokem této fáze byl proces transkripce. Ten byl prováděn doslovně, zachovány byly všechny řečové obsahy včetně pauz, přechůvků, smíchu apod. Zvukový záznam byl

v tomto smyslu převeden do podoby textu. Jeho struktura mi umožnila základní orientaci v obsahu získaného materiálu. Tímto postupem bylo zpracováno všech 11 rozhovorů.

Dále jsem postupovala zmapováním hlavních kategorií, které tvořily základní kostru každého rozhovoru. V zásadě se jednalo o rozšíření řady jednotlivých epizod, které tvořily v designu výzkumu (v přípravné fázi výzkumu) jeho strukturu (návod). Tyto hlavní kategorie se více či méně lišily s ohledem na jedinečnost každého příběhu.

4.6.1.2 Metoda vytváření trsů

V další fázi analýzy jsem postupovala metodou vytváření trsů (Miovský, 2006, s. 221). Tato metoda mi umožnila vytvořit obecnější kategorie, které vznikaly na základě překryvu jednotlivých identifikovaných jednotek v rámci rozhovorů.

V zásadě jsem vyhledávala opakující se témata v rozhovorech a sestavovala je do celků podle příslušnosti k dané kategorii. Materiál, který jsem takto třídila, měl podobu textu, respektive se jednalo o doslovný přepis rozhovorů. Rovněž jsem utvářela nové obecnější kategorie, které mi umožnily celek smysluplně hierarchicky rozdělit.

4.6.1.3 Konceptualizace a narativní rekonstrukce

S takto upraveným textovým materiálem jsem následně pracovala tak, že jsem vedle údajů jasně sdělující svůj význam svým obsahem (deskriptivní jednotky), vytvářela dále jednotky interpretativní (Miovský, 2006, s. 233). Jejich význam vznikal zasazením do kontextu celého rozhovoru. Pro ověření a zároveň posílení jejich významové interpretace jsem využila rovněž data získaná procesem pozorování a data získána z kresby lidské postavy.

Protože byly rozhovory koncipovány jako epizodické, získaly ve svém výsledku ráz vyprávění životního příběhu. Z toho důvodu jsem se rozhodla text přezkoumat pomocí narativní rekonstrukce (Miovský, 2006, s. 241). Mým cílem bylo porozumět vnitřnímu světu obézních žen, především pak jejich vztahu k tělu prostřednictvím vlastních příběhů.

Ve své analýze jsem následovala strukturu příběhů, kterou svým vyprávěním vytvářely samy účastnice. Zároveň jsem si byla vědoma své participační role, neboť i samotný rozhovor probíhal formou dialogu, kterého jsem byla součástí. V pravém slova smyslu jsem tedy prováděla interpretaci interpretace nebo také převyprávění vyprávění (Chrząszczyńska a Čermák, 2011). Odtud plyne význam pojmů narativní rekonstrukce.

Soustředila jsem se přitom na následující oblasti:

- **téma** (nebo také záměr či motiv). V mém případě bylo základním tématem tělo a jeho

vztah k příběhu nebo dalším jeho aspektům. A dále vztahy a jejich význam v životech účastnic.

- **ztvárnění jednání.** Jednání představovalo způsob, jakým se účastnice vztahují k danému tématu. Přičemž způsob, jakým ztvárňují jednání, je odrazem toho, jak ztvárňují svůj životní příběh. Zaměřovala jsem se v tomto smyslu i na odpovědnost, s jakou přistupují ke svému chování v kontextu toho, co se děje.

- **figura a zápletka.** V tomto smyslu jsem se zaměřila na způsob, jakým účastnice konstruují děj. Jakou roli připisují sobě, jak kompetentní se cítí ve vztahu k okolnostem a jaký význam připisují ostatním účastníkům (Miovský, 2006).

Tímto způsobem jsem zpracovala všech 11 rozhovorů.

4.6.2 Kresba postavy

Při analýze kreseb postavy jsem se držela Altmanova způsobu interpretace (Altman, 2011). Pracovala jsem tedy jak s formální, tak obsahovou rovinou kreseb. Postup byl následující:

1. Zohlednění okolností testové situace: kdo, kdy, koho, proč a za jakých okolností testoval.
2. Identifikace charakteristických projevů a ozvláštňených detailů.
3. Formální analýza celkového pojetí kresby a zvláštností provedení.
4. Práce s kresbou z výkonnostního hlediska.
5. Formální a obsahová analýza základních znaků na kresbě postavy.
6. Symbolická interpretace jednotlivých detailů.

Data získaná analýzou kreseb postavy sloužila jako významný, přesto jako spíše podpůrný a validizační zdroj informací. Umožnila mi důkladnější vhled do zkoumané problematiky.

4.6.3 Pozorování

Data získaná procesem pozorování sloužila především jako doplňující zdroj informací a jako nástroj k lepšímu pochopení dané oblasti. Tímto způsobem získané informace byly přepsány do podoby textu v souladu se zásadami izomorfní deskripce (Ferjenčík, 2000). Cílem bylo zachytit popisným způsobem vše, co se odehrálo v průběhu poradenských sezení, bez úmyslu data hodnotit nebo interpretovat.

4.7 Vlastní výsledky analýzy

Výsledky analýzy jsem rozčlenila do několika celků, které vyplynuly z rozboru všech výzkumnými metodami získaných dat, tedy rozhovorem, kresbou postavy, pozorováním a tzv. třetím zdrojem. Pro ilustraci uvádím k jednotlivým kategoriím vybrané ukázky rozhovorů.

Pro jejich označení používám R1 – 11 (rozhovor 1 až 11), T (tazatel).

4.7.1 Když se řekne tělo ...

V rámci rozhovorů jsem se zajímala v jeho různých fázích o to, co tělo pro každou z účastnic znamená. První otázka měla podobu velmi obecnou: *Co vás napadne, když se řekne tělo?* Další otázky jsem se snažila citlivě vkládat v průběhu rozhovoru s respektem k příběhu, který účastnice utvářely.

V prvním případě se ukázalo, že **tato obecná rovina a v jistém smyslu nekonkrétnost vyvolává u většiny účastnic nejistotu**. Nejistota byla patrná jak ze samotných odpovědí, tak z pozorování. Některé z žen své pochybnosti verbalizovaly, opakovaně zmiňovaly, že neví, nebo se dožadovaly specifikace otázky.

R3: *Je to schránka duše, schránka všeho jako že jo. Máme tam orgány, svaly, kosti. To je takovej celek, kterej prostě musí fungovat jedno s druhym.*

R6: *Jako ... nějakou žádnou konkrétní ne. Ale muj celoživotní slogan je, že tělo je nositelem duše. Tělo. Nevim. Protože jako ... na to určitě narazíme ... já jsem od dětství silná. Vim, že ta hmota je jenom pomocník toho ducha. To tělo ... jako jedno bez druhýho by nebylo.*

R7: *Chrám duše.*

T: *Když se řekne tělo, co vás napadne jako první?*

R10: *Tak ještě mi pomozte, v jakym směru ... jakože já nemam ráda vlastní tělo ... nebo myslíte všeobecně?*

T: *Myslím všeobecně. Když to slovo zazní v jakýmkoliv kontextu, co si vybavíte automaticky?*

R10: *Duše. Hmmm.*

T: *Ještě něco dalšího?*

R10: *Ne.*

Z uvedených ukázek rozhovorů vyplývá i skutečnost, že častou odpovědí zahrnovalo spojení duše a těla: **tělo je chrám duše**. Doslovně tato formulace zazněla u R3, R6, R7, R10. Další účastnice slovo duše nepoužily, přesto se svou formulací významově blížily k vystižení **těla jako schránky života**.

- R1: *No co pro mě znamená tělo. No kdyby nebylo tělo, nebyla bych já, nebo já nevím, jak bych to řekla ... Nemam se ráda, nelíbim se sama sobě.*
- R4: *Já si myslím, že základní je to vnímání sebe sama a je jedno, jestli chlapa nebo ženský, to je prostě to základní a není to jenom o tý fyzický stránce, o tý váze nebo o něčem. Je to o tom, jak sama sebe vnímáte vy, že jo. Takže já sama vim, že tam nějaký bloky jsou a přes ty bloky vlak nejede a už přes to nejede vlak sedum let a zatím je to stejný. Tak tam nějakou dobu asi ještě zůstanou, ale jako ...*

Třetí skupinu utvářely odpovědi, v kterých bylo **tělo ztotožňováno s tělesnou hmotností, případně konfekční velikostí**. Účastnice se tak vypořádaly s obecnou nekonkrétní rovinou otázky velmi jednoznačnou odpovědí, která tělo vystihuje pouze z pohledu tělesné štíhlosti nebo tloušťky. U většiny žen, které takto odpovídaly, byla tělesná váha dominantním kritériem i v otázce vnímání vlastního těla.

T: *Co vás napadne, když se řekne tělo?*

R2: *Že bych chtěla bejt štíhlá.*

R3: *Vysportovaný tělo, vypracovaný tělo. Hm. Obézní tělo. Obézní tělo. Tak asi tak. Schránka lidská.*

R4: *Mně se vybaví standardní průměrný ženský tělo. Což pro mě obnáší i váhově, já nevím, 70 kilo. 178 centimetrů. Běžná postava. Průměr.*

R5: *Tělo? No asi si vybavím takový ... jak já bych to řekla ... abych to řekla správně ... zrovna jsem koukala do katalogu nějakýho obchodního domu, tak většinou nějaký ty holky, co tam předváděj ty plavky. Mladou štíhlou postavu nebo i svojí postavu za mlada. Tim se nechci srovnávat s modelkama, ale mladý štíhlý tělo. S pevnou kůží, ne s žádným přebytným tukem ... prostě hezky tvarovaný, hezký nohy, hezký mladý tělo. Nemusí to bejt jenom holka, může to bejt i kluk samozřejmě. Ale prostě asi ne vymakanej model z reklamy na fitko, ale takový, prostě takovou katalogovou fotku, z kalendáře, mladýho hezkýho člověka. No a když mluvíme o těle, tak samozřejmě že je v plavkách, aby to bylo vidět.*

Dále také R8, R9 a R11. V případě těchto účastnic vyplývá příslušnost k této podkategorii z analýzy rozhovoru. Jejich odpovědi jsou v obecné rovině významně spojovány s vnímáním

vlastního těla, a to konkrétně z hlediska tělesné hmotnosti, tělesných tvarů a konfekční velikosti.

Z dat tedy vyplývá, že nejpočetnější skupinu odpovědí v otázce obecného vnímání těla utváří jeho pojetí v rovině tělesné hmotnosti. Tělo je vnímáno jako konkrétní, nejvýrazněji spojováno s hmotností a velikostí.

Další skutečnost, která vyplývá z rozboru, je tendence účastnic uchýlovat se ke konkrétním odpovědím a celková nejistota z otevřených nebo příliš abstraktních dotazů. Tento jev není specifikem této kategorie, ale je patrný v rámci celého výzkumného šetření.

Zároveň analýza objevila tendenci účastnic spontánně znovunavracet téma těla a jeho významu v obecné rovině do kontextu vlastního příběhu. Nejčastěji k tomu docházelo v závěrečné části rozhovorů nebo té části, která se časově dotýkala současnosti. Jakoby vznikala potřeba se vypořádat s vlastními odpověďmi a tím, co bylo řečeno, vsazením do obecného významového rámce. Zajímavostí je v tomto smyslu případ R3, která v úvodní fázi rozhovoru tělo ztotožňuje s tělesnou hmotností, v závěru ho ale rámuje do širšího kontextu (tělo je schránka duše).

4.7.2 Dětství

Dětství jako časový výsek životních příběhů se ukázal na úrovni deskriptivní jako individuálně velmi jedinečný. Každá z účastnic mu věnuje rozdílnou míru pozornosti a prostoru. Odlišně se jeví i ve způsobu, jakým ho ženy prožívaly. Některé ho vnímají jako veskrze ideální období, jiné uvádí, že bylo nepříjemné, nebo by na něj nejraději zapomněly. Z hlediska analýzy dat tvořilo ale dětství jakožto kategorie podstatnou část především pro pochopení celkového vztahu k tělu a utvářelo kontext narativní rekonstrukce.

Většina žen v rozhovoru tvrdí, že **se v dětství skrze tělo nevnímaly, zároveň mu nepřirazují vyšší důležitost. Z rozhovorů ale v jejich průběhu vyplývá, že pro řadu z nich tělo ovlivňovalo způsob, jakým se k nim někteří lidé v jejich okolí vztahovali.** Nejčastěji přitom zmiňují vrstevníky a některé členy své rodiny.

R1: *Ale jo měla jsem kamarádky takový ... docela snad i dobrý ... akorát já jsem teda nebyla nikdy žádnéj drobeček že jo, tak možná se mi některý posmívaly, že jsem tlustá ... ne to ne ... tlustá zase ne, ale prostě že nejsem taková možná hezká nebo nějaká taková jako oni. Ale tak jako ... dobrý ... měla jsem i kluky jako kamarády i jako holky. No tak holky jsou vždycky prevíti že jo, holky jsou mrchy.*

V podobném duchu své dětství popisuje i R3, měla dobré kamarády, i když zažila i posměšky.

R3: *Celej život jsem byla rezatá, kudrnatý vlasy, tak jsem to, pihy, taky se mi posmívali, že jo. Pihatá, rezatá ...*

R3: *Já jsem vždycky měla výborný kamarádky. Já si na kamarádky nemůžu stěžovat. Jako kamarádů a přátel mam spousta a myslím, že i dobrý a kvalitní*

Intenzivně v tomto smyslu prožívá své tělo R4. Jejím příběhem výrazně prostupuje především téma staršího bratra a jeho vztah k ní samotné. Dle vyprávění se za bratra ní v dětství styděl, dával jí to přitom najevo nepřímou.

R4: *Tak jako ten důraz mojí rodiny na to, jak bych měla vypadat, byl hrozně vysoký. Důraz mého otce a mého bratra, kterej mi dával svým arogantním způsobem najevo, že se za mě způsobem stydí, ale dával to najevo jakoby jinak, ne jakoby že by mi řekl: já se za tebe stydim! Ale prostě mě furt uzemňoval v nějakých věcech.*

R5 vzpomíná v souvislosti s dětstvím a vnímáním svého těla na matku, kterou ve svém vyprávění popisuje jako osobu, jenž výrazně ovlivnila její vnímání sebe sama.

R5: *... já jsem to někde četla, ale většinou moje maminka si to někde podtrhala ... že když dítěti tlustýmu neustále říkáte, že je tlustý, že ono ztratí motivaci k hubnutí, nebo že jako ho tím člověk utluče, nebo prostě, že se s tím nic nedělá. Tak si myslím, že jsem se do téhle situace i dostala. Že prostě furt mi někdo otloukal o hlavu, že jsem ošklivá, že jsem tlustá nebo něco takovýho, že to potom na toho člověka asi zapůsobí.*

R7 nezmiňuje výraznou souvislost mezi dětstvím a tělem, avšak připouští, že se cítila jiná a v tomto smyslu pocítovala tlak vrstevníků. Snažila se nevyčínat, být součástí středního proudu.

R9 zmiňuje, že byla oplácaná od dětství, cítila se mezi vrstevníky jiná a nebylo jí to příjemné. V této souvislosti obviňuje svou matku, že včas nezakročila, že ji nechala tloustnout:

Takže dávám za vinu svojí matce, že to včas nezastavila, protože desetiletá, osmiletá, dvanáctiletá holka je prostě blboučká a nemůže bejt odpovědná za svůj osud, od toho jsou matky.

R11 vzpomíná, že byla dlouhou dobu přesvědčená, že byla tlustá už od dětství. Ke svému překvapení ale později ze starších fotografií zjistila, že tomu tak nebylo. Vysvětluje si to tak, že to způsobily neustálé dohady rodičů, které probíhaly o tom, kdo může za to, že přibrála.

Většina účastnic (R1,R3,R4,R5,R7,R9,R11) tedy uvádí, že ač samy nepovažují své tělo za dominantní téma svého dětství, přesto mají zkušenost, že byly v souvislosti s ním

konfrontovány, především pak ze strany rodinných příslušníků nebo vrstevníků. Jednalo se přitom vždy o negativní zkušenosti, které v nich vyvolávaly nepříjemné pocity.

Další výraznou skutečnost odkryla analýza dat na úrovni vztahové. Většina žen totiž zmiňuje nepříjemné zkušenosti ve vztahu s blízkou osobou. Především se jednalo **o vztahy do jisté míry omezující, účastnicemi jsou prožívány nepříjemně, zároveň vnímají, že neměly možnost se vůči těmto silám bránit. V některých případech vyvolávaly nebo stále vyvolávají pocity méněcennosti a nedostačivosti.**

Nejvýrazněji je tato zkušenost popsána v rozhovoru R4, která zmiňuje postavu bratra a otce, později také babičky. Z jejich strany zažívá silné odmítání, vůči kterému se dnes už naučila bránit. Tyto vztahy prožívá jako vzájemný souboj na psychické úrovni:

On jakoby cítil tu zodpovědnost toho, že to, jak já vypadám, že on musí taky snášet, nebo že on ty důsledky ponese taky. Takže tam určitě základní škola až, do té doby vůbec. Do té doby, tam jsme se konfrontovali, tam jsme se potkávali, tam prostě jakoby ... přitom jeho kolektiv, jeho spolužáci, jeho všichni se mnou byli vždycky kamarádký, chovali se ke mně jak k ségře prostě. Ale on jedinej, tam z chování to cítím a cítím to do dneška, že to tak je, že on jedinej je v něčem šprajclej.

Podobně popisuje svůj vztah k matce i R5, která se cítila matčinými výroky ponižována:

Pro tu (matku) je důležitější vzhled. Pro tu je důležitý, jak vypadám, než jaká jsem, co cítím a tak dále.

V jejím případě navíc sehrává jejich vzájemný vztah podstatnou úlohu i v současném životě. Je patrné, že se s matčinou osobností a jejich vztahem stále vypořádává.

O matce hovoří i R7. Vnímá, že byla matkou omezována jak v důsledku přísné výchovy, tak povinnostmi, které musela navzdory svému nízkému věku v rodině zastávat. To výrazně ovlivnilo její fungování v kolektivu a následně i vztah k mladším sestrám:

Mé sestry se vlastně narodily, když mě bylo 2,5 a 3,5 roku. A kdy vlastně maminka mi je hodila na krk a vlastně na starosti. A kdy já jsem prostě vnímala tohle jako určitou zátěž a povinnost. Je hlídat, dohlídnout a postarat se. A potom s tím, s tím jsem nějak žila. A pak jsme se přestěhovali do Prahy, což bylo, když jsem chodila do druhé třídy. A maminka šla do práce a prostě ta starost o ty sestry mi více či méně jako zůstala. A já už jsem se nedokázala sžít s tou novou třídou. Tam prostě byly jako problémy.

Podobně přísnou a trestající matku popisuje také R1. Ta zmiňuje i staršího bratra, se kterým si nikdy příliš nerozuměli. Nepříliš pozitivně hodnotí vztah se starším bratrem rovněž další účastnice.

R3: *Krásný dětství jsme měli. Ale už v tom ... mám teda toho bratra, o 4 roky staršího, a nikdy jsme si s tím bratrem moc nerozuměli. Jako ten náš vztah nikdy nebyl moc ...*

R6: *To je moje představa. Že já jsem měla šťastný dětství. V úplný rodině. Takže dětství bylo, až na mého bratra, ale to už bylo až pozdějc, tak já si myslím, že takový to raný dětství bylo moc fajn.*

R9 by dokonce dětství nejraději vytěsnila z důvodu rodinných vztahů, nechce na něj vzpomínat a více se o nich v rozhovoru nezmiňuje. Pouze dodává, že obviňuje svou matku, že nezakročila a pouze přihlížela tomu, jak jako dítě přibírá na váze.

4.7.3 Dospívání

Podobně jako dětství, také dospívání bylo z deskriptivního hlediska vykresleno, jakožto ohraničené časové období, velmi rozmanitě. První skupina účastnic v rozhovoru uvádí, že se jednalo o období, kdy **začaly vnímat své tělo daleko intenzivněji** než tomu bylo v předchozích obdobích. **Své tělo si uvědomovaly především ve vztahu k opačnému pohlaví.** Vnímání vlastního těla tedy do značné míry spoluutvářel zájem ze strany chlapců, mužů. Do popředí se v tomto smyslu tedy dostával vzhled a atraktivita.

R1: *... ale oni byly (hovoří o tom, že vyhledávala společnost z jejího pohledu pro mladé muže atraktivních děvčat) pro ty kluky asi zajímavý, nějakým způsobem ... bych řekla ... což si myslím, že já jsem nebyla nikdy, já jsem byla spíš taková zakomplexovaná trošku ... tím ... ale zase v tom věku, v té pubertě, to jsem se snažila, dost jsem se malovala. Docela jsem se na tu dobu výstředně oblíkala. Dneska když si představím, co jsem nosila, tak bych z toho byla úplně zděšená že jo, ale tenkrát mě to přišlo jakože ... protože jsem se snažila nějak zaujmout, aby si mě někdo všiml nebo já nevím, jak bych to řekla ...*

R4 popisuje, že v období dospívání přišel naprostý zlom ve vnímání sebe sama. Z té, kterou muži opovrhovali, se stala žádoucí žena. Najednou se změnil poměr sil a ona se mohla mužům konečně postavit. V jejím příběhu tato tendence silně vystupovala v celém jeho průběhu. Z interpretačního pohledu se zdá, že se vypořádává ve vztahu k mužům s odmítavým a nepřijímajícím vztahem ze strany otce a staršího bratra, kterým věnuje značnou část vyprávění.

R4: *... Pak nastalo takový to vývojový období jakoby když jsem dospívala, tak jakmile jsem vypadala jako ženská, i jsem se tak chovala, i jsem se tak cítila, tak jsem najednou měla hroznej zájem ze strany chlapů o sebe a bylo to nějakých 13, 14 let. Takže najednou jsem*

s tím uměla zamístit, najednou jsem se i vytáhla, takže jak jsem šla do vejšky, tak jsem najednou zhubla, ale vnímala jsem šilenej zájem těch chlapů o mě jako o ženskou.

R6: *Ale pak nějak v tom věku po tom. Kolem těch 15, 16, jako vysloveně, to už začalo člověku vadit, že je silnější. Protože ta společnost vymezuje, že jo, vystrkuje ty silnější většinou. I když jako já si myslím, že kamarády jsem měla stejně. Jako já jsem ... jo ... ale tam začaly bejt problémy v takovejch těch partnerskejch vztazích, že jo. Jako vysloveně ...*

R6 popisuje, že pro chlapce, kteří se jí líbili, byla jen dobrou kamarádkou, se kterou se radili ohledně jiných dívek. Vzhledem si sice trápila, přesto ji nepřišel nejdůležitější. Měla řadu jiných zájmů, kterým se věnovala.

R9 rovněž popisuje, že dominantním byl ve vnímání vlastního těla muž – tehdejší přítel. Ten se významně podílel na pozitivním přijetí vlastního těla:

Rozhodně. Měla jsem ho daleko víc radši. Ale to bylo tím, že jsem měla přítele, kterej mě miloval takovou, jaká jsem byla. A bylo mu úplně jedno, jestli tady mam špiček, tam špiček. Je teda pravda, že to tělo se změnilo a jakmile nabylo ženský tvary, tak najednou ty špičky byly tam, kde mají bejt. Takže já jsem sice měla velkej zadek, ale měla jsem oproti tomu úzkej pas, tak to nebyl takovej problém.

Odlíšnou skupinu žen v tomto smyslu tvořily ty, které **svému tělu v období dospívání příliš pozornosti nevěnovaly**. Nevnímaly se ve vztahu ke svému tělu jinak, než v předchozím období. R3 dokonce zmiňuje, že v tomto smyslu bylo dospívání naprosto bezproblémové období, vzhledem se nikdy nezabývala. Ve svém rozhovoru přechází k jiným tématům, především pak k zájmům, studiu nebo přátelským vztahům. Ty pro ni, dle prostoru, který jim v rozhovoru věnovala, představovaly důležitou součást jejího života. R8 sice vnímala, že je silnější než její vrstevnice, ale nijak to neřešila, netrápila se tím. Po maturitě odjela do lázní na redukční pobyt, ale ve výsledcích, kterých dosáhla, nebyla úspěšná tak, jak očekávala, a v konečném důsledku jí spíše demotivovaly. Ani ona se ve svém příběhu nezmiňuje o vztazích nebo zájmu opačného pohlaví. R10 se rovněž v tomto období věnuje spíše životu v partě přátel, která tvořila základní linii tohoto období:

... já jsem ho nevnímala jinak. Já jsem ho vnímala tak, jak to je. Možná jsem si říkala, že nejsem moc hezká, že bych mohla bejt hezčí, já jsem ještě „patrák“, takže ten nos mam takovej všelijakej. Ale tím, že jsem měla kolem sebe ty lidi, který mě měli a mají rádi, tak jsem to nikdy nepocítovala, že bych byla jiná. Co se týče těla.

R11 se tématem těla v pubertě také příliš nezaobírala, z příběhu vyplývá, že se soustředila

především na sport, kterému se věnovala. Vnímala se normálně:

To ještě pořád bylo celkem normální. Určitě jsem nebyla nějakéj hubeňour jako, ale byla jsem jako normální, dělala jsem atletiku, basket, nikdy jsem nebyla taková jako kost a kůže, to ne. Vždycky jsem sama sebe vnímala prostě normálně.

Poslední tři účastnice se na základě těchto kritérií neztotožňují svým příběhem s výše uvedenými skupinami. R2 si na období dospívání nevzpomíná. R5 zmiňuje zajímavou proměnu, kterou v tomto období prošla:

Ani nevím, jak se to stalo, že z té holky, kterou si pletli s klukem najednou byla taková éterická blondýnka štíhlá. Asi podle fotek dneska i hezká. Tenkrát jsem si nemyslela, že jsem hezká, ale dneska, když to vidím zpětně, tak si říkám, že jsem byla docela kočka, ale jak k tomu došlo, to si nějak nevybavuju, někde se to tam změnit muselo.

Zmiňuje, že si připadala mezi ostatními vrstevnicemi spíše ošklivá, měla mindrák z vlasů a z velkého nosu. Zpětně se ale domnívá, že její smýšlení o sobě samé bylo do značné míry dáno poznámkami ze strany matky. Přísná výchova ji navíc ovlivnila ve vztahu k opačnému pohlaví:

... zase já jsem byla vychovaná dost přísně, jednak v tom smyslu, že muž je pánem tvorstva. A jednak teda sedávej panenka v koutě...

R7 zmiňuje, že se trápila především v souvislosti s tělesnou váhou i tvarem těla. Připadala si ve srovnání s vrstevnicemi jiná. To jí vadilo, přála si nevyčínat:

... Protože já jsem byla poměrně brzo, já jsem měla poměrně brzo pubertu, poměrně jsem byla vyspělá. A taky jsem byla holka krev a mlíko. Rozhodně jsem nebyla taková ta hubená vytáhlá pubertální dívenka, ale rovnou prsa pas boky. Ne že bych byla tlustá. Já jsem měla tenkrát padesát kilo, kvůli tomu, že jsem byla tlustá, jsem se něco natrápila a něco nabřečela. Ale byl to jen můj pocit a dojem. Vedle takovejch těch vychrtlejch nohatejch holek.

4.7.4 „Když se dnes podívám na fotografie, vlastně jsem nebyla tak hrozná ...“

Zajímavým fenoménem se stala v rámci vyprávění některých žen skutečnost, kterou ikonicky vystihuje následující výrok: „Když se dnes podívám na fotografie, vlastně jsem nebyla tak hrozná ...“ Tuto frázi využilo v pozměněném znění několik účastnic výzkumu (R5, R6, R8, R11). **Vystihují v ní svůj vztah k tělu, kterému v prožité minulosti připisovaly podstatně horší vlastnosti, než jaké ve skutečnosti mělo, nebo než jaké by mu připsaly dnes.**

R5: *Ani nevím, jak se to stalo, že z té holky, kterou si pletli s klukem najednou byla taková*

éterická blondýnka štíhlá. Asi podle fotek dneska i hezká. Tenkrát jsem si nemyslela, že jsem hezká, ale dneska, když to vidím zpětně, tak si říkám, že jsem byla docela kočka, ale jak k tomu došlo, to si nějak nevybavuju, někde se to tam změnit muselo.

R6: *Tuhle jsem viděla nějaký fotografie a říkala jsem si, že já jsem nebyla zas až tak hrozná, já mam celoživotně takovou představu, že jsem jako hodně odpudivá. Ale když to takhle vidím zpětně, tak si říkám, že to nebylo tak strašná.*

R8: *Já když se dneska podívám na ty fotky, tak jsem byla pěkná holka.*

R11: *Spíš když jsem byla starší, tak jsem si myslela, že jsem byla tlustá už odmala, ale pak, když jsem se podívala na ty fotky, tak jsem zjistila, že vůbec ne ...*

Z vyprávěných příběhů vyplývá, že na **hodnocení vlastního těla se významně spolupodílelo hodnocení ze strany blízkých**, nejčastěji rodinných příslušníků.

4.7.5 Téma ženství: Ženský princip v pojetí obézních žen

Impulz k přezkoumání oblasti ženství vyšel z kreseb postavy. Z jejich rozboru vyplynuly následující skutečnosti:

společným znakem většiny kreseb bylo jen vágní rozlišení mezi postavou mužského a ženského pohlaví

v celkem 5 kresbách z celkových 11 byla jako první postava nakreslena postava mužského, tedy opačného pohlaví

celkové provedení postav lze hodnotit jako nedostatečně zvládnuté.

Tyto poznatky jsem se rozhodla rozvést a ověřit analýzou jednotlivých rozhovorů. V jejich rámci jsem se zaměřila na ženskou rovinu v sebepojetí zúčastněných žen. Vycházela jsem především z narativní rekonstrukce, čili z kontextu celého příběhu. Snažila jsem se porozumět pojetí ženství v jejich perspektivě a významu, který mu přiřkládají. Z analýzy vyplynulo několik podkategorií, které s prožívání vlastní ženskosti souvisí. Tyto souvislosti ilustruji na vybraných úryvcích z rozhovorů.

4.7.5.1 Ženské tělo

Kresby upozorňují na nedostatečné rozlišení mezi pohlavím postav. Obvykle obě postavy disponují podobným tvarem těla bez znázornění specificky odlišných znaků, za jaké se dají považovat například širší ramena u mužů nebo užší pas u žen, případně naznačené poprsí. Nejčastěji jsou postavy odlišené pouze kusem oblečením, u žen nejčastěji sukní nebo šaty, a délkou vlasů. Celkem v 5 případech navíc ženy jako první z postav nakreslily postavu mužskou. Přičemž pořadí postav je obvykle dáno příslušností k vlastnímu pohlaví, případně se dá interpretovat jako

pocit sounáležitosti s pohlavím první postavy. Tyto aspekty svědčí o ochablosti žen v rozlišování mezi mužskou a ženskou identitou. Nejasná hranice mezi oběma pohlavími je společným znakem většiny kreseb, což potvrzují i doplňující rozhovory.

R5: *Opačného pohlaví. Tak se budeme domnívat, že to první je chlap.*

Nebo

R1: *No v tom případě, pokud tohle má být žena, tak tohle bude asi muž, že jo. Prostě postava.*

Z těch je také patrná nejistota v průběhu kresby a častá je též nespokojenost s výsledkem.

R3: *To já neumím. Vůbec. Já vůbec neumím lidskou postavu. Jak děti to budu kreslit. Celá já. Tak to je ono.*

V důsledku toho jsou také postavy jakoby ponechány vlastními osudu, ženy se od nich mají tendenci distancovat.

R5: *Ne. (nelíbí se jí) kdyby šla na rande, tak se mohla líp oblíct a učesat, vzít si nějaký boty. I když možná v tom věku jí to bylo jedno. Tak asi jde na rande. Pošleme jí na rande holku, ať si něco užije.*

Pouze v několika případech si ztotožnění s kresbou ženy uvědomují.

R11: *Popravdě, když jsem to kreslila, tak jsem myslela na sebe jako.*

Většina žen se ve svých rozhovorech specificky ženskou stránkou těla nezabývá. Zaměřují se na tělo obecně. Vnímání sebe samé jako ženy prostřednictvím svého těla tedy nebývá tématem rozhovoru.

Rovněž lze vysledovat tendenci žen příliš se vlastním tělem nezabývat. Většina z nich uvádí, že **své ženské tělo v zásadě příliš neprožívá**. V tomto smyslu lze interpretovat většinu rozhovorů.

R6 například dokonce zaujímá ke svému tělu odmítavý postoj:

Třeba mě celej život vadí prsa, abych to řekla úplně upřímně. Třeba to, že mi narostly takový prsa, ono je to asi ještě zhoršený tou váhou, ale mě to vadí.(...) Nebylo to pro mě důležité. Jestli jsem ženská nebo muž. To jsem nerozhodla. A bohužel, někdy jsem si skoro říkala, že bych byla radši muž, protože ty to mají v životě jednodušší.

Pro jiné **jsou naopak ženské křivky důležité**, ve vztahu k vlastnímu tělu jsou pro ně dokonce zásadní.

R4: *Já jsem svýho času měla nějakých sto kilo a já když mam sto kilo, tak vypadam furt dobře jako. (...) Tim, že jsem to fyzický omezení neměla, tak jsem se tím nedeprimovala nijak*

zvlášť. Furt jsem měla nějaký ženský tvary, nikdo mi nedával najevo, že by to bylo špatně, až na rodinu.

R9: *Je teda pravda, že to tělo se změnilo a jakmile nabylo ženský tvary, tak najednou ty špičky byly tam, kde mají být. Takže já jsem sice měla velké zadek, ale měla jsem oproti tomu úzkej pas, tak to nebyl takovej problém. (...) Já si prostě furt pamatuju to jiný tělo, než jsem měla před tím. Teďka zhruba by to mohlo být to tělo, který já jsem měla. Ještě tak o deset kilo míň. Ale tvarově. Mně strašně, strašně pomohla abdomenoplastika. Kdy já mám relativně plochý břicho. U těchto žen je navíc důraz na ženství podpořen kresbou postavy.*

4.7.5.2 Žena pečující a starostlivá

Z rozhovorů vyplývá, že zúčastněné ženy spojuje **tendence věnovat se starostem o druhé**. Nejčastěji je tato starost směřována do řad blízkých příbuzných a dětí. Řada žen na druhé straně vyslovuje nespokojenost s touto pozicí, cítí se být v této roli nedobrovolně. Trpí pocitem, že nemají na výběr.

R3: *Ta povinnost péče o tu matku mě tam prostě přivedla. A moje přání, až matka tady jednou nebude, tak to tam všechno prostě ukončím a pujdu zpátky do Prahy a konečně začnu žít sama pro sebe.*

Přesto se ukazuje, že se po značnou část jejich života jednalo o přetrvávající a dominující strategii v interpersonálním fungování. Nabízí se otázka, do jaké míry je tato nespokojenost a uvědomění si vlastní odevzdanosti druhým otevřenou kapitolou v rámci poradenství a terapie, v níž se otevírají ženám nové možnosti.

V souvislosti se ženstvím se tedy ukazuje, že se zúčastněné ženy projevují jako vnímavé ke starostem druhých a neváhají se angažovat v péči o své blízké. Tato pečující rovina se rovněž jeví jako dominantní prvek v projevu a prožívání vlastního ženství.

R9: *Já jsem byla najednou máma a musela jsme se začít rozhodovat ... když musíte rozhodovat o někom a být zodpovědná ještě za někoho, ono vám to ten mozek nějak přeskládá. Jako není to úplně to správný slovo, ale najednou jsem byla důležitá. Nebo*

4.7.5.3 Ženství v kontextu mužsko-ženských vztahů

Nejčastějším kontextem tématu ženství v jednotlivých rozhovorech byly partnerské vztahy nebo vztahy k opačnému pohlaví obecně. Ženy se jejich prostřednictvím vypořádávají se svou ženskostí a na základě svých životních zkušeností dávají svému ženství význam.

Jako první bylo toto období otevřeno v období dospívání. **Většina zúčastněných žen se hodnotí na základě zájmu ze stranu opačného pohlaví.** Vnímají se tak buď jako atraktivní, nebo naopak spíše neúspěšné.

R1: *... jako říkám ... neprali se o mě, to teda opravdu ne, ale tak já myslím, že jsem to nějak ustála.*

Nebo

R3: *A že většinou ty kluci, který mě by se líbili, tak chodili za mnou a radili se, jak na ty ostatní holky. Já jsem byla vždycky taková ta dobrá kamarádka. A vím, že mě to trápilo v tom směru, že třeba zrovna ty kluci, o který já bych měla zájem. Tak já jsem to nikdy nedávala tak najevo, protože jsem si říkala, že radši budu kamarádka, než abych o tom člověka přišla vůbec.*

Jsou ale i ženy, které se mužsko-ženskými vztahy v tomto období nezabývaly, případně se věnovaly vztahům kamarádkám nebo jinému tématu (sportovní aktivity).

R11: *Mně to vlastně nezajímalo. Já jsem měla své sporty.*

Zájem ze strany opačného pohlaví se jeví jako důležité kritérium pro možnost vnímat sebe samu jako ženu a své ženství si uvědomovat. Ukazuje se také, že ty ženy, které se připadají atraktivní a pociťují zájem ze strany mužů, věnují tématu ženství ve svém rozhovoru daleko větší pozornost.

R4: *říkám, tím, že mám nějaký úspěch u těch chlapů, relativní nějaký úspěch, tak ženská si můžu připadat.*

Naopak ženy, které se cítí jako neúspěšné, případně se mužsko-ženským vztahům v rozhovoru nevěnují, mají tendenci své ženství spíše popírat. Toto popření má v rozhovorech podobu rezignace na případný partnerský vztah.

R6: *Že jako v podstatě, na nějaký vztahy už jsem rezignovala, to jako myslím, partnerský, jasně, že člověk nějaký vztahy musí mít ... ale ani mě to nějak neláká.*

Podobu sníženého zájmu o vlastní vzhled.

R8: *Teď jak jsem byla doma, tak jsem na to docela prděla. Tak nemůžu říct, že by to bylo důležité. Samozřejmě je to důležité, když člověk někam jde, tak aby člověk nějak slušně vypadal.*

Je vyjádřeno nedostatečnou identifikací s psychosexuální rolí.

R6: *Nevím. Narodila jsem se jako ženská. Tak žiju jako ženská.(...) A bohužel, někdy jsem si skoro říkala, že bych byla radši muž, protože ty to mají v životě jednodušší.*

Je dáno celkovým opomíjením této oblasti v kontextu příběhu.

4.7.5.3.1 Žena-milenka

Největší vyjádřenou nejistotu v souvislosti se ženským sebepojetím prožívají některé ženy v intimním kontaktu s mužem. Prožívají ho jako ohrožující a obávají se možného zranění. To by mohlo nastat v případě, že by muž negativně komentoval jejich tělo (R4).

R9: *Chlapi, když už chtěj oplácanou holku, tak vyloženě jedna zkušenost, kdy on řekl: nesmí nic viset. Takhle natvrdo. A protože se mam ráda. Tak takovýho člověka já do svého života prostě nechci. Do toho já vůbec nebudu dávat energii. Je to povrchní. I kdyby to byl pan dokonalej, tak ještě bych hmm zařala zuby a řekla bych: joo fajn. Ale nebyl. Takže ten šel pryč.*

R1 v této oblasti připouští, že přijetí potažmo nepřijetí vlastního těla do jisté míry ovlivnilo kvalitu sexuálního života:

no tak v sexu určitě mě to ovlivňovalo. Že jsem tomu nebyla tak jako ... odvázaná, jak bych třeba měla bejt. Protože jsem měla furt pocit, že se stydim, že jsem tlustá, že jako ... asi mě to možná brzdilo, svým způsobem, určitě.

4.7.5.4 Žena-dcera

Rozbory dat ukázaly, že některé ženy věnují značný prostor ve svém rozhovoru vztahu s rodičem, nejčastěji s matkou. Tato data poukazují na souvislost mezi vnímáním sebe samé a hodnocením ze strany rodičů, nebo ze strany jednoho z nich.

R5: *To mi spíš vyčítali jiný vady na kráse. Nebo předhazovali rodiče. Ale když jsem začala tloustnout, tak moje maminka o tom neustále hovořila, každému to zdůrazňovala.*

U některých žen jsou rodiče dominantním tématem především v důsledku generačního posunu – stárnoucí, někdy nemohoucí rodiče, vyžadují péči ze strany potomků. Což je znovunavrací do jejich životů v podstatné míře. Vypořádávání se s opětovnou blízkostí svých rodičů znovu staví do popředí roli dcery. Dcera jakožto specifická podoba ženství vyplývá z analýzy jako další významné kritérium, které se podílí na vnímání sebe sama.

Téma ženství bylo předmětem obsáhlé analytické práce a uvedené podkategorie jsou jeho výsledkem. Z toho důvodu připojuji rozbor této části jako přílohu diplomové práce.

4.7.6 Můj vztah k tělu tady a teď

V rámci výzkumu je mým hlavním cílem zodpovědět otázku, jak vnímají své tělo obézní ženy. Z velké části bude odpovědí na tuto otázku následující část práce. V ní se zaměřím na vztah k vlastnímu tělu tak, jak je zúčastněnými ženami popsán a prožíván v současnosti, tedy v době

uskutečnění rozhovoru. Rozbor dat vycházel především z rozhovorů. V jejich rámci jsem se zaměřila jednak na verbalizované odpovědi, kterými účastnice reagovaly na konkrétní otázky. Jednak jejich zasazení do kontextu příběhu, jež ženy svými rozhovory utvářely. Využila jsem přitom narativní rekonstrukce, která mi umožnila lépe zachytit toto téma a uchopit ho v co nejširším kontextu. Vodítkem při zpracování mi byly také kresby postav, kterými jsem se pokusila informace doplnit a ověřit. Oba tyto zdroje uvádím v podobě, do které jsem je převedla pro zpřehlednění a pro účely analýzy:

R1: V průběhu rozhovoru svůj vztah k tělu popisuje spíše vyhýbavě. Přesto je patrný celoživotní pocit nespokojenosti, který následně v rozhovoru sama verbalizuje. Svě tělo nemá ráda, vadí jí. Má problém se svléknout i do plavek, často rozmýšlí nad tím, zda může odhalit ruce, případně co si obléknout. Vždy si přála vypadat líp, přála si být štíhlejší. Z rozhovoru vyplývá, že především v partnerských vztazích vnímala svůj vzhled spíše jako handicap, i z toho důvodu si vzala muže, kterého příliš nemilovala. Nespokojené manželství je zásadním tématem rozhovoru.

Kresba postav je zjednodušená, bez detailů. Obě postavy mají prázdný obličej, kromě šátku ve vlasech u ženské postavy jsou neoblečeny. Patrný rozdíl mezi postavami ve tvaru těl. Jako první je nakreslena mužská postava. Bližší popis postav autorka vnímala jako problém – *jsou to jen postavy, panáci, nemají vlastnosti*.

R2: Svě tělo vnímá především z pohledu tělesné hmotnosti. V průběhu rozhovoru opakuje, že by chtěla být štíhlá. Myslí si, že by byla spokojenější. Přiznává, že ji trápí skutečnost, že je obézní. Také si myslí, že na vzhledu záleží. Pod pojmem tělo si představí hlavně postavu. Celkově projev i kresba svědčí spíše o simplexní osobnosti.

R3: Tělo popisuje jako schránku. Nikdy se svým tělem netrápila. Výrazněji se její tělo proměnilo po těhotenstvích – zůstala jí kila i větší prsa, prioritou bylo ale zabezpečit rodinu. Soustředila se na péči o děti, své starosti nevnímala. Uvažuje o tom, že možná měla, ale necítila potřebu. Navíc netušila, že nadváha pro ni bude v budoucnu představovat problém.

Svůj vztah k tělu popisuje bez hlubších emocionálních prožitků. Zabývá se přitom především zdravotními problémy, které ji nadváha způsobuje. Zdraví je také hlavní důvod jejího hubnutí.

Vzhled nikdy neřešila, přesto uvádí, že se profesně pohybovala v oboru estetiky ženského těla. Líbí se jí vzhled ostatních lidí, sama sebe nevnímá. Podobně se vyjadřuje k uspokojování potřeb, i v tomto směru se soustředí více na druhé než sama na sebe. Naopak v jídle vidí potěšení. Nedokáže si ho odepřít. Tvrdí, že nemá pevnou vůli. Výrazněji se jí podařilo zhubnout

po bariatické operaci, šlo to samo. Pak ale přišly starosti s matkou a s dcerou a znovu začala přibírat.

Provedení kresby postavy vypovídá o jejím hrubém nezvládnutí. Postavy jsou kresleny jednou čarou, jsou menší velikosti. Většina detailů na kresbě chybí, patrná je výrazná asymetrie. Jako první je nakreslena ženská postava, mužská postava má nakresleny genitálie. Postavy jsou věkově zařazeny jako mladé, asi dvacetileté. Celkově kresba vypovídá o silné tendenci nezabývat se vlastním tělem, možná i potřebami. Z třetího zdroje je známo, že R3 je velmi aktivní: *má tisíc aktivit*.

R4: Vlastním tělem se zabývá především s ohledem na své problémy s prsy, které jsou podle ní psychosomatického původu. Nedokáže si je vysvětlit, velmi ji to degraduje jako ženu. Popisuje to jako blok, který má už několik let, přes který *nejede vlak* a asi se jen tak nezlepší. Štíhlost pro ni není klíčová, chce být pouze přitažlivá sama pro sebe. Její váhu řeší především její rodina. V souvislosti s prudkým úbytkem váhy po operaci ji velmi trápila povislá kůže – připadala si odporná. Vzhledově sází především na obličej, ten je pro ni důležitý, kompenzuje tím celkový dojem. Uvádí, že tělem se vůbec nezabývá. Nemá doma ani velké zrcadlo, kde by mohla vidět celou postavu. Když se náhodou vidí v zrcadle svlečená, je jí fyzicky zle, musí odejít. Vzhledu si všímá u ostatních, nejdůležitější je pro ni celková upravenost. Velmi barvitě popisuje vztah k obézním lidem. Uvádí, že se jí hnusí tlustí muži. Dokonce uvádí váhovou hranici, která je pro ni ještě přípustná, aby pro ni byl muž přitažlivý. Nerada se na veřejnosti pohybuje ve společnosti obézních lidí, zároveň ale jejich společnost vyhledává – účastní se *srazů baculí*. Uvádí, že ji přijde odporné jíst jídlo ve společnosti lidí, kteří se cpou. Nejhorší je pak, pokud jsou tlustí. Ona sama sice konzumuje velké porce, ale nevadí jí to. Ve vztahu k obézním ženám dále uvádí, že by jim ráda pomohla. Představuje si, že by jim prostřednictvím fotografií mohla umožnit vnímat sebe samé jako krásné. Sama sice vnímá jisté problémy, bloky, ale ostatním, si myslí, dokáže pomoci. V jiné části rozhovoru uvádí, že si připadá krásná, žádoucí. Může si to myslet, protože má úspěch u mužů. Na ženství klade největší důraz. Současně je patrná jistá ambivalence: může se cítit sebevědomá, protože je žádaná ze strany opačného pohlaví, současně muže za tento zájem odsuzuje, hodnotí je jako primitivní a pudové, má potřebu jim *nastavit zed'* a za jejich zájem je trestat. V intimní oblasti se cítí nejvíce zranitelná, je neustále ve střehu. Zmiňuje, že by nikdy nedovolila, aby ji muž ublížil.

Kresby jsou nakresleny jako figuríny – ztuhlý postoj, chybí hlava, chodidla, u mužské postavy také ruce. Čáry jsou vedeny jistě, avšak jejich návaznost je v napojení nedostatečná. Mezery jsou patrné především v oblasti rozkroku, u mužské postavy také v oblasti podpaží. Kresba potvrzuje

tendence autorky oprostít se od těla. Postavy nakreslila v souladu se zadáním, avšak chybí jakákoliv identita, postavy jsou anonymní. Mužská postava je autorkou popsána jako muž, který vypadá, že by se o něj dalo opřít, ale ve skutečnosti se nedá.

R5: Tělo nikdy nebylo dominantním tématem jejího života, jejím cílem je zkrátka to, aby fungovalo. Ve svém vyprávění se v souvislosti se vnímáním vlastního těla často navrácí do minulosti, do období, kdy byla štíhlá. Pro svou štíhlost nemusela nic dělat, patřila mezi ty, které to měly zadarmo. Trpěla ale jinými komplexy, především ji trápil velký nos a vlasy. Při zpětném ohlednutí se ale hodnotí pozitivně, myslí si, že byla vlastně kočka. Cítí se mladě, uvnitř je stále tou mladou štíhlou slečnou. Svou nadváhu si uvědomuje pouze tehdy, když ji tělo citelně omezuje v pohybu a běžném provozu. Také popisuje, že stále naráží do nábytku, otlouká se, protože neprojde v užších prostorech, ve kterých se vždy protáhla. I když je to patnáct let od doby, co výrazně přibrala, stále si to neuvědomuje. Toto přetrvávající se ztotožnění s se svým „mladým já“ potvrzuje i kresba postavy – první mužská postava je v dětském věku, druhá ženská postava je věkově zařazena do rané dospělosti, autorce připomíná samu sebe. Celkově kresba působí velmi dětsky. V souvislosti s hodnocením svého těla se často odvolává na svou matku. S kritikou ze strany matky se potýkala celý život. R5 se k jejím výrokům staví jakoby s nadhledem, patrná je snaha o nadsázku. Přesto z rozhovoru vyplývá, že to je právě matka, která se výrazným způsobem podepsala na utváření vlastního sebeobrazu. Vztah k matce byl rovněž dominujícím tématem, které vyplynulo z pozorování.

R6: V úvodu rozhovoru silně prosazuje souvislost mezi duší a tělem. V jejím pojetí je tělo nositelem ducha, záleží především na tom, jak se člověk dokáže od svého těla oprostít, záleží na fantazii. V tomto smyslu z rozhovoru vyplývá, že se brání bližšímu kontaktu s vlastním tělem. Tuto úvahu podporuje rovněž kresba postavy. V jejím průběhu byla R6 výrazně nejistá. Vypořádat se ztvárněním konkrétní postavy pro ni bylo obtížné, což sama v průběhu kresby a v následném rozhovoru sama uvádí. O postavách několikrát hovoří ve středním rodě, cyklí se v odpovědi *nevím*. Projevuje svou nespokojenost s výsledkem a snaží se od něho distancovat. Na otázku, co by mohla změnit nebo vylepšit, ale odpověď nezná, neví. Svě tělo hodnotí jako neforemné, snaží se vzdělávat, aby ji tělo neomezovalo. Tělo vnímá jako nosič života, od kterého nemůže utéct, může v něm pouze fungovat, což také dělá. Je jí jedno, jestli je žena nebo muž, vlastně by se možná raději narodila jako muž z čistě praktických důvodů – úděl ženy vnímá jako složitější. Také ji vadí prsa. Ona sama nikdy neuměla ženské zbraně využít. Je ale ráda, že jí tělo umožnilo mít děti. Poté, co radikálně zhubla, si nepřipadala příliš dobře: *nebyla jsem to já*. V závěru rozhovoru uvádí,

že své tělo prožívá hrozně. Tělo, především pak jeho hmotnost, ji obtěžuje, vadí jí. Má problémy s hygienou, sebeobsluhou, provozem a trpí zdravotními obtížemi. Dodává, že v tomto smyslu je tělo vlastně jejím celoživotním tématem, celý život se ho snažila redukovat, ale je to pro ni složitá otázka.

Kresba postav působí dětsky, po formální stránce je patrné nezvládnutí těla především v oblasti napojení nohou na trup. Trup je oválný, u ženy dokonce transparentní, zasazený do sukně. Jako první byla nakreslena postava muže, od ženské postavy je odlišen košilí s knoflíky.

R7: Tělo nahlíží především z hlediska funkce. Důležité pro ni je, aby tělo fungovalo, také ho vnímá jako chrám duše. Má za sebou delší období zdravotních komplikací, konkrétně spánkové apnoe, které silně ovlivnily její vztah k tělu. Nyní ví, že zdraví není zadarmo, musí se o své tělo starat. Zároveň zažila jaké to je, když je tělo pro člověka omezením, překážkou. Proto si dnes užívá všeho, co jí tělo umožňuje. Považuje se za aktivní, chodí cvičit, stará se o dům. Svůj vztah k tělu popisuje jako vděčnost. Má radost, že tělo funguje, i když přiznává, že trpí obavami o své zdraví, někdy má strach z možného zranění, úrazu. Svou váhou se trápila především v mládí, držela různé diety. Nejlépe se jí podařilo zhubnout v důsledku pohybu, především v období, kdy se seznámila se svým manželem, kterému se líbily štíhlé ženy. To byla její motivace – chtěla se líbit. Nyní se svou hmotností zabývá pouze z hlediska funkčnosti těla a z hlediska zdraví. Ve svém rozhovoru uvádí, že je se svým tělem v kontaktu. Samotný průběh rozhovoru vypovídá ale spíše o opaku. Znatelný je odstup od prožitkové roviny, zaměřuje se spíše na prostý popis událostí. V souvislosti s tělem zmiňuje zdraví a duši, tyto prvky jsou patrné i v dalších rozhovorech. Jejich rozměr ale interpretuji spíše jako tendenci vyhnout se konfrontaci s reálnou podobou těla. Tuto úvahu potvrzuje i kresba postavy a popření spojitosti mezi spánkovými apnoemi a obezitou. Co se týče kresby jsou obě postavy nakresleny z hlediska formální úrovně jako dobře zvládnuté. Jako první je nakreslena ženská postava, které autorka ponechala prázdný obličej. Sama vypovídá, že jde o obecnou pěknou ženu. Mužská postava na druhé straně obličej má. Autorka vypovídá, že neví, proč muži obličej nakreslila, údajně proto, aby byl úplný, dokončený. Z hlediska symbolického výkladu se dá usuzovat na potíže se sebezpřijetím.

R8: V úvodu rozhovoru popisuje vztah k tělu jen velmi vágně. V obecné rovině ji napadá pouze pitva a také tělocvik, protože tělo je součástí tohoto slova. Prožitkovou úroveň zcela opomíjí, tělo popisuje striktně pouze v číslech. Uvádí vždy v jakém období kolik vážila. Tímto způsobem mapuje celý život, pamatuje si tak všechna podstatná období. V souvislosti s tělem zmiňuje pohyb, který byl podstatnou součástí jejího životního stylu především před mateřstvím. O váhových

výkyvech hovoří ve smyslu: *když jsem zhubla, bylo to dobré, když jsem přibrala, tak tolik ne.* Žádné významné citového prožitky s tělesnými změnami nespojuje. Dnes uvádí, že jí tělo vadí, štví jí to. Ale nedokáže se naštvat natolik, aby s tím mohla cokoliv udělat. Svě naštvání adresuje přitom především na manžela, který ji hubnutí nijak neulehčuje.

Kresby postav působí spíše neurčitě, obě pohlaví jsou si tvarem těla podobná. Ženská postava je odlišena pouze sukni a delšími vlasy. Jako první je nakreslena mužská postava. Při kresbě se projevovala autorka nejistě, kresby jí přijdou nepovedené, od dětství kreslí stejné.

R9: Tělo vnímá na obecné rovině nejsilněji v souvislosti s oblečením. Je pro ni důležité hezky vypadat a hezky se cítit. V průběhu svého vyprávění barvitě popisuje tělo, jeho proměny i proměny v jeho vnímání. Významná je prožitková rovina ve vztahu k vlastnímu tělu. Zmiňuje, že tělo nebylo dominantním tématem jejího života, ale bylo dominantní ve vztahu k opačnému pohlaví. Vztahům s muži věnuje v průběhu svého rozhovoru významnou pozornost. Považuje se za velmi kontaktní. Možnost fyzického kontaktu uvádí jako druhou nejdůležitější věc v souvislosti s tělem. Největší změnu ve vnímání sebe sama ale připisuje mateřství, které ji umožnilo přehodnotit vztah k sobě samé. Jako matka má daleko větší odpovědnost, hovoří o sebehodnocení. V závěru rozhovoru uvádí, že své tělo miluje.

Kresba postavy je nakreslena zdařile z hlediska formální úrovně. Jako první je nakreslena ženská postava se znázorněnými vnitřními orgány. Autorka uvádí, že je znázornila, protože dcera trpí cukrovkou a zajímá se o to, jak lidské tělo funguje. Z hlediska pozorování bych ale tuto část kresby interpretovala jako odpor vůči technice nebo vůči způsobu vedení rozhovoru. Mužská postava je znázorněna velmi maskulinně, zdůrazněné jsou svaly na ruku a břicho. Obě postavy jsou svlečené, autorka v doplňujících otázkách uvádí, že by jim raději dokreslila oblečení, aby jim nebyla zima. Kresba odpovídá svým ztvárněním rozhovoru, a to především ve smyslu zaměření na vztahy. Patrné je vyostřené rozdělení mezi mužským a ženským pohlavím, muž je popsán jako ochranný, schopný a chytrý. Žena je krásná a šťastná, spokojená se svým tělem. Estetika představuje podstatnou roli v pojetí tělesnosti.

R10: Svě tělo vnímá především prostřednictvím duše. Tu zmiňuje v průběhu rozhovoru nejčastěji. Nikdy se kvůli tělu netrápila. Domnívá se, že to nemá smysl, protože člověk své tělo nemůže změnit, musí ho jen přijmout. V této souvislosti hovoří obecně o vztahu vozíčkářů k vlastnímu tělu: *... co se týče těch vozíčkářů, všichni jo, jako myslím si, že málokterej vozejkář kolem mě by neměl rád sám sebe. I zrovna jako vozejkář. My s tím nic neuděláme. Vy třeba, vám se nelíbí nos, tak si ho zlomíte a půjdete na operaci. Můžete na tom těle něco změnit, ale u nás není možný něco*

měnit. A člověk se musí mít naučit rád tak, jak to je. Aby byl vnitřně spokojený. S vlastním handicapem se tedy vypořádává přijetím vlastního těla. Co se týče tělesné váhy, řešila ji před rokem. Podstoupila bariatrickou operaci, aby netloustla. Z hlediska pocitového hovoří ve vztahu k tělu o přijetí. Svě tělo má ráda. Nevzhlíží se v zrcadle, ale hladí se. Z hlediska vzhledu se snaží o sebe pečovat, ráda si obleče to, co si myslí, že jí sluší. Dodržuje hygienu. Větší investice do svého vzhledu by ale považovala za vyhozené peníze. U ostatních si vzhledu všímá.

S kresbou postav byla nespokojená, nejraději by ji vyhodila. Jako první nakreslila ženskou postavu, kterou popsala jako mrzutou. Neurčitě se vyjadřovala v otázce věku – rozmezí asi dvaceti let. Druhou mužskou postavu popsala jako vlídnou, dokáže se s ní více ztotožnit. Věkově postavu označuje jako postarší, asi kolem padesáti a výš. Ač postavy působí velmi podobně, jejich charakter interpretuje na základě vnějších znaků, především obličeje, velmi odlišně. Z toho se dá usuzovat na projektivní význam kresby. Z hlediska provedení jsou postavy nakresleny nejistou čarou, působí asymetricky, tvarem těla jsou si postavy opačného pohlaví výrazně podobné.

R11: V úvodu rozhovoru popisuje svůj vztah k tělu jako spokojenost. Od obecné roviny odchází sama k sobě. O tělu hovoří v průběhu rozhovoru několikrát ve středním rodě: *ted' se to zdrcló, tak je to dobrý*. V rozhovoru uvádí, že tělo vlastně nikdy neřešila. Věnovala se sportovním aktivitám, to ji bavilo, pak práci. Tam vždy směřovala svou pozornost. Svě tělo na prožitkové rovině nevnímá. Začala ho řešit vlastně až v momentě, kdy její váha dosáhla 150 kg: *s tím už se žít nedá*. V průběhu rozhovoru několikrát pláče: při kresbě postavy, která ji přijde intimní, připomíná ji sebe samu. Dále ve chvíli, kdy hovoří o bariatrické operaci, pro kterou se rozhodla. Cítila, že potřebuje změnu, že už to tak dál nejde. Pláče také v závěru rozhovoru, kdy hovoří o tom, že je třeba se otevřít. Vnímám, že operace pro ni představovala zásadní změnu v životě, možná je symbolicky spojena i s jinými oblastmi jejího života.

Kresba postavy je provedená velmi nejistě, čáry jsou tenké, přerušované. Obě postavy mají prázdné oči bez zorniček, což lze interpretovat jako nezájem o vnější svět, případně problémy v komunikaci s okolím a možnou introverzi. Tyto úvahy potvrzují i údaje získané pozorováním – **R11** se potýká s obtížemi v komunikaci, nedokáže srozumitelně sdělit, co od lidí ve svém okolí potřebuje, jaká jsou její přání. Vyžaduje rady ohledně dalšího postupu v komplikované vztahové situaci. Snaží se tak vyhnout nejistotě, se kterou se potýká v případech, kdy neví, co bude dál.

Vztah k vlastnímu tělu u obézních žen ukazuje výraznou proměnlivost. A to jak na úrovni interindividuálních odlišností, tak v proměnách času na úrovni jednotlivých rozhovorů. Přesto z analýzy dat vyplynuly následující skutečnosti:

U většiny zúčastněných žen je patrná **tendence vyhnout se konfrontaci s vlastním tělem** v podobě, v jaké skutečně existuje. Přičemž nejčastěji je tato tendence za hranicí jejich přímého uvědomění. Projevy, které o její skutečnosti vypovídají, jsou následující:

- ženy obvykle v rámci rozhovoru vypovídaly o vztahu k tělu vyhýbavě, zaměřovaly se na popis okolností nebo konkrétní data, která s tělem spojují,
- jejich popis byl často oproštěn o prožitkovou rovinu, případně bylo spojení s tělem na této úrovni vágní,
- některé ženy ve svých rozhovorech uvádí, že se zabývají vzhledem ostatních více než svým vlastním. Tato tvrzení se objevují v různé intenzitě, asi nejvýznamněji pak v rozhovoru R3,
- R4 popisuje, že se jí nedaří unést pohled na své svlečené tělo v zrcadle, fyzicky se jí dělá špatně,
- R5 uvádí, že se stále neztotožnila s tělem, které má, představuje si, že žije ve svém mladém štíhlém těle.

Tuto úvahu podporují také rozborů kreseb postavy, které hovoří o velmi slabém kontaktu s tělem. Žádná z žen navíc nenakreslila postavu odpovídající tvaru svého těla, časté byly zjednodušené kresby, formálně podprůměrně vypracované.

Některé ženy si pomáhají v odstupě od vlastního těla výroky jako: *krása je pomíjivá* nebo *tělo je schránkou duše*. V kontextu jejich rozhovorů tato tvrzení ale pozbývají většího smyslu. Z analýzy rozhovoru spíše vyplývá, že se jedná nástroj, jak zmenšit podíl vlastní odpovědnost na vzniku a rozvoji obezity. Často navíc v dalších fázích rozhovoru podstatu těchto tvrzení spíše popírají

Objevuje se občasné využití středního rodu při popisu vlastního těla, především pak v rámci negativního hodnocení. Toto pojmenování vzbuzuje dojem odosobnění, potřebu vzdálit se od nežádoucích důsledků nadváhy.

Z rozhovorů vyplynulo, že je to pro většinu žen vůbec poprvé, kdy o svém těle přemýšlejí v souvislém kontextu. Průběh rozhovorů byl identický v tom smyslu, že nejvíce nejistoty vyvolávaly otevřené otázky, tedy převážně úvodní část. V samotném průběhu rozhovoru bylo patrné, že se zúčastněné ženy snaží v daném tématu orientovat, utvářejí mu svým vyprávěním rámec. V poslední fázi se většina z nich uchylovala k hodnotícímu závěru. Zároveň byla většina žen schopna pojmenovat souvislosti a utvořit pro sebe z rozhovoru smysluplný celek.

Většina žen **nahlíží na vlastní tělo perspektivou tělesné hmotnosti**. Váha je pro ně nejčastějším kritériem v hodnocení vlastního těla.

Většina žen vypovídá o **nespokojenosti s vlastním tělem**, případně zdůrazňuje omezení,

se kterými se v důsledku tělesné hmotnosti potýkají.

Většina žen popisuje, že tělo **nebylo nikdy dominantním tématem** jejich života, na druhou stranu ale uvádí, že **váhu jako takovou řeší celý život nebo jeho podstatnou část**.

Analýza dat dále poukázala na skutečnost, že některé ženy **zažívají pocity ztráty kompetence v možnosti regulovat své tělo**. Nejvýrazněji je toto patrné v oblasti přibírání, respektive hubnutí. Ženy nejčastěji uvádí následující výroky:

„Nemám pevnou vůli.“

R1: Ale já na to asi opravdu nemam silnou vůli, na nějaký chození ... chodila jsem třeba, měla jsem období, kdy jsem chodila třeba cvičit.

R5: *Ale klidně bych s tím psem mohla jít. Ale ne pokaždý se k tomu donutim, poněvadž jsem líná. Si myslim, že je to proto, že jsem líná.*

R8: *... nemam tu pevnou vůli a nevím teda, kde jí ty ostatní teda berou. Jsou lidi, který se zapříčejí, budou jíst jenom jablka, nebo večer nejedí, budou spát s hladem. Oni usnou. Já prostě neusnu. Já teda nevím, proč někdo tu pevnou vůli má a někdo jí nemá. Kde k ní teda přišel?*

„Nechápu, jak se to stalo, že jsem přibrala“

R5: *Jediný co můžu dodat je, že já nevím, jak jsem ztloustla. Já jsem nic zásadně nezměnila, ale prostě najednou jsem začala přibívat. Za rok tu kilo, tu dvě. Je fakt, že jsem byla na operaci, na histerektomii, to mi vzali jeden vaječník, takže pak jsem šla do přechodu nucenýho. Takže určitě i hormony se podepsaly, že jo. Po tý čtyřicítce. Prostě najednou jsem byla tlustá, ani nevím jak.*

R9: *Já jsem se na sebe podívala a najednou si říkám: do háje, co to je? To už nejsem já. To není moje tělo, na který jsem byla zvyklá. A trvalo deset let, než jsem se odhodlala k tomu, že chci zpátky svoje tělo, na který jsem zvyklá. Jako v tu chvíli, jak kdyby vás někdo vyměnil. A bylo to cizí.*

R11 ve svém rozhovoru hovoří o tom, že se to rozjelo. V tomto kontextu má na mysli přibírání na váze. Zároveň ale uvádí, že to do svých přibližně 150 kg neřešila. Cítila se být v kondici, pak už to byl ale extrém.

„Někdy je to silnější než já ... “

R3 hovoří o tom, že jídlo je pro ni požitek. Zajídá jak stres, tak pohodu. Často pak mívá výčitky, ale sama tomu nerozumí:

No protože v hlavě. To je prostě v mozku. Asi mam takovej impuls: dala bych si něco pikantního, dobrýho.

R9 zmiňuje, že jídlom sladkým řešila emocionálně obtížné období rozvodu s prvním manželem. Nic jiného neřešila, utápěla se v jídle, které jí pomáhalo cítit se lépe:

Řešila jsem rozpad manželství, ktere jsem zaháněla sladkým. Co si budeme povídat, sladký nám dělá dobře, když máme nerviky. (...) Takže já jsem seděla doma, utápěla jsem se v sebelítosti, o samotě no, tak co děláte? Jíte.

R4 uvádí, že za pozitivní energetickou bilanci stojí především konzumace slazených nápojů. Vzdát se jich je pro ni obtížné. Představují pro ni rychlou energii:

Já si myslím, že to vyžaduju, v momentě kdy se fyzicky necítím a potřebuju to tělo rychle nakopnout.

R11 své přibírání dlouhou dobu neřešila. Přiznává ale, že jídlom řešila především stres a nesplněná očekávání na všech možných stranách. Cítí se jídlom obklopená, má pocit, že se mu dá jen těžko ubránit:

Ted' v tý rodině, že jo, brácha kuchař, táta kuchař, všichni se ládujou ... je to všude kolem. Plus v tý televizi, každejch pět minut prostě, co pět minut, každou chvíli ...

Některé z účastnic nárůst hmotnosti datují do období dospívání (R6, R7), dále se tomuto tématu v rozhovoru nevěnují.

R6: *Jako malý dítě jsem byla v rámci normy, takový normální. Ale po pubertě jsem začala nabejvat. V podstatě jako od toho okamžiku, kdy to pro člověka začne bejt rozhodující, v tom životním výběru, tak jsem začala bejt silnější.*

R7: *já jsem měla poměrně brzo pubertu, poměrně jsem byla vyspělá. A taky jsem byla holka krev a mlíko. Rozhodně jsem nebyla taková ta hubená vytáhlá pubertální dívenka, ale rovnou prsa pas boky. Ne že bych byla tlustá. Já jsem měla tenkrát padesát kilo. Kvůli tomu, že jsem byla tlustá, jsem se něco natrápila a něco nabřečela.*

Specificky se ztráta kontroly nad vlastním tělem projevuje u R4, která se v tématu vnímání vlastního těla nejčastěji dotýká problémů s prsy, který bolestně prožívá a jehož původ je pro ni neznámý.

Zkušenosti některých žen vypovídají o **zážitku ztráty možnosti ovládat příjem toho, co sní nebo zkonsumují, vlivem postojů některého ze členů rodiny**, se kterým sdílí domácnost. V současnosti jako tento důvod selhávání v dodržování dietního stravovacího režimu uvádí R8. Dle jejích slov ji například manžel nutí dojídat snídaně, i když sama nechce. Nedokáže se ale vzepřít. V rozhovoru uvádí, že vůči manželovi pocituje naštvání. V minulosti vnímaly nemožnost rozhodnout o tom, co nebo kolik sní také některé z ostatních žen. Jídlo bylo v rodině dané, bez možnosti ho odmítnout nebo jinak nahradit.

- R1: *Tak když jsem si nevařila, peníze žádný jsem neměla, jako já byla závislá na tom, co uvařila babička. A babička vařila moc dobře a byla strašně zlatá a každému chtěla vyhovět, takže prostě vařila samý dobroty, takže ta mi to vůbec neulehčovala. Kdybych nechtěla jíst, tak to by vůbec neexistovalo, u nás se dojídalo. U nás se muselo všechno sníst, tak. Jako diety ... i kdybych chtěla, tak by to nešlo v té době ani ...*
- R8: *V těch lázních se člověk snaží. Doma, dokud člověk bydlí doma, tak jí, co mu nandají. Udělá se jídlo, tak žádnéj dietní režim jsem si nevymejšlela.*
- R9: *Ale to jídlo prostě, máma vařila tak, jak vařila. Jednou jsme se o tom bavily, když už jsem byla dospělá, a ona říkala, že měla trošičku strach, že začínám kynout. Ale že jí někdo z příbuzenství uklidnil: ona to vyběhá, jakmile bude v pubertě, tak z toho vytáhne. No nevytáhla jsem. Takže dávám za vinu svojí matce, že to včas nezastavila.*
- R11: *A někdy ... když jsem jezdila k babičce, ale to bylo asi ještě před školou, nevím, tak mě tam babička vykrmila nějakýma koblíčkama.*

4.7.7 Změny ve vnímání vlastního těla

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že vnímání vlastního těla v pojetí zúčastněných žen je spíše než setrvalým stavem jistou formou procesu. Tento proces má často svůj počátek v samotném dětství a proměňuje se v průběhu života. Následující část své práce věnuji těmto proměnám tak, jak je zachycují příběhy žen. Dětstvím a dospíváním se v tomto smyslu zabývala předchozí část mé práce, z toho důvodu se v následujícím textu zaměřením na analýzu dalšího životního období, počínaje ranou dospělostí až po současnost.

Některé ze žen **vnímání vlastního těla ztotožňují s obdobím, kdy zaznamenaly nárůst tělesné hmotnosti.**

R5 uvádí, že tělem se do určitého věku příliš nezabývala. Zaznamenala sice plíživý nárůst hmotnosti, který začal začal prvním těhotenstvím a pokračoval nenápadně v dalších letech, ale protože měla jiné starosti, nijak se tím netrápila. I s několika kilogramy navíc byla stále štíhlá.

Zlom v tomto smyslu nastal, když jí bylo asi 45 let:

Někdy když jsem šla na tu operaci. A to mi bylo kolik? To mi bylo 45? no. Někdy asi v těch 45. mam pocit. Protože to jsem se rozvedla, odstěhovala a začala jsem se starat o sebe. To byla teda strašná úleva. No a najednou jsem si řekla: holka, s tímhle musíš něco dělat, protože podívej se, jak jsi dopadla, jak vypadáš. Ale nějak se mi to nepovedlo.

R6 uvádí, že se svým tělem nikdy výrazněji nezabývala, nyní ji ale obtěžuje. Důvodem je nárůst hmotnosti. Ten zaznamenala asi ve 40 letech, od té doby se snaží hubnout. Proměna ve vnímání vlastního těla vystupuje do popředí ruku v ruce s váhou a omezeními, která přináší:

Protože mě obtěžuje, vadí mi to, bolí mě nohy. A mam problémy s určitýma úkonama, někdy s hygienou. Ted' po tý operaci, člověk se nemůže sám obstarat. Mně to tělo překáží tím, jak je objemný, to je opět zase ten důvod, proč chci hubnout, nebo proč bych ráda zhubla.

R8 zmiňuje, že své tělo začala vnímat v období po ukončení střední školy, kdy se poprvé snažila cíleně hubnout:

To už mi na tom záleželo, bylo mi 18. to jsem chodila každý den na velkou procházku, měla jsem procedury, redukční dietu. Měla jsem asi 76 kilo a zhubla jsem fakt strašně málo. Takže mě to dost demotivovalo.

R9 uvádí, že se změnil její vztah k tělu v období, kdy si po rozvodu s prvním manželem uvědomila, že přibrala. Svě tělo měla do té doby ráda, pozitivní sebeobraz jí umožnil budovat i její přítel, později manžel:

Problém s tím tělem jsem začala mít až vlastně tak kolem pětadvaceti, osmadvaceti. Kdy jsem hodně nakynula, nedokážu si vzpomenout na to proč a jak. Ale už to tělo bylo zastriovaný, nebylo pevný, bylo ošklivý. Jako vyloženě neesteticky ošklivý.

R11 uvádí, že své tělo vlastně dlouho neřešila, často používá formulaci „pak se to rozjelo..“ Popisuje tím váhový nárůst, který ale stále neprožívala nijak zásadně. Zlom přišel, když dosáhla 150 kg, v tu chvíli pochopila, že je třeba něco změnit. V tu chvíli se tělo stalo jejím tématem:

Měla jsem stopade. A to už, že jo, běžně inteligentní člověk pochopí, že už dlouho žít nebude, že jo. (...) Prostě jsem cítila, že takhle už to dál nechci. Že chci něco jinýho no.

Váhové výkyvy jako příčina změn ve vztahu k vlastnímu tělu.

Změnu ve vnímání vlastního těla ženy zažívaly v období, kdy se jim podařilo výrazně zhubnout. Výjimkou nebylo ale ani následné opětovné přibírání. I to se podepsalo na změně vztahu k vlastnímu tělu.

R3 příjemně prožívala období, kdy se jí podařilo po operaci zhubnout 17 kg. Nejvíce ji přitom těšily reakce okolí. Lidé ji chválili, to jí dělalo dobře. Zároveň jí to motivovalo v dalším snažení. Po té, co přišly starosti, se odchýlila od dietního režimu a přibrala zpět 7 kg. Uvádí, že hlasy chválily utichly:

A pak najednou ty lidi umkli, protože tam byl ten stop. A teď už zase neříkají: ty jsi nabrala zase, třeba těch 7 kilo jsi nabrala zpátky. Už nechválej, už je to takový období ticha.

R4 zmiňuje nepříjemnou zkušenost, kterou ve vztahu se svým tělem zažívala po výrazném váhovém úbytku v důsledku operace. Trápila ji povislá kůže, zmiňuje, že si přišla dokonce odporná. Uvádí, že tyto pocity prožívala podstatně hůře, než samotnou nadváhu:

... nikdy jsem se nesetkala s tím, že jsem zhubla 20 kilo za krátkou dobu a najednou jsem si v některých věcech přišla odporná, najednou jsem si přišla odporná v tričkách.

V rozhovoru R8 jsou dominantním tématem v rovině prožívání vlastního těla změny spojené s tělesnou hmotností. Ač je její vyprávění velmi popisné a jednotlivá období ilustruje údaji v kilogramech, patrná je radost spojená s úbytkem váhy střídaná naštváním v důsledku následného přibírání. Přiznává také, že tento cyklus se v jejím životě opakoval několikrát:

A to teda bylo ... tam jsem teda plíživě přibrala, přes 90 pak dokonce přes 100vku. Tak to jsem se teda vyloženě hodně naštvala. (...) Samozřejmě když se člověk do něčeho hezky vešel nebo když byl v té fázi, že zhubnul, tak to bylo samozřejmě pozitivní.

R9 uvádí, že se jí podařilo výrazně zhubnout počítáním kilojoulů, bylo to období, kdy se cítila daleko spokojenější:

Měla jsem z toho strašnou radost. Začala jsem být spokojenější. To fyzický omezení, protože když máte velký tělo, tak vás bolí kolena, kotníky, nohy.

Na druhé straně ale nepříjemně prožívala změnu tvaru těla, které v důsledku hubnutí ztratilo pevnost:

Akorát že tím zhubnutím to tělo nenabývalo to tvary, který mělo před tím. Ano, měla jsem štíhlejší tělo, ano oblíkla jsem některý věci. Ale prostě to tělo je tak extrémně povolený. S prominutím vám visí i zadek, i kolena. A to prostě není hezký.

R11 uvádí, že změnu ve vztahu k tělu prodělala loni v létě. Po operaci se jí podařilo výrazně zhubnout. Tuto změnu popisuje jako pozitivní. Z rozhovoru je patrné, že se jednalo o důležité období, které znamenalo výraznou změnu v jejím životě. Na úrovni prožitkové ale jeho význam nijak neakcentuje, vyjadřuje spíše stručně a popisně:

Jsem si říkala: tak jako, no, tak není to špatný ...

Změna ve vnímání vlastního těla je v některých případech spojována s obdobím, v němž se ženy potýkaly se zdravotními problémy.

V případě R4 nejméně ovlivnily vnímání vlastního těla její problémy s prsy, které mají pro ni těžko vysvětlitelný původ, tuší ovšem, že se jedná o psychosomatickou záležitost. Nejen, že je se cítí špatně ve svém těle, výrazně ji to degraduje i jako ženu:

... tam prostě jakmile nastaly ty fyzický, já nevím, sedum osum let, což už je docela dlouho, nějaký problémy s těma prsama jako fyzicky, že mě to degradovalo. Že si přijdete jakoby byla popálená (...) Ale já najednou si říkam, jako proč by mě měl mít někdo takovouhle rád nebo proč by to měl někdo akceptovat, když nemusí, když je prostě výběr, možnost nemusí. A najednou zapomenu ty svý povahový vlastnosti, že by mě měl rád někdo pro to ostatní a ne pro tu fyzickou stránku, tý vizáži. A najednou ta vizáž to převálcuje. Jako najednou to převálcuje tu psychiku.

R6 v současnosti vnímá, že tělo se stává tématem její každodennosti i v důsledku zdravotních problémů, které s sebou obezita přináší. Dokud tyto obtíže neměla, nebylo potřeba se tělem zabývat. Přiznává, že se více věnovala jiným oblastem, než péči o sebe.

V příběhu R7 je zdraví a správná funkčnost těla stěžejním tématem a především hlavním kritériem v jeho vnímání. Výrazně přehodnotila vztah k vlastnímu tělu v období, kdy trpěla spánkovými apnoemi:

... já jsem měla zdraví relativně dlouho zadarmo. Ted' vim, že se musím starat, že musím dbát. A jsem ráda, když to funguje. Jo, slyšela jste, že jsem několik let trpěla spánkovými apnoemi, kdy jsem byla ... strašně unavená a prostě na každý ruce deset kilo, na každý noze jsem měla pocit, že táhnu dvacet kilo. Ujít pět set metrů? No to bylo strašný!

Tato zkušenost ji přivedla k uvědomění, že existuje vztah mezi fungování těla a duševními stavy:

... když jsem měla ty apnoe, tak jsem byla i psychicky na dně. A hrozně unavená. Tak se to prostě projevilo i do toho těla, tak to působení je zřejmě oboustranný.

Specifickým případem je v otázce vnímání vlastního těla v souvislosti se zdravotními problémy R10. Skutečnost, že trpí DMO, jak sama uvádí, do značné míry určuje vztah k jejímu tělu:

... jo a takhle to v podstatě vnímají, co se týče těch vozíčkářů, všichni. Jo jako myslím si, že málokterej vozejkář kolem mě by neměl rád sám sebe. I zrovna jako vozejkář. My s tím nic neuděláme. Vy třeba, vám se nelíbí nos, tak si ho zlomíte a půjdete na operaci. Můžete na tom těle něco změnit, ale u nás není možný něco měnit. A člověk se musí mít naučit rád tak, jak to je.

Změna ve vnímání vlastního těla ve spojitosti s partnerskými nebo mileneckými vztahy.

R1 výraznou změnu ve vnímání sebe sama v souvislosti s manželstvím neuvádí, přiznává ovšem že se snažila líbit. Navíc manžel byl sportovec, snažila se s ním tedy držet krok, a to i přesto, že každý vyhledával jinou sportovní aktivitu a v zásadě sportovali každý zvlášť. Ač v tomto období vynakládala jisté úsilí v péči o svůj vzhled, nepřipadala si nijak úžasně:

Ale že bych si někdy připadala jako nějaká hvězda nebo nějak prostě, no já nevim.

R4 popisuje, že si může připadat fyzicky krásná, protože pociťuje zájem ze strany mužů. Je pro ni obecně velmi důležité cítit se žensky. Na fyzické úrovni jsou to pak ženské tvary, které určují její vztah k tělu. Tělesná hmotnost je v tomto smyslu až druhotná.

R6 uvádí, že svým tělem se příliš nezabývala, dokonce uvádí, že nikdy nebylo prioritou jejího života. To, co ji ale trápí a kde vnímá své tělo v popředí, jako příčinu neúspěchu, jsou partnerské vztahy. Vztah k vlastnímu tělu se mění především v rovině jeho uvědomování. To, co bývalo do té doby přehlíženo nebo nebylo v centru pozornosti, se v perspektivě partnerských vztahů obnažuje:

jasně že mě trápí, že jsem si nemohla najít pořádně mužskýho dlouho a že já nevim ... a že toho, co jsem si našla taky za moc (...) takže mě třeba nevadilo, oni lítali venku a já jsem seděla doma a četla jsem si. Tak to jako bylo. Jakože tolik mě to nebolelo. Naši mě docela nasměrovali na kulturní cestu, takže jsem chodila i do divadel, do kin, a nevadilo mi, že chodím sama jo. Prostě ty ostatní ... nechodili ani moc. Takže mě to nevadilo na jednu stranu. Až potom začalo bejt člověku časem smutno.

R7 uvádí, že se svým tělem zabývala více v období, kdy chodila se svým budoucím manželem. Tomu se líbily štíhlé ženy, proto si udržovala svou váhu, a to především pohybem.

Uvádí, že se chtěla líbit a muž pro ni představoval významnou motivace v péči o své tělo a vzhled.

R9 uvádí, že si připadala krásná, protože krásná byla i v očích své tehdejšího partnera:

Ale to bylo tím, že jsem měla přítele, kterej mě miloval takovou, jaká jsem byla. A bylo mu úplně jedno, jestli tady mam špiček, tam špiček. Je teda pravda, že to tělo se změnilo a jakmile nabylo ženský tvary, tak najednou ty špičky byly tam, kde mají být.

Podstatnou rovinu ve vnímání vlastního těla hrál v celém příběhu vztah k opačnému pohlaví. Právě zájem ze strany mužů do značné míry ovlivňovala proměnu v jeho vnímání. Tělo bylo důležité, milostné vztahy s ním přímo souvisely, ať už ve smyslu atraktivity pro opačné pohlaví, tak rovněž ve smyslu vnímání sebe sama a sebezřetiví.

R9: *... ale bylo dominantní při seznamování s klukama, s chlapama, s mužema. Protože chlapi líp vidí, než myslí. Takže oni vidí. Oni první, na co se podívají, je to tělo, pak teprve to, jestli jste chytrá nebo ne. (...) protože, co jsem zhubla, tak ten zájem je úplně jinej. Mnohem lepší, mnohem větší. Dělá mi hroznou radost jim říkat ne.*

Změna v prožívání vlastního těla v souvislosti s intimní oblastí.

Některé ženy se vnímají se jako nedostatečně přitažlivé. To s sebou přináší jak pocit ohrožení v intimní oblasti. Převážně jde o obavy z možných poznámek ohledně jejich těla. S tím narůstá vnitřní napětí a nejistota.

R1 uvádí, že jednou z oblastí, kterou si s tělem spojuje, je sex. Ač svému tělu v průběhu rozhovoru nevěnuje příliš pozornosti a vnímání vlastního těla je pro ni spíše novinkou, která se jí v rozhovoru otevírá, tělo v souvislosti s intimní sférou vnímá jako omezující:

... no tak v sexu určitě mě to ovlivňovalo. Že jsem tomu nebyla tak jako ... odvázaná, jak bych třeba měla být. Protože jsem měla furt pocit, že se stydim, že jsem tlustá, že jako ... asi mě to možná brzdilo, svým způsobem, určitě.

R4 uvádí, že dojde-li k intimitě, cítí se velmi zranitelná. Najednou si nemůže věřit jako v jiných situacích. V těchto chvílích nejen že se mění prožívání vlastního těla, ale vznikají rovněž pochybnosti o sobě samé:

Tam se necítím ve svý kůži, najednou si nepřijdu na svém, nepřijdu si tak sebevědomá. Tam by mě mohl někdo zasáhnout. A já nedovolím, aby mě někdo zásahl, takže si to nepřipustím (...) že by mě mohl někdo říct: ty seš tlustá. Nebo něco. Ne prostě, chlap, kterej si mě vybere, tak ví jaká jsem a nikdy nedovolím, aby mě takhle srazil. Abych šla s někým, kdo by mě mohl takhle sejmout. Vůbec jako. To bych stokrát sejmula chlapa jako (...)

Ale já najednou si říkám, jako proč by mě měl mít někdo takovouhle rád nebo proč by to měl někdo akceptovat, když nemusí, když je prostě výběr, možnost nemusí. A najednou zapomenu ty svý povahový vlastnosti, že by mě měl rád někdo pro to ostatní a ne pro tu fyzickou stránku, tý vizáži. A najednou ta vizáž to převálcuje. Jako najednou to převálcuje tu psychiku.

Podobně nepříjemné pocity v souvislosti s intimitou zmiňuje také R9. Popisuje obavy z možných reakcí partnera, nahota pro ni byla ohrožující. Byly to chvíle, kdy se spolu s tělem odhalily i nejistoty, které vůči němu prožívala.

R9: *Před prvním manželem trvalo asi rok, než jsem se plně svlíkla, možná tři čtvrtě roku, měla jsem opravdu velký problém se svlíknout, protože s tím tělem jsem byla krutě nespokojená a myslela jsem, že on to bude vnímat taky tak, jenže on to tak nevnímal. Byl to můj problém, můj předsudek.*

Změna ve vnímání vlastního těla v souvislosti s módou, oblečením, konfekcí.

Některé ženy zaznamenávají změnu v uvědomění si vlastního těla v souvislosti s oblékáním. Skutečnost, že je problém sehnat oblečení odpovídající velikosti, pro ně představuje jistou „srážku s realitou.“ Dosud spíše upozaděné vnímání vlastního těla v těchto chvílích vystupuje jakoby do popředí.

R4: *Nemyslím na to, myslím na to, když se na sebe podívám ve zkušební kabině, ale jinak já takovýhle velký zrcadlo doma nemám, abych viděla celou postavu. Až když se svlíknou u lékaře a lékař tam má , třeba teď v tom sportovním institutu zrcadlo přes celou zeď, a já se najednou v tom zrcadle vidím v tom spodním prádle, tak to je špatný, to je šprajc. Tak to odcházím z obchodáku a najednou se mi chce zvracet, jako fyzicky opravdu zle. To jo. Ale jinak se tím nezabývám. Běžně se tím přes den vůbec nezabývám.*

R9: *A obrovská motivace, nebo možná až nutnost, že když máte 120 kilo, jdete do obchodu, tak na sebe neseženete nic. Oblíkáte se podle toho, co vám je a ne to, co vám sluší. A vzhledem k tomu, že jsem poměrně esteticky založená, tak já jsem prostě nechtěla chodit v hnusných hadrech. Ale to byly opravdu hnusný hadry. To nebylo jako: ježišmarjá, ona má loňskej model. To byly opravdu absolutně neforemný, ošklivý barvy, prostě ošklivo.*

R11 popisuje, že oblečení hrálo roli ve vnímání vlastního těla jak v období, kdy byla její váha

na svém maximu, tak v období, kdy se jí podařilo zhubnout. Zmiňuje, že si prostřednictvím oblečení uvědomovala svou extrémní váhu:

Kdy to byl úplně extrém. Kdy už nešly ty normální věci. Kdy už to vypadalo, že nebudu mít v čem odejít ráno. Prostě nic většího není.

Naopak zážitky spojené s nákupem nového oblečení v období, kdy se jí podařilo v důsledku operace výrazně zhubnout, popisuje jako pozitivní a prožitkově silné:

Že jsem jako potkala paní, která mě dotáhla do krámků, kde se dají kupovat hezký věci a kde prostě, i jako oni se starají o to, aby byl člověk spokojenej, tak jsem si to i užila. To bylo prostě poprvý, to bylo super. Pak podruhé jsem jela do Německa, to bylo jak z Pretty Woman, kdy ona neví, který ty šatečky si vybrat. Jsem si říkala: tak jako, no, tak není to špatný ... jakože nám tam paní otevře šampaňský, to je jako prostě neuvěřitelný. Jsem si nikdy nedokázala představit, že bych tohle zažila. A přitom jsem si koupila čtyři hadry. Ale najednou se ke mně chovali fakt hezky jako.

Změna ve vnímání vlastního těla je také spojována s těhotenstvím a mateřstvím.

R3 zmiňuje těhotenství jako období změny těla na fyzické úrovni. Přiznává, že přibrala a zvětšily se jí prsa, přičemž už se jí nepodařilo nabrané kilogramy zhubnout. Po psychické stránce ale změnu nijak neprožívala, byla matkou, zabývala se péčí o rodinu, o děti.

R8 má dvě děti, svým mateřstvím nebo těhotenstvím se ale v průběhu vyprávění nezabývala.

R7: *Čeho jsme se nedotkli. Asi to, že to tělo mi umožnilo mít dvě děti. Jako je to možná trochu odtažitý, ale je to důležitý.*

R9 uvádí, že výrazně její tělo poznamenalo těhotenství:

Ale to tělo mi zhuntovaly těhotenství a porody, protože jsem přibrala v prvním těhotenství asi osmatřicet kilo, takže to prostě udělá strašnou paseku s tím tělem. Takže teprve potom jsem to tělo začala vnímat jako ošklivý.

Na druhé straně je to ale mateřství, které se podepsalo na změně ve vnímání samy sebe, v tomto smyslu hovoří o získání vyšší sebehodnoty a nabytí důležitosti:

Já jsem prodělala obrovskou změnu v hodnocení sama sebe, když jsem porodila. Jako kdyby ten mozek začal pracovat jinak. A vnímám se jinak. Jako kdybych našla svojí hodnotu.

Z analýzy dat v tomto smyslu vyplývá, že vnímání vlastního těla žen se proměňuje nejen v různých etapách života, ale je rovněž spojeno s konkrétními životními oblastmi. Nejistota, které se dokáží ubránit v každodenním životě, především tím, že své tělo nevnímají a nevěnují mu výraznější pozornost, se v určitých momentech stává hmatatelnou. Tímto momentem jsou

například intimní chvíle nebo nákupy oblečení. Změna ve vztahu k vlastnímu tělu také souvisí s intenzitou jeho uvědomění. Často to je právě nárůst tělesné hmotnosti, který svými důsledky výrazně omezuje každodenní rutinu, a tak se nekompromisně stává tématem jejich života. Dále jsou to zdravotní problémy, které staví tělo v daném období do centra pozornosti. V některých případech tyto události definitivně pozmění vnímání vlastního těla a dotyčné pak v jejich důsledku přehodnocují jeho význam (R3, R4, R10), ať už se jedná o zdravotní problémy s váhou související či nikoliv. Důležitá ve vztahu ke změnám vnímání vlastního těla jsou také období váhových výkyvů. Řada žen popisuje vztah k tělu v řeči čísel. Změny jsou v tomto smyslu popisovány údaji v kilogramech, která se jim podařilo zhubnout nebo naopak přibrat. Prožitková rovina, s jakou jsou tyto váhové změny popisovány, se mezi zúčastněnými ženami výrazně liší. R8 se například přidrží pouze číselných údajů a proměny ve vztahu ke svému tělu ilustruje váhou v kilogramech. V tomto smyslu je ve svém vyprávění velmi věcná. Naopak R9 popisuje své vnitřní pochody v jednotlivých obdobích velmi barvitě. Patrná je silná prožitková rovina, která vztah v tělu vlastně sama určuje.

4.7.8 Vztahy jako začátek všeho

Již ve fázi sběru dat se ukázalo, že zásadní téma v životech zúčastněných obézních žen tvoří vztahy. Ženy přicházely na sezení s pocitem, že je tyto vztahy omezují, ale zároveň z nich nevidí východisko, případně nespátřují možnosti k jejich zlepšení. Společným znakem těchto významných vztahů je to, že byly prožívány jako neuspokojivé, avšak velmi obtížně řešitelné ze strany samotných účastnic. Míra, kterou ovlivňovaly jejich životy, se přitom zdá být značná. Rozhodla jsem se proto blíže prozkoumat téma vztahů tak, jak se ukazují v jednotlivých rozhovorech a pozorováních.

V rozhovoru zmiňuje **R1** nevyřešený vztah k otci, který zemřel, když byla malá. Dlouhou dobu věřila tomu, že tatínek odjel. Tenkrát se to ale prý říkalo. Dalším významným vztahem, který se objevoval nejen ve výzkumném rozhovoru, ale dle informací z tzv. třetího zdroje je rovněž tématem sezení. To potvrzují i má pozorování, a jedná se o vztah s manželem. Podle svých slov je jejich dlouholeté manželství jen výsledkem špatného životního rozhodnutí. Manžela vnímá jako člověka sobeckého a nevypočitatelného:

neumim si představit, že bysme byli pořád spolu, jako doma. Furt, čtyřicet hodin denně bysme byli pořád spolu ... to je k nevydržení, to se fakt nedá. On je prostě zvláštní a já už na to nemam nervy, ani jako nějaký ... nemam silu poslouchat pořád to, co musim poslouchat, to, co jako si vyposlechnu ... to ne...

Ve svém vyprávění také uvádí, že uzavřít manželství pro ni znamenalo představu úniku

ze společné domácnosti s matkou, babičkou a bratrem:

Takže já jsem byla asi v té době v tomhleto rozpoložení, že jsem si říkala, že já vlastně zabiju dvě mouchy jednou ranou – já se zbavím té mámy, která mě neustále kontroluje a prostě kterou jsem měla za zadkem pořád. A ještě navíc budu ta slušná pani vedoucí, který si budou vážit.

Neutěšené vztahové prostředí je rovněž tématem **R3**. Jako první uvádí vztah s bratrem. Už od dětství ze strany bratra pociťovala jisté odmítání, dával jí najevo, že ho nezajímá:

... mám teda toho bratra, o 4 roky starší, a nikdy jsme si s tím bratrem moc nerozuměli. Jako ten náš vztah nikdy nebyl moc. (...) Ty naše zájmy, už tam jsme měli jinej zájem, už vlastně tam to začalo jiskřit.

V rozhovoru se také dotýká vztahu s prvním manželem. Vzala si ho, že přesto že ho nikdy nemilovala. Odejít od něj dokázala až po několika letech když odjel na pracovní cestu do zahraničí a ona navázala jiný vztah s jiným mužem, současným manželem:

Manžel? Ten původní, tak ten ... možná už to vzniklo tím vztahem našim. Já jsem ho nikdy nemilovala a vzala jsem si ho, že to chtělo to okolí, ty rodiče, a už to bylo takový jako na spadnutí všechno. A on už na naší svatební cestě mě podváděl.

Ze strany prvního manžela zažívala časté nevěry. Podle ní byl manžel *ten páv*, mohl si to dovolit, od ní to ale nečekal a podle toho s ní také jednal. O to více byl také překvapen, když to byla právě ona, kdo podal žádost o rozvod. V současnosti se potýká s nepříjemnou situací ohledně péče o matku, se kterou má navíc problematický vztah. Kvůli ní se vzdala života v Praze a odstěhovala se na venkov. Tuto změnu špatně prožívá, nicméně se domnívá, že nemá jinou možnost:

Ta povinnost péče o tu matku mě tam prostě přivedla. A moje přání, až matka tady jednou nebude, tak to tam všechno prostě ukončím a pujdu zpátky do Prahy a konečně začnu žít sama pro sebe.

Okrajově zmiňuje vztah s dcerou a problémy, které ve vztahu k ní řeší:

Měla jsem určitej objem, určitý jídla, fakt byla tam disciplína všechno. Pak přišly ty problémy se stěhováním a s dcerou, s matkou. A už to člověk začal na sebe nabalovat.

Celkově z rozhovoru vyplývá, že R3 je výrazně orientovaná na lidi ve svém okolí, popisuje, že je společenská, ale zároveň má tendenci řešit problémy druhých více než své vlastní. To potvrzuje i způsob, jakým se vztahuje k vlastnímu tělu. V zásadě ho nevnímá, nikdy se jím netrápila. Soustředila se na ostatní, profesně se navíc pohybovala v oblasti estetiky ženského těla. Ve vlastním životě řešila starosti o rodinu. Začíná si uvědomovat, že by si měla ve vztazích určovat hranice: ...

je fakt, že ty lidi, když si člověk pustí k sobě, tak si na to zvyknou a pak na vás házej ty svoje problémy. Takže je dobrý naučit se říkat ne. (...) To říká paní doktorka sama, že si mám spíš, že mám dělat pro sebe, než se utápět v cizích problémech. A je to tak no.

R4 popisuje komplikovaný vztah se starším bratrem a otcem, který trvá od dětství. Zmiňuje především nepřijetí, které pociťuje z jejich strany. Dnes už se s nimi ale dokáže konfrontovat: *Důraz mého otce a mého bratra, kterej mi dával svým arogantním způsobem najevo, že se za mě svým způsobem stydí, ale dával to najevo jakoby jinak, ne jakoby že by mi řekl: já se za tebe stydim! Ale prostě mě furt uzemňovat v nějakých věcech. (...) Táta taky, ten se snaží prostě, to někde sejmout, a tím pádem já už jsem se dostala do stádia, kdy já sejmu jeho, už je to takový to zub za zub. Jakmile já zjistím, že on mi něco provede, tak já mu provedu horšího. Protože už vim, že to dokážu.*

Z vyprávění je přesto je patrné, že se jedná o vztahy, které se výrazně podepsaly na schopnosti sebezpřijetí. Je to právě vztah k opačnému pohlaví, který tvoří zásadní linii rozhovoru. Obecně je vztah k mužům popisován velmi ambivalentně. Díky zájmu z jejich strany se může cítit přitažlivá, sebevědomá, zároveň je ale za tento primitivní způsob vztahování obviňuje. Z pozorování vyplývá, že v současnosti se ocitá v partnerském vztahovém trojúhelníku. Přítel si dle jejích slov nárokuje jeho spolubydlící. Tuto situaci prožívá R4 velmi těžce. Opět se dá uvažovat o schopnosti udržet si hranice ve vztahu, jejichž nastavení by pro R4 znamenalo vztahovou jistotu a bezpečí.

Zásadním vztahem v příběhu **R5** je vztah s matkou. Tu popisuje jako vůči sobě velmi kritickou. Od dětství se vnímá jako spíše ošklivá, i přesto, že při pohledu zpět taková objektivně údajně nebyla. Matka jí často připomínala a stále připomíná nedostatky:

... já jsem to někde četla, ale většinou moje maminka si to někde podtrhala ... že když dítěti tlustýmu neustále říkáte, že je tlustý, že ono ztratí motivaci k hubnutí, nebo že jako ho tím člověk utluče, nebo prostě, že se s tím nic nedělá. Tak si myslím, že jsem se do týhle situace i dostala. Že prostě furt mi někdo otloukal o hlavu, že jsem ošklivá, že jsem tlustá nebo něco takovýho, že to potom na toho člověka asi zapůsobí. (...) Pro tu je důležitější vzhled. Pro tu je důležitý, jak vypadá, než jaká jsem, co cítím a tak dále.

Z pozorování vyplynulo, že vztah s matkou je pro ni zásadní i dnes. Popisuje, že ji velmi vyčerpává, matka je náročná na čas a na pozornost. Tento problém s ní řeší celá rodina, *nejvíc to ale odnáší ona, nejspíš proto, že je nejvíc na ráně.* Sama uznává, že je potřeba si vůči matce nastavit hranice, což se jí zatím nedaří. Dalším komplikovaným vztahem v jejím životě je vztah se starším synem, který s ní stále žije v jedné domácnosti:

... muj syn, kterýmu je teda přes třicet a bydlí furt se mnou a je to mamánek. Není to mamánek, je to hajzlík. Ale to je jedno.

R6 zmiňuje v dětství komplikovaný vztah se starším bratrem, dále ho ale nerozvádí. Konkrétním vztahům se v rozhovoru výrazněji nevěnuje. Vzpomíná, že ji trápily především vztahy k opačnému pohlaví, v nichž se cítila neúspěšná, dnes už je ale neřeší. Zajímavé je její prohlášení:

Já jsem byla celý život zvyklá bejt samostatná. Hodně samostatná. I teď na mě závisí několik dalších lidí, že jsem nikdy nebyla na nikom závislá. Vždycky jsem byla já ten, i když to tak nevypadá, já ten vůdčí typ. Já nevím, jak bych to řekla, prostě ten vrchol pyramidy v domově. Jestli mi rozumíte ...

Lze se pouze domnívat, jaký hlubší význam její slova mají, v rozhovoru ani je dále nerozvádí. Ani pozorování nepřineslo hlubší vhled. Nabízí se ale představa pečující ženy, na jejíž ochotu pomoci spoléhá řada blízkých lidí. Tuto úvahu o nastavení hranic ve vztahu navíc potvrzuje skutečnost, která se udála v den rozhovoru – R6 byla doprovázena kamarádkou, tu popisuje jako upovídanou, stěžovala, že *se jí nedokáže zbavit, že ji všude pronásleduje*. Údajně za ní chodí i do práce, je to nepříjemné. Celou situaci ale spíš zlehčuje, popisuje ji pobaveně.

R7 zmiňuje vztah se svou matkou. Rodinný režim byl přísný. Maminka byla starostlivá, dcery kromě školy ven příliš nepouštěla. Také vzpomíná, že musela plnit řadu povinností:

Mé sestry se vlastně narodily, když mě bylo 2,5 a 3,5 roku. A kdy vlastně maminka mi je hodila na krk a vlastně na starosti. A kdy já jsem prostě vnímala tohle jako určitou zátěž a povinnost. Je hlídat, dohlídnout a postarat se. A potom s tím, s tím jsem nějak žila.

V současnosti řeší vztah k sestřám. Sama uvádí, že stále pracuje na tom, aby se učila nastavovat v jejich vztahu hranice. Podobně mluví také o dceři. Není zcela spokojená s tím, jak dcera funguje. Především nesouhlasí s jejími plány do budoucna. Popisuje ji jako *rozvláčenou*, neumí si věci zorganizovat. Její rady neposlouchá: *vypouští to*. Navíc jí využívá ke hlídání syna, tedy svého vnuka. To dělá ráda, ale nemůže to dělat neustále. I v této souvislosti sama zmiňuje nastavení hranic ve vztahu.

R8 se v rámci svého rozhovoru vztahům příliš nevěnuje. V tomto smyslu se věnuje pouze vztahu s manželem. Vůči němu pociťuje naštvání, a to především v souvislosti s nezdary v hubnutí. Zmiňuje, že ji nutí dojídat jídlo. Sama mu odmítnout nedokáže. Jeho přístup jí komplikuje dodržování životosprávy. Z informací z tzv. třetího zdroje vyplývá, že manžel je častým tématem

sezení, R8 si na něj stěžuje.

R9 uvádí, že dětství by z důvodu komplikovaných rodinných vztahů nejraději vytěsnila. Více se k němu nevyjadřuje. Popisuje se jako velmi kamarádká:

Strašně kamarádká. Toužící po kamarádství a dostávající to kamarádství. (...) já mám problém s kamarádkama, že je chci hodně pro sebe. Takže v okamžiku, kdy chci něco hodně pro sebe, tak se snažím i hodně dávat jí sebe.

Za významný vztah považuje ten s prvním manželem. Díky němu nacházela svou vlastní cenu. Popisuje, že spolu trávili každou volnou chvíli. Jejich vztah byl velmi intenzivní:

Já jsem byla strašně zamilovaná. Ale úplně hrozně. Hrozně. My jsme spolu byli 18 20 hodin furt, za školu jsem chodila, abychom byli spolu. On mi jel naproti do školy, já jsem mu jela naproti do školy. My jsme byli pořád spolu.

Velice těžce prožívala rozvod. Krátce na to se vdala podruhé:

Takže to bylo asi v těch pětadvaceti, v šestadvaceti jsem se rozvedla a vzala jsem si člověka, kterej mě miloval a miloval mě i s tím ošklivým, co jsem měla na sobě. A i teď mě miluje. Akorát nefunguje, jenom cejtí tu emoci.

Přiznává, že prožívá i mimomanželské vztahy, nikdy nebude monogamní, zkrátka není ten typ. Vztahům s muži věnuje v rámci rozhovoru nejvíce pozornosti. Uvádí, že je to právě zájem ze strany mužů a fyzická blízkost, ve které je tělo podle ní určující.

R10 se konkrétním vztahům nevěnuje, vnímá se jako kolektivní a společenská. Nejčastěji hovoří o kamarádech a partě přátel. V dětství se cítila opečovávaná, možná byla i *rozmazleneček*, rodina ji zahrnovala pozorností a dárky.

R11 se v rozhovoru vztahům výrazněji nevěnuje. Zmiňuje, že ve vztazích bylo vše normální, bez extrémů. Z pozorování vyplývá, že současným tématem jejího života je neuspokojivý partnerský vztah. Toho se dotýká i v rozhovoru v souvislosti s rozhodnutím na svém těle pracovat, hubnout:

A celkově i ten vztah doma jsem si chtěla vyřešit a říkala jsem si: no já se prostě nemůžu rozejít, vždyť mě nikdo chtít nebude, já budu sama.

Přiznává, že se v současné době nachází ve vztahovém trojúhelníku. Je v kontaktu s jiným mužem. Při sezení naléhá, ráda by slyšela radu ohledně toho, jak dále situaci řešit a jak postupovat. Cítí se nejistá, je ráda, když dokáže věci předjímat. Činí jí obtíže druhému sdělit to, co se v ní odehrává, nebo co si přeje či potřebuje. Současně ale předpokládá, že to druhá osoba rozpozná. Domnívá se, že je to jasné. Celkově její komunikační styl působí jako nejasný. Tuto tendenci lze

zmapovat, jak v průběhu rozhovoru, tak v rámci sezení, kde je navíc jeho tématem.

Z analýzy dat vyplývá, že **téměř každá ze zúčastněných žen se ocitá, nebo se ve své minulosti ocitala, v neuspokojivém vztahu s blízkou osobou**. Jednalo se jak o matku nebo otce, tak sourozence, případně partnery nebo vlastní potomky. Častým společným jmenovatelem těchto vztahů jsou **nedostatečně nastavené hranice ze strany dotazových žen**. Z tohoto zjištění vyplývá několik předpokladů, které by si, domnívám se, zasloužily hlubší zkoumání. Můj výzkum neposkytuje z mého pohledu dostatečně relevantní data k vyslovení jasné hypotézy. **Přesto z jejich rozboru vyplynuly následující skutečnosti:**

- nastavení hranic v interpersonálních vztazích vnímají jako své téma R3, R5, R7
- nepřijetí, pohrdání nebo jiné výrazně negativní projevy ze strany rodinných příslušníků vůči vlastní osobě vyplývají z rozhovorů R3, R4, R5
- v neuspokojivých vztazích se v současnosti ocitá R1, R4, R5, R6, R7, R8, R11 z celkové analýzy také vyplývá jistá forma pasivity a setrvačnosti vzhledem k řešení vlastní neuspokojivé situace (R3, R5, R6, R8, R11)
- tendence přejímat starosti svého okolí nebo blízkých lidí, případně jejich problémy řešit se objevují v rozhovorech R3, R5, R6, R7
- systematické narušení osobních hranic ze strany blízkých lidí vystupuje z rozhovoru R1, R3, R5, R7.

4.8 Závěr k výzkumu a diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo zodpovědět otázku: Jak obézní ženy vnímají vlastní tělo, jaký vztah ke svému tělu zaujímají a co pro ně tělo znamená? Z analýzy získaných dat vyplynulo, že téma vnímání vlastního těla je spjato s dalšími oblastmi života. Především je patrná úzká souvislost se zkušenostmi v interpersonálních vztazích. Konkrétně se jedná o vztahy s blízkou osobou jako je rodič nebo rodiče a sourozenecké vztahy. V období dospívání je tělesné sebepojetí formováno vztahy s vrstevníky. V pozdějším věku se jako významné ukazují i vztahy partnerské. Dominantním fenoménem se přitom ukazovaly být hranice v rámci interpersonálních vztahů a schopnost je v rámci jejich fungování udržet.

Dalším výsledkem, který výzkum přinesl, je poznatek, že tělesné sebepojetí není v čase trvalým konstruktem, ale mění se v průběhu života. V případě zúčastněných obézních žen jsou jeho změny spojeny s několika okolnostmi: Některé ze žen vnímání vlastního těla ztotožňují

s obdobím, kdy zaznamenaly nárůst tělesné hmotnosti. Váhové výkyvy obecně se dají považovat za příčinu změn ve vztahu k vlastnímu tělu. Změna je dále spojována s obdobím, v němž se ženy potýkaly se zdravotními problémy. K dalším oblastem, které se změnou tělesného sebepojetí souvisí, jsou: partnerské nebo milenecké vztahy, intimní oblast, móda a oblečení obecně a těhotenství a mateřství.

Na úrovni prožívání vlastního těla a jeho významu v životě žen výzkum odhalil tendenci vyhnout se konfrontaci s vlastním tělem v podobě, v jaké skutečně existuje. Přičemž nejčastěji se tato tendence ukazuje být za hranicí jejich přímého uvědomění. Tento poznatek je akcentován skutečností, že vnímání se jako ženy na fyzické rovině se dá považovat za vágní a rozostřené. Obézní ženy svému ženskému tělu nepřikládají důležitost a příliš se jím nezabývají. Patrná je také nespokojenost, kterou ve vztahu k vlastnímu tělu prožívají. Ta, jak se ukazuje, nemusí nutně ustupovat s případným úbytkem na váze. Výzkum dále poukázal na skutečnost, že ač ženy hovoří o tom, že pro ně tělo není v životě zásadním tématem, je jejich váha a především hubnutí procesem, který je provází většinu života. V tomto smyslu se nabízí srovnání se zahraničními výzkumy, které uvádí, že vzhled je pro ženy hlavní motivací při redukci hmotnosti (Levy a. Heaton, 1993; Rosen, 1996b). Otevírá se tak otázka, co je skutečnou motivací k redukci hmotnosti pro obézní ženy za předpokladu, že tělo není v jejich životě dominantním tématem, jak tvrdí. S váhou souvisí také zjištění, že většina žen nahlíží na vlastní tělo perspektivou tělesné hmotnosti a váha pro ně v hodnocení vlastního těla představuje zásadní kritérium.

Vnímání vlastního těla v pojetí obézních žen je tématem, které samy nepovažují ve svém životě za podstatné. Pokud existuje vztah k tělu, pak obvykle postrádá prožitkovou komponentu a má spíše pragmatický ráz. Domnívám se, že se jedná o způsob, jakým si ženy vytváří odstup vůči realitě, která může být obtížně přijatelná a případně představovat zdroj psychické tenze. I z toho důvodu a možná právě proto zastávám názor, že pro terapeutickou praxi může být zacílení na body image pro léčbu obezity zejména u žen přínosem. Troufám si také tvrdit, že může významně souviset s motivací k léčbě. Obézní lidé jsou dle mého názoru často k redukční léčbě vedeni na popud svého okolí nebo lékařů a může se stát, že skutečnou vnitřní motivaci postrádají.

V souvislosti se samotným výzkumem bych ráda uvedla, že jsem si vědoma omezení, která jsou s výzkumem spojena. Vzhledem k povaze šetření je to především subjektivita ze strany výzkumníka, která může ovlivnit povahu výstupu a interpretaci dat. Do jisté míry jsem se snažila tento nedostatek vyvážit třemi zdroji dat. Omezením je také nemožnost poskytnout vlastní praktické zkušenosti v práci s obézními klientkami. Z toho důvodu má výzkum spíše povahu pilotní studie, která prozkoumává problematiku body image u obézních žen. Dále je to velikost

vzorku a jeho složení. Výzkumu se účastnily pouze ženy, které dochází na pracoviště VFN Praha. Domnívám se rovněž, že odlišné výsledky by poskytl vzorek žen s jiným věkovým rozložením. Doporučením je tedy provést v oblasti body image u obézních žen kvantitativní výzkum, který by podpořil údaje získané z rozhovorů, kreseb postavy a pozorování. V tomto případě navrhuji využití Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PASTAS) nebo Body Cathexis-Self Cathexis (BCSC) Scale. Další možností by byl longitudinální výzkum, který by umožnil lépe prozkoumat dynamiku body image.

ZÁVĚR

Smyslem této práce bylo nahlédnout na problematiku obezity perspektivou psychologického a psychoterapeutického výkladu a intervence. Využila jsem k tomu jak teoretických poznatků z řady oborů, tak výzkumného zkoumání na jejich poli. Především jsem ale vycházela ze skutečného setkání s jedenácti ženami, které svůj příběh s obezitou žijí. Z pohledu lékařské vědy jsou jejich těla symptomem, který je třeba léčit. V popředí mého zájmu byl jejich vlastní pohled. Způsob, jakým své tělo vnímají a jaký vztah vůči němu prožívají. Právě v tomto vztahu spatřuji důležitý aspekt nejen v léčbě symptomu, ale především k úzdravě osobnosti jako celku. Z toho důvodu bych ráda přispěla prostřednictvím svého výzkumu k podpoře širšího náhledu na obezitu. Neboť se podobně jako Giuseppe Mazzini domnívám, že duše tvoří svoje tělo a jediné idea upraví si příbytek, který jest jí důstojný.

POUŽITÉ PRAMENY

Seznam literatury

ALTMAN, Zdeněk. *Kresba postavy: podrobná příručka k interpretaci projektivní kresby postavy (FDT) a její využití v psychodiagnostické praxi*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2011. ISBN 978-80-86471-40-2.

CASH, F. Thomas a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2011. ISBN 9781609181840.

CASH, F. Thomas a. Thomas PRUZINSKY. *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford, 1990. ISBN 978-0898624380.

CASSELL, K Dana a. David H. GLEAVES. *The Encyclopedia of Obesity and Eating Disorders*. 3rd ed. Infobase, 2009. ISBN 9780816069927.

EL ASHEGH, A. Hanan a. Roger LINDSAY. Cognition and Body Image. In: Barbara GORAYSKA and Jacob MEY, eds. *Cognition and Technology: Co-existence, Convergence, and Co-evolution*. Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2004, 175 - 224. ISBN 9781588115447.

EVANS, M. Kathy et al. *Introduction to Feminist Therapy: Strategies for Social and Individual Change*. Thousand Oaks: Sage, 2010. ISBN 9781412915366.

FAITH, S. Myles a. David B. ALLISON. Assessment of psychological status among obese persons. In: J. Kevin THOMPSON, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington: APA, 1996, 365 – 388. ISBN 1-55798-324-0.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0.

FISHER, Seymour. *Development and structure of body image*. New York: Psychology Press, 2014. ISBN 9781317767428.

FISHER, Seymour. The Evolution of Psychological Concepts about the Body. In: Thomas F. CASH and Thomas PRUZINSKY. *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford, 1990, 3 – 20. ISBN 978-0898624380.

FONAGY, Peter a. Mary TARGET. Theoretical Models of Psychodynamic Psychotherapy. In: Glen O. GABBARD. *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Washington: American Psychiatric Pub, 2009, pp 3 – 42. ISBN 978-1-58562-304-4.

FREEDMAN, Rita. Cognitive- Behavioral Perspectives on Body Image Change. In: Thomas F. CASH a. Thomas PRUZINSKY. *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford, 1990, 272 - 295. ISBN 978-0898624380.

GRAVINA, Giovanni, et al. Therapeutic Education and Psychotherapy. In: Andrea LENZI, Silvia MIGLIACCIO et Lorenzo M. DONINI, eds. *Multidisciplinary Approach to Obesity: From Assessment to Treatment*. Cham (Switzerland): Springer, 2015. 219 – 232. ISBN 978-3-319-09045-0.

GRILO, M. Carlos. Treatment of Obesity: An Integrative Model. In: Kevin J. THOMPSON, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: APA, 1996, 389 – 424. ISBN 1-55798-324-0.

HAINER, Vojtěch a Běla BENDLOVÁ. Etiopatogeneze obezity. In: Vojtěch HAINER aj. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004, s. 75- 108. ISBN 90-247-0233-0.

HAINER, Vojtěch aj. *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-67-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6.

HUTCHINSON, Germaine Marcia. *Imagining Ourselves Whole: A feminist Approach to Treating Body Image Disorders*. In: Patricia FALLON et al., eds. *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 1994. 152 – 168. ISBN 0-89862-180-1.

JARRY, L. Josée a. Thomas F. CASH. *Cognitive Behavioral Approaches to Body Image Change*. In: Thomas F. CASH a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011, 415 - 423. ISBN 9781609181840.

JOHNSON, G. William a. Laine J. TOGRUD. *Assessment and Treatment of Binge Eating Disorder*. In: Kevin J. THOMPSON, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: APA, 1996, 321 - 343. ISBN 1-55798-324-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

KRUEGER, W. David. *Developmental and Psychodynamic Perspectives on Body-Image Change*. In: Thomas F. CASH a. Thomas PRUZINSKY. *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford Press, 1990, 255 - 271. ISBN 978-0898624380.

KRUEGER, W. David. *Integrating Body Self & Psychological Self*. 2nd ed. New York: Routledge, 2013. ISBN 9781135454524.

KRUSE, Johannes a. Wolfgang WÖHLER. *Poruchy příjmu potravy*. In: Wolfgang TRESS, Johannes KRUSE a. Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 133 – 146. ISBN 978-80-7367-309-3.

LATNER, D. Janet a. Rebecca E. WILSON. *Obesity and Body Image in Adulthood*. In: Thomas F. CASH a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011, 189 - 197. ISBN 9781609181840.

LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

MÁLKOVÁ, Iva. Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In: Vojtěch HAINER aj. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004, s. 215 - 240. ISBN 90-247-0233-0.

MENGEROVÁ, Jana. Obezita. In: Karel LUKÁŠ, Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. s. 444- 446. ISBN 978-80-247-5067-5.

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

NEUMARK-SZTAINER, Dianne. Obesity and Body Image in Youth. In: Thomas F. CASH a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011, 180 – 188. ISBN 9781609181840.

PHILLIPS, A. Katharine. Body Image and Body Dysmorphic Disorder. In: Thomas F. CASH a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011, 305 - 313. ISBN 9781609181840.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. ISBN 978-80-904541-8-7.

PRUZINSKY, Thomas. Somatopsychic Approaches to Psychotherapy and Personal Growth. In: Thomas F. CASH a. Thomas PRUZINSKY. *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford, 1990, 296 - 315. ISBN 978-0898624380.

RABINOR, R. Judith a. Marion BILICH. Experiential Approaches to Body Image Changes. In: Thomas F. CASH a. Linda SMOLAK, eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011, 424 - 433. ISBN 9781609181840.

- ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. 2. vyd. Praha : ISV, 2008. ISBN 80-86642-47- X.
- ROSEN, C. James et al. Cognitive behavior therapy for negative Body Image. *Behavior Therapy*. 1989, Vol. 20, No. 3, pp 393-404. ISSN 0005-7894.
- ROSEN, C. James. Body Dismorphic Disorder: Assessment and Treatment. In: Kevin J. THOMPSON, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: APA, 1996a, 149 - 170. ISBN 1-55798-324-0.
- ROSEN, C. James. Improving Body Image in Obesity. In: Kevin J. THOMPSON, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: APA, 1996b, 425 – 440. ISBN 1-55798-324-0.
- ROSEWATER, Bravo Lynne. Diversifying Feminist Theory and Practise: Broading the Concept of Victimization. In: Maria P P ROOT a. Laura BROWN. *Diversity and Complexity in Feminist Therapy*. London: Routledge, 2014. 299 – 312. ISBN 9781317714200.
- STUNKARD, J. Albert a. Thomas A. WADDEN, ed. *Obesity: theory and therapy*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1993. ISBN 0-88167-884-8.
- THOMPSON, Kevin, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: APA, 1996. ISBN 1-55798-324-0.
- VODRÁŽKA, Zdeněk. *Biochemie*. Praha : Academia, 2007. ISBN 978-80-200-0600-4.
- WADDEN, A. Thomas a. Albert J. STUNKARD. Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting. In: Albert J. STUNKARD and Thomas A. WADDEN, ed. *Obesity: theory and therapy*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1993, pp 163 – 177. ISBN 0-88167-884-8.
- WADDEN, A. Thomas a. Albert J. STUNKARD. Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting: Research and Clinical Findings. In: Albert J. STUNKARD a. Thomas A. WADDEN, eds. *Obesity: Theory and Therapy*. New York: Raven Press, 1993, 163 – 177. ISBN 0-88167-884-8.

WADDEN, A. Thomas. The Treatment of Obesity: An Overview. In: Albert J. STUNKARD a. Thomas A. WADDEN, ed. *Obesity: theory and therapy*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1993, pp 197 - 217. ISBN 0-88167-884-8.

WING, R. Rena. Behavioural approaches to the treatment of obesity. In: George A. BRAY a. Claude Bouchard, eds. *Handbook of Obesity: Clinical Applications*. 4th ed. CRC Press, 2014, 131 – 144. ISBN 9781841849812.

Akademické práce

FILASOVÁ, Katarína. *Nadváha a koncept hranic osobního prostoru (psychologické aspekty nadváhy)*. Rigorózní práce. Praha, 2009. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Konzultantka: Doc. PhDr. Slávka Fraňková DrSc.

JANYŠKOVÁ, Anna. *Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v redukční léčbě*. Dizertační práce. Brno, 2011. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí: doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.

Internetové zdroje

ADAMI, G. Franco et al. Eating Disorder Inventory in the Assessment of Psychosocial Status in the Obese Patients Prior to and at Long Term Following Biliopancreatic Diversion for Obesity [online]. *International Journal of Eating Disorders*. Apr 1994, Vol. 15, No. 3, pp 265 – 274. ISSN 0276-3478. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf276f43-33b7-4f19-af88-6c099cbf6adc%40sessionmgr114&vid=3&hid=104>

ANNIS, M. Natasha et al. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences [online]. *Body Image: An International Journal of Research*. May 2004, Vol. 1, No. 2, pp 155 – 167. ISSN 1740-1445. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144504000270?>

AVENELL, Alison, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement [online]. *Health Technology Assessment*. 2004, Vol. 8, No. 21. ISSN 1366-5278. Dostupné z:

http://www.researchgate.net/publication/8557791_Systematic_review_of_the_long-term_effects_and_economic_consequences_of_treatments_for_obesity_and_implications_for_health_improvement

BRUCH, Hilde. Obesity and Eating Disorders [online]. In: G. Pirooz SHOLEVAR et al., ed. *Emotional Disorders in Children and Adolescents*. Dordrecht: Springer Netherlands, 1980. pp 353 – 361. ISBN 978-94-011-6684-3. DOI 10.1007/978-94-011-6684-3_22. Dostupné z: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-6684-3_22

CASH, F. Thomas a. Karel L. HICKS. Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being [online]. *Cognitive Therapy and Research*. June 1990, Vol. 14, No. 3, pp 327 – 341. ISSN 1573-2819. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01184000>

COLLINS, K. John et al. Variability in Body Shape Perception in Anorexic, Bulimic, Obese, and Control Subjects [online]. *International Journal of Eating Disorders*. 1987, Vol. 6, No. 5, pp. 633-638. ISSN 0276-3478. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf276f43-33b7-4f19-af88-6c099cbf6adc%40sessionmgr114&vid=12&hid=104>

EKMAN, Paul et al. Autonomic Nervous System Activity Distinguishes among Emotions [online]. *Science*. September 1983, Vol. 221, No. 4616, pp. 1208-1210. ISSN 1095-9203. Dostupné z: <http://my.sl.c.edu/ICSFileServer/9fd1fc33-4c44-4830-af85-b9efc72b4a6f/bede258f-5443-47a2-96b3-b6ad68a46116/8bade204-0b95-444e-9a59-46320b312f17/ekman-levenson-friesen-83.pdf>

FIALOVÁ, Ludmila, Joachim MRAZEK a. Irina Bychovskaja. Health and relationship to one's body in students of physical education and sport in Prague, Cologne and Moscow [online]. *Gymnica*. 1999, Vol. 29, No. 2, pp. 31 – 37. ISBN 80-244-1015-X. Dostupné z: http://www.gymnica.upol.cz/incpdfs/inf-990000-3600_10_002.pdf

GALLAGHER, Shaun. Body image and body schema: A conceptual clarification [online]. *Journal of Mind and Behavior*. 1986, Vol. 7, No. 4, 541 – 554. ISSN: 0271-0137. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/232518286_Body_image_and_body_schema_A_conceptual_clarification

Gestalt v klinické praxi. *Gestalt-praha.cz* [online]. ©2015, [cit. 2015-07-20]. Dostupné z: <http://www.gestalt-praha.cz/gestalt/gestalt-vnclinicke-praxi>

GÖKHAN, Sarisoy et al. Personality characteristics and body image in obese individuals [online]. *Asia-Pacific Psychiatry*. June 2014, Vol.6, No.2, 191 – 199. ISSN 1758-5864. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf276f43-33b7-4f19-af88-6c099cbf6adc%40sessionmgr114&vid=26&hid=104>

HEAD, Henry a. Gordon HOLMES. Sensory disturbances from cerebral lesions [online]. *Brain*. November 1911, Vol. 34, No. 2 – 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/34.2-3.73>. Dostupné z: <http://brain.oxfordjournals.org/content/brain/34/2-3/102.full.pdf>

HLÚBIK, Pavel a Alena VOSEČKOVÁ. Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity [online]. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 11, s. 545-547. ISSN – 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2002/11/05.pdf>

CHRZ, Vladimír a Ivo ČERMÁK. Interpretace v narativním přístupu [online]. *Teorie vědy*. 2011, Vol. 33, No. 3, 415 - 443. ISSN 1804-6347. Dostupné z: <http://teorievedy.flu.cas.cz/index.php/tv/article/viewFile/114/124>

JACOB, J.J. a R. ISAAC. Behavioral therapy for management of obesity [online]. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. Jan-Feb 2012, Vol. 16, No. 1, pp 28-32. DOI 10.4103/2230-8210.91180. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263194/>

KAYMAN, Susan et al. Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects [online]. *The American Journal of Clinical Nutrition*. November 1990, Vol. 52, No. 5, pp 800 – 807. ISSN: 1938-3207. Dostupné z: <http://ajcn.nutrition.org/content/52/5/800.long>

KUNEŠOVÁ, Marie. Obezita – etiopatogeneze, diagnostika a léčba [online]. *Interní medicína pro praxi*. 2004, roč. 6, č.9, s. 435-440. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>

LEGENBAUER, Tanja et al. Differences in the Nature of Body Image Disturbances Between Female Obese Individuals With Versus Without a Comorbid Binge Eating Disorder: An Exploratory Study Including Static and Dynamic Aspects of Body Image [online]. *Behavior Modification*. 2011, Vol. 35, No. 2, pp 162–186. DOI: 10.1177/0145445510393478. Dostupné z: <http://www.biotionlab.ca/Text/LegenbauerBM11.pdf>

LEVY, S. Alan a. Alan W. HEATON. Weight Control Practices of U.S. Adults Trying to Lose Weight [online]. *Annals of Internal Medicine*. Jan 1993, Vol. 119, No. 7. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf276f43-33b7-4f19-af88-6c099cbf6adc%40sessionmgr114&vid=35&hid=104>

LUPINNO, S. Floriana et al. Overweight, Obesity, and Depression: A systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies [online]. *Archives of General Psychiatry*. 2010, Vol. 67. No. 3. DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2. Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210608>

MÁLKOVÁ, Iva. Kognitivně-behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaný v kurzech snižování nadváhy v České republice [online]. *Medicína pro praxi*. 2006, roč.3, č. 5, s. 244–246. ISSN – 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/05/09.pdf>

MINTEM, C. G. et al. Body size dissatisfaction among young adults from the 1982 Pelotas birth cohort [online]. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2015, Vol. 69, pp 55 – 61. DOI 10.1038/ejcn.2014.146. Dostupné z: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v69/n1/full/ejcn2014146a.html#aff1>

MUSSEL, Melisa et al. Differences in Body Image and Depression Among Obese Women With and Without Binge Eating Disorder [online]. *Obesity Research*. Sept 1996, Vol. 4, No. 5, pp 431 – 439. DOI:10.1002/j.1550-8528.1996.tb00251.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1550-8528.1996.tb00251.x/pdf>

NEUMARK-SZTAINER, Dianne et al. Weight-Related Concerns and Behaviors Among Overweight and Nonoverweight Adolescents: Implications for Preventing Weight-Related Disorders [online]. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. February 2002, Vol. 156, No. 2, pp 171 – 178. DOI 10.1001/archpedi.156.2.171. Dostupné z: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=191518>

ORBACH, Susie. Fat as a Feminist Issue [online]. In: Gerald GRAFF, Cathy BIRKENSTEIN, and Russel DURST, eds. *They Say I Say in Readings*. New York: W.W.Norton, 2009. pp 200 – 205. Dostupné z: <http://erinbell1020.pbworks.com/w/file/etch/39644779/orbach.pdf>

RAMIREZ, M. Elena a. James C. ROSEN. A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women [online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Jun 2001, Vol. 69, No. 3, pp 440 – 446. ISSN 1939-211. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-07564-009>

RICHARDSON, A. Stephen et al. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities [online]. *American Sociological Review*. April 1961, Vol. 26, No. 2, pp 241 – 247. ISSN 0003-1224. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf276f43-33b7-4f19-af88-6c099cbf6adc%40sessionmgr114&vid=42&hid=108>

ROSEN, C. James et al. Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women [online]. *Behavior Therapy*. 1995, Vol. 26, No. 1, pp 25 – 42. ISSN 0005-7894. Dostupné z: [http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Rosen%20Orosan%20&%20Reiter%20\(1995\).pdf](http://web4.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf8525699900571a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/$FILE/Rosen%20Orosan%20&%20Reiter%20(1995).pdf)

SARWER, B. David et al. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance [online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Aug 1998, Vol. 66, No. 4, pp 651 – 654. ISSN, 0022-006X. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-10207-008>

SEJČOVÁ, Ľuboslava. Metódy psychoterapie a ich uplatnenie v liečbe obezity [online]. *Psychiatria - psychoterapie - psychosomatika*. 2003, roč.10, č.3, s.160-169. ISSN 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2003/psy3-2003-cla9.pdf>

SLÁDEČKOVÁ, Zdeňka. Obezita jako psychická obrana. *Psychologsladeckova.cz* [online]. ©2013. [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: http://www.psychologsladeckova.cz/clanky/Dieta_Obezita_jako_psychicka_obrana.pdf

SPIEGEL, A. Theresa, et al. Objective measurement of eating rate during behavioral treatment of obesity [online]. *Behavior Therapy*. 1991, Vol. 22, No. 1, pp 61-67. ISSN: 0005-7894. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405802448?np=y>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Nadváha a obezita. *Státní zdravotní ústav* [online]. ©2015, [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadvaha-a-obezita>

STRINE, Tara, W. et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults [online]. *General Hospital Psychiatry*. March 2008, Vol. 30, No. 2, pp 127 – 137. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2007.12.008. Dostupné z: http://www.researchgate.net/profile/Tara_Strine/publication/5561489_The_association_of_depression_and_anxiety_with_obesity_and_unhealthy_behaviors_among_community-dwelling_US_adults/links/0912f50eb15b27c279000000.pdf

STUNKARD, Albert a Myer MENDELSON. Obesity and the Body Image: I. Characteristics of Disturbances in the Body Image of Some Obese Persons [online]. *The American Journal of Psychiatry*. April 1967, Vol. 123, No. 10, pp. 1296 – 1300. ISSN: 1535-7228. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.123.10.1296>

STUNKARD, J. Albert a. Thomas A. WADDEN. Psychological aspects of severe obesity [online]. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Feb 1992, Vol. 55, No. 2, pp. 524S – 532 S. ISSN 1938-3207. Dostupné z:

<http://ajcn.nutrition.org/content/55/2/524S.full.pdf+html>

WADDEN, A. Thomas et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity [online]. *The New England Journal of Medicine*. Nov. 2005, Vol. 353, No. 20. DOI: 10.1056/NEJMoa050156. Dostupné z:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa050156#t=articleTop>

WADDEN, A. Thomas et al. Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination [online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dec 1988, Vol. 56, No. 6, pp. 925 – 928. ISSN 1939-2117. Dostupné z:

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1989-12626-001>

WEISS, Fran. Body-Image Disturbances among Obese Adults: Evaluation and Treatment [online]. *American Journal of Psychotherapy*. October 1986, Vol. 40, No. 4. pp 521 – 542. ISSN 0002 – 9564. Dostupné z:

http://www.franweiss.com/pdfs/Fran_Weiss_article_001.pdf

WEISS, Fran. Group Psychotherapy with Obese Disordered-Eating Adults with Body-Image Disturbances: An Integrated Model [online]. *American Journal of Psychotherapy*. 2004, Vol. 58, No. 3, pp 281 - 303. ISSN 0002-9564. Dostupné z:

http://www.franweiss.com/pdfs/Fran_Weiss_article_002.pdf

WEISS, Fran. Private Social Work Practice for Obese Adult Clients [online]. *Journal of Independent Social Work*. 1989. Vol.4. No. 1. pp. 83 – 97. ISSN 0883-7562. Dostupné z:

http://www.franweiss.com/pdfs/Fran_Weiss_article_002.pdf

WING, R. Rena a. Suzzane PHELAN. Long-term weight loss maintenance [online]. *The American Journal of Clinical Nutrition*. July 2005, Vol. 82, No. 1. 222S-225S. ISSN 1938-3207. Dostupné z:

<http://ajcn.nutrition.org/content/82/1/222S.full.pdf+html?sid=f4fe876e-4556-4a1f-a7ab-b19c8125b095>

ZAWAWI, A. Jihad. Relationships between Body Mass Index, Body Image Dissatisfaction and Psychological Distress among Fitness Center Female Users in Zarqa-Jordan [online]. *International Journal of Humanities and Social Science*. September 2014, Vol. 4, No. 11(1). ISSN 2221-0989. Dostupné z:

http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_11_1_September_2014/12.pdf

PŘÍLOHY

Informovaný souhlas k výzkumu

Prohlašuji tímto, že jsem byla informována o okolnostech výzkumu, a s účastí na výzkumu souhlasím. Data, která poskytnu výzkumníkovi, budou v plném rozsahu přístupná pouze jeho osobě, jakákoliv publikace bude anonymní, a bude tak ochráněno mé soukromí. Jsem si také vědom/a možnosti od účasti na výzkumu později odstoupit. Všechny informace, které poskytnu, jsou považovány za důvěrné.

V

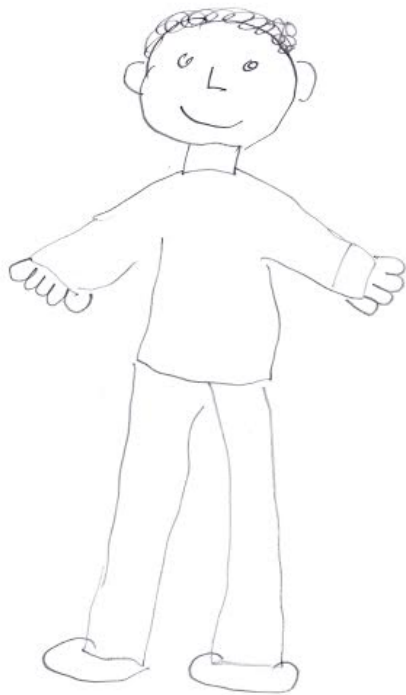
Dne

.....

Podpis účastníka

Příloha č. I – Informovaný souhlas

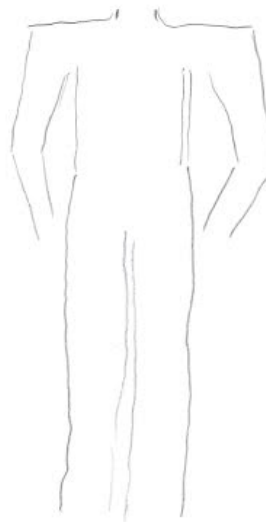
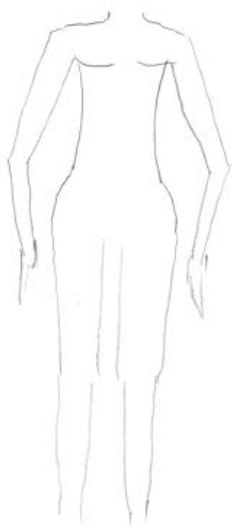




Příloha č. III – Kresba postavy R2.



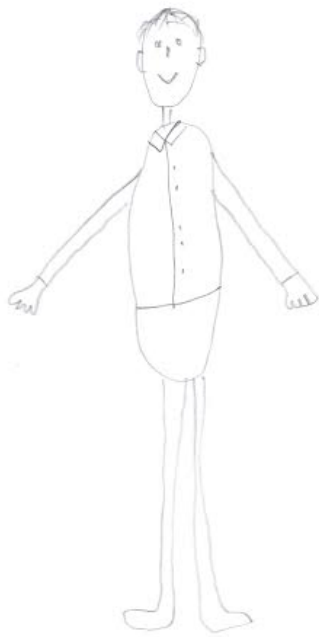
Příloha č. IV – Kresba postavy R3.



1



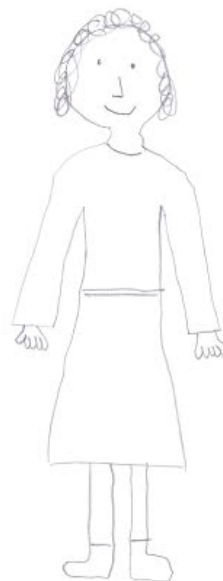
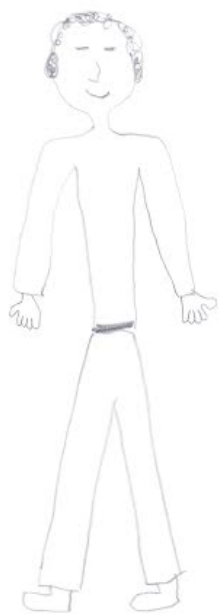
Příloha č. VI – Kresba postavy R5.



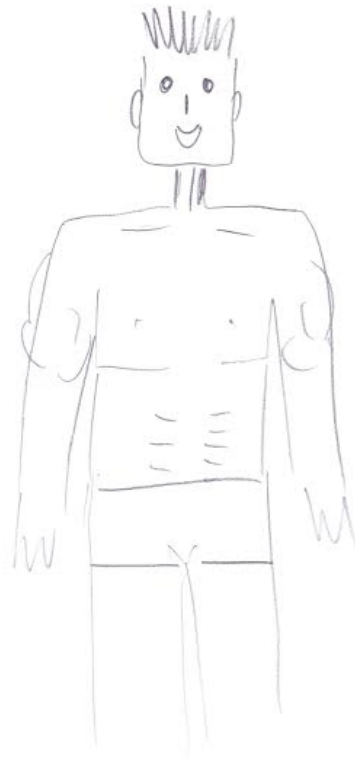
I



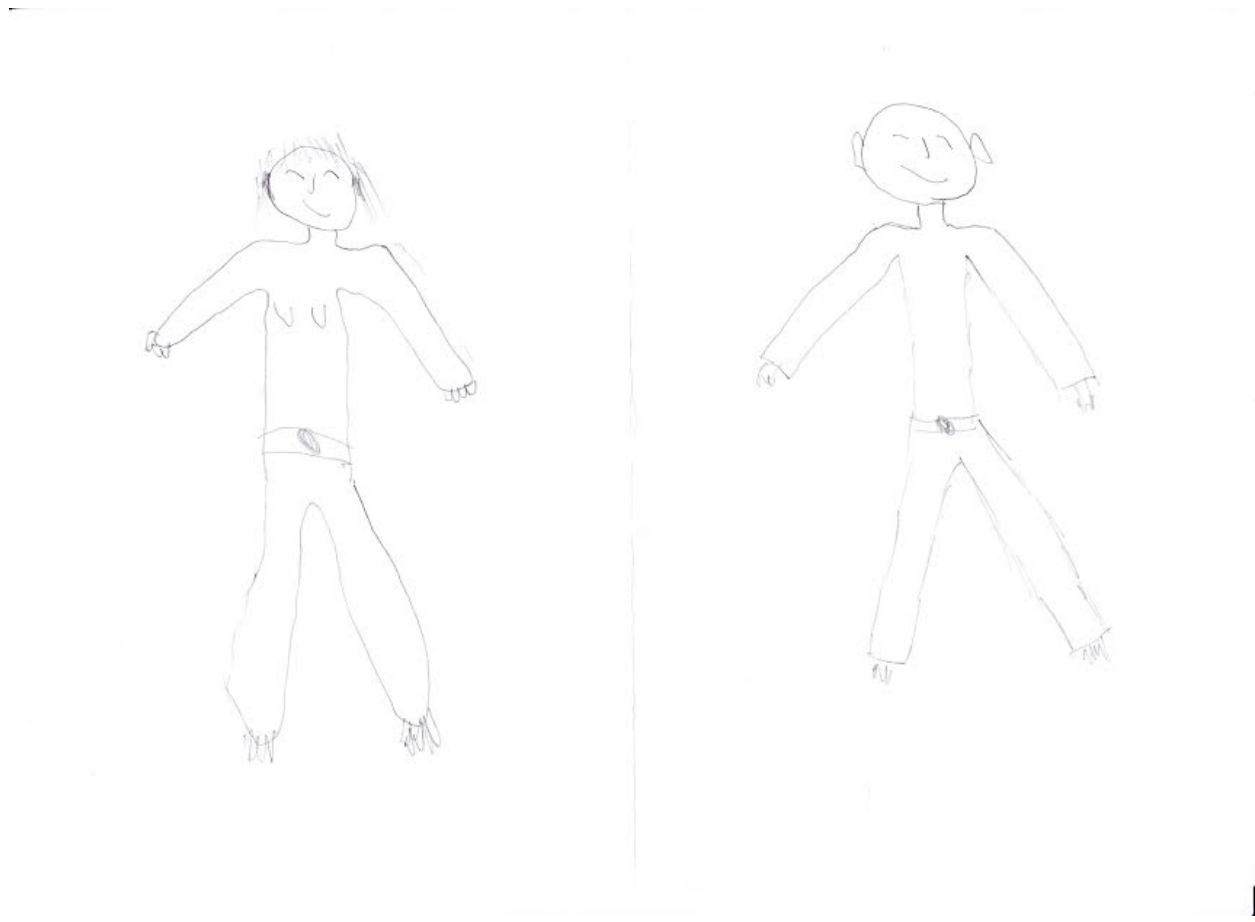
Příloha č. VIII – Kresba postavy R7.



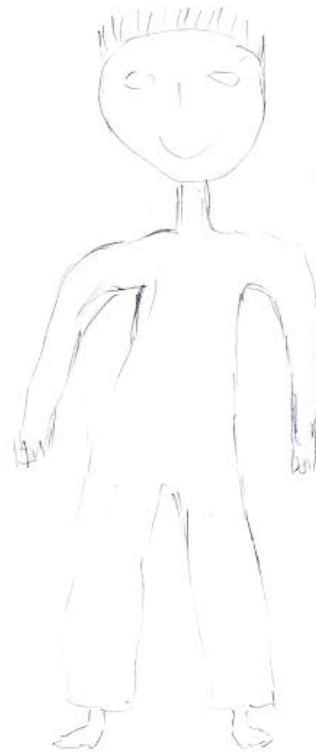
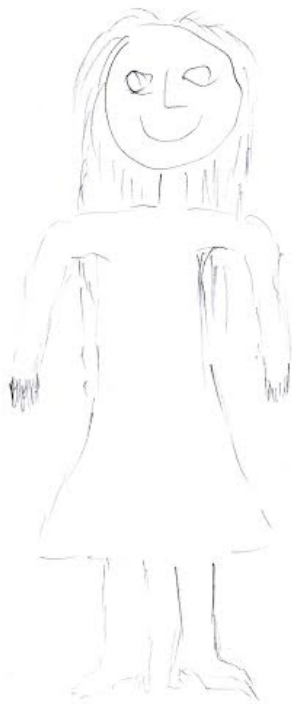
Příloha č. IX – Kresba postavy R8.



Příloha č. X – Kresba postavy R9.



Příloha č. XI – Kresba postavy R10.



Příloha č. XII – Kresba postavy R11.

R1 Kresba postavy: kresby postav jsou jednoduché, schématické s jistým tahem, nedotažené v napojení jednotlivých částí, postavy nemají obličej. Jako první nakreslila muže, nebyla si ovšem jistá. Obě postavy mají velmi podobný tvar těla, žena má dodatečně rozšířené boky a znázorněné poprsí, naznačeny jsou vlasy, kterým v průběhu inquiry dokresluje uzel pod bradu a vytváří z nich šátek.

Zájem se strany mužů R1 nikdy příliš nezažila. Z tohoto hlediska se vnímá jako spíše neúspěšná. Tímto tématem se zabývá především v období dospívání a rané dospělosti. Uvádí, že se vždy snažila začlenit do skupiny atraktivních žen, které měly u mužů úspěch. Pravděpodobně si v jejich přítomnosti připadala sama více atraktivnější: *... tak kluci se kolem nich točili. To nebylo ... oni třeba nebyly ... každé je ... někdo je takovej, někdo makovej ... ale oni byly pro ty kluky asi zajímavý, nějakým způsobem ... bych řekla ... což si myslím, že já jsem nebyla nikdy, já jsem byla spíš taková zakomplexovaná trošku ... tím ... ale zase v tom věku, v té pubertě, to jsem se snažila, dost jsem se malovala. Docela jsem se na tu dobu výstředně oblíkala. Dneska když si představím, co jsem nosila, tak bych z toho byla úplně zděšená že jo, ale tenkrát mě to přišlo jakože ... protože jsem se snažila nějak zaujmout, aby si mě někdo všiml nebo já nevím, jak bych to řekla ...* Celkově období dospívání popisuje ambivalentně. Na jednu stranu uvádí, že byla až překvapivě sebevědomá, vyzývavě se oblékala, snažila se zaujmout, připadala si krásná, ač taková vlastně nebyla. Na druhé straně ale popisuje nepříjemné pocity, které zažívala: *Ono bylo docela nepříjemný, když všichni šli tancovat a člověk by tam měl zůstat někde sám v koutě a tak jako si říkat: a tak to mě teda opravdu nikdo nechce. Tak jsem se snažila vypadat nebo se chovat tak, abych tam nezůstala sedět, asi takhle.* Přiznává, že spíše muže vždy ukecala. Mohla jim ukázat, že je chytrá, a tak vyvrátit jejich předpoklad, že *tlustá znamená blbá*. Byla si vědoma toho, že tímto způsobem může odloučit muže i krásné ženě. Obvykle se vůči těmto ženám vymezuje, v rozhovoru je označuje jako *ony*.

Manželství hodnotí negativně, snaží se z něho odejít, je nespokojená ve vztahu s manželem. Toho popisuje jako sobeckého, nedá se s ním vydržet, chtěla od něho odejít už před lety, ale posléze zjistila, že by odchodem přišla o byt, proto zůstala. Do manželství vstupovala, aby odešla od kontrolující matky a také kvůli zaměstnání, kde bylo žádoucí být vdaná.

Je bezdětná, ze zdravotních důvodů by bylo komplikované mít děti. Navíc se s manželem nikdy o dítě nesnažily. Zmiňuje, že nežili prvních několik let manželství ani v pro dítě vhodných bytových podmínkách. Celkově působí, že téma mateřství je pro ni otázkou spíše neujasněnou.

V průběhu rozhovoru osciluje mezi lítostí a smířením až spokojeností. Racionálním odůvodněním si utváří uspokojivé vysvětlení: *Né že by mě teď nemrzelo, to samozřejmě možná mrzelo, ale jsem si říkala: tak asi to tak mělo bejt no ... Ale spíš jsem se bála jako, protože jsem měla dost zdravotních problémů, že by třeba to dítě nebylo úplně v pořádku, a to přesně vim, jak by dopadlo, že bych s nim zůstala sama, protože to by bylo první, že by se otočil a odešel. A to by bylo asi hodně komplikovaný, takže jsem to prostě neřešila vůbec. Takže mě to třeba možná mrzí, protože už mám vlastně jen maminku staříčkou, nikoho jinýho, ale mohla bych ... taky by se o mě mohl někdo postarat, až nebudu moct no, ale když kolikrát vidíte, že i když má někdo třeba pět dětí a zůstane sám, tak ono to vyjde nastejno. Tak mě to vlastně už ... ani nemrzí už (smířlivě až spokojeně). Už o tom takhle nepřemejšlim vůbec.*

R2 Kresba postavy: Kresba působí infantilně, postavy jsou adekvátně velké ve svém provedení, ale poukazují na mentální deficit. Tomu odpovídá i celkový projev účastnice. Jako první je nakreslen muž. Postavy se od sebe významně neliší, ženská postava je odlišena pouze delšími vlasy a sukni, postrádá sekundární pohlavní znaky. Oči jsou prázdné, neodpovídá ani správný počet prstů, a to vždy na pravé straně (levá ruka postav).

Z pozorování a tzv. třetího zdroje jsou mi známy informace o tom, že účastnice je vdaná, má děti. Syn ji doprovází na sezení. Více se v rozhovoru v souvislosti s tématem ženství neodkrývá.

R3 Kresba postavy: kresba postav výrazně selhává po formální stránce – vykresleny jsou pouze jednoduchými čarami, nedotažené v napojení jednotlivých částí, špatné napojení především v oblasti nohou, které nasedají na střední část trupu, patrná je celková asymetrie. První je nakreslena postava ženy, rozlišená pouze náznakem delších vlasů, mužská postava má vykresleny genitálie. Autorka striktně odmítá, že mají mezi sebou postavy jakýkoliv vztah.

Z rozhovoru vyplývá, že se svým tělem nikdy příliš nezaobírala. Období dospívání prožívala v partě přátel, vzhled pro ni nikdy nebyl téma. Vždy měla nějaký partnerský vztah: *... co se týče mužů, tak jsem měla vždycky nějaký vztah, nikdy jsem nezůstala sama, to musím říct, že když jsem jeden vztah ukončila, tak druhý už buďto byl, nebo vzniknul jo. Většinou už byl, takže jsem nikdy nezůstala sama.* Ani v tomto ohledu tedy své tělo výrazněji neprožívala. Jako frustrující popisuje svůj první manželský vztah: *Manžel? Ten původní, tak ten ... možná už to vzniklo tím vztahem našim. Já jsem ho nikdy nemilovala a vzala jsem si ho, že to chtělo to okolí, ty rodiče, a už to bylo takový jako na spadnutí všechno. A on už na naší svatební cestě mě podváděl. A já jsem řekla: já ti to všechno jednou vrátím.* Vzpomíná, že když manžel odjel na delší pracovní

cestu do zahraničí, seznámila se svým současným mužem. Po návratu manžela podala žádost o rozvod. Popisuje, že manžel toto rozhodnutí nesl těžce, myslí si, že to od ní nečekal, protože to byl on, kdo provozoval mimomanželské vztahy. Prosil ji, aby zůstala, ale ona byla rozhodnutá. Její současný manžel ji vidí jako *bohyni*, její váhu neřeší. Změnu její tělo prodělalo v průběhu dvou těhotenství. Popisuje, že se jí zvětšila prsa a přibrala na váze. Nijak to ale neprožívala, byla matka, obstarávala rodinu, řešila rodinné starosti. Zpětně přiznává, že možná mohla věnovat sama sobě víc pozornosti, ale neměla tu potřebu, navíc netušila, že nadváha bude problém. Zajímavé je, že svůj vzhled nikdy neřešila, profesně se ale pohybovala v prostředí, které se zabývá estetikou ženského těla: *Já jsem dělala 11 let dealerku luxusního spodního prádla, takže módní přehlídky. Pak jsem měla cvičební studio pro ženy, vacushapy a tak. Ten vzhled pro mě není cizí, ale já jako bych řešila ten vzhled těch drugejch, ty se mi líbí, já jako do zrcadla, kdybych se koukala do zrcadla, který se mi líbí dobře, a nevnímám tu svojí stránku. Já koukám na lidi, který jsou pěkný, a všechno je jako oukej.*

Z pozorování rovněž vyplynulo, že má tendenci řešit starosti druhých. Je si vědoma toho, že by se měla *naučit říkat ne, ale zatím jí to příliš nejde.*

R4 Kresba postavy: Postavy normální velikosti, velmi schématické, výrazné jsou mezery v místě napojení jednotlivých částí těla. Především výrazný je vynechaný prostor v oblasti genitálií u obou postav. Postavy jsou neoblečené, bez hlavy, bez chodidel, mužské postavě chybí ruce. Autorka se podle svých slov snažila zachytit anonymní lidské postavy. První je nakreslena ženská postava, znázorněna jsou malá prsa, užší pas přecházející v širší boky. U muže jsou patrná širší ramena, výrazné jsou mezery v místě napojení rukou (oblast podpaží) na trup.

R4 zmiňuje jako významný a určující vztah bratra a otce vůči své osobě. Popisuje pasivní agresivitu vůči sobě ze strany otce a bratra, vnímá silnou potřebu se jim bránit. V dětství byla nejspíš bezmocná, nyní ji *psychické souboje* baví, vrací jim to. Stále byla konfrontována s pocitem, že není dost dobrá, nevypadá tak, jak se od ní očekává. S tím silně do kontrastu vstupuje její výrazně společenská povaha. Je orientovaná na kolektiv, kde neměla a nemá *naprosto žádné zábrany*, to velmi zdůrazňuje. Lidmi byla vždy přijímána, je stále. Zásadní obrat ve vnímání vlastního těla přišel v pubertě, stala se ženou. Zažívala enormní zájem ze strany mužů. Důležité pro ni v tomto ohledu bylo především to, že se změnil mocenský poměr sil. Konečně si mohla dovolit vracet mužům to, co si podle jejích slov zaslouží. Silně odpudivě vnímá jejich zájem o svou osobu, popisuje ho jako primitivní a pudový: *A v podstatě do dneška jsem schopná, když takhle někdo ke mně se takhle projevuje, a ke mně se tak chlapi projevují*

do dneška, že prostě mají zájem a na postel a tohleto, tak já prostě jim to vrátím, nějakým způsobem, že nenechám je o sebe projevovat ten zájem, ale mám sto chutí jim vrátit to jejich chování, jakoby ironií, ironickým způsobem, nějak jim naznačit tu zeď a prostě rozbít to, ten jejich chtíč a to jejich ... jako zastavit to vůči sobě. Protože jako mě to z jedny strany uráží, z jedny strany mi to přijde primitivní, jednoduchý, jenže chlap takovej pro mě je. Zároveň se ale v důsledku jejich zájmu cítí žádoucí jako žena. V sexuální oblasti se cítí nejistá a zranitelná. Silně prožívá svůj problém v oblasti prsou, naznačuje, že v jeho pozadí stojí něco, co sama nedokáže vysvětlit: ... *já nevím, sedum osum let, což už je docela dlouho, mám nějaký problémy s těma prsama jako fyzicky, že mě to degradovalo. Že si přijdete jako byste byla popálená, nebo že se nemůžete před chlapem svlíknout, protože prostě máte blok, že prostě nechcete, aby vás takhle viděl. No tak ten blok už mam dobře 8 let, takže to tělo na to musela zareagovat nějakým způsobem. Muselo se to šprajcnout, muselo se to ozvat. Protože to je obrovskej důsledek na psychiku ...* Má bolesti, cítí se zohavená, degradovaná jako žena a to je pro ni nejhorší. V současnosti zmiňuje svůj vztah s přítelem, s nímž je tři měsíce. Popisuje vztahový trojúhelník, ve kterém se nedobrovolně ocitá.

R5 Kresba postavy: Postavy působí dětsky. Jako první je nakreslena mužská postava, čáry jsou nejisté, působí ledabyly. Nedostatečné je provedení v některých místech napojení částí těla. Ruce působí zdeformovaně, prsty jsou nezřetelné a v chybném počtu, platí pro obě postavy. Sama autorka popisuje muže jako mladého, asi desetiletého. Ženská postava je velikostně větší, ale nijak markantně. Opět špatně napojuje některé části (oblast pasu). Gumována v oblasti nohou. Od mužské postavy je odlišena sukní a delšími vlasy. Jinak jsou si postavy tvarem těla podobné. Ženská postava je věkově starší, autorka uvádí *asi kolem dvaceti let*.

R5 vzpomíná, že si jí v dětství často pletli s klukem. Sama si přesně nevzpomíná, kdy se začala vnímat jako dívka: *Ani nevím, jak se to stalo, že z tý holky, kterou si pletli s klukem, najednou byla taková éterická blondýnka štíhlá.* Popisuje se jako spíše *zakomplexovaná*, ve vztahu k opačnému pohlaví velmi plachá. Přiznává ale, že významný podíl na tom měla přísná výchova ze strany babičky, především ale ze strany matky. O mužích se celkově příliš nezmiňuje. Vzpomíná, že odešla od muže-alkoholika. Měla jiné starosti, než se věnovat sama sobě. Prioritou bylo zaměstnání a péče o děti: *Do dvaasedesáti (kg) ještě furt dobrý a navíc v té době jsem měla na krku manžela alkoholika, dvě děti a chodila jsem do práce. V tu chvíli asi jsem to samozřejmě, mně to někde v hlavě leželo, nebo jsem to řešila. Ale neměla jsem asi čas, nebo jsem si ho možná neuměla udělat, já nevím, na to, abych chodila pravidelně někam do cvičení,*

nebo abych s tím začala něco dělat. Vlastně ani neví, jak se to stalo, že přibrala. Dodnes se s tím ale nesmířila. Žije v domácnosti se synem: ... muj syn, kterému je teda přes třicet a bydlí furt se mnou a je to mamánek. Není to mamánek, je to hajzlík. Ale to je jedno. Dominantní linií příběhu R5 je vztah s matkou, se kterou je v úzkém vztahu dodnes. Z pozorování vyplývá, že je v rámci svého ženství stále spíše dcerou, než dospělou ženou, která vede samostatný život. Tento rys je patrný, jak v kresbě, tak z projevů v průběhu pozorování i ze samotné výpovědi: No já se teď' ... psychicky furt cítím nějak jako domlada. Takže já si to neuvědomuju, takže já si to uvědomim, ten strašnej handicap, tu strašnou překážku právě v tom okamžiku, když se potřebuju ohnout a zavázat si ty tkaničky, někde projít nějakým prostorem, kde jsem se vždycky dřív protáhla.

R6 Kresba postavy. Dětsky působící kresba, po formální stránce nezvládnuté zpracování těla, především v oblasti napojení nohou na trup. Trup je oválný, u ženy navíc transparentní, zasazený do sukně. Jako první byla nakreslena postava muže, od ženské postavy je odlišen košilí s knoflíky. Ženská postava má znázorněny delší vlasy, od muže se liší dále sukni a naznačeným poprsím. Tvar těla obou postav je v zásadě totožný.

R6 v rozhovoru uvádí, že tělo pro ni nikdy nebylo prioritní, v podstatě ho nevnímala. Později ale uvádí, že jí vadilo, že je jiná, cítila se *vyřazená*. Nejvíce si své tělo začala uvědomovat v době dospívání, kdy vnímala, že ji omezuje v partnerských vztazích. Pro opačné pohlaví byla dobrou kamarádkou: *A že většinou ty kluci, který mě by se líbili, tak chodili za mnou a radili se, jak na ty ostatní holky. Já jsem byla vždycky taková ta dobrá kamarádka. A vím, že mě to trápila v tom směru, že třeba zrovna ty kluci, o který já bych měla zájem. Tak já jsem to nikdy nedávala tak najevo, protože jsem si říkala, že radši budu kamarádka, než abych o tom člověka přišla vůbec. Takže potom chodili za mnou a radili se, co na ty holky, co by bylo dobře nebo ne. Ve vztazích se vnímala jako spíše neúspěšná: A když jsme někam šly, tak o holky byl zájem, a já jsem zůstávala tak nějak sama. Ale zase já jsem si našla ty vazby trošku jinde, zase tatínek nás vedl tak nějak k přírodě, takže já jsem jezdila do přírody na čundry a tak, takže tam jsem měla zase jiný kamarády, který mě brali jako kamarádku. A mě třeba nikdy netáhlo, a ne že bych to nikdy jako nechtěla dělat, že ... jako takový ty kyselý hrozny, ale mě třeba nikdy nebavily diskotéky, nebavila mě jakoby tahle povrchní zábava. Zase jsem si říkala, že než abych někam šla, že si myslím, že by to určitě fungovalo, že bych nějakýho toho kluka našla, na tu jednu noc ulovila, ale jako proč. Mně to přišlo zbytečný, rozumíte mi?*

Z vyprávění je patrné, že přestože R6 nevnímala zájem o sebe ze strany opačného pohlaví,

interpretovala pro sebe tuto oblast jako nepodstatnou, měla i jiné zájmy, které mají podle ní hlubší význam. Tato tendence zmínit nepříjemnou věc a v zásadě ihned potom racionálně objasnit její nedůležitost je patrná v průběhu celého vyprávění. Zmiňuje také, že se kvůli vzhledu trápila, ale nikdy to pro ni nebylo to nejdůležitější. *Ještě jenom takovou poznámku k tomu, já jsem měla vždycky takovej pocit, že je vždycky ukecam, že ty kluky, protože oni k těmhle lidem, konkrétně teda ke mně, přistupovali takový to rovnítka tlustá – blbá. Tak jako byli vždycky překvapení. Já jsem byla většinou chytřejší než oni.* V souvislosti s partnerstvím dále uvádí, že si nakonec našla muže, který stejně za nic nestál, ale je ráda, že má děti. O případný další partnerský vztah příliš nestojí: *Že jako v podstatě, na nějaký vztahy už jsem rezignovala, to jako myslím, partnerský, jasně, že člověk nějaký vztahy musí mít ... ale ani mě to nějak neláká. Třeba mam kamarádku, která se chce furt seznamovat. A já už ani nemam chuť. Myslí si, že nikdy nedokázala využít ženských zbraní, zkrátka není ten typ. Vlastně si myslí, že být ženou je daleko obtížnější než být mužem, ženy mají více povinností spojených s domácností a řadu fyzických obtíží: Narodila jsem se jako ženská. Tak žiju jako ženská. Ale ted' jako už vlastně jsem ráda, že mám děti. ... já to neumím využívat, pro mě je to jedno v podstatě. Ted' už je to ... mně to bylo jedno i dřív, ale prostě ty pudy a ty hormony teda mě vypudily k tomu ... opravdu jsem šťastná, že mam děti. Ale ted' bych je taky zabila. Ale rozumíte mi, nebylo to pro mě důležité. Jestli jsem ženská nebo muž. To jsem nerozhodla. A bohužel, někdy jsem si skoro říkala, že bych byla radši muž, protože ty to mají v životě jednodušší. Myslim si, že ten ženskej úděl je těžší. Myslim si, že mužský to mají v životě jednodušší než ženy.* Také uvádí, že jí velmi vadí její prsa, celý život jí překáží, což je ještě umocněno její tělesnou váhou.

R7. Kresba postavy. Kresby jsou po formální stránce zvládnuté dobře, tahy jsou přerušované slabší, dynamické. Jako první postava byla nakreslena ženská postava, přestože má širší ramena, je z obrázku patrné, že se jedná o ženu. Tlak na tužku je zvýšen v místě ostrých hran u podpatku bot a střihu účesu. Některé části těla jsou kresleny transparentně, konkrétně oblast hlavy v místě napojení vlasů a průhledné je rovněž tělo pod sukni. Ruce jsou znázorněny spíše schematicky, s chybným počtem prstů. Ženská postava nemá obličej, podle autorky je to *obecná pěkná žena*. Mužská postava je větší velikosti, obličej je vykreslen, přestože se opět jedná o cizího muže. Ramena mužské postavy jsou široká, linie rukou směřuje jakoby do špičky, prsty znázorněny spíše schematicky, v chybném počtu. Patrná je mezera v oblasti rozkroku, nedostatečné napojení čar. Obě postavy mají oddělenou horní a spodní polovinu těla opaskem v oblasti pasu.

R7 vzpomíná, že byla pečovatelkou svých mladších sester, když matka chodila do práce.

Nebylo jí to příjemné, vnímala tyto povinnosti jako zátěž. Zároveň neměla šanci budovat vztahy se svými vrstevníky. Brzy dospěla, cítila se jiná než vrstevnice, byla holka *krev a mlíko*, nikoliv tlustá. Přesto se kvůli vzhledu trápila, přála si zhubnout, což se jí podařilo sportem. Později, když se seznámila se svým mužem, držela různé diety, protože jemu se líbili štíhlé ženy. Byl její motivací, zároveň žili velmi aktivně, nemusela tedy příliš omezovat jídelníček. Tělo v dalším průběhu života spojuje především s jeho funkčností, prodělala delší období, kdy ji trápily spánkové apnoe. Tuto dobu vnímala jako psychicky velmi náročnou. Nyní se snaží o tělo starat, aby mu ulehčila, aby fungovalo, zároveň aby ji neomezovalo v životních aktivitách. Přiznává, že na vzhledu už jí nezáleží. Zmiňuje, že ve vztahu k tělu je pro ni důležité to, že ji umožnilo mít děti. Také vnímá podstatné silné sepětí psychické a fyzické stránky: *Čeho jsme se nedotkli. Asi to, že to tělo mi umožnilo mít dvě děti. Jako je to možná trochu odtaziť, ale je to důležitý. A opravdu. To sepětí. A pak ještě jedna věc - vztah mezi tělem a duší nebo duchem. Že když je člověk smutnej, v depresi, tak i to tělo je unavený a zvadlý. Když má radost, je pozitivně naladěný, tak i to tělo se líp a ochotněji hýbe. Nebo pracuje.*

R8. Kresba postavy: Postavy působí dětsky, provedeny jsou jistou pevnou čarou. Jako první je nakreslena mužská postava, sama autorka popisuje: *je to asi muž*. Horní polovina je graficky oddělena od spodní poloviny těla silnou čarou. Horní těla působí exponovaně směrem vpřed, enface, nohy naopak směřují do strany. Muž vykreslen s obličejem, oči působí jako zavřené. Ruce vykresleny pečlivě, se správným počtem prstů. Jako druhá je nakreslena postava ženy. Opět je patrný předěl mezi horní a spodní polovinou těla. Žena se od muže liší delšími vlasy a sukni. Tělo působí silněji, celkově mohutněji. Bez náznaku sekundárních pohlavních znaků.

Z vyprávění R8 vyplývá především to, že své tělo vnímá v kontextu čísel, tedy tělesné hmotnosti. Když má štíhlejší období, cítí se lépe, když ne, nijak markantně to neprožívá: *Samozřejmě když se člověk do něčeho hezky vešel nebo když byl v té fázi, že zhubnul, tak to bylo samozřejmě pozitivní. Vzpomíná, že na svou váhu se vždy poměrně hodně hýbala. V souvislosti s tělem v dětství několikrát zmiňuje tělesnou výchovu. Vynikala v lyžování, pohybovým aktivitám se věnovala dále i při studiu a v rámci zahraničních pobytů. Vzhledem se příliš netrápila. Přiznává, že tím, že je s dětmi doma, se jím příliš nezabývá ani dnes: *Ted' jak jsem byla doma, tak jsem na to docela prděla. Tak nemůžu říct, že by to bylo důležitý. Samozřejmě je to důležitý, když člověk někam jde, tak aby člověk nějak slušně vypadal ... ale jako nevim, jak je člověk doma s těma dětma, tak jako nemusí vypadat jak ze žurnálu. Že bych měla doma čas se malovat nebo něco, tak to fakt jako ne, to prostě nemam.* V oblasti partnerských vztahů řeší*

vztah s manželem. V rozhovoru uvádí, že vůči němu pociťuje naštvání, myslí si, že ji v hubnutí nepodporuje, jak by potřebovala. Zároveň přiznává, že nemá pro hubnutí dostatečně pevnou vůli.

R9 Kresba postavy: Obě postavy jsou provedeny jistým tahem, připomínají spíše skicu. Z hlediska formálního provedení se jedná o zdařilou kresbu. Jako první byla nakreslena ženská postava. Ženská postava je nahá, v transparentním trupu jsou znázorněny vnitřní orgány. Autorka vypovídá, že *je to proto, že dceři trpící cukrovkou často vysvětluje, jak funguje lidské tělo*. Ženská postava se od mužské odlišuje rysy v obličejí, delšími vlasy i tvarem postavy. Mužská postava je oblečena pouze do spodního rána. Zdůrazněny jsou maskulinní prvky – široká ramena, přikresleny jsou svaly na ruku a břicho, hranatý tvar obličejí. Tah tužkou je znatelný v oblasti krku, který je zdvojen, vzhledem k celkovým proporcím těla je spíše úzký. Oběma postavám chybí spodní část nohou. Autorka nejprve zmiňuje, že neměla papír. Posléze uvádí, že pracovala jako krejčová, tudíž je zvyklá ztvárňovat především trup.

R9 popisuje svůj život v rodině jako neuspokojivý, nerada na něj vzpomíná. Obviňuje svou matku za to, že ji nechala ztloustnout. Vnímá, že sama svou váhu ovlivnit nemohla, byla mladá. Rozhodující zlom ve vnímání vlastního těla připisuje období, kdy se seznámila se svým přítelem – budoucím prvním manželem. Ten ji miloval a ona byla se sebou spokojená. Zároveň to bylo období, kdy se mohla osamostatnit od rodiny. Popisuje, že s přítelem trávila každou volnou chvíli, oba na sobě byli víceméně závislí. Výrazně přibrala v období rozvodu: *V tomhle období mi to bylo úplně jedno (myslí tělo). Já jsem řešila úplně jiné problémy. Řešila jsem rozpad manželství, kterej jsem zaháněla sladkým. Co si budeme povídat, sladký nám dělá dobře, když máme nervíky. A to bylo tím, že jsem se přestala hejbat. Takže já jsem seděla doma, utápěla jsem se v sebelítosti, o samotě no, tak co děláte? Jíte*. Z rozhovoru je patrné, že tělo silně prožívá. Dominantní je přítom esteticke rovina, barvitě popisuje fyzické změny, ke kterým u ni v průběhu let a v důsledku těhotenství docházelo: *Problém s tím tělem jsem začala mít až vlastně tak kolem pětadvaceti, osmadvaceti. Kdy jsem hodně nakynula, nedokážu si vzpomenout na to proč a jak. Ale už to tělo bylo zastriovaný, nebylo pevný, bylo ošklivý. Jako vyloženě neesteticky ošklivý*. Krátce po rozvodu se seznámila se svým současným mužem. Ten ji bezmezně miluje, bohužel ale nefunguje tak, jak by si představovala. Tělo silně vnímá v souvislosti s mileneckými vztahy, myslí si, že tělo vztahy ovlivňuje: *Takže většina chlapů nechce tlustý holky. A pak jsou chlapi, který chtějí jenom tlustý holky. Prostě se jim to líbí, že ženská má mít pořádněj zadek a má se mít za co chytnout, což byli oba dva moji manželé že jo. Ale takovejch zas až tak moc*

není. Nicméně jsem zjistila, když jsem chodila tancovat, tak spousta chlapů tam byli na ty silnější holky, a paradoxně jak jsem sklouzla do toho normálu, tak jsem těch nápadníků-tanečníků měla mít, než když jsem měla 110 kilo. Otázka je, jestli to byli kluci, který si nevěřili a řekli si: noo tak takhle, ta nikoho nemůže najít, tak u tý bych mohl mít šanci, nebo se jim to prostě líbí. Tak ano, čím jsem byla tlustší, tak tím menší zájem o sebe jsem pozorovala u opačného pohlaví. U holek ne. Tam to bylo úplně jedno. Zároveň zmiňuje, že milostné poměry jsou podstatné pro její současný život, je to forma odreagování od starostí v rodině, od péče o děti: *No vzhledem k tomu, že nejsem úplně věrnej typ. Nejsem monogamní a nikdy nebudu. Já prostě taková nejsem. Takže ty zkušenosti mam. A jednu dobu a víceméně do teď jsem začala žít hodně společensky, protože v té době, kdy se mladý lidi vybouřej, tak já měla pevněj vztah, od 16 do 25, já jsem byla s jedním člověkem prakticky, ne zavřená, ale v tak úzkym vztahu, pak zavřená doma, prostě si to teď vynahrazuju. Mám sice dvě děti, ale zase mám podporu v rodině, že si to můžu teď dovolit dohánět teď to, co jsem zameškala v mládí, v pubertě. Svůj vztah k sobě samé výrazně spojuje také s mateřstvím. Těhotenství naprosto proměnilo její postoj k tělu: Já jsem prodělala obrovskou změna v hodnocení sama sebe, když jsem porodila. Jako kdyby ten mozek začal pracovat jinak. A vnímám se jinak. Jako kdybych našla svojí hodnotu. A v okamžiku, kdy začnete být skutečně spokojená sama se sebou a přijmete se taková jaká jste ... Takže bych řekla, že to mateřství mi zvedlo, teď nevím, jestli můžu říct sebevědomí nebo sebehodnocení. Řekla bych spíš, že to sebehodnocení. V souvislosti s významností těla ve svém životě znovu zmiňuje oblast partnerskou a mileneckou: *Tělo nebylo dominantní v mym životě, ale bylo dominantní při seznamování s klukama, s chlapama, s mužema. Protože chlapi líp vidí, než myslí. Takže oni vidí. Oni první na co se podívají je to tělo, pak teprve to, jestli jste chytrá nebo ne. Považuje se za velmi kontaktní typ člověka, ráda je v blízkém fyzickém kontaktu s blízkými lidmi, s dětmi, přáteli. Svůj vztah ke svému tělu popisuje: *Miluju ho (myslí tělo). Miluju i muj křivej, přišitej pupík. Protože je prostě muj. (...) Chtěla bych mít pevnější všechno, ale teď negativní věci, který vidim na svém těle, vnímám jako daň za to, že mam dvě děti. Protože ano, mám strie – byla jsem těhotná. Jsou to přirozený ženský změny na těle, když má dvě děti.***

R10 Kresba postavy: Provedením se jedná o kresby podprůměrné. Tlak na tužku je přiměřený, tahy jsou vedeny jednou čarou, místy gumováno (oblast rukou a nohou u ženské postavy). Přerušované vedení čáry je patrné v oblasti nohou u mužské postavy. Otázkou je, jaký podíl na formální stránce kresby má DMO, kterou autorka trpí. Sama před kresbou uvádí, že žádné omezení v kresbě nemá. Jako první je nakreslena ženská postava. Kresba působí asymetricky, vlasy jsou transparentní, prosvítá obrys hlavy. Naznačeno je také poprsí, jinak mají obě postavy

stejný tvar těla a výrazněji se neodlišují. Ostře jsou vykresleny prsty na nohou. Horní a spodní polovina těla je v oblasti pasu rozdělena opaskem. u obou postav. Jako druhý je nakreslen muž. Postava je bez vlasů, znázorněny jsou větší uši. Od ženy je odlišen pouze absencí vlasů.

Tématu ženství se prakticky ve svém rozhovoru nedotýká. Tělo vnímá v souvislosti s duší, jako její schránku. *Já mám pocit přijetí svého těla. Já bych neměnila nic. Ani bych ho nedala svoje tělo. Jsem s ním spokojená.* Popisuje se vždy výrazně v souvislosti vztahů s kolektivem, s ostatními lidmi. O partnerských vztazích se nezmiňuje. Je bezdětná. Mimo rozhovor, po jeho skončení dodává: *... jo a takhle to v podstatě vnímají, co se týče těch vozičkářů, všichni. Jo jako myslím si, že málokterej vozejčkář, kolem mě, by neměl rád sám sebe. I zrovna jako vozejčkář. My s tím nic neuděláme. Vy třeba, vám se nelíbí nos, tak si ho zlomíte a půjdete na operaci. Můžete na tom těle něco změnit, ale u nás není možný něco měnit. A člověk se musí mít naučit rád tak, jak to je. Aby byl vnitřně spokojenej. A dával to pozitivum lidem dál. Takže já bych mohla bejt doma zavřená. Nemohla bych ani vyjít ven, protože se mi nelíbí, jak mluvím, nebo že se mi nelíbí, že mam rozštěp patra, nebo že nejsem zrovna fotogenická. Já na to kašlu, mně je to fuk. Zrovna tohle jsou věci, který jsou mi úplně šumák. Bud' mě lidi budou brát takovou, jaká jsem, nebo nemusej. Já nikoho nenutím. Jo? (smích)*

R11 Kresba postavy: Obě postavy jsou kresleny slabou přerušovanou čarou, celá kresba působí ve svém provedení nejistým dojmem. Po formální stránce se jedná o kresbu spíše nižší úrovně provedení. První nakreslenou postavou je žena. Oči jsou prázdné, bez zorniček. Od muže je odlišena dlouhými vlasy a šaty, které splývají s tělem postavy, odděleny jsou pouze ve spodní části. Prsty jsou v neurčitém počtu, špičaté. Ramena jsou nepřírozně klenutá. Mužská postava má rovněž prázdné oči, oblečení je nevýrazné, splývá s tělem postavy, patrné jsou pouze nohavice. Postava je více asymetrická, gumovaná v oblasti levého podpaží (pravého podpaží postavy). Siluety obou postav jsou si svým tvarem podobné.

Zmiňuje, že své tělo nikdy nijak výrazně neprožívala, vlastně ji nezajímalo. Především v mládí byly pro ni prioritou sporty, kterým se věnovala. Nezmiňuje se o zájmu opačného pohlaví ani o zájmu o něj ze své strany. V současnosti žije v neuspokojivém partnerském vztahu, který trvá několik let. V posledních několika měsících dokonce v partnerském trojúhelníku. Jako jednu z motivací k hubnutí uvádí, že by ráda zhubla, aby se mohla vypořádat se svým partnerským životem. Obává se toho, že kdyby se rozešla se současným partnerem, už by nemusela nikoho najít: *A celkově i ten vztah doma jsem si chtěla vyřešit a říkala jsem si: no já se prostě nemůžu*

rozejít, vždyť mě nikdo chtít nebude, já budu sama. Emotivně prožívá zejména vyprávění nových zkušeností, které zažívá v souvislosti s nákupy oblečení po tom, co se jí podařilo radikálně zhubnout: Když jsem zhubla to největší množství. Že jsem jako potkala paní, která mě dotáhla do krámků, kde se dají kupovat hezký věci a kde prostě, i jako oni se starají o to, aby byl člověk spokojenej, tak jsem si to i užila. To bylo prostě poprvý, to bylo super. Pak podruhé jsem jela do Německa, to bylo jak z Pretty Woman, kdy ona neví, který ty šatečky si vybrat. Jsem si říkala: tak jako, no, tak není to špatný ... jakože nám tam paní otevře šampaňský, to je jako prostě neuvěřitelný. Jsem si nikdy nedokázala představit, že bych tohle zažila.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Radka Štorkánová

Studijní program: Mgr.

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Vnímání vlastního těla u obézních žen

Počet stran (bez příloh): 87

Celkový počet stran příloh: 23

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 67

Počet internetových odkazů: 43

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům. V Praze,
dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

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

Jméno a příjmení studentky: Radka Štorkánová
Obor studia: Psychologie
Název práce: Vnímání vlastního těla u obézních žen
Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 23

Počet titulů v seznamu literatury: 92

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování

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

1				
---	--	--	--	--

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

1				
---	--	--	--	--

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

1				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

--

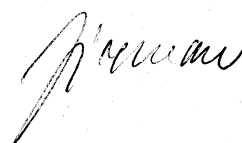
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

<p>Vnímání vlastního těla u obézních žen je velmi pečlivě a důkladně propracované dílo jak v teoretické, tak ve výzkumné části. Teoretická část by mohla být učebnicí pro ty, kdo chtějí být do širších psychosomatických souvislostí obezity uvedeni. Výzkumné šetření otevírá navíc souvislosti interpersonální a podtrhává důležitost psychosociálního aspektu ve vnímání vlastního těla. Ve schopnosti udržet somato-psycho-sociální zřetel na odborné úrovni spatřuji originální přínos autorky. Vážím si ji pro její péči, aby nám v medicínské nebo terapeutické kultuře tělesný symptom nezakryl osobu. V tom spatřuji širší smysl její práce nebo také ducha, ve kterém je práce napsaná.</p>
--

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 – výborně; práce a její autorka zasluhují ocenění

Datum, podpis: 9. 9. 2015



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

Jméno a příjmení studentky: Radka Štorkánová
Obor studia: psychologie
Název práce: **Vnímání vlastního těla u obézních žen**
oponent práce: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 23

Počet titulů v seznamu literatury: 93+43

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 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.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké psychotherapeutické techniky s užívají k léčbě obezity?
Co je typické pro sebepojetí u žen trpících obezitou?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka věnovala diplomovou práci aktuálnímu tématu v rozvinutých společnostech – a tím je obezita pojatá jako nemoc. V teoretické části popsala problematiku obezity z celé řady stránek, poté se zaměřila na možnosti terapie. Podtrhuje nutnost psychologické či psychotherapeutické intervence, i když se zdá, že boj s obezitou je jakýsi dosti marný příběh řady obézních. V empirické části se zaměřila na výzkum toho, jak obézní ženy vnímají své vlastní tělo a jaký k němu mají vytvořený vztah, resp., jak tělo prožívají. V empirické sondě se poměrně podrobně věnovala jedenácti ženám; popisy, které vytěžila z rozhovorů a z pozorování jsou ilustrativní, plastické a poučné. Je možná škoda, že čtenář se nedozví jaké vzdělání respondentky mají, resp. z jakých pocházejí sociokulturních vrstev. V práci je minimum překlepů, je psána čtivě a autorka zvládla poměrně širokou terminologii, která je v různých oborech s problematikou obezity spjata. Zcela jistě bylo možné lépe konkretizovat terapeutické směry, které se obezitou zabývají. Text práce mohl být sevřenější a úspornější. Ale těžiště práce je nakonec položeno do pojetí obezity ze strany zkoumaných subjektů – a v tom je také nejvíce přínosný. K práci nemám vážnější připomínky. Autorka splnila požadavky kladené na diplomové práce a text lze doporučit k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 29.8.2015

doc. PhDR. Jaroslav Kot'a