

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2012 – 2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Markéta Kropáčová

Sociální vlivy u poruch příjmu potravy

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Jindra Lisalová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part-time) Studies

2012 – 2014

DIPLOMA THESIS

Markéta Kropáčová

Social Influences on Eating Disorders

Prague 2014

The Diploma Thesis Work Supervisor: RNDr. Jindra Lisalová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10. března 2014

Markéta Kropáčová

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala RNDr. Jindře Lisalové za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, podněty a připomínky, stejně jako za její vstřícnost, laskavost a čas, které mi věnovala.

Dále děkuji své rodině za trpělivost, kterou se mnou po dobu tvorby diplomové práce měla, a za podporu po celou dobu studia.

Mé poděkování patří i dívkám, které byly ochotny na mé práci spolupracovat, a jejich pedagogům, kteří průzkumné šetření umožnili.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, se zaměřením na působení sociálních vlivů, které se mohou negativně spolupodílet na vzniku onemocnění, a současně na vlivy, které mohou nemocného v průběhu léčby podpořit. Ve své teoretické části nejprve popisuje historický vývoj onemocnění a shrnuje jeho příznaky, průběh, následky a léčebné postupy. Dále mapuje působení rizikových faktorů u vzniku nemoci a definuje možnosti podpůrných opatření při krizové intervenci, včetně definování základních preventivních opatření. V praktické části pak na základě průzkumného šetření zjišťuje, do jaké míry rizikové postoje a chování charakteristické pro vznik onemocnění vykazují i dívky ve věkových skupinách 13 – 15 let a 18,19 let, které samy sebe z pohledu onemocnění poruchami příjmu potravy považují za zdravé a nemocí neohrožené.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, vnímání vlastního těla, sebekontrola, obava ze zvýšení váhy, podváha, pročišťování, rizikové faktory, vliv rodiny a společnosti, terapie, prevence.

Annotation

The Diploma thesis deals with the problems of eating disorders, focusing on both the effects of the social influences that can negatively participate in the onset of the disease and the influences that can lend support to a sufferer at the time of treatment. In the theoretical part, it describes the historical development of the disease at first and sums up its symptoms, progress, consequences and therapeutic procedures. Afterwards, the thesis maps the effects of the risk factors contributing to the onset of the disease and defines the possibilities of the supporting measures at the crisis intervention, including the definition of the basic preventive measures. In the practical part on the basis of enquiries, it looks into the extent of the risk attitudes and behavior peculiar to the disease which is evinced by the groups of the girls at the age of 13 – 15 and 18, 19 years who consider themselves to be healthy and disafflicted by the eating disorders.

Key words

Eating disorders, body image, self-control, fear of increasing the weight, underweight, purge, risk factors, influence of families and society, therapy, prevention.

OBSAH

ÚVOD	9
1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 Dějiny onemocnění	11
1.1.1 Dějiny mentální anorexie	11
1.1.2 Dějiny mentální bulimie	14
1.1.3 Historie ideálu krásy	15
1.2 Současný výskyt poruch	18
2 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	20
2.1 Druhy poruch příjmu potravy	20
2.1.1 Mentální anorexie	21
2.1.2 Mentální bulimie	25
2.1.3 Záchvatovité přejídání a další poruchy	26
2.2 Rizikové faktory u poruch příjmu potravy	27
2.2.1 Sociální a kulturní faktory	27
2.2.2 Biologické faktory	29
2.2.3 Emocionální a osobnostní faktory	30
2.2.4 Rizikové situace, postoje a chování	31
2.3 Fáze onemocnění	33
2.3.1 Příznaky, projevy a následky mentální anorexie	34
2.3.2 Příznaky, projevy a následky mentální bulimie	36
3 VÝCHOVNÉ A SOCIÁLNÍ VLIVY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	39
3.1 Změna v pojetí úlohy ženy	39
3.2 Vliv rodiny	41
3.2.1 Vliv stravovacích návyků v rodině	41

3.2.2	Rizikové chování rodinných příslušníků	42
3.3	Vliv školního prostředí a vrstevnických skupin	44
3.4	Vliv společnosti a mediální obraz „úspěšných lidí“	46
4	LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	49
4.1	Co je uzdravení a motivace k němu	50
4.2	Druhy léčby	51
5	JAK JEDNAT S ČLOVĚKEM S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	54
5.1	Mysl ovládaná nemocí	54
5.2	Úkol pro rodinu	55
5.2.1	Rady pro rodiče	56
5.2.2	Role otce	57
5.2.3	Role partnera, manžela	58
5.2.4	Role sourozenců	58
6	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	60
6.1	Rodina	60
6.2	Škola	61
7	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ „NETÝKÁ SE TO I VÁS?“	63
7.1	Vymezení cíle	63
7.2	Metody průzkumu	64
7.3	Harmonogram postupu a kritéria výběru respondentů	65
8	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	66
8.1	Shrnutí praktické části	73
ZÁVĚR	79
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	85
SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Motto:

*„Večer jsme všichni dost moudří díky uplynulému dni,
ale nikdy nejsme dost moudří před dnem, který přijde.“*

(Friedrich Rückert)

Myšlenka německého básníka vystihuje podstatu této diplomové práce. Je to práce o problematice současných dnů a faktorech, jež vzniku tomuto problému přispívají; zároveň se však jedná o i práci, která hledá nejen výhledy do budoucna, ale nastiňuje i cesty a způsoby, jež mohou k úspěšnému cíli přispět.

Každý z nás se čas od času věnuje v myšlenkách své postavě, dietám i tomu, jestli jsme atraktivní a zajímaví pro ostatní, či jestli bychom některé proporce neměli zeštíhlit nebo zpevnit. A třebaže ne vždy nám jsou naše zjištění příjemná, patří tyto myšlenky pouze mezi jednu z mnoha součástí našeho každodenního života, ve kterém se setkáváme s mnohem důležitějšími starostmi, jako je naše rodina, přátelé, práce, škola, záliby, plány i sny, a nestavíme náš život na zjištěních, kolik čeho sníme nebo kolik vážíme. Pro některé z nás se však tyto myšlenky a úvahy o jídle a postavě staly důležitějším než cokoli jiného. A právě takoví lidé trpí poruchou příjmu potravy.

Třebaže výzkumné studie dokládají, že se jedná o onemocnění velmi závažné, ve většině případů trvale nevyléčitelné, zdá se, především vzhledem k výraznému nárůstu počtu nemocných některou z forem poruch příjmu potravy, že příznaky onemocnění jsou dnes ve svých raných počátcích stále podceňovány a zlehčovány. Zvláště závažným problémem je jeví také současný trend spojovat osobní spokojenost a úspěšnost se spokojeností s vlastním tělem, jež přerostla u mnohých do pokřiveného ideálu krásy a do nadměrného tlaku na dokonalost. Je pravda, že se člověk ve společnosti svým tělem prezentuje, a vzrůstají tak zákonitě nároky na jeho vzhled; otázkou však zůstává, do jaké míry jsou vlivem řady vnějších faktorů dnes naše vnitřní představy o fyzickém vzhledu změněny a do jaké míry jde o vliv pozitivní či negativní.

A právě těmto vnějším vlivům se věnuje tato diplomová práce, jejímž stěžejním cílem je zmapovat vlivy působící při vzniku a dalším průběhu onemocnění, ale i vlivy, jež mohou pozitivně přispět k úspěšné léčbě. Teoretická část práce se rovněž věnuje základní charakteristice jednotlivých forem poruch příjmu potravy, od jejich počátečních příznaků, přes vlastní průběh až k možným důsledkům. Současně ukazuje

možnosti, jak nemocnému pomoci v rámci základní rodinné intervence; popisuje, jakým způsobem probíhá krizová intervence odborná a jak pomocí základních zásad onemocnění předcházet.

Vzhledem k celkovému zaměření práce, která upozorňuje na nedostatečné vnímání nemoci jako závažného problému, je její praktická část pojata jako průzkumné šetření, které se snaží zjistit, do jaké míry by určité projevy u lidí, jež sami sebe považují z pohledu poruch příjmu potravy za zdravé, mohly odpovídat určitým sklonům, které by ve svém důsledku mohly ke vzniku onemocnění vést, a zároveň se snaží ukázat, jak se počet nemocných, především těch skrytých, lékařsky nediodnostikovaných, věkem zvyšuje.

Hlavním smyslem získaných poznatků v rámci této diplomové práce je především snaha poukázat na zrádnost tohoto onemocnění, jež *„můžeme přirovnat k úspěšnému prodejci pochybného zboží. O jeho negativních stránkách se dozvíte až tehdy, když už máte zboží koupené.“*¹

¹ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 28. ISBN 978-80-7297-115-2.

TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Třebaže se onemocnění spojená s poruchou příjmu potravy (dále jen PPP) v současnosti stala příznačnou a těžce řešitelnou otázkou moderního světa, jež je ve svém důsledku považována za extrémní reakci na osobní spokojenost, společenský úspěch a zdraví, nejsou různé formy narušeného příjmu potravy v dějinách ničím neznámým. Zmínky o nich lze nalézt již v dávné minulosti, a třebaže byly nazývány jinak, existovaly.

S extrémním dodržováním půstu se setkáváme již u asketických praktik zbožných křesťanů, jejichž smyslem mělo být dosažení duchovní čistoty, a spolu s odpoutáváním se od hmotných potřeb vést k přiblížení člověka bohu. Jak však ve své publikaci uvádí František David Krch², toto záměrné odmítání jídla, které je hlavním znakem jedné ze dvou základních forem PPP, a to mentální anorexie, nemůžeme chápat jako poruchu příjmu potravy v pravém slova smyslu, neboť asketici svoji vyhublost vnímají a nepopírají ji, na rozdíl od jedinců, u kterých dochází k odpírání jídla vlivem zkresleného vnímání vlastního těla.

1.1 Dějiny onemocnění

Jak již bylo zmíněno, mentální anorexie se řadí mezi dvě základní, a zároveň nejrozšířenější, formy PPP. Tou druhou je mentální bulimie, pro niž je typické přejídání a následné zvracení. A stejně jako se od sebe odlišují hlavní znaky těchto dvou typů onemocnění, má každé z nich i svůj historický vývoj.

1.1.1 Dějiny mentální anorexie

Určité zmínky o PPP nacházíme již v dávném starověku u Hippokrata. Charakteristické příznaky mentální anorexie byly prvně popsány lékařem Galénem ve 2. století našeho letopočtu, nicméně však tomuto problému nebyla věnována

² KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 28. ISBN 80-247-0840-X.

přílišná pozornost a tento stav byl považován, jak píše František Krch, za stav celkové únavy a apatie.³

Různé náboženské rituály nebo protesty, spojené s dlouhodobým odmítáním jídla, se z počátku týkaly především mužů. Až posléze se začaly objevovat případy hluboce věřících žen, jež tvrdily, že díky boží pomoci mohou přežít bez jídla či jen s velmi malým množstvím. Těmto dívkám se dostávalo nebývalého zájmu, v některých případech se k „zázračným pannám“ vydávaly i tisíce poutníků a k myšlence zázraku, způsobeného boží mocí, se přikláněli i mnozí tehdejší lékaři, kteří tento stav nazývali „*anorexia mirabilis*“⁴. K odsouzení půstu došlo až v 16. století, kdy přestaly být postíci se ženy považovány za svěťice a začaly naopak být pronásledovány církví jako čarodějnice posedlé ďáblem.

O patologickém rozměru dlouhodobého odmítání jídla hovoříme až od 19. století, třebaže první definice mentální anorexie byla vyslovena a podrobně popsána ve světoznámé a uznávané knize *Phthisiologia* již o dvě století dříve. Lékař Richard Morton, v literatuře známý jako první portrétista mentální anorexie, v roce 1694 popisuje nemoc u jedné dívky jako „*nervové opotřebení (úbyť), neboli devastaci a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálním rozrušením*“⁵. Jako další příznaky nemoci byly uvedeny problémy s jídlem, vyhublost, amenorea⁶, hypotermie⁷ a opakované záchvaty mdloby.

Jak se odborníci a historikové shodují, i přes dokonalost Mortonovy práce a práce Williama Stout Chipleyho z roku 1859, ve které popisoval, kromě chorobného nechutenství, i jiný typ odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek, jež pocházely z vyšších kruhů a snažily se tak upoutat pozornost, je za milník v historii mentální anorexie považováno uveřejnění, na sobě nezávisle vydaných, článků Sira Williama Whitey Gulla a Ernesta-Charlese Lasèguea v roce 1873. Oba lékaři upozorňovali, že onemocnění nemá somatické příčiny, že se jedná o poruchu psychogenní, která se vyskytuje převážně u mladých dívek a žen. Gullovo označení „*anorexia nervosa*“ a popsané příznaky: *velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost*

³ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 28. ISBN 80-247-0840-X.

⁴ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 28. ISBN 80-247-0840-X.

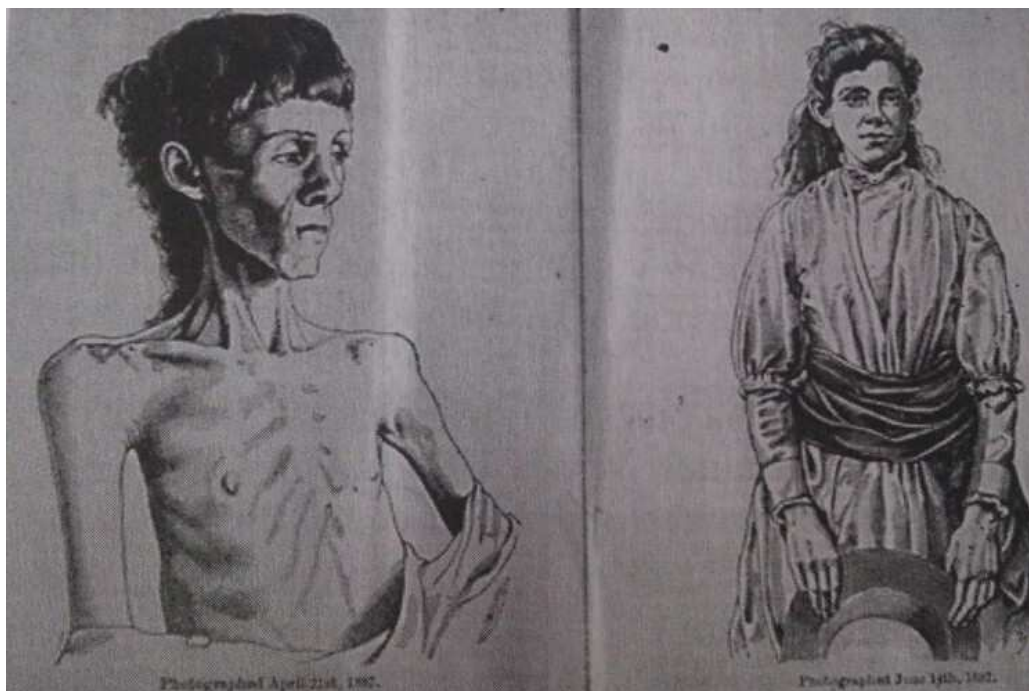
⁵ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 31. ISBN 80-247-0840-X.

⁶ *Amonorea* = vynechávání menstruace.

⁷ *Hypotermie* = nižší tělesná teplota, než je normální; podchlazení.

*jakýchkoliv známek organické etiologie*⁸, jsou znaky nemoci tak, jak je známe i dnes, a chorobné hladovění se tak stalo uznávanou klinickou kategorií.⁹

Obrázek č. 1: Kazuistika pacientky s anorexia nervosa, William Gull, Lancet, 1888



Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.*¹⁰

V prvních desítkách let 20. století docházelo k novým diskuzím o příčinách mentální anorexie, zda mají somatický či psychogenní původ. Tyto spory, jak uvádí odborná literatura, byly ukončeny poté, co bylo v roce 1940 onemocnění díky psychosomatické medicíně a psychoanalýze opět zařazeno mezi duševní poruchy¹¹.

V následujících letech, především od šedesátých let, přibýly k původnímu obrazu mentální anorexie další dva důležité prvky: *narušení vnímání obrazu vlastního těla* a *neúnavná snaha o dosažení štíhlosti*. Tato porucha je v současnosti považována za „módní“ poruchu a je se zájmem sledována širokou veřejností.¹²

⁸ *Etiologie* = nauka o příčinách vzniku nemocí; původ onemocnění.

⁹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹⁰ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹¹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹² KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 31.

1.1.2 Dějiny mentální bulimie

O projevech mentální bulimie najdeme v literatuře zmínky jen velmi sporadicky. Již v dobách antického Říma byla nadměrná konzumace jídla typickým znakem a obecným jevem společnosti vysoce postavených a vznešených vrstev. V roce 65 před Kristem popsal Seneca toto přejídání, často doprovázené zvracením, slovy: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“¹³ I v dalších historických obdobích, v období středověku, jak dokládají kroniky, bylo obžerství časté především u společenské elity. Nebylo neobvyklé, byli-li extrémně výkonní jedinci předváděni na poutích a dvorních představeních vedle ostatních atrakcí.¹⁴

Odlíšné významy a různá osvětlení pojmu bulimie přetrvávaly už od dob antiky, stejně jako bývá diskutován vlastní termín bulimie. V literatuře lze dohledat různé úvahy o jeho původu. Podle Plutarcha byl pojmem *bolimos* označován zlý démon a byl symbolem nadměrného hladu. Pozdější teorie naopak tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad) a byl používán pro označení velkého hladu, „*že by člověk snědl až vola*“.¹⁵ V minulosti byl pojem bulimie spojován i se stavy slabosti a mdlobami vyvolanými hladověním, stejně jako i s některými emocionálními projevy, především se sklíčeností. Mezi lékaři byla etiologie onemocnění spojována s dysfunkcí a abnormalitami trávicího ústrojí a jeho projevy často doprovázeny hysterií.

Již lékaři Gull a Lasègue zmiňovali prvky záchvatovitého přejídání v rámci diagnózy mentální anorexie u pacientek zotavujících se z onemocnění a na začátku 20. století se objevilo několik kazuistik nutkavého přejídání spojeného se zvracením. Za zmínku jistě stojí případ Ellen Westové publikovaný v roce 1944 švýcarským psychiatrem Ludwigem Binswagerem. Třebaže byl případ Ellen chybně diagnostikován jako schizofrenie, jednalo se o dívku, „*kteřá neúnavně zápasila se štíhlostí a přejídáním, což vedlo až k násilnému zvracení a nadužívání laxativ*“.¹⁶

Teprve v sedmdesátých letech dvacátého století byla definována skupina symptomů onemocnění, odlišná od klinicky popsaného obrazu mentální anorexie a obezity, a britským psychiatrem Geraldem Russelem prvně oficiálně použit termín

ISBN 80-247-0840-X.

¹³ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 22. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹⁴ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 22. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹⁵ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 23. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹⁶ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 33. ISBN 80-247-0840-X.

„*bulimia nervosa*“, který poruchu specifikoval jako: „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí. Následkem je charakteristická forma chování, které má postiženým pomáhat zbavovat se nebezpečí tohoto tloustnutí způsobeného nadměrným požíváním jídla, zvracením nebo zneužíváním ‚pročišťujících prostředků‘ anebo oběma způsoby*“.¹⁷ V dalších letech se diagnóza bulimie postupně sjednotila a ke svému označení dodnes používá termín Geralda Russela mentální bulimie.

1.1.3 Historie ideálu krásy

V souvislosti s dějinami onemocnění je třeba přiblížit i dějiny kultu lidského těla, neboť jeho ideál je jedním z faktorů, který v pojetí PPP hraje velmi důležitou úlohu. „*Pojetí krásy lidského těla bylo vždy řízeno kulturními trendy té doby*“¹⁸ a tak lze v rámci stručné charakteristiky jednotlivých historických období pochopit i jeho vývoj. Jak uvádí De Crescenzo ve své publikaci, byla touha po dosažení ideálu krásy vždy, s výjimkou starověkého Řecka, spíše tradicí ženské populace,¹⁹ proto máme k dispozici více informací o změnách týkajících se pojetí krásy u ženského těla. Tyto proměny ideálu krásy je možno porovnat v obrazové podobě v Příloze A.

Starověká kalokagathie představovala harmonii těla a duše a jak historické prameny dokládají, **antičtí Řekové** skutečně do pojetí krásy zahrnovali nejen vnější vzhled člověka, ale i jeho vnitřní povahové rysy. V tehdejší době bylo za mnohem přitažlivější a krásnější považováno mužské tělo, což potvrzuje skutečnost, že pro Řeky krása znamenala i tělesnou zdatnost;²⁰ setkáváme se tak s vyobrazením mužských svalům a ženských oblých tvarů. Oproti tomu **Římané** prosazovali rovnováhu tělesného vzhledu a charakteru. Vysoké hodnocení štíhlosti a kritický pohled na obezitu byl důvodem k tomu, jak již bylo řečeno v kapitole 1.1.2, že se mezi Římany, ve snaze zachovat si štíhlou postavu, „*rozšířil takový způsob kontroly tělesné hmotnosti, který dnes nazýváme bulimickým*“²¹ a který měl zabránit negativním dopadům způsobeným častým a nestřídmým hodováním.

¹⁷ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 23. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹⁸ GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 22. ISBN 80-7169-907-1.

¹⁹ DE CRESCENZO, Luciano. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán, 2004, s. 74. ISBN 80-86569-66-7.

²⁰ DE CRESCENZO, Luciano. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán, 2004, s. 76. ISBN 80-86569-66-7.

²¹ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 32. ISBN 80-247-0840-X.

V období gotiky, především díky vlivu křesťanské ideologie, zaznamenáváme určité změny v pohledu na lidské tělo a jeho estetickou stránku. Zájem o duchovní život a péče o tělesný vzhled, hlásané křesťanským učením, se projevily i v pojetí a hodnocení krásy jako takové. Modelem se stala postava Krista, jež je symbolem skromnosti, utrpení, strádání a s tím spojené štíhlosti. „*I zobrazené ženy této doby*“, často zahalené od hlavy až k patě, zdůrazňují tak svoji ctnost a nedostupnost, „*působí v gotice štíhlejším dojmem, nejdou ale do vyzáblého extrému*“.²²

V následujících období **renesance**, které s sebou přineslo návrat k antickým ideálům, se však pojetí krásy lidského těla mírně posouvá. Objevuje se zde snaha najít určité typy, které by odpovídaly univerzálnímu principu mužství, zastoupeného rozvinutým svalstvem, a ženství, symbolizovaným širokou pánví a zaoblenými tvary. Zároveň nastupuje krása natolik realistická, že dovoluje, aby se tvary těla vyznačovaly i určitou nedokonalostí. Záznamy z listů dvořanů dokazují, že více než vlastní proporce, byla diskutována krása obličeje.²³

Na přelomu 17. a 18. století se v podobném pojetí krásy nesla i **doba barokní** a ve srovnání s renesancí postavy zřetelně nabývají rozměrů. „*U žen jednoznačně převládal důraz na ty části těla, které symbolizují reprodukční úlohu ženy. Plnost a kulatost břicha a pánve způsobené větším množstvím podkožního tuku*“.²⁴

Klasicismus a secese s sebou přinesly hned dva rozdílné pohledy na ženské tělo. Oba ideály se pyšnily útlými pasy, zdůrazněnými módními korzetami, ale odlišovaly se v ostatních proporcích. Nejprve byly obdivovány ženy pro jejich křehké až éterické vzezření, morální hodnoty i společenské postavení, posléze jim však začaly konkurovat ženy celkově mohutnějšího typu, s větším obvodem boků i prsou. Tyto ženy většinou pocházely z nižších společenských vrstev. Jak uvádí Ludmila Fialová, na konci 19. století se dokonce již mnoho žen znepokojovalo tím, že jsou příliš štíhlé. Důvodem jejich znepokojení byl i tehdejší názor lékařů, který podporoval plnější postavu, neboť ta byla synonymem zdraví.²⁵

²² FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18. ISBN 80-247-1350-0.

²³ GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 23. ISBN 80-7169-907-1.

²⁴ GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 21. ISBN 80-7169-907-1.

²⁵ FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 19. ISBN 80-247-1350-0.

Secesní doba za sebou nechala ještě jednu důležitou stopu. Na plakátech se začaly objevovat hvězdy divadelních prken a pomalu, ale jistě, se tak začal rodit kult opěvovaných hvězd a s ním i vzhlížení ke kultu těla, který následoval ...

Mezi odborníky panuje shoda v názoru, že v západní kultuře je na ženy vyvíjen větší společenský tlak, který je nutí vyhovět ideálům štíhlosti, než na muže. Idealizace štíhlosti je pak často vnímána jako výsledek historického vývoje ve **20. století**.²⁶ Na jeho počátku stále byla zdůrazňována štíhlá linie, nicméně pozbyla svojí křehkosti. Až po první světové válce, především díky velkému rozvoji kinematografie, došlo ke vzniku určitých uniformních požadavků na tělo. Z toho důvodu se lze v různých biografiích hereček, už tehdy představovaných jako jeden z idolů krásy, ve vzpomínkách dočíst, jak byly „nucené“ do určitého časového limitu zhubnout a jejich denní příjem obsahoval dva jablka a podobně.²⁷ V 50. letech se dá doslova hovořit o zaplavení světa hollywoodským průmyslem. Pro toto období byly ideálem vyrovnané proporce boků a prsou, jež pro mnohé symbolizovala Marilyn Monroe. Třebaže ona sama sebe považovala za silnou, pro společnost nebyla snaha dívek přiblížit se jejímu ideálu tolik zdraví ohrožující, což diety k dosažení až chlapecké postavy byly a jež na sebe, s příchodem nového ideálu, nenechaly dlouho čekat.²⁸

A právě v přicházejících 60. letech zaznamenáváme největší nárůst poruch příjmu potravy. Jeho důvodem byl příchod zcela nového ideálu krásy, tak odlišného od dob Monroe. Na scéně se objevila nová, moderní modelka, téměř chlapeckého vzhledu, jež zacloumala celým světem – Twiggy, vlastním jménem Leslie Hornby Lawson. Tato útlá dívka, vážící v té době pouhých 41 kilogramů, se stala vzorem pro mnoho žen, třebaže muži si na vyhublost, zejména hrudních partií, nikdy nezvykli. Nastavený trend podpořily i novinky v oblasti módy, když se na trhu objevily bikiny, které se nejlépe vyjímaly na štíhlých postavách.²⁹

V současné době, v prvních letech nového tisíciletí, *„žijeme ve společnosti nadbytku, ale tento nadbytek není pouze nadbytkem materiálních statků, nýbrž nadbytkem informací, informačních explozí. Stále více knih a časopisů se hromadí na našich psacích stolech, jsme zaplavováni dráždidly. Chce-li člověk obstát*

²⁶ GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 21. ISBN 80-7169-907-1.

²⁷ GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 21. ISBN 80-7169-907-1.

²⁸ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 47. ISBN 80-247-0840-X.

²⁹ FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 20. ISBN 80-247-1350-0.

v této záplavě podnětů, které přinášejí masová média, musí vědět, co je a co není důležité.³⁰ Třebaže nadbytek ve společnosti může zvyšovat šanci na rozvinutí onemocnění PPP, její hlavní příčinou není. Tou se zdá být uplatňovaný ideál štíhlosti, jak dokládají zjištění transkulturního výzkumu McCarthyho: „Všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje.“³¹

1.2 Současný výskyt poruch

Jak vyplývá z kapitoly 1.1.3, nemoci podobné PPP se v průběhu historie vyskytovaly. Zcela oprávněně tak vyvstává otázka, co způsobilo jejich masový výskyt a zřetelný nárůst diagnostikovaných případů během posledních desetiletí. Třebaže Krch zmiňuje dva hlavní důvody – nová a jasnější diagnóza PPP a snaha o dosažení ideálního těla poplatného době³², je velmi důležité, i když tento názor není dosud podložený výzkumným šetřením, brát v úvahu i příliv kulturních vlivů západních společností, jež je v Evropě zřejmý především od roku 1989. Pro mnohé státy Evropy znamenala tato doba záplavu nových informací a v neposlední řadě i těch, které říkaly, jak jíst, jak vypadat, jak zhubnout, jak být dokonalí. Všechny tyto změny velmi rychle zahýbaly s dosavadními postoji a hodnotami mladých dívek a žen. David Krch uvádí příklad Švédska, kde došlo v letech 1994-2005 až k čtyřnásobnému nárůstu výskytu mentální anorexie,³³ znázorněného v grafu č. 1. Michal Novák zase upozorňuje na výsledky průzkumu mezi řeckými ženami, jež udávají ve 42 % nespokojenost s vlastním tělem a přiznávají usilovnou snahu podobat se obrazům štíhlosti importovaných ze Západu.³⁴

V České republice jsou hodnoty ukazatelů, prevalence³⁵ a incidence³⁶, ve kterých se výskyt mentální anorexie a mentální bulimie udává, v současné době

³⁰ FRANKL, Viktor Emil. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta, 2006, s. 18. ISBN 80-7259-084-3.

³¹ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 36. ISBN 978-80-7204-657-7.

³² KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 35. ISBN 80-7169-627-7.

³³ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 31. ISBN 80-7169-627-7.

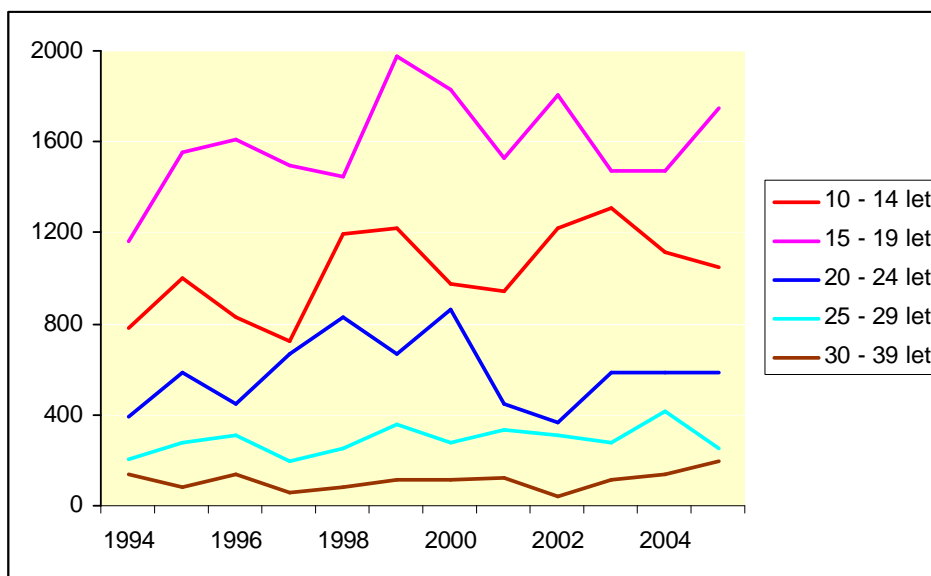
³⁴ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 36. ISBN 978-80-7204-657-7.

³⁵ *Prevalence* = demografický ukazatel používaný pro vyjádření rozšíření nemoci; vyjadřuje počet zdravých a nemocných v populaci.

³⁶ *Incidence* = vyjadřuje počet nových případů onemocnění v populaci za dané časové období; obvykle jde o výskyt u 100 000 obyvatel za rok.

srovnatelné se západním světem. U mentální anorexie se uvádí 0,5 % a u mentální bulimie 3-6 %.³⁷ Vyjádřeno jinými slovy, bulimií trpí každá dvacátá dívka v republice. Pozornost je teď záměrně věnována především dívkám a ženám, protože jak studie dokládají, že anorexie a bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců.³⁸

Graf č. 1: První hospitalizace pro mentální anorexii na 100 000 obyvatel podle věkových skupin v letech 1994-2005



Zdroj: Barbara Pavlová, online, cit. 2013-12-08³⁹

Zvlášť závažná se jeví komorbidita⁴⁰ PPP s psychiatrickými a somatickými poruchami, jež vede ke zhoršení průběhu i prognózy vlastního onemocnění. Papežová ve sborníku *Psychiatrie* uvádí, že poruchy osobnosti, závislost na alkoholu a návykových látkách, depresivní a anxiózní⁴¹ poruchy, spolu se sebevražednými a sebepoškozujícími sklony se na projevu PPP promítají i 25-60 %.⁴²

³⁷ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 12. ISBN 978-80-7204-657-7.

³⁸ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/psychickeproblemy>

³⁹ PAVLOVÁ, Barbara. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 27. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁴⁰ Komorbidita = současný výskyt více nemocí.

⁴¹ Anxiózní porucha osobnosti = úzkostnost, strach z kritiky druhých, nedostatek sebedůvěry; stavy chronického vnitřního napětí, vyhýbavé chování a jednání jedince.

⁴² PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy. In: RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012, s. 292. ISBN 978-80-246-1985-9.

2. CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Každý případ poruchy příjmu potravy představuje člověka, pro něhož se oblast jídla stala bitevním polem, které je propletené s jeho emocemi a životem v takové míře, že začíná mít problém jasně myslet a musí si přiznat, že nemá vůbec žádnou kontrolu nad svým chováním. Porucha příjmu potravy je bitvou, do které jsou zapojeni všichni z okolí nemocného.“⁴³

V tomto krátkém, přesto výstižném, popisu onemocnění PPP z pera Kate Middleton nacházíme podstatu i vnitřní nebezpečí, která s sebou tato porucha přináší a o kterých bude pojednávat tato kapitola. V úvodu budou popsány základní druhy PPP, přičemž hlavní důraz kapitoly je kladen na rizikové faktory, jež mohou k onemocnění vést, a vzhledem ke zrádnosti nemoci, která nevzniká přes noc, ale její dlouhodobý vliv se projevuje postupně, budou celkově shrnuty její příznaky, průběh i následky.

2.1 Druhy poruch příjmu potravy

Poslední, desátá, revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), prováděná mezinárodní zdravotnickou organizací WHO, mezi poruchy příjmu potravy řadí mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání a zvracení s jinými psychickými poruchami. V současné době se však objevují i další poruchy, které nejsou v této klasifikaci zahrnuty a které se jeví být smíšenými polohami těchto čtyř základních forem.

Třebaže se jednotlivé poruchy od sebe již na první pohled liší, nacházíme u nich společné a příznačné prvky, jež snadno mění význam slov *dobrý a špatný den*.⁴⁴

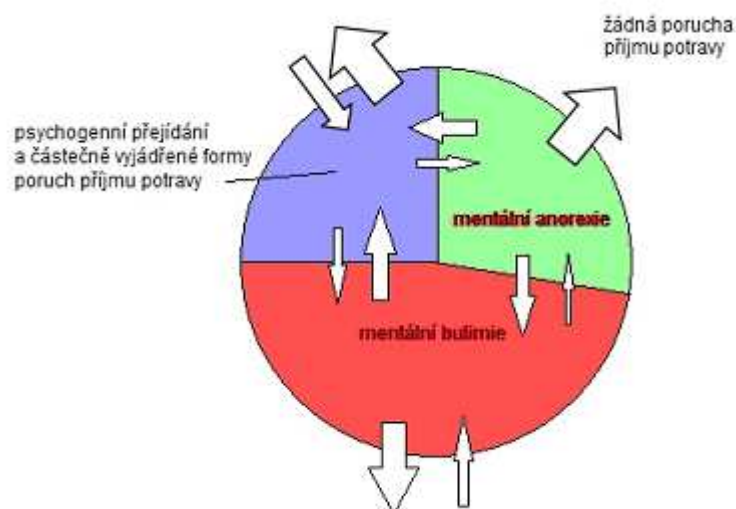
- intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu,
- strach z tloušťky,
- nespokojenost s vlastním tělem.⁴⁵

⁴³ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 7. ISBN 978-80-7297-115-2.

⁴⁴ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 7. ISBN 80-7106-248-0.

Zároveň je pro tyto poruchy typické, jak ukazuje obrázek č. 2, že jednotlivé formy mohou do sebe vzájemně přecházet, stejně jako neexistuje jediná příčina vzniku tohoto onemocnění, ale že jde vždy o souhru několika okolností, které nemoc spustí nebo ji udržují.⁴⁶

Obrázek č. 2: Přecházení jedné formy poruchy v druhou



Zdroj: Hana Papežová, online, cit. 2013-12-08⁴⁷

2.1.1 Mentální anorexie

Základním znakem lidí trpících mentální anorexií (dále jen MA) je skutečnost, že si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlí. Přestože je okolí považuje za hubené až vyhublé, oni sami sebe vidí stále jako příliš tlusté.

MA je charakterizována jako porucha, pro niž je typické zejména úmyslné snižování tělesné hmotnosti a záměrné odmítání jídla jako takového. Nemocní, i když mají na jídlo chuť, jej striktně odmítají. Z popisu právě takového jednání pochází i samotný název onemocnění: *an* – zbavení, nedostatek; *oxis* – chuť. Řecké *an-oxis* neboli zbavení chuti k jídlu, kdy člověk netrpí nechutenstvím, ale jeho hlavním cílem

⁴⁵ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologievy/psychickeproblemy>

⁴⁶ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 11. ISBN 978-80-87142-18-9.

⁴⁷ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 12. ISBN 978-80-87142-18-9.

je zvítězit nad hladem, dokázat se kontrolovat a ovládat. Pocit hladu navozuje pocit hubnutí a nemocný tak nachází uspokojení a potěšení.⁴⁸

Dalším významným znakem této formy PPP je vysoký energetický výdej v podobě přehnaného až extrémního cvičení. Kdy každý sněžený rohlík, mnohdy i jen jeho půlka musí být spálena a zničena. U některých pacientů se setkáváme rovněž s používáním projímadel.⁴⁹

František D. Krch v rámci charakteristiky MA popisuje dva její specifické **typy** – **restriktivní** a **purgativní**. V případě prvního nedochází u pacienta k opakovanému přejídání a Krch jej řadí mezi nebulimické formy. Pro druhý, purgativní, typ je naopak opakované přejídání typickým znakem a Krch o něm hovoří jako o typu bulimickém.⁵⁰

Ať jde o kteroukoliv formu, pro vymezení MA, dle odborníků, jsou podstatné tři hlavní znaky:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
- strach z tloušťky, který trvá i přes abnormálně nízkou hmotnost,
- amenorea u žen.⁵¹

Co se abnormálně nízké tělesné hmotnosti týče, MKN-10 uvádí jako podmínku potvrzení diagnózy MA, že tělesná hmotnost je 15 % pod danou úrovní hmotnosti pro určitou výšku nebo BMI 17,5 a nižší.⁵²

BMI index neboli index tělesné hmotnosti (*angl.* Body Mass Index) je prostředek pro zjišťování podváhy, ale i obezity. Je to jeden z ukazatelů, jež mohou pomoci právě při diagnostikování PPP. Jeho výpočet je podílem hmotnosti a druhé mocniny výšky⁵³ a jeho výsledek lze přiřadit k váhové kategorii, jak ukazuje graf č. 2.

⁴⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 432. ISBN 978-80-262-0225-7.

⁴⁹ BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení Mac, 2003, s. 3. ISBN 80-86015-91-2.

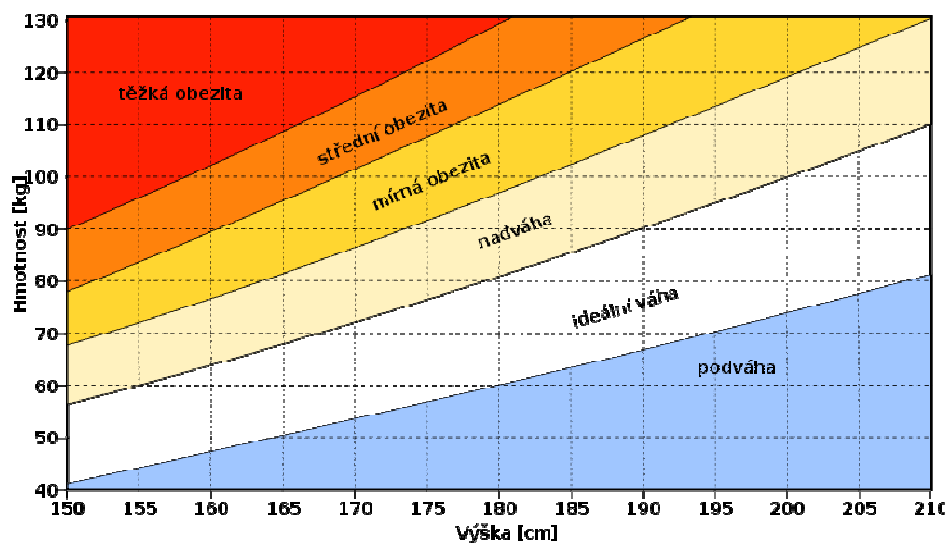
⁵⁰ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 17. ISBN 80-247-0840-X.

⁵¹ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologiev/psychickeproblemy>

⁵² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 9. ISBN 978-80-7204-657-7.

⁵³ CASSUTO, Dominique-Adele, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008, s. 14. ISBN 978-80-7367-357-4.

Graf č. 2: Hodnoty BMI



Zdroj: Wikipedia, online, cit. 2013-12-12⁵⁴

Uváděné kategorie BMI jsou pouze zjednodušeným modelem. Výsledná hodnota Body Mass Indexu nemusí být přesně vypovídající zejména u dětí, starších lidí a aktivních sportovců. Pro přesnější posouzení tělesné váhy je třeba brát v úvahu další parametry, jako jsou pohlaví, věk, objem svalů i typ postavy.

Jak již bylo řečeno v úvodu kapitoly, příčina vzniku onemocnění není pouze jedna, ale vždy se jedná se o součinnost několika faktorů. František D. Krch za prvotní spouštěč MA u některých dívek považuje redukční diety⁵⁵, a potvrzuje tak i myšlenku Anthonyho Giddense, že „*mentální anorexie je sice nemoc, ale současně je úzce spojena s představou 'držení diet'*“⁵⁶ Nejznámější anorektička světa Isabelle Caro, jejíž fotografie z dílny Oliviera Toscaniho nafocené v rámci kampaně proti anorexii v roce 2007 uchvátily svět, hovořila o své nemoci takto: „*Lidé nemají ponětí, jaká anorexie vůbec je. Myslí si, že prostě jen přestanete jíst. Ale vy se přece nerozhodnete jednoho dne skončit s jídlem. Tak to není. Je to velmi těžké, je to utrpení, je to hluboko v každém nemocném.*“ Příběh této vyhublé modelky začal v jejích třinácti letech, kdy její matka trpěla vážnými depresemi a otec byl vždy někde na cestách. Dětství strávila převážně v izolaci, stranou od lidí, učila se doma a sama tuto dobu pro CBS okomentovala slovy: „*Bylo to velmi komplikované, velmi obtížné a velmi bolestné*

⁵⁴ WIKIPEDIA. Výpočet BMI. [online]. © 12. 12. 2013 [cit. 2013-12-012]. Dostupné z: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:BMI_grid_cs.svg

⁵⁵ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 53. ISBN 80-7178-598-9.

⁵⁶ GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, s. 136. ISBN 80-7203-124-4.

dětství“, neboť její matka trpěla velkou fobií z toho, že její dcera jednou vyroste. „Spoustu času strávila tím, že kontrolovala mou výšku. Nepouštěla mě ven, protože někde zaslechla, že děti na čerstvém vzduchu rostou. Bylo to naprosto traumatizující.“ Při výšce 165 cm vážila ve svých dvaceti letech pouhých 25 kilogramů. Léčbu dobrovolně nastoupila až poté, co v roce 2006 upadla do kómatu a i přes malé šance na přežití se jí lékařům podařilo probrat. Následky dlouhodobého strádání byly však natolik závažné, že i přes veškerou snahu Isabelle v listopadu 2010 ve svých 28 letech nemoci podlehla.⁵⁷

Obrázek č. 3: Isabelle Caro v kampani proti anorexii



Zdroj: Zapni mozek, online, cit. 2014-01-04⁵⁸

Odborníci za rizikový věk pro vypuknutí MA označují u dívek období mezi 13. - 20. rokem, přičemž nejrizikovější období nastává kolem patnáctého roku, kdy vrcholí tělesné i psychické změny vyvolané dospíváním. Jak však uvádí Dagmar Benešová, „jsou známy i případy, kdy anorexií trpěla desetiletá dívka a naopak i čtyřicetiletá žena. U chlapců se s touto poruchou příjmu potravy převážně nesetkáváme“.⁵⁹

⁵⁷ ZAPNI MOZEK. *Isabelle Caro – malá holčička, která zemřela ve starém těle*. [online]. © 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.zapnimozek.cz/isabelle-caro-mala-holcicka-ktera-zemrela-ve-starem-tele/>

⁵⁸ ZAPNI MOZEK. *Isabelle Caro – malá holčička, která zemřela ve starém těle*. [online]. © 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.zapnimozek.cz/isabelle-caro-mala-holcicka-ktera-zemrela-ve-starem-tele/>

⁵⁹ BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení Mac, 2003, s. 4. ISBN 80-86015-91-2.

2.1.2 Mentální bulimie

Zásadním rozdílem mezi pacientkami trpících mentální anorexií a mentální bulimií (dále jen MB) je jejich hmotnost. Na rozdíl od vyhublé pacientky s MA má bulimička váhu v pásmu normálu. Právě z tohoto důvodu je i těžké z počátku nemoc odhalit.

Mentální bulimie, stejně jako MA, je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou a nevhodnou kontrolou tělesné hmotnosti formou opakující se hladovky, vyvolaným zvracením, zneužíváním projímadel nebo nadměrným cvičením. Eva Marádová v souvislosti se záchvaty přejídání uvádí, že pocit přejedení je velmi relativní, jak vyplývá i ze záznamů některých nemocných. Z nich je zřejmé, že většinou snědli víc, než chtěli nebo byli zvyklí jíst. A právě tento subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem je, podle Marádové, významnějším znakem přejedení než množství zkonsumovaného jídla.⁶⁰ Pro diagnostikování je rovněž důležitá skutečnost, že tyto epizody přejedení se opakují nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců.

Při srovnávání MA a MB nacházíme zřejmý rozdíl již v myšlenkách na samotné jídlo. Zatímco lidé s MA si záměrně jakékoli pomýšlení na něj odpírají, lidé trpící MB se v těchto myšlenkách utápí a jsou jimi doslova ovládnuti. Normální i přehnanou porci jídla berou jako vlastní neschopnost se ovládnout, mají výčitky svědomí a podle Rabocha s Pavlovským jsou tyto pocity selhání spouštěčem vleklých depresí.⁶¹

Typickým znakem záchvatu přejídání je rychlost, jakou je jídlo konzumováno. Jak poznamenává Peter Cooper, lidé s MB si jídlo cpou přímo do úst, téměř ho nežvýkají a vůbec nevnímají, jakou chuť jídlo má. Prvotní příjemné pocity se tak záhy rychle vytrácejí.⁶²

V České republice mentální bulimií trpí každá dvacátá žena ve věku 18 – 55 let, mužskou populaci tato nemoc opět postihuje o poznání méně, a to přibližně 10 %.⁶³ Lehčí formy nemoci se dají zvládnout svépomocným programem, nicméně těžší postižení, stejně jako u MA, vyžadují hospitalizaci.

⁶⁰ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/psychickeproblemy>

⁶¹ RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, s. 157. ISBN 978-80-7387-582-4.

⁶² COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 21. ISBN 80-85885-97-2.

⁶³ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 42. ISBN 978-80-247-2130-9.

2.1.3 Záchvatovité přejídání a další poruchy

Záchvatovité přejídání má s mentální bulimie mnoho společného – od nadměrné konzumace jídla v relativně krátké době až po pocity znechucení, které po skončení záchvatu následují. Rozdíl je v tom, že toto chování není spojeno s kompenzačním chováním. Třebaže může postihnout obě pohlaví v kterémkoliv věku, u žen se projevuje mnohem častěji, v 85 %.⁶⁴

Z pohledu zdravého člověka mohou být zajímavá i diagnostická kritéria **nočního přejídání**:

- postižení konzumují nejméně čtvrtinu celkového množství kalorií zkonsumovaných během jednoho dne až po večeři,
- nespavost během nejméně poloviny času spánku před půlnocí, poloviny času po půlnoci,
- ranní anorexie se zanedbanou snídaní.⁶⁵

Tato diagnóza, která může mnohé překvapit, byla stanovena v roce 1955, ještě o čtyři roky dříve než diagnóza záchvatovitého přejídání. Týká se většinou obézních lidí; nicméně, jak uvádí Hana Papežová, v České republice se vyskytuje až u 1 – 2 % běžné populace.⁶⁶ Mezi poruchy příjmu potravy je řadí pocit studu, hanby a provinění, včetně dalších psychických chorob, které nadměrnou konzumaci jídla provázejí.

Mezi další poruchy příjmu potravy se řadí například atypická mentální anorexie nebo bulimie. Pro zajímavost se zastavíme u dalších dvou poruch, jež při prvním pohledu, podle Jana Kulhánka, působí jako pouhé dodržování zdravého životního stylu – ortorexie a bigorexie – a lidé trpící těmi poruchami jsou často svým okolím obdivováni.⁶⁷

Ortorexie je chápána jako posedlost zdravým životním stylem, kdy nakupování bio potravin a pravidelné cvičení se záhy mění v nezvladatelnou potřebu neustále cvičit a ve strach sníst cokoliv jiného než bio.

⁶⁴ VÍŠ, CO JÍŠ. *Záchvatovité přejídání*. [online]. © 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://viscojis.cz/teens/index>

⁶⁵ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 14. ISBN 978-80-87142-18-9.

⁶⁶ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 14. ISBN 978-80-87142-18-9.

⁶⁷ KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie, drunkoroxie*. [online]. © 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_tisk.asp?id=2251

Mezi hlavní rizika **bigorexie**, při které se postižení snaží dosáhnout většinou nereálných fyzických výkonů a proporcí, za současného zneužívání anabolik a steroidů, patří poškození pohybového aparátu jako následek soustavného přetěžování i poškození trávicího systému. Tuto poruchu můžeme najít nejčastěji mezi kulturisty.

2.2 Rizikové faktory u poruch příjmu potravy

„Odborníci se shodují, že neexistuje žádná specifická příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení.“⁶⁸ Z této citace Evy Marádové je zřejmé, že není tak úplně snadné spouštěcí faktor odhalit. Ke stejnému závěru došla i všechna výzkumná šetření, jež se problematikou PPP zabývala. Obecně lze tedy říci, že poruchy příjmu potravy jsou důsledkem vlivu sociálních, rodinných a kulturních faktorů, faktorů osobnostních, biologických a genetických, stejně jako působení nepříznivých životních událostí, chronických obtíží či nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností. Tato podkapitola se snaží zmapovat celé pole těchto činitelů, přičemž sociálně-kulturní a rodinné faktory budou zmíněny pouze okrajově, neboť jim je věnována celá následující kapitola.

2.2.1 Sociální a kulturní faktory

Mnoho autorů, včetně Sarah Grogan, se domnívá, že součet všech tlaků vycházejících z nároků současné společnosti – rychle se měnící kultura, oslava vyhublosti, štíhlost a nadměrná sebekontrola - jsou jádrem problémů u PPP.⁶⁹ Potvrzení těchto závěrů nacházíme především v rostoucí incidenci PPP v zemích takzvaného západního světa u žen mezi imigranty a u žen veřejně známých v těch kulturách, které se snažily po druhé světové válce přizpůsobit západnímu stylu a hodnotám. František Krch poukazuje na to, že hodnoty právě západních zemí, které udávají celosvětový tón, jsou výrazně spojeny s rostoucím zájmem o tělo⁷⁰, a Sarah

⁶⁸ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologievy/psychickeproblemy>

⁶⁹ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 29. ISBN 80-7169-907-1.

⁷⁰ KRCH, David František. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 56. ISBN 80-7178-598-9.

Grogan už pouze dodává, že tyto společnosti „vyžadují od mužů a zvláště žen, že budou štíhlé a mužská populace ke štíhlosti přidá i nezbytné svaly“.⁷¹

Další rizikovým faktorem je již zmiňovaný ideál krásy, kterým jsou ženy v současné době čím dál více atakovány, a jeho forma prezentace široké veřejnosti. Zobrazované ikony krásy - modelky v časopisech, herečky a zpěvačky na televizní obrazovce – jsou čím dál tím štíhlejší, až nezdravě hubené. Zajímavá, až varující, je skutečnost, že před dvaceti lety vážily modelky o osm kilogramů méně než průměrné ženy, dnes váží méně o celých 23 kilogramů!

Obrázek č. 4: Angelina Jolie v roce 2004 a 2013



Zdroj: Osobnosti, online, cit. 2014-01-15⁷²

Jana Kocourková v této souvislosti upozorňuje, že současná ideální silueta a hmotnost ženského těla jsou mnohdy biogeneticky nedosažitelné a zdraví ohrožující. Dále uvádí, že tyto trendy jsou stejně nebezpečné jako metody, kterými se štíhlosti dosahuje. Panuje-li ve společnosti takovéto klima, jakékoli přerušení diety či mírná nadváha je pak snadno chápáno jako selhání a často vede k sociální diskriminaci, poklesu sebevědomí a sociální izolaci.⁷³ I z toho důvodu odmítají některé ženské

⁷¹ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 29. ISBN 80-7169-907-1.

⁷² OSOBNOSTI. *Angelina Jolie*. [online]. © 15. 1. 2014 [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.osobnosti.cz/angelina-jolie.php>

⁷³ KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29. ISBN 80-85824-51-5.

časopisy žijící z reklamy publikovat zprávy a články o nebezpečnosti či neúčinnosti komerčních preparátů na hubnutí.

František Krch zmiňuje další kulturní fenomén, kterým se stává určitá předpojatost vůči obézním lidem. Díky postavě jsou jim připisovány přívlastky jako hloupi, oškliví, líní a neschopní. Tato podjatost ve svém důsledku pak strach z tloušťky jenom znásobuje. Již celá řada studií ukázala, že již v dětském a adolescentním věku se setkáváme se stigmatem obezity.⁷⁴ Vyplývá z řečeného i to, že lidem automaticky podle jejich vzhledu přisuzujeme i jejich povahové rysy a vlastnosti?

2.2.2 Biologické faktory

„Už jen samotný fakt být ženou zvyšuje riziko vzniku PPP až desetkrát“⁷⁵. Neboť ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají zcela jinou roli v životě ženy a muže. K nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám dochází v průběhu puberty a rané adolescence. Právě z tohoto důvodu je toto období z pohledu vzniku a možného rozvoje PPP nejrizikovější. Jak František Krch uvádí, v pubertě průměrná hmotnost českých dívek přirozeně vzrůstá z BMI 16 na 19 a tento nárůst, především tělesného tuku, může pro mnohé dívky znamenat velkou psychickou hrozbu. V souvislosti se změnami těla v tomto období Krch cituje i Tannera: „Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují k maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je v současnosti považované za krásné.“⁷⁶

Ruku v ruce se změnami těla přináší puberta i rozvoj sebeuvědomění. Podle Františka Krcha, dvouleté dítě své společníky nijak nerozlišuje – holčička nebo chlapeček znamenají pro něj totéž. Kdežto mladé dívky v pubertě jsou oproti chlapcům mnohem nejistější; mají větší obavy, zda jsou, nebo nejsou oblíbené; mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. Tento pocit nejistoty z vlastní hodnoty se někdy u žen opět objevuje v období těhotenství.⁷⁷

⁷⁴ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 60. ISBN 80-247-0840-X.

⁷⁵ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 62. ISBN 80-7169-627-7.

⁷⁶ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 62. ISBN 80-7169-627-7.

⁷⁷ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 52. ISBN 978-80-247-2130-9.

2.2.3 Emocionální a osobnostní faktory

Emoce zná z vlastní zkušenosti každý z nás a bereme je jako každodenní součást našeho života. Hněv, smutek, pláč, radost, strach, lítost, ... - zvláštní momenty, které nám přinášejí určitou dávku vzrušení a vyvolávají v nás příjemné či nepříjemné pocity. Tyto vrozené emoce však, jak upozorňuje Pavel Říčan, nejsou samozřejmostí od samého narození.⁷⁸

U pacientů s MA a MB se často setkáváme s depresivními a úzkostnými stavy, které jsou spojeny především se zvýšenou obavou o postavu a tělesnou hmotnost. Pocit bezcennosti u bulimiček, podle Krcha, často souvisí se ztrátou kontroly nad množstvím zkonsumovaného jídla a neschopností dosáhnout požadované hmotnosti. Tuto bezmocnost pacientky pak řeší dalšími a dalšími epizodami přejídání, jež je v prvních chvílích uspokojí a uklidní, následně uvrhnou do **deprese** ještě hlubší. Některé pacientky se mohou cítit natolik provinile a stydět se za sebe, že je tento stav dovede až k pokusu o sebevraždu. Právem jsou tak PPP považovány za formu sebevražedného jednání.⁷⁹

Podle některých autorů jsou podstatou patogeneze PPP i určité osobnostní rysy, příp. specifické poruchy osobnosti, které v kombinaci s dalšími faktory riziko onemocnění zvyšují. U mentální anorexie nejčastěji hovoříme o **perfekcionismu a obsedantně-kompulzivní osobnosti**⁸⁰; u mentální bulimie je zřejmá **impulzivita**. Stále je však nutno mít na paměti, jak upozorňuje Barbora Pavlová, že tato zjednodušená charakteristika tak jednoduchá není.⁸¹

Perfekcionistické prvky se u dívek trpících anorexií často objevují již od dětství – zaměření na výkon, dokonalost, svědomitost, Naopak snížená sebekontrola vedoucí až k impulzivitě neboli absolutní neschopnosti tlaku podnětu odolat je typickým znakem bulimiček. Zajímavou je i silná asociace spojená se zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním PPP. Impulzivita, jež je podstatou rovněž závislostního chování, má podle dostupných šetření jiné důsledky u mužů a jiné u žen. U mužů

⁷⁸ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 163. ISBN 978-80-247-3133-9.

⁷⁹ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 39. ISBN 978-80-247-2130-9.

⁸⁰ *Obsedantně-kompulzivní myšlenky* = stereotypně se opakující nutkavé, vtíravé a nechtěné myšlenky, které mohou být překonány pouze impulzem (rituálem)

⁸¹ PAVLOVÁ, Barbora. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 39. ISBN 978-80-247-2425-6.

s impulzivní poruchou osobnosti se problémy zřetelně projevovaly ve zneužívání návykových látek, zatímco u žen se později projeví v podobě PPP⁸².

Marie Vágnerová mezi další charakterové vlastnosti, které mohou mít vliv na vznik PPP, rovněž řadí:

- **přízpusobivost a nekonfliktnost** v sociálním prostředí, které se projeví v přijetí a ochotě splnit jakékoliv společenské požadavky a nároky,
- **nadprůměrná inteligence**, jež se ukazuje u vynikajících studijních výsledků,
- **sebekritičnost, nízké sebevědomí a nejistota**,
- **introvertní charakter**, vyvolávající nedůvěru k ostatním lidem; snižuje schopnost navazování přátelských vztahů, zvyšuje obavu z negativního hodnocení a kritiky,
- **přecitlivělost** na různé podněty a situace, které někde v hloubi duše nemocní silně prožívají.⁸³

2.2.4 Rizikové situace, postoje a chování

„Proč? Co se jí stalo, že přestala jíst? Kdo jí ublížil? Co ji trápí?“⁸⁴ Otázky, které napadnou většinu z nás. Odborníci se shodují, že - kromě výše uvedených faktorů - k rozvoji nebo udržování PPP dopomáhají i další různé skutečnosti.⁸⁵

„Dieta je přepych, který může být prosazován jen ve společnosti nadbytku. Zatímco ještě před šedesáti lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené 'prostředky na přibrání'; je dnes komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky na hubnutí.“⁸⁶ **Redukční dieta** - kdo z nás ji nezkusil, kdo se nikdy záměrně v jídle neomezil nebo kdo si neudělal pár dřepů navíc? Nejspíše málokdo.

⁸² PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 38. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁸³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 227. ISBN 978-80-262-0225-7.

⁸⁴ PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 40. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁸⁵ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 48. ISBN 80-247-0840-X.

⁸⁶ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 59. ISBN 80-247-0840-X.

Přítom hranice mezi normou a patologií, jak zdůrazňuje Eva Marádová, je velmi křehká, neboť redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie až osmkrát.⁸⁷ Odolat vnějším tlakům společnosti i nádherným postavám modelek je občas složité i pro dospělé a zralé ženy. Snad díky tomu se dá částečně pochopit složitost situace, ve které se ocitají dospívající dívky, když se mnohdy snaží bojovat proti přírodě a přirozeným tělesným proporcím. Jako nepochopitelné se pak jeví skutečnost, že „*tyto dívky přiměřenou a zdravou výživu zaměňují za některou z právě módních redukčních diet*“.⁸⁸

Zmiňované diety jsou často důsledkem narušeného vnímání vlastního těla, tzv. **negativního body image**, kdy se nejčastěji jedná o přeceňování hmotnosti jako takové. „*Náš psychický život je životem našeho těla, které reaguje na vše, co prožíváme. I tělo má paměť. Poznáme ji podle toho, že emočně obsažená vzpomínka v něm vyvolá odezvu.*“⁸⁹ Právě tato paměť našeho těla může být tím zásadním, co způsobí, že se psychický obraz vlastního těla natolik vzdálí realitě. Libuše Stárková jako příklad uvádí – Je-li v rodině hlavním krédem „vypadat dobře“, často na úkor citovosti a vzájemnosti, může dívka tento postoj pevně zabudovat do svých hodnot a tělesný vzhled se pro ni pak stane dominantní hodnotou.⁹⁰

Projekce body image se objevuje i u mnohých sociálních skupin, například automaticky spojujeme některé **pracovní profese** s tělesným vzhledem. Málokdo si pravděpodobně pod baletkou, tanečnicí nebo modelkou představí korpulentní dámu a Sarah Grogan upozorňuje, že z toho sociálního tlaku nejsou vyjmuti ani zástupci mužské populace, například žokejové či závodníci formule.⁹¹ U těchto skupin jsou pak anorektické projevy považovány za standardní jednání.

Mezi významné predisponující nebo spouštěcí faktory PPP rovněž patří **náročné životní situace**. Podle Hany Papežové je rozhodující nejen míra stresoru v dané situaci, ale také adaptační schopnost jedince se s touto mírou vyrovnat.⁹²

⁸⁷ MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologiev/psychickeproblemy>

⁸⁸ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 64. ISBN 80-7169-627-7.

⁸⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 42. ISBN 978-80-7367-342-0.

⁹⁰ STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence. *Pediatriepropraxi.cz* [online]. © 2003 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/05/06.pdf>

⁹¹ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 12. ISBN 80-7169-907-1.

⁹² PAPEŽOVÁ, Hana, YAMAMOTOVÁ, Anna, VURMOVÁ, I. Stress a poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii, Sborník přednášek a abstrakt IV. sjezdu České*

Mezi zjevné stresové situace patří např. stěhování, rozvod rodičů, problémy s udržováním vztahů, odmítnutí ze strany vrstevníků, přehnaný zájem ze strany rodičů či alkoholismus v rodině. Se zajímavým zjištěním přišly výzkumy, jež se týkaly spojitosti mezi PPP a sexuálním zneužíváním v období dětství. Barbora Pavlová cituje v této souvislosti Smolaka a Murnena: „*Je možné, že dítě vystavené sexuálnímu zneužívání je přesvědčené, že není dost hodnotné, a podle toho také v dospělosti se svým tělem zachází. Ve světě, kde nemůžeme události nikterak ovlivnit, nám hladovění umožňuje ovládat alespoň malý úsek života.*“⁹³ Je-li zneužívání spojeno s násilím, riziko onemocnění PPP ještě vzrůstá.

2.3 Fáze onemocnění

Tato podkapitola se pokusí v uceleném pohledu shrnout příznaky, projevy a následky dvou nejrozšířenějších poruch příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie, s důrazem na jejich průvodní odlišnosti. Možnosti léčby budou pro tuto chvíli nastíněny pouze rámcově, neboť jim je v hlubším pohledu věnována celá 4. kapitola.

Třebaže PPP, jak již bylo řečeno, nevznikají přes noc, ale vkrádají se k nám pomalu a jakoby nenápadně, existují zcela jistě určité projevy chování nemocného, jež by mohly o nemoci svědčit. Jedná se především o **změny ve stravovacích návycích** a přístupu k jídlu jako takovému, o **projevy** týkající se velkého **zaujetí vlastním tělem** a jeho vzhledem a v neposlední řadě i o změny nálad a s nimi spojené **narušení sociálních vztahů**.

Již na první pohled mezi MA a MB nacházíme rozdíly, jak je patrné i z tabulky Františka Davida Krcha – tabulka č. 1 v Příloze B. Krch zde přehledně uvádí nejen výskyt důležitých signifikantů nemoci, ale zmiňuje i procentuální zastoupení doprovodných projevů, včetně motivace k následné léčbě.

psychiatrické společnosti ČLS JEP, Špindlerův mlýn 2002 [online] [cit. 2014-01-18]. Dostupné z:

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach->
⁹³ PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 42. ISBN 978-80-247-2425-6.

2.3.1 Příznaky, projevy a následky mentální anorexie

MA se vyznačuje zejména změnou jídelního režimu a nadměrnou fyzickou aktivitou. Rodině i širšímu okolí trvá poměrně dlouho, než si tuto změnu uvědomí, protože, jak připomíná Michael Maloney, anorektičky svoji snahu nejíst většinou skrývají, vždy si najdou „dobrý důvod“, proč teď jíst nemohou, a jejich únikové jednání nezná v této chvíli mezí.⁹⁴

Prvotní omezení či vyhýbání se určitým jídlům jako jsou sladkosti, maso, knedlíky aj. se postupně mění ve vynechávání jednoho z hlavních jídel, až nakonec nemocní nejedí téměř nic. Dagmar Benešová zmiňuje i další zásadní projev onemocnění, a to snahu o totální izolaci v době jídla, srovnávání velikosti svojí porce s ostatními, popř. vyhazování zbytků nebo celého jídla.⁹⁵

František David Krch popisuje změny v postoji k jídlu následovně: *„Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že jídlo musí ‘vychutnat’ nebo ‘jíst v klidu’, což znamená, že například ujídají jeden jogurt miniaturní lžičkou 20 minut.“*⁹⁶

U nemocných často zároveň dochází ke zvýšení fyzické aktivity, nejvíce v nočních hodinách, kdy nejsou tolik „na očích“. Potřeba spalovat energii je natolik silná, že kromě několikahodinového usilovného cvičení, jak zmiňuje Robert Cohen, musí chodit i při samotném jídle.⁹⁷

U lidí trpících MA dochází postupem času ke změně nálad, které mohou vést až k vážnému narušení vztahu s ostatními lidmi, včetně rodinných příslušníků. Z jejich pohledu není nic tak důležité jako jejich vlastní boj s hladem a potlačováním chuti na cokoliv, problémy a starosti druhých jim přijdou malicherné.

V principu se setkáváme se dvěma typy anorektiků – první typ dává svoji novou hubenost na odív, je na sebe pyšný, že si dokázal poručit, zvítězil nad svým vlastním já a je schopný věci ovládat; druhý typ naopak svoji hubenost skrývá, a to z obavy,

⁹⁴ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 57. ISBN 80-7106-248-0.

⁹⁵ BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení Mac, 2003, s. 4. ISBN 80-86015-91-2.

⁹⁶ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 27. ISBN 80-7178-598-9.

⁹⁷ COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v praxi*. Praha: Portál, 2002, s. 97. ISBN 80-7178-497-4.

že v případě odhalení, by byli nuceni jíst a tuto závist a nepřejícnost svého okolí nejsou za žádných okolností ochotni riskovat.

A právě zvýšené sebevědomí a radost ze sebe samého, které anorexii zpočátku provázejí, jsou zároveň i velkou překážkou zahájení léčby. V této souvislosti Michael Maloney uvádí, že u anorektiček tento pocit vítězství – schopnost věci ovládat a štíhlejší, atraktivnější postava – jsou nejdůležitějšími bloky, proč pomoc odmítají. Maloney zároveň uvádí i některé důvody, které k takovému odmítání u dívek vedou. Například: V případě rodiny, jež klade na svoji dceru velké nároky a u které je jakýkoliv nezdar chápán jako neschopnost, došlo k rozvinutí poruchy jako reakci na takovou situaci. V oblasti svého hubnutí dívka získala alespoň trochu soukromí a nezávislosti a automaticky se tak brání, aby o tohle svoje „pole působnosti“ přišla. Další blok k zahájení léčby je spojen s, již zmiňovaným, pokřiveným významem tělesné hmotnosti a se stereotypy a předsudky veřejnosti v názorech na obézní lidi.⁹⁸

V žádném případě nemůžeme o mentální anorexii hovořit pouze jako o obyčejném experimentování dospívajících dívek a mladých žen. Odhady odborníků říkají, že až u 10 % postižených dochází k natolik závažným zdravotním následkům, že je nelze zachránit a jejich případy končí smrtí.⁹⁹

Lidské tělo nerozlišuje, zda hladovění přichází jako rozkaz z vlastní hlavy, nebo se děje na příkaz někoho druhého. Pro tělo je důležitý dostatek potravy na to, aby bylo životaschopné. Proto můžeme zdravotní komplikace a následky mentální anorexie přirovnat, bez všech dalších konsekvencí, k následkům strádání během válečných konfliktů. Paradoxem snad jen je, že v období války to byla právě hlava, která přes veškerá utrpení lidí udržovala naživu; kdežto v případě dobrovolného hladovění vydává rozkazy zcela odlišné.

Své vykonává MA i v oblasti psychické. Počáteční aktivita a vitalita přechází v důsledku postupného vyčerpání organismu do ztráty energie, apatie a celkové únavy. Odborníci upozorňují i značně pomalejší pracovní tempo a sníženou pohotovost chápat komplexní problémy, se zřejmým sklonem chápat svět jako černobílý.¹⁰⁰

⁹⁸ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 66. ISBN 80-7106-248-0.

⁹⁹ ŠMÝDOVÁ, Jana. *Mentální anorexie-trvalé následky*. In: *Celostní medicína* [online]. 05. 09. 2008 [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie--trvale-nasledky.htm>

¹⁰⁰ DOKTORKA. *Psychické a společenské důsledky mentální anorexie*. *Hubnutí.doktorka.cz* [online]. © 2010 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://hubnuti.doktorka.cz/psychicke-a-spolecenske-dusledky-anorexie/>

Michael Maloney shrnuje fyzické a psychické následky MA takto:

- závratě, poruchy koncentrace, podrážděnost, deprese – pocit beznaděje a zoufalství;
- těžká nespavost, zimomřivost, snížená citlivost rukou a nohou;
- infekce, které se nehojí; snížená tělesná teplota;
- podlitiny jako reakce na sníženou odolnost vůči poranění;
- pokrytí těla jemným, měkkým ochlupením (pravděpodobně místo chybějící vrstvy tuku jako ochrana před chladem);
- nízký tlak, nepravidelný srdeční tep, selhání srdce;
- dehydratace až příp. selhání ledvin;
- zapadlé oči, zešedlá pleť s tendencí praskat;
- suché a lámavé vlasy jako následek nedostatku bílkovin.¹⁰¹

2.3.2 Příznaky, projevy a následky mentální bulimie

Vše, co je na první pohled dokonalé, nemusí být vždy jednoduché a snadno dostupné. Současný trend štíhlé postavy je u mnohých pouze výsledkem skvělé práce chirurgů, spousty úsilí nebo volbou jiné cesty Již víme, že tato volba se nazývá mentální bulimie a je spojena s častým přejídáním a následným zbavováním se potravy, ať už zvracením nebo použitím projímadel.

Ve srovnání s anorexií je mentální bulimie na první pohled mnohem hůře rozpoznatelná. Na rozdíl od anorektičky, která působí jako křehké stvoření, bulimička působí, a mnohdy opravdu i je, jako úspěšná a životaplná žena, bez jakýchkoliv vnějších příznaků. Obě nemoci spojuje intenzivní strach pacientek, že by mohly ztloustnout. A tato velká obava je podle odborníků důvodem, proč téměř polovina diagnostikovaných pacientek s anorexií následně onemocní bulimií. Třebaže má mentální anorexie mnohem větší publicitu, je bulimie mnohem rozšířenější a velmi rychle se šíří. Podle Maloneyho je důvodem fakt, že budoucí bulimičky berou v úvahu pouze jednoduchost, jak nepřibrat, bez ohledu na nebezpečné aspekty nemoci.¹⁰²

¹⁰¹ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 65. ISBN 80-7106-248-0.

¹⁰² MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové

V případě bulimiček hovoříme o zvykovém chování ve smyslu neustálého boje o získání kontroly; kontrolu ztrácíte, když se přejíte, a znovu ji nabrat můžete jen pročištěním. Na rozdíl od anorektiček, které mají k zasednutí ke stolu vyloženě odpor, bulimičky si stolování obvykle velmi užívají. V každém případě platí, že, objeví-li dívka možnost „zbavení se“ sněženého jídla, vstoupila do začarovaného kruhu. Většina pacientek popisuje záchvaty přejídání jako „*útěk od všech svých pocitů, jako lék na všechno. Po záchvatu se samy za sebe stydí, že se nedokázaly ovládnout. Jsou znechucené, nenávidí samy sebe, mají pocit viny a strach, že se jejich chování neutají. Dokud se přejídají, nemyslí na nic jiného. Pociťují dočasný pocit klidu a úlevy úzkosti, která záchvatu předcházela*“.¹⁰³

Třebaže by se mohlo zdát, že bulimička se ve společnosti nají podle své chuti, tak jednoduché to úplně není. I pacientky s MB mají veškerý postup dokonale promyšlený. Děsí se představy, že by měly cokoliv sníst, aniž by předem věděly, kde a jak dojde k pročištění. V případě, že tuto svojí jistotu nemají, dávají to svému okolí velmi jasně najevo. Ruku v ruce se strachem z přibrání jde i úzkost, která se každým dalším čištěním jen prohlubuje. Bulimička pak může každý další svůj aktuální problém – hádku, zkoušení ve škole, mimořádnou událost – řešit vzorcem „prejídání-čištění“.

Většina pacientek se prvotně po záchvatu cítí vinna, pocit úlevy nastává až se zničením sněženého jídla. Podobný pocit nastává i u sebepoškozování, kdy člověk sám sebe za něco trestá nebo nevidí jinou možnost, jak si v dané situaci pomoci. Zajímavým zjištěním, jak uvádí Eva Malá, jsou i výsledky studií zabývajících se spojitostmi mezi MB a sebepoškozováním. Podle nich je sebepoškozování doprovodným jevem chování až u 25 % lidí trpících bulimií. V případě dlouhodobějšího užívání alkoholu se počet zvyšuje dokonce na 45 %.¹⁰⁴

Třebaže bulimie propuká kolem dvacátého roku věku, můžeme se setkat s pacientkou mladší i o mnoho let starší, jak dokládá dopis dcery nejmenované bulimičky českému odborníkovi v dané problematice, Františku Krchovi.

noviny, 1997, s. 84. ISBN 80-7106-248-0.

¹⁰³ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 89. ISBN 80-7106-248-0.

¹⁰⁴ ČERNÁ, Eva. *Sebepoškozování u poruch příjmu potravy*. In: RABOCH, Jiří ed. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006, s. 114. ISBN 80-7262-420-2.

„Žádám Vás o radu za svoji maminku, se kterou si popravdě nevím rady. Mamince je 54 let a ani nevím, jak dlouho drží diety a trpí bulimií. Zvracet začala asi před 10 lety, co začala soukromě podnikat. Od té doby také přibrala alespoň 15 kg. Přejídání vysvětlovala tím, že je ve stresu a má spoustu starostí. Převzala jsem za ni tedy všechny firemní povinnosti, které jí ‘nervovaly’ a začala s ní pak jezdit za panem doktorem do Prahy. Nelíbil se jí, stejně tak jako psycholožka, kterou si našla později. Už dva roky se jí snažím přesvědčit, aby začala opravdu něco dělat. Bez výsledku, jen si pořád něco nalhává. Nejvíc mě děsí, že si vůbec nechce uvědomit vážnost svého zdravotního stavu a začít se sebou něco dělat. Uzavřela se před světem a většinu času tráví doma u sporáku nebo na záchodě. Poslední dobou ještě začala pít alkohol.“¹⁰⁵

Jak závažné zdravotní následky může mít žena z dopisu po 10 letech zvracení?
Michael Maloney opět uvádí jejich výčet:

- opuchlá tvář (jediný viditelný příznak) z důvodu zánětu slinných žláz;
- bolest v krku, zředovatěný jícen, zvýšená kazivost zubů;
- poruchy srdeční činnosti;
- nadýmání, plynatost, zácpa;
- dehydratace nebo naopak nadměrné zadržování vody;
- suchá pleť a různé kožní vyrážky;
- nedostatek minerálů způsobuje svalové křeče, problémy s ledvinami a může vést i k selhání srdce.¹⁰⁶

¹⁰⁵ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 24. ISBN 978-80-247-2130-9.

¹⁰⁶ MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 92. ISBN 80-7106-248-0.

3. VÝCHOVNÉ A SOCIÁLNÍ VLIVY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V předchozí kapitole jsme se věnovali mj. i rizikovým faktorům, které se podílejí na vzniku PPP. V této kapitole se zaměříme na tu skupinu faktorů, která se dá v celistvém pohledu chápat jako nejvlivnější – na sociálně-kulturní a výchovné působení. Jednotlivé části kapitoly budou věnovány působení rodiny, školního prostředí a vlivu vrstevnických skupin, stejně tak i celkovému tlaku společnosti a současného mediálního obrazu „úspěšných lidí“. Vzhledem ke skutečnosti, že na deset nemocných dívek nebo žen připadá jeden muž,¹⁰⁷ budou zmíněny i změny, ke kterým došlo v pojetí úlohy ženy během posledních desítek let.

3.1 Změna v pojetí úlohy ženy

V případě proměn vnímání ženského těla v posledních desetiletích je potřeba věnovat pozornost současně i společenským souvislostem, od kterých se nové postavení a role ženy ve společnosti odvíjí. Nebudeme se věnovat společenským důsledkům v celé jejich šíři, ale zaměříme se pouze na ty faktory a události, jež vedly ke změně jejich jídelních postojů a chování, a které tak mohly být ve svém důsledku důvodem vyššího nárůstu PPP v poslední době.

Ještě v padesátých letech společnost, podle Michala Nováka, od žen neočekávala, aby vypadaly jak fazolový lusk, ale požadovala, aby především řádně plnily roli manželky a matky.¹⁰⁸ Tehdejší královna krásy, zmiňovaná Marilyn Monroe, by dnes svými rozměry pravděpodobně neobstála, přesto byla pro tehdejší společnost ztělesněním ženství.

Přelom v náhledu na ženu s sebou přinesla léta šedesátá, kdy si nová kulturní vlna v podobě rockové hudby, sexuální experimentace a důrazu na přirozený vzhled vynutila i zmírnění rozdílu vzhledu mezi mužským a ženským pohlavím. A ve chvíli, kdy

¹⁰⁷ BRÖHMOVÁ, Patricia. Poruchy příjmu potravy a muži versus ženy. In: *Jsem já ze všech nejkrásnější?, 1999, Anabell.cz* [online]. © 1999 [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/112>

¹⁰⁸ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 53. ISBN 978-80-7204-657-7.

ženy nastoupily hromadně do práce, získaly atributy úspěšnosti do té doby spojované jen s muži – tvrdý a soutěživý vzhled představující kompetentnost, disciplínu a výkonnost.

Sedmdesátá léta pak už jen potvrdila požadavek pracovního trhu. Ideálem se podle Nováka stala „superžena“, která s přehledem zvládá kancelář i domácnost, je chytrá, sexy a krásná – chytrá jako muž, krásná jako žena.¹⁰⁹ Žena se v té době dobrovolně vzdává všech fyzických znaků, které by jí mohly spojovat pouze se ženou-matkou, a již nechce být ani pouhou ženou-hospodyňkou. Do tohoto obrazu se již promítá i snaha nepřibírat na váze, což by její status mohlo ohrozit.

V této souvislosti některé autorky vidí ženy jako „oběti společnosti, která je ovládá prostřednictvím jejich těla“.¹¹⁰ Sarah Bordo naopak tvrdí, že přílišné zabývání se tloušťkou, dietami a štíhlostí je u žen normativní. Doslova uvádí: „*Západní kultura zahrnuje ženy jednoznačným poselstvím, že nadváhu (popisovanou jako ‘špeky’ a ‘pneumatiky’) je třeba ZNIČIT, ELIMINOVAT NEBO SPÁLIT. Ideálem je pevné, zkrocené, ovládnuté tělo. Kulturistika a kompulzivní držení diet je společným odmítáním ochablého, nepevného svalstva.*“¹¹¹

Pro ženu je tak složité udržet si v současném společenském tlaku svůj rovnocenný status s muži, stejně jako svoji žádoucnost, protože i přes všechny jmenované nové potřeby ženy leží za vším základní ženská potřeba být milována. Michal Novák ale varuje, že „*ženy, které přijímají nekriticky ideál superženství a snaží být vřelé, pečovatelské a zároveň uspět v kariéře, na sebe patrně berou zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy.*“¹¹²

K zamyšlení je určitě vhodná i poznámka Sandry Bartky o „módním a zkrášlujícím průmyslu“, jež se podle ní jen zdánlivě snaží dát ženám možnost, aby o sebe pečovaly. Ve skutečnosti prý jen zlehčuje ženské tělo tím, že neustále vysílá poselství o tom, jak se ženám nedaří vyrovnat současnému ideálu.¹¹³

¹⁰⁹ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 54. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹¹⁰ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 51. ISBN 80-7169-907-1.

¹¹¹ BORDO, Sarah. In: GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 52. ISBN 80-7169-907-1.

¹¹² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 54. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹¹³ BARTKY, Sandra. In: GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, s. 53. ISBN 80-7169-907-1.

3.2 Vliv rodiny

„Člověk nepřichází na tento svět jako 'nepopsaná deska' a není utvářen ve svém vývoji jen individuální zkušeností, přináší si na svět určitý systém vrozených sklonů, na jehož bázi se celý proces socializace či kultivace odehrává.“¹¹⁴

Z citace Milana Nakonečného je zřejmé, že na vývoji člověka, především již od jeho nejranějšího období – dětství, se kromě genetických faktorů podílejí i další vlivy, které jeho další rozvoj dotvářejí. Jedním z nich je i působení rodiny, které lze považovat za startovní blok celého života. Z pohledu vzniku PPP jsou za nejdůležitější oblasti vlivu považovány: rodinná konstrukce body image¹¹⁵ a životní styl rodiny, včetně jejích stravovacích návyků.¹¹⁶

3.2.1 Vliv stravovacích návyků v rodině

Samotný životní styl rodiny je formován dalšími vlivy. Slávka Fraňková hovoří o vlivech vnějších a vnitřních, kdy do první skupiny zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky a za vnitřní vlivy považuje intimní život samotné rodiny neboli kvalitu vzájemných vztahů mezi členy navzájem, spolu s koloběhem rodinného života a denních rituálů.¹¹⁷

Správné stravovací návyky by se měly pěstovat již od útlého dětství, neboť díky nim rodiče vytvářejí u svého dítěte postoje k jídlu, jež mu zůstávají po celý život. Dojde-li k jejich zanedbání, riziko následného držení diet, přejídání se aj. se výrazně zvyšuje.

Psychologové současně zdůrazňují důležitou společenskou funkci společného stolování. Vytváří především u dítěte pocit jistoty, že je členem rodinné pospolitosti. Dalším přínosem je zvýšená komunikace, která zvyšuje pravděpodobnost, že se děti svěří se svými problémy. I samotná společná příprava jídla napomáhá vytváření rodinných rolí. V této souvislosti jsou jistě zajímavá zjištění nedávných studií, do kterých bylo zapojeno více než 182 000 dětí a adolescentů a z nichž vyplývá,

¹¹⁴ NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009, s. 101. ISBN 978-80-200-1679-9.

¹¹⁵ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 22. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹¹⁶ KRCH, František David, MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Granit, 1993, s. 46. ISBN 80-85805-12-X.

¹¹⁷ FRAŇKOVÁ, Slávka, ODEHNAL, Jiří, PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000, s. 98. ISBN 80-86009-32-7.

že u teenagerů, kteří se svojí rodinou stoluji alespoň 5x v týdnu, se pravděpodobnost, že budou trpět poruchami příjmu potravy, snižuje o 35 %.¹¹⁸

3.2.2 Rizikové chování rodinných příslušníků

Pacienti s PPP, tak i rodinní příslušníci při následné analýze popisují začátek a rozvoj onemocnění často v souvislosti různých **rodinných událostí**, především těch traumatizujících. Claude-Pierre Peggy v této souvislosti upozorňuje na současný trend nárůstu málopočetných rodin oproti rodinám v minulosti velmi rozvětveným a současně uvádí, že, objeví-li se v takových rodinách nějaký problém, např. úmrtí, rozvod nebo nezaměstnanost, zbude na jeho řešení jen málo dospělých. V této situaci si některé děti myslí, že jsou to právě ony, kdo tuto zodpovědnost musí převzít. Tato přehnaná odpovědnost a případné selhání pak může vést ke vzniku PPP.¹¹⁹

Spolu s mimořádnými událostmi možný vznik PPP ovlivňuje i celkové **působení rodinného prostředí** na jedince. Jak uvádí Michal Novák, členové rodiny spolu dlouhodobě sdílejí stejný prostor a jedná-li o prostředí dlouhodobě depresivní, můžeme depresivní chování považovat za jeden ze spouštěcích faktorů PPP, jak vyplývá i z výpovědí velkého počtu pacientek, především pacientek s mentální bulimií.¹²⁰ K rizikovým faktorům u MB dále řadíme i: afektivní poruchy, alkoholismus a obezitu v rodině, deficit v rodičovské péči spojený se spory a neshodami, zanedbáváním a fyzickým nebo sexuálním zneužíváním.¹²¹

Na základě průzkumů rodin s pacientkami PPP byly zjištěny podobné charakterové rysy rodičů nemocných, přičemž zvlášť bylo popisováno chování jak chování matek, tak otců. **Matky** anorektiček jsou často popisovány hyperprotektivní (příliš ochranné), obtěžující a dominantní¹²², bez dostatku empatie k potřebám svého dítěte,¹²³ která podle Trpkové a Chvály může pramenit z matčiny obavy a strachu jednak z dospívání dcery, ale i z vlastního stárnutí.¹²⁴

¹¹⁸ GILÍK, Richard. Jíme doma společně? *Vitalia.cz* [online]. 17.1.2012 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/jite-doma-spolecne/>

¹¹⁹ PEGGY, Claudie-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 61. ISBN 80-7205-818-5.

¹²⁰ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 26. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹²¹ LANGMEIER, Josef, KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 286. ISBN 978-80-247-1284-0.

¹²² ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy. In: VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 452. ISBN 80-7178-696-9.

¹²³ ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001, s. 189. ISBN 80-7178-463-X.

František Krch upozorňuje, že nejen dietní chování matky, ale i případná její obezita může být spouštěčem MA. V tuto chvíli velkou roli sehrává opět strach dívky, že ji jednou čeká stejná postava jako má matka.¹²⁵

Jako možná příčina jídelních problémů bývá často zmiňován i **otec**. Charakterové vlastnosti se však u otců anorektiček a bulimiček většinou liší. Leona Meindlová uvádí z výpovědí patientek s MA, že v těchto případech je otec označován jako pasivní, slabý, emočně otažitý, někdy dominantní a agresivní. V případě MB pacientky většinou mluvily o otci aktivním, svým způsobem nedosažitelným, jehož kvalit nemůže ona (dcera) nikdy dosáhnout. Ve většině případů pacientky zmiňovaly, že mívaly s otcem velmi dobrý a blízký vztah, který byl narušen v době dospívání.¹²⁶ Zdena Štichová v této souvislosti považuje za rizikové i takové otce, kteří mají v rodině bezvýznamnou roli, například z důvodu velké zaměstnanosti, nepřítomnosti nebo pro neschopnost navázat s dcerou bližší vztah. Upozorňuje ale zároveň, že i opačný protipól tohoto modelu může MA a MB spustit.¹²⁷ Za nebezpečné jsou v neposlední řadě považovány i vysoké nároky otců v případě sportujících dívek, zvláště v těch případech, kde v sobě otec nese určité zklamání z narození dcery místo vytouženého syna a může tak po dceři požadovat nereálné výkony.¹²⁸

Případné onemocnění PPP může být i důsledkem narušeného vztahu mezi **sourozenci**. Může se jednat, jak uvádí Michal Novák, například o rozdíly ve výchově sourozenců, kdy jeden začne závidět druhému a které vyvolají u dítěte snahu o dosažení dokonalosti s představou, že jej potom budou mít rodiče raději.¹²⁹ Rivalita a určitá míra soupeření je u sourozenců běžná, dokonce napomáhá jejich vývoji. Nebezpečnou se stává, podle Trapkové a Chvály, dosáhne-li efektu polarizace neboli nastane situace, kdy jsou sourozenci silně rozdílní, např. jedna sestra krásná a druhá ošklivá, sportovně nadaný sourozenec a studijně založený typ. Trapková s Chválou varují, že, je-li snaha o dosažení maximální odlišnosti hnána

¹²⁴ TRAPKOVÁ, Ludmila, CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 104. ISBN 80-7178-889-9.

¹²⁵ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 67. ISBN 80-247-0840-X.

¹²⁶ MEINDLOVÁ, Leona. Rizikové faktory. *Hubnuti4you.cz* [online]. [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.hubnuti4you.cz/119-rizikove-faktory.htm>

¹²⁷ ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy. In: VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 452. ISBN 80-7178-696-9.

¹²⁸ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 26. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹²⁹ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 27. ISBN 978-80-7204-657-7.

do extrému, stejně většinou není zárukou pocitu vítězství a spokojenosti, ale naopak může toto chování přerůst až v onemocnění PPP.¹³⁰ V dalších případech, podle Pavlové, bývá spouštěčem onemocnění i snaha o znovuzískání pozornosti ze strany rodičů poté, co si ji získal druhý sourozenec.¹³¹

K zajímavým zjištěním došla zkoumání, jež se zabývala studiem dvojčat. Podle nich je výskyt PPP u jednovaječných dvojčat, jak uvádí František Krch, častý v 25 – 50 %, zatímco u dvojevaječných dvojčat je v 10 %. Třebaže nemůžeme jednoznačně hovořit o genetické podmíněnosti nemoci, vyšší sklon k onemocnění PPP znatelně vykazovaly dívky-dvojčata s pozitivní anorektickou nebo bulimickou rodinnou historií. Z dalších závěrů vyplývá, že k rozvoji poruchy dochází většinou u toho dvojčete, které je pasivnější a submisivnější. A právě dvojčata, která jsou od narození mnohem více srovnána než jindy narození sourozenci, jsou dokladem toho, jak moc může srovnávání a rivalita ovlivnit případný vznik PPP.¹³²

3.3 Vliv školního prostředí a vrstevnických skupin

Dítě a mladý člověk kromě svojí rodiny nejvíce času tráví ve škole a mezi svými vrstevníky. Přidáme-li ještě skutečnost, že poruchy příjmu potravy se začínají objevovat již kolem třináctého roku věku, někdy dokonce i dříve, tedy v době, kdy jedinec začíná být zranitelnější i soupeřivější, je zřejmé, že je potřeba působení názorů stejně starých lidí na možný vznik PPP věnovat nemalou pozornost.

Podle Michala Nováka je většina dívek citlivá k názorům okolí na svoji postavu. Ve skupinách dívek je ponejvíc diskutovaným tématem fyzický vzhled. Jestliže jsou pro dívky vrstevnické normy zavazující, mohou pociťovat nutkavou potřebu být tak štíhlá a krásná jako dívky ostatní. Již předem se bojí, že by se v opačném případě, mohly stát terčem posměchu. Není proto divu, že takové dívky potom využijí všechny možné metody k dosažení štíhlosti.¹³³ K uvedenému František Krch ještě dodává, že dívky v tomto věku většinou chápou status „být nejštíhlejší“ ve smyslu „být nejlepší“. Tato soutěživost ve vzhledu je tím nebezpečnější, že z počátku výrazná štíhlost

¹³⁰ TRAPKOVÁ, Ludmila, CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 159. ISBN 80-7178-889-9.

¹³¹ PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 41. ISBN 978-80-247-2425-6.

¹³² KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 69. ISBN 80-7169-627-7.

¹³³ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 18. ISBN 978-80-7204-657-7.

a zdánlivá disciplína ve stravovacích návycích je okolím kvitována a toto chování bráno jako úspěch dotyčné.¹³⁴

Stejně jako rivalita mezi sourozenci, tak i ostré narážky kamarádů mohou dospívající dívce ublížit. Velký rozdíl mezi soupeřením kamarádů a sourozenců je v tom, jak uvádí Dominique Cassuto, že rivalita mezi vrstevníky probíhá mimo dohled rodičů a dívka se s ní většinou nikomu nesvěří.¹³⁵ Především dívky se k sobě dovedou chovat velmi krutě, ze strany chlapců jde zejména o sexuální narážky. Ty mohou být velmi nebezpečné právě u těch dívek, u kterých tělesný vývoj předstihl vývoj duševní.

O velké ovlivnitelnosti dospívajících dívek svědčí rovněž výsledky experimentálního průzkumu z roku 2003. Šetření se zúčastnilo 120 dívek, jimž bylo sděleno, že se bude jednat o zkoumání vlivu nepříjemného a neutrálního vlivu videozáznamu na jejich náladu. Barbora Pavlová popisuje experiment následovně: *„Dívky před zhlédnutím vyplnily dotazník, který mimo jiné obsahoval i otázky na spokojenost s vlastním tělem. Poté zhlédly všechny stejný neutrální snímek šumícího moře a čekaly na závěrečné dotazníky. Poté, zatímco pokusná osoba seděla sama v čekárně, vstoupila její konvenčně krásná kolegyně s BMI něco málo přes 18 a začala si stěžovat, že je nemožně tlustá a jak přísný dietní a cvičební režim dodržuje, aby se těch špeků zbavila. Dívky z kontrolní skupiny sdílely rovněž čekárnu s kráskou. Ta ale nemluvila o tom, jak hrozně vypadá, ale o škole a o plánech na víkend. U dívek vystavených hovoru o příšerné tloušťce se nespokojenost s vlastním tělem zvýšila.“*¹³⁶

Z výsledků šetření je zřejmé, že na mladé dívky může mít okolí nemalý vliv, nicméně je třeba mít na paměti, že ne všichni vrstevníci jsou dosahováním a oceňováním štíhlé postavy zaujati stejnou měrou, že panují mezi nimi i jiné hodnoty, tudíž nelze předpokládat negativní vliv u kterékoliv vrstevnické skupiny.

¹³⁴ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 47. ISBN 978-80-247-2130-9.

¹³⁵ CASSUTO, Dominique-Adele, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008, s. 43. ISBN 978-80-7367-357-4.

¹³⁶ PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 47. ISBN 978-80-247-2425-6.

3.4 Vliv společnosti a současný mediální obraz „úspěšných lidí“

Společnost nám neustále nabízí nové trendy, názory a pohledy na život, které v sobě samozřejmě zahrnují i prezentaci určitého vzhledu. Sarah Grogan charakterizuje dnešní společnost jako společnost zaměřenou na sebeovládání, jež má být důkazem toho, že lidé mají kontrolu sami nad sebou, v tomto případě tedy nad svým tělem.¹³⁷ František Krch k uvedenému dodává, že společensky přijímaný kult štíhlosti, hraničící až s vyhublostí, je vyzdvihován do té míry, že případná nadváha je současně chápána jako sociální handicap a považována za osobní selhání jedince, jeho vůle a kontroly nad svým tělem.¹³⁸ Tento společenský tlak je ještě více umocňován prostřednictvím médií, které se v posledních desetiletích staly našimi nerozlučnými společníky. Štíhlost, symbolizující dokonalost, atraktivnost, úspěšnost a mladistvost – to je poselství každodenně médií zdůrazňované. Vskutku jednoduchým způsobem pak média, kromě poznání v oblastech vědy, kultury a umění, poznamenávají sebereflexi a sebeuvědomění člověka, jak připojuje Hana Havelková.¹³⁹ Problém nastává, dojde-li v subjektivním hodnocení k velkému rozporu mezi skutečnou podobou těla a prezentovaným ideálem. V tuto chvíli se člověk ocitá na rozcestí, na kterém stačí, podle Ludmily Fialové, jen krůček ke zvolení špatné cesty, jak se ideálu vyrovnat.¹⁴⁰

Toto negativní působení médií lze nejlépe prokázat, jak uvádí Michal Novák, v těch zemích, kde se média rozšiřují až v poslední době, a v této souvislosti zmiňuje studii provedenou na Fidži mezi tamními ženami. Výsledky uvádí, že tři roky po vzestupu západních médií v této lokalitě se u žen významně změnilo vnímání sebe sama a během této doby se u nich projevilo dosud neexistující držení diet a následně i onemocnění PPP. Studie zkoumala i subjektivní pocity žen, zda si myslí, že média jejich chování související s postavou a váhou ovlivnila. Ovlivnění mediálním tlakem přiznalo až 85 % z nich.¹⁴¹ Podle Nováka je dalším důkazem negativní role médií, především těch vizuálních, i nízká prevalence PPP u zrakově postižených.¹⁴²

¹³⁷ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 15. ISBN 80-7169-907-1.

¹³⁸ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 36. ISBN 80-7178-598-9.

¹³⁹ HAVELKOVÁ, Hana, VODRÁŽKA, Mirek. *Žena a muž v médiích*. Praha: Nadace Gender studies, 1998, s. 34. ISBN 80-902367-2-3.

¹⁴⁰ FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006, s. 58. ISBN 80-247-1350-0.

¹⁴¹ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 61. ISBN 978-80-7204-657-7.

¹⁴² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 62. ISBN 978-80-7204-657-7.

Důsledky takto silného působení médií je možné vysvětlit na základě dvou teorií, Festingerově teorii společenského srovnávání (Social Comparison Theory) a Markusově teorii vlastního Já (Self Schema Theory), které interpretuje Sarah Grogan. Podle **Festingerovy teorie společenského srovnávání** každý člověk potřebuje objektivní zhodnocení svých postojů a chování. Není-li jedinec zhodnocení sebe sama schopen, snaží se o toto zhodnocení prostřednictvím srovnávání s jinými lidmi. Tato teorie předpokládá, že lidé používají sdělení předpokládaná médii jako standardy pro srovnání. A právě srovnání se s nastylizovanými modely by mohlo mít na pozorovatele negativní vliv. Druhá, **Markusova teorie vlastního Já** pojednává o tom, jakým způsobem člověk zpracovává obsah mediálního sdělení. Středem pozornosti je především způsob, jakým jsou mediální sdělení včleňována do individuální představy o vlastním Já, a následná síla jeho vlivu. Philip Myers a Frank Biocca tuto teorii rozšířili o vysvětlení působení společenských tlaků na obraz vlastního těla. Podle Markuse si lidé vytvářejí o sobě představu podle reakcí okolí na svoje chování a za nejlepší považují následně ty aspekty, které jsou nejvíce oceňovány. Myers a Biocca považují tělesné schéma jedince za jeden z aspektů mentální představy tvořící Já a protože se jedná pouze o mentální konstrukci a ne objektivní zhodnocení, je proto vlivem nových informací otevřená ke změně.¹⁴³

Velkou moc v prezentování všeho ideálního, krásného a bezproblémového mají **reklamy**. Díky jejich častému opakování, s důkladně promyšleným načasováním, vzniká jakási umělá realita, ve které se žije podle nových estetických a morálních pravidel. V tomto světě neexistuje neúspěch a všechny problémy každodenního života jsou lehce překonávány. Jinými slovy řečeno, reklama „*představuje ideální podobu toho, čeho bychom rádi dosáhli*“.¹⁴⁴ Shelley Bovey k tématu dodává, že v zájmu tvůrců a producentů reklam záměrně není ukazovat skutečnou realitu a stav, jak se věci skutečně mají, ale naopak, snaží se vytvořit svět fantazie, ve kterém je všechno lepší a krásnější. A má-li být reklama úspěšná, musí v ní účinkovat lidé krásní a přitažliví.¹⁴⁵

Že v současné době podléhají mediálnímu tlaku i muži, dokládá i zvýšený počet reklam, ve kterých se pánové objevují a v nichž je znát velký posun v pojetí mužství. Daniela Bednářová vzpomíná na dřívější prezentaci muže jako drsného,

¹⁴³ GROGAN, Sarah. *Body image: nespokojenost s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 89. ISBN 80-7169-907-1.

¹⁴⁴ HAVELKOVÁ, Hana, VODRÁŽKA, Mirek. *Žena a muž v médiích*. Praha: Nadace Gender studies, 1998, s. 34. ISBN 80-902367-2-3.

¹⁴⁵ BOVEY, Shelley. Being Fat Is Not a Sin. *Shelleybovey.com* [online]. © 1989 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: <http://www.shelleybovey.com>

nekompromisního a svalnatého elegána, který dnes však vystupuje v reklamě na kosmetiku. Tento nový obraz představuje muže, který je suverénní, vzdělaný, dobře zabezpečený, rozhodný, fyzicky zdatný, odvážný a k tomu všemu i rodinný typ, s vysokým postavením ve společnosti, jež tak odráží jeho celkovou úspěšnost.¹⁴⁶

Na závěr je třeba zmínit i *rizikovou a nerizikovou motivaci ke konzumaci médií* z pohledu PPP, jak ji interpretuje Michal Novák. Za rizikovou motivaci je považována snaha naučit se z médií nové způsoby hubnutí, stejně jako z nich získávat pocit, že pouhým čtením lze zprostředkovat štěstí nebo uznání rodiny a přátel. Zvýšené riziko vzniku onemocnění vzrůstá v případě, že konzument pociťuje přehnanou úzkost v souvislosti se svým fyzickým vzhledem. Naproti tomu, sledování televize či čtení časopisů pro zábavu, na zahnání nudy nebo z přání zlepšit své vztahy s opačným pohlavím je považováno za motivaci nerizikovou.

Při zpracování vlastních obsahů dochází k tzv. *centrálnímu zpracování informací* a ke *zpracování okrajových či nahodilých obsahů*. U prvně jmenovaného je zřejmé, že předmětem našeho vnímání je hlavní obsah, například u časopisů jde o obsah textový. V případě zpracování okrajových a nahodilých obsahů vnímáme především reklamy a fotografie, a dojde-li k jejich kritickému hodnocení (např. u fotky herečky nebo atletky), jedná se vždy o kritické zhodnocení tělesných obrazů. Jak vyplývá z analýzy televizního vysílání a časopisů, větší soustředěnost na hlavní obsah s sebou přináší nižší pravděpodobnost výskytu přejídání. A naopak, bez ohledu na to, jestli byl obsah hodnocen kriticky nebo ne, sledování nahodilých obsahů tuto pravděpodobnost zvyšuje. Dá se tedy předpokládat, že sledování hlavního obsahu může působit jako protektivní faktor, na rozdíl od reklamy, která zvyšuje motivaci k dosažení ideální hmotnosti.¹⁴⁷

¹⁴⁶ BEDNÁŘOVÁ, Daniela. I muži působí v reklamě jako sex symboly. *m-journal.cz* [online]. 9.10.2013 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: http://www.m-journal.cz/cs/aktuality/i-muzi-pusobi-v-reklame-jako-sex-symboly__s288x10151.html

¹⁴⁷ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010, s. 63. ISBN 978-80-7204-657-7.

4. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Poruchy příjmu potravy neznamenaají pouze problém technického lidského fungování, ale jde o fyzicko-psychický a sociální jev. Pojmem psychosomatická nemoc se rozumí onemocnění, které se jeví jako tělesné, ale je ovládáno psychikou. Tělesné onemocnění zase působí na psychiku nemocného i jeho okolí. Samotné emoce jsou vždy provázeny fyziologickými příznaky, např. úzkostí, bušením srdce.“¹⁴⁸

U většiny onemocnění slovo *uzdravit* se znamená návrat do stavu „normálu“, ne tak tomu však je u poruch příjmu potravy, třebaže by se mohlo zdát, že upravení nízké váhy nebo eliminace neustálého kontrolování své váhy by mělo stačit. Tímto uzdravením, jak upozorňuje Kate Middleton, by se však pacienti dostali do stavu, ve kterém byli na počátku svého onemocnění. Bez ohledu na to, jestli porucha pro pacienty byla způsobem, jak získat pocit kontroly nebo úspěchu, který nenacházeli v jiných oblastech, nebo prostřednictvím nemoci řešili úzkost či se touto cestou vyrovnávali s nějakou psychickou zátěží, je nezbytné, aby pozornost byla zaměřena právě na to, jak se tito lidé cítí. Zvláště po hospitalizaci, kdy se viditelně zlepšil jejich tělesný zdravotní stav, nesmí být opomenut jejich vnitřní emoční zmatek, který je v tuto chvíli posílen ztrátou možnosti „svou váhu kontrolovat“.¹⁴⁹ Proto bude tato kapitola zaměřena nejen na možnosti léčby, od akutní přes svépomocné postupy až k psychologickým, ale především i na další aspekty procesu uzdravení, „protože cesta ke změně, přerušování anorektického nebo bulimického způsobu života, je zdlouhavá a namáhavá a často je třeba mnoho pokusů, než se jí skutečně dosáhne.“¹⁵⁰ Stejně jako k nám poruchy nepřišly „přes noc“, stejně tak i „přes noc“ se nelze naučit nahlížet věci jiným způsobem a osvojit si strategie, které nám v tom pomáhají.¹⁵¹ Pro pacienty zároveň není snadné nastoupit cestu léčby, zvláště v jejích počátcích, když jim z jejich pohledu bere to, co je činilo šťastné.

Podpora a pomoc okolí jsou potřebné v kterékoli fázi procesu uzdravování, proto jim bude věnována celá následující kapitola, kapitola 5.

¹⁴⁸ TRAPKOVÁ, Ludmila, CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 179. ISBN 80-7178-889-9.

¹⁴⁹ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 29, 30, 37. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁵⁰ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 27. ISBN 978-80-87142-18-9.

¹⁵¹ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 38. ISBN 978-80-7297-115-2.

4.1 Co je uzdravení a motivace k němu

Má-li se něco změnit, musí se něco stát. V případě pacientů s PPP se jedná o celkovou změnu chování. Ta není možná, jestliže si pacient neuvědomí nebo nepřipustí, že je nemocný. Dagmar Benešová varuje, že právě v léčbě PPP je spolupracující pacient velice důležitý. Jestliže se takový jedinec vyléčit nechce a zásadně s léčbou nesouhlasí, nikdo ho nevyлéčí.¹⁵²

Stejně jako v případě jiných závislostí, na alkoholu nebo na cigaretách, nejdominantnější roli hraje **motivace ke změně**. „Úspěšná léčba vyžaduje vaši aktivní účast. Čím více do ní vložíte, tím více z ní získáte.“¹⁵³ Sama motivace ve svém průběhu prochází vývojem v pěti krocích, přičemž lidé se ve schopnosti překonávat potíže, podle Hany Papežové liší – někdo prochází všechny fáze několikrát stále dokola, někdo ustrne v jedné z raných fází a nikdy se dále neposune:

- 1) **Popření** = počáteční stádium, ve kterém člověk nevěří, že má nějaký problém; je sám se sebou spokojený a nevidí důvod něco měnit;
- 2) **Úvahy** = stádium pozorování, kdy si člověk začíná uvědomovat, že je něco špatně a začíná sledovat svoje obtíže spojené s jídlem; zůstává však nerozhodný a žádné zásadní kroky ke změně nedělá;
- 3) **Příprava** = stádium, ve kterém si již přeje změnu, ale obává se, co mu tato změna přinese; v tuto chvíli může hrát významnou roli jakýkoliv negativní rodinný faktor;
- 4) **Akce** = v této fázi je člověk rozhodnutý změnu ve svém chování udělat; snaží se a věří, že s podporou okolí to dokáže;
- 5) **Udržení** = pokračování v práci na uzdravení a vyhýbání se relapsu.¹⁵⁴

Relaps neboli návrat poruchy je v případě PPP poměrně častý, a to až v 50 %. Neznamená to však, že se nemoc objeví znovu v plné síle. Vracejí se pouze některé její příznaky a tento stav se dá považovat za přirozenou fázi léčby. Zvládnutí relapsu je podmínkou úspěšné léčby a v rámci terapie se tréninkem cílených technik na něj dá dobře připravit.

¹⁵² BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexii a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení Mac, 2003, s. 9. ISBN 80-86015-91-2.

¹⁵³ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 27. ISBN 978-80-87142-18-9.

¹⁵⁴ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 26. ISBN 978-80-87142-18-9.

Již bylo řečeno, že u léčby PPP se za **uzdravení** nepovažuje pouhé zvýšení váhy u pacientů s MA a alespoň částečné omezení frekvence pročišťování u pacientů s MB. Kromě radikální úpravy stravovacích návyků je potřeba se současně zaměřit na podhoubí nemoci, tzn. na pocity a stavy, které ji vyvolávaly, a změnit návyky, které byly s narušeným vztahem k jídlu spojené. V tuto chvíli je potřeba mít reálná očekávání, a jak uvádí Hana Papežová, je lepší uvažovat v řádu několika let než měsíců. Klinické výsledky uvádějí, že průběh uzdravení nelze předpokládat dříve než za 5 let, přičemž o uzdravení můžeme hovořit i v řádu desítek let.¹⁵⁵

Pacienty s PPP čeká bezesporu velmi dlouhá a náročná cesta k uzdravení, přináší s sebou však plnohodnotný život, jak lze vyčíst z úryvku deníku vyléčené pacientky: „*Myslím si, že uzdravení znamená osvobození – znamená to žít normální život bez omezení, strachů a vtíravých myšlenek, které dominovaly mým dnům a mému myšlení, když jsem byla nemocná. Žiji teď život naplněný věcmi, o kterých jsem předtím ani nesnila, ...*“¹⁵⁶ Mezi další pozitiva nového života v době po uzdravení pacienti dále radí i vyšší sebedůvěru, rovnováhu, širší perspektivu a více příležitostí, vybudování sebehodnocení, sebedůvěry a důstojnosti, uklidnění a klid mysli, a v neposlední řadě i založení rodiny a přijetí změn i věcí, u kterých už vědí, že je sami nemohou ovlivnit.¹⁵⁷

4.2 Druhy léčby

Při léčbě je nejprve nutné určit, které z léčebných postupů budou použity. Tyto postupy jsou závislé na zdravotním stavu a míře závažnosti následků onemocnění. S rozdílnými postupy se setkáváme u adolescentů a u starších pacientů, neboť u mládeže hrozí větší riziko psychosomatických problémů i zpomalení celkového vývoje a růstu. Tím František Krch vysvětluje, proč se u mladších ročníků volí **hospitalizace** přímo, zatímco u dospělých může být nařízena pouze **ambulantní péče**, například v podobě svépomocných programů a psychoterapií. V případě jejího selhání se nařizuje hospitalizace i u těchto pacientů. Rozhodující pro nařízení

¹⁵⁵ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 53. ISBN 978-80-87142-18-9.

¹⁵⁶ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 38. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁵⁷ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 39. ISBN 978-80-7297-115-2.

hospitalizace mohou být, kromě přímého ohrožení života, i přidružené stavy jako těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.¹⁵⁸

Samotné vyléčení těla však nestačí, proto velmi důležitou roli v procesu uzdravování hrají **psychoterapie**, během kterých je zkoumána anamnéza pacienta. Je potřeba odhalit roli, kterou v danou chvíli PPP v jeho životě plní. Právě tyto první terapeutické kroky podle Jana Kulhánka mohou výrazně pomoci nejen při jejich odstranění, ale mohou napomoci odstranění celého poruchového chování. V průběhu vlastní terapie musí být ze strany terapeuta neustále podporována motivace pacienta a jeho zodpovědnost za sebe. Pacient musí být zároveň seznámen se všemi aspekty svého onemocnění a postup terapie se odvíjí od aktuální situace a změn, kterými během léčby nemocný prochází.¹⁵⁹ Jako další velký důvod pro absolvování terapií Kulhánek vidí i v tom, že neexistují žádné léky, které by toto onemocnění přímo léčily. Během léčby se používají ty léky, které pomáhají zvládat některé z hlavních psychických potíží, jako jsou například pocity úzkosti, smutku, zoufalství, problémy s nespavostí nebo náladovost; přičemž nejčastěji používaná jsou antidepresiva proti depresi a úzkosti.¹⁶⁰

Jednotlivé typy psychoterapií se odvíjejí od jejich zaměření a používaných metod, mohou být individuální i skupinové. Odborníci v problematice používají ustálené dělení:

- **rodinná terapie** – vhodná pro pacienty stále žijící s primární rodinou;
- **kognitivně – behaviorální terapie** - snaží se odnaučit nesprávné jídelní návyky a naučit ty správné, zdravé formou vedení záznamů o jídle;
- **interpersonální terapie** – dlouhodobější terapie pro pacienty s MA se stále přetrvávajícími příznaky;
- **psychodynamická terapie** – tam, kde krátkodobá léčba selhala; často u pacientů se stopami zneužívání v minulosti;
- **farmakoterapie** – doplněk k jinému druhu léčby.¹⁶¹

¹⁵⁸ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 130. ISBN 80-7169-627-7.

¹⁵⁹ KULHÁNEK, Jan. *Poruchy příjmu potravy - léčba*. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=22

¹⁶⁰ KULHÁNEK, Jan. *Poruchy příjmu potravy - léčba*. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/leci-leky-od-psihiatra+terapie_show.asp?id=1628

¹⁶¹ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 132, 134, 135, 136. ISBN 80-7169-627-7.

Z důvodu zaměření diplomové práce se zastavíme pouze u jedné, a to **rodinné terapie**. Tento druh terapie bývá užitečný zejména v dlouhodobější perspektivě, po dobu jednoho nebo pěti let. Nemusí být doporučena pouze rodinám žijícím s pacientem PPP pod jednou střechou, ale může sloužit i jako doplněk individuální terapie u starších pacientů s velkými konflikty v rodině. Podstatou rodinné terapie je hledání společných charakteristických rysů osobností rodičů a pacientů, které by mohly být označeny za rizikové z pohledu vzniku nemoci, a snaha o jejich odstranění.

Doporučeným postupem je zároveň i docházení na sezení skupin pro rodiče a rodinné příslušníky, označovaná jako tzv. **vícerodinná terapie**, která je určena všem, kterých se nemoc v rámci rodiny týká, nikoliv však pacientkám samotným. Díky nemoci bývají vztahy mezi rodinnými příslušníky do značné míry narušené, rodiče a sourozenci často nevědí, co dělat, jak pomoci. Přínosné jsou nejenom rady od odborníků, ale i od rodičů jiných pacientek. Cílem těchto skupin je hledání dílčích řešení konkrétních problémů a snaha tuto značně obtížnou situaci zvládnout.¹⁶² Mezi základní přínosy a cíle František Krch dále řadí i usnadnění rodinám vyjít ze sociální izolace, kam často PPP uvádí jak pacienta, tak i celou jeho rodinu, a poskytnout pomoc při vytváření nové, široce zaměřené perspektivy a obnovení zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí. Vícerodinná terapie má i svoje specifika - multimodalita přístupu umožňuje pružnou přizpůsobivost charakteru a odlišné dynamice každé skupiny rodin a zároveň terapeutům dovoluje vytvořit takovou strukturu programu, ve které se cítí nejlépe a současně respektuje jejich profesní i osobnostní zaměření. Naprosto nutností podle Krcha je podpora autonomie a individuality každého člena rodiny, zdůraznění jeho práv na osobní problémy, stejnou pozornost a spravedlnost. Zejména u sourozenců hraje podpora osobnosti významnou roli, neboť podle statistik existuje velké procento případů, kde se v rodině PPP vyvinula paralelně nebo po uzdravení nemocného.

Prvně byl tento druh terapie vyzkoušen v roce 1998 v Drážďanech a již od svého počátku vykazoval vysoce pozitivní výsledky, právem se proto vícerodinná terapie v současnosti řadí mezi nejučinnější metody léčby, především u MA u adolescentů. V České republice se s tímto programem setkáváme od roku 2004.¹⁶³

¹⁶² KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 132. ISBN 80-7169-627-7.

¹⁶³ KRCH, František David. Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 352, 355. ISBN 978-80-247-2425-6.

5. JAK JEDNAT S ČLOVĚKEM S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Kdybychom vyjmenovávali všechny oblasti života ovlivněné onemocněním PPP, jenom bychom se opakovali. V závěru práce se zastavíme u možností, kterými může v procesu uzdravení výrazně přispět rodina – rodiče, sourozenci, partneři. Abychom našli tu správnou cestu a zvolili adekvátní postup, musíme nejprve alespoň částečně pochopit, jak se nemocný v tuto chvíli cítí, jak svět kolem sebe vnímá a s čím vším by měla rodina předem počítat.

Jak je důležité toto pozadí nemoci znát, zdůrazňují mj. i autorky několika publikací o PPP, lékařky Claude-Pierre Peggy a Jane Smith, které mají s nemocí osobní zkušenost díky svým dcerám, které PPP rovněž onemocněly.

5.1 Mysl ovládaná nemocí

Lidé s poruchou příjmu potravy bojují sami se sebou. Claude-Pierre Peggy se na základě pozorování svých dcer a dalších pacientů za spolupráce s psychologem pokusila sestavit obraz vnitřního světa anorektiků, který funguje na principu pokřiveného zrcadla. Díky němu si nemocný vykládá všechno, co se mu řekne, jako odsuzující kritiku, kterou jí ostatní obviňují ze všeho, co se stalo. *„Oběti anorexie předpokládají, že jsou ze všeho vynecháváni, protože se považují za méněcenné. Přirozeně si pak myslí, že je všichni pomlouvají.“*¹⁶⁴ Snadno pak i obyčejná pochvala šatů, účesu, vzhledu může být pochopena ve smyslu, že předtím to byla katastrofa.

I z toho důvodu je většinou zprvu složité najít s nemocnými společnou řeč. Jejich reakce nelze považovat za běžné, objektivní a nedají se ani předem odhadnout. Jedinou společnou linkou je potvrzení si, že nemocní jsou špatní a méněcenní. Postupem času se stávají nerozumnými, jsou neschopni jakýchkoli rozhodnutí a ve všech směrech vyžadují jasná pravidla, rituály a disciplínu. Hledají dokonalý svět a tato potřeba být perfektní převažuje i nad strachem ze smrti. V případě ztráty kontroly nad svým jednáním, jako v případě MB, se sami trestají dalšími mučivými pocity, myšlenkami a výčitkami.

¹⁶⁴ PEGGY, Claudie-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 142. ISBN 80-7205-818-5.

Člověk trpící PPP touží po pomoci, zároveň se o ni bojí požádat, protože má dojem, že si ji nezaslouží. Na jedné straně se snaží svému okolí všemožně dokázat, že pomoc druhých nepotřebuje, na druhou stranu se za svoje chování stydí, ale neumí s ním přestat ani ho nějak rozumně vysvětlit. Claude-Pierre Peggy hovoří o dvojitěm stavu mysli, kdy negativní myšlenky přehlušují jakoukoli nabízenou pomoc. Z deníků svých dcer uvádí některé z nich: „*Nejsi žádná ubohá oběť, jsi odporný člověk.*“, „*Tvoje rodina doplatí na to, že jsi řekla, že ti chutnal ten sendvič.*“, „*Chtějí, abys přibrala a byla tlustá.*“, „*Neposlouchej je, stejně ti lžou.*“¹⁶⁵

Pacienti vidí sebe a svět kolem negativně a subjektivně, při léčbě je potřebný přesně opačný pohled. Je potřeba změnit zkreslený obraz na pozitivní a objektivní.

5.2 Úkol pro rodinu

„*Přiznat si problém s jídlem je důležité nejen pro postižené samotné, ale i pro celé jejich rodiny.*“¹⁶⁶ Nejen nemocný, ale někdy i samotná rodina má v sobě různé bloky, proč urychleně nevyhledá odbornou pomoc. Jedním z nich bývají často předsudky, které jsou spojovány s lidmi docházejícími za psychologem nebo psychiatrem, a jejich rodina přece není rodinou bláznů. Mnohdy i z tohoto důvodu není léčba zahájena včas. Rodiče by si však měli v první řadě uvědomit, „*že jejich úkolem není dítě z poruchy příjmu vyléčit, ale povzbuzovat jej ve vyhledání odborné pomoci a být mu oporou.*“¹⁶⁷

Po prvotním popření a následném šoku, zákonitě přichází otázka *Co dál?* Pro zahájení léčby, resp. vyhledání odborné pomoci, je nejprve nutné získat důvěru nemocného a přesvědčit ho tak o nezbytnosti tohoto kroku. Je potřeba se obrnit notnou dávkou trpělivosti, neboť zlostná konfrontace, jak upozorňuje Hana Papežová, v tuto chvíli vůbec nepomůže, naopak často vede ještě k většímu upevnění negativních postojů a odporu k léčbě.¹⁶⁸

¹⁶⁵ PEGGY, Claudie-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 206. ISBN 80-7205-818-5.

¹⁶⁶ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 124. ISBN 978-80-87142-18-9.

¹⁶⁷ FALTÝNKOVÁ, Lucie. Jak mohou rodiče pomoci svému dítěti s poruchou příjmu potravy. *Jimehlavou.cz* [online]. 17.12.2013 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z:

<http://www.jimehlavou.cz/cz/poruchy-vyzivy/Emag/DetailClanku/ic-210/jak-mohou-pomoci-rodice-svemu-diteti-s-poruchou-prijmu-potravy.html>

¹⁶⁸ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 130. ISBN 978-80-87142-18-9.

5.2.1 Rady pro rodiče

Pozice rodičů je pozicí bezesporu nejnáročnější. Především se cítí vinní za vzniklou situaci a najednou zcela jasně vidí věci, ke kterým byli předtím slepí. Současně se však ocitají v nesmírně obtížné pozici, rozpolceni mezi dvěma rolemi, jak vysvětluje Kate Smith – rodiče musí být přítelem a emoční podporou, ale zároveň i tím, kdo bedlivě hlídá plnění domácích úkolů zadaných terapeutky a dohlíží na veškeré chování s jídlem spojené. Rodiče musí být připraveni i na situace, které budou velmi nepříjemné, například v podobě agresivního až násilného chování ze strany svého dítěte, bez ohledu na jeho věk. Tyto situace nastávají z důvodu, že děti se cítí se svými rodiči nejbezpečněji, mají k nim největší důvěru, a proto před nimi ventilují své nejtěžší a nejděsivější pocity. V tuto chvíli je pro rodiče důležité, aby měli na paměti, že jsou to pocity spouštěné nemocí a jsou málokdy opravdu osobní! Neměly by být však omluvou nebo ospravedlněním nepřijatelného chování. Znamky emoční nepohody by však neměly být ignorovány úplně, naopak by rodiče měli svému dítěti naslouchat a snažit se najít klidnější chvíli pro jejich diskutování. Proto je i důležité dát chodu celé domácnosti limity a určitý řád.¹⁶⁹

Podle Lucie Faltýnkové je důležité konfrontovat dítě s nemocí s cílem ukázat jeho závažnost, ale současně i nastavit hranici jeho chování, tzn. nenechat se jím manipulovat a nechodit kolem něj „po špičkách“. Vše by se nemělo točit jen kolem nemocného, zatímco potřeby ostatní členů domácnosti, včetně samotných rodičů, zůstávají často opomíjeny. Rodiče mohou zároveň pomoci i tím, že se snaží posilovat sebedůvěru dítěte a všimnout si sebemenších úspěchů, pokroků a všeho, co není měřitelné v kilogramech nebo centimetrech. Současně Faltýnková zdůrazňuje, že rodiče by v každém případě měli zaujmout jednotný postoj, neboť případná koalice dítěte s jedním z nich by mohla celý proces uzdravení zpomalit či dokonce zastavit.¹⁷⁰

¹⁶⁹ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 72. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁷⁰ FALTÝNKOVÁ, Lucie. Jak mohou rodiče pomoci svému dítěti s poruchou příjmu potravy.

Jimehlavou.cz [online]. 17.12.2013 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.jimehlavou.cz/cz/poruchy-vyzivy/Emag/DetailClanku/ic-210/jak-mohou-pomoci-rodice-svemu-diteti-s-poruchou-prijmu-potravy.html>

5.2.2 Role otce

Úloha otce je neméně důležitá jako role matky. Ve srovnání s matkou však najdeme jisté odlišnosti v jeho chování, především v době, kdy je nemoc v rodině odhalena. Z počátku reaguje často lehkovážně a odmítavě se slovy „*ono ji to přejde*“. Ve vyrovnávací fázi většinou přichází potřeba všechno rychle vyřešit a uchyluje se k autoritativním řešením „*prostě se najež a bude to*“ či „*zamkneme lednici a kuchyň a opovaž se přejídat a zvracet*“¹⁷¹. Podle Rii Černé je tato snaha pochopitelná, neboť otec se snaží rychle vyřešit krizi, která zasáhla celou jeho rodinu, včetně jeho partnerského vztahu s manželkou.

Negativní emoce, frustrace a vztek, zklamání a jakési chycení v síti, které se u otců se zjištěním nemoci objevují, v průběhu léčby podle dostupných informací často dokonce zesilují. Kate Middleton pro tento případ otcům doporučuje, aby si našli nějaké místo, kde mohou svoje vnitřní pocity ventilovat a tím se zklidnit, bude pro ně pak doma snazší „udržet se pohromadě“.¹⁷² Intenzita negativních pocitů se obvykle snižuje s jakoukoliv pozitivní proměnou. Většina otců postupem času zjistí, že k léčení je potřeba citlivý, nedramatický a nedirektivní přístup, spolu s notnou dávkou trpělivosti a vytrvalosti. I proto je péče o člověka s PPP tak psychicky vyčerpávající.¹⁷³

Jak výzkumy ukazují, role otců může být v celém procesu uzdravení dokonce stěžejní, a proto je důležité, aby i oni byli účastni na rodinné terapii, třebaže jim to zpočátku může přijít velmi cizí. Nedůvěra k těmto sezením mnohdy bývá podpořena složitými vztahy mezi otci a odborníky. Někteří otcové uvádějí, že se cítili být ostatními lidmi zkoumáni nebo že okolí sleduje všechny jejich reakce a chování. Jiní zase uváděli, že když na něco reagovali podrážděně, byli podezříváni z agresivity nebo dokonce i ze zneužívání. Pro tyto případy Kate Middleton radí se nad podobné reakce povznést a uvědomit si, že je i pro otce důležité, aby se sami kontrolovali a zároveň byli pod kontrolou.¹⁷⁴

¹⁷¹ ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partneru.

Heria.sk [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.heria.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

¹⁷² MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 72. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁷³ ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partneru.

Heria.sk [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.heria.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

¹⁷⁴ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 76. ISBN 978-80-7297-115-2.

5.2.3 Role partnera, manžela

Podle Rii Černé je situace partnerů a manželů je do jisté míry srovnatelná s postavením otců. Základní rozdíl mezi mužem v roli otce a v roli partnera je v tom, že otec si svoji roli nevybírání, nemá možnost z této role odejít, zůstává otcem dcery, ať je zdravá nebo nemocná. V tom může být role partnera pro muže jednodušší, vždy mu zůstává možnost volby, zda s partnerkou zůstat či ne. Jedná se však pouze o zdánlivé ulehčení, neboť naopak může pro partnera znamenat obrovskou psychickou zátěž při rozhodování o této volbě.¹⁷⁵

V této situaci velmi záleží na délce, intenzitě i pevnosti vztahu, stejně jako svoji roli hraje vlastní osobnostní založení obou partnerů, včetně míry schopnosti snášet a vyrovnávat se s psychickou zátěží. Výzkumy ukazují, že například převaha temperamentu cholera citlivý a trpělivý přístup velmi komplikuje.

V každém případě, stejně jako všichni blízcí, i partneři by měli mít na paměti, že podstatou léčby mj. je naučit pacienta převzít zodpovědnost sám za sebe. Proto by se partneři, jak říká Kate Middleton, neměli snažit převzít veškerou iniciativu v léčbě a snažit se ve všem partnerku zastoupit, ale právě teď by měli snažit o co nejvyrovnanější rozložení rolí.¹⁷⁶ Na tomto místě Ria Černá připomíná i potřebu vnitřní vyrovnanosti, proto je důležité, aby si partner zachoval i nadále svůj vlastní život – koníčky, přátele. V opačném případě by mohl začít ztrácet svoje hranice a v dobré vůli partnerce pomoci by si ta na něj vytvořila absolutní závislost. V roli zachránce by se tak stal zároveň i obětí.¹⁷⁷

5.2.4 Role sourozenců

Ve zvláštním postavení se ocitají sourozenci nemocného. Často se v případě, že se v rodině objeví PPP, cítí zapomenuti a opomíjeni, neboť veškerá pozornost především z počátku je věnována nemocnému. Současně se musejí vyrovnat s tím, že se nacházejí ve velmi stresujícím prostředí – jsou součástí hádek u jídelního stolu i mimo něj – a i oni zažívají strach z toho, co bude dál. Proto je důležité v tuto chvíli

¹⁷⁵ ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partnery. *Herial.sk* [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

¹⁷⁶ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 77. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁷⁷ ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partnery. *Herial.sk* [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

pamatovat i na ně a pokusit se najít prostor pro jejich vlastní potřeby. Kate Middleton upozorňuje, že je důležité věnovat pozornost nejen vztahům mezi rodiči a sourozenci nemocného, ale i vztahům mezi samotnými sourozenci, které působením nemoci a jejím řešením mohou být také vážně narušeny.¹⁷⁸

Ria Černá přináší několik zajímavých poznatků o postavení sourozenců v rodině, kde se vyskytuje PPP, a popisuje zejména proměnný vztah otce k ostatním dětem. V některých případech zaměření pozornosti na nemocné dítě vyvolává u otce potřebu kompenzovat „odstrčení“ toho druhého; jindy druhé dítě funguje jako prostředek pro úlevy otce („alespoň jedno dítě mám normální“); nebo je zdravé dítě dáváno vzor. Nejnáročnější však pro zdravého sourozence může být, je-li v roli naslouchajícího a podporujícího, tedy zcela mimo roli dítěte, která mu vztahu s otcem přísluší.¹⁷⁹

¹⁷⁸ MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013, s. 78. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁷⁹ ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partnery. *Herial.sk* [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

6. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Třebaže v posledních letech vyšla řada publikací věnujících se problematice PPP, počty nemocných neustále rostou. Léčba poruch příjmu potravy je náročná a ne vždy přináší jasný a uspokojivý výsledek. Proto se odborníci shodují v tom, že účinná cesta jak onemocnění předcházet spočívá v preventivních opatřeních. Ta by měla mj. zasahovat všechna prostředí a aktivity, jež spadají do rizikových oblastí, od rodiny přes školní prostředí až ke sportovním oddílům.

Tato část práce se bude věnovat možnostem, které je schopna v rámci primární prevence zajistit rodina, a preventivním krokům ve školním prostředí.

6.1 Rodina

Práce rodiny spočívá především v těch oblastech, jež jsou považovány z pohledu vzniku PPP za rizikové. Jan Kulhánek je rozděluje do tří oblastí:

- manipulativní zacházení s jídlem,
- problémy kontroly a sebekontroly,
- problematický vztah k sobě.¹⁸⁰

Za **manipulativní zacházení s jídlem** se dá chápat takové chování, kterým současně měníme způsob chování druhé osoby. Nejzřetelnější je ve výchově malých dětí, kdy rodiče jídlem nejednou odměňují svoje děti v případě, že si odměnu zaslouží. Jiným způsobem manipulace může být i nucení dítěte k dojení každého jídla, které dostane. Tímto si dítě fixuje, jak prostřednictvím jídla ovlivňuje radost nebo vztek rodičů, včetně toho, že množství sněženého jídla se odvíjí od přání rodičů a ne tolik od jeho vlastního pocitu hladu. Chceme-li jednat v tomto směru preventivně, měli bychom se podobného chování vyvarovat.

Dalším ústředním problémem PPP je **přílišná kontrola a sebekontrola**. Touto kontrolou je myšlena zvýšená vnímavost pro chování (názory, hodnoty, způsob uvažování) druhých lidí. Účelem tohoto sledování je nejen mít přehled o aktuálním dění, ale zároveň mít možnost s ním držet krok. Do jisté míry nám tato kontrola dává

¹⁸⁰ KULHÁNEK, Jan. *Poruchy příjmu potravy - prevence*. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=23

prostor se vyhranit vůči okolnímu světu, na druhou stranu je výrazná dlouhodobá kontrola značně vysilující a stresující. Jak Jan Kulhánek uvádí, „*přílišné sledování okolí a neustálé srovnávání se s ním je důsledkem nedostatečné víry v to, že jsme okolím přijímáni takoví, jací jsme*“.¹⁸¹ Stejně tak i sebekontrola je ke správnému vývoji a životu potřebná, můžeme díky ní svůj vlastní život ovládat. Nadměrná sebekontrola pak může být jen důsledkem velké snahy změnit se k lepšímu, být blíže ideálu společnosti, ve které žijeme, a spíše vyhovovat potřebám okolí než těm svým. V rámci preventivních rodinných opatření by měl být kladen důraz na vnímání potřeb dětí a na tzv. bezpodmínečnou lásku. Třebaže nemusíme vyhovět všem dětským požadavkům, z naší reakce by děti měly cítit, že o jejich potřebách víme, že je vnímáme. Stejně tak bychom je měli brát takové, jaké jsou; vychovávat, ale nechtít změnit od základu.

V neposlední řadě i nízké sebevědomí může mít vliv na vznik PPP, jež postihují jedince, kteří se nedokážou vyrovnat se svou nedokonalou postavou, ale i lidi s ideální postavou. Situace, kterou nedokážeme řešit, může zastihnout každého člověka. Již víme, že jídlo mnohdy slouží jako nástroj řešení problémové situace a může se stát centrální bodem zájmu. K této situaci však většinou nedochází u jedince, který vykazuje zdravé sebevědomí a řeší problémy přímo.¹⁸²

Současně by se děti měly v rámci zdravého životního stylu naučit přijímat sportovní aktivity za každodenní součást života přinášející relaxaci, odpočinek, zkvalitnění fyzické kondice i vzhledu těla.

6.2 Škola

Ve spolupráci s rodinou by v preventivních opatřeních měla pokračovat i škola. Kromě poskytnutých znalostí by se mělo žákům dostávat širokých možností rozvíjet svoji sebedůvěru a sociální dovednosti, které mj. zahrnují i schopnost respektovat odlišnost druhého, která u vzniku PPP hraje také velmi důležitou roli.

Problematika PPP by měla být součástí každého Minimálního programu prevence rizikového chování a svůj prostor by měla nalézt i v Rámcovém vzdělávacím

¹⁸¹ KULHÁNEK, Jan. *Prevence poruch příjmu potravy II.* [online]. 12 9. 2002 [cit. 2014-02-04].

Dostupné z: <http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy-2002-09-12/>

¹⁸² ANABELL. *Prevence poruch příjmu potravy: sebevědomí!* [online]. © 2002-2010 [cit. 2014-02-04].

Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/15-rady-a-doporueni/196-prevence-poruch-pijmu-potravy-sebevedomi>

plánu škol. Na podnět Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy vydal v roce 2003 Výzkumný ústav pedagogický v Praze metodickou příručku pro učitele pod názvem Poruchy příjmu potravy, která byla zpracována v souladu se záměry dokumentu Zdraví 21 (Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30.10.2002).

Autory této metodiky jsou odborníci v problematice PPP – PhDr. František David Krch a PaedDr. Eva Marádová CSc, a je dostupná na stránkách MŠMT pod odkazem: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>.¹⁸³ Tento metodický manuál se snaží školám poskytnout ucelený pohled na poruchy příjmu potravy, od specifík nemoci až po metodické náměty na práci se žáky.

¹⁸³ KRCH, František David, MARÁDOVÁ Eva. *Poruchy příjmu potravy* [online]. © 2003 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>

PRAKTICKÁ ČÁST

7. PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ „NETÝKÁ SE TO I VÁS?“

Vzhledem k zaměření diplomové práce, která upozorňuje na nedostatečné vnímání poruch příjmu potravy jako závažného problému, je její praktická část pojata jako průzkumné šetření, které se snaží zjistit, do jaké míry by určité projevy chování u jedinců, jež sami sebe považují z pohledu této problematiky za zdravé a touto nemocí neohrožené, mohly odpovídat sklonům, jež by ve svém důsledku mohly ke vzniku onemocnění vést. Současně zkoumá i míru vlivu vnějších vlivů, jež se na stravovacích postojích spolupodílejí.

7.1 Vymezení cíle

Z teoretické části práce vyplývá, že znatelně vyšším procentem jsou poruchami příjmu potravy zasaženy ženy a onemocnění propuká většinou mezi 13. – 20. rokem.¹⁸⁴ Z toho důvodu bylo dotazníkové šetření určeno pouze dívkám, a to ze základní školy i školy střední, přičemž záměrem autorky bylo získat informace od dívek ve dvou věkových kategoriích, 13 – 15 let a 18 – 19 let, za předpokladu početní vyrovnanosti obou skupin. O spolupráci byly požádány dvě školy – ZŠ Cyrila Boudy Kladno a Gymnázium Kladno.

Z teoretické části je dále zřejmé, že většina dívek v současné době věnuje svému vzhledu velkou pozornost, přičemž nerespektují požadavky svého těla potřebné pro zdravý růst a vývoj a současně ani nepřikládají váhu rizikům svého jednání. Jejich pojetí body image se v jídelních postojích odráží, je do značné míry ovlivňováno názorem druhých lidí a vzorce stravování mnohdy vycházejí ze samotné rodiny. V neposlední řadě za jejich chováním stojí i všeobecně platný obraz úspěšného člověka dnešní doby. Na základě těchto skutečností byly stanoveny následující hypotézy:

¹⁸⁴ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 23. ISBN 978-80-247-2130-9.

Hypotéza č. 1:

70 % dívek bez rozdílu věku je se svým tělem spíše nespokojeno.

Hypotéza č. 2:

S narušenými jídelními postoji a chováním se setkáváme u 40 % dívek mladší věkové kategorie, tj. u dívek ve věku 13 – 15 let.

Hypotéza č. 3:

Dívky ve věku 18 a 19 let vykazují známky narušených jídelních postojů a chování v míře o 20 % vyšší než dívky ve věku 13 – 15 let.

Hypotéza č. 4:

65 % rodin věnuje vzhledové stránce a štíhlé linii značnou pozornost a tento zájem je požadován i po dívkách samotných.

Hypotéza č. 5:

70 % dívek považuje štíhlost za bránu k úspěchu a jejich spokojenost s vlastním tělem se odvíjí od hodnocení okolí.

7.2 Metody průzkumu

V průzkumném šetření byla použita dotazníková metoda, následné srovnávání a analýza s interpretací získaných dat.

Data byla získána na základě anonymních dotazníků, které obsahovaly 31 uzavřených otázek, u některých bylo možné označit více odpovědí. Dotazníky byly sestaveny tak, aby zahrnovaly otázky týkající se pojetí body image, aktuálních jídelních postojů a chování, včetně zmapování situace v rodině.

Žákyně a studentky dotazníky vyplňovaly v době školního vyučování a jejich vyplnění trvalo přibližně 15 – 20 minut. Celkem bylo rozdáno 225 dotazníků, celková návratnost byla 96 %. V každé věkové kategorii (13-15 let, 18-19 let) bylo získáno 110 plnohodnotných dotazníků. Dotazníky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel, pro prezentaci byly použity grafy. Výsledky jsou uvedeny v relativních číslech a procentech.

7.3 Harmonogram postupu a kritéria výběru respondentů

V první fázi průzkumu byl nejprve autorkou sestaven cílený dotazník, který je součástí Přílohy D. Jak již bylo řečeno výše, cílem bylo získat data od dívek ve věku 13 – 15 let a 18 – 19 let a zároveň snaha o početní vyrovnanost obou skupin. Proto o spolupráci na vyplnění dotazníku byly osloveny dvě školy – ZŠ Cyrila Boudy Kladno a Gymnázium Kladno. Základním předpokladem byla alespoň částečná znalost problematiky PPP, především u věkově mladších respondentek.

Základní škola je domovskou školou autorky, kde pracuje již devátým rokem jako učitelka a zároveň vykonává funkci metodika primární prevence rizikového chování. Vzhledem ke skutečnosti, že je zároveň tvůrcem Rámcově vzdělávacího programu Babylon pro předmět Výchova k životu, který tuto problematiku obsahuje v odstupňovaných úrovních již od šestého ročníku, byla základní podmínka splněna. Dotazníky byly za spolupráce s jejími kolegyněmi vyplněny ve vyučovacích hodinách tohoto předmětu a dotazovány byly dívky ze 7. – 9. tříd, v počtu 66 dívek celkem. Návratnost dotazníků na ZŠ byla 100 %.

Současně autorka požádala o spolupráci metodičku prevence na Gymnáziu Kladno, zda by jí byla nápomocna s výběrem respondentů z její školy. Prvním požadavkem autorky bylo nejprve doplnit skupiny mladších dívek tak, aby byl zajištěn vypovídající celkový počet odpovědí. Skupinu dívek ze základní školy tak doplnily stejně staré dívky z osmiletého gymnázia, v konečném počtu 110 respondentek. Kritériem pro výběr starších dívek ve věku 18 a 19 let byl pak takový počet studentek, aby korespondoval s počtem dívek v mladší kategorii. Splněna byla současně i podmínka znalosti problematiky, neboť studentky se v rámci primární prevence každý rok zúčastňují přednášek, jež se poruchám příjmu potravy věnují a bývají většinou zajišťovány externími agenturami. Návratnost dotazníků na gymnázium byla o něco nižší, neboť pět studentek starší kategorie odmítlo dotazník vyplnit. Přesto byl získán odpovídající počet plnohodnotných odpovědí: 44 dotazníků v mladší kategorii a 110 dotazníků od studentek 3. a 4. ročníku a jim odpovídajících ročníků víceletého gymnázia.

V následné analýze byly výsledky obou skupin mezi sebou vzájemně porovnávány, ale brány i jako jeden celek, podle zkoumaných předpokladů.

Dotazování proběhlo v prosinci 2013 a lednu 2014, podrobné početní rozložení a věkové zastoupení respondentek ukazuje tabulka č. 2 v Příloze C.

8. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Podstatnou částí analýzy je paralelní vedení výsledných dat od obou skupin dívek. Z grafických zpracování, jež jsou souborně uvedeny v Příloze E, vyplývá, do jaké míry se dané skutečnosti týkají kategorie mladší, znázorněna je světlým odstínem růžové, a do jaké míry se stejné prvky projevují u starší kategorie, jež je znázorněna tmavším odstínem fialové. Je tak dobře patrné, ve kterých odpovědích se dívky rozcházejí, nebo naopak vykazují částečnou či úplnou shodu. Otázky rozšiřující odpověď „ano“, ve kterých bylo možno zvolit více možností, jsou následně graficky znázorněny v odstínu žluté a khaki. Výsledky jsou uvedeny v textové části uvedeny v procentech, v grafické potom v procentech a reálných číslech.

Podle otázky *„Myslíš si, že máš sklony k poruchám příjmu potravy?“* a jejího znázornění v grafu č. 3 v Příloze E, je patrné, že třebaže žádná ze zúčastněných dívek není lékařsky diagnostikována jako pacientka s PPP, projevují v 11 % některé z dívek nejistotu v případě možných sklonů k narušenému jídelnímu chování a postojům. Přesto se obě skupiny v 74 % shodují v tom, že PPP není problém, který by se jich týkal.

Z grafu č. 4 v Příloze E, týkající se otázky *„Je pro Tebe důležité, jak vypadáš?“*, je patrné, že pro většinu dívek bez rozdílu věku je důležité, jak vypadají. Počet dívek, které svůj vzhled nepovažují za důležitý, je z celkového počtu dotazovaných pouze 10 %.

U otázky *„Jak hodnotíš svoji postavu?“* a grafu č. 5 v Příloze E skupiny mezi sebou vykazují výraznější rozdíly u jednotlivých odpovědí. Zatímco u mladší věkové kategorie je zřetelná alespoň částečná spokojenost se svojí postavou, spokojenost starších dívek se snižuje z 24 % na 10 % a výrazněji u nich narůstá velmi negativní hodnocení postavy, z 10 % na 21 %. V celkovém pojetí dívky hodnotí svoji postavu spíše negativně, mladší kategorie v 55 % a starší v 59 %.

V otázce *„Chtěla bys změnit určité partie svého těla?“*, znázorněné v grafu č. 6 v Příloze E, vykazují obě skupiny vysoký počet kladných odpovědí, 80 % u mladších a 92 % u starších dívek. Odpovědi korespondují s výslednými daty grafu č. 6, že hodnocení postav je u dívek spíše negativní.

Dívky, které předchozí otázce odpověděly *ano*, měly následně vybrat ty části, které považují za problematické. Z grafu č. 7 v Příloze E je patrné, že u obou skupin

jsou za tyto části považovány břicho a stehna, v souhrnném počtu mladší a starší kategorie shodných 87 % pro jednotlivé partie. Třetí problémovou oblastí jsou hýždě, které dívky označovaly v 41 %. Jedná se tedy o části těla, u kterých je nejčastější silnější tuková vrstva.

Z odpovědí na otázku „*Bojíš se toho, že bys mohla ztloustnout?*“, jež jsou znázorněny na grafu č. 8 v Příloze E, vyplývá, se věkové skupiny dívek rozcházel. Zatímco mladší kategorie má do značné míry vyrovnané odpovědi *ano* (41 %) a *trochu* (35 %), stejně jako *ne* (13 %) a *je mi to jedno* (11 %), u kategorie starší je patrný výrazný rozdíl v odpovědích *ano* a *ne*, 70 % a 7 %. Tam, kde mladší dívky váhaly, odpovídaly starší zcela jednoznačně. V celkovém pojetí má strach ze ztlounutí 55 % všech dívek.

Pro srovnání, jak moc se dívky zabývají negativy svého fyzického vzhledem a kvalitou svých povahových vlastností, byla položena otázka „*Jmenuješ často povahové vlastnosti, které se Ti na sobě nelíbí?*“. Z grafu č. 9 v Příloze E vyplývá, že povahové vlastnosti příliš často v jejich diskuzích nevyskytují. Zřetelný je rozdíl především u starší kategorie dívek, kdy odpověď *ne* zvolilo 81 % a odpověď *ano* 19 % z nich; u mladší kategorie pak je tento poměr 65 % pro *ne* a 35 % pro *ano*.

V otázce „*Zajímá Tě názor ostatních na Tvůj vzhled?*“, jak lze vyčíst z grafu č. 10 v Příloze E, odpovědi starších dívek opět vykazují výraznější rozdíly. Názor ostatních na jejich vzhled je pro ně velmi důležitý v 67 %, přičemž pro 12 % pro z nich nemá názor ostatních žádnou váhu. U mladší kategorie je nejčastější odpověď *někdy*, a to v 45 %, přičemž odpovědi *ano*, *velmi* s 35 % a *ne* s 19 % nevykazují výraznější rozdíly. Z grafu je dále patrné, jak se s přibývajícím věkem mění vnímání názoru ostatních lidí a zvyšování jeho důležitosti pro dívky samotné.

Graf č. 11 v Příloze E, znázorňující otázku „*Hodnotíš i ty druhé lidi podle vzhledu?*“, opět vypovídá o převaze odpovědí *ano* a *někdy*. Výraznější rozdíly však nacházíme u jednotlivých věkových skupin, kdy mladší dívky jsou pro *ano* v 18 %, zatímco dívky starší ve více jak dvojnásobném počtu, v 45 %. Nižší podíl odpovědí *ano* u mladší kategorie se následně promítá do zvýšeného počtu odpovědí *někdy* s 54 %. Zároveň ve věku 13 – 15 let, jak dokládá 28 % zastoupení odpovědí *ne*, jsou i dívky, které příliš velkou pozornost vzhledu druhých lidí nevěnují. Ve věku 18 a 19 let se tato pozornost zvyšuje, jak je patrné z 13 % odpovědí *ne* u starších dívek.

Výsledná data otázky „*Srovnáváš svoji postavu s postavou vrstevnic?*“, zpracovaná v grafu č. 12 v Příloze E, jsou srovnatelná s výstupy grafu č. 11 týkajícího

se hodnocení dívek okolí podle vzhledu. V celkovém souhrnu kladné odpovědi (*ano* a *někdy*) převyšují odpovědi, že dívky svoji postavu s druhými příliš nesrovnávají v poměru 81 % ku 19 %. Stejně jako v předchozím grafu č. 11 je i zde zřetelný rozdíl u starších dívek u odpovědi *ano* a *ne* v poměru 56 % a 12 %, zatímco u odpovědi *ano* a *ne* u mladší kategorie je tento poměr vyrovnaný, 28 % ku 26 %.

Z grafu č. 13 v Příloze E k otázce „*Zažíváš někdy pocity osamělosti nebo pocity, že jsi k ničemu?*“ je patrné, že absolutní převahu nemá žádná z nabízených odpovědí, přesto pocity osamělosti často zažívá 37 % mladších a 51 % starších dívek. Počet dívek, které tyto pocity zažívají pouze někdy je výraznější u mladší kategorie s 45 % oproti 21 % u kategorie starší. Počet dívek, které na pocity osamělosti nepoukazují, je v souhrnu pouhých 23 %.

Podle grafického zpracování č. 14 v Příloze E otázky „*Pokoušela ses někdy zhubnout?*“, že již mladší věková kategorie dívek ve věku 13 – 15 let vykazuje zkušenost s hubnutím, a to v 58 %, přičemž dívky ve věku 18 a 19 let dokonce v 79 %.

Dívky, které v předchozí otázce odpověděly, že se již někdy pokoušely zhubnout, měly následně označit všechny způsoby, kterými chtěly nižší váhy dosáhnout. Jak je z grafu č. 15 v Příloze E patrné, u obou věkových kategorií převažovala snaha zhubnout sportem a cvičením, v zastoupení 88 % u mladších a 87 % u starších dívek. Společně se sportem se v jídle omezilo 79 % starších dívek, přičemž tuto variantu zvolila výrazně nižší část mladších dívek s 57 %. Současně se však některé dívky snažily ke zhubnutí dojít i jiným způsobem, a v to 21 % z celkového počtu dívek, které mají s hubnutím nějakou zkušenost.

Z otázky „*Jak často se vážíš?*“ a jejího grafické znázornění v grafu č. 16 v Příloze E vyplývá, že relativně vyrovnané jsou protipólně nastavené frekvence vážení, *několikrát denně* a *nevážím se*, v poměru 4 % ku 6 % z celkového počtu respondentek. Výraznější je počet dívek, které se váží pouze nárazově, 47 % u mladších a 33 % u starších dívek. U starší věkové kategorie je pak z grafu patrné, že dívky si na váhu stoupají spíše každý den (26 %) než jednou týdně (21 %) či měsíčně (11 %).

Z odpovědí k otázce „*Vynecháváš některé z hlavních jídel?*“ v grafu č. 17 v Příloze E je patrné, že již dívky ve věku 13 – 15 let nedodržují všechny zásady zdravého stravování a v 55 % některé z hlavních jídel vynechávají. U kategorie 18 a 19 let je rozdíl mezi odpověďmi *ano* a *ne* výraznější, v podílu 75 % ku 25 %. Je tedy zřejmé, že se zvyšujícím se věkem dochází i k častějšímu vynechávání jídla.

Výrazný rozdíl v odpovědích k otázce „*Omezuješ se záměrně nějakým způsobem v jídle?*“ a jejich zpracování v grafu č. 18 v Příloze E lze vyčíst především u starší kategorie dívek, v poměru 84 % pro omezování a 16 % pro ne. Výsledná data mladších dívek jsou relativně vyrovnaná, 53 % pro *ano* a 47 % pro *ne*.

Dívky, které se v jídle nějakým způsobem omezují, měly dále označit všechny způsoby, které se jich týkají. Z grafu č. 19 v Příloze E je zřejmé, že starší dívky volí všechny způsoby omezování (menší porce, vynechávání příloh, omezování tučných jídel a omezování sladkých jídel) v rozsahu 56 % - 51 %. U mladší kategorie lze z daného dobře vyčíst, že vynechávání příloh s 12 % není příliš časté, zatímco ostatní možnosti dosahují vyššího zastoupení, od 55 % do 46 %.

V odpovědích na otázku „*Cítíš se provinile, když sníš něco, co sis předtím zakázala?*“ podle grafu č. 20 v Příloze E vykazují obě kategorie téměř shodu v počtu dívek, které vůbec neřeší, jestli jedí či nejedí něco zakázaného, 32 % u mladších a 29 % u starších. Skupiny dívek jsou téměř vyrovnané rovněž u odpovědi, že se vůbec provinile necítí, mladší dívky s 21 % a starší s 17 %. Odpovědi *vždy* a *někdy* jsou u obou kategorií k sobě zrcadlově obráceny – mladší dívky se cítí provinile vždy v 15 % a někdy v 32 %, zatímco starší dívky cítí provinění v 37 % vždy a 17 % někdy. Z grafického zpracování je dále patrné, že přesně polovina ze všech dotazovaných dívek cítí neklid v případě, že snědí něco, co si samy zařadily do kategorie zakázaného jídla.

Graf č. 21 v Příloze E, znázorňující otázku „*Chodíš jídlo vycvičit, vyběhat, aby ses zbavila snězených kalorií?*“, ukazuje shodu u obou skupin dívek; dívky jak mladší, tak i starší věkové kategorie vykazují určitou potřebu energetický příjem spálit. Z grafu je však zřejmé, že skupina dívek, která tuto potřebu nemá, je početně větší, 59 % u mladších a 58 % u starších dívek.

Grafické znázornění č. 22 v Příloze E k otázce „*Když jím, mám zkaženou náladu.*“ ukazuje, že žádná dívka ani z jedné skupiny nemá zkaženou náladu pokaždé, když jí. Rozdíly jsou však patrné u dalších možných odpovědí. Mladší dívky ve velkém počtu nespojují dohromady zkaženou náladu s jídlem, a to v 72 %, zatímco u starších dívek se jedná o 28 %. Při porovnání rozdílů mezi odpověďmi *spíše ano* a *spíše ne* v celkovém součtu obou skupin převládá nesouhlas s tím, že by každé jídlo dívkám náladu zkazilo s 35 % oproti 15 %.

Z otázky „Kontroluješ množství jídla, které sníš za den?“ a jejího grafického znázornění v grafu č. 23 v Příloze E je z odpovědí starší dívek zřejmé, že množství jídla nějakým způsobem kontrolují v 79 %, přičemž důslednou kontrolu přiznává 52 % z nich. V případě dívek ve věku 13 – 15 let tuto důslednou kontrolu vykazují 19 % dotazovaných a občasnou kontrolu připouští 45 % z nich. Zastoupení dívek, které vůbec množství sněženého jídla nekontrolují, je v souhrnu obou skupin 29 %.

Z grafu č. 24 v Příloze E k otázce „Jak reaguješ na stres ve spojitosti s jídlem?“ lze vyčíst, že u mladších dívek se v 43 % stres na množství sněženého jídla nijak zvlášť neprojevuje. Dále, že 23 % mladších dívek ve chvílích stresu u sebe zaznamenává zvýšenou konzumaci a 34 % z nich naopak na stres reaguje omezením sněženého jídla či ho úplně vynechává. I u dívek ve věku 18 a 19 let je viditelné vyšší procento v podobě vynechávání nebo omezování jídla, a to v 41 %. Zbývající část starších dívek se v době stresu stravuje normálně nebo jí mnohem více ve vyrovnaném poměru, 30 % ku 29 %.

Z grafu č. 25 v Příloze E k otázce „Když sníš víc jídla než obvykle, jaké jsou Tvoje reakce?“, je zřejmé, že 32 % z nich tuto situaci nijak neřeší a nereaguje na ni, u 20 % se dostavuje pouhý pocit naštvaní. Zbývající část dívek z mladší kategorie se snaží druhý den v 16 % snížit svůj energetický příjem nebo volí v 22 % cestu zvýšeného energetického výdaje. Starší dívky dávají ve stejné situaci v 38 % přednost omezení jídla a v 11 % cvičení. Z celkového počtu dívek v obou skupinách 5 % z nich řeší neobvyklou situaci zvracením.

Jak ukazují grafy č. 18 a 23, většina dívek nějakým způsobem kontroluje a hlídá množství jídla, které za den sní. Těmto výstupům odpovídají i odpovědi k otázce „Jak bys posoudila svoje sebeovládání v jídle?“ v grafu č. 26 v Příloze E - dívky si dovedou poručit úplně nebo většinou, v zastoupení 69 %. Větší důslednost vykazují v tomto souboru dívky starší, a to v 52 % ku 41 %. Nižší sebeovládání připouští z celkového počtu 13 % dívek a 18 % z nich přesně neví, jak míru ovládání posoudila.

Jak vyplývá z grafu č. 27 v Příloze E k otázce „Myslíš si, že budeš pro kluky přitažlivější, když budeš štíhlá?“, se dívky obou skupin ve zvýšeném počtu domnívají, že štíhlé dívky jsou pro chlapce zajímavější a přitažlivější, a to v 66 % z celkového počtu respondentek. U starší věkové kategorie je výrazný rozdíl v odpovědích *ano* a *ne* v poměru 75 % ku 7 %. O něco menší rozdíl v těchto odpovědích vyazuje kategorie dívek ve věku 13 - 15 let, v poměru 57 % ku 16 %, přičemž neschopnost tuto situaci posoudit je zřejmá u 27 % mladších dívek.

Podle znázornění odpovědí v grafu č. 28 v Příloze E k otázce „*Souhlasíš s tvrzením 'Od dětství se ode mě očekává, že budu podávat skvělé výkony.'*“ s daným tvrzením nesouhlasí téměř shodný počet dívek mladší i starší skupiny, v zastoupení 15 % a 16 %. Zbývající dívky se s očekáváním jejich skvělých výkonů setkávají, přičemž s odpovědí *někdy* souhlasí 55 % mladších a 45 % starších dívek a zcela jasný souhlas uvádí 30 % mladších dívek a 39 % dívek ve věku 18 a 19 let.

Jak vyplývá z grafu č. 29 v Příloze E k otázce „*Slyšela jsi doma někdy větu: Nejez tolik, budeš tlustá.*“ je zřejmé, že obě skupiny dívek neodpovídaly s nijak výrazným rozdílem. Obě kategorie se s upozorněním na množství sněženého jídla v 62 % setkávají, častěji však dívky starší v poměru 65 % ku 59 %. Velkým způsobem se u mladších a starších dívek ani neliší odpovědi *ne*, poměrem 35 % ku 41 %.

Graf č. 30 v Příloze E, u otázky „*Vytýkají Ti rodiče Tvoje stravovací návyky a postoje?*“ ukazuje, že spokojenost či nespokojenost rodičů není schopno posoudit 18 % dotazovaných dívek, přičemž vyšší procento vykazují mladší dívky s 22 %. Výrazně nižší spokojenost rodičů připouští starší kategorie v 7 %, u mladší kategorie je počet spokojených rodičů s 19 % vyšší. Zbývající počet dívek vykazuje shodu v doporučení, že by měly jíst méně, a to v 43 % u obou skupin. Zřetelnější je pak rozdíl mezi dívkami u doporučení, že by měly jíst více, a to 16 % ku 35 % pro starší dívky.

Jak lze vyčíst ze zpracování otázky „*Přikládají jednotliví členové Tvoji rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?*“ v grafu č. 31 v Příloze E, je patrné, že pouze necelá 4 % všech dívek neví, je-li v jejich rodinách takový význam vzhledu přikládán. Podle 36 % mladších a 18 % starších dívek není vzhled v jejich rodinách důležitý. Důležitost vzhledu se promítá v odpovědích 60 % všech dívek, přičemž naprostý souhlas s odpovědí, že vzhled je podstatný pro celou rodinu, vyjadřuje 6 % dívek ve věku 13 – 15 let a ve dvojnásobném počtu, 12 %, skupina dívek ve věku 18 a 19 let. Největší množství souhlasných odpovědí se objevuje u odpovědi, že vzhled je pro rodinu důležitý, ale důraz na něj kladou jen někteří, a to v poměru 52 % mladších ku 67 % starším dívkám.

Výsledné zpracování odpovědí otázky „*Přikládají členové Tvoji rodiny velký význam tomu, jak vypadáš Ty?*“, je srovnatelné s výslednými daty předchozí otázky, do jaké míry je vzhled důležitý pro rodinu jako celek, a je znázorněn v grafu č. 31 v Příloze E. Zájem rodiny o vzhled dívek připouští 70 % z nich, přičemž velký tlak dívky cítí především od některých rodinných příslušníků, a to v zastoupení 48 % u mladší kategorie a 69 % u kategorie starší. Více mladších dívek nevnímá žádný

tlak ze strany rodiny oproti starším dívkám, v poměru 26 % ku 11 %. Míru, jak moc je vzhled dívky pro rodinu důležitý, není schopno posoudit 11 % ze všech dotazovaných.

Podle grafu č. 33 v Příloze E k otázce „*Má názor rodiny na Tvůj vzhled velký vliv?*“ je patrné, obě věkové kategorie dívek vykazují výraznější rozdíly v jednotlivých odpovědích. Zatímco pro starší dívky je názor rodiny důležitý a v 65 % je viditelný její vliv, u mladších dívek se stejná skutečnost projevuje v 42 %. Zřetelný rozdíl lze vidět rovněž u odpovědi *spíše ne*, neboť mladší dívky v 47 % nejsou názorem rodiny tolik ovlivňovány, jako je tomu u 26 % dívek ve věku 18 a 19 let. Z celkového počtu všech dívek pouze 9 % nebere na názor rodiny vůbec žádný ohled.

V odpovědích na otázku „*Drží u Vás v rodině někdo dietu (ne ze zdravotních důvodů)?*“ se obě kategorie téměř shodovaly. Jak z grafu č. 34 v Příloze E vyplývá, v 61 % se mladší dívky v rodinách s dietním chováním setkávají, stejně jako starší dívky v 63 %.

V případě, že se dívky s dietou v rodině setkávají, měly následně jmenovat všechny rodinné příslušníky, kterých se dieta týká. V grafu č. 35 v Příloze E je zajímavé i zastoupení mužů v odpovědích dívek, a to v 25 % v případě otců a v 18 % u bratrů. V rodině se však dieta nejčastěji vyskytuje u matek, které označila každá dívka s dietou v rodině (100 %), a u babiček (96 %). Téměř shodný počet odpovědí nacházíme i u tety (67 % - mladší dívky, 68 % - starší dívky), menší rozdíly se objevují u sestry a sestřence, což může vyplývat z nižšího věku členů rodiny u mladších respondentek.

Na otázku „*Má tvoje matka lepší postavu, než měla před 15, 20 lety?*“ odpověděly dívky ve vyrovnaném poměru, jak lze vidět v grafu č. 36 Přílohy E. K odpovědi *ano, určitě* se přiklonilo 25 % mladších a 27 % starších dívek, v podobném zastoupení zvolilo odpověď *spíše lepší* 25 % dívek v mladší kategorii a 26 % ve starší. Jako stejnou hodnotí postavu matek 11 % mladších a 8 % starších dívek. Pro odpověď *spíše horší* a *určitě horší* se u mladší věkové kategorie rozhodlo 20 % a 18 % dívek a u starší pak 27 % a 12 %.

Z grafu č. 37 v Příloze E k otázce „*Myslíš si, že v dnešní době jsou štíhlejší lidé atraktivnější a úspěšnější v osobním i pracovním životě?*“ zcela jasně vyplývá, že značně vyšší procento dívek do určité míry považuje štíhlost za větší záruku úspěchu v profesním i osobním životě, a to v 87 %, přičemž s tímto tvrzením naprosto souhlasí 27 % dívek z obou věkových skupin a částečný souhlas připouští 60 % dívek, ve vyrovnaném poměru. Pouze necelé procento ze všech dívek si vůbec nemyslí,

že existuje spojitost mezi štíhlostí a úspěchem, přičemž 12 % dívek z obou kategorií v odpovědi *spíše ne* alespoň nějakou spojitost nevylučuje.

8.1 Shrnutí praktické části

Záměr praktické části diplomové práce vycházel ze statistických údajů, ze kterých vyplývá, že nejrizikovějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy je věk mezi 13 – 19 lety a že toto onemocnění postihuje mnohem více dívky než chlapce.

Z toho důvodu bylo průzkumné šetření zaměřeno pouze na dívky, a to ve dvou věkových kategoriích, 13 – 15 let a 18 a 19 let. O spolupráci byly požádány dívky ze Základní školy Cyrila Boudy Kladno a Gymnázia Kladno. Vzhledem ke skutečnosti, že základní škola je školou výběrovou, se zaměřením na výuku cizích jazyků, jsou v inteligenční rovině její žákyně rovnocenné dívkám z odpovídajících ročníků osmiletého gymnázia. Mladší kategorii dívek tak tvořilo 110 respondentek. Studentky starších ročníků gymnázia utvořily skupinou druhou, se stejným počtem respondentek - 110. Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 220 dívek.

Na základě získaných dat a jejich grafického zpracování se lze vyjádřit k vysloveným hypotézám následovně:

Hypotéza č. 1:

70 % dívek bez rozdílu věku je se svým tělem spíše nespokojeno.

V rámci zkoumaného vzorku byla tato hypotéza **potvrzena**.

Ověřování předpokladu vycházelo z otázek č. 2, 3, 4 a 5, které se zabývaly mírou spokojenosti s vlastním tělem, dále zda jsou partie, které by si dívky přály změnit, jež posléze měly specifikovat, a objevuje-li se u nich strach ze ztloustnutí.

Vzájemným porovnáním odpovědí se ukázalo, že velkou či menší nespokojenost vykazuje 73 % dívek (160). Dívek, které by si přály některé části svého těla změnit, je 86 % (189), což znamená, že do této skupiny patří i dívky, které jsou se svojí postavou spíše spokojené. Za nejvíce problematické části respondentky považují

ty části, jejichž změna především u dívek je v období dospívání nejviditelnější, a to břicho, stehna a hýždě. Pro 94 % dívek (206) je důležité, jak vypadají, a současně se 84 % z nich (183) obává jakéhokoliv zvýšení hmotnosti.

Na základě těchto údajů lze konstatovat, že 70 % mladých dívek bez rozdílu věku je se svým tělem spíše nespokojeno.

Hypotéza č. 2:

S narušenými jídelními postoji a chováním se setkáváme u 40 % dívek mladší věkové kategorie, tj. u dívek ve věku 13 – 15 let.

V rámci zkoumaného vzorku byla tato hypotéza **potvrzena**.

Ověřování předpokladu vycházelo z otázek č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21, jež se týkaly stravovacími návyky a postoji k jídlu, dále zda se dívky někdy pokoušely zhubnout a jaký způsob pro to zvolily, zda se v jídle omezují, jaké pocity při jídle zažívají, jak řeší větší množství sněženého jídla a v neposlední řadě i schopnost sebeovládání.

Analýza odpovědí ukázala, že již dívky ve věku 13 – 15 let mají v 58 % (64) zkušenost se snahou zhubnout, přičemž 87 % řeší tuto situaci sportem (56), některé sportovní aktivity kombinují s omezením jídla nebo pouze snižují energetický příjem, a to v 57 %, a jiné způsoby zhubnutí, bez další bližší specifikace, používá 22 % (14) z nich. U frekvence vážení převažovala odpověď *nárazově* v 47 % (52), výjimečně se objevovala odpověď, že se dívky váží *každý den několikrát* – 2 % (2). Přehled o své váze má denně 15 % (16), každý týden je to pak 17 % (19) dívek mladší věkové kategorie.

Další skupina otázek se týkala jídelních návyků a pocitů, jež dívky ve spojitosti s jídlem zažívají. Již 55 % (61) dívek v tomto věku vynechává některé z hlavních jídel, stejně jako se v 53 % (58) v jídle omezuje. Dívky záměrně jedí menší porce v 46 % (27), v 55 % (32) kontrolují množství tučných jídel a sladkostí omezuje 25 % (28) z nich. Tato skupina dívek zároveň zažívá pocity provinění, když sní něco, co si předtím zakázala, v 46 % (51), některé z nich, 41 % (45), se snaží zbavit

sněžených kalorií zvýšenou fyzickou aktivitou. Žádná dívka však nepocituje negativní pocity při úplně každém jídle. Dívky mladší věkové kategorie zároveň připouštějí, že mají v 64 % (70) přehled o množství jídla, které denně sní, s čímž je spojena i v 68 % (75) zvýšená míra sebekontroly. Většina mladších dívek, 57 % (63), nijak zvlášť neřeší, když sní více, než je pro ně obvyklé, zbývající počet dívek se snaží tento nadbytek vykompenzovat – 16 % (18) jí druhý den méně, 22 % (24) si jde zacvičit a 5 % (5) volí násilnou cestu vyzvracení. Naopak stresové situace u dívek v 23 % (26) způsobují zvýšenou konzumaci jídla a v 34 % (37) dochází k omezení množství jídla nebo k jeho úplnému vynechání.

Lze tedy shrnout, že dívky již ve věku 13 – 15 let kontrolují svoji váhu, stejně jako množství jídla, které za den sní. V případě jídel, jež samy sobě zakázaly, nebo jedí-li více než obvykle, pociťují nepříjemné pocity, některé z nich se dokonce uchylují k nebezpečným řešením, jako nadměrná zvýšená aktivita nebo zvracení. Každá druhá dívka v tomto věku má rovněž nějakou zkušenost s hubnutím. Proto lze v případě 13. – 15.letých dívek hovořit o známkách narušených jídelních postojů a chování.

Hypotéza č. 3:

Dívky ve věku 18 a 19 let vykazují známky narušených jídelních postojů a chování v míře o 20 % vyšší než dívky ve věku 13 – 15 let.

V rámci zkoumaného vzorku byla tato hypotéza **potvrzena**.

Ověřování tohoto předpokladu vycházelo, stejně jako u předchozí hypotézy, z otázek č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21, jež se zabývaly mírou kontroly zkonsumovaného jídla a sebekontroly chování dívek, spolu se snahou zhubnout a pocity, jež dívky u jídla běžně nebo v mimořádných situacích zažívají. V tomto případě bylo cílem posoudit, zda se narušené jídelní postoje a chování, v případě jejich výskytu, projevují u starších dívek více.

Podrobnou analýzou odpovědí bylo zjištěno, že ve všech případech, kde mladší dívky narušené postoje a chování vykazovaly, bylo jejich procentuální zastoupení u starších dívek ještě vyšší.

S dietou má zkušenost oproti 58 % mladších dívek již 79 % (87) dívek ve věku 18 a 19 let. Zřetelný nárůst je i ve způsobech hubnutí, kdy 87 % (76) hubne cvičením a sportem, spolu 79 % (69), které přidávají nebo upřednostňují omezení jídla, a zároveň je i více dívek, jež se uchylují k dalším řešením, a to 17 % (19). Posun nastává i s frekvencí kontroly váhy, kdy přibývá dívek, které se váží několikrát denně, a to v 5 % (6); výrazně se snižuje občasné vážení ze 47 % mladších dívek na 32 % (36) a zároveň se tím zvyšuje podíl odpovědí u každodenního a týdenního vážení na 26 % (29) a 21 % (23).

Další skupina otázek věnovaná jídelním návykům a pocitům, jež dívky ve spojitosti s jídlem zažívají, ukázala, že se zvyšujícím se věkem dochází k častějšímu vynechávání a omezování jídla, díky procentu kladných odpovědí u vynechávání jednoho z hlavních jídel z 55 % na 75 % (83) a záměrného omezování v jídle na 84 % (92). Z grafu č. 19 je pak zřejmé, že starší dívky volí všechny způsoby omezování v rozsahu 56 % - 51 %. V případě pocitu provinění, když dívky snědí něco zakázaného, se počet zvyšuje z 15 % na 37 % (41). Stejně tak ani mezi staršími dívkami žádná z nich nepociťuje u všech jídel negativní pocity. Při kontrole snězeného jídla se mění poměr mezi každodenní a občasnou kontrolou z 19 % ku 45 % na 52 % (57) ku 27 % (30), což potvrzuje i zvýšená 69 % (76) míra sebekontroly. Z toho důvodu se i většina dívek nějakým způsobem snaží řešit situaci, kdy snědí více, než je pro ně obvyklé, a to v 55 % (60). Stresové situace se projevují u starších dívek také výrazněji, ať už zvýšenou konzumací, 29 % (32), nebo v 41 % (45) omezením či vynecháním jídla.

Po shrnutí všech důležitých skutečností lze konstatovat, že ty projevy a chování, které se objevovaly již u mladší věkové kategorie, se s přibývajícím věkem ještě znásobují a dívky je ve věku 18 a 19 let vykazují v míře o 20 % vyšší. Tento nárůst lze odůvodnit i vysokými nároky na vzhled těla u starších dívek, jak ukazuje graf č. 4, který je důležitý pro 98 % (108) z nich, a obavou z tloustnutí podle grafu č. 8 v Příloze E, již vyazuje 91 % (100) starších dívek.

Hypotéza č. 4:

65 % rodin věnuje vzhledové stránce a štíhlé linii značnou pozornost a tento zájem je požadován i po dívkách samotných.

V rámci zkoumaného vzorku **nebyla** tato hypotéza **potvrzena**.

Pro posouzení tohoto předpokladu byly důležité otázky č. 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 a 30, jež zkoumaly míru pozornosti rodiny věnované vzhledu a zároveň míru, s jakou se dívky ve svých vlastních rodinách setkávají s dietním chováním.

U úvodní otázky, zda je od dívek od dětství očekáváno podávání skvělých výkonů, převažovala odpověď *někdy*, a to v celých 50 % (100) z celkového počtu dívek, přičemž s daným tvrzením naprosto souhlasilo 35 % (76) dívek bez rozdílu věku. 62 % (137) dotazovaných doma slýchává větu „*Nejez tolik, budeš tlustá*“, ale 32 % (69) dívek doma zároveň nezaznamenává výhrady rodičů vůči jejich způsobům stravování, proto se nedá jednoznačně tvrdit, že by dívky jedly pouze nevyhovujícím způsobem. Stejně tak i míru, do jaké hraje kvalita vzhledu v rodinách dominantní úlohu, nelze jednoznačně určit, neboť pouze 10 % (21) dívek pociťuje vysoké nároky u všech rodinných příslušníků a pro 27 % (60) rodin dokonce vůbec není důležité, jak kdo vypadá. Třebaže dívky v 59 % (129) pociťují zájem rodin o jejich vzhled, poměr dívek, které se tímto názorem nechají nebo nenechají ovlivnit, je 54 % (118) ku 46 % (102). Dívky se rovněž v 62 % (136) v rodinách setkávají s dietním chováním, a to především u ženské části rodiny, ale nelze tvrdit, že by všechny matky měly lepší postavu než před 15, 20 lety, protože 48 % (105) dívek vnímá postavu matek jako horší nebo stejnou a téměř vyrovnává počet dívek, jež shledávají postavy matek v 52 % (115) jako lepší.

Na základě těchto údajů lze předpokládat, že rodiny dotazovaných dívek se vzhledu do určité míry věnují, ale nelze jednoznačně tvrdit, že stejné požadavky jsou v 65 % kladeny i na dívky samotné. Stejně tak nelze konstatovat, že dietní chování, které se v rodinách objevuje, je požadováno od dotazovaných dívek, třebaže se dá zvýše uvedeného domnívat, že rodinné vzorce chování se mohou u dívek projevat.

Hypotéza č. 5:

70 % dívek považuje štíhlost za bránu k úspěchu a jejich spokojenost s vlastním tělem se odvíjí od hodnocení okolí.

V rámci zkoumaného vzorku **nebyla** tato hypotéza **potvrzena**.

Ověřování předpokladu vycházelo z otázek č. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 28 a 31, jež byly věnovány působení názorů druhých lidí, včetně důležitosti, kterou dívky přisuzují štíhlosti.

Již bylo řečeno, že pro 94 % (206) dívek je důležité, jak vypadají, přičemž 55 % (121) z nich má strach z toho, že by ztloustla, a 45 % (99) z nich tuto obavu nevykazuje. Vzhledem k relativní vyrovnanosti těchto dvou skupin, nelze jednoznačně říci, že by nároky na vzhled z pohledu dívek byly zcela spjaty se štíhlostí. Třebaže u dívek převládá názor, že budou-li štíhlé, budou mít v 66 % (145) větší úspěch u chlapců, významná část dívek, 34 % (75), tento názor nesdílí. Stejně tak nelze konstatovat, že všechny dívky považují štíhlost za základ úspěchu, neboť k tomuto názoru se přiklání bez výhrady 27 % (60) z nich a 60 % (131) souhlasí jen částečně. Rovněž v otázkách, jak moc je pro dívky názor okolí důležitý, stejně jako jestli ony samy posuzují svoje okolí a srovnávají se s ním, nelze hovořit o pouze souhlasných odpovědích. Pro dívky je názor okolí důležitý v 51 % (113), přičemž význam mu pouze někdy přikládá 33 % (73) dívek a v úvahu ho vůbec nebere 15 % (34). Dívky samy hodnotí svoje okolí a srovnávají se s ním v 37 %, tímto se však nezabývá 20 % dívek a občasnou pozornost těmto aktivitám věnuje 43 %.

Ze získaných údajů lze soudit, pro většinu dívek je vzhled podstatný a část z nich se obává představy ztloustnutí, nicméně nelze zcela tvrdit, že 70 % dívek si myslí, že mohou být úspěšné a atraktivní pouze, když budou štíhlé. Dívky rovněž berou v úvahu názor druhých, ale nelze jednoznačně konstatovat, že míra jejich spokojenosti s tělem z názoru okolí vychází, třebaže lze usuzovat, že v případě častějšího negativního hodnocení by se tato míra snížila.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat zjevná i skrytá nebezpečí onemocnění poruchami příjmu potravy, sledovat jeho průběh od počátečních příznaků, přes vlastní průběh až k možným následkům a definovat zásady primární prevence. Hlavní snahou však bylo zachytit míru působení sociálních vlivů, ať už rodinných nebo společenských, jež mohou ve svém důsledku vést k zesílení takových faktorů, které jsou označovány z pohledu případného onemocnění za rizikové; stejně jako zdůraznit jejich význam při realizaci krizových opatření. Samotný záměr práce vycházel z výrazného nárůstu počtu nemocných některou z forem poruch v posledních letech, jež jsou jedním z důsledků současného moderního způsobu života, pokřiveného ideálu krásy a nadměrného tlaku na dokonalost, a z podceňování rizik tohoto onemocnění.

Teoretická část byla zaměřena na dvě nejrozšířenější formy nemoci – mentální anorexii a mentální bulimii. Nejprve byl shrnut jejich historický vývoj, včetně vývoje ideálu krásy, dále charakterizovány znaky těchto nemocí, spolu s jejich příznaky, projevy chování a možnými následky. Při mapování negativních vlivů byla hlavní pozornost věnována vlivu rodinného prostředí, vrstevnických skupin a působení médií, která jsou v současnosti jednou z nejvýraznějších oblastí propagujících kult štíhlosti, jež je ve společnosti všeobecně prosazován. Současně byly nastíněny možnosti, jak nemocnému pomoci v rámci základní rodinné intervence, jak probíhá krizová intervence odborná a v neposlední řadě pak byly definovány základní preventivní zásady, zejména na úrovni rodinné a školní.

Cílem praktické části bylo poukázat na nedostatečné vnímání nemoci jako závažného, ve většině případů obtížně léčitelného, problému, jehož příznaky jsou především v jeho raných stádiích stále podceňovány. Cílem autorky bylo zjistit, do jaké míry by určité projevy chování u lidí, kteří sami sebe považují z pohledu poruch příjmu potravy za zdravé, mohly odpovídat sklonům, jež by ve svém důsledku mohly k onemocnění vést. Výsledky průzkumného šetření potvrdily, že již dívky ve věku mezi 13 – 19 lety, který je pro rozvoj nemoci nejrizikovějším obdobím, skutečně vykazují symptomy chování, jež mohou stát u počátku propuknutí nemoci.

Z potvrzených hypotéz vyplývá, že 70 % dotazovaných dívek je se svým tělem spíše nespokojeno. Do této nespokojenosti se negativně promítá i vliv hodnot

uznávaných současnou společností, která výrazným způsobem spojuje štíhlost a krásu s úspěchem. Z toho důvodu pak dívky věnují větší pozornost svému fyzickému vzhledu než svým povahovým kvalitám a jsou rovněž citlivější vůči jakýmkoli negativním reakcím svého okolí. Polovina dotazovaných dívek má strach z toho, že by mohla přibrat na váze, přičemž výsledky šetření ukázaly, že počet dívek, které se snaží této situaci předejít, se s přibývajícím věkem zvyšuje. Stejně tak se i mnohem výrazněji u starší věkové kategorie, 18 a 19 let, objevují nevhodné způsoby řešení otázky váhy, se kterými se již setkáváme u dívek ve věku 13 – 15 let. Nejčastějším způsobem je nebezpečné držení diet, se kterým se dívky setkávají i ve své vlastní rodině. Třebaže nebyl v plné míře potvrzen předpoklad (65 %), že dietní chování a dokonalý vzhled je rodinou požadován i po samotných dívkách, ze získaných dat je však zřejmé, že se rodinné vzorce u dívek projevují, stejně jako je pro dívky názor rodiny důležitý.

Třebaže dívky nepovažují svoje chování za nebezpečné a necítí se onemocněním ohrožené, je třeba věnovat těmto aspektům značnou pozornost, neboť hranice mezi zdravím a nemocí je v případě poruch příjmu potravy velmi křehká a cesta k uzdravení je velmi náročná a dlouhá. Nedotýká se však pouze samotného pacienta, ale zasahuje do života jeho celého okolí.

Na základě výše uvedeného shrnutí, lze konstatovat, že cíl diplomové práce byl naplněn. V případě poruch příjmu potravy nelze hovořit o jednom jediném aspektu, který toto závažné psychosomatické onemocnění zapříčiňuje, neboť se jedná o celý soubor faktorů a situací, které za vznikem nemoci mohou stát. Z toho důvodu je důležité znát jak její pozadí, tak se zaměřit i na ty způsoby a možnosti, které mohou nemoci zabránit. Tato práce může díky svému zaměření pomoci mladým dívkám a jejich rodinám, které se o problematiku poruch příjmu potravy zajímají nebo se jich přímo dotýká, stejně jako se může stát součástí minimálního preventivního programu na základní či střední škole.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení Mac, 2003. ISBN 80-86015-91-2.
- CASSUTO, Dominique-Adele, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.
- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
- ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- DE CRESCENZO, Luciano. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán, 2004. ISBN 80-86569-66-7.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
- FRANKL, Viktor Emil. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7259-084-3.
- FRAŇKOVÁ, Slávka, ODEHNAL, Jiří, PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000. ISBN 80-86009-32-7.
- GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
- GROGAN, Sarah. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
- HAVELKOVÁ, Hana, VODRÁŽKA, Mirek. *Žena a muž v médiích*. Praha: Nadace Gender studies, 1998. ISBN 80-902367-2-3.
- KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David, MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Granit, 1993. ISBN 80-85805-12-X.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
- MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm akademické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PEGGY, Claudie-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- RABOCH, Jiří ed. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-420-2.
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.
- TRAPKOVÁ, Ludmila, CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

ANABELL. *Prevence poruch příjmu potravy: sebevědomí!* [online]. © 2002-2010 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/15-rady-a-doporueni/196-prevence-poruch-pijmu-potravy-sebevdomi>

BEDNÁŘOVÁ, Daniela. I muži působí v reklamě jako sex symboly. *m-journal.cz* [online]. 9. 10. 2013 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: http://www.m-journal.cz/cs/aktuality/i-muzi-pusobi-v-reklame-jako-sex-symboly_s288x10151.html

BOVEY, Shelley. Being Fat Is Not a Sin. *Shelleybovey.com* [online]. © 1989 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: <http://www.shelleybovey.com>

BRÖHMOVÁ, Patricia. Poruchy příjmu potravy a muži versus ženy. In: *Jsem já ze všech nejkrásnější?*, 1999, *Anabell.cz* [online]. © 1999 [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/112>

ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce partnery. *Herial.sk* [online]. © 2008 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

DOKTORKA.. Psychické a společenské důsledky mentální anorexie. *Hubnuti.doktorka.cz* [online]. © 2010 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://hubnuti.doktorka.cz/psychicke-a-spolecenske-dusledky-anorexie/>

FALTÝNKOVÁ, Lucie. Jak mohou rodiče pomoci svému dítěti s poruchou příjmu potravy. *Jimehlavou.cz* [online]. 17. 12. 2013 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.jimehlavou.cz/cz/poruchy-vyzivy/Emag/DetailClanku/ic-210/jak-mohou-pomoci-rodice-svemu-diteti-s-poruchou-prijmu-potravy.html>

GALERIE MAROLD. *Václav Sochor*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.marold.cz/sochor-vaclav-1855-1935>

GILÍK, Richard. Jíme doma společně? *Vitalia.cz* [online]. 17. 1. 2012 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/jite-doma-spolecne/>

GOOGLE. *Ideál těla v období renesance*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: http://www.google.cz/ideal_tela_v_obdobi_renesance

GOOGLE. *Řečtí bohové*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.google.cz/afrodite>

KRCH, David František, MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. [online] © 2003 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>

KULHÁNEK, Jan. *Prevence poruch příjmu potravy II*. [online]. 12. 9. 2002 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy-2002-09-12/>

- KULHÁNEK, Jan. *Poruchy příjmu potravy - léčba*. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=22
- KULHÁNEK, Jan. *Poruchy příjmu potravy - prevence*. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=23
- KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie, drunkoroxie*. [online]. 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_tisk.asp?id=2251
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. *Zkola.cz* [online]. © 2008 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/rodice/socpatologievy/psychickeproblemy>
- MEINDLOVÁ, Leona. *Rizikové faktory*. *Hubnuti4you.cz* [online]. [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.hubnuti4you.cz/119-rizikove-factory.html>
- OSOBNOSTI. *Angelina Jolie*. [online]. 15. 1. 2014 [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.osobnosti.cz/angelina-jolie.php>
- PAPEŽOVÁ, Hana, YAMAMOTOVÁ, Anna, VURMOVÁ, I. *Stress a poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii, Sborník přednášek a abstrakt IV. sjezdu České psychiatrické společnosti ČLS JEP, Špindlerův mlýn 2002* [online] [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach->
- STÁRKOVÁ, Libuše. *Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence*. *Pediatripropraxi.cz* [online]. © 2003 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.pediatripropraxi.cz/pdfs/ped/2003/05/06.pdf>
- ŠMÝDOVÁ, Jana. *Mentální anorexie-trvalé následky*. In: *Celostní medicína* [online]. 05. 09. 2008 [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie--trvale-nasledky.htm>
- TWIGGY LAWSON. *Twiggy Lawson Biography*. [online]. 8. 12. 2013 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.twiggylawson.co.uk/biography.html>
- VÍŠ, CO JÍŠ. *Záchvatovité přejídání*. [online]. 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://viscojis.cz/teens/index>
- WIKIPEDIA. *Dějiny odívání v Evropě*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Dějiny_odívání_v_Evropě
- WIKIPEDIA. *Marilyn Monroe*. [online]. 8. 12. 2013 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Marilyn_Monroe
- WIKIPEDIA. *Peter Paul Rubens*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rubens>
- WIKIPEDIA. *Výpočet BMI*. [online]. 12. 12. 2013 [cit. 2013-12-012]. Dostupné z: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:BMI_grid_cs.svg
- ZAPNI MOZEK. *Isabelle Caro – malá holčička, která zemřela ve starém těle*. [online]. 4. 1. 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.zapnimozek.cz/isabelle-caro-mala-holcicka-tera-zemrela-ve-starem-tele/>

SEZNAM ZKRATEK

BMI index	<i>angl. Body Mass Index</i> , index tělesné hmotnosti
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10	10. revize mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
WHO	<i>angl. World Health Organization</i> , Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1:	Kazuistika pacientky s anorexia nervosa, William Gull, Lancet	13
Obrázek 2:	Přecházení jedné formy poruchy v druhou	21
Obrázek 3:	Isabelle Caro v kampani proti anorexii	24
Obrázek 4:	Angelina Jolie v roce 2004 a 2013	28
Obrázek 5:	Afrodité, symbol ženské krásy v období antiky	I
Obrázek 6:	Postavy žen v době gotiky	I
Obrázek 7:	Prezentovaný ideál krásy v době renesance	II
Obrázek 8:	Barokní ideál – Tři grácie (Peter Paul Rubens)	II
Obrázek 9:	Ideál ženského těla na konci 19. století – V lázni (Václav Sochor)	III
Obrázek 10:	Ideál krásy v 50. letech 20. století - Marilyn Monroe	III
Obrázek 11:	Pojetí ženského těla v 60. letech 20. století - Twiggy Lawson	IV
Obrázek 12:	Prezentovaný ideál ženského těla současnosti	IV

Seznam grafů

Graf 1:	První hospitalizace pro mentální anorexii na 100 000 obyvatel podle věkových skupin v letech 1994-2005	19
Graf 2:	Hodnoty BMI	23
Graf 3:	Otázka 1 – Myslíš si, že máš sklony k poruchám příjmu potravy? ..	XI
Graf 4:	Otázka 2 – Je pro Tebe důležité, jak vypadáš?	XI
Graf 5:	Otázka 3 – Jak hodnotíš svoji postavu?	XII
Graf 6:	Otázka 4 - Chtěla bys změnit určité partie svého těla?	XII
Graf 7:	Které části těla jsou považovány za problematické.	XIII
Graf 8:	Otázka 5 – Bojíš se toho, že bys mohla ztloustnout?	XIII
Graf 9:	Otázka 6 - Jmenuješ často povahové vlastnosti, které se Ti na sobě nelíbí?	XIV
Graf 10:	Otázka 7 – Zajímá Tě názor ostatních na Tvůj vzhled?	XIV
Graf 11:	Otázka 8 – Hodnotíš i Ty druhé lidi podle vzhledu?	XV
Graf 12:	Otázka 9 – Srovnáváš svoji postavu s postavami vrstevnic?	XV
Graf 13:	Otázka 10 - Zažíváš někdy pocity osamělosti nebo pocity, že jsi k ničemu?	XVI
Graf 14:	Otázka 11 – Pokoušela ses někdy zhubnout?	XVI
Graf 15:	Jakým způsobem ses pokusila zhubnout?	XVII
Graf 16:	Otázka 12 – Jak často se vážíš?	XVII
Graf 17:	Otázka 13 – Vynecháváš některé z hlavních jídel?	XVIII
Graf 18:	Otázka 14 – Omezuješ se záměrně nějakým způsobem v jídle?	XVIII
Graf 19:	Jaké jsou nejčastější způsoby omezování v jídle?	XIX
Graf 20:	Otázka 15 – Cítíš se provinile, když sníš něco, co sis předtím zakázala?	XIX
Graf 21:	Otázka 16 – Chodíš jídlo vycvičit, vyběhat, aby ses zbavila sněžených kalorií?	XX
Graf 22:	Otázka 17 – „Když jím, mám zkaženou náladu.“	XX
Graf 23:	Otázka 18 – Kontroluješ množství jídla, které sníš za den?	XXI
Graf 24:	Otázka 19 – Jak reaguješ na stres ve spojitosti s jídlem?	XXI
Graf 25:	Otázka 20 – Když sníš víc jídla než obvykle, jaké jsou Tvoje reakce?	XXII
Graf 26:	Otázka 21 – Jak bys posoudila svoje sebeovládání v jídle?	XXII
Graf 27:	Otázka 22 – Myslíš si, že budeš pro kluky přitažlivější, když budeš štíhlá?	XXIII

Graf 28:	Otázka 23 – Souhlasíš s tvrzením „Od dětství se ode mě očekává, že budu podávat skvělé výkony.“?	XXIII
Graf 29:	Otázka 24 – Slyšela jsi doma větu „Nejez tolik, budeš tlustá.“ ...	XXIV
Graf 30:	Otázka 25 – Vytýkají Ti rodiče Tvoje stravovací návyky a postoje?	XXIV
Graf 31:	Otázka 26 – Přikládají jednotliví členové Tvoji rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?	XXV
Graf 32:	Otázka 27 – Přikládají členové Tvoji rodiny velký význam tomu, jak vypadáš Ty?	XXV
Graf 33:	Otázka 28 – Má názor rodiny na Tvůj vzhled velký vliv?	XXVI
Graf 34:	Otázka 29 – Drží u Vás v rodině někdo dietu (ne ze zdravotních důvodů)?	XXVI
Graf 35:	Podíl osob v rodině držících dietu	XXVII
Graf 36:	Otázka 30 – Má Tvoje matka lepší postavu, než měla před 15, 20 lety?	XXVII
Graf 37:	Otázka 31 – Myslíš si, že v dnešní době jsou štíhlejší lidé atraktivnější a úspěšnější v osobním i pracovním životě?	XXVIII

Seznam tabulek

Tabulka 1:	Srovnání mentální anorexie a bulimie	V
Tabulka 2:	Počet a věk respondentek dotazníku	VI

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Historie ideálu krásy v obrazech ke kapitole 1.1.3	I
PŘÍLOHA B – Tabulka srovnání mentální anorexie a mentální bulimie	V
PŘÍLOHA C – Počet a věk respondentek dotazníku	VI
PŘÍLOHA D – Dotazník průzkumného šetření pro dívky ze základní a střední školy	VII
PŘÍLOHA E – Grafy četnosti odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku	XI

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A - Historie ideálu krásy v obrazech ke kapitole 1.1.3

Obrázek č. 5: Afrodité, symbol ženské krásy v období antiky



Zdroj: Google, online, cit. 2013-12-05¹⁸⁵

Obrázek č. 6: Postavy žen v době gotiky



Zdroj: Wikipedia, online, cit. 2013-12-05¹⁸⁶

¹⁸⁵ GOOGLE. *Řečtí bohové*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.google.cz/afrodite>

¹⁸⁶ WIKIPEDIA. *Dějiny odívání v Evropě*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Dějiny_odívání_v_Evropě

Obrázek č. 7: Prezentovaný ideál krásy v době renesance



Zdroj: Google, online, cit. 2013-12-05¹⁸⁷

Obrázek č. 8: Barokní ideál – Tři grácie (Peter Paul Rubens)

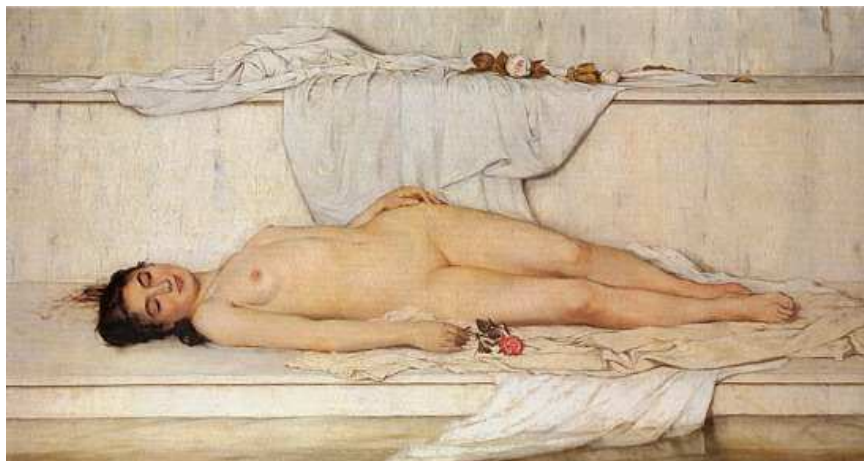


Zdroj: Wikipedia, online, cit. 2013-12-05¹⁸⁸

¹⁸⁷ GOOGLE. *Ideál těla v období renesance*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: http://www.google.cz/ideal_tela_v_obdobi_renesance

¹⁸⁸ WIKIPEDIA. *Peter Paul Rubens*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rubens>

Obrázek č. 9: Ideál ženského těla na konci 19. století – V lázni (Václav Sochor)



Zdroj: Galerie Marold, online, cit. 2013-12-05¹⁸⁹

Obrázek č. 10: Ideál krásy v 50. letech 20. století - Marilyn Monroe



Zdroj: Wikipedia, online, cit. 2013-12-08¹⁹⁰

¹⁸⁹ GALERIE MAROLD. *Václav Sochor*. [online]. 5. 12. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.marold.cz/sochor-vaclav-1855-1935>

¹⁹⁰ WIKIPEDIA. *Marilyn Monroe*. [online]. 8. 12. 2013 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Marilyn_Monroe

Obrázek č. 11: Pojetí ženského těla v 60. letech 20. století - Twiggy Lawson



Zdroj: Twiggy Lawson, online, cit. 2013-12-08¹⁹¹

Obrázek č. 12: Prezentovaný ideál ženského těla současnosti



Zdroj: Google, online, cit. 2014-02-15¹⁹²

¹⁹¹ TWIGGY LAWSON. *Twiggy Lawson Biography*. [online]. 8. 12. 2013 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.twiggylawson.co.uk/biography.html>

¹⁹² GOOGLE. *Miss 2013*. [online]. 15. 2. 2014 [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=miss+2013&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=mS8OU_bLMpOZhQes-ICYDw&ved=0CDkQsAQ&biw=1246&bih=576#facrc=0%3Bmiss%202013%20finalistky&imgdii=&imgrc=

PŘÍLOHA B - Tabulka č. 1: Srovnání mentální anorexie a bulimie

SROVNÁNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazné nebo úplné zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60 – 100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10 – 30 %
Navozené zvracení	15 – 30 %	75 – 90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	spíše rychlejší tempo. větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátky obtíží	13. – 20. rok, výjimečně později	14. – 30. rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných: ženy : muži	10 – 15 : 1	20 : 1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30 let)	0.5 – 0.8 %	2.5 – 6 %
Deprese	10 – 60 %	20 – 90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Významné zlepšení	20 - 75 %	60 – 85 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha se zbavit přejídání, někdy snaha zhubnout

Zdroj: František David Krch. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním.*¹⁹³

¹⁹³ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 23. ISBN 978-80-247-2130-9.

PŘÍLOHA C - Tabulka č. 2: Počet a věk respondentek dotazníku

MLADŠÍ VĚKOVÁ KATEGORIE			
7. A	13 let	16	
7. B	13 let	14	
Sekunda O2	13 let	15	
8. A	14 let	13	
8. B	14 let	12	
Tercie O3	14 let	15	
9. A	15 let	11	
Kvarta O4	15 let	14	110
STARŠÍ VĚKOVÁ KATEGORIE			
3. A	18 let	17	
3. B	18 let	16	
3. C	18 let	17	
Septima O7	18 let	14	
4. A	19 let	15	
4. C	19 let	15	
Oktáva O8	19 let	16	110

Zdroj: autorka práce, 2014

PŘÍLOHA D – Dotazník průzkumného šetření pro dívky ze základní a střední školy

Milé dívky a studentky,

chtěla bych Vás vyplněním tohoto dotazníku požádat o spolupráci na mé diplomové práci, která se věnuje poruchám příjmu potravy.

Data získaná tímto dotazníkem budou použita pouze pro moji práci, nebudou nikde veřejně interpretována, a nemusíte se proto obávat jejich zneužití.

Zaškrtněte prosím to tvrzení, které Vás nejlépe vystihuje; případně vyberte ty možnosti, které se k Vám hodí.

Dotazník je zcela anonymní.

Velice děkuji za Váš čas a ochotu.

Příjemný den

.....
Bc. Markéta Kropáčová

Kolik je Ti let:

Kterou školu a třídu navštěvuješ:

1. Myslíš si, že máš sklony k poruchám příjmu potravy?

- ano
- ne
- nevím

2. Je pro Tebe důležité, jak vypadáš?

- ano
- ne

3. Jak hodnotíš svoji postavu?
 - velmi negativně
 - spíše negativně
 - spíše pozitivně
 - pozitivně

4. Chtěla bys změnit určité partie svého těla?
 - ne
 - ano: které? (možno zatrhnout i více možností)
břicho – stehna – hrud' – hýždě – paže – ramena – jiné

5. Bojíš se toho, že bys mohla ztloustnout?
 - ano
 - ne
 - trochu
 - je mi to jedno

6. Jmenuješ často povahové vlastnosti, které se Ti na sobě nelíbí?
 - ano
 - ne

7. Zajímá Tě názor ostatních na Tvůj vzhled?
 - ano, velmi
 - ne
 - někdy

8. Hodnotíš i Ty druhé lidi podle vzhledu?
 - ano, často
 - ne
 - někdy

9. Srovnáváš svoji postavu s postavami vrstevnic?
 - ano, velmi
 - ne
 - někdy

10. Zažíváš někdy pocity osamělosti nebo pocity, že jsi k ničemu?
 - ano, často
 - ne
 - někdy

11. Pokoušela ses někdy zhubnout?
 - ne
 - ano: jak? (možno zatrhnout i více možností)
sportem a cvičením – omezením v jídle – jiným způsobem

12. Jak často se vážíš?
 - každý den několikrát
 - každý den
 - jednou týdně
 - jednou měsíčně
 - nárazově
 - nevážím se

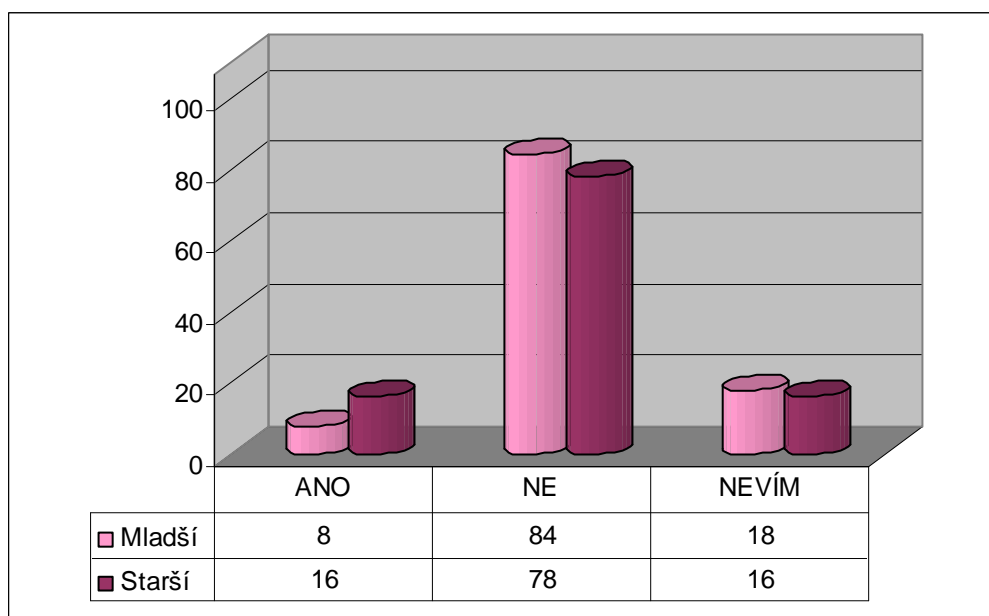
13. Vynecháváš některé z hlavních jídel?
- ne
 - ano
14. Omezuješ se záměrně nějakým způsobem v jídle?
- ne
 - ano: jak? (možno zatrhnout i více možností)
jím menší porce - vynechávám přílohy –
omezuji tučná jídla - omezuji sladká jídla
15. Cítíš se provinile, když sníš něco, co sis předtím zakázala jíst?
- vždy
 - někdy
 - vůbec ne
 - neřeším to
16. Chodíš jídlo vycvičit, vyběhat, aby ses zbavila sněžených kalorií?
- ano
 - ne
17. „Když jím, mám zkaženou náladu.“
- pokaždé
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
18. Kontroluješ množství jídla, které sníš za den?
- ano
 - ne
 - někdy
19. Jak reaguješ na stres ve spojitosti s jídlem?
- jím jako obvykle
 - jím mnohem více
 - nejím vůbec nebo méně
20. Když sníš víc jídla než obvykle, jaké jsou Tvoje reakce?
- vůbec to neřeším
 - druhý den jím méně
 - jdu zvracet
 - jdu si zacvičit
 - jsem jen naštvaná
21. Jak bys posoudila svoje sebeovládání v jídle?
- dokážu si poručit
 - většinou si poručím
 - nedokážu si poručit
 - nevím
22. Myslíš si, že budeš pro kluky přitažlivější, když budeš štíhlá?
- ano
 - ne
 - nevím

23. Souhlasíš s tvrzením „Od dětství se ode mě očekává, že budu podávat skvělé výkony“?
- ano, určitě
 - ne
 - někdy
24. Slyšela jsi doma někdy větu: „Nejez tolik, budeš tlustá.“?
- ne
 - ano
25. Vytýkají Ti rodiče Tvoje stravovací návyky a postoje?
- jím podle jejich představ
 - měla bych jíst více
 - měla bych jíst méně
 - nevím
26. Příkládají jednotliví členové Vaší rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?
- ano, všichni. Je pro ně důležité, jak kdo vypadá.
 - jen někteří
 - ne, není to pro ně důležité
 - nevím
27. Příkládají členové Tvoje rodiny velký význam tomu, jak vypadáš Ty?
- ano, všichni
 - někteří z nich
 - ne
 - nevím
28. Má názor rodiny na Tvůj vzhled velký vliv?
- ano, velký
 - spíše ano
 - spíše ne
 - vůbec ne
29. Drží u Vás v rodině někdo dietu (ne ze zdravotních důvodů)?
- ne
 - ano: kdo? (možno zatrhnout i více možností)
babička – sestra – matka – teta – sestřenice - otec – bratr
30. Má Tvoje matka lepší postavu než měla před 15, 20 lety?
- ano, určitě
 - spíše lepší
 - spíše horší
 - ne, horší
 - stejnou
31. Myslíš si, že v dnešní době jsou štíhlejší lidé atraktivnější a úspěšnější v osobním i pracovním životě?
- ano, určitě
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne

PŘÍLOHA E - Grafy čestnosti odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku

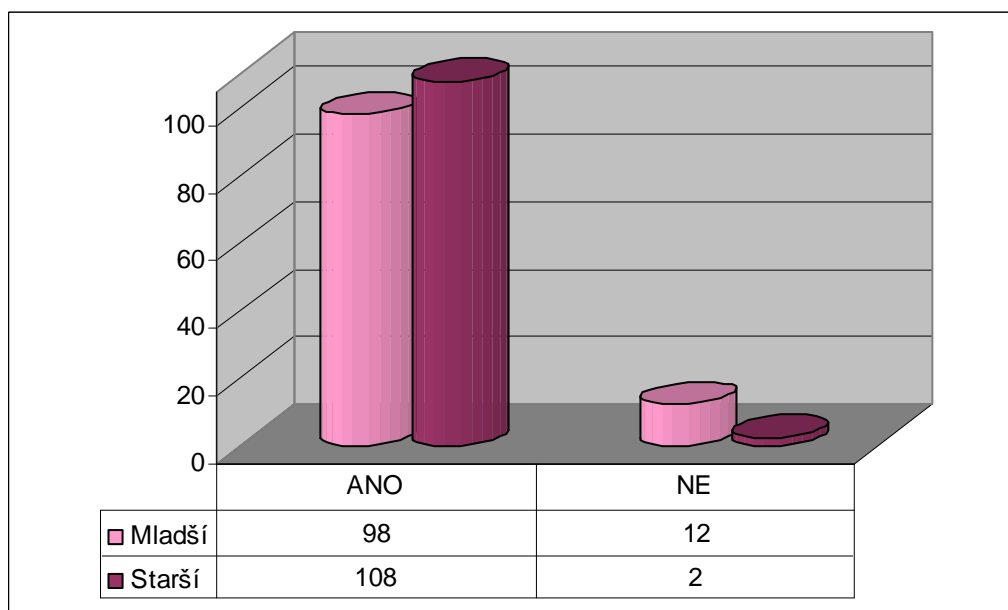
Podkladem pro vypracované grafy jsou data zpracovaná v praktické části práce.

Graf č. 3: Otázka 1 – Myslíš si, že máš sklony k poruchám příjmu potravy?



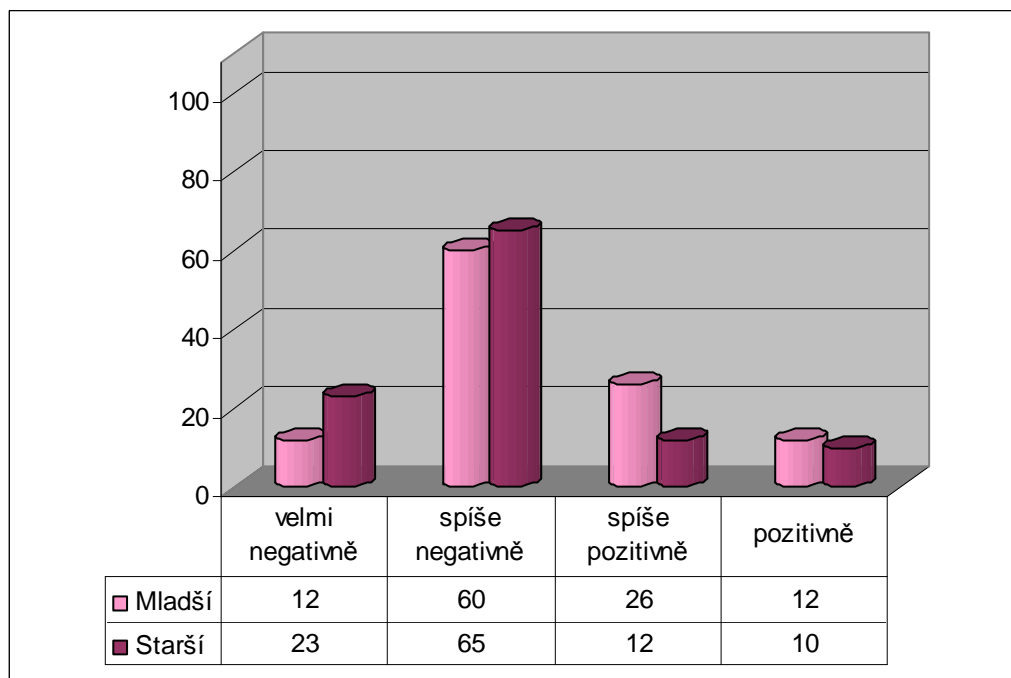
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 4: Otázka 2 – Je pro Tebe důležité, jak vypadáš?



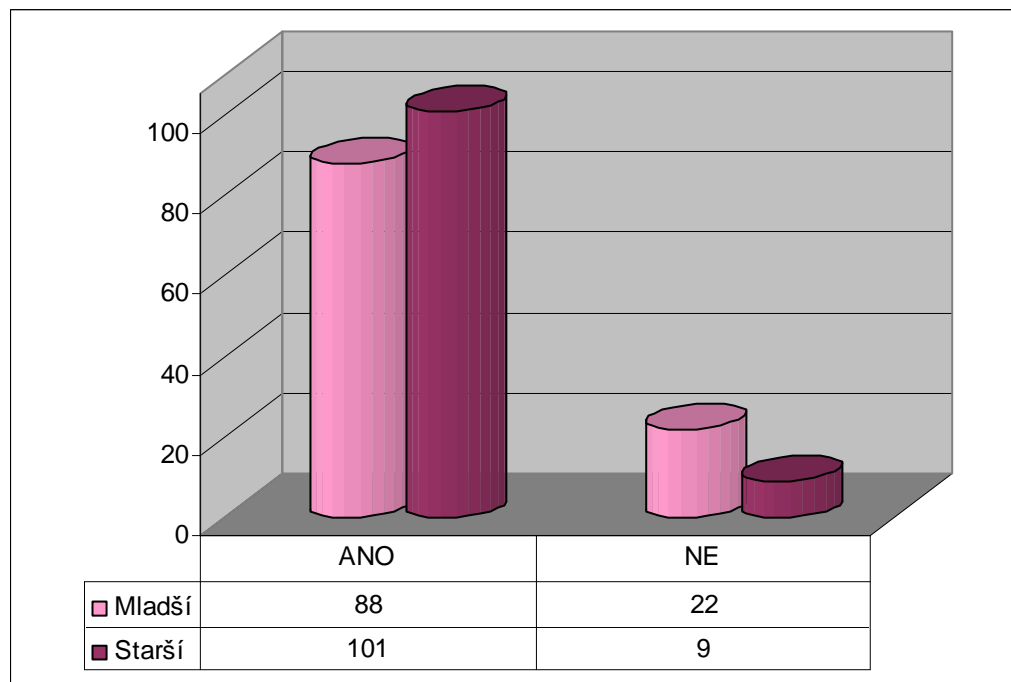
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 5: Otázka 3 – Jak hodnotíš svoji postavu?



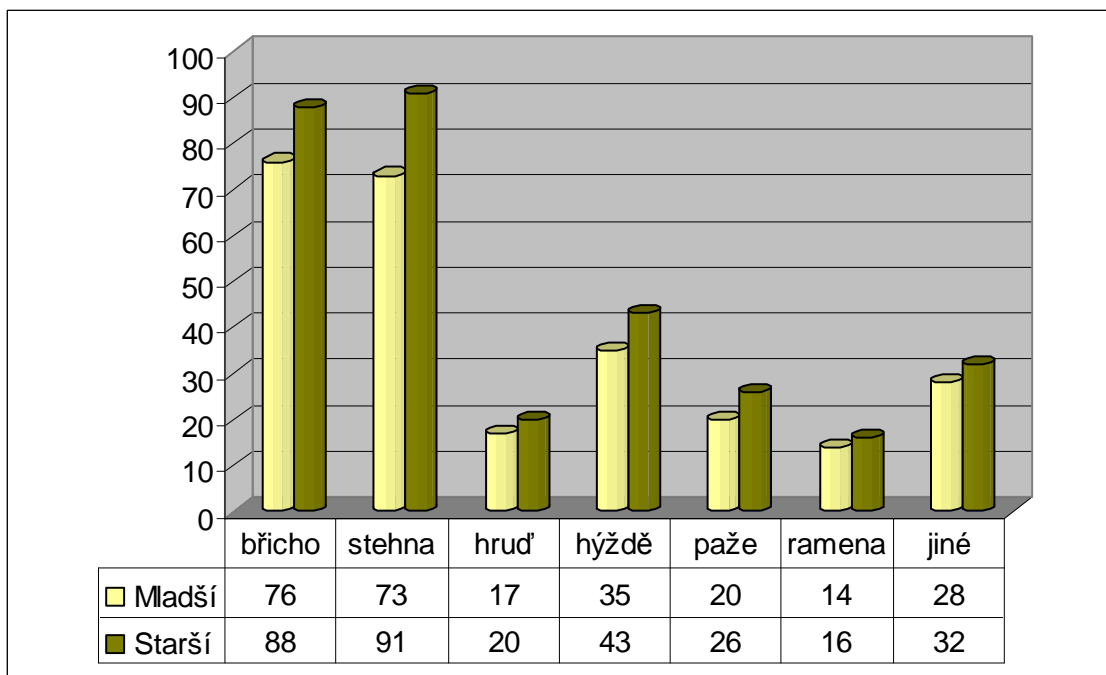
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 6: Otázka 4 – Chtěla bys změnit určité partie svého těla?



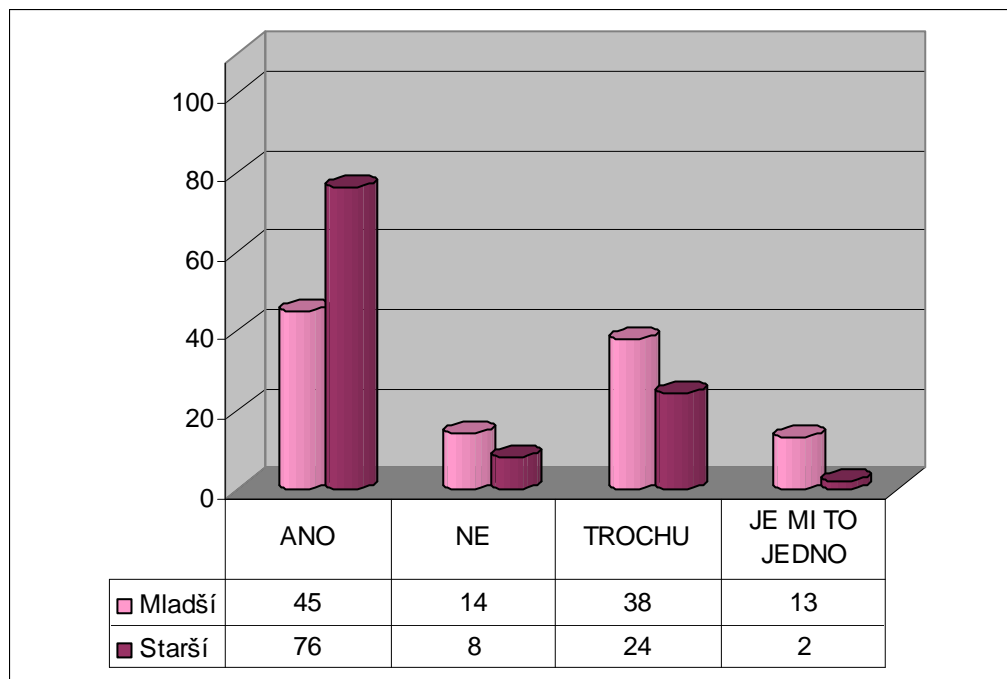
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 7: Které části těla jsou považovány za problematické. (možno volit i více odpovědí)



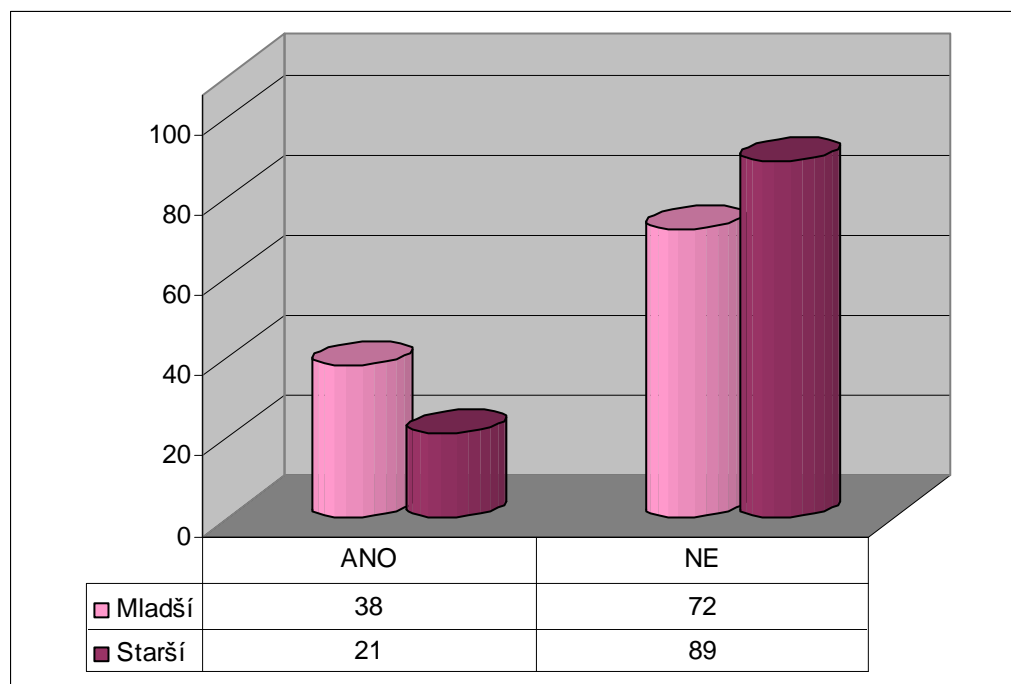
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 8: Otázka 5 – Bojíš se toho, že bys mohla ztloustnout?



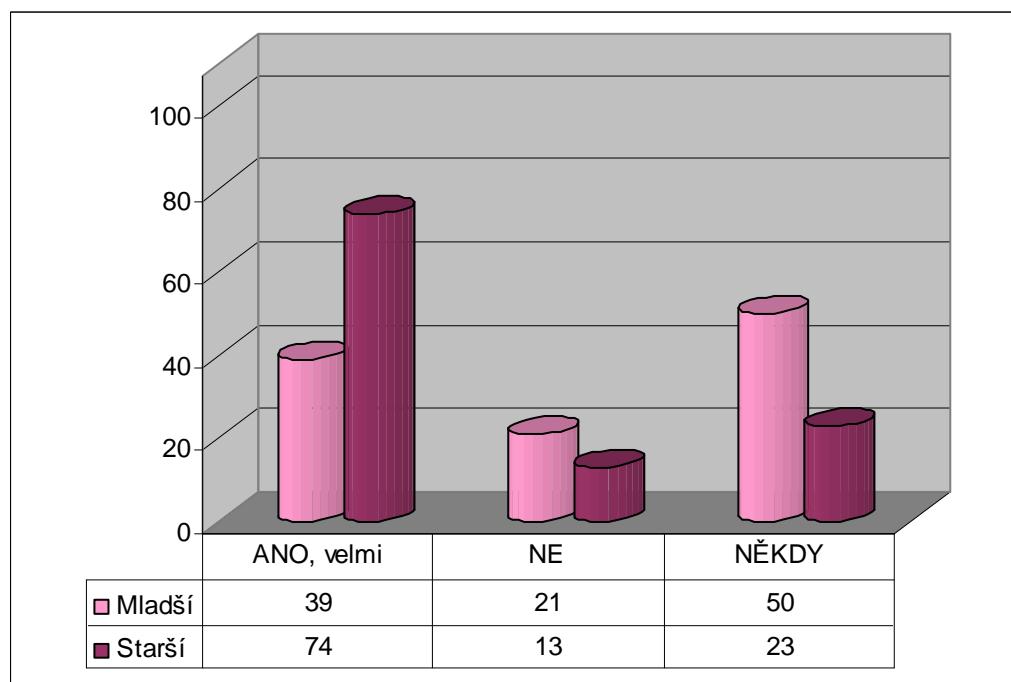
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 9: Otázka 6 – Jmenuješ často povahové vlastnosti, které se Ti na sobě nelíbí?



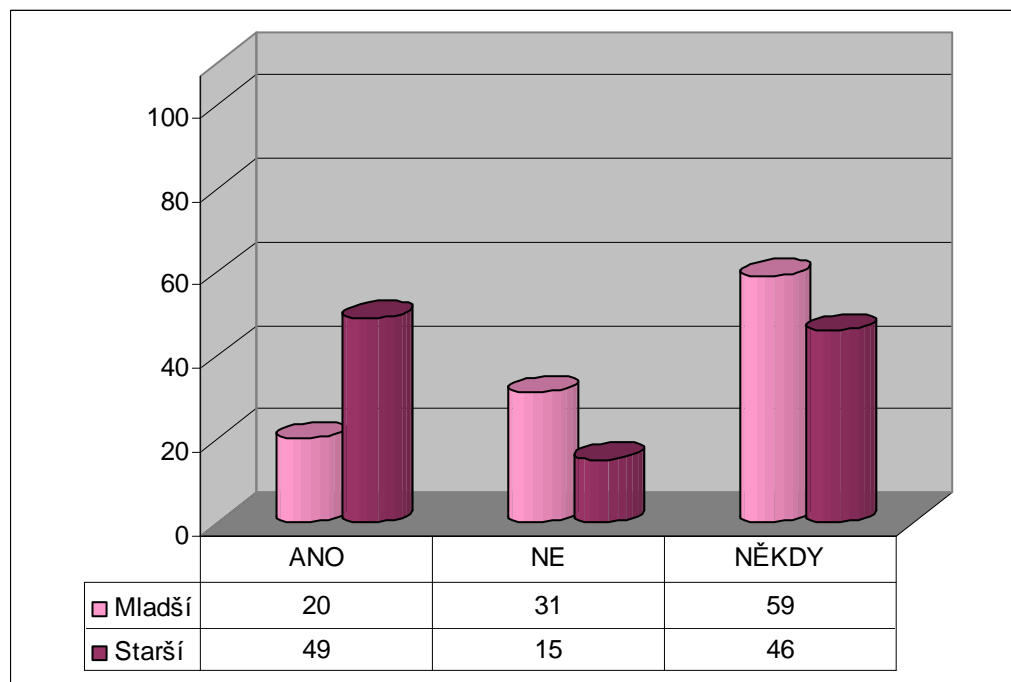
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 10: Otázka 7 – Zajímá Tě názor ostatních na Tvůj vzhled?



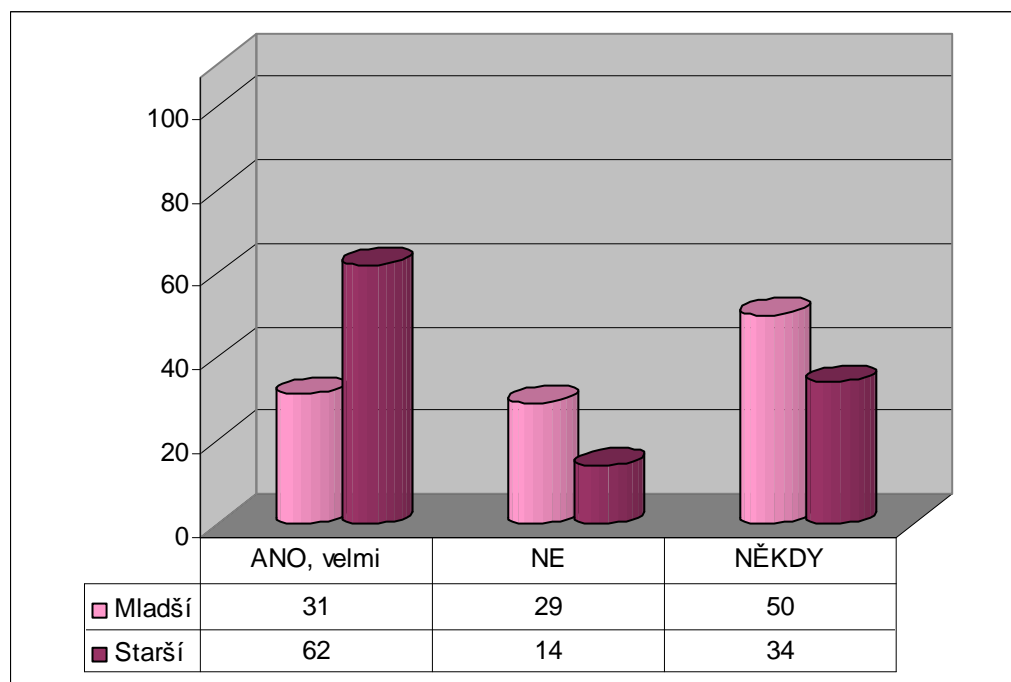
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 11: Otázka 8 – Hodnotíš i Ty druhé lidi podle vzhledu?



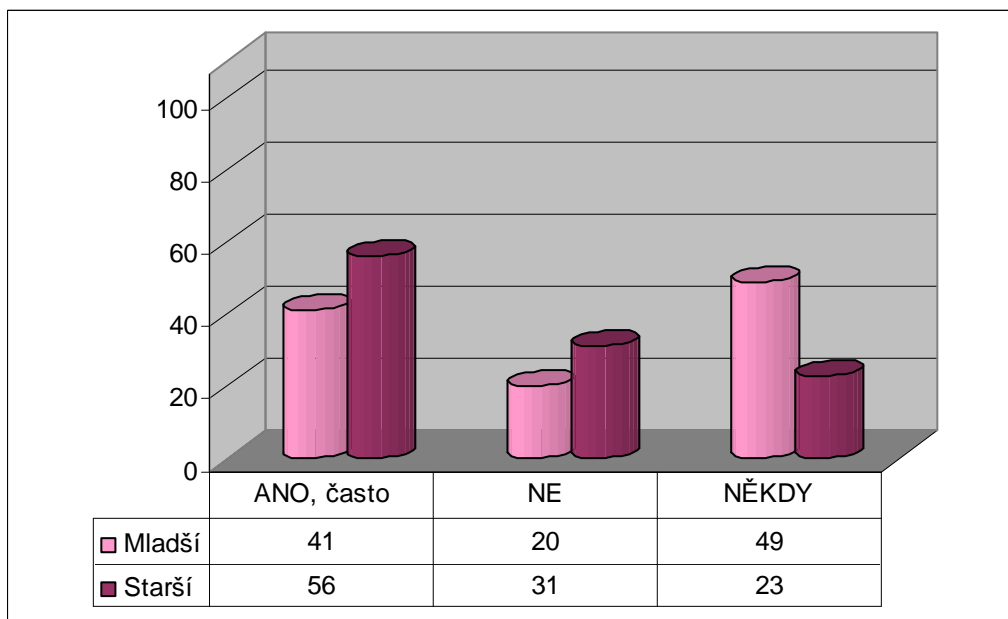
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 12: Otázka 9 – Srovnáváš svoji postavu s postavami vrstevnic?



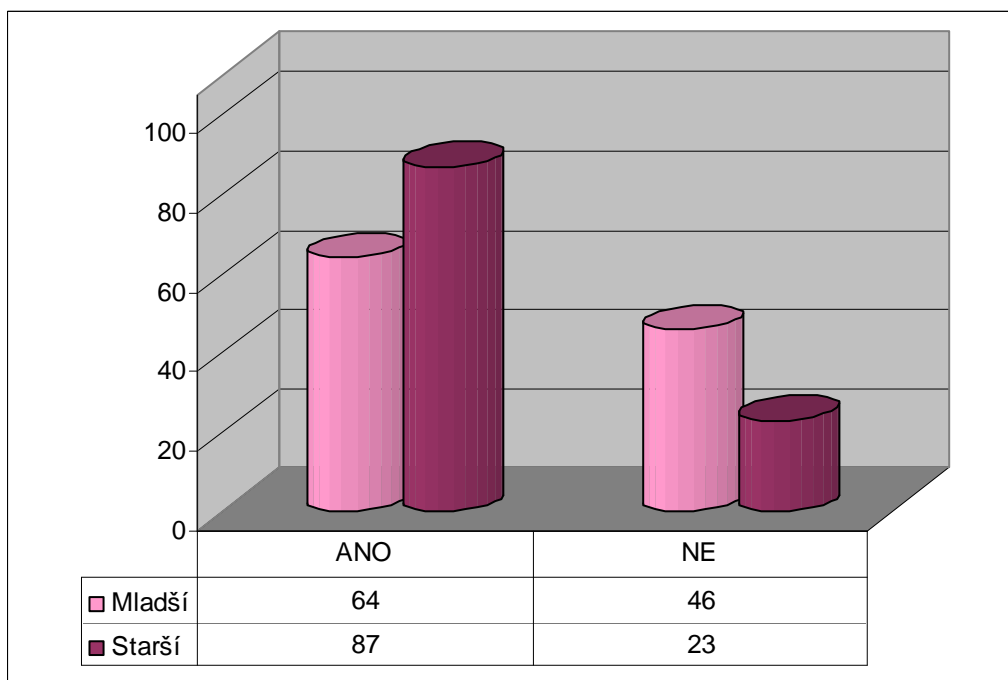
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 13: Otázka 10 – Zažíváš někdy pocity osamělosti nebo pocity, že jsi k ničemu?



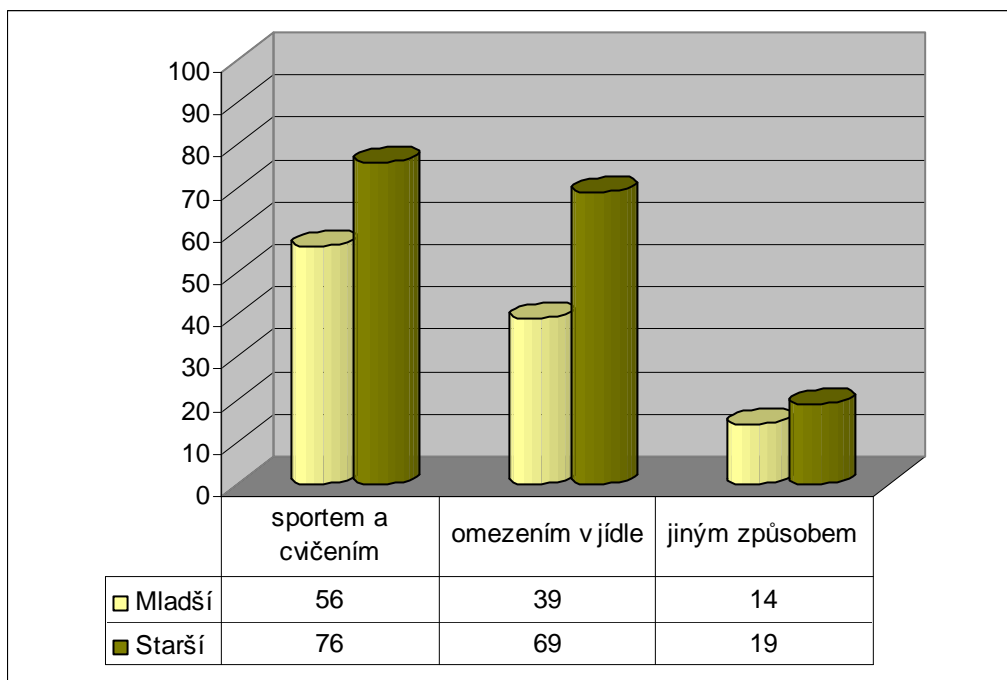
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 14: Otázka 11 – Pokoušela ses někdy zhubnout?



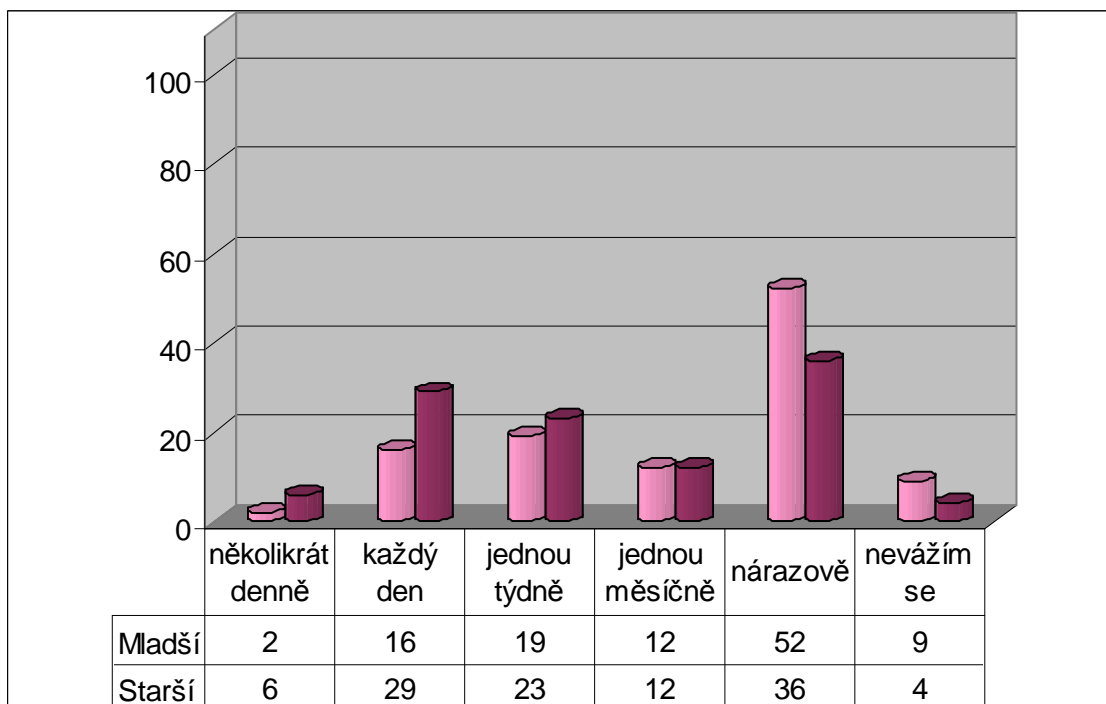
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 15: Jakým způsobem ses pokusila zhubnout? (možno volit i více odpovědí)



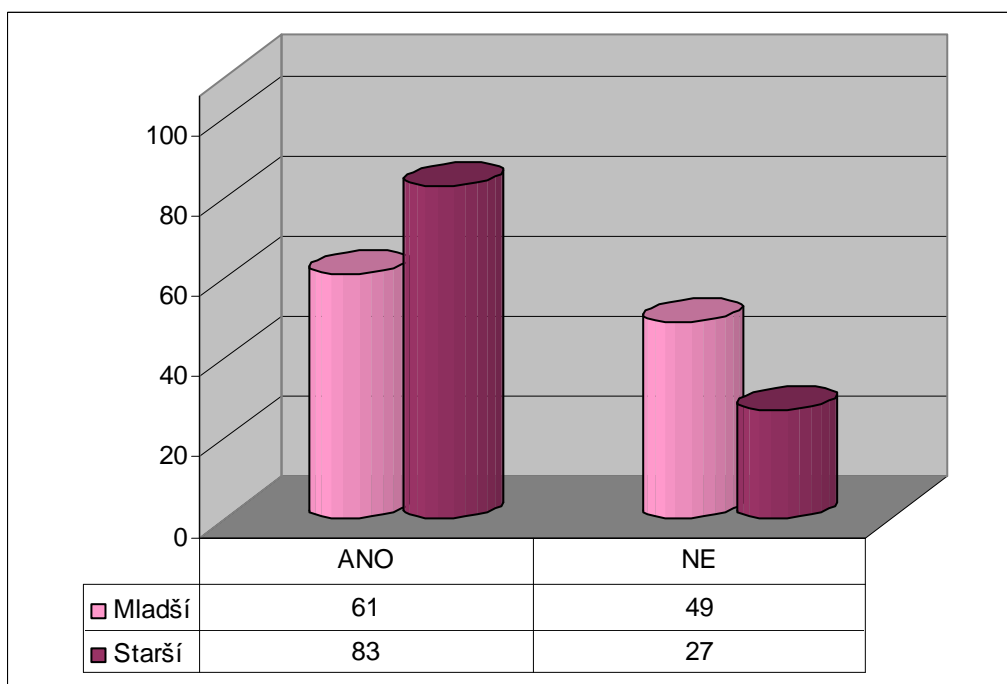
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 16: Otázka 12 – Jak často se vážíš?



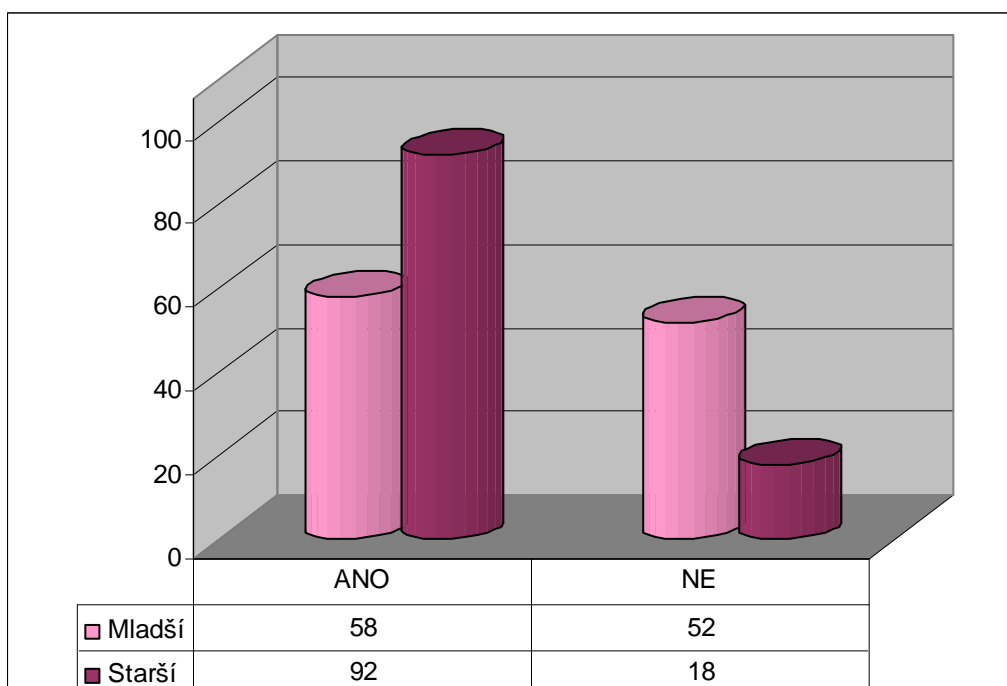
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 17: Otázka 13 – Vynecháváš některé z hlavních jídel?



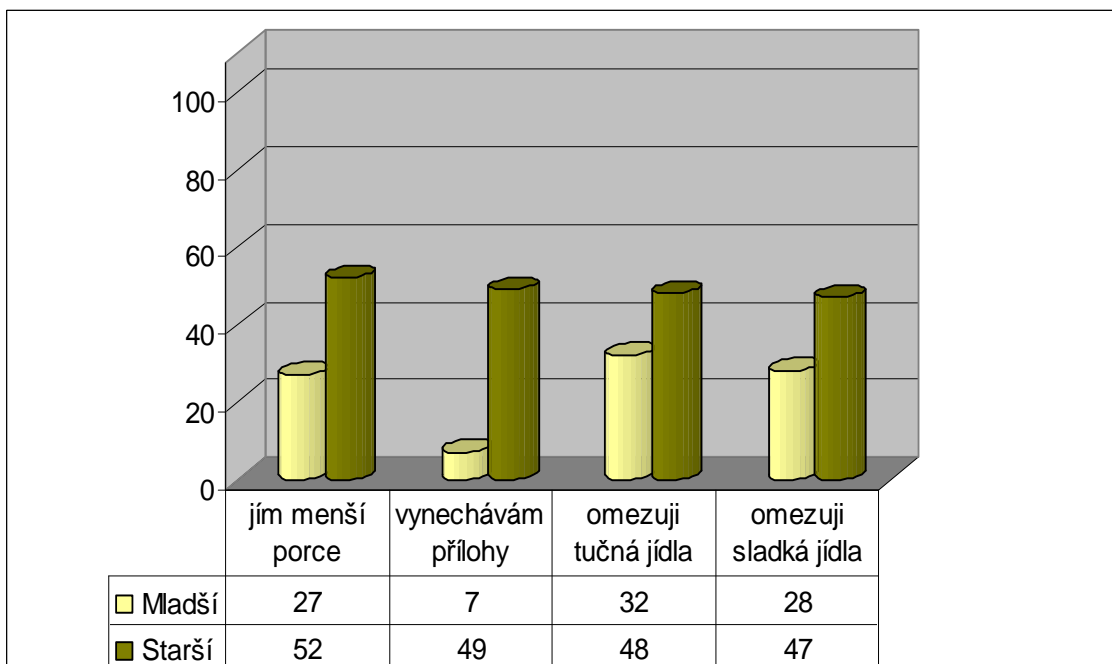
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 18: Otázka 14 – Omezuješ se záměrně nějakým způsobem v jídle?



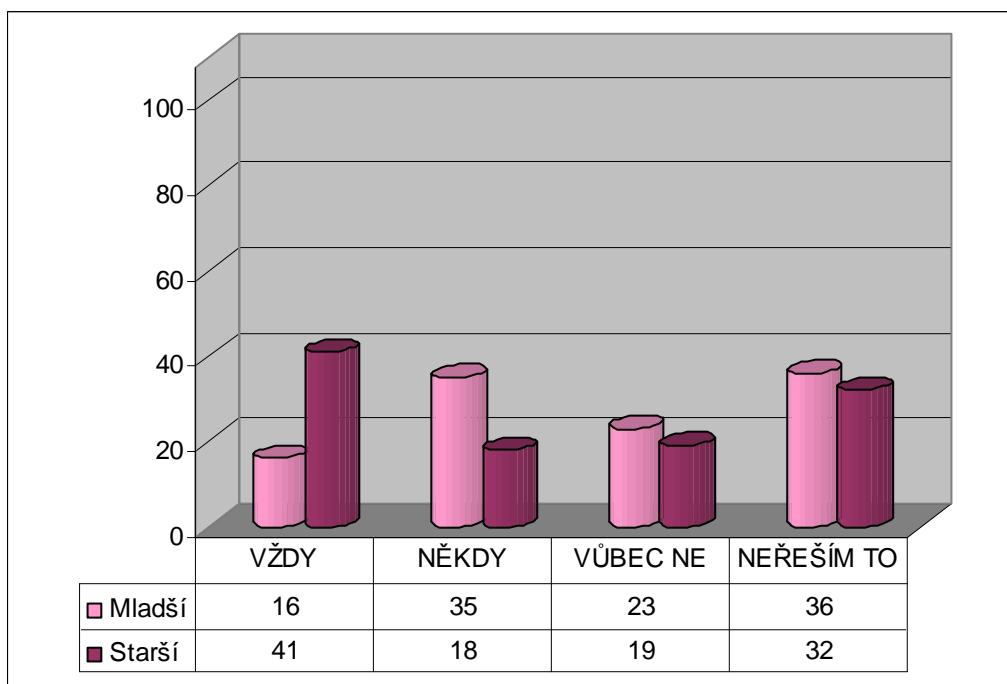
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 19: Jaké jsou nejčastější způsoby omezování v jídlu? (možno volit i více odpovědí)



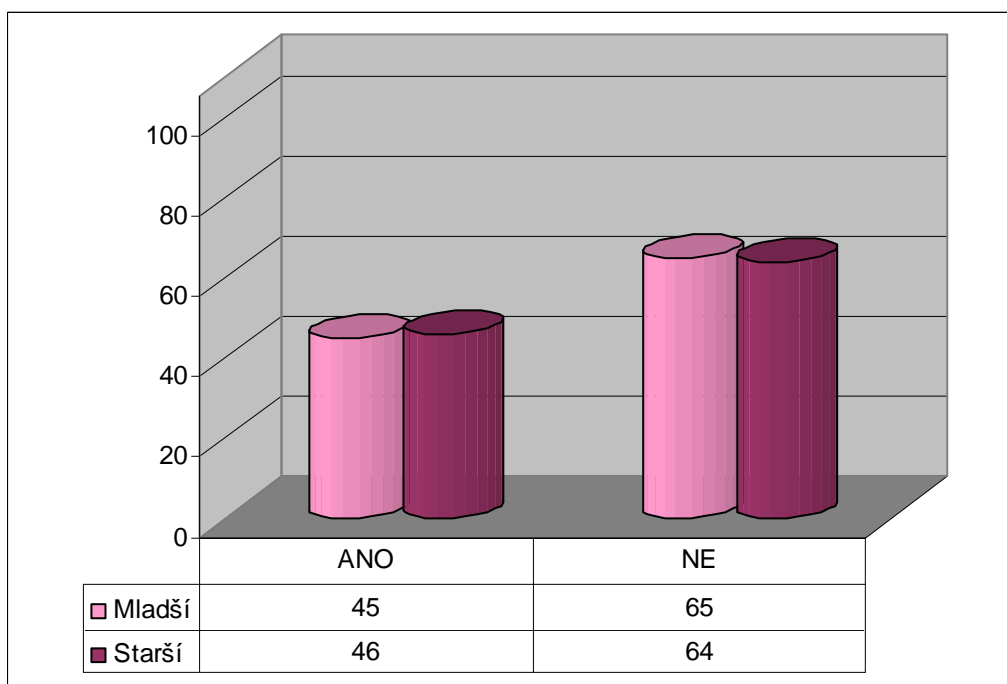
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 20: Otázka 15 – Cítíš se provinile, když sníš něco, co sis předtím zakázala?



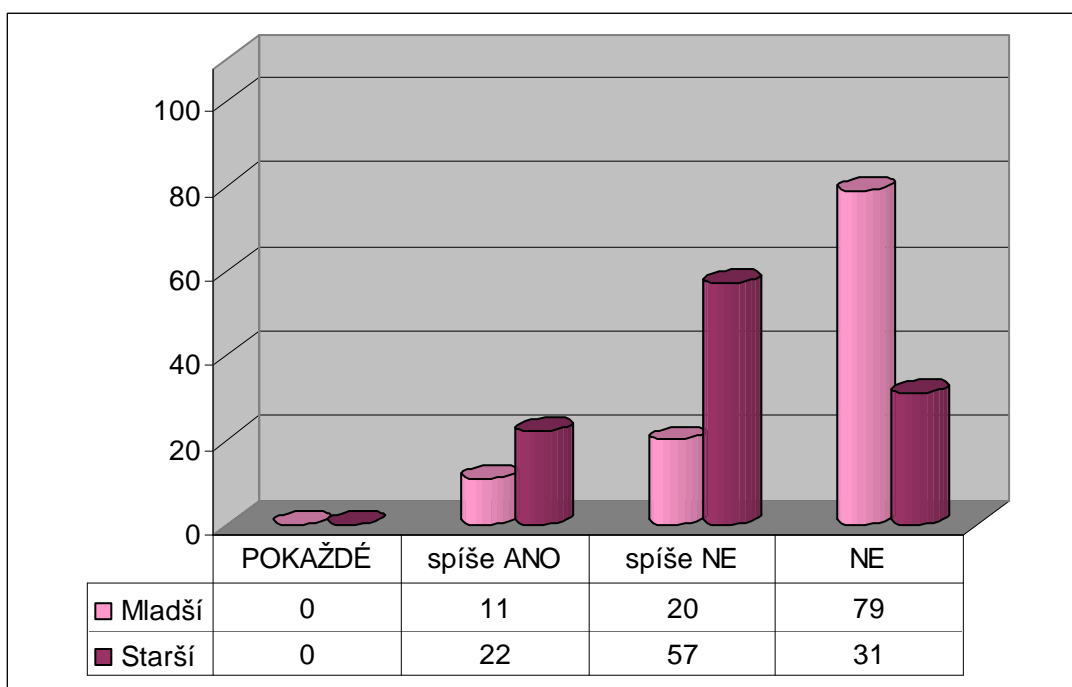
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 21: Otázka 16 – Chodíš jídlo vycvičit, vyběhat, aby ses zbavila snězených kalorií?



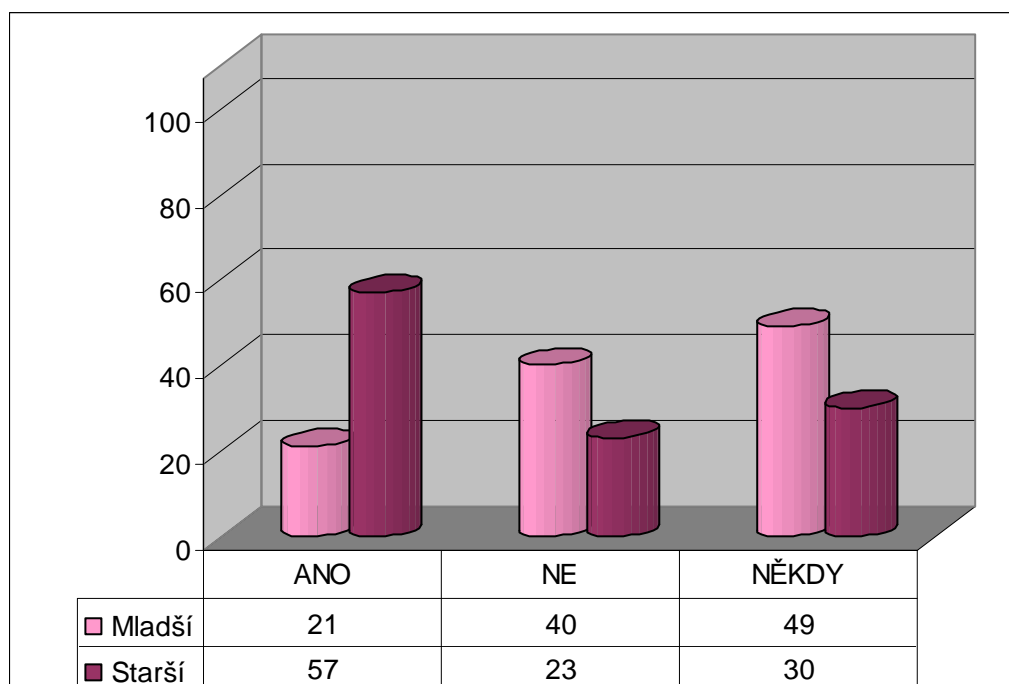
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 22: Otázka 17 – „Když jím, mám zkaženou náladu.“



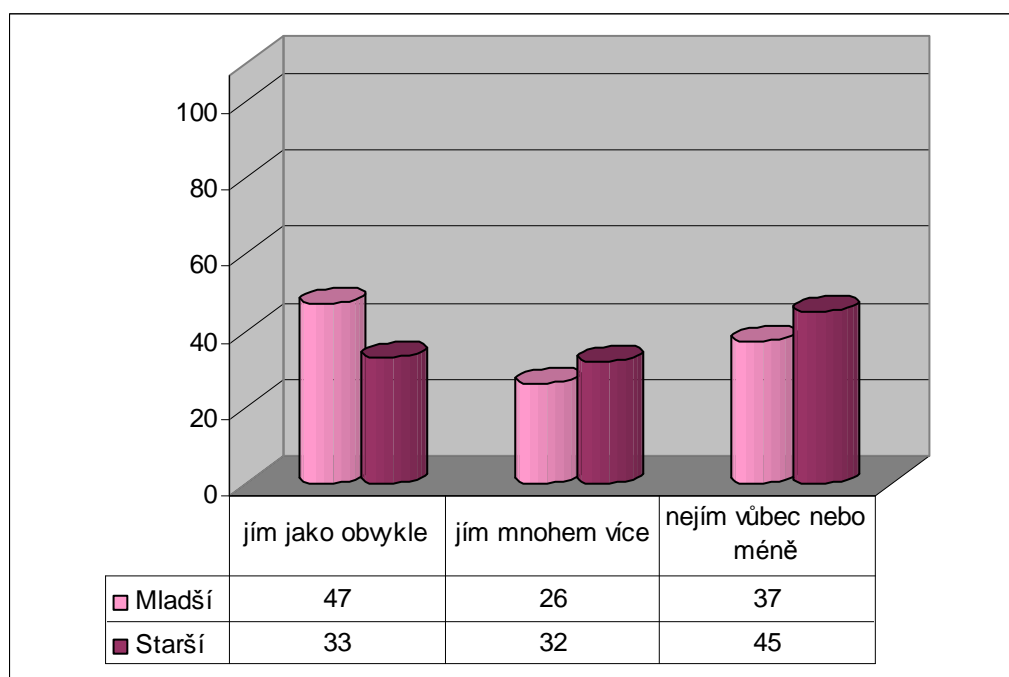
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 23: Otázka 18 – Kontroluješ množství jídla, které sníš za den?



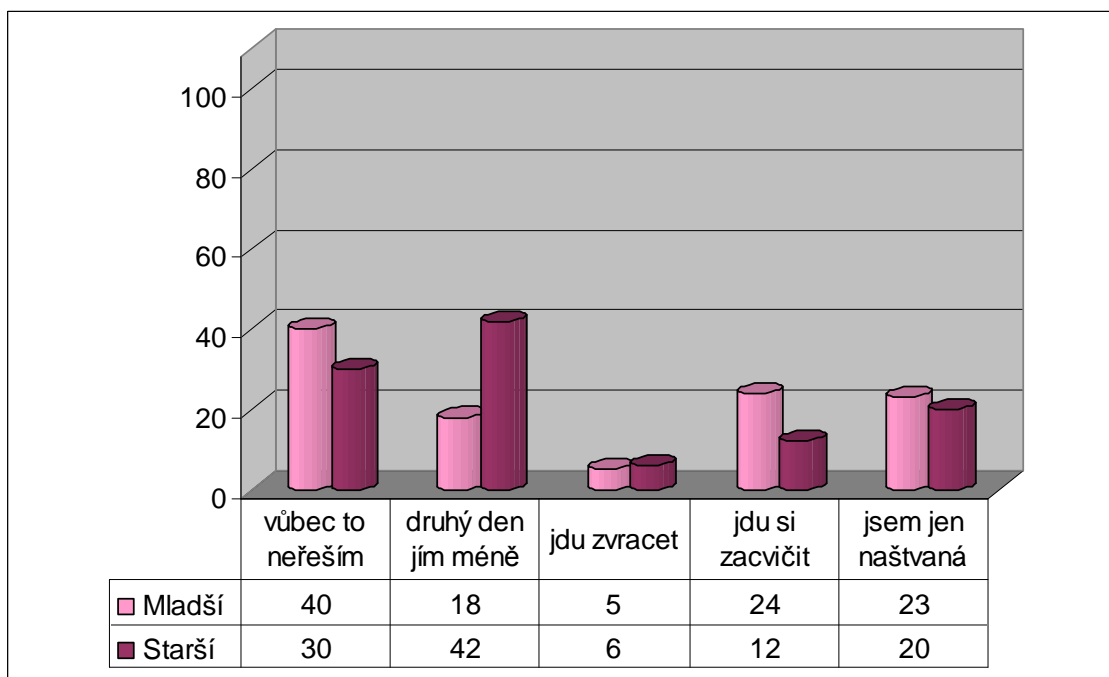
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 24: Otázka 19 – Jak reaguješ na stres ve spojitosti s jídlem?



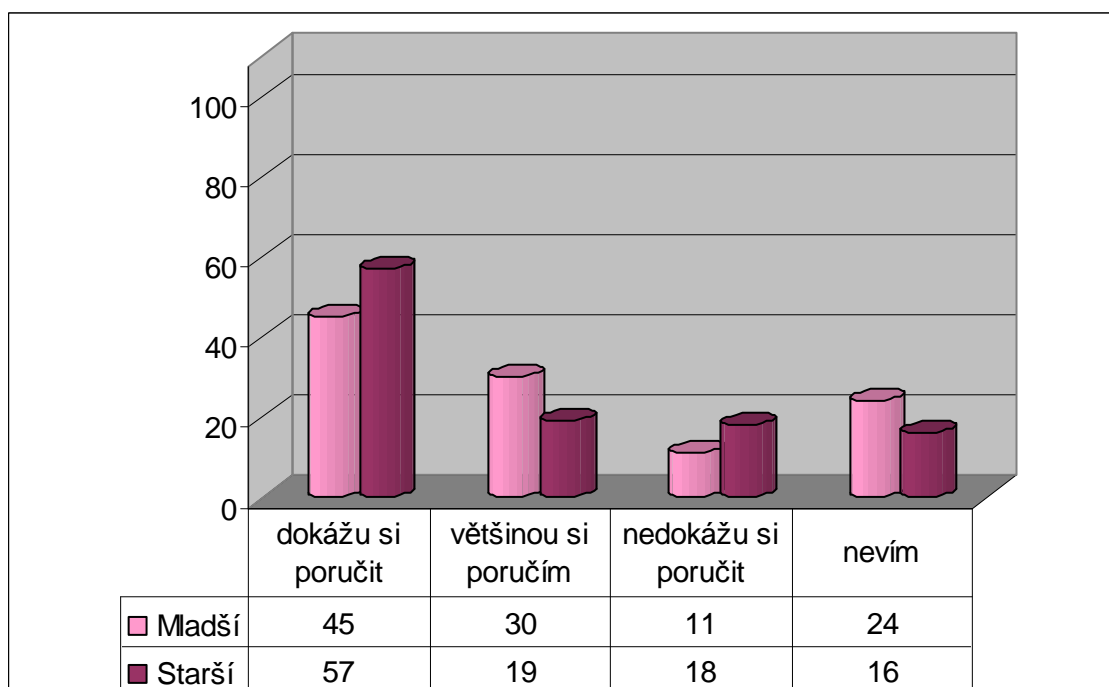
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 25: Otázka 20 – Když sníš víc jídla než obvykle, jaké jsou Tvoje reakce?



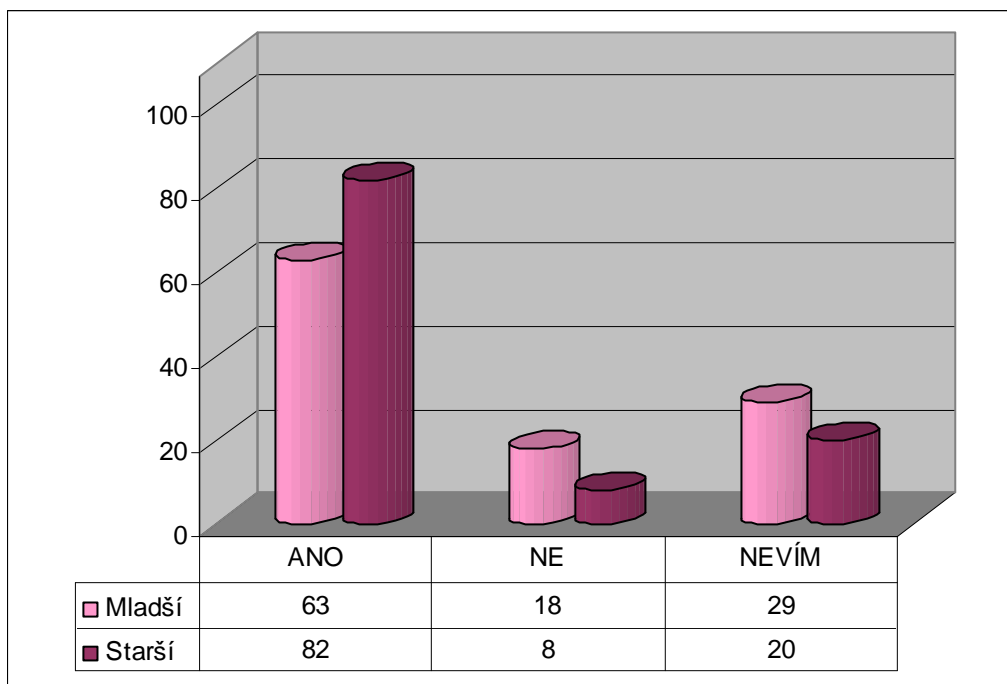
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 26: Otázka 21 – Jak bys posoudila svoje sebeovládání v jídle?



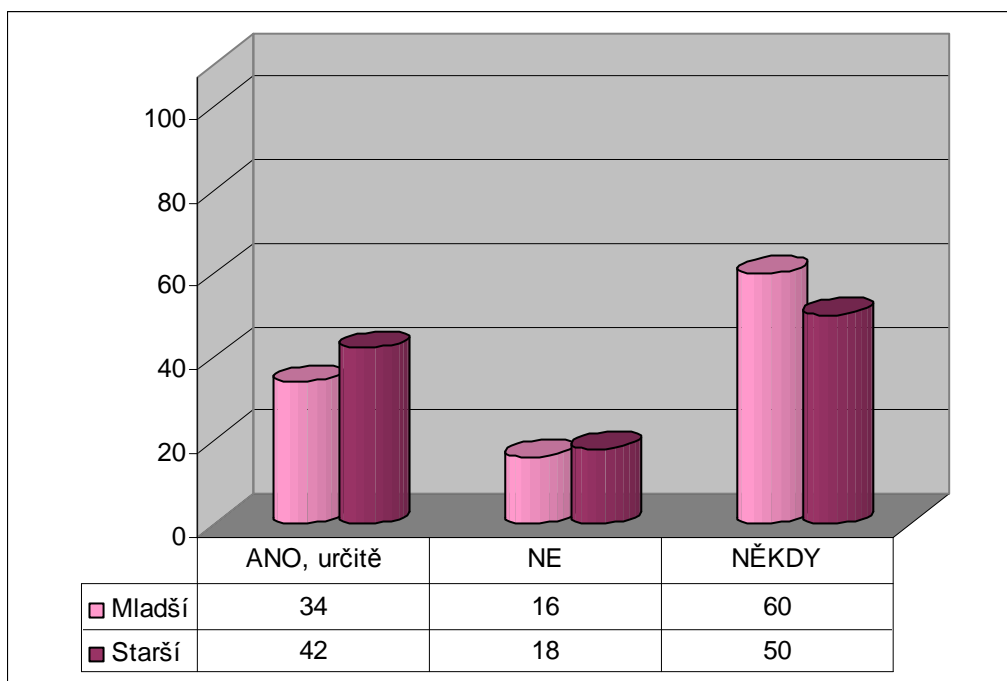
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 27: Otázka 22 – Myslíš si, že budeš pro kluky přitažlivější, když budeš štíhlá?



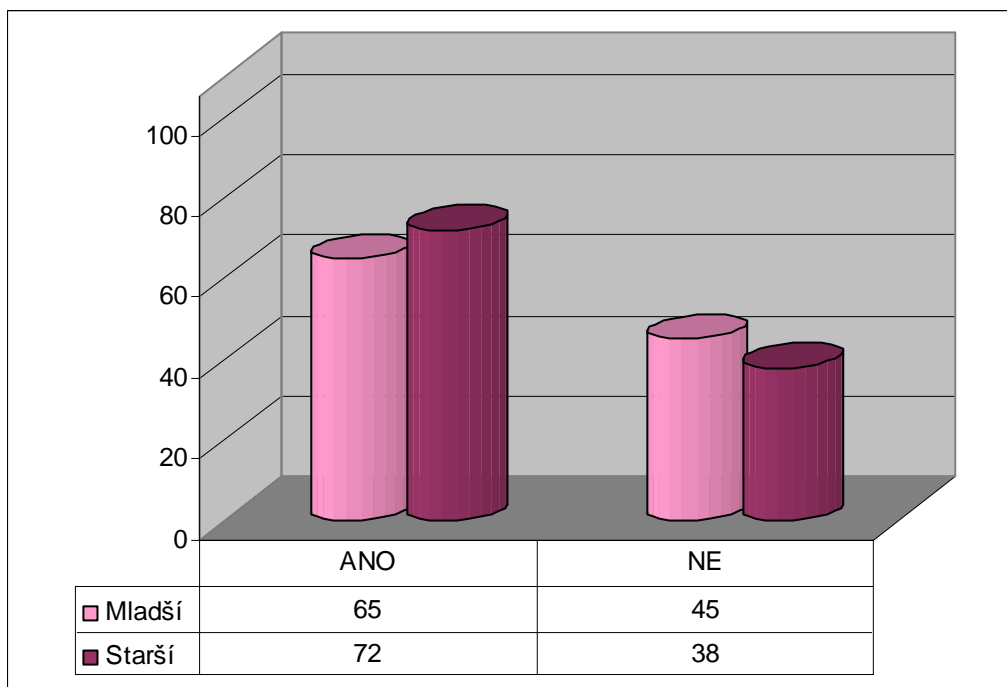
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 28: Otázka 23 – Souhlasíš s tvrzením „Od dětství se ode mě očekává, že budu podávat skvělé výkony.“?



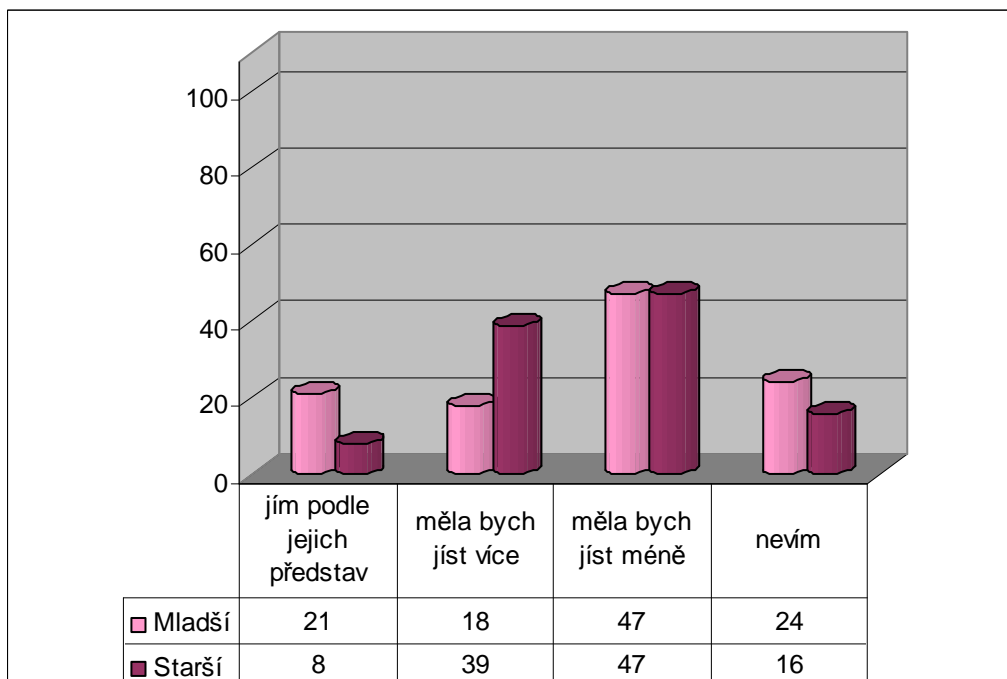
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 29: Otázka 24 – Slyšela jsi doma někdy větu „Nejez tolik, budeš tlustá.“?



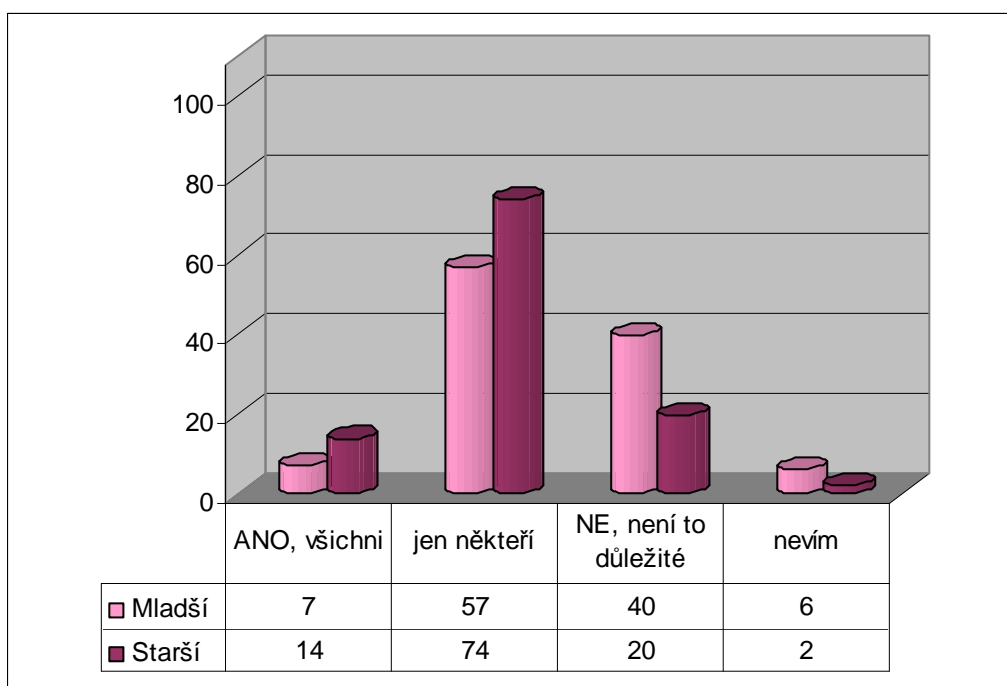
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 30: Otázka 25 – Vytýkají Ti rodiče Tvoje stravovací návyky a postoje?



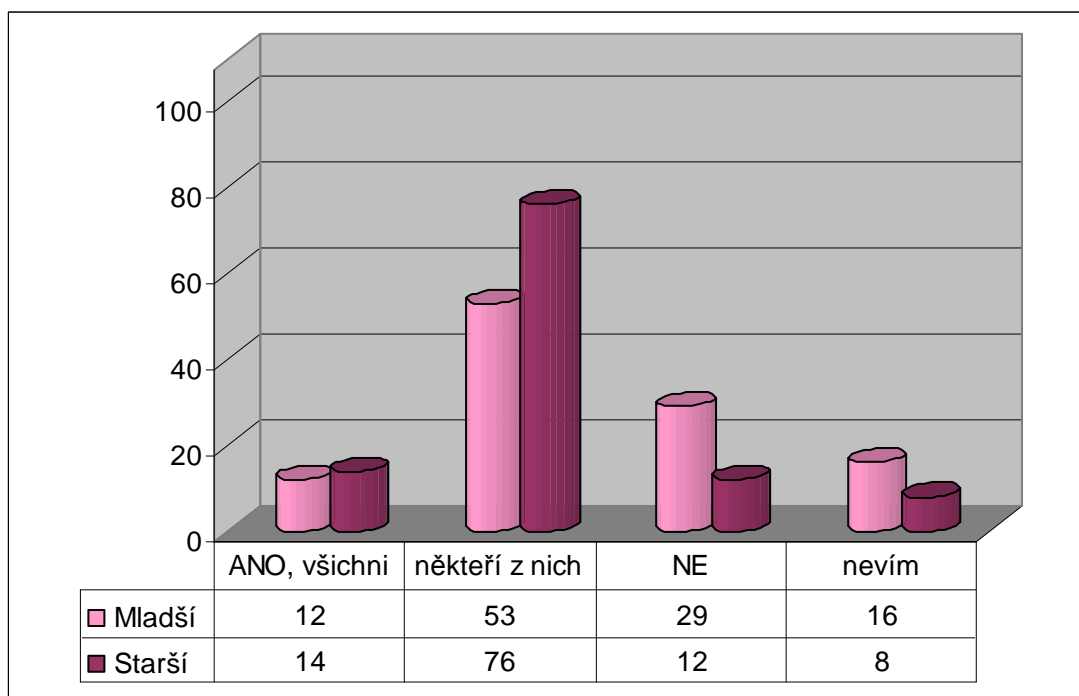
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 31: Otázka 26 – Příkladají jednotliví členové Tvojí rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?



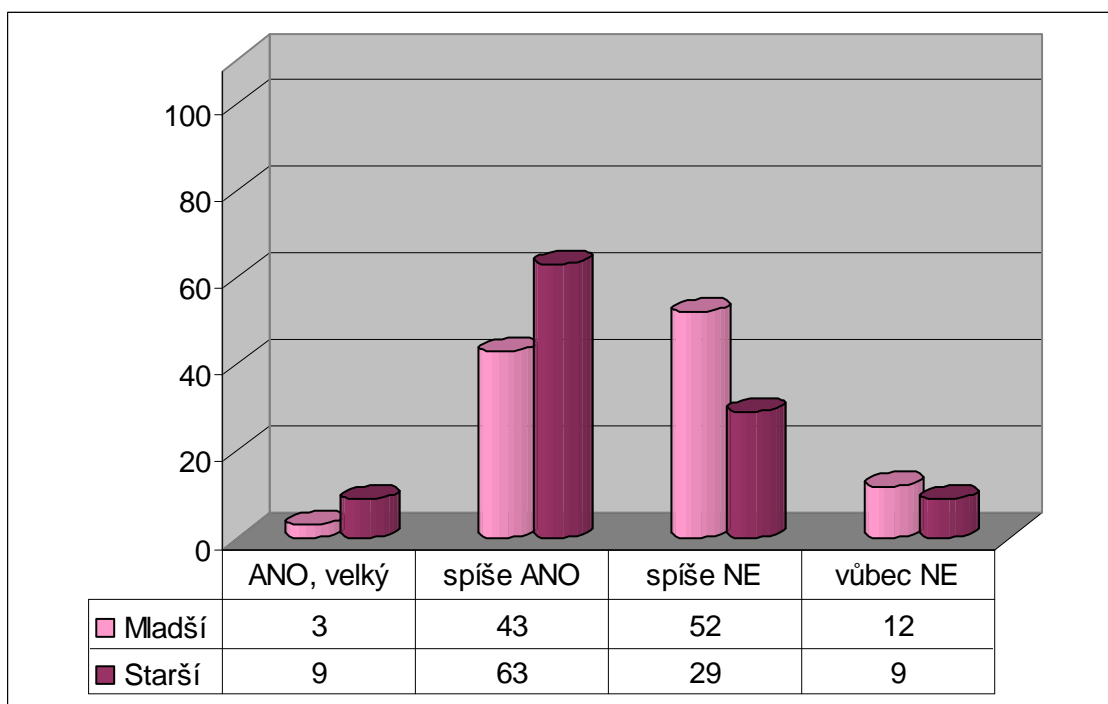
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 32: Otázka 27 – Příkladají členové Tvojí rodiny velký význam tomu, jak vypadáš Ty?



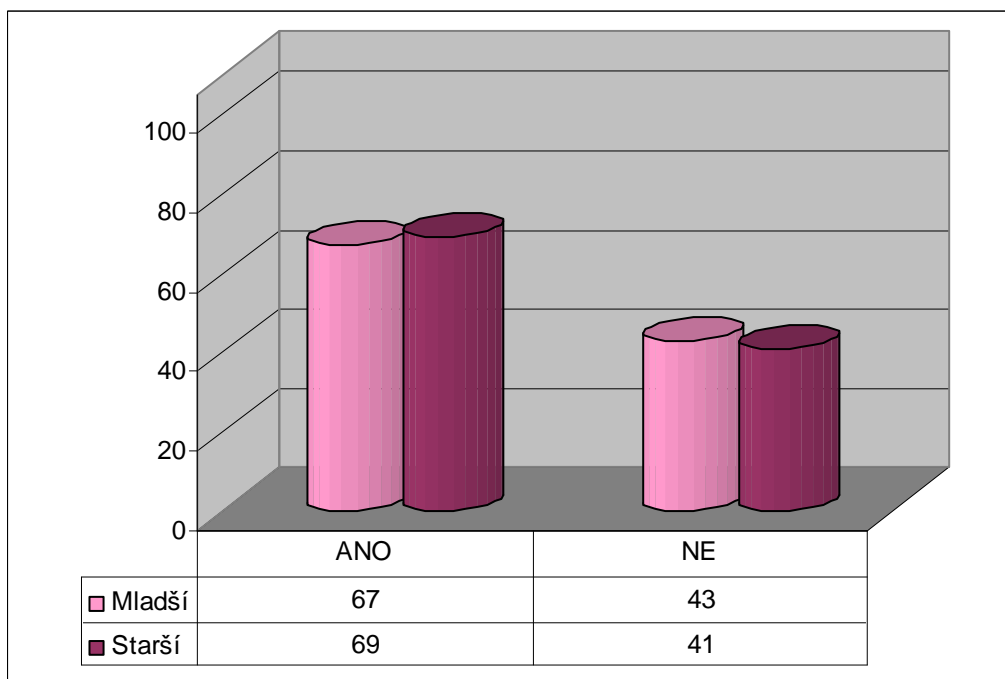
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 33: Otázka 28 – Má názor rodiny na Tvůj vzhled velký vliv?



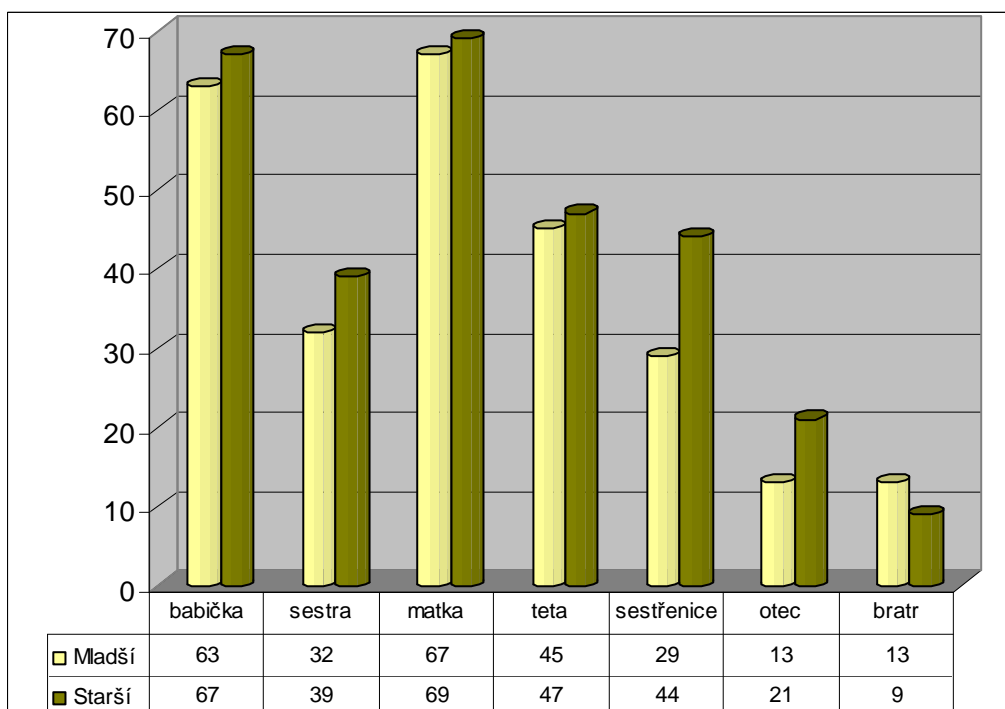
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 34: Otázka 29 – Drží u Vás v rodině někdo dietu (ne ze zdravotních důvodů)?



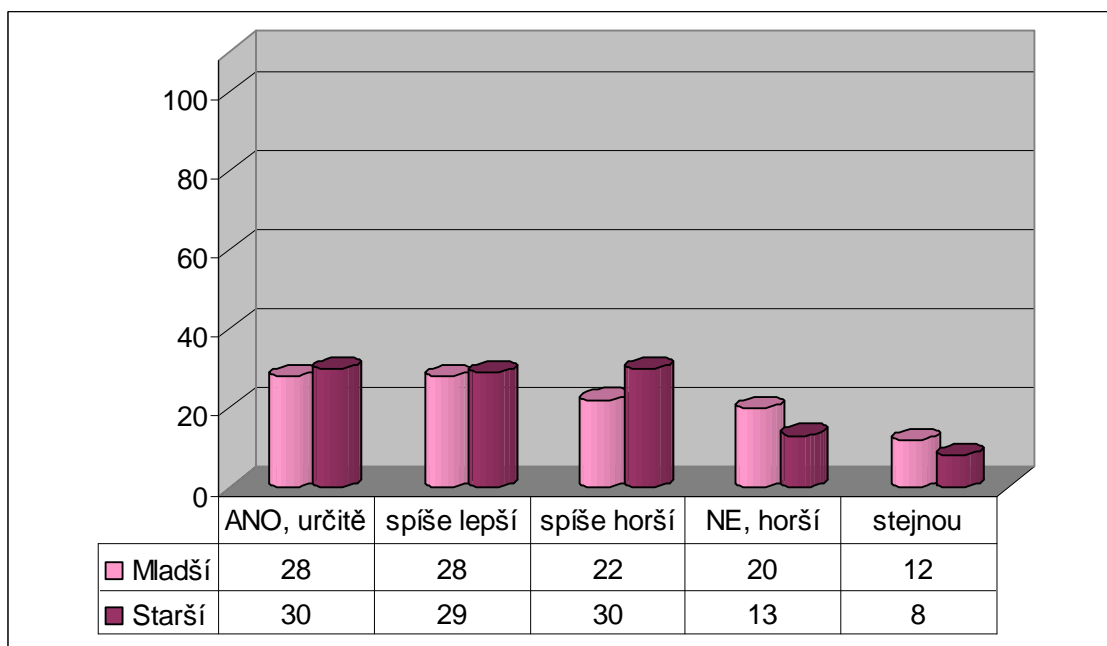
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 35: Podíl osob v rodině držících dietu (možno volit i více odpovědí)



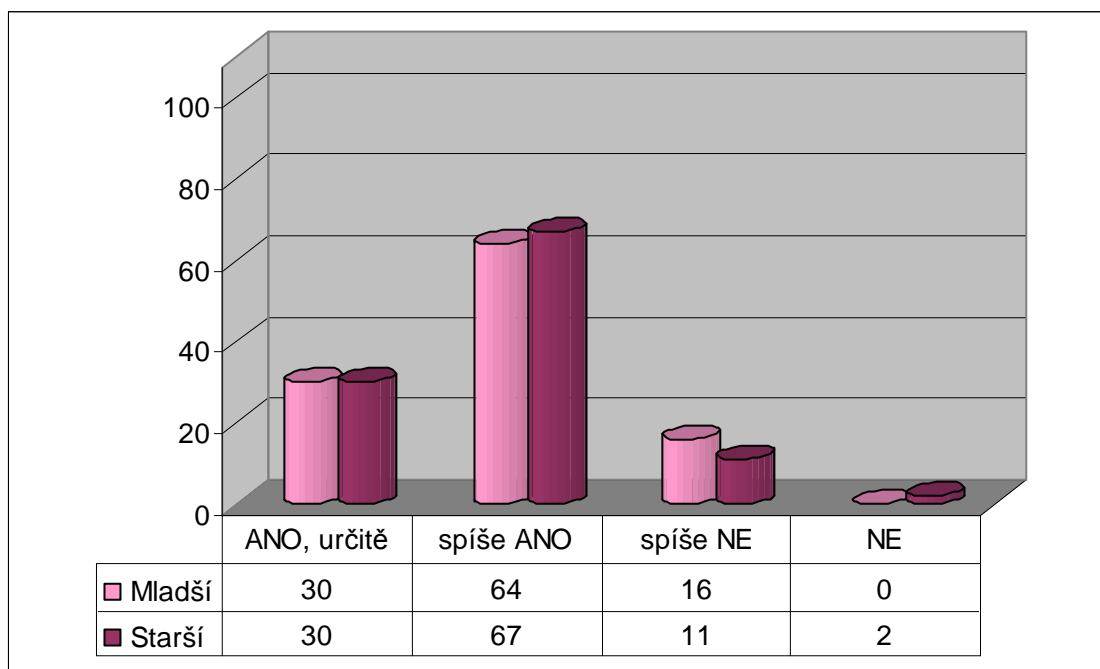
Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 36: Otázka 30 – Má Tvoje matka lepší postavu, než měla před 15, 20 lety?



Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 37: Otázka 31 – Myslíš si, že v dnešní době jsou štíhlejší lidé atraktivnější a úspěšnější v osobním i pracovním životě?



Zdroj: autorka práce, 2014 (vlastní šetření)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Markéta Kropáčová

Obor: 7501T001 - Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Sociální vlivy u poruch příjmu potravy

Rok: 2014

Počet stran textu: 80

Celkový počet stran příloh: 28

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet internetových zdrojů: 29

Vedoucí práce: RNDr. Jindra Lisalová