

Sexuální chování dívek s mentální anorexií pohledem sociálního pedagoga

Bc. Eva Romančenková

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eva Romančenková**

Osobní číslo: **H160334**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sexuální chování dívek s mentální anorexií pohledem sociálního pedagoga**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice poruch příjmu potravy, sexuality a možností sociálně pedagogické intervence v této oblasti.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČEŠKOVÁ, E. *Addiction and Eating Disorders Neurobiology and Comorbidities*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-18-5.

KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

OLTMANN, T. F., & EMERY, R. E. *Abnormal Psychology*. New Jersey: Upper Saddle River, 2004. ISBN 978-0130488909.

PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

Vedoucí diplomové práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání diplomové práce:

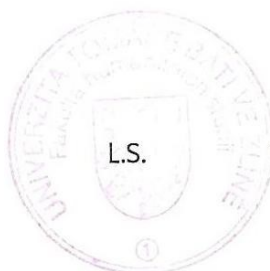
1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

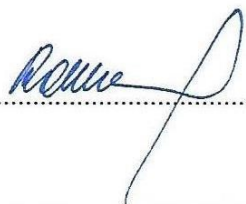
Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 02.03.2018



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce zachycuje a zkoumá zkušenost dívek a žen s mentální anorexií prostřednictvím vícečetné případové studie. Zaměřuje se na introspektivní prožívání životní zkušenosti. V práci je realizován kvalitativní výzkum s využitím metody interpretativní fenomenologické analýzy – IPA. Cílem výzkumu je analyzovat sexualitu a sexuální chování dívek a žen s mentální anorexií. V teoretické části diplomové práce jsou popsány poruchy příjmu potravy, jejich historický vývoj a dělení. V dalších kapitolách je mentální anorexie rozebírána jako sociálně pedagogický problém, kde se zabýváme příznaky, následky a zdravotními komplikacemi, diagnostikou, léčbou a prevencí relapsu tohoto onemocnění. Dále jsou popsány a definovány pojmy sexualita, sexuální chování, propojení sexuality a vztahů, rozdíly v sexualitě mužů a žen, a také možné souvislosti mentální anorexie a sexuálního chování. Praktická část se v úvodu zaměřuje na postup získávání dat a výsledků prostřednictvím analýzy a interpretace metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Dále jsou v praktické části prezentovány výsledky rozhovorů s účastnicemi výzkumu. Ty jsou pro přehlednost rozděleny do hlavních témat rozhovorů. Závěr praktické části představuje odhalení a následné vymezení společných i individuálních témat / fenoménů, které souvisí se zkušeností s poruchou příjmu potravy.

Klíčová slova:

Kvalitativní výzkum, vícečetná případová studie, interpretativní fenomenologická analýza, IPA, mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, sexualita, sexuální chování, sexuální život, fenomén.

ABSTRACT

This diploma thesis describes and explores the experience of girls and women with mental anorexia through a multiple case studies. It focuses on the introspective experience of life experiences. The work is carried out qualitative research using the method of interpretative phenomenological analysis - IPA. The aim of the research is to analyze the sexuality and sexual behavior of girls and women with mental anorexia. In the theoretical part of the diploma thesis are described disorders of food intake, their historical development and division. In the other chapters, a mental anorexia is analyzed as a socio-pedagogical problem where we deal with symptoms, consequences and health complications, diagnosis, treatment and prevention of relapse of this disease. The concepts of sexuality, sexual behavior, intercourse of sexuality and relationships, differences in sexuality between men and women, as well as possible associations of mental anorexia and sexual behavior are also described and defined. The practical part focuses on the process of obtaining data and results through analysis and interpretation using the method of interpretative phenomenological analysis in the beginning. In the practical part, the results of the interviews with the participants of the research are presented. For clarity, these are divided into main topics of the interviews. The conclusion of the practical part presents the disclosure and subsequent definition of common and individual topics / phenomenas related to experiences with eating disorders.

Keywords:

Qualitative research, multiple case study, interpretative phenomenological analysis, IPA, mental anorexia, eating disorders, sexuality, sexual behavior, sexual life, phenomenon.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení a mimořádnou inspiraci při psaní diplomové práce. Mé poděkování patří také Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad ohledně zpracování praktické části a PhDr. Tomáši Čechovi, Ph.D. za profesionální názor a užitečná doporučení.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne

.....
Bc. Eva Romančenková

OBSAH

ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	15
1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	15
1.2 DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
1.3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A RIZIKOVÉ FAKTORY	23
1.4 BMI INDEX.....	28
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÝ PROBLÉM.....	30
2.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	30
2.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	31
2.3 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	31
2.4 NÁSLEDKY A ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE	33
2.5 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE	35
2.6 SPECIFICKÉ TYPY MENTÁLNÍ ANOREXIE	36
2.7 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	36
2.8 PREVENCE RELAPSU MENTÁLNÍ ANOREXIE	39
3 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	41
3.1 PŘÍRODNÍ VERSUS KULTURNÍ SEXUALITA	41
3.2 SEXUALITA A VZTAHY	42
3.3 ROZDÍLY V SEXUALITĚ MUŽŮ A ŽEN	43
3.4 MENTÁLNÍ ANOREXIE A SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	49
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	49
4.2 CÍL VÝZKUMU	49
4.3 POJETÍ VÝZKUMU	50
4.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	50
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	52
4.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	55
4.7 ETIKA VÝZKUMU	60
4.8 REFLEXE VLASTNÍ ZKUŠENOSTI S VÝZKUMNÝM PROBLÉMEM	60

5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	62
5.1	PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ VÝSLEDKŮ	62
5.2	VÝSLEDKY ROZHOVORU S INFORMANTKOU ILONOU	64
5.3	VÝSLEDKY ROZHOVORU S INFORMANTKOU JANOU	70
5.4	VÝSLEDKY ROZHOVORU S INFORMANTKOU KATKOU.....	78
5.5	VÝSLEDKY ROZHOVORU S INFORMANTKOU LENKOU	85
5.6	VÝSLEDKY ROZHOVORU S INFORMANTKOU MARTINOU.....	91
5.7	VÝBĚR SPOLEČNÝCH A INDIVIDUÁLNÍCH TÉMAT / FENOMÉŇŮ.....	97
5.8	SHRNUTÍ VÝZKUMU	107
5.9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	109
5.10	DISKUZE K VÝZKUMNÉMU PROBLÉMU	111
	ZÁVĚR	113
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	114
	SEZNAM OBRÁZKŮ	118
	SEZNAM PŘÍLOH.....	119

ÚVOD

Veřejnosti je téma mentální anorexie poměrně známé, ale málokdo má s tímto onemocněním osobní zkušenost nebo ví, co vše mentální anorexie obnáší, a co prožívá jedinec tímto onemocněním trpící. Jak myslí a žije, jak vnímá všední zkušenosti a svůj vlastní život a existenci. Mentální anorexie není v dnešní době nic neobvyklého nebo tabuizovaného, při rozvoji technologií a vědy je toto téma velmi často zpracováno, jak knižně, filmově, tak i v médiích a časopisech.

Mladým dívkám a ženám, ale i chlapcům a mužům, je ve filmech a na internetu předkládán určitý kult krásy – obraz dokonalého lidského těla a tělesných proporcí. Mladý člověk, který nemá ještě tolik životních zkušeností, se velmi často zaměřuje na svůj vzhled a fyzickou stránku své osoby. Na dospívající je kladen velký nátlak jak z okolí vrstevníků, tak i z médií a každý chce být krásný a hubený. Což v některých případech bývá první impuls pro vznik poruch příjmu potravy.

Obecně je známo, že se hranice věku pro rozvoj poruch příjmu potravy v posledních letech posunula výrazně dolů. Rozvojem internetu, sociálních sítí a nových technologií mají děti a dospívající velmi snadný přístup k informacím, které pro ně mohou být jak přínosné, tak i škodlivé. Mnohdy se diskutuje o problematice rychlého dospívání současné mládeže, což samozřejmě souvisí i s problematikou poruch příjmu potravy. Děti a dospívající často podléhají virtuálním médiím, věří všemu co je ve filmech a na internetu, než aby se zabývaly fakty, realitou a skutečným prožíváním. Důsledkem může být i výchova rodičů, která podléhá tzv. „zrychlené době“, kdy je těžké uchránit děti proti negativnímu vlivu moderních technologií.

Děti a dospívající jsou svými vrstevníky, ať už ve škole nebo ve společnosti, souzeni především podle svého vzhledu, oblečení, mobilního telefonu, školních pomůcek a hraček, jednoduše podle materiálních věcí, které jsou většinou spojovány s „bohatstvím“ či určitou finanční situací rodiny, ale také podle postavy a celkové vnější atraktivitě pro okolí. Z tohoto hlediska je na děti a dospívající kladen obrovský nátlak, chtějí být perfektní, chtějí mít vše a hlavně „nebýt pozadu“. S tím souvisí i touha po dokonalé postavě či dokonalém vzhledu. Velmi často se už poměrně mladé dívky líčí, mají piercingy a tetování, nalakované nehty, barví si vlasy apod., prostě mají a dělají věci, které dříve pro mládež byly zcela nemyslitelné. Velký vliv na to má i rozvoj tzv. „youtuberingu“, kdy může kdokoliv na internetu s veřejností sdílet pomocí videí a vlogů (blogů) svůj život,

své zájmy, rady a inspirace. Důsledkem vývoje doby a lidské společnosti také vznikly úplně nové poruchy příjmu potravy. Kromě mentální anorexie, bulimie a záchvatového přejídání se postupně vyvinuly i bigorexie, ortorexie a drunkorexie.

Tématem této diplomové práce je sexuální chování dívek s mentální anorexií. Diagnózou a popisem průběhu onemocnění mentální anorexií se zabývá velké množství literatury, avšak přímo k sexuálnímu chování osob s tímto onemocněním je informací, zdrojů a literatury poměrně málo. To bylo hlavním důvodem pro výběr daného tématu. Záměrem diplomové práce je otevřít jiný pohled na toto onemocnění, pohled zaměřený na sexuální život, sexuální chování a sexuální problematiku osob s mentální anorexií.

V první části diplomové práce se zabýváme teoretickým objasněním poruch příjmu potravy a mentální anorexie, jejich definicemi a diagnostikou, vznikem, projevy, následky a možnou léčbou. Teoretická část se také opírá o historický vývoj poruch příjmu potravy, mentální anorexie a rozebírá problematiku mentální anorexie jako sociálně pedagogického problému. V této části práce je také potřeba vymezit rozdíly mezi jednotlivými druhy poruch příjmu potravy, jejich teoreticko-vědecký základ a případná specifika. V teoretické části se zaměříme i na celkové pojetí sexuality, co sexualita je, jak je definována, jaký má význam pro společnost a jakou souvislost má s mentální anorexií.

V druhé části diplomové práce představíme získaná data z provedeného kvalitativního výzkumu, který je interpretován polo-strukturovanými rozhovory s pěti dívkami a ženami ve věkovém rozmezí sedmnáct až dvacet čtyři let. Všechny rozhovory jsou z důvodu přesnější interpretace nahrávány, s ohledem na kvalitní zpracování je provedena transkripce textu do písemné podoby.

Cílem diplomové práce je zachytit osobní zkušenost dívek a žen s mentální anorexií, jejich pojetí sexuality a průběh jejich sexuálního života ovlivněného onemocněním poruchy příjmu potravy. Data získaná z rozhovorů jsou následně zpracována, analyzována a interpretována. K analýze dat je využito interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Účelem výzkumu je shrnout vyoňující se fenomény/témata související s problematikou sexuálního chování, osobní zkušenosti a prožívání osob s mentální anorexií v současnosti i minulosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejzávažnější a nejčastější duševní onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Některé symptomy poruch příjmu potravy lze pozorovat až u 6 % dívek na konci puberty. Strachem z tloušťky, nebo obezity a nespokojeností se svým tělesným vzhledem se potýká v současné době velký počet žen i mužů v různých věkových kategoriích. Prvotní obavou člověka v dřívějších dobách bylo neumřít hladu a zajistit dostatek potravy pro sebe a svoji rodinu. Potřeba nasycení je předpokladem pro uspokojení dalších základních potřeb člověka, od reprodukce až po seberealizaci. Potravu ve formě jídla nelze plnohodnotně zaměnit žádnými náhražkami. Strádání v oblasti energetického příjmu některých vitamínů a živin může vést k různě vážným zdravotním komplikacím, onemocněním a poruchám. Naopak změny chuti k jídlu, změny v příjmu množství jídla a tělesné hmotnosti často naznačují rozvoj tělesného nebo duševního defektu. Jídlo získalo postupem a vývojem doby psychologický a společenský smysl, a není už pouze fyziologickou potřebou. Je považováno za symbol odměny, rituálu, komunikace, relaxace, kultury, radosti apod. Avšak vymezit hranici mezi normou a patologií v oblasti přijímání potravy je v této souvislosti velice komplikované, někdy až nemožné (Krch, 1999, s. 13; Čiháková, 2016, s. 13).

„Vzrůstající počet postižených a následně hospitalizovaných osob v souvislosti s poruchami příjmu potravy již nelze přehlížet. Tato onemocnění se stávají v odborné veřejnosti stále více diskutovaným problémem. Stala se příznačnou, těžko řešitelnou otázkou současného světa – zjednodušenou a extrémní reakcí na problémy osobní spokojenosti, společenského úspěchu a zdraví. Stačí zhubnout a dokázat se kontrolovat. Krátkodobý úspěch však jenom posiluje nepřiměřená očekávání. O to je potom zoufalství větší a neschopnost stoprocentně se kontrolovat se stává výzvou k dramatické demonstraci neschopnosti jíst s mírou.“ (Marádová, 2007, s. 6; Čiháková, 2016, s. 13).

Podstatou poruch příjmu potravy je přehnané až úzkostné zaměření se na svůj vzhled, postavu, svoji váhu a příjem potravy. Jedinci trpící poruchou příjmu potravy mají strach z tloušťky a jejich největším cílem je zhubnout.

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nelze považovat za krátkodobý či nový fenomén nebo důsledek moderní doby, jak by se dalo obecně dnes očekávat. Lišily se projevy a vznik

těchto onemocnění a samotné druhy poruch příjmu potravy v různých časových obdobích, avšak stále se jednalo o poruchy příjmu potravy. Po dlouhá staletí se však odmítání potravy nebralo jako primárně patologický jev. Abychom vůbec pochopili poruchy příjmu potravy jako současný jev, musíme se nejprve zaměřit na jeho historii a vývoj. Historie poruch příjmu potravy sahá až do 2. století ke Galánovi. Galán byl jeden z nejznámějších starověkých lékařů, který jako první popsal specifické příznaky mentální anorexie. V té době však bylo hladovění nebo přijímání omezeného množství potravy spojeno s náboženskými obřady, protestními činy, rituály a také mohlo být reakcí jedinců na nevyhovující životní podmínky (Krch, 1999). Znamé jsou případy už z 12. – 15. století, kdy ženy hladověly s cílem očistit své tělo od hříchů, ale v 16. století byly tyto očištěné svěťice pronásledovány církví a označovány za posedlé ďáblem (Romančenková, 2015, s. 2).

„Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný ruminace, neboli zvracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známá pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci.“ (Krch, 1999; Slavíčková, 2011; Romančenková, 2015, s. 2).

V období středověku některé ženy dodržovaly půst a tvrdily, že jejich existence je závislá pouze na boží pomoci, a tak mohou přežít bez jakékoliv konzumace jídla. Mnoho odborníků, lékařů a vědců se přelo, zda je to opravdu možné nebo se jedná o pouhý podvod. Spousta lidí, hlavně silně věřící, tvrdili, že se jedná o boží zázrak. Až v průběhu 19. století začali lékaři na tuto formu půstu pohlížet spíše jako na patologický nebo zdravotní problém a dospěli k názoru, že se jedná o jakýsi druh psychické choroby. Společnost se postupně na tyto ženy začala dívat spíše jako na podvodnice a labilní osobnosti, než jako na výtvor boží. Zvláštní je, že i když byla časem vymezena konkrétní porucha s názvem mentální anorexie, v lidech tento názor nadále přetrvával (Krch, 2005, s. 27–28).

1.2 Dělení poruch příjmu potravy

Dříve se nejvíce mluvilo o mentální anorexii, a lidé, kteří se v poruchách příjmu potravy nějak výrazně neorientovali, ani jiné poruchy neznali. Dnes víme, že neexistuje jen mentální anorexie a postupně se vyvinulo více duševních onemocnění, které řadíme do

těchto poruch. Jsou to tedy mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto poruchy si podrobněji popíšeme, abychom jednotlivá onemocnění rozlišovali a vymezili rozdíly mezi nimi.

Ne zřídka se setkáváme s tím, že jeden pacient trpí více poruchami příjmu potravy najednou. Není to vůbec ojedinělý úkaz. Často se stává, že jedna porucha příjmu potravy přechází postupně v druhou. Velmi častým harmonogramem nemocného je, že začíná se zdravým životním stylem, posléze se u něj vyvine ortorexie, která postupně přejde do mentální anorexie, a dále je už jen otázkou času, kdy se jedinec uchýlí k praktikám mentální bulimie. Běžně se také setkáváme s tím, že pacient střídá etapy různých poruch příjmu potravy. A to má zcela jasné vysvětlení. Člověk není schopen normálně fungovat, žít a pracovat, aniž by přestal přijímat potravu. Často se tak střídá mentální anorexie a mentální bulimie. Je zcela jasné, že takovéto střídání poruch příjmu potravy vede k mnohem horším zdravotním následkům a komplikacím.

1.2.1 Mentální anorexie

Nejznámější a nejrozšířenější poruchou příjmu potravy je mentální anorexie. Popisujeme ji jako záměrné snižování tělesné hmotnosti pomocí výrazného omezování příjmu potravy až odmítání veškeré potravy. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by na něj neměli chuť nebo by nepocíťovali hlad, ale výhradně proto, aby snížili svůj energetický příjem na minimum a tím docílili hubnutí. Ve většině případů se jedná především o ženy, jsou ale také známy čím dál častější případy u mužů. U žen se anorexie může rozvinout bez jakékoliv závislosti na vykonávané profesi, u mužů však často výskyt anorexie souvisí právě s povoláním (baleťáci, tanečníci, manekýni, krasobruslaři, žokejové, atd.). Je samozřejmé, že v odvětví modelingu bývá výskyt tohoto onemocnění nejčastější (Marádová, 2006; Dvořáková, 2012, s. 11). Podle vědeckých výzkumů z celkového počtu osob s mentální anorexií je poměr dle pohlaví 95 % žen a 5 % mužů (Jackson, 2004). Mentální anorexie je spojována s větší úmrtností pacientů než jiná duševní onemocnění.

Podle Františka Davida Krcha (2010) lze diagnostická kritéria mentální anorexie shrnout do tří základních znaků. Jedná se o záměrné a aktivní udržování velmi nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy, hodnota BMI je pod 17,5), strach z tloušťky, který přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost a u žen vyskytující se porucha menstruačního cyklu v případě, kdy nejsou podávány hormonální preparáty,

například antikoncepční pilulky (Laššanová, 2013; Slavičková, 2011; Romančenkova, 2015, s. 8).

Problematikou mentální anorexie se budeme podrobněji zabývat i v dalších kapitolách této práce.

1.2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimii charakterizuje nadměrná konzumace jídla a následná kompenzace pomocí vyvolaného zvracení či užívání projímavých preparátů. Jedinci trpící mentální bulimií jsou schopni zkonsumovat nekontrolovatelné množství jídla, někdy až takové množství za jeden den, co ostatní lidé bez duševní poruchy zkonsumují například za jeden týden. Často se také stává, že mentální bulimie přichází až po dlouhodobé mentální anorexii. Jakmile nemocný zjistí, že je tu možnost se dosyta najíst a přitom se nechtěného množství potravy zbavit, začne právě vynucené zvracení užívat častěji a častěji. Při rozvoji mentální bulimie je standartní vyvolané zvracení jednou za dva až tři dny. Jedinec si je vědom, že dělá něco špatně, co nedělá dobře jemu ani jeho tělu. Postupem času, ale ztrácí nemocný nad touto poruchou kontrolu a zvracení se objevuje častěji, až nakonec může jedinec zvracet několikrát denně. Velmi typické pro mentální bulimii je, že pacient není až tak hubený, jako při mentální anorexii, někdy má zcela „normální“ postavu bez známek viditelné podvýživy. Bulimici mívají však oteklé uzliny, oteklý obličej a často provází toto onemocnění velmi závažné zdravotní komplikace.

Stává se, že mentální bulimie bývá na rozdíl od mentální anorexie i po celá léta utajena. Jedinec si totiž může udržovat normální váhu a samozřejmě vynucené vyprazdňování potravy provádí potají (Krch, 2008). Setkáváme se také mnohdy s případy, že mentální bulimií začnou trpět pacienti, kteří se vyléčili nebo léčí z mentální anorexie. Pacient na sobě začne postupně pracovat, začne jíst, přibírat na váze a s tím mohou vzniknout u duševně narušeného člověka výrazné deprese a frustrace. Aby tedy v okolí vyvolal pocit zlepšení svého zdravotního stavu, zláká ho využít jednání typického pro mentální bulimii. U bulimie je také uváděn odbornou literaturou vyšší počáteční věk (Romančenkova, 2015, s. 9).

František David Krch (2010) uvádí základní znaky k určení diagnózy bulimie. Patří mezi ně opakující se epizody přejídání, neovladatelná ztráta kontroly nad jídlem, opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, vyvolávané zvracení, užívání

projímavých preparátů a léků na odvodnění organismu, hladovky a nadměrné cvičení, strach z tloušťky, nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 2010; Laššanová, 2013; Slavíčková, 2011; Romančenkova, 2015, s. 9).

Statistiky uvádějí, že mentální bulimií trpí přibližně 5 % žen z celé populace, což je každá dvacátá žena. Jako všechny poruchy příjmu potravy je mentální bulimie častější u žen než u mužů, muži jí trpí desetkrát méně často než ženy. Mentální bulimie u mužů je také více spojována s komunitou gayů.

Klasickými příznaky mentální bulimie jsou opakující se záchvaty přejídání následované zvracením, užíváním projímavých látek, diuretik, intenzivním cvičením nebo striktními dietami. Typická je nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, tělesného vzhledu a neustálá obava z tloušťky a tloustnutí. Mezi následky mentální bulimie řadíme nepravidelnou menstruaci, vysokou kazivost zubů, výkyvy tělesné hmotnosti, oteklé slinné žlázy, napuclé tváře, závratě, bolesti dutiny břišní, nadýmání, únavu, poruchy spánku, náchylnost k perforaci žaludku, vředy v jícnu a žaludku, srdeční arytmií, kardiovaskulární komplikace a mnoho dalších.

1.2.3 Psychogenní a záchvatovité přejídání

Toto onemocnění můžeme popsat jako konzumaci obrovského množství jídla s provázaností ztráty sebekontroly (Cooper, 1995; Dvořáková, 2012, s. 14). Diagnostikovat nebo rozpoznat u jedince tuto poruchu příjmu potravy je velmi komplikované. V zásadě můžeme říct, že se celý den člověka se záchvatovitým přejídáním točí kolem jídla. Nemocný konzumuje nadprůměrné množství stravy během krátkého časového úseku, ale i po té, co je jeho hlad utišen, s přejídáním pokračuje až do chvíle, kdy je mu vyloženě špatně a cítí nevolnost. S tím také souvisí jeho pocity, mezi které patří frustrace, strach, deprese, pocity viny, očekávání, radost, nadšení z jídla. Z toho samozřejmě vyplývá, že tyto osoby trpí většinou nadváhou, protože se velmi často a pravidelně přejídají (Dvořáková, 2012, s. 15).

K záchvatovitému přejídání také patří nutkavé dodržování různých redukčních diet. Jedinec je totiž sám se sebou nespokojený, uvědomuje si, že svými stravovacími návyky si způsobuje nadváhu či zdravotní komplikace, a tak se velmi často rozhodne, že bude dodržovat dietu. V mnoha případech se ale jedná o velmi striktní omezení v energetickém příjmu potravy, které je obtížné ustát. Nemocný je tak stále upoután na myšlenky o jídle,

nejvíce v těžkých a stresujících situacích. S takovým omezováním příjmu potravy stoupá riziko následného přejedení. Jakmile nad sebou osoba ztratí kontrolu, přestane se ovládat a dochází k nekontrolovatelné konzumaci jídla.

Záchvatovité přejídání se může objevit u lidí všech věkových skupin, někdy postihuje i celé rodiny. Stále platí, jako u ostatních poruch příjmu potravy, že více postihuje ženy, a to z 85 % (Dvořáková, 2012, s. 15). Mezi jasné příznaky záchvatovitého přejídání patří utajované nákupy jídla, pocit hanby a studu při veřejné konzumaci jídla, propagace dodržování redukčních a přísných diet, konzumace velkého množství jídla v krátkém časovém úseku, a v některých případech obezita. Je důležité zmínit, že záchvatovitým přejídáním mohou trpět i osoby štíhlé, někdy až extrémně štíhlé (Maloney, Kranzová, 1997). Mezi následky záchvatovitého přejídání můžeme zahrnout obezitu, problémy s pohyblivostí, diabetes mellitus (cukrovku), srdeční potíže, problémy s krevním oběhem a krevním tlakem, náchylnost k srdečnímu infarktu a mozkové mrtvici, a velmi vysoké riziko výskytu další poruchy příjmu potravy (Dvořáková, 2012, s. 16).

1.2.4 Ortorexie

Ortorexie je porucha příjmu potravy, pro kterou je typická patologická posedlost zdravou výživou a zdravou stravou. V počátcích se onemocnění může jevit jako zcela neškodné, naopak může vyvolávat u ostatních lidí a členů rodinu atraktivitu, že se nemocný stará o sebe, svoje zdraví a své tělo. Jedinec s tímto onemocněním vyhledává specializované obchody se zdravou výživou, s bio-potravinami, vyhledává a shromažďuje informace o výrobě, pěstování a složení potravin. Často začne některé suroviny, například zeleninu a ovoce, pěstovat sám, aby si byl jistý kvalitou daných produktů. Nejprve se z toho může stát hezký koníček pro volný čas, ale postupně přerůstá v posedlost a hlavní náplň času jedince. Ten začne mít doslova strach z nezdravého jídla a každou potravinu před konzumací dopodrobna zkoumá. Postupně se nemocnému zužuje rozsah jeho jídelníčku, protože z něj vylučuje stále více (podle něj) nezdravých surovin a potravin. Při plném rozvoji poruchy nemocný nejí skoro nic a samozřejmě tak ztrácí výrazně na tělesné hmotnosti.

Stejně jako u jiných poruch příjmu potravy platí, že nemocný jedinec na jídlo neustále myslí, má nutkavé touhy se najíst, trpí depresemi a úzkostí. V jeho touze se najíst mu však brání jeho přesvědčení, že většina potravin je nezdravých, uměle hnojených, geneticky upravovaných, jsou v nich chemické konzervanty a barviva, nebo jejich způsob

a postup výroby není správný. U žen se tato porucha vyskytuje častěji, ale není zde tak velký procentuální rozdíl jako například u mentální anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání (Dvořáková, 2012, s. 17).

Podle Alice Angremannové, jedné z nejvýznamnějších světových dietoložek, se zdravý životní styl stal světovým fenoménem, kdy ve velkém toku informací o této problematice z různých zdrojů nejsme schopni tříditi a identifikovat. Také zmiňuje, že ortorexií trpí většinou lidé ve věkovém rozmezí třicet až čtyřicet let, s vyšším vzděláním, stabilním zaměstnáním a relativně úspěšným a kvalitním životem. Angremannová také tvrdí, že v České republice se s tímto onemocněním setkal už každý čtvrtý člověk (Dvořáková, 2012, s. 17). Mezi příznaky ortorexie patří přehnané přemýšlení o zdravé stravě, tvorba plánů stravování, zahrnutí do jídelníčku jen „zdravých“ potravin, stupňující se přísnost v dietních omezeních, sociální izolace, neutuchající a nutkavá obava o své zdraví, neobvyklé stravovací rituály, nevyvážený a nedostatečný příjem potravy, výrazné hubnutí a mnoho dalších. Ortorexie může mít za následek velký a výrazný úbytek na váze (někdy až smrt), narušené vztahy s rodinou a okolím, sociální izolace, deprese, stavy úzkosti, atd.

1.2.5 Bigorexie

Bigorexie je brána jako poměrně nová porucha příjmu potravy. Vznikla pravděpodobně následkem rozvoje kultu kulturistiky a fitness. Jedná se o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení nereálných hodnot svých fyzických možností a tělesných proporcí. Porucha je spojována s dysmorfofóbií, což je přehnané soustředění se na domnělé defekty na svém těle, a také s Adonisovým komplexem, což je nadměrné zaujetí o optimální tělesný vzhled a fyzickou zdatnost (Dvořáková, 2012, s. 19). Jedinec s poruchou bigorexie má neustále pocit, že je slabý a jeho svaly jsou nedostatečně vyvinuty. Pro dosažení nereálných výsledků svého vzhledu je jedinec ochoten podstoupit v podstatě cokoliv. K tomuto onemocnění se váže závislost na nadměrném cvičení, vysoký příjem bílkovin, užívání doplňků stravy a látek, které ovlivňují svalový růst a metabolismus, a také užívání steroidních látek a hormonů. Ne zřídka se setkáváme s tím, že bigorektici mají nadváhu, která je způsobena vysokým energetickým příjmem a s ním spojeným svalovým růstem.

Tato porucha příjmu potravy je specifická v tom, že převážně postihuje muže, především sportovce, kulturisty a osoby pohybující se ve fitness prostředí. Společným

znakem s ostatními poruchami příjmu potravy je jistá sociální izolace, protože jedinec ztrácí postupně témata ke konverzaci s ostatními lidmi. Zaobírá se totiž pouze problematikou cvičení, stravy, doplňků stravy apod. V zásadě ve svém životě neřeší nic jiného, než že chce docílit podoby, jakou vidí na internetových stránkách a v časopisech s tematikou kulturistiky a fitness. Většinu svého času také tráví pouze v posilovnách a ve fitness centrech.

Mezi příznaky bigorexie patří nadměrné a časté cvičení, neustálá kontrola svého vzhledu a váhy, neustálé prohlížení svého těla v zrcadle, snaha dosahovat nereálného vzhledu, užívání nadměrného množství doplňků stravy a podobných preparátů, rychlé výkyvy váhy, drastické redukční diety, užívání diuretik a projímadel, finanční problémy (způsobené velkými finančními náklady na cvičení a doplňky), deprese, pocity frustrace, úzkosti a další. Následků bigorexie je už teď poměrně mnoho, ale počítá se s tím, že i tato porucha má v dnešní době velký vývoj a rozvoj, tím pádem možných následků, komplikací a jejich závažností může postupem času přibývat. Mezi již známé následky bigorexie patří tzv. overuse syndrom, což je poškození pohybového aparátu způsobené dlouhodobým přetěžováním, problémy s trávicím ústrojím, ledvinami, játry, nadměrná tělesná hmotnost, sociální izolovanost, velké finanční problémy, zadlužení a spoustu dalších (Dvořáková, 2012, s. 20). S bigorexií je spojené velmi časté a dlouhodobé užívání steroidních látek, u kterých si vědci a lékaři nejsou dodnes zcela jisti jejich následky na zdraví a kvalitu života člověka. Často se spekuluje o tom, že vrcholoví sportovci a kulturisti ve většině případů nemohou mít děti, nebo jejich děti trpí různými poruchami pozornosti a vývoje. Jak dalece ovlivňuje užívání steroidů naši společnost, se ukáže nejspíše v následujících desítkách let.

1.2.6 Drunkorexie

Drunkorexie je porucha příjmu potravy, při které dochází k opakované redukci energetického příjmu za účelem zvýšeného příjmu alkoholických nápojů. Drunkorexie je stejně jako bigorexie poměrně novou formou poruch příjmu potravy. Nemocný je nespokojený se svým vzhledem a tělesnou váhou, chce hubnout, ale požívá velmi hojně alkoholických nápojů, které jsou samy o sobě velmi kalorické. Toho si je nemocný vědom, a proto snižuje kalorický příjem potravy. Drunkorekci také úmyslně zvyšují svůj energetický výdej, například pomocí tance na diskotékách, ponocováním, cvičením atd. Alkohol se bez jídla v žaludku vstřebává rychleji a do jater se může dostat do patnácti

minut od užití. Efekt alkoholu je tedy silnější. Pacienti často míchají alkohol s energetickými nápoji, což je pro zdraví člověka nadměrně rizikové. Míchání alkoholu s energetickými nápoji totiž způsobuje zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň snižuje schopnost vnímat vyčerpání a únavu. Velmi snadno tak může následovat kolaps a selhání organismu, od kterého je opravdu blízko ke smrti.

Jako u ostatních poruch příjmu potravy, tak i u drunkorexie má nemocná osoba psychické problémy, úzkost, deprese, pociťuje osamocenost, izolaci od společnosti, podráždění apod. Drunkorexií trpí více ženy, podle statistik v americké populaci postihuje drunkorexie 30 % dívek ve věku od osmnácti do dvaceti čtyř let. Nemoc se prvotně začala objevovat u studentek na internátech a školních ubytovnách, kde mladí často navštěvují večírky, diskotéky a párty.

1.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy a rizikové faktory

Pro vznik poruchy příjmu potravy je většinou třeba kombinace více rizikových faktorů. Jen zřídka dochází ke vzniku poruch příjmu potravy při jednom rizikovém faktoru, ale setkáváme se výjimečně i s případy, kdy při analýze jedince nenacházíme žádný výrazný rizikový faktor či predispozici pro vznik poruchy příjmu potravy. Často poruchy příjmu potravy vznikají při náročných životních obdobích, krizových životních situacích, psychickém a fyzickém vyčerpání nebo po intenzivním traumatickém zážitku.

1.3.1 Sociální a kulturní faktory

Vlivem změn kulturních a společenských, kdy se klade na vzhled těla a fyzické proporce větší důraz než dříve, zaznamenáváme stále větší nárůst výskytu poruch příjmu potravy. Například Hilde Brunch dávala za vinu převážně módnímu průmyslu, že předkládá určitý ideál krásy, štíhlosti a takových tělesných proporcí, které se neslučují s realitou. Tento ideál krásy se pak podle ní dotýká převážně adolescentů a dospívajících jedinců. Tito jedinci mohou v hubnutí či udržování extrémní štíhlosti vidět jistý způsob seberealizace, sebekontroly, či dokonce životní cesty a úspěchu (Krch, 1999, s. 58; Čiháková, 2016, s. 14).

Dnešní doba se bohužel mnohem častěji přiklání ke kultu krásy jako extrémní až nepřirozené štíhlosti, kdy takovýto ideál je předkládán společnosti jako symbol úspěšnosti a určité nadřazenosti. V mnoha situacích je fyzický vzhled upřednostňován nad povahou

člověka, charakterem, inteligencí a dalšími vlastnostmi a schopnostmi člověka, které jsou ukryté uvnitř těla a nejsou znatelné na první pohled pouhým okem. Je zcela zřejmé, že internet, televize, časopisy a masmédiá jsou rychlým zprostředkovatelem takovýchto ideálů. I potravinářský průmysl se postupně musel přizpůsobit, a nabízí dnes velmi pestrou a širokou škálu produktů s popisem „light“, „bez tuku“, „bez cukru“ apod. Nemluvě o doplňcích stravy a různých pomocnících, kteří nám usnadní snižování tělesné váhy, omezí chuť k jídlu, zrychlí náš metabolismus a dodají tělu energii, kterou by při omezeném energetickém příjmu mohlo postrádat.

Z toho pohledu nemá na vznik poruch příjmu potravy vliv pouze kulturní a sociální prostředí, média a význam stravování. Roli také hraje životní styl jedince, sociální komunikace a vazby, míra sebedůvěry, sebevědomí, psychický a duševní stav, způsob trávení volného času a spoustu dalších faktorů. Tyto faktory se stejně jako poruchy příjmu potravy postupně v průběhu času vyvíjejí a transformují, doba jde stále dopředu a nemění jen lidi a věci kolem nás, ale mění i například vlivy, které se podílejí na vznik různých onemocnění, ať už psychických či fyzických. Proto je důležité vývoj doby sledovat, zaznamenávat a dokázat aktuálně reagovat na vlivy jeho vývoje. Z pohledu poruch příjmu potravy se faktory pro vznik těchto onemocnění spíše početně rozrostly, než by se úplně změnily, ale je důležité brát je všechny na vědomí a počítat s jejich možným budoucím nárůstem.

Zásadní je, si také uvědomit, že v různých kulturách a místech na planetě Zemi znamená jídlo, potrava, hladovění a nadváha něco zcela jiného. Například v zemích, kde hladovění není dobrovolnou volbou člověka, ale spíše nepříjemným důsledkem životních podmínek, není nadváha brána jako estetická vada a tím pádem je velmi nepravděpodobný až zanedbatelně možný vznik poruch příjmu potravy. Samozřejmě tito jedinci ve většině případů trpí znatelnou podvýživou, která má často za důsledek smrt či velmi vážné zdravotní komplikace. Avšak ne vinou poruch příjmu potravy, ale závažným nedostatkem zdrojů potravy a možností potravu zajistit. Je jasné, že hlavním zájmem těchto lidí je potravu vyhledávat a zajistit tak přežití sebe i rodiny. Tím pádem nevzniká žádný prostor ani důvod na myšlenku hubnutí či snižování tělesné váhy jako předpokladu pro vznik poruch příjmu potravy.

1.3.2 Biologické faktory

Ženské pohlaví je bráno jako jeden z nejzákladnějších a největších rizikových faktorů pro vznik a rozvoj poruchy příjmu potravy. Stačí být ženou a riziko vzniku poruchy příjmu potravy je desetkrát vyšší (Krch, 2005; Marádová, 2007). Tělesný vzhled a jeho vnímání hraje významnější roli v životě ženy než muže. I když je pravdou, že postupem doby i muži začali výrazněji zkoumat svoje tělesné proporce, svůj vzhled a fyzickou atraktivitu těla. Vývojem odvětví kulturistiky a fitness se setkáváme čím dál častěji s případy chlapců a mužů, kteří se stávají pacienti s diagnózou poruchy příjmu potravy, v jejich případě převážně bigorexií. Stále ale ženy, co se týče v počtu výskytu poruch příjmu potravy u pohlaví, vedou. Zásadním důvodem pro tuto skutečnost je i to, že poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji v období adolescence a dospívání, kdy se právě ženské či dívčí tělo mění mnohem výrazněji než chlapecké. U chlapců v období dospívání zaznamenáváme také velké změny ve fyziologických proporcích, ale spíše by se dalo mluvit o určitém zmužnění, zmohtnutí, výškovém nárůstu a nárůstu svalové hmoty. U dívek se převážně jedná o rozšíření pánve, boků, stehen a přibývání tukové tkáně. To může být prvotním signálem pro vznik poruch příjmu potravy, protože takováto transformace těla v poměrně krátkém časovém úseku může u dívek vyvolat deprese, frustrace a nespokojenost se svým vzhledem. Nespokojenost se svým tělesným vzhledem se obecně vyskytuje převážně u dospívajících dívek, důvodem může být právě zvýšení tělesné hmotnosti a změny v proporcích těla, ale také zvýšený zájem o symbol ženskosti a krásy. V tomto období se také prvotně u dívek objevuje experimentování s redukčními dietami a omezováním energetického příjmu, což zvyšuje vznik poruchy příjmu potravy až osmkrát. Dívkám, které výrazně hubnou či omezují příjem potravy v období vývoje a dospívání, hrozí zpomalení nebo zastavení tělesného růstu, projevů sekundárních pohlavních znaků a oddálení nástupu menstruace (Krch, 2005).

Důležitou roli v období dospívání hraje také objevování sexuální touhy, sexuální potřeby, atraktivnosti opačného (v některých případech stejného) pohlaví. Zvýšený zájem o sexualitu v období dospívání je zcela přirozený a nepostradatelný. Avšak někteří jedinci při nenaplnění svých sexuálních potřeb či tuh mohou trpět frustrací, a při hledání příčin neúspěchů v této oblasti se často právě zaměří na svůj vzhled a atraktivitu. Tato skutečnost může mít opět za následek velmi rychlý vznik poruchy příjmu potravy.

„Dospívání je také především období, kdy si vytváříme názory, postoje, hodnoty a vlastní identitu. Výrazně vzrůstá uvědomování si sama sebe, své důležitosti a podstaty,

dívky bývají v tomto věku oproti chlapcům méně vnitřně jistější, mají nižší úctu k vlastnímu tělu, nižší sebevědomí, zvýšenou sebekritiku a také sklon k poruchám příjmu potravy (Krch, 1999).“ (Romančenkova, 2015, s. 12).

1.3.3 Individuální faktory

Každý jedinec má sám o sobě jiné předpoklady pro vznik poruchy příjmu potravy. Vše se odvíjí od toho, v jaké rodině vyrůstá, v jakém prostředí se pohybuje a jaké nároky on sám na sebe klade. Mnohdy se uvádí, že lidé cílevědomější, inteligentnější, pracovitější a úspěšnější podléhají poruchám příjmu potravy více. Vyplývá to z vlastností a charakteru člověka, kdy na sebe takový jedinec klade mnohem větší nároky, než by měl. Chce být úspěšný, krásný, mladý, vzdělaný, finančně zajištěný a nezávislý. Lidé často tlačí sami sebe, sami na sebe vyvolávají nátlak a většinou se cítí nejistě a zmateně. Dnešní doba tomu moc neprospívá, vývoj jde velmi dopředu, a aniž si to uvědomujeme, musíme se i my měnit, přizpůsobovat, zdokonalovat a vzdělávat se více než dříve.

1.3.4 Rodinné a genetické faktory

Samotný výskyt poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie, v rodině je pro jedince významným rizikovým faktorem (Krch, 1999). Často se setkáváme se skutečností, že matka trpěla v minulosti nebo trpí v současnosti poruchou příjmu potravy a vyskytne se tento problém u jejích dětí, nejčastěji dcery. Je to dáno skutečností, že matka nesporně ovlivňuje stravovací návyky a vztah k jídlu svých dětí a celé rodiny. Důležitými faktory jsou také vztahy mezi členy rodiny, způsob chování a stravování v rodině. Rodiny, ve kterých se objevují poruchy příjmu potravy, mají své charakteristické rysy. Jedná se především o neschopnost řešit konflikty, absenci citů a emocí, uzavřenost a nepřizpůsobivost členů rodiny (Dvořáková, 2012, s. 30–31). Samozřejmě, že vše závisí i na samotné výchově dětí. Je třeba dětem utvářet zdravý postoj k jídlu, k jídelním návykům, k vaření a nutričnímu chování. Zcela zásadní je postoj matky, která má k dětem často mnohem silnější pouto než otec. Nevhodné je také užívat jídlo jako způsob odměny či trestu. Velice oblíbené bylo dříve u rodičů nutit své děti dojídat veškeré jídlo, od čehož se postupně našťestí upouští. Dnes už víme, že tento druh chování může způsobovat různé problémy, ať už poruchy příjmu potravy, tak obezitu a zdravotní problémy. Jídlo by pro dítě mělo být něčím příjemným, naplňujícím, mělo by se na jídlo těšit, především na společné rodinné jídlo, čímž bývají často večeře nebo víkendové obědy. Nedoporučuje se

u společné konzumace jídla řešit nějaké zásadní věci, už vůbec ne problémy v rodině nebo mezi rodiči.

Je třeba také zmínit vliv genetiky a dědičnosti na vznik poruch příjmu potravy. Je vědecky prokázáno, že obezita je dědičná. Riziko obezity u dítěte nebo dospívajícího v něm může vyvolat strach z tloustnutí, především pokud vidí nadváhu a obezitu u svých rodičů a členů rodiny, což následně může odstartovat poruchu příjmu potravy (Dvořáková, 2012, s. 31).

1.3.5 Životní a traumatické události

Životní situace, různé negativní události a traumatické záležitosti jsou brány jako zásadní rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy. Mohou poruchu příjmu potravy spustit, vyvolat nebo se na jejím vzniku alespoň částečně podílet. Většinou se jedná o sexuální a jiné konflikty, zásadní životní změny, životní neúspěchy či konflikty v rodině (Krch, 1999). Druh události, jako milníku pro vznik poruchy příjmu potravy, se liší podle věku a pohlaví, ale uvádí se, že až u 70 % případů se jedná právě o různé životní situace a události, které zapříčiní jejich vznik. U dětí, dospívajících a adolescentů se může jednat například o rozvod rodičů, nového partnera rodiče, úmrtí v rodině, negativní vztahové a sexuální zážitky, pohlavní zneužívání, negativní komentáře okolí na vlastní vzhled, odmítnutí vrstevníky, rozchod s partnerem, problémy s učivem, problémy ve škole apod. U dospělých jedinců to bývá ztráta zaměstnání, nemožnost nalézt zaměstnání, rozchod či rozvod s partnerem, problémy v sexuálním životě, finanční problémy, smrt blízké osoby a smrt v rodině, sexuální násilí, potrat a další. Vyjmenovali jsme si v zásadě negativní životní události, které mohou vyvolat vznik poruchy příjmu potravy, avšak může se jednat také o pozitivní událost či zážitek, například svatba, nový partner, těhotenství atd.

1.3.6 Další rizikové faktory

Za vznikem poruchy příjmu potravy mohou stát i různé emocionální a psychické výkyvy, emocionální nestabilita, určité rysy osobnosti, perfekcionismus, deprese a úzkostné stavy. Spouštěčem může být také v minulosti prodělané nebo v současnosti prodělané závažné onemocnění. Často se také setkáváme se spojitostí poruch příjmu potravy a užívání psychotropních a návykových látek. S postupem doby rizikových faktorů stále přibývá, stejně jako samotných poruch příjmu potravy. Důležité je zmínit i dívky, ženy, chlapce a muže pracující v odvětví modelingu a fotomodelingu. Ti jsou zcela jistě

velmi rizikovou skupinou pro vznik různých poruch příjmu potravy, a také se u nich tyto poruchy objevují velice často. Jedná se především o to, že modeling je jejich obživou, zájmem, koníčkem a možností seberealizace. Takže tito lidé jsou tlačeni k dokonalé postavě a tvarům jak vlivem z okolí, tak sami sebou.

1.4 BMI index

V souvislosti s poruchami příjmu potravy je také důležité zmínit BMI index, anglicky Body Mass Index, česky index tělesné hmotnosti. Většinou pacienti s mentální anorexií udržují svoji tělesnou hmotnost 15 % pod předpokládanou hmotností, anebo se jejich BMI pohybuje v hodnotách 17,5 a méně. Index tělesné hmotnosti slouží jako ukazatel či indikátor podváhy, normální tělesné váhy, nadváhy nebo obezity. Umožňuje tak veřejnosti a lidem statistické porovnání vlastní tělesné hmotnosti. Výpočet BMI indexu je jednoduchý, na internetu je také volně k dispozici mnoho různých kalkulaček pro jeho výpočet.

1.4.1 Výpočet hodnoty BMI indexu

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$$

Obr. 1. Body Mass Index – vzorec pro výpočet.

(BODY ZONE, 2015)

Hmotnost se uvádí v kilogramech, výška v metrech.

Příklad: Hmotnost 50 kg, výška 1,65 m. Výpočet: $50 / 1,65^2 = 18,3654729$.

1.4.2 Tabulka hodnot BMI indexu

BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená Zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita stupeň I.	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita stupeň II.	Vysoká
> 40	Obezita stupeň III.	Velmi vysoká

Obr. 2. Kategorie BMI a zdravotní rizika.

(Rehabilitace.info, 2013)

BMI index se považuje spíše za orientační ukazatel, protože odbornější přístup charakterizuje spojení více faktorů než jen váhy a výšky, jako například množství svalové hmoty, množství tuku, vody v těle a další.

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÝ PROBLÉM

V této kapitole budeme přistupovat k mentální anorexii jako k sociálně pedagogickému problému. Zaměříme se na její historii, příčiny vzniku, příznaky, následky a zdravotní komplikace. Budeme se věnovat i její diagnostice, specifickým typům mentální anorexie, možnostem léčby a prevenci relapsu (návratu) tohoto onemocnění.

2.1 Historie mentální anorexie

Už ve 14. století existuje zmínka o Sv. Kateřině, která zemřela dobrovolně hladem. Sv. Kateřina se starala o ženu s nádorem prsu, ale po určité době se jí pach odumírající tkáně začal znechucovat. Aby tuto nechuť překonala, setřela hnis z odumírající tkáně a vypila ho. Té noci se jí zjevil Kristus a pravil jí, aby pila krev z jeho ran jako útěchu pro její žaludek. Sv. Kateřina tento výrok pochopila tak, že už tedy nemusí jíst do konce svého života. Přežívala jen o chlebu, vodě a zelenině. Když snědla více jídla, zajídala ho kořínky, které následně vyvolaly zvracení. Díky těmto událostem věřila, že dostala jakousi milost boží, a proto si ji králové, královny a papežové zvali, aby jim radila. V té době se takovým dívkám přezdívalo „zázračné panny“ a dostávalo se jim celonárodní pozornosti (Krch, 2005, s. 28; Doležalová, 2014, s. 7).

V roce 1694 britský lékař Richard Morton poprvé definoval mentální anorexii a později v roce 1874 byla Williamem Gullem mentální anorexie identifikována a diagnosticky vymezena (Romančenkova, 2015, s. 2). Na konci 19. století rozšířil francouzský fyziolog Fleury Imbert teorii, že existují dva různé druhy mentální anorexie, gastrická a nervová. Podle něj byla gastrická anorexie spíše poruchou trávení, která nebyla spuštěna úmyslně člověkem. Nervovou anorexii popisoval jako snahu jedince podmíněně potlačit své myšlenky k jídlu. Ve Francii se tak stal pojem mentální anorexie naprosto běžně užívaným spojením (Krch, 2005, s. 28–29; Čiháková, 2016, s. 27). Mentální anorexie byla považována za duševní poruchu až do doby, kdy hamburský patolog Morris Simmonds roku 1914 objevil u některých pacientů s anorexií léze v podvěsku mozkovém. Z toho důvodu začalo být toto onemocnění spojováno právě s ním a často se jí říkalo „Simmondsova choroba“. Ve 40. letech byla ale tato hypotéza striktně odmítnuta a na mentální anorexii se začalo znovu nahlížet jako na duševní poruchu. Na počátku 20. století vzrostl výrazně počet onemocnění ve středních a vyšších středních třídách západní Evropy,

což zaznamenalo neskutečný obrat a vše vyvrcholilo otisknutím módního časopisu Vogue v roce 1967, kde byla na obálce tohoto časopisu modelka Twiggy. Ta při svých 170 cm vážila pouhých 41 kg, přesto se stala módní ikonou a vzorem pro nespočet žen po celém světě (Romančenková, 2015, s. 2–3).

Postupně začala vznikat specializovaná střediska na léčbu mentální anorexie a poruch příjmu potravy, psychologové výrazně varovali, že pacientů s onemocněním mentální anorexie vysoce narůstá.

2.2 Příčiny vzniku mentální anorexie

„Byla jsem normální, hezká, inteligentní dívka; nikdy jsem nebyla tlustá. Co se stalo, že jsem nakonec skončila jako nemohoucí, vychrtlá troska, která se ze všeho nejvíce bojí rohlíku se šunkou?“ (výpověď informantky, in Krch, 2010; Slavičková, 2011; Romančenková, 2015, s. 10).

Pro vznik mentální anorexie je podle mnoha autorů potřeba kombinace různých vlivů a rizikových faktorů. Pro vznik mentální anorexie platí stejné rizikové faktory jako pro vznik jiných poruch příjmu potravy.

„Až dvě třetiny anorektiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádí různé narážky týkající se tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině. Podle některých odborníků je však objektivita těchto údajů sporná a vyjadřuje spíše osobní názor nemocného a jeho rodiny na to, co mohlo sehrát roli při rozvoji poruchy. Současně je velmi obtížné rozlišit, zda zjištěné charakteristiky jsou příčinou, nebo důsledkem poruchy“ (Krch, 2010; Slavičková, 2011; Romančenková, 2015, s. 10).

2.3 Příznaky mentální anorexie

Pro mentální anorexii a celkově pro poruchy příjmu potravy jsou typické jisté příznaky. U mentální anorexie se jedná o konzumaci velmi malých porcí jídla, nebo žádnou konzumaci jídla, neustálé pozorování se, srovnávání své postavy s ostatními, kontrola hmotnosti a tělesných mír, izolace od společnosti a zvýšená pohybová aktivita. Pacient s mentální anorexií je až posedlý touhou po hubnutí, a to i v případech, že má silnou podváhu a podvýživu.

Důležitým impulzem pro zpozorování začínající anorexie bývá prvotně změna jídelníčku. Tato někdy i nepatrná změna může působit na okolí a rodinu spíše pozitivně, než patologicky. Ale při jakémkoli omezování se v příjmu potravy a různých dietách se výrazně zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Taková změna jídelníčku se může zvrtnout velmi rychle. Nejprve jedinec vyřazuje jídla energeticky vydatná nebo nezdravá, převážně tučná a sladká, pokračuje pečivem, masem, přílohami a tak dále. Postupně se jídelníček tohoto jedince zúží natolik, že nejí skoro nic. Nemocný si také nenechá nachystat jídlo od někoho jiného, velmi často se bojí i chodit do restaurací a jídelen, protože si není jist složením a energetickou hodnotou jídla. Takže si vaří a připravuje jídlo pouze sám, aby věděl, co přesně konzumuje (Krch, 2010, s. 29). Typická je i změna stravovacího režimu. Jedinec najednou nemá na jídlo čas, je mu často špatně, cítí se nafouklý, stále někam spěchá, vymlouvá se, že zrovna jedl nebo že v jistou denní dobu není zvyklý jíst (po ránu atd.). Hledá prostě jakoukoli záminku, aby nemusel jíst. Pokud jí, konzumuje jídlo velmi pomalu, talíř s jídlem si prohlíží a kontroluje, co vůbec snědl.

Setkáváme se, a ne výjimečně, s nemocnými, kteří dokonce začali v průběhu onemocnění kouřit, aby zahnali chuť na jídlo, a také z důvodu, že kouření může způsobovat hubnutí. A to se dříve jednalo o zarputilé nekuřáky. Někdy pijí hodně kávy, kvůli urychlení metabolismu a dodání energie. Jedná se o různé výrazné změny chování, kdy je důležité zpozornět. Běžně se také vyhýbají sociálnímu kontaktu a společnosti, izolují se. Mají neustálou potřebu se hýbat, vyvolávat fyzickou aktivitu a nedokáží relaxovat a uvolnit se. Dovedou ujít pěšky dlouhé vzdálenosti, které by například pro běžného jedince byly nemyslitelné. Některé anorektičky uvádějí, že chodí celý den, jen aby spálily co nejvíce tuku a kalorií (Doležalová, 2014, s. 24).

Nepřehlédnutelným znakem je neustálé kontrolování postavy a hmotnosti. Nemocný se váží i několikrát denně. Často má za cíl takovou váhu, která je myslitelná jen u dětí (například 35 kg). Běžně se srovnává s ostatními, většinou si přijde silnější než všichni ostatní, i když to není pravda. Můžeme se setkat s osobami, které nosí velmi obtažené oblečení, aby na svoji štíhlost (vyhublost) upozorňovali, nebo naopak s osobami, které nosí volné a nenápadné oblečení, aby svoji postavu co nejvíce zakryli.

2.4 Následky a zdravotní komplikace mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění, které s sebou nese velmi závažná zdravotní rizika a komplikace. To víceméně platí u všech poruch potravy, samozřejmě záleží, v jaké fázi onemocnění se jedinec nachází a jak závažné jeho onemocnění je. Když si ale nemocný opravdu sám uvědomí, že má zdravotní problém, který je třeba řešit, a chce jej řešit, bývá většinou onemocnění velmi rozsáhlé a už jsou zřetelné jeho následky. U všech poruch příjmu potravy je vždy rizikem úmrtí.

Téměř u 90–95 % pacientů se setkáváme s kardiovaskulárními potížemi, jako jsou sinusová bradykardie (snížení tepové frekvence pod 60 tepů za minutu), hypotenze pod 90/60 mm Hg, která vede k závratím a ztrátám vědomí, srdeční arytmie a další (Krch, 2005, s. 94). Mezi kardiovaskulární komplikace můžeme zařadit také snížení tepového objemu, snížení venózního tlaku, kardiomyopatie, změny EKG, poruchy funkce mitrální chlopně levé komory a zhoršení funkčnosti a výkonnosti srdečního svalu (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 161). V závažných případech může dojít až k srdeční zástavě a srdečním arytmiím, které mohou způsobit náhlé úmrtí (Krch, 2005, s. 94).

Mezi komplikace gastrointestinálního traktu (trávicí soustavy) řadíme pocity přesycenosti, bolesti břicha, nadýmání, vznik žaludečních vředů, nekrózu žaludeční sliznice, dilataci žaludku, perforaci jícnu, poruchy mobility střev, zácpu, nedostatečnou funkci slinivky břišní, zvýšený výskyt zánětů jaterní tkáně, jaterní steatózu (nahromadění tukových kapének v jaterních buňkách) a poškození funkce jater (Papežová, 2010, s. 231; Doležalová, 2014, s. 26).

U pacientek, které odmítají jíst mléčné výrobky, se objevují případy osteomalacie (onemocnění kostí způsobené nedostatkem vitamínu D), ale u mentální anorexie je mnohem častějším problémem osteoporóza, která vzniká během prvních dvou let průběhu onemocnění. Dalším následkem bývá snížená minerální denzita kostí, která se objevuje jak u mentální anorexie tak bulimie. Obvyklé jsou také časté zlomeniny kostí, které jsou způsobené nízkou kostní denzitou a nadměrným cvičením či fyzickou aktivitou.

U mentální anorexie se také mnohdy vyskytuje pokles síly dýchacích svalů a následné respirační selhání, což je způsobené deficitem elektrolytů a sníženou obranyschopností vůči infekcím (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 161). Pokud nemocný zvrací, může dojít k vdechnutí zvratků a aspirační bronchopneumonii (zánět způsobený vdechnutím žaludečního obsahu). Velmi závažnou komplikací je v tomto

případě i ruptura jícnu (poškození jícnu). Při častém a úporném zvracení může také docházet k hypochloremii (ztráta žaludeční kyseliny chlorovodíkové) a alkalóze (nadbytek kyselin a alkalických látek v krvi), (Doležalová, 2014, s. 27).

Hana Papežová (2010, s. 276) také uvádí, že pacienti s poruchou příjmu potravy často trpí řadou ledvinových onemocnění a postižení. Nejčastěji jde o metabolické odchylky ve funkci ledvin, dehydrataci, sníženou hladinu draslíku, chlóru a sodíku, a močové kameny (Krch, 2005, s. 100). Mezi závažné komplikace patří amenorea – ztráta menstruace. Ta se objevuje u pacientek se ztrátou vyšší než 15 % optimální tělesné hmotnosti. Ztráta menstruace je vážným varovným signálem, že je opravdu s tělem něco špatně. Velmi zásadní je menstruace pro reprodukční schopnost člověka, a i při vyléčení pacientky z poruchy příjmu potravy se setkáváme s problémem, že její menstruace není zcela pravidelná a má určité odchylky od běžných norem. Následkem u takovýchto dívek může být až neplodnost, neschopnost otěhotnět, ale také vyšší potratovost a neschopnost donosit zdravý plod.

U anorektických pacientů pozorujeme téměř vždy výrazný úbytek vlasů, ztenčení kůže, třepící se a lámavé nehty, a různé hematomy na kůži. Dochází také k neobvyklému zabarvení kůže do zelené, oranžové nebo žluté barvy, které je způsobeno nadměrnou konzumací určitých druhů zeleniny při jednostranné výživě (Navrátilová, Česková, Sobotka, 2000, s. 160–161).

František David Krch (2003) zmiňuje jako zdravotní následky nedostatečné výživy zvýšenou citlivost na chlad, celkovou únavu, svalovou slabost, spavost, poruchy spánku, zažloutlou a praskající pleť, nadměrný růst ochlupení po celém těle, řídké, suché a lámající se vlasy, nadměrnou kazivost zubů, zpomalenou funkci střev, zácpu, nepravidelnou menstruaci, srdeční obtíže, oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý puls, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, poškozená játra, otoky, odvápnění kostí, slabý močový měchýř, pocity nevolnosti, oslabení obranyschopnosti organismu, zpomalený růst a opožděnou pubertu (Slavíčková, 2011; Laššanová, 2013; Romančenkova, 2015, s. 17).

Samozřejmě nemůžeme zmiňovat jen zdravotní následky mentální anorexie, ale je třeba také hovořit o psychických a společenských důsledcích, které mají dopad na jedince, jeho vztah s rodinou a lidmi, na sexuální život a partnerské vztahy. Dopadem mentální anorexie na sexuální život jedince se podrobněji zabýváme ve výzkumné části této práce.

Podle Františka Davida Krcha (2002) je psychických a společenských následků mentální anorexie mnoho, jako například nálada nadměrně závislá na tělesné váze a stupni sebekontroly, pocity nejistoty a úzkostných prožitků, potřeba úzkostné sebekontroly, neustálé zabývání se jídlem, neorientování se ve svých vnitřních pocitech, zhoršení koncentrace pozornosti, zhoršení intelektové výkonnosti, závislost nemocného na okolí a snížení zájmu o okolí a sexuální život (Krch, 2002; Laššanová, 2013; Romančenkova, 2015, s. 18).

2.5 Diagnostika mentální anorexie

MKN-10 (1992) označuje mentální anorexii kódem F 50.0 a pro stanovení diagnózy mentální anorexie vymezuje přítomnost všech těchto příznaků a projevů (Laššanová, 2013; Romančenkova, 2015, s. 18–19):

- Tělesná hmotnost je dlouhodobě udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň běžné hmotnosti, BMI se pohybuje v hodnotách 17,5 a níže, nebo prepubertální jedinci nespĺňují během růstu očekávaný přírůstek.
- Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám, a to takovým způsobem, že se vyhýbá přijímání potravy za účelem snížení tělesné hmotnosti. Může docházet i k vyprovokovanému zvracení, defekaci, užívání anorektik, diuretik a k nadměrnému cvičení.
- U nemocného přetrvává strach z tloušťky a tloustnutí, zkreslená představa o svém vlastním vzhledu, jedinec si stanovuje velmi nízký hmotnostní práh.
- Endokrinní porucha, která se u žen se projevuje jako amenorea (ztráta menstruace) a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou jsou ženy, které užívají hormonální preparáty, jako například antikoncepční pilulky. U nich a ve výjimečných případech přetrvává děložní krvácení. Často se také vyskytuje zvýšená hladina růstového hormonu, kortizolu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Opoždění, až zástava růstu, nevyvíjí se sekundární pohlavní znaky. Tyto odchylky se po terapii postupně vracejí k normálnímu stavu a puberta je následně dokončena, ale u dívek zůstává opožděna první menstruace (menarché).

2.6 Specifické typy mentální anorexie

Již jsme mluvili o tom, že různé poruchy příjmu potravy se mohou vyskytovat u jednoho pacienta. S tím souvisí i fakt, že rozlišujeme dva typy mentální anorexie. Nebulimický (restriktivní) typ, kdy nedochází k záchvatům přejídání, jedinec pouze dlouhodobě hladoví nebo snižuje svůj příjem potravy na možné minimum, trpí nechutenstvím a odporem k jídlu. Bulimický (purgativní) typ, kdy nemocný má v jídlu zálibu, neustále na něj myslí a často dochází k záchvatům přejídání a následnému kompenzování pomocí vyvolaného zvracení nebo projímavých preparátů.

2.7 Léčba mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy se podaří velmi zřídka vyléčit hned napoprvé, v některých případech vůbec. Cesta k úplnému vyléčení je velmi dlouhá, komplikovaná, namáhavá a nestabilní (Papežová, 2003). Obtíže spojené s poruchou příjmu potravy nelze odstranit ihned a ani za krátký čas, jejich léčba vyžaduje vynaložení značného úsilí, a to především proto, že se jedná o silně návykové chování (Hall, Cohn, 2003; Dvořáková, 2012, s. 32).

Poruchy příjmu potravy nejsou v dnešní době ničím novým ani neočekávaným, naopak je zaznamenán a očekáván jejich nárůst, a tak existuje mnoho léčebných a terapeutických možností a postupů. Jelikož počet pacientů stále stoupá, vznikají postupně také různé svépomocné skupiny jedinců, kteří se odborností a výsledky často přibližují odborníkům a lékařům. Spousta pacientů totiž dává větší důvěru osobám, které mají stejnou životní zkušenosti, jako oni sami. Objevují se i nové formy terapie, které mají základ v radikálním feministickém hnutí a bojují proti kultu štíhlosti (Čiháková, 2016, s. 30).

Terapie a léčba by měla být zaměřena na psychickou i tělesnou stránku pacienta, aby se vyřešily všechny důvody a následky poruchy. U těžších případů, kdy porucha jedince výrazně ohrožuje na životě a není schopen racionálně uvažovat, je třeba pacienta k léčbě donutit. Ne vždy je tato léčba ale úspěšná a hrozí bezprostřední relaps či vzdor pacienta. Při volbě vhodného typu a postupu léčby je třeba nejprve zjistit, zda je pacient v tak vážném stavu, aby jeho léčba byla zahájena hospitalizací v nemocnici. To se týká především případů, kdy pacient není schopný spolupracovat. Doporučuje se spíše krátkodobý pobyt v nemocnici a následná psychoterapie na bázi pravidelné docházky.

2.7.1 Hospitalizace

Hospitalizace není sama o sobě způsobem léčby poruch příjmu potravy jako taková. Je nutná z důvodu stabilizace pacienta a také k jasné diagnostice poruchy. Přesto se jedná o zcela zásadní krok v celém procesu léčby a uzdravení, protože nemocný se velmi často brání lékařskému vyšetření a není schopen si svůj problém uvědomit, natož ho přiznat sobě i okolí. Hospitalizace v nemocnici je především nutná u pacientů s rozsáhlou a hlubokou poruchou příjmu potravy, kdy dochází ke ztrátě sebekontroly, a porucha ohrožuje život pacienta.

Jak už bylo řečeno, hospitalizace převážně slouží ke stabilizaci problému, zde hovoříme především o návratu k optimální tělesné hmotnosti, zamezení dalšího hubnutí, zamezení záchvatovitého přejídání a užívání látek s projímavými účinky, vyhodnocení a začátku léčby závažného zdravotního problému atd. (Čiháková, 2016, s. 30). Možný je také částečný pobyt v nemocnici, neboli ambulantní hospitalizace, kdy pacient netráví v nemocnici noc, ale pracuje se při terapii se stejnými postupy a technikami. Avšak u pacientů extrémně podvyživených, bezprostředně ohrožujících svůj život a neúspěšných u ambulantní péče, je nutná úplná hospitalizace (Krch, 2005, s. 125–126).

2.7.2 Ambulantní lékařská péče

Tento typ léčby nemá za cíl vyloženě překonat poruchu příjmu potravy, ale snaží se navrátit pacienta do tělesné a psychické pohody a stability. Ambulantní lékařská péče se doporučuje v chronických případech a u nepoddajných pacientů, kteří už v minulosti jistou terapii podstoupili, ale tyto postupy nebyly dosud úspěšné. Tento typ terapie se provádí individuálně nebo ve skupině, a to vždy pod lékařským dozorem.

2.7.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

Jako u každého onemocnění, tak i u poruch příjmu potravy neexistují jen vážné těžší případy pacientů. Je třeba společnost seznámit i s případy lehčími, pozitivnějšími a perspektivnějšími pro uzdravení pacienta. Jsou i případy, kdy je u pacienta diagnostikována mentální anorexie nebo porucha příjmu potravy, ale díky menší závažnosti případu můžeme poměrně snadno dosáhnout nápravy, zlepšení zdravotního stavu a uzdravení. Právě díky menší závažnosti je pacient schopný racionálně uvažovat a spolupracovat jak s odborníky, tak s rodinou. Je prokázáno, že svépomoc je v těchto případech pro pacienta velmi důležitým mezníkem pro uvědomění si a překonání

problému. U pacientů, kdy porucha příjmu nebyla natolik závažná, aby ohrožovala významně jeho zdraví nebo život, bylo prokázáno, že léčba svépomocí nebo za pomoci rodiny bývá v mnoha případech úspěšná a bez relapsu. Setkáváme se i s případy, kdy nemocný ani jeho rodina nevyhledají odbornou ani lékařskou pomoc, a přesto se podaří pacienta vyléčit. Jsou to ale ojedinělé případy a rodinní účastníci, ani nemocný by s tímto řešením neměli počítat jako s nejlepší volbou, přičemž je jasné, že se nabízí jako nejjednodušší.

2.7.4 Rodinná terapie

Rodina a spolupráce s rodinou hraje v procesu terapie velmi zásadní a důležitou roli, protože rodinné prostředí je primárním prostředím pro každého jedince. Protože se věková hranice pro rozvoj poruch příjmu potravy pohybuje poměrně nízko (dvanáct až devatenáct let), spolupráce s rodinou je tady chápána jako spolupráce s rodiči (případně zákonnými zástupci) a také sourozenci. Pokud pacient onemocní v dospělosti, je třeba do terapie zapojit především nově vzniklou rodinu, jako je manžel nebo manželka a děti. Terapeuti i lékaři se shodují, že rodinné prostředí může mít za následek vznik poruchy příjmu potravy, například nefunkční vztahy v rodině, rodinné a partnerské konflikty, přehnaná láska a kontrola nebo zanedbanost a absence citů. Rodina, která je v přímém kontaktu s pacientem a žije s ním v jedné domácnosti, by se měla terapie určitě zúčastnit. Na rodinu může terapie působit i jako uvědomění si určitých problémů a konfliktů mezi členy rodiny, jejich vlastního chování, a také může pomoci nahlížet na poruchu příjmu potravy z trochu jiného pohledu. Zásadní je i to, že se členové rodiny naučí správně jednat a zacházet s nemocným, a to tak, aby mu pomáhali se uzdravovat. Rodinná terapie tedy proces uzdravování a uzdravení může učinit efektivnějším (Krch, 2005, s. 127–128).

2.7.5 Kognitivně-behaviorální terapie

Jedním z nejběžnějších typů léčby v oblasti mentální bulimie je kognitivně-behaviorální terapie, která si našla svoji teoretickou cestu i k pacientům s mentální anorexií. Tato terapie je vhodná pro pacienty, kteří nejsou schopni v současné době podstoupit rodinnou terapii anebo trpí závažnější formou onemocnění. Princip terapie spočívá v tom, že se mění nesprávné a narušené myšlenky, představy a chování pacienta. Za vznikem kognitivně-behaviorální terapie stojí psychoterapeut Christopher Fairburn, který se na konci 20. století zaměřoval především na léčbu mentální bulimie. Podle něj je

třeba dodržovat striktní pravidla terapie, jako jsou vedení záznamů o jídle a záchvatech přejídání, pravidelné vážení, změna jídelních návyků, změna navyklých chyb v myšlení, a prevence relapsu. Specialisté a lékaři zatím vnímají tuto formu terapie pro léčbu mentální anorexie spíše jako teoretickou, protože současné studie zatím nevykazují úplně uspokojivé výsledky.

2.7.6 Interpersonální terapie

Tato léčebná terapie nejprve sloužila k léčbě poruch příjmu potravy, a to převážně mentální bulimie a záchvatového přejídání. Objevily se ale jisté okolnosti, které potvrdily účinnost této terapie pouze jen na některé důsledky poruch, především deprese a úzkosti, které jsou ale pouhým zlomkem celého problému. Proto je dnes využívána jako podpůrná metoda při použití dalších metod terapie poruch příjmu potravy. Interpersonální terapie a její léčebný postup má tři etapy. V první etapě dochází k identifikaci problémů, které vedly k rozvoji poruchy a jejímu udržování. V druhé etapě se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto problémech. A třetí fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie (Krch, 2005, s. 129; Čiháková, 2016, s. 34).

2.7.7 Farmakoterapie

Farmakoterapie se uplatňuje častěji v léčbě mentální bulimie. Při této terapii jsou podávány některá antidepresiva a antipsychotika, ale podávání léků by nemělo být hlavním pilířem této léčby z důvodu rizika předávkování, vedlejších účinků nebo rizika relapsu po ukončení podávání léků. Nejčastěji podávaným antidepresivem je fluoxetin, který má u pacientek s mentální anorexií a bulimií pozitivní vliv na udržení momentální hmotnosti a zmírnění některých těžkých příznaků poruchy. Fluoxetin se také osvědčil jako lék na prevenci relapsu poruch, zvládání stresu, deprese, úzkostí a dalších symptomů (Krch, 2005, s. 130–131).

2.8 Prevence relapsu mentální anorexie

Relapsem označujeme znovuobjevení známek a příznaků poruchy příjmu potravy, které se objeví u jedince, který prodělal terapii nebo léčbu a byl považován za uzdraveného. Pokud chceme pacienta s poruchou příjmu potravy označit uzdraveným, musí splňovat určité podmínky, mezi které řadíme obnovení fyzické, duševní a emocionální pohody, osvojení si nových stravovacích návyků, stabilizace tělesné

hmotnosti a zlepšení celkového zdravotního stavu. Znovuobjevení známek či příznaků poruchy příjmu poruchy nemusí hned znamenat přímý návrat této poruchy. Mírný relaps je také považován za určitý druh výzvy pro pacienta, protože je to přirozená fáze na cestě k úplnému uzdravení. Samotnou prevencí relapsu můžeme brát pravidelný stravovací režim, vhodný fyzický pohyb, přibírání na váze, zvládání stresu a náročných situací, pozitivní pohled na své tělo, trpělivost a kontakt s blízkými a rodinou.

3 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sex, sexualita, sexuální život, v různých kulturách lidské společnosti je fascinace touto problematikou více než patrná. Věnují se jí psychologové, antropologové, sexuologové, historikové a sociologové na celém světě. Hovoříme o ní s přáteli, rodinou, s dětmi, slyšíme o ní v médiích, na veřejnosti i ve školách. Sexualita je součástí našeho života a je pro naši společnost velmi důležitá. Sexualitu chápeme jako souhrn biologických, sociálních, kulturních a psychologických aspektů, které se navzájem prolínají a jsou spojeny s reprodukcí (Bednárová, 2013, s. 4).

3.1 Přírodní versus kulturní sexualita

Lidská sexualita je a byla předmětem mnoha věd, a to především proto, že spadá výlučně do oblasti biologických pudů. Sexualita je přirozená záležitost, ale je ovlivněna společností a kulturou (Fafejta 2004, s. 8–9). Podle biologických teorií je naše sexuální chování způsobeno neměnnými biologickými nebo evolučními příčinami (Wiederman, 2005, s. 496; Knap, 2015, s. 7). Podle evoluční teorie McCormica máme všichni určité kvality geneticky zakódovány, a tedy i sexuální preference jsou plodem evolučních sil, které maximalizují vhodnost nebo reprodukční schopnosti potenciálního partnera. Zdraví a plodnost je především chápána z pohledu tělesného vzhledu a fyzické atraktivity. Tím se vysvětluje, proč muži preferují většinou mladé a krásné ženy. Ženy zase přirozeně dokáží ocenit finanční a majetkovou zajištěnost muže, která je zapotřebí pro založení rodiny a výchovu dětí (McCormic, 2010, s. 11; Knap, 2015, s. 7).

Stálým otazníkem je pro evolucionisty sexuální orientace. Podle Johna DeLamatera a Jeneta Hyda je z pohledu evolučních sil například bisexualita a homosexualita závažný problém, protože snižuje, až vylučuje možnost heterosexuálního páření (DeLamater a Hyde, 1998, s. 12). Toto tvrzení potvrzuje i Petr Weiss, protože podle něj by takové jedince přírodní selekce rychle vyřadila, jelikož by nebyli schopni ustát tlak přirozeného výběru (Weiss, 2011, s. 194). Vysvětlení pro homosexualitu našli například Dickeman a Weinrich, kteří tvrdili, že homosexuálové mohou pomáhat svým příbuzným při výchově dětí a rodiny, kdy touto péčí přispívají k reprodukci vlastního rodu. Homosexualita byla také dříve vysvětlována tím, že homosexuální muži mají nedostatek testosteronu a homosexuální ženy nedostatek estrogenu. Provedené studie ale tuto myšlenku vyvrátily (Gooren, 1990; Banks, 1998). Biologické teorie jsou založeny na předpokladu, že existují

dvě oddělené a odlišné sexuality, heterosexuální a homosexuální (DeLamater a Hyde, 1998, s. 13).

Podle některých autorů biologie neurčuje, kde, kdy a s kým bude mít člověk nějakou sexuální aktivitu (DeLamater a Hyde, 1998, s. 14). Tedy, že biologická podstata člověka dává předpoklady pro lidskou sexualitu, ale neudává způsoby sexuálního života. Naše pářící a sexuální preference jsou výsledkem socializace, toto propojení sexuality a společnosti ovlivňuje i funkce organismu (Weeks, 1991, s. 25). To, co společnost chápe jako sexualitu, je kulturně utvářeno dle definic toho, co je jako sexualita označeno. Sexualitu nemusíme chápat výlučně jako přírodní fenomén, ale jako produkt společenských a historických sil. Lidská sexualita získává svůj význam skrze kulturně historické momenty (Plummer, 2001, s. 132–133).

„Sexualita totiž není pára, kterou musíme držet v hrnci, aby nás nezničila, a není to ani životní síla, kterou musíme vypouštět, abychom zachránili naši civilizaci. Sexualita je něco, co společnost vytváří složitými cestami. To, co tedy známe jako sexualitu, je produktem mnoha vlivů a společenských vynálezů“ (Knap, 2015, s. 9–10).

Podle Johna Gagnona je sexualita historicky sociální produkt jako vše ostatní v našem životě. Je to určitý vztah, který je složen z našich zájmů, rozhodnutí a způsobem sloučení minulého s nynějším tak, aby odpovídal sociální realitě (Gagnon 1999, s. 125). Pokud bychom stále tápali a hledali jasnou odpověď na to, co reálně sexualita je, jasnou odpověď nám nabízí Ken Plummer: *„Nejvíce přetrvávající pravda o sexualitě je ta, že žádné trvalé pravdy o sexualitě doopravdy nejsou“* (Plummer, 2001, s. 133; Knap, 2015, s. 10).

Sheryl Kingsbergová (2000, s. 36) uvádí, že sexuální touha zahrnuje tři komponenty, a to biologický, kognitivní a emoční (interpersonální). Biologický komponent je prožíván jako spontánní a endogenní sexuální zájem, kognitivní je chápán z pohledu osobního očekávání, přesvědčení a hodnot, které ovlivňují sexuální chování a emoční komponent je charakterizován ochotou nebo neochotou, k sexuálnímu chování vůči danému partnerovi (Skočovský, 2004, s. 6).

3.2 Sexualita a vztahy

První schůzka potenciálních partnerů se odvíjí od sexuální atraktivity a přitažlivosti obou osob. Následným kontaktem těchto partnerů se odvíjí i jejich další

sexuální chování. Sexuální chování, a s tím spojený sexuální styk, je považováno za základní složku lidské přirozenosti a to napříč všemi kulturami, a to i přesto, že se vnímání sexuality v různých kulturách výrazně liší (Vrhel, 2002, s. 17–23).

„Sex je různorodě vnímaný jako normální a přirozený impuls, původní nebo magická aktivita, špinavé, ale nutné zlo nebo posvátný reprodukční obřad“ (Broude, 1994, s. 273; Bednářová, 2013, s. 8).

Jakýkoli vztah s druhou osobou je spojen s určitým závazkem, ať krátkodobým nebo dlouhodobým. Tento typ závazku samozřejmě ovlivňuje i průběh sexuálního kontaktu mezi osobami. Sexualitu mezi dvěma lidmi ovlivňují v zásadě stejné faktory, jako samotný jejich vztah. Můžeme v této rovině mluvit o vztahových krizích, hádkách, partnerských problémech atd. Může se ale jednat i o pozitivní faktory, jako svatba, zasnuby, zamilování apod. Spokojenost v partnerském a sexuálním životě se také odvíjí v průběhu času. Je zcela běžné, že čerstvě zamilovaný pár se cítí zcela bez problémů, překážek a komplikací, zatímco pár, který je spolu několik let, zaznamenává určité krize a problémy. I od tohoto faktu se samozřejmě odvíjí sexualita v takovémto vztahu. Sexualita ve vztahu také závisí na tom, zda je pár bezdětný nebo má děti, žije sám či s ostatními členy rodiny. Spokojenost v partnerském životě, i v sexuálním, se také odvíjí od finanční situace obou partnerů. Je prokázáno, že partneři finančně nezávislí žijí v zásadě spokojenější život, i partnerský život, než jedinci, kteří mají finanční problémy. Jednoduše by se dalo říct, že jak partnerský, tak sexuální život jedince ovlivňuje nespočet faktorů sociálních, kulturních, společenských, náboženských, psychologických atd.

3.3 Rozdíly v sexualitě mužů a žen

Odlišnost mezi muži a ženami je jasný a patrný jev ve společnosti. Často se pro tuto odlišnost používá označení *„Muži jsou z Marsu a ženy jsou z Venuše“*.

I přesto, že muž a žena v partnerském vztahu prožívají sexualitu a sexuální aktivitu adekvátně ke svým potřebám a jsou bez známek sexuálních nebo psychických poruch, může se tato oblast stát zdrojem sexuálních a partnerských konfliktů (Skočovský, 2004, s. 12). Nejčastějším problémem v této oblasti bývá rozdíl v preferenci četnosti sexuálního (pohlavního) styku. Není to pravidlem, ale častěji si stěžují ženy, že od nich jejich partner žádá více sexuálního kontaktu, než by ony samy chtěly. Naopak muži si často stěžují, že jim jejich partnerky neposkytují tolik sexuálního kontaktu, kolik by oni sami chtěli.

Z tohoto faktu, a z mnoha různých výzkumů, vyplývá, že je u mužů pohlavní a sexuální pud v průměru silnější než u žen. Pro upřesnění, pohlavní pud definujeme jako interní sexuální motivaci, která je typická touhou po sexuální aktivitě a sexuálním kontaktu. Také je zcela běžně ve společnosti znám fakt, že muži myslí na sex častěji než ženy, více o sexu fantazírují, častěji se sebeuspokojují a jejich sexuální touha je celkově silnější. Samozřejmě to nemusí být vždy pravda, výjimka potvrzuje pravidlo, a i u žen se často vyskytuje velmi vysoká sexuální touha. Zajímavostí je, že muži jsou také, podle různých výzkumů z oblasti sexuality, více otevření myšlence náhodného sexuálního kontaktu než ženy. Ženy mají spíše tendence udržovat dlouhodobé mimomanželské vztahy, u mužů se převážně jedná o jednorázové a příležitostné známosti.

Zásadní je i zjištění, že muž vyhledává především sexuální kontakt s motivací uspokojit vnitřní potřebu, zatímco žena vyhledává sexuální kontakt spíše pro vyjádření citů a lásky. Samozřejmě opět se jedná o teorii, která může mít výjimky, a s těmi se také čím dál častěji setkáváme. Důsledkem může být i to, že dnešní doba je ovlivněna tzv. „feministickým kultem“, kdy ženy chtějí mít stejná práva a nároky jako muži. A proč by mezi tyto práva nemohlo patřit i právo na bohatý a pestrý sexuální život.

Podle různých autorů mají také na rozdíl v sexuálních touhách mužů a žen vliv hormony. S tím souvisí i ženský menstruační cyklus a jeho pravidelnost. Výzkumy dokládají, že v jistých fázích menstruačního cyklu vzrůstá u žen sexuální touha, přitom neexistuje jasný vzorec pro výpočet tohoto chování (Skočovský, 2004, s. 14). Z evolučního hlediska tento fakt souvisí s tím, že v „neplodné dny“ menstruačního cyklu žena nemá zájem o sexuální kontakt s jakýmkoli partnerem, protože není schopna zplodit dítě, a naopak v „plodné dny“ menstruačního cyklu žena očekává, že se jí podaří zplodit zdravé dítě. S tím i souvisí její výběr sexuálních partnerů v různých obdobích menstruačního cyklu. Už bylo provedeno bezpočet výzkumů, které dokazují, že stejný muž je pro ženy jinak sympatický a přitažlivý v různých obdobích cyklu. Existují bezesporu ale také ženy, u kterých hormonální změny během cyklu nejsou tak výrazné, tudíž nepocítují v tomto ohledu žádné zásadní změny.

„McNeil (1994) uvádí seznam patnácti psychologických faktorů, které ovlivňují sexuální touhu a sexuální chování. Řadí mezi ně například osobnostní typ, spokojenost s partnerským vztahem, stresové události, zdravotní stav, apod., z nichž každý může výrazným způsobem modifikovat hormonální vlivy“ (Skočovský, 2004, s. 15).

3.4 Mentální anorexie a sexuální chování

Jak již bylo řečeno, na sexualitu člověka má zásadní vliv jeho psychické rozpoložení a mnoho psychologických faktorů. Beze sporu mají tedy na sexuální chování jedince vliv i poruchy příjmu potravy, které jsou duševním onemocněním a ovlivňují výrazně psychickou stránku člověka. Na tuto problematiku jsme narazili už při provedeném výzkumu „Jak vidí sama sebe dívka/žena s anorexií“. S vlivem mentální anorexie na sexualitu je spojen i vliv na partnerský či manželský život pacientů.

„Občas někdo o mě projevil zájem, napsal mi smsku, že se mu líbím. Ale mě přišlo, že jsem o kluky vůbec neměla zájem. Protože já měla zájem jen sama o sebe, o to, jak vypadám, kolik zhubnu, co sním, kolik vážím. Víím, že dost klukům jsem se líbila, třeba i ve škole. Snažili se mě nějak oslovit, ale jak kdybych to ignorovala.“ (informantka Adéla, in Romančenková, 2015, s. 39–40).

U poruch příjmu potravy se setkáváme s tím, že jedinec je zahleděný sám do sebe, neschopný navazovat trvalé nebo hluboké vztahy a city. Můžeme se ale také setkat běžně s dívkami nebo ženami, které mají „normální“ partnerský vztah, přítele nebo manžela, který často o jejich onemocnění netuší. Pacienti s mentální anorexií si často vymýšlejí, lžou, bojí se, aby na jejich problém někdo nepřišel. Vymýšlejí si historky, věci, které se nestaly, a často dokáží předstírat i emoce jako radost, lásku a city, jenom proto, aby svoji poruchu zakryli.

„Kdyby jen věděl, kolikrát jsem u nich doma zvracela a on o tom ani netušil a díval se třeba na televizi. Jednou jsme šli u nich na ples, já tam snědla knedlo, vepřo, zelo a šla k nim domů to vyzvracet, když nikdo nebyl doma. Řekla jsem mu, že si jdu přezout boty.“ (informantka Darina, in Romančenková, 2015, s. 48).

„Nevím, jestli tohle vnímal, já se vždy snažila vše předstírat, stejně jsem pořád lhala.“ (informantka Darina, in Romančenková, 2015, s. 49).

Se sexualitou pacienta s mentální anorexií také úzce souvisí to, jaký tento člověk má vztah sám k sobě. Už víme, že si nemocný neváží svého těla, ani sebe jako osobnosti. Nepocituje k sobě žádnou úctu, nelíbí se mu jeho tělo, je sám se sebou neustále nespokojený. Ztrácí výrazně sebevědomí a lásku k sobě.

„Sex jsem si nikdy nedokázala pořádně užít. Styděla jsem se před ním nahá, pořád jsem se hlídala, jestli nemám špek na břicho a řešila, jestli ho vůbec vzrušuju. Milovala jsem

ho, pořád miluji, ale v té době ten sex prostě nebyl o tom, že bych si ho užívala.“ (informantka Darina, in Romančenkova, 2015, s. 49).

Nemocný postupně ztrácí zájem o ostatní lidi, o koníčky, vzdělání, práci atd. Mnohdy se setkáváme s pacientkami, které ztratí zájem o vše, co je dříve naplňovalo a ztrácí tím pádem chuť žít, chuť ráno vstát z postele. Je pak jasné, že poslední, na co takový jedinec myslí, může být i sex nebo intimní vztah s partnerem či jakoukoli osobou. Taková ztráta zájmu může mít za následek i rozpad partnerského vztahu a soužití.

„Přítel se se mnou samozřejmě rozešel proto, že jsem o něj vůbec nejevila zájem. Přestala jsem s ním spát, přestala jsem se s ním vídat, nechtěla jsem.“ (informantka Eva, in Romančenkova, 2015, s. 53).

O souvislosti poruch příjmu potravy a sexuality psalo několik autorů. Zabývali se většinou vztahem mentální anorexie a mentální bulimie se sexualitou zvlášť nebo srovnávali rozdíl mezi sexuálním chováním dívek s mentální anorexií a sexuálním chováním dívek s mentální bulimií.

Jan Poněšický (1999) uvádí, že dívky s poruchou příjmu potravy trpí úzkostí z intenzity vlastního silného žensství, které se bojí projevit ze strachu, že by ho mužské pohlaví neuneslo. Podle něj se může u těchto dívek střídat promiskuita s fázemi sexuálního nechutenství. Vzájemný vztah mezi mentální bulimií a sexualitou potvrdili Hubert Lacey a Michael Phil (1982), kdy se impulzivní chování mentálních bulimiček projevuje nejen v jídelním chování, ale i ve zneužívání alkoholu nebo návykových látek a v sexualitě. Pohlavní styk dle nich mohou mentální bulimičky používat k potlačení a překonání bulimického záchvatu nebo se naopak přejídat jídlem a zvracet, aby potlačily svoje zvýšené sexuální napětí. Také uvádí, že mentální bulimičky mají většinou velký počet sexuálních partnerů. Vlivem střídání fází nekontrolovatelného přejídání a kontrolovaného hladovění, se u dívek s tímto onemocněním střídají fáze sexuální abstinence a promiskuity.

Výzkum týkající se sexuálního vývoj dívek s poruchou příjmu potravy provedli David Vaněk, Jiří Raboch a František Faltus (1996) na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Objevíli jisté rozdíly ve věku prvního pohlavního styku. Mentální anorektičky podle jejich výzkumu začínaly s plným pohlavním životem od osmnácti let a mentální bulimičky až od dvaceti let. Později Lesser Haimes a John Katz (1998) zjistili provedeným výzkumem, že mentální bulimičky v jejich šetření měly první pohlavní styk kolem sedmnácti let a mentální anorektičky svůj pohlavní život zahájily kolem devatenácti let,

tedy později (Žmolíková, 2006). Zde je jasně vidět, že podobným výzkumem nemusíme dojít ke stejným výsledkům a shodě.

Co se týče zájmu o sex, František David Krch (2000) uvádí, že problémy pacientek s poruchou příjmu potravy v této oblasti jsou přirozeným důsledkem neuspokojeného obživného pudu, nedostatečných sociálních vazeb a zhoršující se kvality života. Podle něj souvisí negativní vztah k sexu těchto dívek s negativním vztahem ke svému tělu. Hovoří také ale o promiskuitním chování, které dívky s poruchou příjmu potravy mohou brát jako dramatickou demonstraci odporu ke svému tělu. Promiskuita takovým dívkám může také sloužit jako potvrzení jejich vlastní atraktivity a zájmu mužského pohlaví. Walter Vandereycken a Jan Norré (2005) popisují, že mentální bulimičky bývají v sexuální oblasti aktivnější než mentální anorektičky. Tvrdí, že spíše mentální bulimičky mají sklony k promiskuitnímu chování, které může souviset s jejich ztrátou kontroly, neuspokojením hladu a touze po uznání a lásce.

Takto bychom mohli pokračovat dále a jmenovat řadu poznatků různých autorů na tuto problematiku. Ale stále bychom hovořili o stejných problémech v oblasti sexuality a sexuálního chování u pacientů s poruchami příjmu potravy, pouze z pohledu odlišných autorů. Podle různých studií můžeme uvést, že výčet patologických znaků sexuálního chování u pacientů s poruchou příjmu potravy je velmi rozsáhlý a rozmanitý. U dívek s poruchou příjmu potravy se můžeme setkat s úplnou sexuální absencí, poruchou vzrušivosti, nezájmem o sex, neschopností se citově vázat, ale i s promiskuitou, zvýšeným zájmem o sex a nezodpovědností v sexuálním chování. Některé dívky mohou být úplně sociálně izolované, jiné se například dožadují pozornosti okolí a mužů, a to i pomocí flirtování a sexuálního kontaktu.

O souvislosti mentální anorexie a sexuálního chování jedinců s tímto onemocněním budeme hovořit detailněji ve výzkumné části této práce. Budeme se zabývat zjištěním, jak tato porucha ovlivňuje pacientovu sexualitu, sexuální život, případně i partnerský vztah.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Výzkumný problém

Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění, která nejsou v dnešní době ničím ojedinělým. Je jim třeba věnovat pozornost, jak ze strany odborníků, tak veřejnosti. Poruchy příjmu potravy mají negativní vliv na zdravotní stav nemocného, na jeho osobní život, profesní, sociální a bezpochyby i sexuální a partnerský. Není třeba upozorňovat, že poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době aktuálním tématem a převážně mladé dívky jsou jimi velmi ohroženy. Je potřeba se jim věnovat, nejlépe preventivní činností a informovaností veřejnosti, protože poruchy příjmu potravy jsou závažným zdravotním ohrožením pro nemocného a mají dopad na jeho současný i budoucí život.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce je zachytit dopad mentální anorexie na sexuální chování a sexuální život pacientů/pacientek s tímto onemocněním. Podstatné je zjistit, jak mentální anorexie ovlivňuje sexualitu těchto osob, kvalitu jejich sexuálního života a s tím spojené partnerské či intimní vztahy. Také je třeba zjistit, jak tito jedinci sami sebe vnímají po sexuální stránce, jestli jsou schopni si všimnout případných sexuálních odlišností či komplikací ve svém životě oproti vrstevníkům a zdravým jedincům, a pokud ano, tak zda dokáží tyto odlišnosti a komplikace definovat jako negativní důsledky poruchy příjmu potravy.

4.2.1 Výzkumné cíle

Hlavní cíl výzkumu:

1. Analyzovat sexuální chování dívek/žen, které měly v minulosti mentální anorexii.

Dílčí cíle výzkumu:

1. Odhalit vnímání vlastního sexuálního chování, sexuálního života a celkově vlastní sexuality u dívek a žen s mentální anorexií.
2. Zjistit dopad mentální anorexie na kvalitu sexuálního života a partnerské vztahy dívek a žen s mentální anorexií.
3. Zjistit, jestli dívky a ženy s mentální anorexií vnímají určité odlišnosti ve svém sexuálním životě před onemocněním a v jeho průběhu.

Výzkumné otázky:

1. Jak sebe sama dívka nebo žena s mentální anorexií vnímá po sexuální stránce?
2. Jaký má mentální anorexie vliv na sexuální chování a prožívání dívek a žen?
3. Jaký má mentální anorexie dopad na kvalitu sexuálního a partnerského života dívek a žen?
4. Jaké odlišnosti ve svém sexuálním životě vnímají dívky a ženy s mentální anorexií před onemocněním a v jeho průběhu?

4.3 Pojetí výzkumu

Pro tuto diplomovou práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Důvodem volby kvalitativního šetření je schopnost lépe a přesněji proniknout do problematiky poruch příjmu potravy. Kvalitativní šetření nám v tomto případě přináší možnost získat potřebné informace a efektivně dosáhnout cíle výzkumu. Lze tak docílit i osobnějšiho a citlivějšího přístupu k účastnicím, ale také můžeme při výzkumu dojít k novým zjištěním, zajímavým poznatkům a informacím. Pro kvalitativní výzkum je zásadní do široka rozprostřený sběr dat, kdy na počátku nejsou stanoveny základní proměnné ani hypotézy a výzkumný projekt tak není závislý na teoretických základech. Teprve po nasbírání dostatečného množství dat začínáme pátrat po pravidelnostech, které se v datech objevují, následně formulujeme závěry a hledáme pro ně oporu (Slavičková, 2011; Romančenkova, 2015, s. 25).

4.4 Výzkumná technika**4.4.1 Polostrukturovaný rozhovor**

Cílem diplomové práce je zachytit určitou zkušenost, prožívání a vnímání dívek s mentální anorexií. Je proto vhodné zvolit flexibilní metodu sběru dat. V tomto případě se jedná o polostrukturovaný rozhovor, pomocí kterého může výzkumník v reálném čase sledovat vynořující se témata, významné informace a skutečnosti, a také může rozhovor usměrňovat tak, aby byl efektivní a neodkláněl se od tématu (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 15). Pro polostrukturovaný rozhovor se často používá označení hloubkový rozhovor, kdy se jedná o nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním výzkumníkem pomocí několika otevřených otázek (Švaříček, Sédová, 2007; Romančenkova, 2015, s. 25).

Předpokládá se, že rozhovor bude směřovat od významných faktů a informací k vynořujícím se tématům, i když to nemusí být přímo původním plánem rozhovoru. Neočekávané poznatky bývají považovány za velmi cenné informace, protože poukazují na aspekt fenoménu. Informantovi by měl být poskytnut dostatek volnosti, aby mohl rozhovor směřovat podle něj k důležitým tématům a významným skutečnostem. Můžeme mu také ještě před samotným zahájením rozhovoru dát k dispozici připravený plán (otázky) rozhovoru, aby se na témata mohl částečně připravit (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 15).

V polostrukturovaném rozhovoru je vhodné, když se účastník sám rozovídá k tématu a možná co nejvíce vypráví k dané problematice z vlastní iniciativy, aby se konverzace neuchycovala k odpovědím ano/ne. Tato metoda sběru dat nám umožňuje určitou pružnost a volnost, kterou například forma dotazníku nemá. Důležitý je samozřejmě i oční kontakt výzkumníka a zkoumaného, navození příjemné a důvěrné atmosféry, což může vést k zásadnímu získávání potřebných dat (Romančenkova, 2015, s. 26).

Pro tento výzkum bylo vytvořeno určité schéma otázek, které se zaměřuje na zásadní skutečnosti, jež potřebujeme od informantek zjistit. Hlavními tématy otázek jsou především sexuální a intimní život, jeho vnímání a prožívání, partnerský život, a to vše v kontextu dopadu mentální anorexie na jedince. Pořadí otázek se však během rozhovoru může měnit, může se měnit mírně i jejich obsah tak, aby rozhovor plynule navazoval a nebyl přerušován.

4.4.2 Záznam a přepis dat

Rozhovory probíhaly v klidném a příjemném prostředí za stejných podmínek. Rozhovor začínal nejprve neformální konverzací, která měla za cíl zpříjemnit a zvolnit atmosféru setkání. Neformální konverzací se nám „otevřou dveře“ do života informantek a následný přechod na téma poruch příjmu poruchy není tak násilný. Většinou byl přechod k hlavnímu tématu samovolný, protože i porucha příjmu potravy patří nebo patřila do života těchto účastnic výzkumu. Následovalo tedy zahájení výzkumného rozhovoru, zapnutí diktafonu a nahrávání, kdy o této skutečnosti byly účastnice výzkumu informovány. Bylo jim také sděleno, že nahrávky rozhovorů budou přepsány do písemné podoby. Všechny účastnice výzkumu s touto skutečností souhlasily.

Každý z rozhovorů probíhal přibližně za stejných podmínek, ne přímo ve stejném prostředí, ale velmi podobném. Snaha byla dodržet přiměřeně stejné podmínky pro každou z respondentek. Z počátku rozhovoru mohly být znatelné určité znaky nervozity, jak ze strany výzkumníka, tak ze strany zkoumaných. Avšak po pár minutách konverzace bylo viditelné rozplynutí veškerých obav.

Zaznamenané rozhovory byly přepsány do písemné podoby, protože konečným zdrojem dat pro analýzu a interpretaci jsou právě přepisy rozhovorů. Při transkripci dat byla použita technika anonymizace, kdy je v našem zájmu chránit soukromí účastníků a jejich jména. Z tohoto důvodu jsme použili fiktivní křestní jména účastnic výzkumu.

4.5 Výzkumný soubor

Při výběru účastníků výzkumu jsme se zaměřovali na to, aby se jednalo o osoby, které v minulosti měli mentální anorexii, aby si svoji poruchu příjmu potravy uvědomovali, a uvědomovali si také to, jak je toto onemocnění ovlivňuje. Dále tito jedinci musí být schopni o svém onemocnění a o svém životě mluvit otevřeně, bez zatajování reality a skutečných informací. Účastníci také museli splňovat určitá kritéria pohlaví a věku. Tato kritéria byla, že se musí jednat o ženy, a to především o dívky nebo velmi mladé ženy ve věkovém rozmezí 15–25 let. Jednalo se o záměrný výběr účastníků výzkumu.

Nejprve byli osloveni známí a přátelé, jestli ve svém okolí nemají někoho, kdo by splňoval následující kritéria a podmínky. Také byla vyvěšena prosba o pomoc s nalezením vhodných účastnic výzkumu na sociálních sítích. Podařilo se velmi rychle zkontaktovat s pěti dívkami/ženami, které měly zájem se výzkumu aktivně zúčastnit a byly ochotné se osobně sejít. Jedná se o dívky/ženy ve věkovém rozmezí 17–24 let, které prošly v minulosti mentální anorexií i jinou poruchou příjmu potravy. Nyní svoje onemocnění léčí nebo už dokonce léčily.

4.5.1 Účastnice výzkumu

Informantka ILONA

Ilonu jsme, jako účastnici výzkumu, získali prostřednictvím sociální sítě, kde odpověděla na zveřejněný inzerát s informacemi, podmínkami a požadavky na dívky a ženy ohledně výzkumu a jeho uskutečnění. S Ilonou byla velmi rychlá a stručná domluva, souhlasila s osobním setkáním pro realizaci samotného rozhovoru.

Iloně je nyní sedmnáct let, studuje střední ekonomickou školu a bydlí s rodiči. Ráda ve volném čase vaří, hraje na klavír a věnuje se rodině. Mentální anorexií trpěla od svých třinácti let přibližně tři roky. Téměř rok prochází léčbou a stále dochází pravidelně k psychologovi. Její onemocnění mentální anorexií bylo poměrně závažné, ze začátku léčby byla dokonce delší dobu hospitalizována na lékařské klinice. Ilona sama v rozhovoru uvedla, že se stále s problémem mentální anorexie potýká, její zdravotní i psychický stav je v současné době výrazně lepší, ale stále s poruchou příjmu potravy bojuje.

Rozhovor s Ilonou trval přibližně hodinu a probíhal bez jakýchkoliv komplikací. I přesto, že je Ilona poměrně uzavřená a introvertní dívka, což sama v rozhovoru řekla, otevřeně se o svém problému s poruchou příjmu potravy rozpovídala.

Informantka JANA

Jana kontaktovala sama výzkumníka se zájmem o účast na výzkumu. O realizaci výzkumu se dozvěděla přes rodinné příslušníky, kteří výzkumníka přímo znali. Osobní setkání s Janou bylo trochu komplikovanější, protože je to poměrně zaneprázdněná studentka s mnoha volnočasovými aktivitami. K osobnímu setkání ale samozřejmě došlo, a to za účelem realizování rozhovoru.

Janě je devatenáct let, studuje vysokou školu a bydlí částečně na vysokoškolských kolejích a částečně u rodičů. Ve svém volném čase navštěvuje posilovnu, chodí na procházky se psem, věnuje se malování nebo tráví čas s rodinou a přítelem. Prošla si jak mentální anorexií, tak i mentální bulimií. Poruchou příjmu potravy trpěla od svých šestnácti let skoro dva roky, prodělala úspěšnou terapii i léčbu a nyní je její stav bez viditelných problémů. K psychologovi ale stále preventivně dochází.

Rozhovor s Janou trval asi hodinu a půl, byl plynulý, otevřený a upřímný. Jana byla při rozhovoru velmi optimisticky naladěna, mluvila jasně a výstižně, nebála se svěřit s poměrně osobními a citlivými aspekty svého života.

Informantka KATKA

Katku jsme, jako účastníci výzkumu, získali pomocí společných známých, kdy ji tyto známí informovali o podstatě a základních myšlenkách výzkumu. Téma výzkumu jí přišlo velmi zajímavé a chtěla se aktivně výzkumu účastnit jako informantka. Katka si i přes své pracovní a studijní vytížení našla relativně rychle čas na osobní setkání, aby mohl být uskutečněn rozhovor.

Katce je dvacet jedna let, pracuje jako asistentka v pojišťovně a současně dálkově studuje vysokou školu ekonomickou. Bydlí s přítelem ve městě a volný čas tráví ráda právě s ním a rodinou na venkově. Prodělala mentální anorexii i mentální bulimii. Poruchu příjmu potravy měla od svých sedmnácti let přibližně rok a půl. Prošla terapií, pravidelně docházela k psychiatrovi a nyní je, jak sama v rozhovoru uvedla, zdravá.

Přibližně hodinový rozhovor s Katkou byl opravdu zajímavý a poskytl nám cenné a originální informace pro výzkum. Katka mluvila velmi otevřeně a svěřila nám dost intimní a osobní zkušenosti s poruchou příjmu potravy a jejím sexuálním životem.

Informantka LENKA

Lenka o účast na výzkumu projevila zájem poté, co si přečetla na sociální síti zveřejněný inzerát s informacemi, podmínkami a požadavky na dívky a ženy ohledně výzkumu a jeho uskutečnění. Projevila velký zájem se na výzkumu účastnit jako informantka, protože jí výzkum sám o sobě připadal velmi originální a neobvyklý. Řekla, že má v tomto směru určitě co říct a poskytnout nám důležité informace pro zpracování výzkumu. Domluva ohledně realizace rozhovoru byla s Lenkou rychlá a bezproblémová.

Lence je dvacet dva let, pracuje jako recepční v hotelu a současně studuje kombinovaně vysokou školou hotelovou. Bydlí se svým partnerem, ve volném čase sportuje, věnuje se příteli, rodině a kamarádkám. Mentální anorexii měla Lenka od svých šestnácti let téměř tři roky. Prošla léčbou a docházela dlouhodobě k psychologce. Podle jejích slov je z mentální anorexie zcela vyléčená.

Rozhovor s Lenkou trval téměř hodinu, a byl opravdu přínosný pro dané téma výzkumu. Lenka působila ze začátku mírně stydlivě, ale jakmile se rozpovídala, informace a myšlenky z ní vyloženě padaly. Mluvila značně otevřeně, svěřila se skutečnostmi, které pro ni byly nadmíru citlivé, intimní a choulostivé. Lenka rozhovorem poskytla zajímavý materiál pro zpracování výzkumu.

Informantka MARTINA

Martina si na sociální síti přečetla zveřejněný inzerát s informacemi, podmínkami a požadavky na dívky a ženy ohledně výzkumu a jeho uskutečnění. Téma a informace o výzkumu ji vážně zaujaly, kontaktovala nás tedy s tím, že se chce výzkumu zúčastnit a poskytnout rozhovor.

Martině je dvacet čtyři let, vystudovala vysokou školu managementu a obchodu, a nyní pracuje jako zástupce vedoucího obchodního oddělení v jedné zahraniční firmě. Bydlí sama ve vlastním bytě, aktivně se věnuje budování své kariéry, a jak sama řekla, moc volného času nemá. Pokud ale ano, ráda tráví čas s přáteli, rodinou nebo relaxuje. Mentální anorexií trpěla Martina od svých osmnácti let přibližně tři roky. Prožila psychoterapii, léčbu a stále pravidelně dochází za svojí psycholožkou. Mentální anorexii se jí podařilo úspěšně vyléčit, i když se teď stále potýká s jejími následky ve svém životě.

Rozhovor s Martinou trval hodinu a půl a byl velice zajímavý. Martina působila jako výrazně inteligentní, cílevědomá a ctižádostivá žena. I rozhovor s ní byl na velmi vysoké úrovni. Rozhovor proběhl bez jakýchkoliv komplikací nebo komunikačních problémů. Martina nám poskytla opravdu cenné a stěžejní informace pro náš výzkum, zejména prožitky, které pro ni byly osobní a zcela intimní.

4.6 Analýza získaných dat

4.6.1 IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

Hendl uvádí, že pokud potřebujeme zkoumat určitou zkušenost a cílem je hloubkový popis prožívání, je vhodný fenomenologický přístup. Pro fenomenologické šetření je zásadní výpověď osob, které mají se zkoumanými jevy přímou zkušenost. Snažíme se zjistit, jak tito jedinci daný jev či zkušenost prožívají, vnímají, cítí a sami vidí (Romančenkova, 2015, s. 31).

„Základní myšlenkou fenomenologického přístupu je, že k závěrům se lze dopracovat skrze fenomény. Jednoduše řečeno, věc existuje tak, že se jeví“ (Romančenkova, 2015, s. 30).

Z různých šetření se prokázalo, že si uvědomujeme více, než jen konkrétní projev fenoménu. Vyjadřujeme to, co nám poskytuje přímá zkušenost, usuzujeme, zobecňujeme a tyto poznatky znovu aplikujeme na jednotlivé příklady, z analytického hlediska dedukujeme ze všeobecných poznatků nové obecniny (Husserl, Patočka, 2001, s. 25, 53).

„Životní svět člověka je principiálně přístupný vědeckému poznání, a to na základě osobního svědectví sebeprožívající osoby“ (Hudlička, 2003, s. 40; Romančenkova, 2015, s. 31).

Interpretativní fenomenologická analýza má svůj původ v psychologii zdraví a teoreticky je zakotvena v kritickém realismu, sociálně-kognitivním paradigmatu a ve fenomenologii (Romančenkova, 2015, s. 31). „*Kritický realismus připouští, že nezávisle na lidské konceptualizaci existují stabilní a trvalé rysy reality. Sociálně-kognitivní paradigma je založeno na hypotéze, že lidská řeč a chování odráží tyto rozdíly ve smyslu buď přímo, nebo nepřímo*“ (Romančenkova, 2015, s. 31).

Interpretativní fenomenologická analýza je založena na hlubokém prozkoumání zkušenosti účastníka výzkumu, jeho cítění, vnímání atd. Je to poměrně nová výzkumná metoda, která se stále vyvíjí. Byla poprvé navržena a použita v polovině devadesátých let Jonathanem Smithem (1996). Podnětem pro vznik této metody byla potřeba fenomenologického přístupu, který skýtá možnost podrobného výzkumu subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům s menšími filozofickými znalostmi. Jedná se o analýzu, která poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu oproti ostatním kvalitativním přístupům. Používá se také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá situace, zdroj sběru dat nebo skupina (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 9).

Hlavními teoretickými východisky interpretativní fenomenologické analýzy jsou **fenomenologie**, **hermeneutika** a **idiografický přístup**. Propojením těchto teoretických konceptů, ale vznikají pochybnosti některých autorů (například Willig, 2001), zda je možné k výzkumnému tématu zaujímat nejprve fenomenologický postoj a posléze v určité fázi přistoupit k interpretační pozici. Jedná se tu také o klasickou otázku týkající se fenomenologie, zda je vůbec možné popsat nějaký fenomén, aniž bychom jej interpretovali (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 9).

Souvislost interpretativní fenomenologické analýzy s **fenomenologií** tkví v hledání individuální, jedinečné a žité zkušenosti člověka (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 10). Z pohledu **hermeneutiky** je zkušenost interpretována tak, že jí výzkumník dává smysl slovy zachycené zkušenosti respondenta a respondent dává smysl své vlastní zkušenosti, tzv. **dvojitá hermeneutika** (Smith, Osborn, 2003; Romančenkova, 2015, s. 32). **Ideografický přístup** manifestuje zaměření na konkrétní jedince, soustředí se na detail a hloubku zkušenosti.

V tomto výzkumu propojujeme výše zmíněná východiska se záměrem proniknout hlouběji do zkušenosti s poruchou příjmu potravy, přímo do sexuálního života a chování

člověka s mentální anorexií. Protože jde o zkoumání prožitku a zkušenosti respondenta, nazýváme takové šetření fenomenologickým. Účastníci výzkumu si svoji zkušenost s poruchou příjmu potravy uvědomují a dávají jí určitý význam, výzkumník se snaží tuto zkušenost co nejlépe uchopit, což považujeme za hermeneutiku. Ideografické znaky nacházíme ve snaze hluboko proniknout do zkušenosti zkoumaného, a s tím spojeného průběhu určité změny, kdy můžeme u zkoumaného pozorovat určité změny chování, prožívání, uvědomování si, vnímání a další.

Zkušenost v rámci interpretativní fenomenologické analýzy skýtá výsledek společného sdílení výzkumníka a zkoumaného. Cílem však stále zůstává porozumění respondentovy žité zkušenosti. Při použití této metody zkoumáme respondentovu zkušenost z jeho pohledu, ale zároveň do procesu vstupuje i pohled výzkumníka, stejně tak jako interakce mezi zkoumaným a výzkumníkem (Romančenkova, 2015, s. 32–33). Subjektivita je ve výzkumu vnímána jako přednost, vliv výzkumníka je však v procesu výzkumu opakovaně reflektován tak, aby stále převládal vliv respondenta. Tato subjektivita nám umožňuje vstup do zkušenosti své i druhého, a je nástrojem validizace (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 11).

„Výzkumník je z pohledu interpretativní fenomenologické analýzy vnímán jako analytický nástroj, jehož přesvědčení, postoje, osobní prožitky nebo teoretické koncepce jsou nezbytné k tomu, aby mohl porozumět zkušenostem ostatních lidí (Fade, 2004)“ (Romančenkova, 2015, s. 33). Výzkumník se primárně nesnaží svoji zkušenost vyloučit a zahrnuje ji do výzkumu jako jeho součást, jeho postoj však musí být reflektovaný.

Metoda interpretativní fenomenologické analýzy odkrývá, jak lidé nahlízejí na svůj život, na svůj svět, snaží se odhalit život a zkušenost jako dynamický a intersubjektivní systém (Smith, Osborn, 2003; Romančenkova, 2015, s. 33). Z hlediska interpretativní fenomenologické analýzy neexistuje přímo správný způsob, jak provádět analýzu dat. Výzkumník si volí svoji cestu, jak zpracovávat analýzu, a to takovou, která mu a jeho výzkumnému cíli (záměru) nejvíce vyhovuje.

Cílem interpretativní fenomenologické analýzy, a i tohoto výzkumu, je detailně prozkoumat a popsat, jak člověk vnímá a vysvětluje události, prožitky, situace a zkušenosti ve svém světě/životě.

4.6.2 Analýza získaných dat pomocí interpretativní fenomenologické analýzy

Proces kódování a analýzy dat je v tomto případě induktivní a iterativní cyklus (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Podstatným krokem je zaměření pozornosti na zkušenost a prožitek zkoumaného, i na jeho zvýznamňování určitých zkušeností. Snažíme se pochopit osobní zkušenost účastníka, a její význam pro něj samotného. Pracujeme s doslovně přepsanými rozhovory, avšak občas je potřeba vracet se přímo k nahrávkám, abychom pochopili kontext některých frází či jejich význam (Romančenkova, 2015, s. 33).

Smith, Flowers a Larkin (2009) představují přehledný postup pro analýzu dat v interpretativní fenomenologické analýze (Bittnerová, 2017, s. 50–51):

- a) Reflexe vlastní zkušenosti s výzkumným tématem – je třeba reflektovat vlastní vztah ke zkoumanému tématu, dochází k uvědomění si vlastní motivace ke zvolenému tématu. Zvyšujeme tak schopnost pracovat ve fenomenologické perspektivě.
- b) Čtení a opakované čtení – celý přepis rozhovoru si několikrát přečteme, díky tomu se můžeme více soustředit na zkoumaného, jeho výpovědi a ponoříme se hluboce do jeho perspektivy.
- c) Počáteční poznámky a komentáře – poznámky si můžeme psát už v průběhu zaznamenávání rozhovoru, i při opakovaném pročitání, většinou si je zaznamenáváme po stranách textu. Tato fáze se dá nazvat volnou analýzou textu, kdy je cílem tvorba komplexních a detailních poznámek k danému rozhovoru.
- d) Rozvíjení vznikajících témat – z komentářů, poznámek a zásadních pasáží rozhovoru se snažíme formulovat témata, která zachycují konkrétní zkušenost respondenta. Názvy témat je vhodné stanovovat na mírně vyšší úrovni abstrakce než původní poznámky a komentáře. Témata by měla být však zcela konkrétní a zakotvená v textu.
- e) Hledání souvislostí napříč tématy – z některých témat se stávají témata nadřazená a další se spojují v jedno konkrétní téma. Snažíme se tak hledat souvislosti mezi různými tématy. Cílem je vytvořit seznam nadřazených témat a podtémat. Témata nadřazená určujeme jak podle jejich četnosti v rozhovorech, tak i dle bohatosti a schopnosti otevírat danou zkušenost či prožitek.

- f) Analýza dalších případů – v tomto bodě opakujeme kroky „čtení a opakované čtení“, „počáteční poznámky a komentáře“, „rozvíjení vznikajících témat“ a „hledání souvislostí napříč tématy“. Postupujeme tak z důvodu hlubokého proniknutí do daného rozhovoru, pochopení určitých souvislostí a jedinečností informací.
- g) Hledání vzorců napříč případy – ověřujeme, zda se hlavní témata rozhovorů opakují u všech respondentů, dochází ke spojování jednotlivých analýz a nacházíme jasné souvislosti ve zkušenostech různých respondentů. Jednotlivá témata mohou posléze vycházet jako zásadní napříč všemi rozhovory, nebo jedno téma může vysvětlovat nejasnosti v jiném rozhovoru.

Kroky analýzy slouží jako vodítko pro výzkumníka, může je však různě modifikovat, a to pouze za předpokladu, že budou zachovány hlavní principy metody interpretativní fenomenologické analýzy a budou přítomny všechny důležité fáze analýzy. Interpretativní fenomenologická analýza je především metoda, která pracuje pro výzkumníka, je flexibilní a je možné si ji podle potřeby výzkumu přizpůsobovat.

Jednotlivé použité fáze analýzy dat ve výzkumu:

- 1) Rozhovory jsme si přepsali, následně opakovaně pročítali. Začínali jsme nejprve prvním rozhovorem, abychom do něj pronikli hlouběji a zanalyzovali ho. Pak jsme teprve přistoupili k rozhovorům dalším. Tento postup nám pomohl zjistit, jakým chybám se vyvarovat, a jak s rozhovory pracovat. Při pročítání jsme také poslouchali nahrávky, díky kterým se nám podařilo lépe zachytit podstatu získaných dat a informací.
- 2) Při každém pročítání jsme si vytvářeli poznámky a zapisovali postřehy. Poznámky jsme si zaznamenávali už při samotném nahrávání rozhovorů, doplnili jsme je i o určité otázky nebo úvahy, na které jsme našli odpovědi v dalších rozhovorech.
- 3) Snažili jsme se zachytit podstatná a výrazná témata, která se přímo z rozhovorů samy vynořovaly. Opírali jsme se prvotně o zaznamenané poznámky a komentáře.
- 4) Témata jsme si psali na papír a hledali mezi nimi souvislosti. Příbuzná témata jsme sjednocovali a porovnávali je s původními texty. Témata jsme si zpracovali do tabulky, abychom se v nich dobře orientovali.

- 5) Postupovali jsme od jednoho textu k druhému, to znamená, že jsme vždy zpracovávali a analyzovali jeden rozhovor, a až po ukončení tohoto procesu jsme přešli na rozhovor další. Vyhnuli jsme se tak zbytečnému zmatku v jednotlivých informacích určitého rozhovoru a zbytečně se nerozptylovali (soustředili jsme se na každého informanta zvlášť).
- 6) Po skončení analýzy všech rozhovorů jsme vytvářeli vzorce napříč tématy. Hledali jsme souvislosti, silná a výrazná témata, ale i jedinečnosti určitých rozhovorů.

4.7 Etika výzkumu

Výzkumný problém se týká velmi citlivých a osobních zkušeností účastnic. Proto je třeba, stejně jako u každého výzkumu, řídit se určitými etickými pravidly. U takto osobních prožitků je také vhodné předpokládat, že otázky či konverzace s respondentkami mohou vyvolat výkyvy emocí a určité negativní reakce. V tomto směru je důležité dát účastnicím najevo, že si vážíme jejich výpovědí i informací, které poskytují, a že jsou ochotny o svém onemocnění tak otevřeně mluvit. Mluvit celkově o své sexualitě je považováno za velmi osobní záležitost, navíc ve spojení s poruchou příjmu potravy se dostáváme zcela na jinou úroveň.

Protože všechny účastnice měly v minulosti poruchu příjmu potravy, dokázaly na své onemocnění nahlížet s určitým odstupem, smyslem pro realitu a také vyrovnaností. Účastnice výzkumu přiznaly, že v průběhu onemocnění by nebyly schopny o všem takto reálně uvažovat, natož hovořit. Proto se osvědčilo pracovat spíše s jedinci, kteří poruchu příjmu potravy měli v minulosti.

Miovský (2006) uvádí zásadní etické normy pro zpracování výzkumu, patří mezi ně informovaný souhlas s účastí na výzkumu, ochrana soukromí a osobních údajů účastníků a ochrana před újmou či poškozením (Bittnerová, 2017, s. 49). Tyto principy byly při tvorbě diplomové práce dodrženy.

S ohledem na etické normy jsem také vynechala veškerá reálná jména, místa a další okolnosti, aby nemohlo dojít k jakékoli identifikaci zúčastněných osob.

4.8 Reflexe vlastní zkušenosti s výzkumným problémem

„V IPA je vliv výzkumníka součástí interpretativně analytického procesu. Cílem reflexe však není vyloučení výzkumníkovy zkušenosti nebo přesvědčení, naopak jsou tyto

zkušenosti nedílnou součástí a předpokladem pro analytickou práci (Fade, 2004)“
(Romančenková, 2015, s. 30).

Osobní zkušenost výzkumníka s poruchou příjmu potravy může napomoci citlivému, chápajícímu a otevřenému přístupu k účastnicím výzkumu, není však v žádném případě podmínkou. Tyto zkušenosti se stávají důležitou součástí výzkumného procesu a mohou pomoci lepšímu pochopení a hlubšímu ponoření se do dané problematiky.

V tomto výzkumu se osobní zkušenost výzkumníka projevila nejvýrazněji v empatickém přístupu k účastnicím. Ty tak projevily k výzkumníkovi značnou důvěru, svěřily se s poměrně citlivými a osobními informacemi, které však pro realizaci výzkumu byly zcela zásadní a cenné. V tomto případě byla osobní zkušenost výzkumníka s poruchou příjmu potravy výhodou. Díky ní jsme se mohli k informantkám více přiblížit a chápat lépe jejich prožité zkušenosti.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Průběh získávání výsledků

K procesu získávání výsledků jsme využili interpretativní fenomenologické analýzy, která není vyloženě přímou metodou zpracování dat. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy jsme se hluboce ponořili do všech rozhovorů, získávali jsme z nich „surová“ data, která byla velmi cenná, různorodá a vždy jinak strukturovaná. Cílem bylo zprostředkovat zjednodušený obraz, který nese znaky určitých fenoménů a témat vyplývajících z rozhovorů. Primárním cílem interpretativní fenomenologické analýzy je odhalit prožitou zkušenost účastníků výzkumu, skutečným výsledkem jsou ale obrazy toho, jak si výzkumník myslí, že o tom myslí účastník (Smith, Flowers a Larkin, 2009, s. 80; Romančenkova, 2015, s. 35).

Zásadní je při procesu analýzy dat porozumět celku a zároveň určitým jednotlivým částem rozhovoru. Každé porozumění je ovlivněno předporozuměním toho, kdo se snaží zkušenosti porozumět, jde tedy o princip hermeneutického kruhu. Když chci vysvětlit nebo představit určité předporozumění, činím tak opět v určitém předporozumění, které je ale neosvětleným předpokladem. Při použití interpretativní fenomenologické analýzy nesou metody výzkumu charakteristiky, které kladou důraz na subjektivní význam jednání v sociálním světě. Interpretační charakter metody interpretativní fenomenologické analýzy se v rámci výzkumu manifestuje v opakování určitého procesu, který se v kontextu mění. Toto opakování má za následek čištění, uhlazování a zjemňování předběžných dat a následně je směřujeme k esenci zkušenosti.

5.1.1 Proces analýzy dat přímo z rozhovorů – tvorba vynořujících se témat

Hlavním smyslem metody interpretativní fenomenologické analýzy je zkoncentrování velkého množství surových dat do esenciální podoby hlavních a stěžejních témat. K budování vynořujících se témat jsme použili poznámky a komentáře v rozhovorech, které jsme vytvářeli v samotném průběhu rozhovoru a následně při opakovaném pročitání přeepsaných rozhovorů. Cílem bylo zachytit, co účastník výzkumu dělal, jak jednal, jak se choval a jak tyto skutečnosti sám hodnotil. Z poznámek a komentářů jsme následně vytvářeli vynořující se témata.

Proces vytváření vyořujících se témat:

Poznámky z rozhovorů	Vyořující se témata
<i>Oproti kamarádkám jsem si přišla nepřitažlivá.</i>	Sama sobě nepřitažlivá
<i>Nepřišla jsem si atraktivní, ani sexy.</i>	Sama sobě neatraktivní a sexy
<i>Moje vnitřní definice přitažlivého a sexy člověka asi byla jen to, že hubený.</i>	Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní
<i>Nelákalo mě to ani, se s nimi nějak bavit, flirtovat, nikdo se mi ani nelíbil.</i>	Sociální uzavřenost
<i>Já žádný sexuální život neměla a nemám.</i>	Absence sexuálního života
<i>Klukům jsem se nelíbila, spíš si ze mě dělali srandu, že nemám žádná prsa, že jsem vychrtlina a podobně.</i>	Neatraktivní pro okolí, chlapce, kluky a muže
<i>Vlastně jsem žádný vztah neměla. Měla jsem jen krátkodobé známosti, vyloženě sexuálního charakteru.</i>	Absence partnerského vztahu
<i>Nechtěla jsem mít někoho ráda, nechtěla jsem ani, aby měl někdo rád mě.</i>	Neschopnost citově se vázat
<i>Hubla jsem, abych se mu zase líbila, aby viděl, že jsem ochotná pro něj udělat všechno a že ho fakt miluji.</i>	Hubnutí jako snaha zachránit partnerský vztah
<i>Neměla jsem na sex vůbec žádnou chuť. Sex mě přestal vzrušovat.</i>	Nezájem o sex
<i>Hodně jsem zneužívala toho, že jsem hezká a že se klukům líbím. Bavilo mě je balit, svádět, přebírat jiným holkám.</i>	Promiskuitní chování
<i>Neměla jsem zájem o navázání nějaké hluboké známosti, nebo chození, mít k někomu vztah.</i>	Nezájem o navazování vztahů
<i>Mým cílem bylo kluka sbalit, aby mnou byl tak trochu posedlý, chtěl mě, zamiloval se do mě...</i>	Zvyšování sebevědomí flirtováním
<i>Bylo mi jedno, že jsem spala s cizím klukem, bylo mi jedno, že se to stalo, ani jsem třeba nemyslela na nějakou antikoncepci.</i>	Nezodpovědnost v sexuálním chování
<i>V sexu mi šlo o vlastní uspokojení, o toho kluka jsem se ani nezajímala, jestli se mu to líbí nebo ne.</i>	Sexuální egoismus
<i>Necítla jsem žádné sexuální vzrušení. Vyloženě jsem to přetrpěla.</i>	Absence sexuálního prožitku
<i>Občas jsem si říkala, že bych prostě měla třeba chodit na rande, spát s klukama, jako ostatní holky a spolužačky.</i>	Sex jako snaha vyrovnat se ostatním

5.2 Výsledky rozhovoru s informantkou Ilonou

Přehled hlavních témat rozhovoru s informantkou Ilonou:

- Sama sobě nepřítažlivá a neatraktivní;
- Sociální uzavřenost;
- Absence sexuálního života;
- Nezájem o sex;
- Absence partnerského vztahu;
- Neatraktivní pro chlapce a kluky.

5.2.1 Sama sobě nepřítažlivá a neatraktivní

Z rozhovoru s Ilonou vyplynulo, že se sama sobě nikdy nelíbila. Nejméně právě v době, kdy procházela nejhlubším stádiem anorexie. Čím více se vzhledově lišila od dívek stejného věku, tím více si uvědomovala, že je jiná. Připadala si neatraktivní a nepřítažlivá, jak sama pro sebe, tak pro okolí. Ilona měla v době své poruchy příjmu potravy velmi nízké sebevědomí, což určitě ovlivňovalo její možnost navazování známostí, ale i její sexuální život.

„Tak já se sama sobě nikdy nelíbila. Natož v době, když jsem procházela tím nejhorším obdobím v mé anorexii. Oproti kamarádkám jsem si přišla dost nepřítažlivá, nevýrazná, taková šedá myška.“

„Víc a víc jsem se začala vzhledově odklánět od kamarádek a spolužaček, a to jsem si dost uvědomovala. Viděla jsem, jak ony mají prsa, kluci se o ně začínají zajímat a flirtují s nimi.“

Iloně se dařilo úspěšně snižovat svoji váhu a hubnout, ale to jí nepomohlo být se sebou spokojená nebo se sama sobě líbit. Spíše naopak, čím více Ilona hubla, tím méně se sebou byla spokojená.

„...já svoje tělo nemohla ani vidět. A čím víc jsem hubla, tím to podle mě bylo horší.“

Ilona také uvedla, že se vlastně ve svém těle necítila vůbec jako žena, což je pro rozvoj sexuality v době dospívání velmi důležité. Cítit se jako žena totiž znamená i chovat se jako žena. A právě Ilona mluvila o určitém rozporu v pocitu, zda vůbec ženou být chtěla.

„Nevnímala jsem se vůbec jako ženu, vlastně jsem i toužila vypadat jako dítě, holčička. Být co nejhubenější. A přitom jsem se za to nesnášela. Takže asi totální rozpor v tom, co chci, v pocitech a nějakých touhách.“

5.2.2 Sociální uzavřenost

Iloně dělal problém jakýkoli sociální kontakt, především kontakt s muži, kdy se od ní očekával určitý druh chování, jako flirtování apod. Ilona se nelíbila sama sobě, natož aby měla pocit, že se může líbit někomu jinému, a že o ni může mít někdo vážný zájem. Často se tedy kontaktu s chlapci záměrně vyhýbala, aby se vyvarovala nepříjemným pocitům. Ilona ale uvádí, že i když neměla tendence chlapce oslovovat nebo s nimi být v kontaktu, vnitřně cítila, že je to špatně.

„Já ani netoužila po tom, aby o mě kluci měli zájem, a vlastně mě to zároveň hrozně štvalo, že uháněli ostatní holky a mě ne. Nelákalo mě to ani, se s nima nějak bavít, flirtovat, nikdo se mi ani nelíbil.“

„Mě kluci nikdy pořádně nezajímali, nelákali. Byla jsem dost zahleděná do sebe, do svého hubnutí, do svého psaní deníčku, co jsem snědla a další blbosti.“

Se sociální uzavřeností u Ilony také souviselo její introvertní chování, o kterém mluvila také v kontextu současnosti. Svěřila se, že ji poměrně dost trápí skutečnost, že je uzavřená do sebe. Ilona také v rozhovoru uvedla poměrně zásadní fakt, že se stále s problémem mentální anorexie vypořádává, a že se stále léčí. Což může mít za následek právě to, že se její introvertní chování prolíná i do jejího současného života. Současně ale zmínila i to, že neví, zda je to následek anorexie, nebo taková prostě sama je.

„Ráda bych řekla, že se to teď úplně změnilo, ale to taky není pravda. Myslím, že se z toho tak nějak pořád dostávám, bojuju s tím. Jsem dost introvertní a dělá mi problém jakýkoli kontakt s lidma, natož s klukama. Nevím, jestli to způsobila anorexie, nebo prostě taková jsem, ale asi se budu muset postupně naučit pracovat nějak se svým chováním a navazováním vztahů, protože jinak budu asi sama.“

5.2.3 Absence sexuálního života

Ilona velmi upřímně v rozhovoru sdělila, že nevedla žádný sexuální život před onemocněním mentální anorexií, ani v jejím průběhu, a to až do současnosti. Mentální anorexie se u Ilony rozvinula ve velmi útlém věku, kolem třinácti let, právě v době, kdy

dívky začínají dospívat, a také mohou začít sexuálně experimentovat. Ilona se svěřila, že ji absence sexuálního života trápí především v současnosti, ale že ji podstatně vnímala i v minulosti. Zároveň si však sama není jistá, zda je toto také následkem mentální anorexie nebo její povahou.

„Tak já žádný sex ani sexuální život neměla a nemám. Což teda asi bude ten vliv anorexie. Tím, že se u mě anorexie objevila docela brzo, někdy kolem třinácti let, tak právě v době, kdy se holky začínají zajímat o kluky a tak. Mě to úplně minulo.“

„...ano, z toho je asi pochopitelný, že jsem ještě nikdy žádnýho kluka ani sex neměla. Prostě mi přijde, že jsem překročila nějak ten věk, kdy s tím holky začínají, a teď už nevím jak z toho ven. No a právě nevím, jestli mi tohle vše způsobila anorexie, nebo prostě jsem taková už odjakživa. To nevím, ale rozhodně na to anorexie měla velké vliv.“

„...anorexie mi zřejmě nějaký sexuální život vzala, než jsem vůbec stačila zjistit co to je.“

Ilona opravdu věrohodně popsala, jak jí absence jakéhokoliv sexuálního života v současnosti vnitřně trápí. Z jejího výkladu je jasné, že s tím sama není zatím vyrovnaná. Určitě je ale dobře, že se má v tomto směru na koho obrátit a může svoji situaci řešit s odborníkem. Z Ilonina rozhovoru nebylo zcela zřejmé, zda je její neexistující sexuální život přímo důsledkem anorexie nebo to je její povahový rys. Sama ale několikrát zmínila, že určitý vliv mentální anorexie na tento fakt pociťuje.

„Nikdy jsem se ani s nikým nedopracovala k tomu, že bych se s ním mazlila, nebo se ho dotýkala, on mě. Dala jsem si s klukem akorát pusy, a to obyčejnou. A tím to asi skončilo. Strašný. Musím říct, že doteď z toho mám mindrák, chodím za psychologkou, a v poslední době nerozebíráme nic jiného, než můj neexistující sexuální život.“

„...anorexie ovlivnila můj sexuální život dost.“

„Léčbou ještě pořád procházím, zlepšení už sice je výrazný, ale pořád nemůžu říct, že je to za mnou. Ale v současné době, když mluvíme teda o sexualitě, jde spíš o tom, že si svůj problém se sexualitou uvědomuji, dokážu o něm mluvit, ale jinak se v reálu prostě nezměnilo nic. Žádný sexuální prožitky jednoduše nemám, a ještě je pro mě možná brzo.“

5.2.4 Nezájem o sex

V nezájmu o sex u Ilony se mohla odrážet i skutečnost, že zatím žádnou sexuální zkušenost neměla. Sama mluví o tom, že vlastně nevěděla a stále neví, co sex je, jak by měl probíhat, a tím pádem ani neví, co by ji na něm mělo lákat. Také ale přiznala, že na jednu stranu po nějakém kontaktu s chlapci toužila. Jednoduše řečeno, prožívala určitý zmatek ve svých touhách a pocitech, což u dívek s mentální anorexií není nic neobvyklého.

„Holky vždycky ve třídě vykládaly, jak byly na rande s tamtím a tamtím, jak se líbali, co dělali a tak. Já to na jednu stranu chtěla, na druhou stranu ne. A nenáviděla jsem se za obojí, že to chci, i že to nechci. Těžký popsat, měla jsem ve všem nehorázněj zmatek.“

Ilona v rozhovoru také vyjádřila myšlenku, že dívka s mentální anorexií není schopna nějaké sexuální zkušenosti nebo sexuálního prožitku. Tuto myšlenku ale uvedla především v kontextu svojí osobnosti, protože přiznala, že se neorientuje, jak toto prožívají jiné dívky s mentální anorexií. Znovu mluvila o této problematice i v současné době, kdy její nezájem o sex může souviset s tím, že má ze sexuálního kontaktu s chlapci tak trochu strach.

„Myslím si, že prostě tím, jak je člověk zahleděnej do sebe, má takovej svůj vlastní svět, uzavřenej, nikoho si tam nepustí, tak prostě není schopnej se dopracovat k tomu, že by s někým prožil něco sexuálního. Nevím. Možná, že to jiný anorektičky mají jinak, ale já to tak měla. A popravdě to tak mám pořád.“

„Nejsem pořád schopná nějak navázat, zapojit se do toho koloběhu, oslovit nějakýho kluka. Někdy i odmítnu jít na rande, abych se raději neztrapnila. Asi se totiž už bojím, že ani nebudu vědět, co dělat, kdyby na ten sex došlo. Jen když na to pomyslím, rozklepou se mi úplně nohy.“

5.2.5 Absence partnerského vztahu

U Ilony se absence sexuálních prožitků projevovala a propojuje i s absencí těch partnerských. Z rozhovoru výrazně vyplynulo, že i když Ilona stále nebyla z mentální anorexie zcela vyléčená, trápilo ji, že nemá zatím žádné partnerské zkušenosti. Vše také samozřejmě souviselo s její sociální uzavřeností a introvertním chováním. U Ilony bylo zásadním fenoménem, že si uvědomovala, jak ji anorexie vnitřně ovlivnila, a jak její osobnost zformovala. Také se zmínila o tom, že často přemýšlí, jaká by asi byla, kdyby si mentální anorexií nikdy neprošla.

„Protože jsem žádnýho kluka nikdy neměla, jak na sex, tak ani na vztah. Takže prostě žádnéj partnerskej život. Já vím, je mi teď sedmnáct, kdekdoby řekl, že mám teprve všechno před sebou. Ale když se podíváš kolem, všechny holky v mém věku buď mají kluka, nebo měly, nebo je střídají a tak dál. Prostě každá už má nějaký jak sexuální, tak partnerský zkušenosti. A já prostě pořád nic.“

„Přijdu si na to hrozně slabá, nebo jak to správně říct, zlomená. Že se ve mně něco zlomilo, a já už nikdy nebudu taková, jaká jsem mohla být, kdybych si anorexii neprošla. Mohla jsem mít kluka, mohla jsem prožívat krásný chvílky, procházky za ruce, randička, polibky, první sex a to vše kolem. Neprožila jsem z toho bohužel nic, ani neprožívám.“

Ilona docela zarmouceně mluvila o tom, že by už konečně chtěla poznat, jaké to je „mít kluka“. Uvedla, že by chtěla poznat pocit, že jí má někdo rád, cítit lásku, blízkost druhého člověka, prostě vybudovat si nějaký blízký vztah s chlapcem nebo mužem.

„Jsem pořád strašně uzavřená, nejraději jsem prostě sama. Přitom kluka už bych fakt chtěla. Chtěla bych zažít takový ten pocit, že tě má někdo rád, že na tobě někomu záleží, když teda opomenou samozřejmě rodiče. Cítit tu lásku. Já vlastně ani nevím, co láska je. Ten pocit jsem taky ještě nezažila.“

V rozhovoru se Ilona svěřila, že sice věří ve svoji světlou partnerskou budoucnost, ale je si vědoma toho, že se v nejbližší době nic výrazně nezmění. Jako důvod uvedla, že se stále vypořádá se svojí nemocí, stále tak trochu hledá sama sebe, a také je jejím prvotním cílem dodělat školu a úspěšně složit maturitu. Školní prospěch se totiž během jejího dlouhodobého pobytu v nemocnici, z důvodu mentální anorexie výrazně zhoršil. Jasně tedy vyplynulo, že si nejprve Ilona musí vyřešit problémy, které jsou pro ni prioritní, jako úspěšně odmaturovat a také se vyléčit z mentální anorexie. Až potom se může zaměřit na hledání vhodné partnera a přítele, někoho, kdo jí ukáže, jaká může být láska a partnerský vztah.

„...upřímně si myslím, že to ještě několik let ani nepřichází v úvahu. Protože teprve teď se z toho všeho, z anorexie, tak nějak vyhrabávám.“

„Každopádně se pořád vypořádávám sama se sebou, pořád jsem se asi z anorexie ještě nedostala úplně. Takže i do té doby se to prostě jen tak nezmění. Teď se i snažím zaměřit trošku na školu, která šla v posledních letech bokem. Ležela jsem v nemocnici, docela dlouho, škole jsem se stejně nijak zvlášť moc nevěnovala, no a teď to musím dohánět, abych byla připuštěná vůbec k maturitě.“

„...možná až dodělám školu a dostanu se definitivně z anorexie, tak třeba budu mít to štěstí, a potkám konečně někoho, kdo ve mně změní tu uzavřenost, samotu a chladnost.“

Zároveň Ilona vyjádřila určité obavy ohledně možného budoucího partnera. Je to zcela pochopitelné, protože zatím v tomto směru nemá žádné zkušenosti, jak partnerské, tak sexuální. Určitě by bylo vhodné, aby si našla partnera, který by ji podpořil, hlavně psychicky, a také ji dodal dostatečné sebevědomí, sebedůvěru a sebelásku.

„Takže mi nezbyvá, než doufat. Doufat, že potkám někoho, kdo mě pochopí, pochopí, čím jsem si prošla a bude si třeba i vážit toho, že bude můj první kluk. Taky se totiž bojím i toho, že by toho mohl někdo zneužít, a kdyby mi někdo po této stránce ublížil, fakt nevím, jak by to se mnou zacloumalo.“

„Nechci být sama, nedokážu si představit, že bych život prožila sama a neměla někoho, kdo mě miluje. A taky bych chtěla ten pocit zažít, někoho milovat. I s někým se milovat. Musí to být fakt hezký, když je to s tím správným člověkem.“

5.2.6 Neatraktivní pro chlapce a kluky

Ilona se v rozhovoru rozpovídala, že se klukům nikdy nelíbila. Naopak se jí spíš smáli, že nemá oproti ostatním dívkám žádná prsa a že je moc hubená. Z jejího vyjádření tak trochu vyplynulo, že ji v tomto směru dokonce až šikanovali. Provázanost faktů, že se nelíbila ani sama sobě a ani klukům, určitě měla vliv na rozvoj a průběh jejího onemocnění mentální anorexií. Dívky trpící tímto onemocněním si často velmi osobně berou narážky na svoje tělo a na svůj vzhled. I z výkladu Ilony bylo zřejmé, že jí tyto narážky na její fyzický vzhled nedělaly vůbec dobře.

„...kluci, ti to brali podle mě z pohledu, jak jsem byla hubená. Doráželi na mě, že jsem vychrtlina, plochá, dávali mi různé přezdívky, třeba jako fošna, deska a tak. Takže spíš dávali najevo to, že jsem pro ně po sexuální stránce dost nepřitažlivá, hubená, vychrtlá a škaredá.“

Podle Ilony se chlapci v pubertě zajímají především o vzhled dívek a známky jejich dospívání, jako například velikost poprsí. A protože Ilona byla prý velmi hubená a vyvinuté poprsí jí chybělo, byla cílem různých poznámek a narážek ze strany chlapců. Iloně přišlo až smutné, že se v té době nenašel žádný kluk, který by o ni projevil nějaký zájem, nebo kterému by se opravdu líbila.

„Je jasné, že kluci se v tom věku dívali především na prsa. A ty já fakt neměla žádný. Fakt se za tu dobu nenašel ani jeden kluk, který by mi řekl, že se mu třeba líbím, nebo že je na mě něco hezkýho. Smutný.“

Nejvýrazněji se vyskytující fenomény v rozhovoru s informantkou Ilonou:

- Nepřitažlivá a neatraktivní sama pro sebe;
- Sociální uzavřenost, introvertní chování;
- Neschopnost citů a citových závazků;
- Absence sexuálního života;
- Nezájem o sex;
- Absence partnerského vztahu;
- Nepřitažlivá a neatraktivní pro okolí a pro chlapce;
- Prolínání sexuální absence do současnosti.

5.3 Výsledky rozhovoru s informantkou Janou

Přehled hlavních témat rozhovoru s informantkou Janou:

- Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní;
- Hubnutí jako snaha zachránit partnerský vztah;
- Absence sexuálního života;
- Nezájem o sex;
- Absence dalšího partnerského vztahu;
- Neschopnost citově se vázat;
- Neatraktivní pro okolí, chlapce a kluky.

5.3.1 Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní

Jana v rozhovoru uvedla, že sama neví, zda se hubnutím chtěla klukům více líbit nebo naopak. Znovu jsme se setkali s určitým rozporem v názorech a pocitech. Janě šlo prý především ale o to být hezká, přitažlivá, žádaná apod. Z jejích slov vyplynulo, že si spojovala hubenost s atraktivností a přitažlivostí. S tímto fenoménem se nesetkáváme jen u pacientek s poruchou příjmu potravy, ale běžně u velké části populace.

„Nepřišla jsem si atraktivní, ani sexy. Doteď vlastně nevím, jestli jsem se pomocí anorexie chtěla klukům líbit víc, jako že bych byla štíhlá, nebo spíš naopak.“

„Ale pamatuji si, že ze začátku mi určitě prvotně šlo o to být hezká, upozornit na sebe, přitahovat pozornost, hlavně kluků.“

Sama Jana přiznala, že cíleným hubnutím se jí nepodařilo být atraktivnější pro okolí, ale spíše naopak. Prvotně chtěla zaujmout okolí svojí štíhlou krásou, ve výsledku to dopadlo tak, že zaujala okolí svojí vychrtlostí a nelibivým vzhledem anorektičky. Nakonec jí tato pozornost okolí byla velmi nepříjemná.

„...tak nějak se to minulo efektem. Budila jsem pozornost úplně jinak, než jsem sama chtěla. A pak mi to samozřejmě strašně vadilo. Když se na mě lidi ve škole nebo na ulici dívali, bylo mi to nepříjemné. Věděla jsem totiž, že se na mě dívají, protože jsem škaredá, vychrtlá, bledá, prostě že mám anorexii.“

5.3.2 Hubnutí jako snaha zachránit partnerský vztah

Jana v rozhovoru řekla, že spouštěčem její mentální anorexie byl rozchod s přítelem. Přítel se rozešel s ní, protože za jejich dvouletý vztah podle něj výrazně přibrála a nebyla pro něj už tolik atraktivní a přitažlivá. Zásadně uvedl, že ho Jana přestala sexuálně vzrušovat. To samozřejmě Janu výrazně zasáhlo. Tato skutečnost pro ni byla velmi silným impulsem, aby začala hubnout.

„U mě vlastně anorexie vznikla tak, že se se mnou rozešel přítel. Byli jsme spolu skoro dva roky, a on se se mnou rozešel, protože jsem prý za náš vztah docela přibrála a už jsem se mu prý nelíbila, nevzrušovala ho. Dost mě to vzalo.“

„...když jsme spolu v posledních měsících spali, viděla jsem, jak se mi dívá na břicho a stehna, a bylo mi jasné, že jsem se mu prostě přestala líbit. Často jsme s tím při sexu mívali i problém, že jsme prostě už nepokračovali. Měla jsem pak z toho strašný mindrák.“

Jana si přála zhubnout hlavně kvůli bývalému příteli. Chtěla, aby se k ní vrátil a zachránila tak jejich ukončený partnerský vztah. Zároveň ji ale také napadlo, že by si mohla najít někoho jiného a bývalého přítele tak dohnat k žárlivosti.

„A tak jsem si řekla, že s tím začnu něco dělat, že zhubnu, a třeba ho získám zpátky. Nebo si najdu někoho jiného a on bude žárlit. A tak jsem začala hubnout.“

„Hubla jsem, abych se mu zase líbila, aby viděl, že jsem ochotná pro něj udělat všechno a že ho fakt miluju.“

Jana nejprve začala hubnout správně, sice držela dietu, ale především se snažila jíst zdravě a pravidelně cvičit. Sama řekla, že si v tomto období přišla hezká, že vypadala dobře. Z toho vyplývá, že o ni začalo mít zájem i spousta kluků. Jana ale stále myslela na bývalého přítele, spíš se ho snažila získat zpátky, než aby navazovala další vztahy. A tak tyto nápadníky odmítala s vírou, že si jí konečně všimne i její bývalý přítel.

„Prvně jsem jedla hodně zdravě, cvičila, a myslím, že jsem i opravdu vypadala dobře. Hodně kluků o mě mělo zájem, snažili se mě balit, ale já se tak nějak pořád dostávala z toho rozchodu, takže jsem spíš chtěla, aby se ke mně bývalý přítel vrátil, než abych si hledala jinýho. A tak jsem pokračovala s hubnutím, klukům jsem se tak trošku vyhýbala.“

Postupně se ale Janě „zdravé hubnutí“ vymklo z rukou, jedla stále méně a méně, až se u ní postupně rozvinula mentální anorexie. Jana přiznala, že čím štíhlejší byla, tím méně se potom klukům líbila. Zájem nápadníků postupně opadal s tím, jak byla stále hubenější. A její bývalý přítel o ni také žádný zájem neprojevoval, vrátit se k ní rozhodně nechtěl.

„Nakonec se ve mně nějak vyvinula ta anorexie, přestala jsem skoro jíst, jedla jsem denně třeba dvě jablka a mandarinku. Nic víc. Ani nevím, jak jsem se na tohle místo dopracovala. A právě ani klukům jsem se už vůbec nelíbila.“

„Přítel se ke mně ale vrátit nechtěl, pro něj byl rozchod prostě definitivní. Ale já jsem to vůbec neviděla, slepě jsem furt za tím šla.“

Zajímavým zjištěním z rozhovoru s Janou bylo, že jakmile se u ní začala rozvíjet porucha příjmu potravy, postupně v ní opadl zájem o bývalého přítele. Nejprve hubla především pro to, aby se k němu dostala zpátky. Postupně se u ní různými dietami a omezeními rozvinula porucha příjmu potravy. A v té době se jejím cílem stalo spíše samotné hubnutí, než snaha získat přítele zpátky. I když předtím ostatní nápadníky odmítala, sama přiznala, že se jí tato pozornost ze strany mužů líbila. Ale i to se změnilo a Jana o tuto pozornost přestala mít zájem.

„...v té době jsem už ani nikoho nechtěla. Jak se ve mně anorexie rozvinula, to ale nedokážu přesně říct kdy, úplně jsem se změnila. Opadl mě zájem i o bývalého přítele, i o všechny kluky celkově. Předtím se mi líbilo, když o mě kluci měli zájem, balili mě, psali

mi a tak. Ale potom mi to bylo úplně jedno. Nechtěla jsem nikoho, s nikým nic mít. Fakt nevím proč, ani nevím, jak rychle a kdy přesně se tohle ve mně změnilo.“

Jana se zmínila, že ze začátku byla bývalým přítelem až posedlá, urputně chtěla, aby se k ní bývalý přítel vrátil, ale jakmile se jí hubnutí vymklo z rukou, tato posedlost se změnila v posedlost hubnutím.

„Přes posedlost bývalým přítelem jsem se dostala až k posedlosti hubnutím a hladověním.“

5.3.3 Absence sexuálního života

Jakmile se u Jany vyvinula porucha příjmu potravy, ztratila zájem jak o bývalého přítele, kterého chtěla velmi houževnatě získat zpátky, tak i zájem o pozornost ostatních chlapců a kluků. Jana tuto skutečnost popsala jako přechod z posedlosti bývalým přítelem na posedlost hubnutím a hladověním. A protože od rozchodu se zaměřovala na návrat k bývalému příteli, s ostatními kluky se nestýkala, ani fyzicky, ani sexuálně.

„S nikým jsem v té době nespala, ani se nestýkala. Nechodila jsem na rande, neodpovídala klukům na smsky. Nikoho jsem prostě nechtěla.“

Po rozvinutí mentální anorexie u Jany zmizela touha po jakémkoli sexuálním a intimním kontaktu. Jana se krok za krokem stala dívkou, která několik let neměla s nikým žádný sexuální styk ani sexuální kontakt.

„Takže vlastně v době, kdy jsem procházela anorexií, jsem žádný sexuální život neměla. A ani nechtěla. Teď je to pro mě nepochopitelný, jak jsem to vlastně mohla vydržet.“

U dívek s mentální anorexií bývá absence sexuálního života běžným fenoménem. I v rozhovoru s Janou jsme na tuto problematiku často naráželi. Jana se především zabírala věcmi, které souvisely s její poruchou příjmu potravy, hubnutím, neustálým kontrolováním své váhy, svého vzhledu, jídelníčku a podobně.

U Jany bylo především důležité, že po vyřešení problému s poruchou příjmu potravy se její sexuální život rozvíjel dále a nyní je ve fázi, kdy je její sexuální život velmi bohatý, jak sama popisuje. Problematiku sexuálního života Jany rozebíráme také v další kapitole „Nezájem o sex“.

5.3.4 Nezájem o sex

Jana neměla během svého onemocnění mentální anorexií žádný sexuální život především proto, že ani o sex neměla zájem. Jana se díky anorexii více a více uzavírala do sebe, zaměřila se na svoje tělo, hubnutí, jídelníček a další věci související s její rozvinutou poruchou příjmu potravy. Tento jev bývá velmi častý, nijak zvláštní u anorektických dívek.

„Přijde mi, že jsem se tak strašně uzavřela do sebe, pak už jsem vlastně nikoho jinýho ani nepotřebovala. Ani sex mě vůbec nelákal. Nevím, teď nějak nechápu proč, ale vůbec mi to v tom období nechybělo. Nelákalo mě to, ani když o tom někdo mluvil, nezajímalo mě to.“

„Ze začátku jsem o kluky trochu zájem měla, takže jsem se víceméně chovala normálně. Až na to, že jsem neustále myslela na svého bývalého a taky o něm dost mluvila. Postupně jsem si ale i sama začala všimát, že ztrácím v tomto směru zájem, zájem o sex, vztahy, intimitu a podobně.“

Jana sama přiznala, že neví přesně kdy, ani jak rychle, se u ní vztah k sexu změnil. Ze zcela zdravé dívky se zdravým sexuálním životem se stala dívka psychicky nemocná, která neměla zájem ani o sex, ani o kluky, ani o vztahy, prostě nic, co by souviselo s intimním životem nebo city. Sex Janě nescházel, i přestože si s bývalým přítelem byli velmi blízcí, a jak sama řekla, po sexuální stránce spolu měli hezký a vyvážený vztah.

„Teď je to pro mě nepochopitelný, jak jsem to vlastně mohla vydržet. Protože třeba s tím bývalým přítelem, dokud jsme se teda nerozešli, mě ten sex bavil, líbilo se mi to a bylo to moc hezký. Takže i přesto, že jsem věděla, jaký to je, mi to prostě nescházelo.“

Jana uvedla, že si jejího nezájmu o sex, celkově ale o kluky začala všimát její maminka.

„Všimla si, že jsem se prostě tak nějak zavřela do sebe, že jsem o kluky neměla zájem. Ale samozřejmě se mě neptala, jestli s někým vyloženě spím, spíš jestli třeba někoho mám, s někým chodím, jestli se mi někdo líbí. Připadala si už asi potom trapně.“

Zcela zajímavým zjištěním z rozhovoru s Janou ale je, jaký je její zájem o sex v současné době po zlepšení jejího zdravotního stavu a prodělané terapii. Jana velmi otevřeně přiznala, že dnes řeší vlastně opačný problém, a to, že její zájem o sex je spíše nadměrný.

„V současné době se spíš potýkám s problémem, že jsem možná závislá na sexu (dlouhý smích). Nebo fakt nevím, asi přímo závislost ne, ale oproti tomu, jak jsem v době anorexie sex nechtěla, tak teď jsem ve fázi, kdy ho vyžaduji pořád, vlastně každý den.“

„Nemyslím si teda, že bych vyloženě byla závislá na sexu, ale jsem dost (smích), já nevím jak to říct, prostě pořád nadržená.“

Jana vyjádřila svoji obavu, aby se její závislostní chování z mentální anorexie nepřesunulo na závislostní chování v sexuální oblasti. Zároveň ale mluvila o tom, že jí současný stav jejího sexuálního apetitu vyhovuje, a že doufá, že se v budoucnu nestane její zvýšený zájem o sex problémem. Velmi důležité je v tomto směru určitě to, že má Jana přítele, který o jejím onemocnění poruchou příjmu potravy ví, je schopný s ní o tom otevřeně mluvit, a případně je ochotný v jakémkoli problému zakročit.

„...prostě mi teď přijde, že jsem možná tak trochu víc žádostivá sexu než ostatní lidi. Nechci říct než normální lidi. Nevím, jestli je to dobře nebo špatně. Často si sama sobě kladu otázku, jestli se to třeba někdy v budoucnu nezvrtne až moc. Ted' bych řekla, že to není až takový problém. Mám přítele, jsme spolu moc rádi, oba si to spolu užíváme, i ten sex. Ale já prostě doufám, že se to třeba někdy nezvrtne u mě na nějakou závislost na sexu.“

„Ale mě přijde, že je to taková sympatická závislost (smích). Aspoň teda zatím. S přítelem jsem domluvená, že kdyby mu to už nějak přerůstalo přes hlavu, tak by mi to určitě řekl a nějak bysme to probrali.“

5.3.5 Absence dalšího partnerského vztahu

Na absenci sexuálního života a nezájem o sex navazovala i absence partnerského vztahu. Jana velmi otevřeně mluvila o tom, jak dlouho byla sama bez partnera, ale také o příležitostném randění. Nejprve Jana byla sama, protože chtěla znovu obnovit vztah se svým bývalým přítelem. Později byla sama proto, že se jejím středem zájmu stalo její tělo, hubnutí, kontrola nad sebou a svým jídelníčkem.

„A pak už jsem žádný vztahy neměla. Ani krátkodobý, ani dlouhodobý. Byla jsem celou dobu sama, asi dva roky.“

„Takže v době, kdy jsem měla anorexii mě vztahy, kluci, nic takového vůbec nezajímalo. Nechtěla jsem mít potom už s nikým nic, ani sex, ani vztah, ani se k nikomu citově přiblížit nebo vázat.“

Znovu jsme se v rozhovoru setkali s fenoménem neexistujícího partnerského vztahu. U Jany se výrazně prolínala absence partnerského vztahu s absencí sexuálního života, nezájmem o sex a neschopností citově se vázat.

„Mamka moc dobře věděla, jak jsem psychicky špatná z toho rozchodu. Neustále mi opakovala, ať se s tím smírím a jdu dál. Viděla jsem v ní strach, že se stanu jakoby posedlá bývalým přítelem, který mě už nechce. Potom, postupem času, se mě často ptala, jestli si nehledám někoho jiného, jestli někoho nemám. Bylo jí to divné, že jsem pořád sama, zrovna asi ve věku, kdy právě mladí vyhledávají intimní kontakt.“

To, že Jana neměla po rozchodu s bývalým přítelem žádný další partnerský vztah, zaregistrovala hlavně její maminka, která s ní často o této problematice chtěla mluvit. Rodiče ani okolí si takovouto skutečnost nedovedou ihned spojit s poruchou příjmu potravy. Tak tomu bylo i u Jany. Její maminka prvně netušila, že její dcera prodělává anorexii. Postupem času ale vyplynulo na povrch více věcí, které se předtím nemusely zdát tak výrazné a maminka pochopila, jak závažný problém její dcera má.

„Mamka z toho byla špatná. Pak si právě začala asi dávat jedna a dvě dohromady, a došlo jí, že mám poruchu příjmu potravy. V té době už jsem měla jak anorexii, tak bulimii. Strašně ji to vzalo a okamžitě to začala řešit, až moc aktivně bych řekla. Ale pomohlo to.“

„Nedávno jsme se o tom bavili, a říkala, že je možná vlastně dobře, že jsem v té době nikoho neměla. Že si nedokáže teď představit, jak by to ten kluk se mnou všechno ustál, že by ten vztah stejně nedopadl.“

5.3.6 Neschopnost citově se vázat

Neschopnost Jany citově se vázat určitě souvisela hlavně s absencí partnerského vztahu. Jana v rozhovoru popsala, že nebyla schopná v době, kdy měla mentální anorexii, žádného vážného vztahu, ani krátkodobého, ani dlouhodobého. Neměla ráda ani sama sebe, natož aby si mohla budovat hlubší city k ostatním lidem.

„Nechtěla jsem mít potom už s nikým nic, ani sex, ani vztah, ani se k nikomu citově přiblížit nebo vázat. Přejde mi, že jsem city tak nějak celkově ztratila. Postupně jsem přestala milovat svého bývalého přítele, přestala jsem mít ráda kamarádky, lidi kolem mě, rodinu a pak jsem přestala mít ráda i sama sebe.“

V rozhovoru s Janou jsme narazili na značně důležitý fakt, a to, že si nyní uvědomuje, jak výrazně strádala v duševní a citové oblasti své osobnosti. Samozřejmě v období, kdy prodělávala mentální anorexií, nebyla schopna takové vlastní vnitřní sebereflexe.

„Jak bych to řekla, prostě jsem zevnitř úplně vyhnula. Tak se není čemu divit, že jsem pak ani nemohla s nikým něco mít, s někým se seznamovat, randit, chodit nebo s někým prostě mít hezkej vztah. Nemohla jsem, ani nechtěla. Je pravda, že mě nezajímalo prostě nic jiného než způsoby, jak pořád hubnout víc a víc.“

5.3.7 Neatraktivní pro okolí, chlapce a kluky

Jana v rozhovoru uvedla, že v době, kdy trpěla poruchou příjmu potravy a byla už hodně hubená, se přestala líbit lidem kolem sebe a hlavně klukům. Na toto téma jsme už narazili v kapitole „Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní“, kdy Jana uznala, že jejím cílem bylo především být pro okolí a kluky krásná, ale ve výsledku se jí to vůbec nepovedlo. Okolí zaujala spíše svojí výraznou vychrtlostí, kterou si lidé v zásadě spojovali s poruchou příjmu potravy. Jana mluvila ale i o tom, že si z ní kluci trochu dělali srandu, že není stejně vyvinutá jako ostatní dívky, je moc hubená atd. Jana sama uvedla, že tyto jejich narážky pociťovala jako určitý druh šikany.

„Protože ve finále, když to teď můžu zhodnotit, jsem se jako vychrtlina nelíbila vůbec nikomu. Spíš si kluci ze mě utahovali a tak trošku jsem to pociťovala i jako šikanu. Smáli se mi, že nemám žádný prsa, že nevypadám jako holka, že jsem kluk. Takže já se pak i sama sobě více hnusila. Nemohla jsem se vidět, pohled do zrcadla mi toto vše připomínal.“

Z rozhovoru s Janou vyplynulo, že jí tyto narážky ze strany kluků byly podstatně nepříjemné. U Jany bylo evidentní, že v této době neměla sama o sobě moc vysoké mínění, byla se sebou dost nespokojená a tento druh komentářů ze strany kluků jí v tomto směru určitě nepomohl.

Nejvýraznější se vyskytující fenomény v rozhovoru s informantkou Janou:

- Pojetí výrazu hubená jako atraktivní, přitažlivá a sexy;
- Nepřitažlivá a neatraktivní sama pro sebe;
- Snaha hubnutím zachránit ukončený partnerský vztah;

- Absence sexuálního života;
- Ztráta zájmu o sex;
- Absence partnerského vztahu;
- Neschopnost citů a citových závazků;
- Nepřitažlivá a neatraktivní pro okolí, pro chlapce a kluky;
- Výrazný zájem o sex v současnosti.

5.4 Výsledky rozhovoru s informantkou Katkou

Přehled hlavních témat rozhovoru s informantkou Katkou:

- Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní;
- Promiskuitní chování;
- Sexuální egoismus;
- Neschopnost citově se vázat;
- Absence partnerského vztahu.

5.4.1 Hubená = sexy, přitažlivá a atraktivní

U Katky jsme se setkali s fenoménem, že pro ni být hubená znamenalo být přitažlivá a sexy. Nic neobvyklého, tento fenomén jsme rozebírali také v rozhovoru s Janou. Důležitým faktem v rozhovoru s Katkou ale bylo, že ona připadala sama sobě atraktivní. Hubnout se jí dařilo velmi úspěšně a postupně jí to zvedalo sebevědomí.

„Takže vlastně moje vnitřní definice přitažlivého a sexy člověka asi byla jen to, že je hubený (smích). Což je šílený, ale v té době jsem to tak asi měla nastavený.“

Zásadní bylo Katčino tvrzení, že se u ní mentální anorexie nestihla rozvinout natolik, aby byla nějak výrazně hubená nebo až vychrtlá. Sama popisuje, že ze začátku byla spíše oplácanější a jakmile se jí podařilo zhubnout, začalo o ni mít zájem spoustu kluků. To právě zvyšovalo její sebevědomí a sebedůvěru, takže se sama sobě líbila postupně více a více.

„Já jsem si připadala dost atraktivně, protože se mi dařilo úspěšně hubnout tak, jak jsem chtěla. Předtím jsem byla dost bez sebevědomí, byla jsem trošku oplácanější a moc jsem si nevěřila, co se týkalo kluků a atraktivity. Ale jakmile jsem začala hubnout, a že to

šlo dobře a rychle, tak se mi sebevědomí dost zvedlo. Kluci o mě začali mít velký zájem, o to víc hezká a silná jsem si připadala.“

„Nemůžu říct, že jsem za období své anorexie byla úplně na kost vyzáblá. Až do takovýho extrému jsem naštěstí nezašla. Takže tak nějak o mě pořád kluci zájem měli, a mě přijde, že čím víc jsem byla hubenější, tím hezčí a přitažlivější jsem si přišla. To hubnutí mi dodávalo strašnou energii, vnitřní náboj, sebevědomí, sebedůvěru. Je jasný, že jsem chtěla hubnout víc a víc.“

Rozvoj Katčiny poruchy příjmu potravy zarazili rodiče, kteří si zavčas všimli určitých signálů, které pro ně byli alarmující. Ne vždy se stane, že rodiče zbystří v tak brzkém stádiu a tak aktivně, že se začne problém poruchy příjmu potravy opravdu řešit včas.

„Ale zarazili to rodiče, kteří si toho všimli a okamžitě můj problém začali řešit a léčit. Asi jen díky nim jsem se právě nevypracovala až na úplnou vyzáblinu.“

5.4.2 Promiskuitní chování

Velmi výrazným a odhalujícím fenoménem v rozhovoru s Katkou bylo téma její promiskuity. Velmi otevřeně Katka mluvila o tom, jak nezodpovědně se v sexu chovala, jak střídala kluky a s kolika kluky a muži za období své poruchy příjmu potravy měla sexuální styk. Toto zjištění bylo zcela odlišné než v předchozích dvou rozhovorech, kdy účastnice uváděly spíše odklon od sexuálního chování a sexuální touhy. Katčino odhalení jejího promiskuitního chování bylo opravdu zajímavé. Určitě souviselo s tím, že Katka se sama sobě líbila a měla vysoké sebevědomí. Zároveň se ale Katka svěřila, že se za své promiskuitní chování v minulosti v současné době stydí.

„...upřímně jsem prostřídala za tu dobu hodně kluků. Nemám to spočítaný, ale tak za rok jsem randila tak snad s padesáti a spala asi s dvaceti. Hrozný, teď se za to stydím, nikomu to raději neříkám...“

„Já se sama sobě líbila, pozorovala jsem se pořád v zrcadle, nosila jsem sexy oblečení, chovala jsem se dost vyzývavě. Bavilo mě provokovat, být odhalená, flirtovat, svádět a tak. Hodně jsem si v tomhle směru věřila, taky mě žádný kluk nikdy neodmítl. Někoho jsem chtěla, a měla ho.“

„Až teď vím, jak jsem se chovala šíleně, prostě vyloženě promiskuitně.“

Katka v rozhovoru vyprávěla, jak si flirtováním s kluky zvyšovala sebevědomí. Zájem kluků jí dělal moc dobře, uvědomovala si, že je pro kluky přitažlivá. I když Katka flirtovala se spoustou kluků, ne se všemi měla nakonec přímo sexuální styk. V zásadě ji bavilo nejvíce to, že ji nějaký kluk chce, že je žádoucí, že se někomu líbí a je jeho středem zájmu. Když ale mělo na sexuální styk dojít, nebránila se mu, nechala situaci prostě plynout tak, jak byla. Sama Katka uvedla, že jí vlastně bylo jedno, s kým spala.

„Hodně jsem zneužívala toho, že jsem hezká a že se klukům líbím. Bavilo mě je balit, svádět, přebírat jiným holkám. To bylo strašný. Myslím, že tak asi každý týden jsem měla jinou oběť, kterou jsem chtěla sbalit. Ale tím to pro mě tak nějak skončilo. Ne, že bych s každým spala, to fakt ne.“

„Prostě mým cílem bylo toho kluka sbalit, aby mnou byl tak trochu posedlej, chtěl mě, zamiloval se do mě, abych cítila, jak je ze mě celej pryč. A pak mě to přestalo bavit...“

„Ne vždycky jsem se s něma musela vyspat, ale když k tomu došlo, vůbec jsem se tomu nebránila.“

Zarážející bylo to, že Katka přiznala, jak nezodpovědně se při nezávazném sexu s kluky chovala. Často nemyslela na žádnou ochranu, nenapadlo ji ani to, že by třeba mohla dostat nějakou pohlavní nemoc. Sexuálně se stýkala s kluky, které znala většinou jen povrchně, neměla k nim žádnou důvěru, a ani ji přitom nenapadlo se jakkoliv při sexu s nimi chránit.

„Vůbec jsem si neuvědomovala, jak se chovám, jak střídám kluky, že třeba můžu chytnout i nějakou pohlavní chorobu nebo otěhotnět. Já jsem na to vůbec nemyslela.“

„Nebrala jsem ani antikoncepci, protože jsem věděla, že se z ní přibírá, že jo. A často jsem se vykašlala aji na nějaký kondomy nebo tak. Prostě jsem spoléhala na toho kluka, že to stihne.“

V rozhovoru se Katka také zmínila, že její problém se sexualitou a promiskuitním chováním se jí z dnešního pohledu jeví závažnější než její porucha příjmu potravy. Zároveň udala, že její porucha příjmu potravy a promiskuita spolu měly určitou souvislost a řešila je s pomocí psychologa současně.

„Řešila jsem to akorát s psychologem, ke kterému jsem chodila i kvůli anorexii. A myslím, že jsme řešili tyto problémy společně. Moji promiskuitu i anorexii a bulimii. Že jsem to měla jako psychický onemocnění dohromady. Že to vše tak nějak spolu souviselo.“

„Možná bych řekla, že můj psychický problém byl závažnější po té sexuální stránce, to sexuální chování, než jako samotná anorexie. Sice můj problém s hubnutím a jídlem byl taky dost závažnej, ale teď když se na to dívám s odstupem, tak to moje promiskuitní chování mi přijde o dost závažnější. Je docela drsný, jak si to teď dokážu uvědomit, zhodnotit to, a říct, jak špatně jsem se chovala. Ale v té době jsem si to vůbec neuvědomovala.“

I když Katka v rozhovoru řekla, že se v současné době za svoje promiskuitní chování v minulosti stydí, svěřila se, že v té době jí vůbec nezáleželo na tom, co si o ní lidé myslí a jak na ni nahlízejí. Samozřejmě i pár kluků, s kterými se stýkala nebo s nimi měla nějaký kontakt, si všimli, že se chová po sexuální stránce trochu jinak než ostatní děvčata v jejím věku. A i přesto, že jí to často tito kluci dali najevo. Katka jejich názory nijak neřešila a víceméně je házela za hlavu.

„Věřím, že jsem takhle dost klukům ublížila, a teď mi to je dost líto, ale nezměním to. A v té době mi to bylo jedno, nezáleželo mi na tom.“

„...ti kluci, který jsem koplá do zadku (smích). Ti viděli, že se chovám jinak, než ostatní holky. Ostatní holky totiž většinou chtěli spíš od kluků právě chození, dlouhodobej vztah, a to já právě že ne. A toho si určitě všimli. Pochybuji, že si to nějak spojovali s mojí anorexií, to je asi vůbec nenapadlo, protože já jsem nebyla až v takovém extrému, že bych byla vychrtlá.“

„Pár těch kluků na mě bylo i dost našťvaných, že jsem je odkopla. Ptali se mě, proč se chovám takhle, že se chovám jako děvka. Nebrala jsem to vážně, mně to fakt asi bylo jedno. Vyhýbala jsem se jim raději potom. Pro ty kluky, s kterými jsem něco měla, jsem asi potom opravdu působila jako děvka.“

Významným zjištěním z rozhovoru s Katkou bylo, že v současné době, se už dle jejího názoru promiskuitně nechová. Má vážnou známost, přítele, se kterým mají spokojený vztah. V rozhovoru ale řekla, že současnému příteli o své promiskuitní minulosti raději nevypráví, protože se bojí, co by si o ní myslel, a že by její minulost nepřijal. Zároveň Katka přiznala, že ze začátku jejich vztahu měla obavy, jestli dokáže být příteli vůbec věrná.

„Po sexuální stránce je to taky fajn, nevyhledávám nikoho jinýho, což je pro mě asi úspěch (smích). Ze začátku jsem se teda docela bála, že nedokážu být věrná a mít jednoho chlapa. Ale díky psychoterapii jsem to asi nějak překonala. Ze začátku mě to občas

napadlo, nebo se mi zdálo, že jsem spala s někým jiným. Postupem doby mě to fakt přešlo a cením si naopak toho, že má stálej vztah s jedním chlapem. Vážím si toho a vím, že to není žádná samozřejmost.“

„O tomhle jsem nikdy ani pořádně nemluvila s mým současným přítelem, protože se strašně bojím, že by mě odsoudil, za to, jaká jsem v té době byla. Kdyby jen věděl, s kolika chlapama jsem za svůj život spala. Nechávám si to jako moje tajemství.“

5.4.3 Sexuální egoismus

S Katčiným promiskuitním chováním zásadně souvisel i její tzv. sexuální egoismus. Katka v rozhovoru popsala, že při sexuálním styku s různými kluky jí šlo především o vlastní uspokojení, o svůj orgasmus a uspokojení nebo pocity těchto kluků ji vůbec nezajímaly. V tomto případě můžeme hovořit o určité sebestřednosti, vyloženě egocentrismu. Katku nezajímalo, zda se sexuální styk líbil i druhé osobě, ale především jí šlo o to, aby se tento styk líbil jí.

„...třeba za jeden sex jsem měla i desetkrát orgasmus. A teď si vlastně uvědomuju, že mi v tom sexu spíš šlo o moje uspokojení, o toho kluka jsem se nějak ani nezajímala, jestli se mu to líbí nebo ne. Já jsem asi jen prostě věděla, že je ze mě celej pryč, vzrušeněj, a že to prostě chce. No strašný období. Jsem byla totálně sebestředná, promiskuitní, nezodpovědná...“

Katka si svoje chování během onemocnění mentální anorexií a bulimií nyní uvědomuje. Často v rozhovoru zmínila, že sama tak trochu nemůže uvěřit, jak se v té době chovala, jak jednala a jak přemýšlela. Katka má v současnosti partnerský vztah a řekla, že egoisticky se už snad v sexu s přítelem nechová. Katka se často zmínila o docházení k psychologovi a psychoterapii, kterou prodělala. Z rozhovoru vyplynulo, že ji tento způsob terapie a léčby zásadně posunul dopředu. Jak sama zmínila, psychoterapie jí pomohla vyrovnat se se spoustou věcí, se kterými měla v období poruchy příjmu potravy problém.

„Já si myslím, že teď je to v pohodě. Mám přítele, jsem o dost vyrovnanější a taky nejsem tak sebestředná (smích). Díky léčbě a docházení k psychologovi jsem se naučila pracovat sama se sebou, vyrovnat se s věcmi, s kterými jsem předtím měla problém. A taky se naučit zdravě chovat, i zdravě sexuálně chovat.“

„...díky psychoterapii jsem to asi nějak překonala.“

5.4.4 Neschopnost citově se vázat

Z rozhovoru s Katkou jasně vyplynulo, že se v minulosti nedokázala citově vázat, nebyla schopna chovat k někomu určité city a ani po tom netoužila. Tento fenomén určitě souvisel s jejím promiskuitním a sebestředným chováním v sexuální oblasti. Katka vedla spíše povrchní vztahy založené jen na sexuálním kontaktu nebo na flirtování a svádění. City v těchto převážně krátkodobých vztazích nehrály žádnou roli.

„Nechtěla jsem mít někoho ráda, nechtěla jsem ani, aby měl někdo rád mě. Mně šlo jen o vyvolání sexuálního napětí, sexuálního vzrušení, asi i orgasmu. Je to drsný, ale v tomhle směru mě nic jiného nezajímalo.“

Jakmile Katka začala pociťovat, že v tomto povrchním setkávání s klukem vznikají jakékoli citové vazby, okamžitě tento styk ukončila a danému klukovi se vyhýbala. Sama Katka mluvila o tom, že se jí spíše líbilo, když ji kluci brali jako sexuální objekt, jako holku na sex. A když Katka pocítila, že ji nějaký kluk má třeba rád, že si k ní vytváří nějaké city, začal ji tento kluk vyloženě odpuzovat.

„Někteří měli fakt výdrž, psali mi často a dlouho, chtěli mě pořád vidět. Asi mě možná nějak měli rádi nebo se do mě zamilovali. Ale jakmile jsem něco takového pocítila, jako že se ten kluk do mě zamiloval, bylo mi to tak odporný. Úplně mě to odpuzovalo. Vůbec jsem ho už potom nechtěla. Jako kdyby se mi líbilo, že mě ti kluci berou taky tak trochu jako věc, jako sexuální objekt, nebo nevím, jak to víc popsát.“

Katka si spojovala sexuální akt vyloženě s uspokojením své vlastní potřeby orgasmu. Sex jako milování, ve kterém jsou city, láska, pochopení nebo důvěra Katka vůbec neznala, a ani po takových zážitcích netoužila. Je otázkou, zda si Katka prostě jen chtěla užívat nebo se bála na někoho citově vázat.

5.4.5 Absence partnerského vztahu

V souvislosti s promiskuitním chováním a neschopností citově se vázat můžeme hovořit také o absenci partnerského vztahu. Katka se velmi otevřeně v rozhovoru rozpovídala, že během svého onemocnění poruchy příjmu potravy neměla žádný vážný vztah. Lákaly ji výhradně vztahy založené na sexuálním styku a nic víc. Katce se vyloženě líbilo, když ji kluci takto brali. Dlouhodoběji se také stýkala spíše s kluky, kteří po ní nic víc než sex nechtěli.

„No vlastně jsem žádnéj vztah neměla. Měla jsem jen krátkodobý známosti, vyloženě sexuálního charakteru. O nic jinýho mně vlastně u kluků nešlo. Takže jsem neměla zájem o navázání nějaké hluboké známosti, nebo chození, mít k někomu vztah. Nic takovýho.“

„Je to drsný, ale v tomhle směru mě nic jinýho nezajímalo. Hodně z těch kluků, se kterýma jsem spala, chtělo se mnou mít vztah.“

„Někteří to ale takhle chtěli, že se se mnou chtěli jenom vyspat a nešlo jim o vztah. Těm to asi takhle vyhovovalo. Vlastně s takovýma jsem se stýkala i mnohem víckrát než s těma, co by po mně chtěli vztah. Takže se mi to asi líbilo, že nechtěli víc než jen sex. Já totiž taky nechtěla víc než sex.“

Katka si teď ani nedokáže představit, jak by mohla mít v té době vztah. Zřejmě by nebyla schopna být věrná jednomu partnerovi, a hlavně by asi nebyla schopna mít někoho ráda, což je pro vztah s druhým člověkem určitě důležité.

„Nedovedu si představit, jak bych v té době mohla mít vztah, to by asi vážně nešlo. Neměla jsem na to zřejmě buňky.“

Nyní Katka vážný vztah má, z jejího vyjádření bylo zřejmé, že je v současnosti spokojená a vyrovnaná. Bylo opravdu dobře, že Katka svoje problémy v oblasti sexuality a poruchy příjmu potravy začala řešit, a to i ve spolupráci se svými rodiči. Ne každá dívka s mentální anorexií je ochotná se aktivně postavit ke svému problému, uvědomit si ho a začít se léčit. Katka si je vědoma také toho, že i proto, jak brzy svůj problém začala řešit, se vyhnula dalším zbytečným komplikacím a zdravotním problémům.

„Jsem ráda, že teď je to podle mě normální. Mám hezkej vztah s přítelem a myslím, že se to i vyvíjí dobře. Po sexuální stránce je to taky fajn, nevyhledávám nikoho jinýho, což je pro mě asi úspěch (smích).“

„...cením si naopak toho, že mám stálej vztah s jedním chlapem. Vážím si toho a vím, že to není žádná samozřejmost. Myslím si, že tím, že se můj problém začal zavčas a aktivně řešit, jsem se vyhnula spoustu komplikacím.“

Nejvýrazněji se vyskytující fenomény v rozhovoru s informantkou Katkou:

- Pojetí výrazu hubená jako atraktivní, přitažlivá a sexy;
- Promiskuitní chování;

- Zvyšování sebevědomí flirtováním;
- Nezodpovědnost v sexuálním chování;
- Sexuální egoismus;
- Neschopnost citů a citových závazků;
- Absence partnerského vztahu.

5.5 Výsledky rozhovoru s informantkou Lenkou

Přehled hlavních témat rozhovoru s informantkou Lenkou:

- Sama sobě nepřitažlivá a neatraktivní;
- Sex jako snaha vyrovnat se ostatním;
- Absence sexuálního prožitku;
- Absence partnerského vztahu.

5.5.1 Sama sobě nepřitažlivá a neatraktivní

Lenka v rozhovoru uvedla, že se sama sobě nelíbila, že si nepřipadala atraktivní, ani přitažlivá, a že se tato skutečnost odrážela i v jejím sexuálním životě. Nepřipadala si jako člověk, který by byl žádoucí po sexu, po intimitě apod. Lenka během mentální anorexie ztratila postupně ženské tvary, byla hodně hubená. Takže naznala, že se ani nemohla líbit ostatním lidem, natož klukům. A i to mělo vliv na fakt, že se nelíbila sama sobě a neměla ráda svoje tělo. Přitom prý ještě před onemocněním mentální anorexií měla krásné ženské tělo, větší prsa a klukům se líbila hodně.

„Sama sobě jsem se nelíbila, nepřipadala jsem si vůbec hezká, ani přitažlivá. Měla jsem mindráky ze svojí postavy, a to se promítalo určitě i do intimity a sexu.“

„Ještě, když jsem anorexii neměla, mi hodně lidí říkalo, že jsem krásná, měla jsem větší prsa, klukům jsem se dost líbila. Ale během anorexie jsem zhubla fakt moc, prsa jsem postupně neměla žádná, když se kouknu na fotky z toho období, ztratila jsem úplně ženské tvary. Takže co se týče přitažlivosti, nemohla jsem se nikomu v tomhle ohledu asi líbit. A samozřejmě jsem se nelíbila ani sama sobě.“

„Takže nějaká intimita, sex a podobně mě vůbec nezajímali. Nepřipadala jsem si jako člověk, který by chtěl sex, toužil po nějaké fyzické blízkosti. Nevyhledávala jsem

kontakt s klukama, nelákalo mě to. Kdykoliv se na mě nějaký kluk podíval, prohlížela jsem se, jestli se nedívá na to, zda jsem tlustá.“

Ani postupným hubnutím a snižováním tělesné váhy si Lenka atraktivnější nepřipadala, spíše se její pohled na svoje tělo a na svoji atraktivitu zhoršoval.

„Vnímala jsem sama sebe jako něco neatraktivního, jak pro ostatní, tak sama pro sebe. A asi nejhorší na tom je, že se to spíš postupně zhoršovalo, než že by se to postupným hubnutím měnilo k lepšímu.“

5.5.2 Sex jako snaha vyrovnat se ostatním

Protože se Lenka sama sobě nelíbila, prvotně ani moc nevyhledávala společnost kluků. Její spolužačky a kamarádky často mluvily o tom, jak se stýkají s kluky, jak chodí na rande a jak tyto zážitky prožívají. Všimly si toho, že Lenka o klucích moc nemluví a na rande nechodí. A aby se Lenka necítila špatně, zapadla do party a měla si s kamarádkami co říct, začala se totiž s kluky vídat, dokonce i sexuálně stýkat.

„Občas jsem si říkala, že bych prostě měla třeba chodit na rande, spát s klukama, jako ostatní holky a spolužačky. Protože vždycky, když o tom mluvily, neměla jsem k tomu co říct já. A tak jsem občas s pár klukama byla. Ale vzpomínky na to nemám moc hezký.“

„Dělala jsem to jen proto, že to dělaly ostatní holky. Věděla jsem, že jsem jiná, divná a nechtěla taková být. A tímto jsem se snažila svým kamarádkám vyrovnat. Možná i proto, abych si s nima měla o čem vykládat.“

„...když jsem jim začala vykládat moje zážitky s klukama, který byly samozřejmě i přikrášlený, tak se se mnou začaly aspoň normálně bavit.“

Lenka ale přiznala, že si setkávání s kluky vůbec neužívala, vlastně se jí to nelíbilo. Dělala to jen proto, aby se vyrovnala kamarádkám a spolužačkám, aby se necítila trapně a jiná než ostatní. Lence vadilo, že na ni občas dívky v jejím věku měly různé narážky související s tím, že se o kluky nezajímá. Lence tyto komentáře od jejích spolužaček mohly i významně ubližovat.

„Nevím, o co mi s nima vlastně šlo. Jako kdybych nějaký to sblížení přetrpěla, než si to užila.“

„A co se týče třeba spolužaček nebo kamarádek, ty si všimly, že jsem v tomhle ohledu trochu jinde. Často si ze mě taky dělaly srandu, že třeba budu nadosmrti panna

a tak. A proto jsem se potom i snažila právě třeba nějaký ty kluky mít, aby jim to nebylo tolik divný, a nedělaly si ze mě srandu.“

Zjištění, že Lenka se s kluky sexuálně stýkala jen proto, aby se vyrovnala dívkám svého věku, bylo velmi zajímavé. Její chování se dalo považovat za poněkud promiskuitní, sama Lenka takto svoje jednání nazvala. I přesto, že si Lenka randění, ani sex s kluky neužívala, vystřídala takto několik známostí. Lenka se také přiznala, že například ani nepřemýšlela nad antikoncepcí. Setkáváme se tedy s určitou nezodpovědností v sexuálním chování. Lenka popsala, že jí bylo vlastně úplně jedno, k čemu během rande došlo. Jako by si sama sebe vůbec nevážila.

„...jsem jednou šla na rande s klukem, vůbec jsem ho neznala a během toho prvního rande jsme se spolu vyspali. A je to divný, ale mě to bylo asi úplně jedno. Bylo mi jedno, že jsem spala s cizím klukem, bylo mi jedno, že se to stalo, ani jsem třeba nemyslela na nějakou antikoncepci a tak. Teď to vůbec nechápu, vlastně mě sex vůbec nezajímal, ale přitom jsem byla totálně promiskuitní. Dokázala bych se vlastně vyspat s kýmkoliv, abych si chvílku připadala normálně.“

„...asi to všechno souviselo s tím, že jsem si nevážila sama sebe a svého těla. A tak mi tím pádem asi bylo i jedno, s kým spím a mám sex.“

Samotné Lence přišlo velmi smutné a překvapivé, jak malou sebeúctu v tomto směru měla. To, že s někým měla sex nebo se intimně stýkala, pro ni nemělo žádnou důležitost. Lenka se svěřila, že se tyto zážitky z minulosti snaží raději ze své hlavy vytěsnit. Možná tak činí proto, aby sama sebe nemusela soudit a aby sama ze sebe neměla špatný pocit.

„Někdy mi přijde, že se tyhle skutečnosti snažím raději ze své hlavy vytěsnit někam pryč, prostě smazat, jako kdyby se nestaly. Nedokážu totiž pochopit, jak jsem se takhle mohla chovat.“

5.5.3 Absence sexuálního prožitku

I když se Lenka s kluky sexuálně stýkala, a bylo jich více, nebyla schopna si tyto sexuální zážitky nijak užít. Lenka v rozhovoru mluvila o tom, že se jí vlastně sex vůbec nelíbil, spíš jí byl někdy až nepříjemný. Ale s kluky se sexuálně stýkala, aby se necítila před kamarádkami trapně. Lenka v té době rovněž neměla tolik sexuálních zkušeností, aby věděla, jak má vůbec styk s mužem standardně vypadat.

„Pár kluků bylo, ale pro mě to teda nebylo žádný prožívání.“

„Jako kdybych nějaký to sblížení přetrpěla, než si to užila. Takže ten samotný sex se mi vlastně nelíbil, neviděla jsem na něm nic, co by mě mělo lákat. Nebylo mi to příjemný, spíš, abych byla fakt upřímná, to bylo bolestivý.“

„Hlavně jsem ještě neměla tolik sexuálních zkušeností, takže jsem asi ani noc nevěděla, jak by to vše mělo vypadat, jak by to mělo správně probíhat. Neměla jsem to pořádně s čím srovnat. Tím pádem jsem nechápala, co na tom ostatní vidí, co se jim na tom líbí.“

Lenka v té době neprožívala žádné sexuální vzrušení, sex pro ni nebyl příjemný zážitek. Neznala, co je to orgasmus, i když předstírala před spolužačkami, že ho už měla. To znovu souviselo s touhou se spolužačkám a kamarádkám vyrovnat. Velmi zásadní v rozhovoru s Lenkou tedy bylo, že i když se jí sex vůbec nelíbil a nic jí neříkal, přesto ho provozovala.

„V té době jsem netušila, co to znamená být vzrušená nebo mít orgasmus. To šlo jako úplně mimo mě. Ale když se mě holky zeptaly, jestli jsem už někdy orgasmus měla, tak jsem samozřejmě řekla, že ano. I když jsem vůbec nevěděla, co to ten orgasmus je a jak ho ženská cítí. Sex pro mě prostě neznamenal nic.“

Toho, že se Lence sex nelíbil a že ho nijak neprožívala, si také všimli kluci, se kterými se stýkala. I když se snažili, aby Lence bylo příjemně, ptali se jí, co dělali špatně, tak Lenka nebyla schopná jim odpovědět, co bylo špatně a co se jí nelíbilo. Sex se jí prostě nelíbil jako takový.

„Nejvíc si toho ale museli asi všimnout v tom sexu. Jak jsem necítila žádný vzrušení, prostě nic. Vyloženě jsem to třeba přetrpěla, nebo nevím jak to přesně popsat. A i na nich občas bylo vidět, že jim to asi nedělá úplně dobře.“

„Párkrát se mě i někteří zeptali, jestli jako dělají něco špatně, nebo co se mi líbí. Ale já nebyla schopná jim říct, co se mi líbí a nelíbí. Nelíbilo se mi prostě nic.“

V současné době je Lenka se svým sexuálním životem a sexuálním prožitkem zcela spokojená. Jakmile se vyrovnala se svým onemocněním a sama se sebou, našla sama sebe i po sexuální stránce. Dnes je pro ni sex příjemnou záležitostí. Lenka nyní nechápe, jak si něco tak krásného, jako je sex, nemohla nikdy předtím užít. Lence k tomuto zlepšení

pomohlo i to, že díky terapii u psycholožky podpořila svoji sebedůvěru a sebelásku, což samozřejmě souvisí velmi úzce se sexuálním chováním člověka.

„Až když jsem se trošku vyrovnala sama se sebou, se svojí nemocí, začalo mi chybět, že jsem stále sama. Postupně jsem si prošla pár vztahy, a co se týče sexu, začala jsem poznávat sama sebe. Dnes můžu říct, že mám sex opravdu ráda, mám partnera a v tomto směru se cítím dobře.“

„Určitě na to měla velký vliv i moje psycholožka, ke které chodím pravidelně i teď. Pomohla mi celkově podpořit sebedůvěru a sebelásku. Což se sexem hodně souvisí.“

Lenka si zároveň uvědomila, jak je pozitivní, že se její vztah k sexuálnímu prožívání po zlepšení jejího zdravotního stavu změnil. Lenka si svého osobního posunu, ať už po sexuální stránce nebo životní, nesmírně váží. To je po terapii velmi odhalujícím uvědoměním si závažnosti svého onemocnění.

„Jsem fakt ráda, že jsem z toho venku. A že můžu prožívat všechno, nejen ten sex, ale i celý život.“

„Až teď si vlastně uvědomuju, že se to klidně změnit nemuselo. Že jsem klidně doted' mohla být sama, doted' nevědět, jak krásnej může sex být, jaký je to prožít orgasmus.“

5.5.4 Absence partnerského vztahu

Lenka v době, kdy trpěla poruchou příjmu potravy, neměla žádný vážný partnerský vztah. Sice se Lenka s kluky stýkala, chodila na rande a měla s nimi sexuální kontakt, ale vztahové souvislosti ji v tomto směru nijak nezajímaly.

„Jak jsem říkala, s klukama jsem na rande chodila, občas se s někým vyspala. Ale jinak mě ti kluci vůbec nezajímali. A myslím si, že jsem jim to pak dávala i dost najevo.“

O vztah Lenka zájem neměla i přesto, že jí kluci výrazně věnovali pozornost. Nejprve Lenka těmto klukům pozornost také věnovala, psala si s nimi přes telefon, šla na rande a dokonce se s nimi sblížila i sexuálně. Potom se jim ale začala vyhýbat, přestala jim odpovídat na zprávy, a hledala různé výmluvy, aby se jí už sami nesnažili vyhledávat a kontaktovat.

„Chovala jsem se v tomto směru opravdu divně. Prvně jsem si s něma třeba psala celý dny a noci přes mobil, věnovala jim nějakou pozornost a čas, šla s něma párkrát na

rande, ale když došlo třeba na samotný sex, nebyla jsem schopná si to prostě užít. A potom jsem s nima úplně kontakt utnula.“

„Neodepisovala jsem jim pak na zprávy, nezvedala telefony. Třeba jsem jim schválně řekla, že ten sex s nima byl fakt strašnej nebo něco podobnýho, aby se mi už raději neozývali. Nebo jsem jim řekla, že mám někoho jinýho. Bylo mi jedno, co si o mně pak budou myslet.“

Lenka jako možný důvod absence partnerského vztahu v období její mentální anorexie uvedla to, že si sama uvědomovala, jak závažný problém s poruchou příjmu potravy měla. Tento problém s nikým dalším sdílet nechtěla, nepřála si, aby na to někdo přišel, a je jasné, že například partner by si něčeho takového mohl lehce všimnout. Současně Lenka řekla, že v té době ani netoužila mít někoho ráda.

„Někde uvnitř jsem si uvědomovala, čím procházím, že mám velký psychický problém, že jsem nemocná. A nechtěla jsem do toho zatahovat další lidi, s nikým jsem to rozhodně nechtěla sdílet, ani mluvit. Tím pádem je jasný, že nějaký přítel nebo partner by prostě s tímto nešel dohromady. Ten by to určitě zjistil, všiml by si. A já jsem po tom ani netoužila.“

„Netoužila jsem někoho mít ráda, bylo mi to úplně jedno. Prostě mi bylo jaksi jedno všechno kromě hubnutí a těch věcí kolem.“

S tím, že Lenka neměla žádný partnerský vztah, souvisel i fakt, že se nechtěla citově vázat. Lenka v rozhovoru řekla, že nebyla schopná někoho mít ráda nebo milovat. Přesto prý různých emocionálních výkyvů a změn nálad zažívala v tomto období hodně. Někdy se jen tak rozplakala, jindy měla výrazně dobrou náladu, jednoduše se potýkala s výraznou emocionální nerovnováhou. Chovat nějaké city k druhé osobě ale Lenka prostě nemohla. Svěřila se, že možná sama sobě bránila se do někoho zamilovat, protože se bála citově vázat.

„Byla jsem, jak neschopná citů, jako kdybych nemohla ani mít ráda nebo milovat. Nepopsala bych to ani tak, že jsem byla chladná. Protože emocionálních výkyvů a takových těch různých nálad jsem měla hodně. Často jsem i plakala, nebo naopak z ničeho nic měla z něčeho hroznou radost. Nálada mi dost haprovala. Ale nějakýho citu k druhé osobě jsem schopná nebyla.“

„Myslím si, že i sama sobě jsem bránila v tom, abych se třeba nezamilovala. Nějak jsem se toho bála.“

Až po určitém zlepšení jejího onemocnění a terapii začala Lenka pociťovat, že nechce být sama. Prošla si pár vztahy a nyní má vážný partnerský vztah, ve kterém je šťastná.

„Až když jsem se trošku vyrovnala sama se sebou, se svojí nemocí, začalo mi vadit, že jsem stále sama. Postupně jsem si prošla pár vztahy...“

„...mám partnera a v tomto směru se cítím dobře. Přišlo mi celkově, že když jsem se z anorexie začala trochu dostávat, otevřely se mi úplně dveře, a začala jsem vidět věci, které jsem dříve ani neviděla, neznala.“

Nejvýrazněji se vyskytující fenomény v rozhovoru s informantkou Lenkou:

- Nepřitažlivá a neatraktivní sama pro sebe;
- Sex jako způsob přiblížit se ostatním;
- Promiskuitní chování;
- Absence sexuálního prožitku;
- Nezodpovědnost v sexuálním chování;
- Absence partnerského vztahu;
- Neschopnost citů a citových závazků.

5.6 Výsledky rozhovoru s informantkou Martinou

Přehled hlavních témat rozhovoru s informantkou Martinou:

- Sama sobě nepřitažlivá a neatraktivní;
- Problémy v sexuální a partnerské oblasti;
- Absence dalšího partnerského vztahu;
- Promiskuitní chování v současnosti;
- Neschopnost citově se vázat v současnosti.

5.6.1 Sama sobě nepřitažlivá a neatraktivní

V rozhovoru s Martinou jsme především rozbírali to, jak sama se sebou a svým vzhledem nebyla nikdy spokojená. Martina řekla, že přece z nějakého důvodu musela začít hubnout, a to asi proto, aby se líbila sama sobě, ale i mužům. Ze začátku Martina sama sebe nebrala jako přitažlivou ženu. A i přesto že cvičila, držela dietu a oslovovalo ji dost mužů, Martina na sobě stále hledala nějaké nedokonalosti.

„Nejsem si jistá, jestli jsem se sama sobě líbila nebo ne. Protože z nějakýho důvodu jsem přece musela začít hubnout. A možná to bylo právě proto, abych se líbila chlapům. Takže asi ze začátku jsem sama sebe nebrala jako přitažlivou ženu, která by lákala chlapy. Ale když jsem dodržovala striktní dietu a hodně cvičila, oslovovalo mě dost chlapů, hlavně ve fitku.“

„Hodně jsem se prohlížela v zrcadle, zkoumala každý centimetr svého těla. Musím říct, že jsem v té době, aspoň teda ze začátku hubnutí, byla dost fit, vysportovaná, štíhlá a fakt si myslím, že dost hezká a atraktivní. Ale přesto jsem pořád na sobě hledala nějaké nedokonalosti, věděla jsem třeba, že mám hodně malý prsa a z toho jsem dost měla mindrák.“

Jak na sobě Martina stále hledala něco neatraktivního pro muže, zaměřila se hlavně na svoje prsa, která jí přišla malá a pro muže nepřitažlivá. A tak se rozhodla, že tento problém vyřeší plastickou operací zvětšení prsů. Ale ani to Martině nepomohlo, aby na sebe a svoje tělo začala nahlížet pozitivněji nebo se sama sobě začala líbit. Proto ve snaze líbit se sobě a mužům hubla stále dál.

„Nechala jsem si zvětšit prsa silikonama. Ale samozřejmě ani to mi moc nepomohlo, abych se cítila ve svém těle dobře a hubla jsem pořád dál.“

Martina si v té době dokonce našla přítele, a i když jí přítel říkal, jak moc je pro něj atraktivní, jak moc se mu líbí, Martinu ani to nezastavilo v dalším hubnutí. A když už jí přítel říkal, že je možná až moc hubená, ani na to Martina nereagovala a hubla stále více.

„Našla jsem si v té době přítele. Ten mi pořád říkal, jak jsem krásná, jak ho vzrušuju a mně to dělalo fakt dobře. Jenomže mě to asi spíš víc podnítilo, abych hubla dál.“

„Několikrát to chtěl se mnou řešit, říkal, že už jsem na něj moc hubená, a že chce, abych byla zdravá... Ale já to jako by neslyšela. Chtěla jsem hubnout víc a víc. Přitom

nemůžu říct, že bych se sama sobě až tak nelíbila, nebo že bych si nepřipadala přitažlivá. Jen mě něco hnalo pořád dál a dál, nechtěla jsem přestat. Nejspíš jsem si tím chtěla něco dokázat.“

5.6.2 Problémy v sexuální a partnerské oblasti

Vztah s přítelem byl ze začátku zcela ideální a vyvíjel se perspektivně. Jak se ale u Martiny stále hlouběji rozvíjela mentální anorexie, začaly se také vyskytovat problémy v jejím sexuálním životě a partnerském vztahu.

„Ze začátku jsme s přítelem neměli v sexu žádný problém. Všechno klapalo, jak mělo. Mně se s ním sex rozhodně moc líbil a věřím, že mu se mnou taky. Postupně, až tak trochu vyšel najevo můj problém s jídlem, jsme spolu začali spát míň a míň.“

Martina v rozhovoru uvedla, že problémy v jejich sexuálním životě byly způsobené z obou stran partnerů. Přítel Martiny věděl, že má problém s poruchou příjmu potravy a chtěl tento problém řešit. Také se mu Martina asi nelíbila tak, jako na začátku jejich vztahu, protože už byla velmi výrazně hubená. A Martina postupně přestala o sex mít zájem. Popsala, že byla spíše taková utlumená a uzavřená.

„Myslím si, že to bylo tak nějak oboustranné.“

„On viděl, že mám nějaký problém, chtěl to řešit, ale já byla nepřítelna.“

„...asi jsem se mu už tolik nelíbila jako na začátku, byla jsem už opravdu dost hubená. No a já jsem zas tak nějak postupně zájem o sex ztrácela. Když si na to teď vzpomenu, byla jsem spíš taková utlumená, uzavřená, postupně víc a víc.“

Sex Martinu už nevzrušoval jako dříve a také už nebyla schopna mít při sexu orgasmus. Svěřila se, že u sexu nebyla vůbec svá, vlastně ani při samotném aktu na sex nemyslela. Myšlenkami byla úplně někde jinde. Přítel s ní tyto problémy chtěl několikrát řešit, ale Martina nevěděla, jak jejich problémy vyřešit. Sex jí přestal úplně bavit a přestala si ho užívat. S přítelem ale sexuální styk stále udržovala, protože měla strach, že se s ní může přítel rozejít nebo jí být nevěrný.

„Nevím ani vlastně pořádně proč, a spíš to vycházelo z mé strany. Neměla jsem na sex vůbec žádnou chuť. Sex mě přestal vzrušovat. A nebyl to už tak jako dřív, kdy jsem u sexu normálně měla orgasmus. Najednou, jako kdyby to nešlo, jako kdybych nebyla ani schopná orgasmus mít, ani se na něho soustředit.“

„Vlastně u toho sexu jsem na sex ani nemyslela. Byla jsem taková mimo, fakt úplně bokem.“

„Přítel mi několikrát říkal, že se mu to nelíbí, že se ve mně něco změnilo a jestli s tím může něco dělat. Chtěl na tom pracovat. Věděl, že sex je ve vztahu dost důležitý. Ale já tak nějak nevěděla, čím by to mohl spravit. Problém byl v podstatě ve mně, já se změnila, prohloubila se u mě anorexie a můj zájem o sex i jakýkoliv vzrušení opadlo.“

„Nebavilo mě to, často jsem to dělala jen kvůli příteli, aby se se mnou třeba nerozešel, nebo aby mě nepodvedl.“

Postupem času spolu Martina s přítelem spali stále méně a méně a jejich problémy se stále prohlubovaly. Partnerský vztah Martiny se pomalu rozpadal. Martina přiznala, že se výrazně změnila, že ji změnila mentální anorexie.

„Byla to celkem rapidní změna. Od holky, která milovala svého přítele, užívala si s ním sex a to vše kolem, najednou se z ní stala holka, která ani o sex a skoro ani o přítele neměla žádný zájem.“

5.6.3 Absence dalšího partnerského vztahu

S Martinou se přítel nakonec opravdu rozešel. Jejich problémy v partnerské i sexuální oblasti byly prostě nepřekonatelné. Z rozhovoru s Martinou je zřejmé, že vinu za rozpad partnerského vztahu bere zcela na sebe. Martinu rozchod silně zasáhl a přiznala, že doteď s ním není úplně vyrovnaná. V době po rozchodu začala Martina svoje problémy a poruchu příjmu potavy řešit a docházet za psychiatrickou.

„Vztah s přítelem šel vyloženě do kyttek, to není nic překvapivého. Rozešel se se mnou. Nezvládal už nic, co se našeho vztahu týkalo. Chtěl mi nějak pomoci z mého problému s jídlem, nechtěla jsem... Chtěl se mi věnovat po sexuální stránce, abych si sex užívala, nechtěla jsem... Chtěl se mnou trávit veškerý svůj volný čas, a opět – nechtěla jsem.“

„Ten vztah se rozpadl, cítila jsem, jako kdyby to bylo z ničeho nic, ale pak jsem si uvědomila, že v tomto stádiu už jsme se pohybovali skoro rok. A strašně mě to bolelo. I když jsem se sama v sobě pořádně nevyznala, ani jsem nevěděla, co se mnou je, ten rozchod mě fakt zasáhl.“

„Byla jsem po rozchodu totálně zlomená, neschopná dělat nic jinýho, než ležet v posteli, brečet a dívat se na filmy. V té době jsem vlastně nejedla vůbec. Mamka se po několika měsících na mě už nemohla dívat a objednala mě k psychiatrice. A v té době jsem ty problémy začala konečně řešit.“

Na bývalého přítele Martina i teď často myslí, i když od jejich rozchodu uběhly více než dva roky. Od rozchodu s bývalým přítelem Martina žádný jiný partnerský vztah neměla. Vinu za rozpad partnerského vztahu dala právě mentální anorexii a přiznala, že dalšího partnerského vztahu zatím schopná nebyla.

„Doted' mi je to dost líto, často na něho myslím a vzpomínám. Často přemýšlím, jaký by to třeba bylo, kdybych svůj problém začala včas řešit, a třeba bysme spolu ještě byli. Byl fakt úžasnej, ale to mi docházelo až potom.“

I přesto, že se v současné době Martina s muži stýká, partnerský vztah nemá. Martina řekla, že má nyní problém najít si partnera, kterému by mohla být věrná, s kterým by chtěla být výhradně.

„Bohužel mi ale přijde, že spíš chlapy jen střídám a neumím si s nimi vybudovat žádný vážnější vztah.“

„...moc se mi nedaří se nějak ustálit a najít si partnera, se kterým bych chtěla být, jako jen výhradně s ním a s nikým jiným.“

5.6.4 Promiskuitní chování v současnosti

Martina se po rozchodu s bývalým přítelem začala léčit s poruchou příjmu potravy. Její zdravotní stav, co se týče mentální anorexie, se výrazně zlepšil, a i v současné době dochází k psycholožce. Martina se ale po terapii začala chovat zcela jinak právě po sexuální stránce. Její současné sexuální chování můžeme popsat jako promiskuitní. Martina se v rozhovoru velmi otevřeně rozpovídala o tom, jak její sexuální život vypadá dnes.

„Mám spíš povrchní vztahy, sex si užívám, baví mě a mám ho dost. V současné době mám třeba pět chlapů, se kterými se tak nějak na střídačku vídám a spím s nima. Řekla bych, že je to trošku můj problém. Neumím si představit, že bych měla jednoho chlapa a byla mu věrná. Nějak to neumím.“

Martina uvedla, že jí její promiskuitní chování vyhovuje a zároveň ji trápí. Sama tvrdí, že už má věk na to, aby si našla stálého partnera, ale prostě toho zatím není schopná. S muži v současné době udržuje výhradně sexuální vztahy a většinou jich má několik zároveň.

„Na jednu stranu mě to strašně baví, užívat se nezávislosti, spát s kým chci, nevázat se na nikoho, tak trochu být promiskuitní... Na druhou stranu mě to dost trápí. Je mi dvacet čtyři, už bych mohla něco s někým začít budovat, vztah, budoucnost a to všechno kolem. Ale nejde to.“

Nedávno se prý Martina snažila spočítat, s kolika muži vlastně od rozchodu s bývalým přítelem tedy měla sexuální styk. Bylo jich tolik, že ji to samotnou trochu vyděsilo, až zaskočilo.

„...od té doby, co jsme se s tím přítelem rozešli, jsem spala asi s čtyřiceti nebo padesáti chlapama. Za dva roky a půl. Nedávno jsem to počítala, možná jich je ještě víc. Dost mě to vyděsilo, úplně jsem z toho zpanikařila.“

I když se podle Martiny někomu její život může zdát zajímavý, jako život ženy, která si užívá své nezávislosti, Martině postupně tento styl života vyhovovat přestává. Uvedla, že například její rodina i kamarádky od ní očekávají spíše stálejší a vážnější známost.

„Někomu se možná zdá, že jsem prostě ženská, která si užívá nezávislýho života a nevázanýho sexu, co na tom je tak špatnýho, ale třeba moje kamarádky mě v poslední době začaly dost soudit. A já se jim ani nedivím. Rodina taky, přijde jim to divné, že v mém věku nemám nějaký normální delší vztah.“

5.6.5 Neschopnost citově se vázat v současnosti

S Martininým promiskuitním chováním v současnosti také souvisí její neschopnost se citově vázat. Martina není dosud od rozchodu s bývalým přítelem schopna navázat vážný vztah s mužem. Jako důvod své neschopnosti se vázat uvedla například to, že se možná bojí dalšího možného rozchodu.

„Bud' se bojím, že mě třeba další možný rozchod raní, že mi to ublíží nebo někde uvnitř vztah nechci, já fakt nevím.“

Martina v rozhovoru popsala, že jakmile přestává cítit určitou volnost nebo svobodu, začne ji to výrazně svazovat. Cítí se nesvá a ví, že je něco špatně. I proto je pro ni nyní těžké vybudovat si vážnější vztah s jedním mužem. Martina prý zkoušela být věrná jednomu partnerovi, ale spíše z toho měla deprese, jak sama popisuje.

„Řekla bych, že je to trošku můj problém. Neumím si představit, že bych měla jednoho chlapa a byla mu věrná. Nějak to neumím.“

„Chvilku jsem to zkoušela, asi půl roku zpátky, ale cítila jsem, že z toho mám spíš deprese, než že by mi to bylo příjemný. Tak nějak, když přestávám cítit volnost, že si může dělat cokoli, začne mě to hrozně omezovat. V té chvíli vím, že je něco špatně.“

Svůj problém s promiskuitou i neschopností se vázat si Martina velmi výrazně uvědomuje. Martina v rozhovoru řekla, že určitě v budoucnu sama být nechce, ale že je si vědoma toho, že se její situace v nejbližší době zcela nezlepší.

„Ti chlapi, s kterými se vídám teď, mám více méně taky jen na sex. Z ani jednoho z nich se nestane určitě můj přítel.“

„Kdo ví, jak to teda bude do budoucna, ale určitě to tak nechci nechat, nebo nechci v tomhle bodě zamrznout a probudit se ve třiceti sama, bez chlapa, kterýho bych mohla mít ráda a ta dál. Toho se fakt děším. Chtěla bych taky rodinu, ale podle mě to prostě do třiceti nemám šanci stihnout.“

5.6.6 Nejvýrazněji se vyskytující fenomény v rozhovoru s informantkou Martinou:

- Nepřitažlivá a neatraktivní sama pro sebe;
- Nezájem o sex;
- Absence sexuálního prožitku;
- Promiskuitní chování;
- Absence partnerského vztahu;
- Neschopnost citů a citových závazků.

5.7 Výběr společných a individuálních témat / fenoménů

Po důkladném rozboru všech rozhovorů bylo potřeba nalézt společná a individuální témata napříč všemi případy. Velká část témat se v různých rozhovorech opakovala a propojovala, ale některá témata byla zcela individuální a specifická. Různá témata

a fenomény na sebe také zajímavě navazovaly, měly určité souvislosti, společné znaky i vzájemnou závislost.

Do konečné analýzy jsme zakomponovali všechny vyskytující se fenomény v rozhovorech, přitom některé z těchto fenoménů jsou velmi originální a podstatné pro náš výzkum.

5.7.1 Společná témata / fenomény

5.7.1.1 *Nepřitažlivá a neatraktivní sama pro sebe*

S tímto fenoménem jsme se setkali ve čtyřech rozhovorech s účastnicemi výzkumu. Například Ilona uvedla, že se ve svém těle necítila vůbec jako žena, což je pro rozvoj sexuality v době dospívání velmi důležité. Lenka v rozhovoru řekla, že se sama sobě nelíbila, že si nepřipadala atraktivní ani přitažlivá, a že se tato skutečnost odrážela i v jejím sexuálním životě. Ani postupným hubnutím a snižováním tělesné váhy si Lenka atraktivnější nepřipadala.

Toto téma bývá u pacientek mentální anorexie velmi běžné, připadají si neatraktivní a nepřitažlivé, jak samy pro sebe, tak i pro okolí. Zajímavé je, že se ve skutečnosti často jedná o velmi sympatické a pohledné dívky. A přitom se u těchto dívek setkáváme s tak nízkým sebevědomím, které často právě ovlivňuje možné navazování známostí, ale také jejich sexuální život.

Specifickým zjištěním bylo, že když některé dívky hubly stále více, což pro ně vnitřně mohlo znamenat určitý úspěch, tak naopak byly se svojí postavou a vzhledem čím dál méně spokojené. I když bylo jejich cílem stále více hubnout, a často se jim toto právě dařilo, tak čím hubenější ve skutečnosti byly, tím byly i více kritické ke svému vzhledu.

V rozhovoru s Martinou jsme především rozebírali to, jak sama se sebou a svým vzhledem nebyla nikdy spokojená a hledala na sobě neustále nějaké nedokonalosti. Dokonce podstoupila plastickou operaci zvětšení prsů, ale ani to jí nepomohlo, aby na svoji atraktivitu začala nahlížet pozitivněji. A i přesto, že Martina měla přítele, který jí dával najevo, jak je pro něj atraktivní, chtěla hubnout stále více.

5.7.1.2 Neschopnost citů a citových závazků

Na problematiku neschopnosti citů a citových závazků jsme narazili ve všech rozhovorech s účastnicemi. Tento fenomén mohl souviset s celkovou psychickou a duševní nevyrovnaností dívek. Dívky s mentální anorexií mívají často rozporuplné pocity, výkyvy nálad a jejich emocionální stránka bývá mnohdy nevyvážená.

U Ilony závisela neschopnost citů s její uzavřeností a introvertním chováním, o kterém mluvila také v kontextu současnosti. Neschopnost Jany citově se vázat souvisela hlavně s absencí partnerského vztahu. Neměla ráda ani sama sebe, natož aby si mohla budovat hlubší city k ostatním lidem. Jana si však nyní uvědomuje, jak výrazně strádala v duševní a citové oblasti osobnosti.

Katčina neschopnost citově se vázat měla spojení s jejím promiskuitním a sebestředným chováním v sexuální oblasti. Katka vedla spíše povrchní vztahy, založené jen na sexuálním kontaktu nebo na flirtování a svádění. City v těchto převážně krátkodobých vztazích nehrály žádnou roli. Když si k ní nějaký kluk vytvářel city, vyloženě ji to odpuzovalo. Lenka netoužila mít někoho ráda ani milovat, nechtěla se citově vázat. Prý možná sama sobě bránila se zamilovat. Zároveň se potýkala s výraznou emocionální nerovnováhou, chovat nějaké city k druhé osobě prostě nemohla.

S Martinou jsme rozebírali problém neschopnosti se vázat hlavně v současné době, po prodělané terapii. Martina se od rozchodu s bývalým přítelem před více než dvěma lety k nikomu citově nepřiblížila. Jako důvod své neschopnosti se vázat uvedla, že se možná bojí dalšího možného rozchodu. Když přestává cítit určitou volnost nebo svobodu, začne ji to výrazně svazovat.

5.7.1.3 Absence sexuálního života

Úplnou absenci jakéhokoli sexuálního života jsme rozebírali ve dvou rozhovorech s účastnicemi. Ilona velmi upřímně v rozhovoru sdělila, že nevedla žádný sexuální život před onemocněním mentální anorexií, ani v jejím průběhu, a to až do současnosti. Svěřila se, že ji absence sexuálního života trápí především v současnosti, ale že ji podstatně vnímala i v minulosti. Sama několikrát zmínila, že určitý vliv mentální anorexie na tento fakt pociťuje.

Jakmile se u Jany vyvinula porucha příjmu potravy, nestýkala se sexuálně s nikým několik let. Jana se především zaobírala věcmi, které souvisely s její poruchou příjmu

potravy, hubnutím, neustálým kontrolováním své váhy, svého vzhledu, jídelníčku a podobně.

U dívek s mentální anorexií bývá absence sexuálního života běžným fenoménem. V rozhovorech jsme na tuto problematiku naráželi opravdu častokrát. Dívky trpící mentální anorexií neztratí pouze sexuální život, ale mnohdy i běžný život takový, jak ho známe. Přestávají se chovat tak, jak se chovaly dříve. Můžeme u nich pozorovat různé změny chování i charakteru.

5.7.1.4 Nezájem o sex a ztráta zájmu o sex

Nezájmem o sex jsme se zabývali ve třech rozhovorech s účastnicemi výzkumu. U dívek s mentální anorexií se mnohdy setkáváme s tím, že ztrácí zájem o sexuální kontakt nebo u nich tento zájem ani nevznikne, pokud se porucha příjmu potravy vyvine ve velmi útlém věku. Středem zájmu takovýchto dívek je totiž především hubnutí, jídelníček, neustálá kontrola svého vzhledu, váhy apod. Dívky neztrácejí zájem jenom o sex, ale postupně o různé aktivity a činnosti ve svém životě.

V nezájmu o sex se u Ilony odrážela skutečnost, že zatím žádnou sexuální zkušenost neměla. Přiznala ale, že na jednu stranu po nějakém kontaktu s chlapci toužila. Jednoduše řečeno, prožívala určitý zmatek ve svých touhách a pocitech, což u dívek s mentální anorexií není nic neobvyklého.

Ilona v rozhovoru vyjádřila myšlenku, že dívka s mentální anorexií není schopna nějaké sexuální zkušenosti nebo sexuálního prožitku. Tuto myšlenku uvedla především v kontextu svojí osobnosti, protože přiznala, že se neorientuje, jak toto prožívají jiné dívky s mentální anorexií. Mluvila o této problematice i v současné době, kdy její nezájem o sex může souviset s tím, že má ze sexuálního kontaktu s chlapci strach.

Jana neměla během svého onemocnění mentální anorexií žádný sexuální život především proto, že o sex neměla zájem. Jana se díky anorexii více a více uzavírala do sebe, zaměřila se na svoje tělo, hubnutí, jídelníček a další věci související s její rozvinutou poruchou příjmu potravy. Tento jev bývá velmi častý, nijak zvláštní u anorektických dívek. Sex Janě nescházel i přesto, že si s bývalým přítelem byli velmi blízcí a jak sama řekla, po sexuální stránce spolu měli hezký a vyvážený vztah.

Nezájmu o sex a sexualitu si v době dospívání svého dítěte mohou všimnout i rodiče. Většinou právě totiž v době dospívání se u dívek objevuje zvýšený zájem o druhé

pohlaví, o sex a věci s ním spojené. Jana uvedla, že si jejího nezájmu o sex, celkově ale o kluky začala všimnout právě její maminka.

Jak se u Martiny stále hlouběji rozvíjela mentální anorexie, i ona ztrácela postupně o sex zájem. Řekla, že byla spíše taková utlumená a uzavřená, myšlenkami někde jinde. S přítelem ale sexuální styk udržovala, aby se s ní nerozešel a byl jí věrný.

5.7.1.5 Absence partnerského vztahu

Absence partnerského vztahu se z různých důvodů objevila ve všech rozhovorech s informantkami. U účastnic výzkumu měl tento fenomén návaznost na neschopnost se citově vázat, nezájem o sex, samotářství, sociální uzavřenost, ale například i na promiskuitu a nezodpovědnost v sexuálním chování. Dívky s mentální anorexií nejsou mnohdy schopny si partnerský vztah vybudovat nebo si jej udržet, někdy ani s muži navázat kontakt.

I když Ilona stále nebyla z mentální anorexie zcela vyléčená, trápilo ji, že nemá zatím žádné partnerské zkušenosti. To samozřejmě souviselo s její sociální uzavřeností a introvertním chováním. Ilona docela zarmouceně mluvila o tom, že by už konečně chtěla poznat, jaké to je „mít kluka“ a cítit, že ji má někdo rád. Sice věří ve svoji světlou partnerskou budoucnost, ale je si vědoma toho, že se v nejbližší době nic výrazně nezmění.

Jana velmi otevřeně mluvila o tom, jak dlouho byla sama bez partnera, ale i příležitostného randění. Nejprve Jana byla sama, protože chtěla znovu obnovit vztah se svým bývalým přítelem. Později byla sama proto, že se jejím středem zájmu stalo její tělo, hubnutí, kontrola nad sebou a svým jídelníčkem.

Katka v rozhovoru uvedla, že během svého onemocnění poruchy příjmu potravy neměla žádný vážný vztah. Lákaly ji výhradně vztahy založené na sexuálním styku a nic víc. Dlouhodoběji se také stýkala spíše s kluky, kteří po ní nic víc než sex nechtěli. Katka si teď ani nedokáže představit, jak by mohla mít v té době vztah. Zřejmě by nebyla schopna být věrná jednomu partnerovi nebo mít někoho ráda, což je pro vztah s druhým člověkem určitě důležité.

Lenka v době, kdy trpěla poruchou příjmu potravy, neměla žádný vážný partnerský vztah. Sice se Lenka s kluky stýkala, chodila na rande a měla s nimi sexuální kontakt, ale vztahové souvislosti ji v tomto směru nijak nezajímaly. Lenka si uvědomovala, že má

problém s poruchou příjmu potravy, ale nechtěla tento problém s nikým dalším sdílet. Nechtěla se ani k nikomu citově vázat.

S Martinou se přítel rozešel kvůli nepřekonatelným problémům v partnerské a sexuální oblasti. Rozchod ji silně zasáhl a přiznala, že doteď s ním není úplně vyrovnaná. Na bývalého přítele i teď často myslí, i když od jejich rozchodu uběhly více než dva roky. Od rozchodu s bývalým přítelem Martina žádný jiný partnerský vztah neměla, a to i přesto, že se v současné době se s muži stýká. Vinu za rozpad partnerského vztahu Martina dává právě mentální anorexii a přiznává, že dalšího partnerského vztahu zatím schopná nebyla.

5.7.1.6 *Nepřitažlivá a neatraktivní pro okolí, chlapce, kluky a muže*

Dvě účastnice výzkumu v rozhovorech mluvily o tom, že jim okolí dalo jasně najevo, že nejsou atraktivní ani přitažlivé. Protože jsou dívky s mentální anorexií ve většině případů velmi hubené, toto tvrzení je zcela pochopitelné. Pro dívky a ženy celkově je důležité se okolí líbit, hlavně klukům a mužům, tato atraktivita má samozřejmě souvislost s jejich partnerským a sexuálním životem. Dívky trpící mentální anorexií si často velmi osobně berou narážky na svoje tělo a na svůj vzhled.

Ilona se v rozhovoru rozpovídala, že se klukům nikdy nelíbila a dokonce ji až šikanovali. Smáli se jí, že nemá oproti ostatním dívkám žádná prsa a že je moc hubená. Bylo zřejmé, že jí tyto narážky na její fyzický vzhled nedělaly vůbec dobře.

Většinou se chlapci v pubertě zajímají především o vzhled dívek. Často to bývají právě sekundární znaky dospívání, které je na dívkách zaujmou, jako například růst poprsí, rozšíření boků a celkově měnící se postava z dívčí na ženskou. Dívky, které v tomto ohledu dospívají pomaleji nebo později, bývají mnohdy cílem nemístných poznámek a narážek, jak ze strany chlapců, tak ale i ze strany ostatních dívek. Některé dívky v období dospívání mohou být na takovéto komentáře dost citlivé, mohou pociťovat určité stavy frustrace a deprese ze svého vzhledu. I to se může například stát jedním z impulzů pro vznik poruchy příjmu potravy u dívek.

Jana byla v době, kdy trpěla poruchou příjmu potravy už hodně hubená a přestala se líbit lidem kolem sebe, zejména klukům. Jejím cílem bylo prvotně být pro okolí a kluky krásná, ale ve výsledku se jí to vůbec nepovedlo. Okolí zaujala spíše svojí výraznou vychrtlostí, kterou si lidé spojovali s poruchou příjmu potravy. Jana mluvila ale i o tom, že

si z ní kluci trochu dělali srandu, že není stejně vyvinutá jako ostatní dívky, moc hubená atd. Jana sama uvedla, že tyto jejich narážky pocítovala jako určitý druh šikany.

5.7.1.7 Pojetí výrazu hubená jako atraktivní, přitažlivá a sexy

S tímto fenoménem se nesetkáváme jen u pacientek s poruchou příjmu potravy, ale běžně u velké části populace. Když se totiž řekne, abychom si představili sexy a přitažlivou ženu, určitě si většina lidí vybaví krásnou a štíhlou ženu se zdravým vzhledem, zářivou pletí atd. Takže kult štíhlosti proniknul do pohledu veřejnosti na sexy, přitažlivého a atraktivního člověka. A dospívajícím dívkám jde především přeci o to být přitažlivé a atraktivní, hlavně pro chlapce a kluky. Není po tom tedy divu, že právě mladé dívky začnou hubnout s tímto cílem. O souvislosti hubenosti, přitažlivosti a atraktivity mluvily v rozhovorech dvě účastnice výzkumu.

Jana si spojovala hubenost s atraktivností a přitažlivostí. Přiznala, že cíleným hubnutím se jí nepodařilo být atraktivnější pro okolí, ale spíše naopak. Prvotně chtěla zaujmout okolí svojí štíhlou krásou, ve výsledku to dopadlo tak, že zaujala okolí svojí vychrtlostí a nelibivým vzhledem anorektičky. Nakonec jí tato pozornost okolí byla velmi nepříjemná.

I pro Katku být hubená znamenalo být přitažlivá a sexy. Zajímavé v rozhovoru s Katkou bylo, že ona připadala sama sobě atraktivní. Hubnout se jí dařilo velmi úspěšně a postupně jí to zvedalo sebevědomí. U Katky se mentální anorexie nestihla rozvinout natolik, aby byla nějak výrazně hubená nebo až vychrtlá.

5.7.1.8 Promiskuitní chování

Velmi výrazným a pozoruhodným fenoménem ve třech rozhovorech s účastnicemi byla promiskuita a promiskuitní chování. Katka v rozhovoru otevřeně mluvila o tom, jak kluky střídala a s kolika kluky a muži za období své poruchy příjmu potravy měla sexuální styk. Katčino promiskuitní chování určitě souviselo s tím, že se sama sobě líbila a měla vysoké sebevědomí. Zároveň se ale svěřila, že se za své promiskuitní chování v minulosti nyní stydí. Katka se také zmínila, že její problém se sexualitou a promiskuitním chováním se jí z dnešního pohledu jeví závažnější než její porucha příjmu potravy. Zároveň udala, že její porucha příjmu potravy a promiskuita spolu měly určitou souvislost a řešila je s pomocí psychologa současně. V současné době se už Katka dle jejího názoru promiskuitně nechová. Má vážný vztah, ale současnému příteli o své

promiskuitní minulosti raději nevypráví, protože se bojí, co by si o ní myslel a že by její minulost nepřijal. Zároveň Katka přiznala, že ze začátku jejich vztahu měla obavy, jestli dokáže být příteli vůbec věrná.

Lenka se s kluky sexuálně stýkala jen proto, aby se vyrovnala dívkám svého věku. Sama svoje chování nazvala jako promiskuitní. I přesto, že si randění ani sex s kluky neužívala, vystřídal takto několik známostí. Lenka popsala, že jí bylo vlastně úplně jedno, k čemu během rande došlo. Jako by si sama sebe vůbec nevážila. To, že s někým měla sex nebo se intimně stýkala, pro ni nemělo žádnou důležitost. Svěřila se, že se tyto zážitky z minulosti snaží raději ze své hlavy vytěsnit. Možná tak činí proto, aby sama sebe nemusela soudit a neměla ze sebe špatný pocit.

Martina se především potýkala s promiskuitou v současnosti, po léčbě mentální anorexie. Mluvila o tom, že má problém najít si partnera, kterému by mohla být věrná, s kterým by chtěla výhradně být. Martina uvedla, že jí její promiskuitní chování vyhovuje a zároveň ji trápí. Sama tvrdí, že už má věk na to, aby si našla stálého partnera, ale prostě toho zatím není schopná. S muži v současné době udržuje výhradně sexuální vztahy a většinou jich má několik zároveň. Nedávno prý počítala, s kolika muži vlastně od rozchodu s bývalým přítelem měla sexuální styk. Bylo jich tolik, že ji to samotnou trochu vyděsilo, až zaskočilo. Jakmile přestává cítit určitou volnost nebo svobodu, začne ji to výrazně svazovat. Cítí se nesvá a ví, že je něco špatně. I proto je pro ni nyní těžké vybudovat si vážnější vztah s jedním mužem. Prý zkoušela být věrná jednomu partnerovi, ale spíše z toho měla deprese, jak sama popisuje.

5.7.1.9 *Nezodpovědnost v sexuálním chování*

Zarážejícím fenoménem v rozhovorech byla nezodpovědnost v sexuálním chování dívek. Tento fenomén se vyskytoval u dvou informantek. Katka přiznala, jak nezodpovědně se při nezávazném sexu s kluky chovala. Často nemyslela na žádnou ochranu, nenapadlo ji ani to, že by třeba mohla dostat nějakou pohlavní nemoc. Sexuálně se stýkala s kluky, které znala většinou jen povrchně, neměla k nim žádnou důvěru, ale přitom ji nenapadlo se jakkoliv při sexu s nimi chránit. Také Lenka v rozhovoru uvedla, že ani nepřemýšlela nad antikoncepcí. Řekla, že jí bylo vlastně úplně jedno, k čemu během rande došlo. Z těchto výroků vyplynulo, že nezodpovědnost v sexuálním chování těchto dívek souvisela s nízkou sebeúctou a tím, že si nevážily samy sebe.

5.7.1.10 Absence sexuálního prožitku

S absencí sexuálního prožitku jsme se setkali u dvou účastnic výzkumu. Lenka si setkávání s kluky vůbec neužívala, vlastně se jí to nelíbilo. Dějala to jen proto, aby se vyrovnala kamarádkám a spolužačkám. I když se s kluky sexuálně stýkala, a bylo jich více, nebyla schopna si tyto sexuální zážitky nijak užít. Sex se jí vůbec nelíbil, spíš jí byl někdy až nepříjemný. Také v té době neměla tolik sexuálních zkušeností, aby měla s čím srovnávat. Lenka neprožívala žádné sexuální vzrušení, sex pro ni nebyl příjemný zážitek. Neznala orgasmus, i když předstírala před spolužačkami, že ho už měla. Jakmile se ale vyrovnala se svým onemocněním a sama se sebou, našla sebe i po sexuální stránce. Řekla, že dnes je pro ni sex příjemnou záležitostí. Lenka nyní nechápe, jak si něco tak krásného, jako je sex, nemohla nikdy předtím užít.

Martinu přestal sex vzrušovat jako dříve, protože se u ní stále více rozvíjela mentální anorexie. Také už nebyla schopna mít při sexu orgasmus. Svěřila se, že u sexu nebyla vůbec svá, že vlastně ani při samotném aktu na sex nemyslela. Myšlenkami byla úplně někde jinde. Martinu sex nebavil a neužívala si ho. S přítelem ale sexuální styk stále udržovala, protože měla strach, že se s ní může přítel rozejít nebo jí být nevěrný.

5.7.2 Individuální témata / fenomény

5.7.2.1 Sociální uzavřenost a introvertní chování

Sociální uzavřenost bývá u dívek s mentální anorexií běžným fenoménem. V souvislosti se sexuálním chováním o něm hovořila v rozhovoru účastnice Ilona. Iloně dělал problém jakýkoli sociální kontakt, ale především kontakt s muži, kdy se od ní očekával určitý druh chování, jako flirtování apod. Dívky s mentální anorexií mají problém líbit se samy sobě, natož aby měly pocit, že se mohou líbit někomu jinému, a že o ně může mít někdo vážný zájem. Často se tedy kontaktu s muži nebo chlapci záměrně vyhýbají, aby se vyvarovaly nepříjemným pocitům. Ilona ale uvádí, že i když neměla tendence chlapce oslovovat nebo s nimi být v kontaktu, vnitřně cítila, že je v ní něco špatně.

Se sociální uzavřeností u Ilony také souviselo její introvertní chování, jak v minulosti tak současnosti. Svěřila se, že ji poměrně dost trápí skutečnost, že je stále hodně uzavřená do sebe. Na prolínání její sociální uzavřenosti do současnosti mělo určité vliv to, že se stále s problémem mentální anorexie vypořádává, a že se léčí.

5.7.2.2 *Snaha hubnutím zachránit ukončený partnerský vztah*

S tímto fenoménem jsme se setkali v rozhovoru s Janou. Podle Jany byl spouštěčem její mentální anorexie rozchod s přítelem, který ji opravdu hluboce vnitřně zasáhl. Přítel se s Janou prý rozešel, protože za jejich vztah přibrala a přestala být pro něj atraktivní. Jana tedy začala hubnout nejprve proto, aby se k ní bývalý přítel vrátil. Hubnutí se jí postupně začalo vymykat z rukou a rozvinula se u ní porucha příjmu potravy. I přesto, že se Janě podařilo výrazně zhubnout, přítel se k ní vrátit nechtěl.

Zajímavé v rozhovoru s Janou bylo, že jakmile se u ní rozvinula porucha příjmu potravy, přestala mít zájem i o bývalého přítele. Jejím cílem se stalo spíše samotné hubnutí, než snaha získat přítele zpátky. Jana se zmínila, že ze začátku byla bývalým přítelem až posedlá, urputně chtěla, aby se k ní vrátil. Ale jakmile se jí hubnutí vymklo z rukou, tato posedlost se změnila v posedlost hubnutím.

5.7.2.3 *Zvyšování sebevědomí flirtováním*

Účastnice Katka v rozhovoru uvedla, že si flirtováním s kluky zvyšovala sebevědomí. Zájem kluků jí dělal moc dobře, uvědomovala si, že je pro kluky přitažlivá. I když Katka flirtovala se spoustou kluků, ne se všemi měla nakonec přímo sexuální styk. Nejvíce ji bavil právě proces flirtování a svádění, pocit, že ji nějaký kluk chce, že je žádoucí, že se někomu líbí a je středem zájmu. Když měla pocit, že má kluka tak trochu omotaného kolem prstu, přestal ji bavit a zaměřila svoji energii na jiného. Katčino zvyšování sebevědomí flirtováním souviselo především s jejím promiskuitním chováním v sexuální oblasti.

5.7.2.4 *Sexuální egoismus*

U informantky Katky jsme narazili také na fenomén „sexuální egoismus“. Katka v rozhovoru mluvila o svém promiskuitním chování, na které navazuje její egoistické chování v sexu. Popsala, že při sexuálním styku s různými kluky jí šlo především o vlastní uspokojení a orgasmus. Uspokojení nebo pocity kluků jí vůbec nezajímaly. V tomto případě můžeme hovořit o určité sebestřednosti, vyloženě egocentrismu. Katku nezajímalo, zda se sexuální styk líbil i druhé osobě, ale především jí šlo o to, aby se tento styk líbil jí. V současnosti má Katka partnerský vztah a řekla, že egoisticky se v sexu s přítelem už nechová.

5.7.2.5 Sex jako snaha vyrovnat se ostatním

V rozhovoru se Lenka rozvyprávěla, že se s kluky sexuálně stýkala především proto, aby se vyrovnala dívkám svého věku. Její spolužačky a kamarádky často mluvily o tom, jak se stýkají s kluky, jak chodí na rande a jak tyto zážitky prožívají. Všimly si toho, že sama o klucích moc nemluví a na rande nechodí. Aby se Lenka necítila špatně a měla si s kamarádkami co říct, tak zapadla do party a začala se s kluky vídat.

Lenka si přitom tyto styky s kluky neužívala, nijak se jí to nelíbilo. Dělala to vyloženě proto, aby se necítila jiná než ostatní. Takto vystřídala několik známostí, sama svoje chování nazvala tak trochu promiskuitním. Podle ní v té době měla velmi malou sebeúctu, sexuálně se stýkala s kluky a nemělo to pro ni žádnou důležitost.

5.7.2.6 Výrazný zájem o sex v současnosti

Zajímavým zjištěním byl výrazný zájem o sex v současnosti, na který jsme narazili v rozhovoru s Janou. Jana se přiznala, že po zlepšení jejího zdravotního stavu a prodělané terapii má dnes výrazný, až nadměrný zájem o sex. Její sexuální apetit v současné době jí prý vyhovuje, zároveň ale vyjádřila obavu, aby se z tohoto zájmu nestala závislost. Jana si byla vědoma, že i porucha příjmu potravy je závislostní chování, a tak tedy není nijak obtížné vytvořit si závislost jinou. Zatím se snaží mít vše pod kontrolou a spíše se k této problematice vyjádřila v pozitivním smyslu. V tom směru je důležité, že má Jana partnera, s kterým toto téma může otevřeně rozebírat a hovořit o něm.

5.8 Shrnutí výzkumu

Výzkumem byla zachycena zkušenost dívek a žen, které měly v minulosti mentální anorexii, a to se zaměřením na jejich sexuální život a prožívání. Z výsledků výzkumu vyplývá, že mentální anorexie výrazně ovlivňuje sexualitu a sexuální život dívek, ovlivňuje jejich sexuální chování, a to i v návaznosti na partnerský život. Rozhovory s účastnicemi výzkumu nám umožnily hluboké proniknutí do velmi specifické a citlivé problematiky v oblasti poruch příjmu potravy.

Z výzkumu jasně vyplývá, že dívky a ženy trpící mentální anorexií si mohou připadat neatraktivní, nepřitažlivé samy pro sebe, ale i o pro okolí, především pro chlapce, kluky a muže. Dívky nebo ženy s poruchou příjmu potravy bývají ve většině případů velmi hubené, až vychrtlé, což má samozřejmě vliv na jejich atraktivitu pro okolí. To, že se samy

sobě nelíbí a mají pocit, že se nelíbí ani klukům, výrazně ovlivňuje jejich partnerský a sexuální život. Můžeme se v tomto případě u dívek setkat i se sociální uzavřeností a introvertním chováním, které je při onemocnění mentální anorexií běžné, ale v souvislosti se sexualitou výrazně ovlivňují kontakt a komunikaci s možným partnerem. Účastnice výzkumu měly v období své mentální anorexie výrazný problém v oblasti citů a citových závazků. Některé se citově vázat nechtěly, protože se v tomto období chovaly nezodpovědně a promiskuitně, další se pak určitých citových závazků bály nebo jich prostě nebyly schopny. Některé z účastnic se popisovaly jako chladné, až bezduché bytosti, které neměly rády samy sebe, natož někoho dalšího.

Dívky se také potýkaly s absencí sexuálního života, která u nich měla souvislost s nezájmem nebo ztrátou zájmu o sex. Člověk trpící mentální anorexií je většinou otrokem své nemoci, neustále potřebuje mít svoje tělo a jídelníček pod kontrolou. Mnohdy se vzdává různých zájmů, aktivit a koníčků, postupně ho tato porucha příjmu potravy pohltí natolik, že není schopný přemýšlet o ničem jiném. To může mít samozřejmě za následek to, že se z života této osoby postupně vytratí veškerý zájem o sex, o intimitu a blízkost druhé osoby. Dívky v rozhovorech často mluvily o tom, že i několik let neměly žádný sexuální kontakt s nikým, a ani jim tento kontakt nechyběl. Na toto téma navazuje absence partnerského vztahu, která samozřejmě závisí i na problematice neschopnosti se vázat. Dívky si nemohly, někdy nechtěly, žádný partnerský vztah vybudovat, nebo si ho nebyly schopny udržet.

Během výzkumu jsme se také setkali s fenoménem, že si dívky spojovaly hubenost s atraktivností, přitažlivostí a se sexy vzhledem. Protože se některé účastnice chtěly klukům a mužům líbit, být pro ně přitažlivé, snažily se právě proto hubnout. Krok za krokem se u nich takto vyvinula porucha příjmu potravy, díky které často nebyly pro okolí ani kluky atraktivní a sexy, protože byly až moc hubené. I tyto skutečnosti zřetelně ovlivnily jejich sexuální chování a život. Dokonce jsme se v jednom rozhovoru s informantkou setkali s tím, že se pomocí hubnutí snažila zachránit ukončený partnerský vztah.

Zcela zajímavými, až fascinujícími, zjištěními byla promiskuitní chování a témata na něj navazující. Některé dívky se během onemocnění mentální anorexií chovaly velmi promiskuitně, střídaly sexuální partnery a provozovaly nechráněný styk. Z tohoto pohledu jsme se u zkoumaných dívek setkali s určitou nezodpovědností v sexuálním chování, ale například i se „sexuálním egoismem“, kdy se jedinec zabývá svým vlastním uspokojením

na úkor druhé osoby. V jednom rozhovoru s informantkou jsme také rozebírali flirtování jako prostředek ke zvyšování sebevědomí. Tato účastnice výzkumu sváděla a flirtovala s kluky za účelem naplnění své vnitřní potřeby, že je žádaná a chtěná ze strany mužů.

Dalšími tématy vynořujícími se z rozhovorů byly například touha vyrovnat se ostatním pomocí sexu. Účastnice se v tomto případě nechtěla cítit jiná než její vrstevnice, a tak se vídala a sexuálně stýkala s kluky, aby se takto spolužačkám a kamarádkám přiblížila. Dále pak také absence sexuálního prožitku, kdy dívky při sexu nepociťovaly žádné vzrušení ani orgasmus, žádné touhy a příjemné pocity. Přesto ale třeba sexuální styk stále provozovaly, například proto, aby si udržely partnerský vztah.

Pozoruhodným, a hlavně necíleným zjištěním, byl současný stav sexuálního života a sexuálního chování účastnic výzkumu. Narazili jsme tu na výrazný zájem o sex v současnosti, promiskuitu a promiskuitní chování s neschopností se vázat, prolínání absence sexuálního života do současnosti, ale i prolínání absence partnerského vztahu do současnosti. Některým dívkám se jejich sexuální život a sexuální chování posunuly po prodělání terapie a léčby zásadně k lepšímu. Jiným naopak dnes jejich sexuální chování vytváří různé komplikace v jejich životě.

Výzkum zřetelně zachytil životní zkušenosti a prožívání dívek s mentální anorexií. Zachytil skutečnost, jak onemocnění mentální anorexie ovlivňuje sexuální prožívání a sexuální chování těchto osob, a jaké dopady může mít potom na pacienty i v jejich budoucím životě. Výzkum zdůrazňuje důležitost problematiky poruch příjmu potravy ve společnosti, zároveň odkrývá jedinečnou a velmi citlivou zkušenost účastnic výzkumu.

Přínosem pro tento výzkum by mohly být rozhovory s rodinnými příslušníky, přáteli, životními partnery nebo terapeutů a lékaři účastnic. Tyto rozhovory by mohly vést k objektivnějšímu zachycení zkušeností s mentální anorexií. Pomocí rozhovorů s dalšími blízkými osobami účastnic bychom získali více pohledů na stejnou životní zkušenost a prožívání.

5.9 Doporučení pro praxi

Sexuální život je nedílnou součástí života každého člověka. Je důležitý jak pro reprodukci lidstva, tak pro uspokojení základních potřeb každého z nás. Z provedeného výzkumného šetření je patrné, že sexualita a sexuální život pacienta s mentální anorexií prokazují jisté patologické znaky a prochází určitými změnami. Jak se v průběhu

onemocnění mění celkový život pacienta, mění se i jeho sexuální stránka osobnosti. Při léčbě poruch příjmu potravy je důležité, aby se odstranily všechny patologické projevy onemocnění a jedinec se vrátil do svého původního zdravého přístupu k životu a ke svému tělu. Je také podstatné zaměřit se na návrat pacienta ke zdravému sexuálnímu životu a sexuálnímu chování. Z výzkumu jasně vyplývá, že i po prodělané terapii a léčbě mívají pacienti s mentální anorexií problém navrátit svůj sexuální život do takového stavu, který by jim vyhovoval a uspokojoval je. Mohou být stále sociálně izolováni, sexuálně neaktivní, neschopni navázat kontakt s druhou osobou, neschopni citově se vázat a vytvářet partnerský vztah. Nebo naopak mohou být nadměru sexuálně aktivní, promiskuitní a v sexuálním chování nezodpovědní. Můžeme se také setkat s problémem, že se závislostní chování pacienta projeví právě v sexuální oblasti. Takže ani skutečnost, že se pacient s poruchou příjmu potravy z onemocnění vyléčí, nezaručuje, že se jeho sexualita a sexuální život vrátí do původních nebo „standardních“ mezí. Při terapii a léčbě je tedy vhodné brát ohled i na tuto problematiku a projevit zájem nejen o pacientův zdravotní a psychický stav, ale o jeho život jako celek. O jeho sociální začlenění do společnosti, kontakt s opačným pohlavím, partnerský, intimní a sexuální život.

Začlenění problematiky sexuálního života pacientů s poruchou příjmu potravy do vzdělávání může pomoci hlavně osobám v pomáhajících profesích lépe porozumět prožité zkušenosti těchto jedinců. Je vhodné, aby hlavně pracovníci v pedagogických, psychologických, zdravotnických a sociálních oblastech, kde mohou přijít ke kontaktu s poruchami příjmu potravy, byli s patologickým sexuálním chováním osob s mentální anorexií obeznámeni. Také by měli být schopni o této problematice s pacienty mluvit a poskytnout jim v tomto ohledu odbornou pomoc.

Na téma mentální anorexie a poruch příjmu potravy se uskutečňuje nespočet seminářů, přednášek a workshopů. Záměrem takových aktivit je nejen prevence, ale také přímé zacílení na různé rizikové skupiny, kterých se tato onemocnění týkají. I problematika sexuálního chování a sexuality osob s poruchami příjmu potravy by měla být obsahem těchto veřejných projevů. Samozřejmě by neměla být stěžejní nebo hlavní, protože sama o sobě problematika poruch příjmu potravy je velmi rozsáhlá a komplikovaná. Může být ale na seminářích a přednáškách zmíněna, aby i laická veřejnost měla základní informace o tom, jak komplexní může být onemocnění poruchou příjmu potravy a jak silně ovlivňuje chování a prožívání osob s tímto onemocněním.

5.10 Diskuze k výzkumnému problému

Provedených výzkumů na téma sexuálního chování u poruch příjmu potravy je mnoho, ale ne všechny se zcela shodují ve svých výsledcích. U těchto poruch se vyskytují stejné problémy, fenomény a abnormality v sexuální oblasti, ale nelze například přesně určit, zda začínají mentální anorektičky nebo bulimičky se sexuálním životem dříve, která z těchto skupin má větší nebo menší zájem o sex apod. Z různých výzkumů vyplývá, že nelze jasně stanovit, jak se rozvíjí a mění sexualita a sexuální chování dívek s poruchou příjmu potravy. Tato onemocnění mají natolik nejasnou etiologii, že není možné vyvozovat přesné teorie či pravidla, ať už hovoříme o sexuálním chování nebo o chování těchto dívek celkově.

Problematikou sexuality u dívek s poruchou příjmu potravy se zabývali například Jan Poněšický, Hubert Lacey, David Vaněk, Jiří Raboch, František David Krch a další autoři. Jejich zjištění a stanoviska k sexualitě mentálních anorektiček a mentálních bulimiček jsme rozebírali už v teoretické části v kapitole „Mentální anorexie a sexuální chování“. Výzkumy a pozorování těchto autorů měly v zásadě stejný nebo podobný charakter závěrů. A to, že dívky s poruchami příjmu potravy jsou výrazně svým onemocněním ovlivněny v oblasti sexuálního života a sexuality. Můžeme u nich zaznamenat jak úplnou sexuální abstinenci, sociální izolaci, nezájem o sex, tak promiskuitní chování, zvýšený zájem o sex a určitou nezodpovědnost v sexuálním chování.

Zkoumat sexuální chování je samo o sobě velmi komplikované, protože může být ovlivněno mnoha různými faktory. Jako každé chování souvisí se samotným charakterem osoby, výchovou, zkušenostmi, hormonálním stavem, psychickým stavem atd. Výzkumy spojené se sebeposuzováním zkoumaných osob jsou vždy ohroženy určitým zkreslením dat, ochotou pravdivě vypovídat apod. Zároveň získávání takto intimních a osobních informací od účastníků výzkumu vyžaduje určitou míru důvěry, empatie, pochopení a velmi citlivý přístup.

Onemocnění poruchou příjmu potravy se většinou rozvíjí v období dospívání a adolescence. Toto období je klíčové z hlediska psychosexuálního vývoje mladých dívek a žen, a právě proto můžeme nacházet tak výrazný vliv těchto onemocnění na jejich sexualitu a sexuální chování. V tomto směru lze také hovořit o pojetí vlastní identity, kdy si dívky v dospívajícím věku tuto identitu většinou vytvářejí. Jejich pojetí vlastní identity

bezesporu souvisí i s pojetím sexuální identity, která tak může být zkreslená a ovlivněna negativními důsledky poruch příjmu potravy.

Výsledky výzkumů ohledně sexuality a sexuálního chování mentálních anorektiček nelze většinou srovnávat. Vždy pracujeme s jiným výzkumným souborem a výsledky takovýchto výzkumů mají jistou míru omezení, související například s trváním poruchy příjmu potravy, počátečním věkem onemocnění, pravdivostí uvedených informací apod. Každá zkušenost pacienta s poruchou příjmu potravy je tak specifická a originální, že ji nelze stavět vedle zkušenosti jiného pacienta. I přesto výzkumy v této oblasti přináší velký přínos pro studium dané problematiky, protože jejich výsledky a zjištění mají většinou podobný nebo stejný charakter, opakují se stejná témata, fenomény, problémy a patologické jevy. Výčet těchto témat je široký, avšak míra jejich projevů a výskytů u každého pacienta je odlišná.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo introspektivně zachytit pohled dívek s mentální anorexií na svoje sexuální chování a sexuální život. Tohoto cíle bylo zvolenou výzkumnou metodou dosaženo a podařilo se úspěšně analyzovat životní zkušenost dívek a žen, které prošly mentální anorexií. Výzkumná data byla získána pěti polostrukturovanými rozhovory s dívkami a ženami, které v minulosti prodělaly poruchu příjmu potravy, přímo mentální anorexii. Rozhovory byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy – IPA.

K hlavnímu cíli výzkumu se vážou tři dílčí cíle výzkumu, které jsou definovány na začátku praktické části v kapitole „Cíl výzkumu“. Postup zpracovávání dat je uveden v části „Metodologie výzkumu“, samotné výsledky jsou podrobně popsány v části „Výsledky výzkumu“ v jednotlivých rozborech rozhovorů a dále v kapitole „Výběr společných a individuálních témat a fenoménů“.

Před zahájením výzkumu byly vytyčeny čtyři výzkumné otázky, které jsou vypsány na začátku praktické části v kapitole „Cíl výzkumu“. Na výzkumné otázky se úspěšně podařilo najít odpovědi a následně byly stanoveny určitá styčná témata a fenomény, které s těmito otázkami souvisely. Souhrn odpovědí na výzkumné otázky je uveden v kapitole „Shrnutí výzkumu“.

Významné bylo v diplomové práci zjistit, jak dívky a ženy vnímaly svoje vlastní sexuální chování a svůj sexuální život v období onemocnění mentální anorexií, jak jejich chování a jednání ovlivnilo jejich partnerský život a život celkově, také jak toto chování mohlo z jejich pohledu vnímat i okolí. Podstatné bylo také zachytit, jak tyto dívky a ženy vnímaly svoji vlastní sexualitu, zda dokázaly zaznamenávat určité problémy ve svém životě, a pokud ano, tak jestli byly schopny je definovat jako negativní důsledky poruchy příjmu potravy.

Možnosti dalšího výzkumu, který by se mohl věnovat problematice mentální anorexie, jsou velmi široké a neomezené. Výzkumy spojené s tematikou poruch příjmu potravy jsou pro oblast sociální pedagogiky přínosné, mohou pomoci při preventivní činnosti těchto onemocnění, při samotném řešení jejich průběhu, ale také při potýkání se s jejich následky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNÁROVÁ, Lenka, 2013. *Sexualita náctiletých*. Diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická, Katedra Antropologie.
- BITTNEROVÁ, Soňa, 2017. *Interpretativní fenomenologická analýza prožívání osob ohrožených trestným činem obchodování s lidmi*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie.
- BROUDE, J. Gwen, 1994. *Marriage, Family and Relationships: A Cross-Cultural Encyclopedia*. Santa Barbara: ABC-Clio Inc. ISBN 0-8743-6736-0.
- COOPER, J. Peter, 1995. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-97-2.
- ČIHÁKOVÁ, Tereza, 2016. *Poruchy příjmu potravy u adolescentů*, Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta pedagogická, Katedra psychologie.
- DELAMATER, D. John; HYDE, S. Jane, 1998. *Essentialism vs. Social Constructionism in the Study of Human Sexuality*. In: *The Journal of Sex Research* 35.
- DOLEŽALOVÁ, Lucie, 2014. *Poruchy příjmu potravy se zaměřením na anorexii, bulimii a možnosti jejich léčby*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- DVOŘÁKOVÁ, Gabriela, 2012. *Rizikové faktory poruch příjmu potravy*, Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta.
- FAFEJTA, Martin, 2004. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: Jan Piszkiwicz. ISBN 80-86768-06-6.
- GAGNON, H. John, 1999. *Sexual Conduct: As Today's Memory Serves*. In: *Sexualities*. Roč. 2, č. 1.
- GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HAIMES, A. Lesser; KATZ, L. John, 1988. *Sexual and Social Maturity Versus Social Conformity in Restricting Anorectic, Bulimic and Borderline Women*. In: *International Journal of Eating Disorders* 7.
- HALL, Lindsey; COHN, Leight, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era Group spol. ISBN 80-86517-60-8.
- HUDLIČKA, Petr, 2003. *Prožívání - zkušenost - životní svět: O cestách do světa na zkušenou*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-323-7.
- HUSSERL, Edmund; PATOČKA, Jan, 2001. *Idea fenomenologie a dva texty Jana Patočky k problému fenomenologie*. Praha: Oikoymenh. ISBN 80-7298-023-8.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JACKSON, Eve, 2004. *Jídlo a proměna*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, s. r. o. ISBN 80-85880-37-7.

JACKSON, Stevi, 2003. *Heterosexuality, Heteronormativity and Gender Hierarchy: Some Reflections on Recent Debates*. In: WEEKS, Jeffrey; HOLLAND, John; WAITES, Matthew. *Sexualities and Society: A Reader*. Malden, MA: Distributed in the USA by Blackwell Publishing. ISBN 0-7456-2249-6.

KINGSBERG, A. Sheryl, 2000. *The Psychological Impact of Aging on Sexuality and Relationships*. In: *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine 9*.

KNAP, Alois, 2015. *Sociologie sexuality – Od reprodukce k rekreaci*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta filozofická, Katedra sociologie a andragogiky.

KRCH, D. František, 1999. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, D. František, 2000. *Bulimie aneb jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-946-2.

KRCH, D. František, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, D. František, 2003. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN-80-2470-527-3.

KRCH, D. František, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, D. František, 2010. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

LACEY, J. Hubert; PHIL, Michael, 1982. *The Bulimic Syndrom at Normal Body Weight: Reflections on Pathogenesis and Clinical Features*. In: *International Journal of Eating Disorders 2*.

LAŠŠANOVÁ, Dagmar, 2013. *Problematika jedince s mentální anorexií a bulimií a jeho začlenění do společnosti*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie a patopsychologie.

MALONEY, Michael; KRANZOVÁ, Rachel, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, s. r. o. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva, 2006. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-70-9.

MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.

MCCORMICK, B. Naomi, 2010. *Preface to Sexual Scripts: Social and Therapeutic Implications*. In: *Sexual and Relationship Therapy*. Roč. 25, č. 1.

MCNEIL, Dwight, 1994. *Blood, Sex and Hormones: A Theoretical Review of Women's Sexuality Over the Menstrual Cycle*. In: P. Y. L. Choi, P. Nicolson, *Female Sexuality*, s. 56-82. London: Harvester Wheatsheaf.

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

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava; ČEŠKOVÁ, Eva; SOBOTKA, Luboš, 2000. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS. ISBN 80-85912-33-3.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-81-6.

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

PAPEŽOVÁ, Hana; HANUSOVÁ, Jana, 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

PLUMMER, Ken, 2001. In Memoriam: William Simon (1930-2000). In: *Sexualities*. Roč. 4, č. 2.

PONĚŠICKÝ, Jan, 1999. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-050-5

ROMANČENKOVÁ, Eva, 2015. *Jak vidí sama sebe dívka/žena s anorexií*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky.

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo; HYTYCH, Roman a kolektiv, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

SKOČOVSKÝ, D. Karel, 2004. *Sexualita a manželská spokojenost při používání symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství u religiozní populace*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav.

SLAVÍČKOVÁ, Bronislava, 2011. *Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

SMITH, A. Jonathan; FLOWERS, Paul; LARKIN, Michael, 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Thousand Oaks: Sage. ISBN 978-1-4129-0834-4.

SMITH, A. Jonathan; OSBORN, Mike, 2003. *Interpretative Phenomenological Analysis. In J. Smith (Ed.), Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods.* London: Sage.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VANDEREYCKEN, Walter; NORRÉ, Jan, 2005. *Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy.* In: KRCH, D. František, 2005. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.

VANĚK, David; RABOCH, Jiří; FALTUS, František, 1996. *Sexuální vývoj, pohlavní zneužití a poruchy příjmu potravy.* In: *Praktický lékař 76.*

VRHEL, František, 2002. *Antropologie sexuality: Sociokulturní hledisko 4. Panoráma biologické a sociokulturní antropologie.* Brno: Nadace Universitas Masarykiana. ISBN 80-210-2821-1.

WEEKS, Jeffrey, 1991. *Sexuality.* Repr. London: Routledge. Key Ideas. ISBN 0-415-03954-1.

WEISS, Petr; ZVĚŘINA, Jaroslav, 2001. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-558-X.

WEISS, Petr, 2001. *Homosexualita.* In: ŠULOVÁ, Lenka; FAIT, Tomáš; WEISS, Petr. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

WEISS, Petr, 2011. *Evoluční základy partnerského výběru.* In: ŠULOVÁ, Lenka; FAIT, Tomáš; WEISS, Petr. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEST, Christopher, 2003. *Theology of the Body Explained.* Leominster: Gracewing. ISBN 0-8198-7410-8.

WIEDERMAN, W. Michael, 2005. *The Gendered Nature of Sexual Scripts.* In: *The Family Journal.* Roč. 13, č. 4.

ŽMOLÍKOVÁ, Jana, 2006. *Sexualita a sexuální chování žen nemocných mentální bulimií.* Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

Internetové zdroje

Rehabilitace.info, Magazín o zdraví [online]. Výpočet BMI, Body Mass Index. [cit. 16. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/vypocet-bmi-body-mass-index/>

BODY ZONE, kulturistika & fitness [online]. Jak se stát mistrem světa – Body mass index. [cit. 11. 08. 2015]. Dostupné z: <http://www.body-zone.cz/c-84-Jak-se-stat-mistrem-sveta-Body-mass-index-695>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1.	Body Mass Index – vzorec pro výpočet.....	27
Obr. 2.	Kategorie BMI a zdravotní rizika.....	28

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s informantkou Ilonou.....	120
Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s informantkou Janou.....	123
Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s informantkou Katkou.....	126
Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s informantkou Lenkou.....	129
Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s informantkou Martinou.....	132

PŘÍLOHA č. 1: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU ILONOU

Výzkumník: *Jak jsi vnímala sama sebe po sexuální a intimní stránce v době, kdy jsi měla mentální anorexii?*

Ilona: Tak já se sama sobě nikdy nelíbila. Natož v době, když jsem procházela tím nejhorším obdobím v mé anorexii. Oproti kamarádkám jsem si přišla dost nepřítažlivá, nevýrazná, taková šedá myška. Klukům jsem se vůbec nelíbila, to vím určitě. Spíš si ze mě dělali srandu, že nemám žádná prsa, že jsem vychrtlina a podobně. A já svoje tělo nemohla ani vidět. A čím víc jsem hubla, tím to podle mě bylo horší. Víc a víc jsem se začala vzhledově odklánět od kamarádek a spolužaček, a to jsem si dost uvědomovala. Viděla jsem, jak ony mají prsa, kluci se o ně začínají zajímat a flirtují s nima. Já naopak hubla pořád víc a víc, dokonce jsem ani nedostala měsíčky, to už mi bylo patnáct. Ale před holkama jsem to nikdy neřekla, tvářila jsem se, že je jako všechno v pořádku. Byla jsem jediná ze třídy, kdo ještě nedostal měsíčky. Nevnímala jsem se vůbec jako ženu, vlastně jsem i toužila vypadat jako dítě, holčička. Být co nejhubenější. A přitom jsem se za to nesnášela. Takže asi totální rozpor v tom, co chci, v pocitech a nějakých touhách. Já ani netoužila po tom, aby o mě kluci měli zájem, a vlastně mě to zároveň hrozně štvalo, že uháněli ostatní holky a mě ne. Nelákalo mě to ani, se s nima nějak bavít, flirtovat, nikdo se mi ani nelíbil. Podle mě jsem ve své hlavě řešila úplně jiné věci. Teď vím, že ne ty podstatné a důležité pro můj život, ale spíš pro pořádný rozjezd anorexie. Ráda bych řekla, že se to teď úplně změnilo, ale to taky není pravda. Myslím, že se z toho tak nějak pořád dostávám, bojuju s tím. Jsem dost introvertní a dělá mi problém jakýkoli kontakt s lidma, natož s klukama. Nevím, jestli to způsobila anorexie nebo prostě taková jsem, ale asi se budu muset postupně naučit pracovat nějak se svým chováním a navazováním vztahů, protože jinak budu asi sama.

Výzkumník: *Jaký měla mentální anorexie vliv na tvůj sexuální život a sexuální prožívání?*

Ilona: Tak já žádný sex ani sexuální život neměla a nemám. Což teda asi bude ten vliv anorexie. Tím, že se u mě anorexie objevila docela brzo, někdy kolem třinácti let, tak právě v době, kdy se holky začínají zajímat o kluky a tak. Mě to úplně minulo. Mě kluci nikdy pořádně nezajímali, nelákali. Byla jsem dost zahleděná do sebe, do svého hubnutí, do svého psaní deničku, co jsem snědla a další blbosti. Takže ano, z toho je asi pochopitelný, že jsem ještě nikdy žádného kluka ani sex neměla. Prostě mi přijde, že jsem překročila nějak ten věk, kdy s tím holky začínají a teď už nevím jak z toho ven. No a právě nevím, jestli mi tohle vše způsobila anorexie nebo prostě jsem taková už odjakživa. To nevím, ale rozhodně na to anorexie měla velkej vliv. Nezajímala jsem se totiž o nic jiného. Teď si dost uvědomuju, o co vše jsem přišla. Holky vždycky ve třídě vykládaly, jak byly na rande s tamtím a tamtím, jak se líbaly, co dělaly a tak. Já to na jednu stranu chtěla, na druhou stranu ne. A nenáviděla jsem se za obojí, že to chci, i že to nechci. Těžký popsat, měla jsem ve všem nehorázněj zmatek. Takže prostě můžu asi říct, že anorexie mi zřejmě nějaký sexuální život vzala, než jsem vůbec stačila zjistit co to je. Nevím, co je sex. Nevím, co se lidem na sexu tolik líbí a proč ho chtějí. Že to čtu na internetu, v časopisech nebo slyším od kamarádek, to prostě nestačí. To mi nevynahradí, že jsem sex nikdy neprožila. Nikdy jsem se ani s nikým nedopracovala k tomu, že bych se s ním mazlila, nebo se ho dotýkala, on

mě. Dala jsem si s klukem akorát pus, a to obyčejnou. A tím to asi skončilo. Strašný. Musím říct, že doteď z toho mám mindrák, chodím za psycholožkou a v poslední době nerozebíráme nic jiného, než můj neexistující sexuální život. Takže odpověď na tuto otázku podle mě je, že anorexie ovlivnila můj sexuální život dost. Myslím si, že prostě tím, jak je člověk zahleděnej do sebe, má takovej svůj vlastní svět, uzavřenej, nikoho si tam nepustí, tak prostě není schopnej se dopracovat k tomu, že by s někým prožil něco sexuálního. Nevím. Možná, že to jiný anorektičky mají jinak, ale já to tak měla. A popravdě to tak mám pořád. Nejsem pořád schopná nějak navázat, zapojit se do toho koloběhu, oslovit nějakýho kluka. Někdy i odmítnu jít na rande, abych se raději neztrapnila. Asi se totiž už bojím, že ani nebudu vědět, co dělat, kdyby na ten sex došlo. Jen když na to pomyslím, rozklepou se mi úplně nohy.

Výzkumník: *Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila tvůj partnerský a intimní život?*

Ilna: Tak asi stejně jako sexuální život. Protože jsem žádnýho kluka nikdy neměla, jak na sex, tak ani na vztah. Takže prostě žádnéj partnerskej život. Já vím, je mi teď sedmnáct, kdekdo by řekl, že mám teprve všechno před sebou. Ale když se podíváš kolem, všechny holky v mém věku buď mají kluka, nebo měly, nebo je střídají a tak dál. Prostě každá už má nějaký jak sexuální, tak partnerský zkušenosti. A já prostě pořád nic. A upřímně si myslím, že to ještě několik let ani nepřichází v úvahu. Protože teprve teď se z toho všeho, z anorexie, tak nějak vyhrabávám. Už teda skoro rok docházím na terapii, ale fakt mi přijde, že je to běh na dlouhou trať. Jsem pořád strašně uzavřená, nejraději jsem prostě sama. Přitom kluka už bych fakt chtěla. Chtěla bych zažít takový ten pocit, že tě má někdo rád, že na tobě někomu záleží, když teda opomenu samozřejmě rodiče. Cítit tu lásku. Já vlastně ani nevím, co láska je. Ten pocit jsem taky ještě nezažila. Sama se divím, že třeba o tom takhle dokážu mluvit i na terapii, ale dělat s tím nic nedokážu. Přijdu si na to hrozně slabá, nebo jak to správně říct, zlomená. Že se ve mně něco zlomilo, a já už nikdy nebudu taková, jaká jsem mohla být, kdybych si anorexií neprošla. Mohla jsem mít kluka, mohla jsem prožívat krásný chvílky, procházky za ruce, randička, polibky, první sex a to vše kolem. Neprožila jsem z toho bohužel nic, ani neprožívám. Jak to bude dál, těžko říct. Každopádně se pořád vypořádávám sama se sebou, pořád jsem se asi z anorexie ještě nedostala úplně. Takže i do té doby se to prostě jen tak nezmění. Teď se i snažím zaměřit trošku na školu, která šla v posledních letech bokem. Ležela jsem v nemocnici, docela dlouho, škole jsem se stejně nijak zvlášť moc nevěnovala, no a teď to musím dohánět, abych byla připuštěná vůbec k maturitě. Takže vlastně ve zkratce, možná až dodělám školu a dostanu se definitivně z anorexie, tak třeba budu mít to štěstí a potkám konečně někoho, kdo ve mně změni tu uzavřenost, samotu a chladnost.

Výzkumník: *Myslíš si, že některé změny nebo abnormality v tvém sexuálním chování vnímali lidé z tvého blízkého okolí?*

Ilna: Jo, to určitě jo. Když začnu těma spolužačkama a kamarádkama, ty viděly vždycky, že jsem prostě jiná. Nebo že jsem v tomhle ohledu asi někde jinde. Bavily se o tom pořád, o klukách, o sexu, o tom, co bylo a nebylo. Přišlo mi, že prostě nemluvily o ničem jiným, ale to v té pubertě je asi normální. No a kluci, ti to brali podle mě z pohledu, jak jsem byla hubená. Doráželi na mě, že jsem vychrtlina, plochá, dávali mi různé přezdívky, třeba jako

fošna, deska a tak. Takže spíš dávali najevo to, že jsem pro ně po sexuální stránce dost nepřitažlivá, hubená, vychrtlá a škaredá. Je jasný, že kluci se v tom věku dívali především na prsa. A ty já fakt neměla žádný. Fakt se za tu dobu nenašel ani jeden kluk, kterej by mi řekl, že se mu třeba líbím, nebo že je na mě něco hezkýho. Smutný. No a rodiče si začali všimnout celkově anorexie, že mám problém s jídlem, že hodně hubnu, že jsem samotářská, nevyrovnaná, náladová a pořád smutná. Taky se mi dost začal zhoršovat prospěch ve škole. Až v době, kdy to semnou začali nějak řešit, tak i potom se mě třeba ptali, co kluci, jestli někoho nemám, že by mi to možná pomohlo se z toho všeho dostat. Hodně si toho všiml tat'ka, že o kluky nemám zájem. Občas prohodil, že mi domluví jednoho brigádníka, co má ve firmě, že je to moc šikovnej kluk, rozumnej, vysokej a tak. Ale nadhodil to s takovou tou nadsázkou, že prostě věděl, že já stejně zájem mít nebudu. Mamku tak nějak celkově trápila ta anorexie samotná, to že nejím a že si zahrávám se svým životem, než aby řešila, jestli mám nebo nemám kluka. Mamka se zaměřila na to, abych se co nejrychleji dostala do normálu, chodí semnou občas na ty terapie, ale co se týče nějakýho sexuálního nebo intimního života, to se mnou vůbec neřeší. A já bych to s ní asi ani řešit nemohla. Mám ještě bráchy a ten se občas zeptá, jestli jako někoho mám a tajím to před našima, nebo jsem fakt tak divná a vystačím si sama. Někdy je mi to dost nepříjemný, a tak to radši ignoruju a neodpovídám mu na takový trapný dotazy.

Výzkumník: *Změnilo se něco v tvém sexuálním životě a sexuálním prožívání po léčbě, zlepšení zdravotního stavu apod.? Například, jak je to v současnosti s tvou sexualitou?*

Ilona: No na to už jsem tak nějak narážela. Léčbou ještě pořád procházím, zlepšení už sice je výrazný, ale pořád nemůžu říct, že je to zamnou. Ale v současné době, když mluvíme teda o sexualitě, jde spíš o tom, že si svůj problém se sexualitou uvědomuji, dokážu o něm mluvit, ale jinak se v reálu prostě nezměnilo nic. Žádný sexuální prožitky jednoduše nemám, a ještě je pro mě možná brzo. Až to přijde, myslím si, že to pro mě tak jako tak bude psychicky náročný, a to bych teď asi levou zadní nezvládla. Takže mi nezbývá, než doufat. Doufat, že potkám někoho, kdo mě pochopí, pochopí, čím jsem si prošla a bude si třeba i vážit toho, že bude můj první kluk. Taky se totiž bojím i toho, že by toho mohl někdo zneužít, a kdyby mi někdo po této stránce ublížil, fakt nevím, jak by to semnou zacloumalo. Riskovat to nechci. I když se s někým seznámím, určitě to bude dost trvat, než mu budu důvěřovat natolik, abych s ním měla něco intimního nebo sexuálního. A to taky jen tak ledajaký kluk nevydrží. Nebo aspoň takových moc fakt neznám. Takže z toho všeho mám opravdu strach. Nechci být sama, nedokážu si představit, že bych život prožila sama a neměla někoho, kdo mě miluje. A taky bych chtěla ten pocit zažít, někoho milovat. I s někým se milovat. Musí to být fakt hezký, když je to s tím správným člověkem.

PŘÍLOHA č. 2: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU JANOU

Výzkumník: *Jak jsi vnímala sama sebe po sexuální a intimní stránce v době, kdy jsi měla mentální anorexii?*

Jana: Určitě jsem sama se sebou nebyla spokojená, co se teda týče nějaké vzhledu a tak. Nepřišla jsem si atraktivní, ani sexy. Doteď vlastně nevím, jestli jsem se pomocí anorexie chtěla klukům líbit víc, jako že bych byla štíhlá, nebo spíš naopak. Protože ve finále, když to teď můžu zhodnotit, jsem se jako vychrtlina nelíbila vůbec nikomu. Spíš si kluci ze mě utahovali a tak trochu jsem to pocítovala i jako šikanu. Smáli se mi, že nemám žádný prsa, že nevypadám jako holka, že jsem kluk. Takže já se pak i sama sobě více hnusila. Nemohla jsem se vidět, pohled do zrcadla mi toto vše připomínal. A po nějaké sexuální stránce, vůbec mě v té době nenapadlo, že bych se takhle nějak mohla vnímat, nebo být pro někoho teda přitažlivá. Ke konci jsem to ani vlastně nechtěla, byla jsem zahleděná tak do sebe, že mě ani nic jiného nezajímalo. Ale pamatuji si, že ze začátku mi určitě prvotně šlo o to být hezká, upozornit na sebe, přitahovat pozornost, hlavně kluků. Ale tak nějak se to minulo efektem. Budila jsem pozornost úplně jinak, než jsem sama chtěla. A pak mi to samozřejmě strašně vadilo. Když se na mě lidi ve škole nebo na ulici dívali, bylo mi to nepříjemné. Věděla jsem totiž, že se na mě dívají, protože jsem škaredá, vychrtlá, bledá, prostě že mám anorexii.

Výzkumník: *Jaký měla mentální anorexie vliv na tvůj sexuální život a sexuální prožívání?*

Jana: U mě vlastně anorexie vznikla tak, že se se mnou rozešel přítel. Byli jsme spolu skoro dva roky, a on se se mnou rozešel, protože jsem prý za náš vztah docela přibrala a už jsem se mu prý nelíbila, nevzrušovala ho. Dost mě to vzalo. Pamatuji si, že když jsme spolu v posledních měsících spali, viděla jsem, jak se mi dívá na břicho a stehna a bylo mi jasné, že jsem se mu prostě přestala líbit. Často jsme s tím při sexu mívali i problém, že jsme prostě už nepokračovali. Měla jsem pak z toho strašný mindrák. Když mě nechal, složila jsem se jako domeček z karet. Je pravda, že za ty skoro dva roky, co jsme spolu byli, jsem asi šest nebo sedm kilo přibrala. A tak jsem si řekla, že s tím začnu něco dělat, že zhubnu, a třeba ho získám zpátky. Nebo si najdu někoho jiného a on bude žárlit. A tak jsem začala hubnout. Prvně jsem jedla hodně zdravě, cvičila, a myslím, že jsem i opravdu vypadala dobře. Hodně kluků o mě mělo zájem, snažili se mě balit, ale já se tak nějak pořád dostávala z toho rozchodu, takže jsem spíš chtěla, aby se ke mně bývalý přítel vrátil, než abych si hledala jiného. A tak jsem pokračovala s hubnutím, klukům jsem se tak trochu vyhýbala. Ale k mému bývalému jsem se snažila pořád nějak dostat. Psala jsem mu, někdy volala. Bylo to ale k ničemu. Nakonec se ve mně nějak vyvinula ta anorexie, přestala jsem skoro jíst, jedla jsem denně třeba dvě jablka a mandarinku. Nic víc. Ani nevím, jak jsem se na tohle místo dopracovala. A právě ani klukům jsem se už vůbec nelíbila. S nikým jsem v té době nespala, ani se nestýkala. Nechodila jsem na rande, neodpovídala klukům na smsky. Nikoho jsem prostě nechtěla. Přijde mi, že jsem se tak strašně uzavřela do sebe, pak už jsem vlastně nikoho jiného ani nepotřebovala. Ani sex mě vůbec nelákal. Nevím, teď nějak nechápu proč, ale vůbec mi to v tom období nechybělo. Nelákalo mě to, ani když o tom někdo mluvil, nezajímalo mě to. Takže vlastně v době, kdy jsem procházela anorexií, jsem žádný sexuální život neměla. A ani nechtěla. Teď je to pro mě

nepochopitelný, jak jsem to vlastně mohla vydržet. Protože třeba s tím bývalým přítelem, dokud jsme se teda nerozešli, mě ten sex bavil, líbilo se mi to a bylo to moc hezký. Takže i přesto, že jsem věděla, jaký to je, mi to prostě nescházelo.

Výzkumník: *Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila tvůj partnerský a intimní život?*

Jana: To dost. Rozchod vlastně u mě tak nějak anorexií vyvolal, nebo to tím začalo. A pak už jsem žádný vztahy neměla. Ani krátkodobý, ani dlouhodobý. Byla jsem celou dobu sama, asi dva roky. Ze začátku, jak jsem už říkala, bylo mým cílem získat přítele zpět. Nebo si natruc najít někoho jinýho, jenom aby žárlil. Přítel se ke mně ale vrátit nechtěl, pro něj byl rozchod prostě definitivní. Ale já jsem to vůbec neviděla, slepě jsem furt za tím šla. Hubla jsem, abych se mu zase líbila, aby viděl, že jsem ochotná pro něj udělat všechno a že ho fakt miluju. Mu to bylo ale totálně jedno. Už měl dávno jinou, spíš jiné, to jsem ale nevěděla. No a tak jsem hubla, snažila se mu znova zalíbit. Až jsem se postupně vypracovala až k anorexii. A v té době jsem už ani nikoho nechtěla. Jak se ve mně anorexie rozvinula, to ale nedokážu přesně říct kdy, úplně jsem se změnila. Opadl mě zájem i o bývalého přítele, i o všechny kluky celkově. Předtím se mi líbilo, když o mě kluci měli zájem, balili mě, psali mi a tak. Ale potom mi to bylo úplně jedno. Nechtěla jsem nikoho, s nikým nic mít. Fakt nevím proč, ani nevím, jak rychle a kdy přesně se tohle ve mně změnilo. Přes posedlost bývalým přítelem jsem se dostala až k posedlosti hubnutím a hladověním. Takže v době, kdy jsem měla anorexií mě vztahy, kluci, nic takového vůbec nezajímalo. Nechtěla jsem mít potom už s nikým nic, ani sex, ani vztah, ani se k nikomu citově přiblížit nebo vázat. Přijde mi, že jsem city tak nějak celkově ztratila. Postupně jsem přestala milovat svého bývalého přítele, přestala jsem mít ráda kamarádky, lidi kolem mě, rodinu a pak jsem přestala mít ráda i sama sebe. Jak bych to řekla, prostě jsem zevnitř úplně vyhnila. Tak se není čemu divit, že jsem pak ani nemohla s nikým něco mít, s někým se seznamovat, randit, chodit nebo s někým prostě mít hezkej vztah. Nemohla jsem, ani nechtěla. Je pravda, že mě nezajímalo prostě nic jinýho než způsoby, jak pořád hubnout víc a víc.

Výzkumník: *Myslíš si, že některé změny nebo abnormality v tvém sexuálním chování vnímali lidé z tvého blízkého okolí?*

Jana: Ze začátku jsem o kluky trochu zájem měla, takže jsem se víceméně chovala normálně. Až na to, že jsem neustále myslela na svého bývalého a taky o něm dost mluvila. Postupně jsem si ale i sama začala všimát, že ztrácím v tomto směru zájem, zájem o sex, vztahy, intimitu a podobně. Určitě si toho všimla moje mamka a sestra. S těmi jsem se vždycky otevřeně bavila o těchto věcech. Mamka moc dobře věděla, jak jsem psychicky špatná z toho rozchodu. Neustále mi opakovala, ať se s tím smírím a jdu dál. Viděla jsem v ní strach, že se stanu jakoby posedlá bývalým přítelem, který mě už nechce. Potom, postupem času, se mě často ptala, jestli si nehledám někoho jiného, jestli někoho nemám. Bylo jí to divné, že jsem pořád sama, zrovna asi ve věku, kdy právě mladí vyhledávají intimní kontakt. Mamka z toho byla špatná. Pak si právě začala asi dávat jedna a dvě dohromady, a došlo jí, že mám poruchu příjmu potravy. V té době už jsem měla jak anorexií, tak bulimii. Strašně jí to vzalo a okamžitě to začala řešit, až moc aktivně bych řekla. Ale pomohlo to. A co se týče té sexuality nebo jestli si všimla něčeho divného

v mém chování ohledně sexu... Všimla si, že jsem se prostě tak nějak zavřela do sebe, že jsem o kluky neměla zájem. Ale samozřejmě se mě neptala, jestli s někým vyloženě spím, spíš jestli třeba někoho mám, s někým chodím, jestli se mi někdo líbí. Připadala si už asi potom trapně. Nedávno jsme se o tom bavili a říkala, že je možná vlastně dobře, že jsem v té době nikoho neměla. Že si nedokáže teď představit, jak by to ten kluk se mnou všechno ustál, že by ten vztah stejně nedopadl.

Výzkumník: *Změnilo se něco v tvém sexuálním životě a sexuálním prožívání po léčbě, zlepšení zdravotního stavu apod.? Například, jak je to v současnosti s tvojí sexualitou?*

Jana: No to je další věc (smích). Já bych řekla, nebo nevím, jak to přesně nazvat. V současné době se spíš potýkám s problémem, že jsem možná závislá na sexu (dlouhý smích). Nebo fakt nevím, asi přímo závislost ne, ale oproti tomu, jak jsem v době anorexie sex nechtěla, tak teď jsem ve fázi, kdy ho vyžaduji pořád, vlastně každý den. Nevím, jestli je to vyloženě tou prodělanou anorexií, ale často čtu, že anorexie je závislostní chování, a může se přetvářet v další závislosti. A možná, že se to tak trochu u mě stalo. Nemyslím si teda, že bych vyloženě byla závislá na sexu, ale jsem dost (smích), já nevím jak to říct, prostě pořád nadržená. Mám přítele, takže to mám aspoň s kým sdílet a nemusím nějak střídat partnery. Ale právě přítel se mě často ptá, jestli s tím jako nemám nějaký problém, že moc nestíhá moje sexuální tempo a můj sexuální apetit (smích). Když jsem mu říkala o mé anorexii, a že třeba v té době jsem neměla nikoho ani na vztah, ani na sex, vůbec mi nemohl uvěřit. Řekl mi, že jak mě zná teď, takovou chtivou, přítulnou, že si sex dost užívám a chci ho dost často, tak je prostě k neuvěření, že jsem před tím nespala asi dva roky s nikým. Ale v tom ho chápu, protože ani já tomu popravdě nějak nerozumím. No a tak, abych to nějak uzavřela, prostě mi teď přijde, že jsem možná tak trochu víc žádostivá sexu než ostatní lidi. Nechci říct než normální lidi. Nevím, jestli je to dobře nebo špatně. Často si sama sobě kladu otázku, jestli se to třeba někdy v budoucnu nezvrtne až moc. Teď bych řekla, že to není až takový problém. Mám přítele, jsme spolu moc rádi, oba si to spolu užíváme, i ten sex. Ale já prostě doufám, že se to třeba někdy nezvrtne u mě na nějakou závislost na sexu. Možná mi to tak trochu pomáhá, abych se nevrátila zpět k anorexii. Tak si to trochu vysvětluji. Že se jako nějak vybouřím v tom sexu a tím potlačím takové ty myšlenky anorexie (smích). Fakt netuším, nejsem odborník, ani jsem se třeba s tímto psychologovi nesvěřila. Asi se bojím, co by mi na to řekla člověk, který tomu rozumí. Ale mně přijde, že je to taková sympatická závislost (smích). Aspoň teda zatím. S přítelem jsem domluvená, že kdyby mu to už nějak přerůstalo přes hlavu, tak by mi to určitě řekl a nějak bysme to probrali. Ale ono mu to asi i tak trošku vyhovuje. Přece jenom, když se podívám kolem, třeba na svoje kamarádky a tak, tak se spíš setkávám s tím, že chlap v tom vztahu chce víc sexu než ta žena. A u nás to je naopak. Takže si ze mě přítel občas dělá srandu, že jsem jeho sexuální maniačka, nebo že jsem zase nadržená jako terénní beruška (smích). Ale všechno to bereme s humorem a musím říct, že jsem za to strašně ráda, že mám přítele, který mě bere takovou, jaká jsem. I s tím, co jsem si prožila a čím jsem prošla, protože to pro mě nebylo hezké ani lehké období.

PŘÍLOHA č. 3: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU KATKOU

Výzkumník: *Jak jsi vnímala sama sebe po sexuální a intimní stránce v době, kdy jsi měla mentální anorexii?*

Katka: Já jsem si připadala dost atraktivně, protože se mi dařilo úspěšně hubnout tak, jak jsem chtěla. Předtím jsem byla dost bez sebevědomí, byla jsem trochu oplácanější a moc jsem si nevěřila, co se týkalo kluků a atraktivity. Ale jakmile jsem začala hubnout, a že to šlo dobře a rychle, tak se mi sebevědomí dost zvedlo. Kluci o mě začali mít velký zájem, o to víc hezká a silná jsem si připadala. Nemůžu říct, že jsem za období své anorexie byla úplně na kost vyzáblá. Až do takového extrému jsem naštěstí nezašla. Takže tak nějak o mě pořád kluci zájem měli, a mně přijde, že čím víc jsem byla hubenější, tím hezčí a přitažlivější jsem si přišla. To hubnutí mi dodávalo strašnou energii, vnitřní náboj, sebevědomí, sebedůvěru. Je jasný, že jsem chtěla hubnout víc a víc. Ale zarazili to rodiče, kteří si toho všimli a okamžitě můj problém začali řešit a léčit. Jen asi díky nim jsem se právě nevypracovala až na úplnou vyzáblinu. Já se sama sobě líbila, pozorovala jsem se pořád v zrcadle, nosila jsem sexy oblečení, chovala jsem se dost vyzývavě. Bavilo mě provokovat, být odhalená, flirtovat, svádět a tak. Hodně jsem si v tomhle směru věřila, taky mě žádný kluk nikdy neodmítl. Někoho jsem chtěla, a měla ho. Takže, ze začátku, když jsem byla baculatější, jsem si atraktivní nepřišla vůbec, natož nějak sexy nebo přitažlivá. Ale jakmile se mi podařilo zhubnout, a hubla jsem dál, tak jsem si pořád víc a víc přitažlivá přišla. Takže vlastně moje vnitřní definice přitažlivého a sexy člověka asi byla jen to, že je hubený (smích). Což je šílený, ale v té době jsem to tak asi měla nastavený.

Výzkumník: *Jaký měla mentální anorexie vliv na tvůj sexuální život a sexuální prožívání?*

Katka: Tím, jak jsem se sama sobě začala víc líbit, zvýšilo mi to dost sebevědomí. Hodně jsem zneužívala toho, že jsem hezká a že se klukům líbím. Bavilo mě je balit, svádět, přebírat jiným holkám. To bylo strašný. Myslím, že tak asi každý týden jsem měla jinou oběť, kterou jsem chtěla sbalit. Ale tím to pro mě tak nějak skončilo. Ne, že bych s každým spala, to fakt ne. I když upřímně jsem prostřídala za tu dobu hodně kluků. Nemám to spočítaný, ale tak za rok jsem randila tak snad s padesáti, a spala asi s dvaceti. Hrozný, teď se za to stydím, nikomu to raději neříkám, aby si o mně nikdo nemyslel, že jsem kurva. I když si to asi kamarádky mysleli (smích). Prostě mým cílem bylo toho kluka sbalit, aby mnou byl tak trochu posedlej, chtěl mě, zamiloval se do mě, abych cítila, jak je ze mě celej pryč. A pak mě to přestalo bavit, a přesedlala jsem na jinýho. Věřím, že jsem takhle dost klukům ublížila, a teď mi to je dost líto, ale nezměním to. A v té době mi to bylo jedno, nezáleželo mi na tom. Já jsem si tím asi prostě zvyšovala sebevědomí a dělalo mi to hrozně dobře. Vůbec jsem si neuvědomovala, jak se chovám, jak střídám kluky, že třeba můžu chytnout i nějakou pohlavní chorobu nebo otěhotnět. Já jsem na to vůbec nemyslela. Až teď vím, jak jsem se chovala šíleně, prostě vyloženě promiskuitně. Nebrala jsem ani antikoncepci, protože jsem věděla, že se z ní přibírá, že jo. A často jsem se vykašlala aji na nějaký kondomy nebo tak. Prostě jsem spoléhala na toho kluka, že to stihne. Nevím, jestli ti to takhle můžu až dopodrobna vykládat. Ale myslím, že to určitě s tou anorexií souvisí. Chovala jsem se fakt hloupě, jak úplná tupka, který mi jsou právě v dnešní době k smíchu a k pláči. Připadala jsem si trochu jako Samanta ze seriálu Sex ve městě, jestli znáš. Prostě chlapi byli pro mě hračka, kterou je nejlepší ojet, a pak vyměnit za jinou. Ne vždycky jsem se s něma musela vyspat, ale když k tomu došlo, vůbec jsem se tomu nebránila. A ten sex s nima, to jsem si hodně užívala. Nosila jsem sexy prádýlka, sváděla je. A sex se mi opravdu líbil. Doufám, že to můžu říct, ale třeba za jeden sex jsem měla i desetkrát

orgasmus. A teď si vlastně uvědomuju, že mi v tom sexu spíš šlo o moje uspokojení, o toho kluka jsem se nějak ani nezajímala, jestli se mu to líbí nebo ne. Já jsem asi jen prostě věděla, že je ze mě celej pryč, vzrušeněj, a že to prostě chce. No strašný období. Jsem byla totálně sebestředná, promiskuitní, nezodpovědná... Co dodat. Prostě jak „děvka“. No, chovala jsem se tak. Neomlouvá mě nic. O tomhle jsem nikdy ani pořádně nemluvila s mým současným přítelem, protože se strašně bojím, že by mě odsoudil, za to, jaká jsem v té době byla. Kdyby jen věděl, s kolika chlapama jsem za svůj život spala. Nechávám si to jako moje tajemství. Řešila jsem to akorát s psychologem, ke kterému jsem chodila i kvůli anorexii. A myslím, že jsme řešili tyto problémy společně. Moji promiskuitu i anorexii a bulimii. Že jsem to měla jako psychický onemocnění dohromady. Že to vše tak nějak spolu souviselo.

Výzkumník: *Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila tvůj partnerský a intimní život?*

Katka: No vlastně jsem žádnéj vztah neměla. Měla jsem jen krátkodobý známosti, vyloženě sexuálního charakteru. O nic jinýho mně vlastně u kluků nešlo. Takže jsem neměla zájem o navázání nějaké hluboké známosti, nebo chození, mít k někomu vztah. Nic takovýho. A asi to určitě má spojitost s tou anorexií, ale celkově s mým chováním v té době. Nechtěla jsem mít někoho ráda, nechtěla jsem ani, aby měl někdo rád mě. Mně šlo jen o vyvolání sexuálního napětí, sexuálního vzrušení, asi i orgasmu. Je to drsný, ale v tomhle směru mě nic jinýho nezajímalo. Hodně z těch kluků, se kterými jsem spala, chtělo se mnou mít vztah. Někteří měli fakt výdrž, psali mi často a dlouho, chtěli mě pořád vidět. Asi mě možná nějak měli rádi nebo se do mě zamilovali. Ale jakmile jsem něco takovýho pocítila, jako že se ten kluk do mě zamiloval, bylo mi to tak odporný. Úplně mě to odpuzovalo. Vůbec jsem ho už potom nechtěla. Jako kdyby se mi líbilo, že mě ti kluci berou taky tak trochu jako věc, jako sexuální objekt, nebo nevím, jak to víc popsat.

Výzkumník: *Myslíš si, že některé změny nebo abnormality v tvém sexuálním chování vnímali lidé z tvého blízkého okolí?*

Katka: Určitě to museli vnímat ti kluci, který jsem koplá do zadku (smích). Ti viděli, že se chovám jinak, než ostatní holky. Ostatní holky totiž většinou chtěli spíš od kluků právě chození, dlouhodobej vztah, a to já právě že ne. A toho si určitě všimli. Pochybuji, že si to nějak spojovali s mojí anorexií, to je asi vůbec nenapadlo, protože já jsem nebyla až v takovém extrému, že bych byla vychrtlá. Ale určitě si tohodle všimli. Pár těch kluků na mě bylo i dost našťvaných, že jsem je odkopla. Ptali se mě, proč se chovám takhle, že se chovám jako děvka. Nebrala jsem to vážně, mně to fakt asi bylo jedno. Vyhýbala jsem se jim raději potom. Pro ty kluky, s kterými jsem něco měla, jsem asi potom opravdu působila jako děvka. Někteří to ale takhle chtěli, že se se mnou chtěli jenom vyspat a nešlo jim o vztah. Těm to asi takhle vyhovovalo. Vlastně s takovýma jsem se stýkala i mnohem víckrát než s těma, co by po mně chtěli vztah. Takže se mi to asi líbilo, že nechtěli víc než jen sex. Já totiž taky nechtěla víc než sex. Nedovedu si představit, jak bych v té době mohla mít vztah, to by asi vážně nešlo. Neměla jsem na to zřejmě buňky. No a ostatní, kdo by si tak toho mohl všimnout... Rodičům jsem se v tomhle vůbec nesyvěřovala, takže podle mě netuší, jak moc bezohledně a nebezpečně jsem se v sexuálním životě chovala. Naši pak spíš řešili jen tu moji anorexii, protože to bylo hodně znát, že mám problém s jídlem. Do toho se pak dost zapojili, chodili se mnou k doktorovi, chtěli o tom mluvit a pomáhali mi. Ze začátku jsem po tom samozřejmě netoužila, ale já jsem uvnitř věděla, že mám nějaký problém sama se sebou. Ale o tom sexu, to věděl brácha, protože jsem spala se spousty jeho kamarádů a ti mu to určitě řekli. Nikdy mi to on sám neřekl nebo se se mnou nesnažil

o tom mluvit. Bral to asi tak, že je to moje věc. Ale tak trochu mám pocit, že se ode mě jaksi odtáhl a změnil na mě pohled. Předtím jsem pro něj byla jeho mladší sestřička, pak už se tak ke mně nechoval. Asi když mu spoustu jeho kamarádů řeklo, že jsem se s něma vyspala jen tak, tak mu to nejspíš bylo líto nebo ho to mrzelo. On takovej totiž nebyl. Holky nestřídal a měl roky přítelkyni. Takže tohle chování tak trochu asi odsuzoval. Ale nikdy mi nic neřekl, nechtěl se o tom asi bavit nebo se motat do mého života. Já jsem to ale poznala, tohle prostě člověk vycítí. I jak se na mě díval, když jsem šla třeba ven. Bylo mu jasné, že jdu třeba za nějakým klukem a taky už možná věděl, co se stane a nestane. Teď se před ním za to stydím, ale myslím si, že vidí, že v tomhle ohledu už jsem se dostatečně změnila k lepšímu.

Výzkumník: *Změnilo se něco v tvém sexuálním životě a sexuálním prožívání po léčbě, zlepšení zdravotního stavu apod.? Například, jak je to v současnosti s tvou sexualitou?*

Katka: Já si myslím, že teď je to v pohodě. Mám přítele, jsem o dost vyrovnanější a taky nejsem tak sebestředná (smích). Díky léčbě a docházení k psychologovi jsem se naučila pracovat sama se sebou, vyrovnat se s věcmi, s kterými jsem předtím měla problém. A taky se naučit zdravě chovat, i zdravě sexuálně chovat. Možná bych řekla, že můj psychický problém byl závažnější po té sexuální stránce, to sexuální chování, než jako samotná anorexie. Sice můj problém s hubnutím a jídlem byl taky dost závažnej, ale teď když se na to dívám s odstupem, tak to moje promiskuitní chování mi přijde o dost závažnější. Je docela drsný, jak si to teď dokážu uvědomit, zhodnotit to, a říct, jak špatně jsem se chovala. Ale v té době jsem si to vůbec neuvědomovala. Ale teď si toho uvědomuju dost. Vlastně jsem strašně ráda, že jsem se z města, kde jsem vyrůstala a chodila do školy, odstěhovala do Prahy. Protože potkávat tam ty kluky, se kterými jsem něco měla, nebo s něma spala, asi bych se teď pěkně styděla. Upřímně si je ani asi všechny nepamatuju. Za krátkou dobu toho bylo tolik, že v tom mám pěknou guláš. Jsem ráda, že teď je to podle mě normální. Mám hezkej vztah s přítelem, a myslím, že se to i vyvíjí dobře. Po sexuální stránce je to taky fajn, nevyhledávám nikoho jiného, což je pro mě asi úspěch (smích). Ze začátku jsem se teda docela bála, že nedokážu být věrná a mít jednoho chlapa. Ale díky psychoterapii jsem to asi nějak překonala. Ze začátku mě to občas napadlo, nebo se mi zdálo, že jsem spala s někým jiným. Postupem doby mě to fakt přešlo a cením si naopak toho, že má stálej vztah s jedním chlapem. Vážím si toho a vím, že to není žádná samozřejmost. Myslím si, že tím, že se můj problém začal zavčas a aktivně řešit, jsem se vyhnula spoustu komplikacím. Určitě mi to dost pomohlo.

PŘÍLOHA č. 4: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU LENKOU

Výzkumník: *Jak jsi vnímala sama sebe po sexuální a intimní stránce v době, kdy jsi měla mentální anorexii?*

Lenka: Sama sobě jsem se nelíbila, nepřípadala jsem si vůbec hezká, ani přitažlivá. Měla jsem mindráky ze svojí postavy, a to se promítalo určitě i do intimity a sexu. Ještě, když jsem anorexii neměla, mi hodně lidí říkalo, že jsem krásná, měla jsem větší prsa, klukům jsem se dost líbila. Ale během anorexie jsem zhubla fakt moc, prsa jsem postupně neměla žádná, když se kouknu na fotky z toho období, ztratila jsem úplně ženské tvary. Takže co se týče přitažlivosti, nemohla jsem se nikomu v tomhle ohledu asi líbit. A samozřejmě jsem se nelíbila ani sama sobě. Takže nějaká intimita, sex a podobně mě vůbec nezajímali. Nepřípadala jsem si jako člověk, který by chtěl sex, toužil po nějaké fyzické blízkosti. Nevyhledávala jsem kontakt s klukama, nelákalo mě to. Kdykoliv se na mě nějaký kluk podíval, prohlížela jsem se, jestli se nedívá na to, zda jsem tlustá. Fakt šílený, když si to teď uvědomím. Vnímala jsem sama sebe jako něco neatraktivního, jak pro ostatní, tak sama pro sebe. A asi nejhorší na tom je, že se to spíš postupně zhoršovalo, než že by se to postupným hubnutím měnilo k lepšímu.

Výzkumník: *Jaký měla mentální anorexie vliv na tvůj sexuální život a sexuální prožívání?*

Lenka: Pár kluků bylo, ale pro mě to teda nebylo žádný prožívání. Občas jsem si říkala, že bych prostě měla třeba chodit na rande, spát s klukama, jako ostatní holky a spolužačky. Protože vždycky, když o tom mluvily, neměla jsem k tomu co říct já. A tak jsem občas s pár klukama byla. Ale vzpomínky na to nemám moc hezký. Nevím, o co mi s nima vlastně šlo. Jako kdybych nějaký to sblížení přetrpěla, než si to užila. Takže ten samotný sex se mi vlastně nelíbil, neviděla jsem na něm nic, co by mě mělo lákat. Nebylo mi to příjemný, spíš, abych byla fakt upřímná, to bylo bolestivé. Hlavně jsem ještě neměla tolik sexuálních zkušeností, takže jsem asi ani noc nevěděla, jak by to vše mělo vypadat, jak by to mělo správně probíhat. Neměla jsem to pořádně s čím srovnat. Tím pádem jsem nechápala, co na tom ostatní vidí, co se jim na tom líbí. V té době jsem netušila, co to znamená být vzrušená nebo mít orgasmus. To šlo jako úplně mimo mě. Ale když se mě holky zeptaly, jestli jsem už někdy orgasmus měla, tak jsem samozřejmě řekla, že ano. I když jsem vůbec nevěděla, co to ten orgasmus je a jak ho ženská cítí. Sex pro mě prostě neznamenal nic. Zajímalo jsem se jen o hubnutí, jídlo, jak co nejvíce shodit. A je jasný, že do tohoto kolotoče sex nepatří. Teď jsem si vzpomněla, jestli to teda můžu říct, že jsem jednou šla na rande s klukem, vůbec jsem ho neznala a během toho prvního rande jsme se spolu vyspali. A je to divný, ale mně to bylo asi úplně jedno. Bylo mi jedno, že jsem spala s cizím klukem, bylo mi jedno, že se to stalo, ani jsem třeba nemyslela na nějakou antikoncepci a tak. Teď to vůbec nechápu, vlastně mě sex vůbec nezajímal, ale přitom jsem byla totálně promiskuitní. Dokázala bych se vlastně vyspat s kýmkoliv, abych si chvilku připadala normálně. A navíc jsem si to ani neužila. Někdy mi přijde, že se tyhle skutečnosti snažím raději ze své hlavy vytěsnit někam pryč, prostě smazat, jako kdyby se nestaly. Nedokážu totiž pochopit, jak jsem se takhle mohla chovat. A určitě se tohle stalo víckrát, teď si přesně nevzpomenu na detaily, ale asi to všechno souviselo s tím, že jsem si nevážila sama sebe a svého těla. A tak mi tím pádem asi bylo i jedno, s kým spím a mám sex. Ještě,

že se mi ten sex v té době nelíbil, protože si tím pádem nedokážu představit, s jakou kopou chlapů bych se jen tak vyspala.

Výzkumník: *Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila tvůj partnerský život?*

Lenka: No vzhledem k tomu, že jsem jako přímo partnera nebo přítele v té době neměla, tak určitě ovlivnila. Jak jsem říkala, s klukama jsem na rande chodila, občas se s někým vyspala. Ale jinak mě ti kluci vůbec nezajímali. A myslím si, že jsem jim to pak dávala i dost najevo. Neodepisovala jsem jim pak na zprávy, nezvedala telefony. Třeba jsem jim schválně řekla, že ten sex s nima byl fakt strašnej nebo něco podobného, aby se mi už raději neozývali. Nebo jsem jim řekla, že mám někoho jiného. Bylo mi jedno, co si o mně pak budou myslet. Nad tím jsem vůbec neuvažovala. Byla jsem, jak neschopná citů, jako kdybych nemohla ani mít ráda nebo milovat. Nepopsala bych to ani tak, že jsem byla chladná. Protože emocionálních výkyvů a takových těch různých nálad jsem měla hodně. Často jsem i plakala, nebo naopak z ničeho nic měla z něčeho hroznou radost. Nálada mi dost haprovala. Ale nějakýho citu k druhé osobě jsem schopná nebyla. Myslím si, že i sama sobě jsem bránila v tom, abych se třeba nezamilovala. Nějak jsem se toho bála. Někde uvnitř jsem si uvědomovala, čím procházím, že mám velký psychický problém, že jsem nemocná. A nechtěla jsem do toho zatahovat další lidi, s nikým jsem to rozhodně nechtěla sdílet, ani mluvit. Tím pádem je jasný, že nějaký přítel nebo partner by prostě s tímto nešel dohromady. Ten by to určitě zjistil, všiml by si. A já jsem po tom ani netoužila. Netoužila jsem někoho mít ráda, bylo mi to úplně jedno. Prostě mi bylo jaksi jedno všechno kromě hubnutí a těch věcí kolem. Teď mi přijde, že jsem prostě byla úplně prázdná, bezduchá.

Výzkumník: *Myslíš si, že některé změny nebo abnormality v tvém sexuálním chování vnímali lidé z tvého blízkého okolí?*

Lenka: Tak rodiče a celkově rodina určitě. Mamce se zdálo dost zvláštní, že v době dospívání nebo té puberty nevyhledávám moc kontakt kluků. Ta si toho všimla, a často se mě na to i ptala. Myslím si, že se možná bála, že jsem třeba lesba. Taťka, ten tomu nějak nevěnoval pozornost. Spíš se celkově nějak nezajímali o dění doma. Hodně pracoval. Ale mamka se se mnou o tom často snažila mluvit, hlavně ještě v době, kdy netušila, že mám třeba anorexii. Myslím si, že jí to ze začátku ani nenapadlo. A když už věděla, že mám nějaký problém s jídlem, tak jí to v podstatě bylo jasný. A co se týče třeba spolužaček nebo kamarádek, ty si všímaly, že jsem v tomhle ohledu trochu jinde. Často si ze mě taky dělaly srandu, že třeba budu nadosmrti panna a tak. A proto jsem se potom i snažila právě třeba nějaký ty kluky mít, aby jim to nebylo tolik divný a nedělaly si ze mě srandu. Těžko říct, co si o mně myslely, nebo ještě teď myslí. Já se na tohle raději moc lidí neptám, nechci být sama ze sebe zklamaná. A kluci, co jsem s nima randila nebo byla nějak v kontaktu, tak ti si toho určitě všimnout museli. Chovala jsem se v tomto směru opravdu divně. Prvně jsem si s něma třeba psala celý dny a noci přes mobil, věnovala jim nějakou pozornost a čas, šla s něma párkrát na rande, ale když došlo třeba na samotný sex, nebyla jsem schopná si to prostě užít. A potom jsem s nima úplně kontakt utnula. Nejvíce si toho ale museli asi všimnout v tom sexu. Jak jsem necítila žádný vzrušení, prostě nic. Vyloženě jsem to třeba přetrpěla, nebo nevím jak to přesně popsat. A i na nich občas bylo vidět, že jim to asi nedělá úplně dobře. Chtěli si taky trochu zvednout sebevědomí, ale mého sexuálního

nezájmu o ně si určitě všimnout museli. Párkrát se mě i někteří zeptali, jestli jako dělají něco špatně, nebo co se mi líbí. Ale já nebyla schopná jim říct, co se mi líbí a nelíbí. Nelíbilo se mi prostě nic. Dělal jsem to jen proto, že to dělaly ostatní holky. Věděla jsem, že jsem jiná, divná a nechtěla taková být. A tímto jsem se snažila svým kamarádkám vyrovnat. Možná i proto, abych si s nimi měla o čem vykládat. Ale myslím si, že právě moje kamarádky nebo spolužačky mě pomlouvaly, podle mě si myslely, že jsem divná. Možná si i myslely, že jsem lesba. Fakt nevím. Až když jsem jim začala vykládat moje zážitky s klukama, který byly samozřejmě i příkrášlený, tak se semnou začaly aspoň normálně bavit.

Výzkumník: *Změnilo se něco v tvém sexuálním životě a sexuálním prožívání po léčbě, zlepšení zdravotního stavu apod.? Například, jak je to v současnosti s tvou sexualitou?*

Lenka: No to je podle mě obrát o 180 stupňů. Až když jsem se trochu vyrovnala sama se sebou, se svojí nemocí, začalo mi vadit, že jsem stále sama. Postupně jsem si prošla pár vztahy, a co se týče sexu, začala jsem poznávat sama sebe. Dnes můžu říct, že mám sex opravdu ráda, mám partnera a v tomto směru se cítím dobře. Přišlo mi celkově, že když jsem se z anorexie začala trochu dostávat, otevřely se mi úplně dveře, a začala jsem vidět věci, které jsem dříve ani neviděla, neznala. S tím souvisí i ten sex. Jak jsem nemohla prožívat tak krásnou věc, jako je sex, mít někoho rád, milovat se s někým. Teď jsem za to ráda. Jsem fakt ráda, že jsem z toho venku. A že můžu prožívat všechno, nejen ten sex, ale i celý život. Za tu dobu, co jsem byla nemocná, mi toho uteklo tolik. Teď to asi tak trochu doháním, i když to asi pořádně nejde. Ale co se týče teda sexuálního života, myslím, že teď jsem konečně normální, i v partnerském životě. Tak nějak se to srovnalo. Určitě na to měla velký vliv i moje psycholožka, ke které chodím pravidelně i teď. Pomohla mi celkově podpořit sebedůvěru a sebelásku. Což se sexem hodně souvisí. Až teď si vlastně uvědomuju, že se to klidně změnit nemuselo. Že jsem klidně doteď mohla být sama, doteď nevědět, jak krásnej může sex být, jaký je to prožít orgasmus. A prostě to nevědět. Tohle člověka opravdu změní. Vážím se teď všeho mnohem víc.

PŘÍLOHA č. 5: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU MARTINOU

Výzkumník: *Jak jsi vnímala sama sebe po sexuální a intimní stránce v době, kdy jsi měla mentální anorexii?*

Martina: O tom jsem dost přemýšlela, a ani pořádně nevím. Nejsem si jistá, jestli jsem se sama sobě líbila nebo ne. Protože z nějakýho důvodu jsem přece musela začít hubnout. A možná to bylo právě proto, abych se líbila chlapům. Takže asi ze začátku jsem sama sebe nebrala jako přitažlivou ženu, která by lákala chlapy. Ale když jsem dodržovala striktní dietu a hodně cvičila, oslovovalo mě dost chlapů, hlavně ve fitku. Hodně jsem se prohlížela v zrcadle, zkoumala každý centimetr svého těla. Musím říct, že jsem v té době, aspoň teda ze začátku hubnutí, byla dost fit, vysportovaná, štíhlá a fakt si myslím, že dost hezká a atraktivní. Ale přesto jsem pořád na sobě hledala nějaké nedokonalosti, věděla jsem třeba, že mám hodně malý prsa a z toho jsem dost měla mindrák. To jsem věděla, že se na mně asi chlapům moc nelíbí. A tak jsem si právě nechala udělat plastiku. Nechala jsem si zvětšit prsa silikonama. Ale samozřejmě ani to mi moc nepomohlo, abych se cítila ve svém těle dobře a hubla jsem pořád dál. Našla jsem si v té době přítele. Ten mi pořád říkal, jak jsem krásná, jak ho vzrušuju a mně to dělalo fakt dobře. Jenomže mě to asi spíš víc podnítilo, abych hubla dál. Chtěla jsem se hlavně líbit mu, především mi šlo záměrně o tohle. Věnovala jsem se jenom mu, žila jenom pro něj a pro náš vztah. Ale on si samozřejmě začal postupem času všimnout, že něco není úplně v pořádku. Jakmile mě začal víc pozorovat, bylo mu jasné, že mám problém s poruchou příjmu potravy. Několikrát to chtěl se mnou řešit, říkal, že už jsem na něj moc hubená, a že chce, abych byla zdravá... Ale já to jako by neslyšela. Chtěla jsem hubnout víc a víc. Přitom nemůžu říct, že bych se sama sobě až tak nelíbila, nebo že bych si nepřipadala přitažlivá. Jen mě něco hnalo pořád dál a dál, nechtěla jsem přestat. Nejspíš jsem si tím chtěla něco dokázat.

Výzkumník: *Jaký měla mentální anorexie vliv na tvůj sexuální život a sexuální prožívání?*

Martina: Ze začátku jsme s přítelem neměli v sexu žádný problém. Všechno klapalo, jak mělo. Mně se s ním sex rozhodně moc líbil a věřím, že mu se mnou taky. Postupně, až tak trochu vyšel najevo můj problém s jídelm, jsme spolu začali spát míň a míň. Myslím si, že to bylo tak nějak oboustranné. On viděl, že mám nějaký problém, chtěl to řešit, ale já byla nepřičetná. A asi jsem se mu už tolik nelíbila jako na začátku, byla jsem už opravdu dost hubená. No a já jsem zas tak nějak postupně záměrně ztratila zájem o sex. Když si na to teď vzpomenu, byla jsem spíš taková utlumená, uzavřená, postupně víc a víc. Ke konci našeho vztahu jsme spolu nespali skoro vůbec. Nevím ani vlastně pořádně proč, a spíš to vycházelo z mé strany. Neměla jsem na sex vůbec žádnou chuť. Sex mě přestal vzrušovat. A nebyl to už tak jako dřív, kdy jsem u sexu normálně měla orgasmus. Najednou, jako kdyby to nešlo, jako kdybych nebyla ani schopná orgasmus mít, ani se na něho soustředit. Vlastně u toho sexu jsem na sex ani nemyslela. Byla jsem taková mimo, fakt úplně bokem. Přítel mi několikrát říkal, že se mu to nelíbí, že se ve mně něco změnilo a jestli s tím může něco dělat. Chtěl na tom pracovat. Věděl, že sex je ve vztahu dost důležitý. Ale já tak nějak nevěděla, čím by to mohl spravit. Problém byl v podstatě ve mně, já se změnila, prohloubila se u mě anorexie a můj zájem o sex i jakýkoliv vzrušení opadlo. Nebavilo mě to, často jsem to dělala jen kvůli příteli, aby se semnou třeba nerozešel, nebo aby mě nepodvedl. Byla to celkem rapidní změna. Od holky, která milovala svého přítele, užívala si s ním sex a to vše kolem, najednou se z ní stala holka, která ani o sex a skoro ani o přítele neměla žádný zájem.

Výzkumník: *Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila tvůj partnerský a intimní život?*

Martina: Vztah s přítelem šel vyloženě do kytek, to není nic překvapivého. Rozešel se se mnou. Nezáleželo už nic, co se našeho vztahu týkalo. Chtěl mi nějak pomoci z mého problému s jídlem, nechtěla jsem... Chtěl se mi věnovat po sexuální stránce, abych si sex užívala, nechtěla jsem... Chtěl semnou trávit veškerý svůj volný čas, a opět – nechtěla jsem. Ten vztah se rozpadl, cítila jsem, jako kdyby to bylo z ničeho nic, ale pak jsem si uvědomila, že v tomto stádiu už jsme se pohybovali skoro rok. A strašně mě to bolelo. I když jsem se sama v sobě pořádně nevyznala, ani jsem nevěděla, co se mnou je, ten rozchod mě fakt zasáhl. Doteď mi je to dost líto, často na něho myslím a vzpomínám. Často přemýšlím, jaký by to třeba bylo, kdybych svůj problém začala včas řešit, a třeba bysme spolu ještě byli. Byl fakt úžasný, ale to mi docházelo až potom. Byla jsem po rozchodu totálně zlomená, neschopná dělat nic jiného, než ležet v posteli, brečet a dívat se na filmy. V té době jsem vlastně nejedla vůbec. Mamka se po několika měsících na mě už nemohla dívat a objednala mě k psychiatrice. A v té době jsem ty problémy začala konečně řešit. Ale od té doby jsem stejně na bývalého přítele nezapomněla. Myslím na něho doteď. A žádný jiný vztah jsem neměla. Už je to přes dva roky, co jsme se rozešli, ale pořád to cítím, jako kdyby se to stalo včera. Nestýkáme se, myslím si, že je to asi pro nás oba lepší. A já nevím, jak bych to zvládla ho vidět a vědět, že už to není tak, jako dřív. Podle mě anorexie zasáhla právě především můj partnerský život, i ten sexuální. Díky anorexii se mi rozpadl dlouholetý vztah a dalšího vztahu už jsem schopná nebyla, doteď.

Výzkumník: *Myslíš si, že některé změny nebo abnormality v tvém sexuálním chování vnímali lidé z tvého blízkého okolí?*

Martina: Tak to už jsme tak nějak probrali. Přítel si určitě všimnul. I když asi prvně nevěděl, že ty změny souvisí s anorexií, změny v mém chování, v sexu si všiml a taky mi to dával najevo. Nejprve si všimnul, že si sex přestávám užívat tak, jako dřív, pak si začal i všimnout, že sex už nechci tak často, jako dřív. Mluvil se mnou o tom, snažil se, ale bylo to prostě k ničemu. Nikdo jiný si toho podle mě nevšiml, když teda mluvíme o tom sexuálním chování. Pak té anorexie ano, ale to až po rozchodu s přítelem, když už to fakt bylo hodně špatný a já vyhubla na kost. To začala řešit mamka a jsem jí za to vděčná, asi bych se sama neodvážila k tomu postavit a zajít si někam pro pomoc, nebo se třeba někomu svěřit.

Výzkumník: *Změnilo se něco v tvém sexuálním životě a sexuálním prožívání po léčbě, zlepšení zdravotního stavu apod.? Například, jak je to v současnosti s tvou sexualitou?*

Martina: To je právě problém, který teď tak nějak řeším. Po rozchodu s přítelem jsem se dostala na úplně dno, a pak jsem se začala léčit. Nějakou dobu to trvalo, ale začala jsem toužit po tom s někým něco mít, s někým spát, k někomu se přiblížit. Jenže ne citově, to má asi za následek ten rozchod, fakt mě zasáhl. Postupně jsem začínala vyhledávat kontakt mužů, chodit na rande, tak trochu si užívat. Bohužel mi ale přijde, že spíš chlapy jen střídám a neumím si s nimi vybudovat žádný vážnější vztah. Tohoto si všimli určitě moji rodiče, hlavně mamka. Mám spíš povrchní vztahy, sex si užívám, baví mě a mám ho dost. V současné době mám třeba pět chlapů, se kterými se tak nějak na střídačku vídám a spím s nimi. Řekla bych, že je to trošku můj problém. Neumím si představit, že bych měla jednoho chlapa a byla mu věrná. Nějak to neumím. Chvilku jsem to zkoušela, asi půl roku zpátky, ale cítila jsem, že z toho mám spíš deprese, než že by mi to bylo příjemné. Tak nějak, když přestávám cítit volnost, že si může dělat cokoli, začne mě to hrozně omezovat. V té chvíli vím, že je něco špatně. No a to teď nějak řeším se svojí psychologou, ke které pravidelně chodím. Ale moc se mi nedaří se nějak ustálit a najít si

partnera, se kterým bych chtěla být, jako jen výhradně s ním a s nikým jiným. Na jednu stranu mě to strašně baví, užívat se nezávislosti, spát s kým chci, nevázat se na nikoho, tak trochu být promiskuitní... Na druhou stranu mě to dost trápí. Je mi dvacet čtyři, už bych mohla něco s někým začít budovat, vztah, budoucnost a to všechno kolem. Ale nejde to. Buď se bojím, že mě třeba další možný rozchod raní, že mi to ublíží nebo někde uvnitř vztah nechci, já fakt nevím. Ale od té doby, co jsme se s tím přítelem rozešli, jsem spala asi s čtyřiceti nebo padesáti chlapama. Za dva roky a půl. Nedávno jsem to počítala, možná jich je ještě víc. Dost mě to vyděsilo, úplně jsem z toho zpanikařila. Nikdy jsem si nepřipadala, jako nějaká povolná coura, nechci být sprostá, ale nevím, jak líp bych to vyjádřila. No každopádně to číslo určitě konečný není. Ti chlapi, s kterými se vídám teď, mám více méně taky jen na sex. Z ani jednoho z nich se nestane určitě můj přítel. Takže určitě jich ještě v budoucnu pár bude. Někomu se možná zdá, že jsem prostě ženská, která si užívá nezávislýho života a nevázanýho sexu, co na tom je tak špatnýho, ale třeba moje kamarádky mě v poslední době začaly dost soudit. A já se jim ani nedivím. Rodina taky, přijde jim to divné, že v mém věku nemám nějaký normální delší vztah. Kdo ví, jak to teda bude do budoucna, ale určitě to tak nechci nechat, nebo nechci v tomhle bodě zamrznout a probudit se ve třiceti sama, bez chlapa, kterýho bych mohla mít ráda a ta dál. Toho se fakt děším. Chtěla bych taky rodinu, ale podle mě to prostě do třiceti nemám šanci stihnout.