

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

Ideál krásy v kontextu poruch příjmu potravy



Diplomová práce

Autor: Pavlína Holubová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Olomouc
2011

MOTTO:

„Většinou jsme inteligentní ženy, přece se však snažíme o nemožné. Jsme jako havrani, papoušci, pěnkavy, orlové, každá krásná svým způsobem, přece se však všechny snažíme být kanáry.“ (Crook, 1995, s. 18)

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat PhDr. Marku Kolaříkovi Ph.D. za odborné rady, cenné podněty, připomínky a trpělivé vedení při mé práci. Dále děkuji panu PhDr. Krchovi za pomoc se zpracováním testu EDI. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a čas, který věnovali vyplnění dotazníku.

Ve Valašských Kloboukách, 10. března 2011

Prohlašuji, že jsem postupovou práci vypracovala samostatně, s použitím literatury uvedené v seznamu.

Ve Valašských Kloboukách, 10. února 2010

.....

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 IDEÁL KRÁSY	10
1.1 JAK SE VYVÍJEL IDEÁL KRÁSY.....	10
1.1.1 Twiggy	12
1.1.2 Panenka Barbie.....	12
1.1.3 Kulturně podmíněný syndrom.....	14
2 KRÁSA A MÉDIA	15
2.1 IDEÁL KRÁSY V MÉDIÍCH	15
2.1.1 Vliv médií na psychiku člověka.....	16
2.1.2 Kampaň za skutečnou krásu.....	16
3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	18
3.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	18
3.2 SROVNÁNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	20
3.3 MENTÁLNÍ ANOREXIE F 50. 0	21
3.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	21
3.3.2 Příčiny mentální anorexie	22
3.4 MENTÁLNÍ BULIMIE F 50. 2	23
3.4.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	23
3.4.2 Příčiny mentální bulimie	24
3.5 JINÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	24
3.5.1 Atypické poruchy příjmu potravy	24
3.5.2 Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy	24
3.5.2.1 Syndrom nočního přejídání.....	25
3.5.2.2 Záchvatovité přejídání	25
3.5.3 Ostatní poruchy příjmu potravy	26
3.5.4 Nové typy poruch příjmu potravy	27
3.5.4.1 Ortorexie	27
3.5.4.2 Bigorexie.....	28
3.5.4.3 Drunkorexie	29
3.6 SOMATICKÉ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	30
3.7 GENETICKÉ RIZIKO	31
3.8 NEBEZPEČNÉ DIETY	31
3.9 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A RIZIKOVÉ PROFESE	32
3.9.1 Modelky trpící anorexií.....	33
3.10 MUŽSKÝ A ŽENSKÝ SVĚT.....	34
3.11 JAK SE STRAVOVAT PŘI MENTÁLNÍ ANOREXII A BULIMII	34
3.12 SPRÁVNÁ HMOTNOST	35
3.13 CO OVLIVŇUJE VZHLED TĚLA?	36
3.13.1 Rodinné a genetické faktory.....	36
3.13.2 Sociální a kulturní faktory.....	37
3.13.3 Tělesné cvičení.....	37

3.13.4	Stravovací návyky	37
4	VÝHODY ATRAKTIVNÍHO VZHLEDU	38
4.1	GENERALIZOVÁNÍ NA ZÁKLADĚ VZHLEDU	38
4.2	VÝHODY ATRAKTIVITY V DĚTSTVÍ	38
4.3	VÝHODY ATRAKTIVITY V SEXUÁLNÍ OBLASTI	38
4.4	VÝHODY ATRAKTIVITY V SOCIÁLNÍ A EKONOMICKÉ SFÉŘE	38
5	LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	40
5.1	PRŮBĚH LÉČBY	41
5.2	LÉČEBNÉ CÍLE	42
5.3	AMBULANTNÍ LÉČBA	42
5.4	HOSPITALIZACE	43
5.5	PSYCHOTERAPIE	43
5.6	DRUHY TERAPIÍ	44
6	PREVENCE	46
6.1	PREVENTIVNÍ PROGRAMY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	47
7	SITUACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR	48
II	PRAKTICKÁ ČÁST	49
8	VÝZKUMNÉ CÍLE	50
8.1	CÍLE DOTAZNÍKU EDI	50
8.2	CÍLE DOTAZNÍKU PSSI	50
8.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	50
8.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	51
9	HYPOTÉZY	52
9.1	HYPOTÉZY DOTAZNÍKU EDI	52
9.2	HYPOTÉZY DOTAZNÍKU PSSI	52
10	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	53
10.1	POUŽITÉ METODY	53
10.1.1	Dotazník EDI	53
10.1.2	Dotazník PSSI	55
11	VÝSLEDKY	57
11.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU EDI	57
11.2	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU PSSI	59
12	PLATNOST HYPOTÉZ	63
12.1	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ U EDI	63
12.2	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ U PSSI	65
13	DISKUZE	67
14	ZÁVĚRY	70
15	SOUHRN	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	80
	SEZNAM TABULEK	81
	SEZNAM OBRÁZKŮ	82

SEZNAM PŘÍLOH.....	83
PŘÍLOHA Č I: EDI.....	86
PŘÍLOHA Č II: PSSI.....	90
PŘÍLOHA Č III: DŮLEŽITÉ KONTAKTY.....	98

ÚVOD

Diplomovou práci o poruchách příjmu potravy jsem zvolila proto, že se tato nemoc čím dál více rozšiřuje a stává se tak velkým problémem současnosti. Každý den na nás ideální ženské těla přímo útočí, stačí si zapnout televizi, otevřít časopis nebo se podívat na nějaký plakát. Tyto ženy, většinou modelky, jsou bezchybné, mají dokonalou postavu, pleť, dlouhé vlasy, smyslné rty, útlý pas, dlouhé nohy. Není pak divu, že obyčejné ženy se jim chtějí vyrovnat, neuvědomují si, že realita může být úplně jiná. Modelky v televizi a časopisech jsou většinou ještě děti, které nedospěly, a tedy nemají obvyklé ženské křivky nebo si musí hodně hlídat svou váhu. A to může vést k častějšímu výskytu poruch příjmu potravy. Dnešní společnost také stanovila určité ideály krásy a to jak ženské, tak mužské, kterým většina z nás může podlehnout. Takový ideál krásy nás do jisté míry sice může obohacovat, nesmí mít ale podobu diktátu, který si klade velké nároky. Naše kultura považuje tlusté lidi za méně úspěšné, neschopné, líné, s nedostatkem vůle. Pevné, vypracované tělo je chápáno jako známka úspěchu. Média lidi s nadváhou příliš neprezentují, a pokud ano, tak většinou v reklamě na hubnutí. To vše může ženy dovést k nedostatečné sebeúctě, k posedlé snaze dosáhnout štíhlosti, k držení drastických diet. Extrémem, kde může touha po hubeném ideálu skončit, jsou poruchy příjmu potravy. V dnešní době je tělo považováno za nástroj módy. Normálně by mělo být vnímáno jako prostředek funkčnosti a zdraví.

Poruchy příjmu potravy řadíme mezi civilizační choroby. Její příčiny jsou multifaktoriální, ale přesto jedním z hlavních problémů vyššího počtu poruch příjmu potravy může být společnost a životní styl.

Poruchy příjmu potravy byly už v roce 1987 Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace. Podle odhadů různými poruchami příjmu potravy trpí kolem osmi milionů lidí. U nás v republice je to každý dvacátý člověk.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Tyto části jsou dále rozděleny na kapitoly, podkapitoly a oddíly. V teoretické části se po prostudování nejrozumnější odborné literatury a také za využití dalších zdrojů věnuji problematice poruch příjmu potravy a ideálu krásy v obecné rovině. Zabývám se tedy vývojem kultu krásy, vlivem médií na krásu a tělo, historií poruch příjmu potravy, a také třeba léčbou.

V praktické studii srovnávám modelky a studentky, zajímalo mě, která skupina je více náchylná ke vzniku poruch příjmu potravy, k tendencím hubnout nebo držet diety. Testovala jsem to pomocí dotazníků EDI a PSSI. Použila jsem vzorek 50 modelek a 50 studentek. Ve věkovém rozmezí od 15 do 25 let.

„Jídlo se stalo jedinou oblastí, kde jsem viděla výsledek a jasnou vazbu, jak to funguje. Hladovění přinášelo další a další příjemné pocity. Pocity čistoty, exkluzivity, úspěšnosti. Když jsem nejedla, zdálo se mi, že mám sílu a všechno zvládnu. Protože když nejím, jsem čistá, krásná, dokonalá, že jsem úspěšná a všechno se mi daří. A když jsem se najedla, měla jsem pocit fatálního selhání. Vnitřně jsem panikařila, byla jsem sama sobě odporná a špinavá.“ (Dvořáková, 2009, s. 89)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 IDEÁL KRÁSY

Ideál krásy je určitá představa, která říká, co je nebo co není krásné. Toto posuzování je ale velmi relativní. Představy krásy se měnily v průběhu historie. Dnešní společnost neustále hodnotí, jak vypadají ti druzí. Často stačí jen zlomek sekundy proto, abychom spatřili nějakou tvář, za tuto dobu stihneme ohodnotit její krásu a během delšího pozorování svůj úsudek potvrdíme. A to i tehdy, když zapomeneme spoustu důležitých informací o daném jedinci, první dojem o této osobě si v paměti uložíme (Etcoff, 2002).

Tlaky související i ideálem krásy jsou v současnosti na muže i ženy vyvíjeny velmi silně a je velmi těžké jim do určité míry nepodlehout. Jsou totiž stanoveny určité ženské i mužské ideály. Nátlak pak probíhá jak na vědomé úrovni, tak nevědomě (Brimová, 2006).

1.1 Jak se vyvíjel ideál krásy

Byla jedna dívka. Nebyla tlustá, ani hubená. Jednoho krásného dne se podívala do zrcadla a řekla si: „Myslím si, že budu muset zhubnout.“ A zhubla. A stala se krásnou a oblíbenou (Občanské sdružení Anabell, 2006).

Slovníky definují krásu jako něco skutečného a objektivního nebo také jako radost, kterou objekt vyvolá v pozorovateli. Krása je definována jako dokonalý půvab, vrozený šarm. Tyto a další kvality dokážou potěšit oko a vyvolat obdiv (Etcoff, 2002).

Za **první ideál krásy** můžeme považovat Věstonickou Venuši (23 000 př. n. l.). Tato nejstarší nalezená soška člověka zachycuje mohutné ženské tělo, jež bylo schopné porodit spoustu potomků a zachovat tak rod (Fialová, 2007).

Antický ideál krásy ztělesňuje Afrodita (5. stol. př. n. l.). Oslavována byla především přirozená krása, harmonie těla a duše (Málková, Krch, 2001). Ve starém Řecku a Římě byly v módě atletické postavy, muži i ženy cvičili. Ideální tělo bylo souměrné a zdravé, ženy měly ladnější křivky.

Středověká ideální žena byla neposkvrněná panna, štíhlá a drobná. Tato doba popírala vše, co souviselo s tělesností a tedy i s postavou. Ideální žena byla vyhublá a bledá. Mistr Jan Hus se domníval, že žena je vyslankyně ďábla, protože její krása vede člověka pouze ke smilství. Proto byly tehdy považovány za idol krásy hlavně ženy světice, tedy ty ženy, které se zřekly fyzického pokušení a odevzdaly se Bohu. Ženy v té době nemohly používat

lícidla, protože líčení bylo vnímáno jako opravování božího díla. Idolem té doby byla například Anežka, dcera Přemysla Otakara I. (Fialová, 2007).

Období renesance (14. - 17. století) ženskou krásu znovu vrátilo do středu pozornosti. V 15. a 16. století byla krásná hlavně žena při těle, bylo obdivováno větší břicho, to bylo především symbolem plodnosti. V 17. století byly považovány za krásné ty ženy, které měly hodně vyvinuté poprsí a větší pozadí (Bröhmová, 1999).

Velmi zajímavá je také ideální krása a móda v **období rokoka**. Právě móda, dávala ženám smysl existence, ale zároveň je proměňovala v loutky. V módě byla široká sukně v kontrastu s úzkým pasem, kterého ženy dosahovaly nezdravým a nepříjemným sešňorováním. Není proto divu, že ženy během dne často omdlávaly a ty které nosily korzety odmala, měly trvalé deformace vnitřních orgánů (Občanské sdružení Anabell, 2003).

Později nastoupil **empír**, ten se vrací zpět k antickému ideálu. Mizí mohutné a velké šaty a sukně. Poprvé se začínají objevovat křivky lidského těla (Crook, 1995).

Po první světové válce přišla do módy chlapecká, vysportovaná, plochá postava. Ženy, které měly větší poprsí, si je dokonce stahovaly speciálním pásem (Crook, 1995).

Po **druhé světové válce**, kdy byl nedostatek jídla, považovali lidé plnou postavu za známku blahobytu. Ideálem byla Marilyn Monroe nebo Brigitte Bardot (Bröhmová, 1999).

Velký převrat nastal v **šedesátých letech**. Tehdy se stává symbolem malá, drobná, štíhlá britská modelka Twiggy s mírami 79-56-81. Nešlo jen o trend v postavě, nastala éra nízkokalorické stravy, častého cvičení a módy. Hubené ženy byly přiřazovány k vyšší společenské vrstvě. Podle tehdejších průzkumů však tento typ postavy rozhodně nebyl tím pravým pro muže. Ti preferovali ženy s velkými ňadry. Od slavné éry Twiggy se ideály příliš nezměnily, snad jen s tím rozdílem, že ke štíhlosti se přidala výška. (Občanské sdružení Anabell, 2003).

V **80. letech** se prosazoval trend štíhlosti, ale díky zdravého životního stylu - fitness. Ten se do Evropy rozšířil z Ameriky. Propagovala se sportovní postava. Jeho příkladem jsou modelky Claudie Schiffer a Cindy Crawford (Bröhmová, 1999).

V **devadesátých letech** nastupují opět vychrtlé modelky a tzv. doba „heroinového stylu“, jejichž nadvláda pokračuje dodnes.

V dnešní době je ideál štíhlosti na vrcholu, lidé jsou ochotni pro tento ideál udělat skoro vše. Také je štíhlá postava považována automaticky za zdravější, ale to nemusí být vůbec pravda (Občanské sdružení Anabell, 2003).

1.1.1 Twiggy

V šedesátých letech vstoupila do světa módy šestnáctiletá Angličanka Leslie Hornbyová, tato první skutečná supermodelka se narodila 19. září 1949 v Londýně do průměrné rodiny. Její otec byl tesař a matka pracovala v továrně. Už odmala byla kost a kůže, rodiče s ní dokonce chodili k lékaři. Ti zjistili, že je zdravá, jen má zrychlený metabolismus. Přezdívku Twiggy získala od bratra, díky svým vyhublým nohám. Světem se tak přehnala tzv. twiggymanie, všechno mělo její značku - oblečení, hračky, školní potřeby. Módní se tak stala anorektická chlapecká postava s mírami 79-58-81, se 41 kilogramy a 168 centimetry, bez poprsí, boků a s mimořádně výraznými řasami kolem velkých a výrazně nalíčených očí. Většina žen si tak kvůli tomuto módnímu diktátu ničila zdraví, jsou

i takové, které anorexii nebo bulimii pro dokonalou postavu obětovaly i vlastní život. V této době tak vzrostl v Evropě výskyt poruch příjmu potravy až o několiknásobek, na to v roce 1970 upozorňuje švédský psychiatr S. Theander (Občanské sdružení Anabell, 2003).

Svět modelingu podle mužů sice neodpovídá požadavkům na ženskou krásu. Návrháři, ale super štíhlost vítají, na vychrtlých modelkách neboli tzv. „věšáčích“ totiž jejich modely vynikají nejlépe. Nezdravě hubené modelky v posledních letech čelí čím dál větší kritice a to nejen od odborníků, ale také laiků. Éra vyhublých modelek, ale přesto přetrvává, i v současnosti se takovéto modelky proměňují dále na světových molech (Hušek, 2003).

1.1.2 Panenka Barbie

Jedním z dalších nebezpečných ideálů krásy je také panenka Barbie. Tato postavička byla poprvé představena v Americe v roce 1959, firmou Mattel (Dittmar, 2006).

Barbínu tehdy vymyslela Ruth Handlerová pro svou malou dceru Barbaru. Podle vědců z univerzity v britském Sussexu může tato panenka u malých holčiček vyvolat nespokojenost s vlastní postavou a stát se tak jedním z podnětů k poruchám příjmu

potravy. Tyto děti se jí totiž chtějí co nejvíce podobat, mít stejné blondáté vlasy, vosí pas a velká prsa. Neuvědomují si však, že panenka není vyrobena podle lidských rozměrů. Běžná žena by totiž musela měřit 210 centimetrů, přes poprsí by měla 114 centimetrů a v pase pouhých 47. Takto postava by ženě ale nedovolila ani chodit. Dívky se srovnávají se s umělohmotnou ikonou, která má k průměrným proporcím ženského těla hodně daleko. Obraz dlouhého štíhlého krku, pevných ňader, úzkého pasu, klenutého zadečku a výstavních nohou si s sebou odnášejí do období dospívání. Snaží se tomuto nerealistickému výrobku vizáží alespoň přiblížit. Nerespektují svoje kulturní odlišnosti, genetické vlohy, jednoduše chtějí vypadat jako Barbie (Klevisová, 2006).

Jak uvádí Bröhmová (1999), krása dnes již není darem přírody, ale produktem, který se dá koupit, něčím, k čemu se dá tvrdě dopracovat. Dívky dělají vše pro to, aby se přiblížily tomuto umělému ideálu krásy – aby zhubly na nepřirozenou hmotnost, a ztělesňují tak velice pochybný ideál, který je stejně umělý jako ideál panenky Barbie.

období pravěku



(Wikipedie, 2011)

období renesance



(Komisark.blog.cz, 2011)

současnost



(Blog o módě a vše co k ní patří, 2011)

Obrázek 1 – Ideály krásy v našich dějinách

1.1.3 Kulturně podmíněný syndrom

Každá doba si utváří vlastní ideál krásy, ten se odvíjí od způsobu života, hospodářské a ekonomické situace. (Rozsivalová, 1996). Různé kultury mají různé představy o kráse. Např. na západě mají řadra větší erotický význam, než třeba v Africe. Pro Číňany jsou sexuálním symbolem malé nohy. V Africe jsou to hýždě (Yalamová, 1999). Lidé ze stejné kultury se lépe shodnou na tom, kdo je pro ně krásný (Etcoffová, 2002).

Vincenzo DiNicola v roce 1990 prohlásil, že poruchy příjmu potravy lze chápat jako syndrom změny kultury. Ideál krásy tedy podléhá sociální skupině, ve které žijeme a do které patříme. V rozvinutých zemích jako je Evropa a Severní Amerika, se například řídí teorií, kdo není hubený, není atraktivní a jen štíhlí lidé jsou úspěšní, mocní a obdivovaní. Tato euroamerická kultura nás tak může vyburcovat až k poruchám příjmu potravy. Existují ale i další kultury upřednostňující odlišný ideál krásy (Hogenová, 2000).

Ideál krásy může souviset například i s chudobou. Kvůli které lidé neobdivují štíhlost, ale naopak plnoštíhlost. Například mezi **afroamerickou populací** jsou plnější ženské tvary přitažlivé a symbolizují smyslnost a sexualitu. Pro **arabského muže** jsou silnější ženy více atraktivní, žádoucí, sexy, ale hlavně to značí, že jsou zdravé a mohou mít hodně dětí (Kobíková, 2007).

V **Asii, Indonésii** nebo na **Filipínách** je plnoštíhlost známkou bohatství. Není proto divu, že se tu ženy mohou přetřhnout, aby přibraly. Hubenost je v těchto zemích také známkou nemoci. Ženské tělo při těle vnímají jako krásné i Olašští Romové (Kucharičová, 2007).

Zarážející tedy je, že bohaté ženy z rozvinutých zemí hubnou a touží po vychrtlosti, jako by neměly peníze a například v Africe, kde nemají vůbec nic, chtějí být tlusté, aby vypadaly, že si žijí na vysoké noze a jsou zdravé (Wolf, 2000).

2 KRÁSA A MÉDIA

2.1 Ideál krásy v médiích

Média přesvědčují ženy, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé," tvrdí Krch (ústní rozhovor, březen 2009).

Grogan (2000) se zabývá tím, že tlak médií na tělo ženy je mnohem větší než na tělo muže. Bylo zjištěno, že pro obě pohlaví existují rozdílná měřítka. Zatímco u žen obsahová analýza spolehlivě ukázala, že ženy jsou v médiích zobrazovány jako abnormálně štíhlé, muži se zde objevují s normální hmotností. Žena podle médií by měla být něžná, krásná, měla by být oporou pro muže, ale také by měla být sexuálním objektem, po kterém muži touží.

V dnešní době by měla mít atraktivní žena okolo 180 cm a přibližovat se mírám 90-60-90. To vede k frustraci většiny žen, protože jejich těla těchto mír nedosahují. Na tom vydělává mnoho firem vyrábějících různé hubnoucí přípravky a posilovací stroje na zeštíhlení. Muž v reklamě je silný, nespoutaný, úspěšný a také dobyvač ženského srdce. Celkově reklamy pro ženy jsou spíše jemné a harmonické, na rozdíl od reklam pro muže, které bývají dynamické a vzrušující. Bohužel v dnešní době je velmi těžké nepodlehnout ideálu krásy. Tlaky probíhají nejen na vědomé, ale i na nevědomé úrovni. Filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že jen štíhlé lidi mají druzí rádi a váží si je (Bruch, 1978).

Současná společnost do jisté míry nutí muže a ženy se přizpůsobovat ideálu krásy. Předsudky spojené s tloušťkou nutí ženy, aby hladověly a držely diety. Ženy hubnou kvůli atraktivnímu tělu a ideálu štíhlosti (Krch, 1997).

Většina vědců pokládá mladé ženy představované médii jako "ideál", ale ve skutečnosti jsou "rozmary genetiky". V mnoha případech tyto super štíhlé modelky nemohou mít děti pro svou neplodnost a nepravidelný menstruační cyklus, což je způsobeno extrémně nízkým obsahem tělesného tuku (Dixonová, 1997).

Modelky na obrázku v reálném životě ovšem tak dokonalé být nemusí. Ve většině časopisů jsou fotografie modelek počítačově upraveny. Fotografové hubené modelky retušují a více zeštíhlují. Normální ženy se s tím nemusí vyrovnat a mnoho z nich kultu štíhlosti podlehne (Wolf, 2000).

„Další studii uskutečnily Marika Tiggemannová a Ester Rothblumová (1988), v níž byly u velkých skupin amerických a australských univerzitních studentů zkoumány stereotypy

tlustých a štíhlých mužů a žen. Zjistily, že dokonce i ti studenti, jež sami měli nadváhu, sdíleli negativní stereotypní představy o tlustých lidech. Už malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a nechtějí si hrát s dětmi, jež trpí nadváhou.“ (Chytrá žena, 2008)

Současný „hubený ideál“ krásy a připisování pozitivních vlastností mentální anorexii jsou zřejmě zodpovědné za to, že tato porucha je považována za tragický, ale žádoucí stereotyp. Mentální anorexie byla popularizována ve sdělovacích prostředcích zpočátku jako nemoc. Tato nemoc získala nálepku něčeho pozitivního, a to hlavně kvůli veřejnosti, kterou anorexie fascinuje. Protože mentální anorexie postihuje dívky z vyšších vrstev, inteligentní, perfekcionistické, s vysokou sebedisciplínou a pravidelně cvičící. Kvůli ideální postavě nebo obličejí je člověk schopen podstoupit i řadu plastických operací, jen aby se vyrovnal dnešnímu ideálu. Pro současnou společnost není plastická operace nic výjimečného, je na toto vylepšení zvyklá (Bruch, 1978).

2.1.1 Vliv médií na psychiku člověka

Otázkou zůstává, do jaké míry mohou média manipulovat a ovlivňovat myšlení lidí.

Podle Fialové (2001) média nemají schopnost přímo manipulovat s lidmi, jen zvyšují význam některých společenských skupin či organizací. Díky těmto skupinám pak mohou být jedinci přinuceni k tomu, aby drželi diety, cvičili atd. Některé výzkumy také zjistili, že se ženy nechají reklamou snadněji přesvědčit než muži. Dalším faktorem vedoucím k lehčí manipulovatelnosti s jedincem, je například i nízké sebevědomí (Fialová, 2001).

2.1.2 Kampaň za skutečnou krásu

Tato kampaň se snaží nahradit nereálný obraz krásy z časopisů i přehlídkových mol. Kampaň kosmetické značky Dove, razí názor, že krásná je každá žena, která je sama sebou. Ve svých reklamách a kampaních pracují s „normálními“ ženami. Cílem kampaně je podpořit sebevědomí žen, aby se každá cítila krásná a to ať už má míry jako modelka nebo ne. Kampaň skutečná krása chce ženám vrátit pocit krásy a to bez diet a nereálné snahy o dokonalost. Vše vzniklo, když na přehlídkových molech začaly umírat modelky. Dove se snaží ukázat, že všechny ženy mohou v reklamách nebo na fotografiích vypadat stejně krásně jako modelky a to během několika sekund. Stačí jen práce zručného grafika, ten upraví nos, boky, poprsí a během chvilky je na světě další super modelka.

Kampaň za skutečnou krásu propaguje vzhled žen a dívek takové, jaké jsou a to i přesto, že jejich postava, nespĺňují nalinkovaný ideál, jsou tyto ženy krásné. Celosvětovou kampaň podpořil také rozsáhlý průzkum, ten zjistil velkou nespokojenost žen s tím, jak krásu prezentují média a celá společnost. Kvůli nedosažitelnému ideálu pak většina žen pocítuje nespokojenost s vlastním tělem, to se projevuje návštěvou plastických chirurgů nebo tendencemi držet drastické diety (Gallová, 2007).

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

3.1 Historie poruch příjmu potravy

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání nedostatečného množství hodnotné stravy v důsledku dodržování různých diet bylo součástí náboženských obřadů, protestních činů či reakcí na špatné životní podmínky. (Krch, 1999).

Příznaky těchto onemocnění byly popsány již Hippokratem v 5. století před naším letopočtem. Ve 12. až 15. století ženy hladověly kvůli víře, trýzněním svého těla chtěly odčinit své hříchy. V 16. století jsou prohlašovány za "posedlé d'áblem" a jsou pronásledovány církví (Krch, 1999).

Jako první osoba, která popsala mentální anorexii, bývá uváděn anglický lékař Richard Morton. Tento lékař v roce 1689 použil pro označení této poruchy název "Atrofia seu pthisis nervosa". William Gull poprvé použil termín „anorexia nervosa“ v roce 1874. Koncem 70. let 20. století se začalo mluvit o další poruše příjmu potravy, a to o mentální bulimii. Lidé postižení touto poruchou připomínali pacientky s mentální anorexií, až na to, že měli obvykle normální váhu (Paclt, 1998).

V roce 1986 Garner a Garfingler zdůrazňují multifaktoriální podmíněnost poruch příjmu potravy. I mnoho známých osobností v minulosti trpělo poruchou příjmu potravy. V historii snad první anorektičkou byla slavná princezna Sissi a známou bulimičkou pak princezna Diana. Nezdravé hubnutí bylo posedlostí císařovny Alžběty Bavorské, známé pod přezdívkou princezna Sissi. Vážila 55 kg, držela drastické diety, jedla jen ovoce a pila šťávu ze syrového masa, nosila přehnaně utažené šněrovačky. Veškerý volný čas naplňovala sportem. Sissi si údajně nikdy nesesla, ani ve svých pokojích neměla židle, a dokonce při hostinách používala zvláštní klekátka (Dvořáková, 2002).

Dalším příkladem může být i sv. Kateřina ze Sienny, která zemřela následkem dlouhodobého hladovění ve věku 33 let. Kateřina odmítala přijímat jídlo, konala kající skutky, ale k tomu ji motivovala její víra, a to je zásadní rozdíl od toho, co motivuje mladé ženy dnes. Často rozdávala jídlo, které sama nenesla. Byla naprosto jiná než dnešní anorektičky (Paclt, 1998).

O poruše příjmu potravy hovoříme tehdy, když člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla.

Jídlo se stává hlavní náplní života. Myšlenky na jídlo, tělesnou hmotnost a dietu jsou důležitější než všechno ostatní. Tyto poruchy často upozorňují na složité psychologické problémy. I když jsou mentální anorexie a bulimie dvě odlišné nemoci, jednotlivé symptomy se někdy mohou překrývat (Paclt, 1998).

Lidé s poruchami příjmu potravy jsou přeborníky v zakrývání svých problémů, dávají si na čas s vyhledáním pomoci. Žijí ve světě svých představ, jsou uzavření, hysteričtí, hádaví, odmítají společně stolovat, nesvléknou se před vámi, většina jejich témat je o dietách, jídle a o tom jak snížit váhu, také často lžou (Krejčí, 2006).

Vědci se shodli na tom, že pocit hladu vzniká v hypothalamu, ten reguluje tělesnou teplotu, krevní tlak, teplotu srdce, ale také hladinu cukru v krvi, metabolismus tuků a uhlovanů.

Při dietách a hladovění tělo přeřadí na úsporný režim. Sníží spotřebu kalorií až o 40 %, jen aby přežilo stav nouze. Hladina serotoninu v mozku a hladina cukru v krvi klesnou. Člověk zleniví, do ničeho se mu nechce, má špatnou náladu, pocity beznaděje a depresí (Göckel, 2008).

Existuje několik příčin, proč ženy trpí poruchami příjmu potravy více než muži. Hlavním důvodem je, že společnost nikdy nepřikládala žádný velký význam tomu, kolik muži váží. Většinou se porucha příjmu potravy objevuje jen u mužů, kde je tělesná hmotnost důležitá pro jejich zaměstnání. To jsou například tanečníci, žokejové, zápasníci nebo modelové.

Podle jedné studie, zveřejněné v *International Journal of Eating Disorders* (Mezinárodní časopis o poruchách příjmu potravy) v dubnu 1995, trpí většina anorektiček přibližně pět let před nástupem nemoci dětskými úzkostnými stavy (Hornbacher, 1998).

3.2 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Tabulka 1 - Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie (Vandereycken, 1991, s. 9)

	Mentální anorexie	Mentální bulimie	Oba syndromy
Epidemiologie	90-95% -ženy mladší	více než 80%- ženy starší	Přibývá s vyšším socioekonomickým statusem.
	Asi 1-3% dívek dosažením 20. roku vykazuje klinické symptomy.	5-13% studentek vysokých škol vykazuje klinické symptomy.	
Průběh nemoci	Časté změny na chronickou mentální anorexií.	Vzácné změny na chronickou mentální bulimii.	
Tělesná hmotnost	Pod 80% ideální hmotnosti.	Váha v normě, nebo jen mírně snižená.	
Menstruace	Chybí	Nepravidelná nebo chybí.	
Chování	Nutkové	Hysterické	
	Méně si uvědomují svůj problém.	Silně si uvědomují psychickou narušenost.	Posedlost jídlem, hmotností, sebeobviňování, společensky izolované,dysforické.
	Strach ze ztloustnutí, díky očekávané ztrátě kontroly při jídle.	Strach ze ztloustnutí, díky skutečné ztrátě kontroly při jídle.	

3.3 Mentální Anorexie F 50. 0

Přesný význam slova anorexie znamená ztrátu chuti. U pacientek s anorexií nejde o pravou ztrátu chuti, ale o boj s chutí a hladem. Tato porucha je charakterizována jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování se v jídle. Mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje u dívek ve věku 13 až 20 let. Dívky s mentální anorexií jsou většinou přizpůsobivé, úspěšné ve škole, perfekcionistické, postupem času se dostávají kvůli jídlu do problémů s rodiči, častěji lžou a odmítají si připustit, že je něco v nepořádku (Kocourková, 1997).

Autoři se shodují, že okolo 40 % pacientek se uzdraví úplně, 30 % se zlepší, kolem 20 % zůstává nezlepšeno, nebo se postupně průběh onemocnění zhorší a 2 až 5 % chronických případů umírá suicidem (Smolík, 1996).

Chronické případy trvají 20 - 30 let a končí předčasnou smrtí. Více se u nich objevuje zvracení, deprese, sociální fobie (Papežová, 1997).

Mentální anorexie je ego-syntonní. Ze začátku pacientce vyhovuje, je hrdá na sebekontrolu a schopnost udržet si hmotnost. Ale také může být provázena úzkostí a depresí, to hlavně u těžkých forem nemoci (Bouček, 2006).

Extrémní vyhublost nemusí být vždy znakem anorexie. Někteří lidé mají rychlý metabolismus nebo velmi křehkou kostru. Vyhublost může být známkou nemoci, jako jsou například deprese, krajní úzkost, žaludeční vředy. Hlavním znakem anorexie je pokřivený obraz o vlastní osobě. Neakceptuje vlastní tělo, i když zhubne, je neustále nespokojená (Ladishová, 2006).

„Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prostě pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující asketické chování“ (Vágnerová, 2004, s. 463).

3.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Předpubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.“*

- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretik, nadměrné cvičení.*
- *Přetrvává strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízké optimální nebo cílové hmotnosti.*
- *Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je děložní krvácení navozené hormonální léčbou, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu.*
- *Pokud je začátek onemocnění před pubertou, je puberta opožděná nebo dokonce zastavená. Dívčím se nevyvíjí prsa, nemají první menstruaci, u chlapců se pak zastavuje růst genitálu. Jestliže dojde k uzdravení, projevy puberty se opět normálně dostaví“ (Krch, 2005, s. 16).*

3.3.2 Příčiny mentální anorexie

Vznik mentální anorexie může souviset s narážkami druhých na tělesný vzhled, problémy v rodině, nečekanými změnami. Jednou z příčin může být i anorexie v rodině (Krch, 2002).

Důvody proč pacienti trpí touto poruchou, nejsou příliš jasné. Důvodem mohou být například problémy s jídlom už v raném dětství, psychiatrické poruchy, zneužívání dětí nebo opožděný vývoj. Také byly odhaleny geny, které by mohly s anorexií souviset (Vítek, 2009).

3.4 Mentální Bulimie F 50. 2

„Pojem bolimos označoval zlého démona a původně znamenal velký hlad.“
(Krch, 1999, s. 29)

Pozdější filologové tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Popisuje tedy hlad, kdy by člověk byl schopen sníst celého vola (Maloney, 1997).

Tato choroba dostávala mnoho názvů jako „bulimarexia“ nebo „syndrom chaosu.“ Nejvíce se však ujaly názvy „bulimie“ a „bulimie nervosa“. Tento termín poprvé použil Russel. Tento typ chování byl ovšem dobře znám celá staletí či dokonce tisíciletí. Víme například, že Římané si vyvolávali zvracení už v dobách před Kristem. Mentální bulimie se projevuje třemi základními znaky. Mezi první patří přejídání. Druhým znakem je vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků. Posledním znakem je strach z tloušťky (Maloney, 1997).

Pro bulimii je typická touha po kaloricky bohaté stravě. Některé bulimičky jsou schopné sníst až 20 000 kalorií za den. Na rozdíl od anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pokud je BMI nižší než 17.5, hovoříme o bulimické formě mentální anorexie. U lidí trpících bulimií se častěji vyskytuje konzumace alkoholu a stimulantů. (Růžičková, 2008).

„Mentální bulimie postihuje 8-10 % populace. Šedesát procent nemocných se vyléčí, téměř čtyřicet dosáhne zlepšení stavu a dvě procenta umírají na metabolický rozvrat organismu“
(Krch, 1998).

Právě při vyvolaném zvracení se dostávají pocity sebekontroly a bezpečí, které v průběhu přejídání mizí (Hall, 2003).

Rozlišujeme dva typy mentální bulimie. Purgativní typ se projevuje tak, že pacienti požívají pravidelně laxativa, diuretika a zvrací. Nepurgativní typ dodržuje přísné diety, hladovky a intenzivně cvičí (Krch, 2005).

3.4.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- *„Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátké době konzumováno velké množství jídla*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost)*

- Snaha **potlačit „výkrmný“ účinek jídla** jedním nebo více z následujících způsobů:
 1. vyprovokované zvracení
 2. zneužívání projímadel, anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, vynechávání léčby inzulínem u diabetiků
 3. střídavá období hladovění
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou **obavou z tloustnutí** (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost, často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle“ (Krch, 2005, s. 19).

3.4.2 Příčiny mentální bulimie

Nejčastěji příčiny mentální bulimie jsou psychologického původu. Může to být snaha vyhnout se nepříjemným citovým problémům. Přejídání může být prostředkem, jakým osoba s mentální bulimií zkouší překonávat emoce a stres. Někteří pacienti pocházejí s rodin, ve kterých byli sexuálně zneužíváni nebo fyzicky trestáni. Tito lidé mohou mít také nízkou hladinu serotoninu, to může vést k nedostatku uhlohydrátů. Bulimičky se tak jídly s uhlohydráty přejídají (Balch, 1998).

3.5 Jiné poruchy příjmu potravy

3.5.1 Atypické poruchy příjmu potravy

U této skupiny poruch příjmu potravy chybí jeden nebo více základních rysů, ale mají typický klinický obraz. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie (Nešpor, 2003).

3.5.2 Jinak nspecifikované poruchy příjmu potravy

Do kategorie nspecifikovaných poruch příjmu potravy spadají případy kdy:

- Kritéria pro mentální anorexii pacientka splňuje, ale má pravidelnou menstruaci.

- Váha pacientky je výrazně nižší, splňuje tak požadavky pro mentální anorexii, její hmotnost ale odpovídá normě.
- Kritéria pro mentální bulimie jsou splněna, k záchvatům přejídání, ale nedochází tak často, nebo jídlo jen žvýká a vyplivne, ale nepolyká (Krch, 2005).

V DSM-IV jsou atypické formy shrnuty pod zkratkou EDNOS (Eating Disorder

Not Otherwise Specified) v překladu to pak jsou jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Patří sem syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání (Krch, 2005).

3.5.2.1 Syndrom nočního přejídání

Pro tento syndrom je typická večerní anorexie, nespavost a nočním přejídáním. Na tento syndrom má nejvíce vliv neúspěch při hubnutí a stres. Pacient má velký problém přestat jíst, když jednou začne (Krch, 2005).

3.5.2.2 Záchvatovité přejídání

Pacient konzumuje velké množství jídla a to, i přesto, že nemá hlad. Nemocní mají totiž pocit, že musí konzumovat jídlo za každou cenu. Záchvatové přejídání se častěji vyskytuje u žen, u mužské populace je to ale vůbec nejčastější porucha příjmu potravy (Maloney, 1997).

Záchvatové přejídání by se mohlo stát třetím druhem poruch příjmu potravy vedle anorexie a bulimie. V definici navrhovaného pro MKN-10 jsou kritéria takovéto:

- Opakované epizody záchvatovitého přejídání, které jsou charakterizovány konzumací velkého množství jídla během určité souvislé doby a pocitem ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.
 - Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se 3 z následujících projevů:
 - postižený člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
 - jí, i když se cítí být plný
 - jí, aniž by měl hlad
 - jí o samotě, jelikož se stydí, že jí příliš mnoho

- po přejetí má pocity viny, je sám sebou znechucen a deprimován.
- Pocit úzkosti v souvislosti se záchvaty přejídání.
- K záchvatům přejídání dochází minimálně dvakrát týdně po dobu 6 měsíců.
- Přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním (Krch, 2005).

3.5.3 Ostatní poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy můžeme také zařadit ty, které nejsou uvedeny v DSM-IV:

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

Lidé s touto poruchou nejsou schopni nic sníst. Důvodem může být stres, nervozita, nevolnost. U většiny populace se tato porucha občas vyskytne, důležité je, aby nepřerostl do extrému (Kocourková, 2002).

Syndrom vybíravosti v jídlu

Nejčastěji se vyskytuje u dětí od 8 do 12, ty si během jídla vybírají jen určité potraviny, jiné odmítají. Takováto strava má především negativní vliv na zdraví (Kocourková, 2002).

Syndrom pervazivního odmítání

Dítě odmítá jíst, pít, mluvit, chodit a starat se o sebe. Může jít o posttraumatickou poruchu. V pozadí všeho může být například i zneužívání nebo jiné trauma (Kocourková, 2002).

Syndrom infantilní mentální anorexie

Souvisí s problémy během separačně individuálního procesu. Tento problém mezi vzbou matky a dítěte se projevuje nejčastěji v batolecím věku. Rodiče dítě musí do jídla nutit.

Základní rysy:

- Malnutrice bez přítomnosti somatické poruchy.
- Nejčastěji mezi 6. měsícem a 3. rokem.
- Rodiče nutí dítě jíst.
- Konflikty s matkou kolem jídla (Chatou, 2000).

Ruminace

Patří mezi specifické poruchy příjmu potravy. Dochází k opakovaným regurgitacím („ublinkávání“). Podmínkou je nepřítomnost jakékoliv nevolnosti. K této poruše nejčastěji dochází v době, kdy je dítě samo. Vliv na toto onemocnění má i problémový vztah s matkou. Terapie by proto měla být zaměřena jak na dítě, tak na matku (Hort, 2000).

Pika

Trvalé požívání nestrávitelných látek, jako je hlína, vlasy, barviva, papír a další látky neurčené k jídlu. Většinou začíná už v raném věku a přetrvává do dospělosti. Terapie vychází z posouzení etiologických faktorů a z vyšetření. Důležité je pracovat nejen s dítětem, ale i s rodiči. Nejčastěji se vyskytuje u mentálně retardovaných dětí (Hort, 2000).

3.5.4 Nové typy poruch příjmu potravy

Mezi relativně novější poruchy příjmu potravy můžeme zařadit ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto poruchy mohou být stejně nebezpečné ve své extrémní podobě jako mentální anorexie, bulimie či psychogenní přejídání.

3.5.4.1 Ortorexie

Ortorexiu poprvé popsal americký lékař Steve Bratman, který jí sám trpěl. Slovo ortorexie pochází z řečtiny ze slov „orthos“- správný a „orexis“- chuť (Stop anorexii a bulimii, 2009).

„Orthorexia nervosa je patologická posedlost zdravou výživou, může vést až k nedostatku řady nutričních látek v těle, úbytku váhy a výjimečně i smrti.“ (Slovník cizích slov, 2009).

Ortorexie může předcházet některé ze závažnějších poruch příjmu potravy. Zatímco anorexie a bulimie jsou poruchy příjmu potravy, kde se jedná především o kvantitu, u ortorexie jde o kvalitu. Jsou odpůrci všech potravin uměle hnojených a geneticky upravovaných. Tito lidé si kupují jídla bez konzervačních látek a výhradně se orientují na bio-potraviny. Roste strach z "nezdravého" jídla, zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání. Jídelníček se stále více zužuje jen na zdravé jídlo, člověk hubne a může trpět i podvýživou. Každý jejich stravovací prohrěšek je doprovázen silným pocitem viny

a frustrace. Ortorexii častěji trpí ženy než muži. Nevyskytuje se ale v tak velké míře jako mentální anorexie nebo bulimie. Lidé trpící ortorexii jsou přísní, upjatí a nároční na sebe i okolí (Kramulová, 2008).

3.5.4.2 Bigorexie

Bigorexie je velmi závažné duševní onemocnění pocitu nedostatku svalové hmoty. Je to spojené s nadměrným cvičením a užíváním steroidů. Bigorexie se častěji projevuje u mužů. Pravidelně chodí do posilovny. Jenže po čase cvičí více a více, někdy až 6 dní v týdnu. Nakonec cvičí až do úplného vyčerpání. Pokud tento člověk nemá možnost cvičit, začne trpět abstinčním syndromem. S bulimií a anorexií mají společné to, že nechtějí přibrat a hlavně nechtějí zvýšit tuk v těle (Ladishová, 2006).

V odborné literatuře se o této duševní poruše píše jako o variantě „dysmorfofóbie“, nebo ji lze nalézt pod označením „Adonisův komplex“. Bigorektici nemají dokonalou postavu. Připadají si slabí a nedostatečně svalově vyvinutí. Mezi hlavní rizika této poruchy patří především poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním, také nevyvážená strava může zatěžovat trávicí systém, ledviny a játra. Jsou ochotni pro dosažení vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu hodně. Dalším rizikem může být i sociální izolace, podobně jako u jiných závislostí ztrácejí nemocní společná témata s ostatními (Kramulová, 2008).

Osoba postižená bigorexií považuje odpočinek za selhání. Oddych u bigorektika doprovázen pocitem úzkosti, zlosti a obavy z přibírání (Ladishová, 2006).

Příčiny bigorexie:

- Tlak současné společnosti k dosažení image.
- Už od raného dětství chce být ve všem nejlepší, hodně sportuje (Ladishová, 2006).

Příznaky bigorexie:

- Chronická únava.
- Problém koncentrace.
- Ztráta fyzické i psychické vitality.
- Křeče, bolesti svalů.

- Zpomalený srdeční rytmus, i během cvičení (Ladishová, 2006).

3.5.4.3 Drunkorexie

Cílem drunkorexie je snížit příjem kalorií, aby člověk mohl pít více alkoholu, protože alkohol je hodně kalorický. Tato posedlost zahrnuje i cílené zvyšování výdeje energie na párty. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji. Může dojít ke zvýšení krevního tlaku, snížení schopnosti vnímat únavu. Tito lidé jsou ohroženi kolapsem, který často končí smrtí. Touto chorobou jsou postiženy většinou vysokoškolačky. Statistiky v americké populaci říkají, že 30 % dívek ve věku 18 - 24 let vynechává jídlo, aby mohly více pít alkohol (Kramulová, 2008).

3.6 Somatické komplikace mentální anorexie a bulimie

Tabulka 2 - Somatické komplikace mentální anorexie a bulimie (Kocourková 1997, s. 32)

Komplikace	Mentální anorexie	Mentální bulimie
METABOLICKÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Dehydratace • Hypokalémie • metabolická alkalóza • sekundární hyperaldosteronismus • snížená sekrece vazopresinu a noradrenalinu • hypotermie • osteoporóza 	<ul style="list-style-type: none"> • dehydratace • hypokalémie • metabolická alkalóza • sekundární hyperaldosteronismus
RENÁLNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • vzestup kreatininu • snížená glomerulární filtrace • urolitiáza 	
GASTROINTESTINÁLNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • zpomalené vyprazdňování žaludku • obstipace • jaterní steatóza 	
HEMATOLOGICKÉ	<ul style="list-style-type: none"> • anémie • leukopenie • trombocytopenie 	
PLICNÍ		<ul style="list-style-type: none"> • aspirační pneumonie
SVALOVÉ		<ul style="list-style-type: none"> • myopatie z abúzu emetinu
NEUROTICKÉ		
KARDIOVASKULÁRNÍ	<ul style="list-style-type: none"> • bradykardie • hypotenze • arytmie 	<ul style="list-style-type: none"> • toxické kardiomyopatie

3.7 Genetické riziko

Genetické faktory jsou jednou z důležitých příčin vzniku poruch příjmu potravy. V současnosti jsou předmětem vědeckého bádání. Byly odhaleny některé geny, které by mohly mít souvislost s rozvojem mentální anorexie. Jiné studie zase prokázaly, že na vině může být porucha hypotalamu, která riziko mentální anorexie zvyšuje (Fialová, 2006).

U anorexie je genetický podíl vzniku asi 50 % - 90 %, u bulimie je to asi 35 % - 83 %. V poslední době specialisté na poruchy výživy přikládají velký význam způsobu výchovy a vztahům v rodině jako důležitému faktoru pro vznik patologického vztahu k jídlu. (Šebelová, 2008).

Doktor Martin Anders z Psychiatrické kliniky vysvětluje: „*Nemoc se projeví, když se sejdou dědičné dispozice a "to pravé" prostředí. To nastane, když je okolní svět orientovaný na hubenost, diety a přehnané cvičení.*“ (Bobůrková, 2007).

Jednoduše lze vyjádřit, že poruchy příjmu potravy jsou podmíněny jak geny, tak prostředím. Některé asociační studie zjistily lokalizaci genů, které mají vztah ke vzniku anorexie. Například to jsou gen pro receptor 5HT 2a, estrogenový receptor atd. (Bouček, 2006).

3.8 Nebezpečné diety

Velké části poruch příjmu potravy předchází na počátku redukční dieta. Média v nás posilují myšlenku, že držet dietu je normální nebo že je to dokonce důležité a někdy až vhodné. Tablety na hubnutí člověk koupí kdekoliv a proto není divu, že skoro každá žena nějakou tu dietu podstoupila (Krch, 2002).

„*Většina studií zatím prokázala, že redukční diety významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie. V průměru třicet procent redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v to, co je nazýváno patologickou dietou.*“ (Krch, 2002, s. 54)

3.9 Poruchy příjmu potravy a rizikové profese

Podle Krcha byly poruchy příjmu potravy nemocí středních a vyšších sociálních vrstev. Velký vliv na to mají herečky, známe osobnosti, zpěvačky a samozřejmě modelky. Dietu si dříve nemohly dovolit dívky s chudých poměrů. Mezi první oběti proto patřily dívky s vyšších sociálních vrstev. V současnosti se tato nemoc pomalu šíří i do jiných vrstev, kultur a ras (Krch, 2005).

Nejvíce se porucha příjmu potravy vyskytuje u žen, které se zabývají svou postavou buď v rámci studia, zájmů či zaměstnání. Proto mezi profesemi nejčastěji postiženými anorexií vedou zcela jednoznačně modelky. K častým obětem patří i baletky, tanečnice, herečky, zpěvačky či vrcholové sportovkyně. Všechny tyto profese jsou nejvíce na očích. Určují módní trendy a to ohrožuje mladé dívky, které jsou módou velmi snadno ovlivnitelné.

„To je průmysl a druhy sportů, které vyznávají a podporují štíhlost, diety a přehnané cvičení,“ vysvětluje Craig Johnson z Tulsa Univerzity, jehož tým se účastní mezinárodního výzkumu genetických faktorů vzniku anorexie. (Bobůrková, 2007).

Jídelními poruchami tedy často trpí nejen ženy, ale i někteří muži jako jsou plavci, gymnasti, běžci, ale třeba i žokejové.

„Je ale důležité rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních nebo sportovních důvodů, a chováním v důsledku nadměrného zaujetí vlastní postavou a štíhlostí. Jedno však může vést k druhému. Tam, kde už lidé, sportovce nevyjímaje, nejsou schopni ovládat svoje jídelní návyky nebo pokusy o snížení tělesné hmotnosti, můžeme uvažovat o poruše příjmu potravy.“ (Krch, 1999, s. 44)

Existují zmínky o výzkumech naznačujících vysoký výskyt poruch příjmu potravy i u studentek medicíny (Long, 1992).

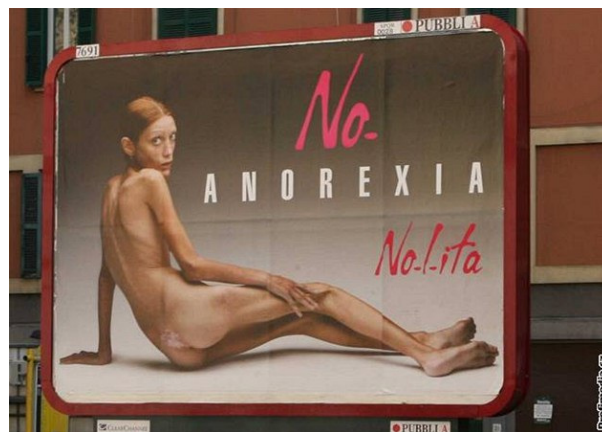
„Módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti“ (Krch, 2005, str. 58).

Garner a Garfinkel (1980) zjistili, že 38 % tanečnic a 34 % modelek trpí poruchou příjmu potravy. Z toho se dá usoudit, že společenský nátlak na štíhlost u dívek je faktorem ovlivňujícím výskyt poruchy příjmu potravy (Krch, 2005).

3.9.1 Modelky trpící anorexií

Svět módy nutí samotné modelky neustále hubnout. Běžná velikost na molech je nula, váha se pohybuje 48 až 55% pod normálem. Modelky tento tlak nutí omezit příjem potravy, nadměrně sportovat, zneužívat laxativa nebo jiné léky podporující štíhlost. Není divu, že pak modelky na podvýživu umírají. Jedním z příkladů je i týden módy před 4 lety v Uruguayském hlavním městě Montevideo. Mladá, velmi štíhlá a bledá dívka se prochází po přehlídkovém mole. V zákulisí se zapotácí, spadne a v tu ránu je mrtvá. 22letá modelka Louisel Ramos při svých 175 cm vážila pouhých 45 kilogramů. Doktor konstatoval selhání srdce v důsledku anorexie. Otec médiím posléze přiznal, že dívka poslední dva týdny jedla jen zelené lístky a pila pouze colu. (Kolouch, 2007).

Na anorexii doplatila i modelka a známá anorektička Isabella Caro. Tuto vyhublou modelku proslavila především kampaň Ne anorexie. Šokovala veřejnost tím, že se vyfotila nahá a ukázala světu své vyhublé a zničené tělo. V této době vážila pouhých 31 kilogramů a trpěla řadou nemocí. Chtěla tak varovat všechny další modelky, aby nedopadly jako ona. S anorexií se snažila něco dělat, přibrala 10 kilogramů, bohužel její tělo tento nápor nevydrželo. Nakonec ve svých 28 letech podlehla zápalu plic (Hermannová, 2010).



Obrázek 2 - Isabella Caro (Meduse, 2009)

Další dívkou, kterou modeling dohnal až ke smrti, byla například brazilská modelka Carolina Festonová. Tato teprve 21letá dívka jedla pouze rajčata a jablka. Modelingu se věnovala od svých 13 let. Kvůli neustálé touze po stále štíhlejším těle zhubla až na 40 kilogramů a to při výšce 174 centimetrů. I tato dívka své nemoci nakonec podlehla. (Anorexie - velmi nebezpečné, 2007).

3.10 Mužský a ženský svět

Ženy trpí poruchami příjmu potravy častěji. Hoek (1993) říká, že anorektiček je až 10 krát více než mužů anorektiků.

Muži jsou tak daleko méně ohroženi poruchami příjmu potravy a to i proto, že nekontrolují tolik svou tělesnou váhu. Tloušťka jim nevadí, důležité jsou pro ně svaly (Hsu, 1990).

Rozdíl ale nejsou jen ve fyzickém vývoji. Dívky mají také větší obavy než chlapci, z toho, že nejsou oblíbené. A mají kvůli tělu nižší sebevědomí (Krch, 2003).

Podle Krcha (1999) bylo hospitalizováno jen 3,9% mužů ze všech pacientů, to je zhruba 10 nemocných. U mentální bulimie pak jsou jen 2% chlapců s touto diagnózou.

Až 35% třináctiletých dívek není spokojeno se svým tělem, chlapcům se nelíbí jejich postava jen ve 13%. Skoro padesát procent pak chce zhubnout. Se svou váhou chce něco dělat jen 13,2% chlapců. Problémem je především v tom, že 40% dívek normálně nejí a kvůli obavám z tloušťky drží dietu, 4% pak kvůli lepšímu vzhledu zvrací (Krch, 2003).

3.11 Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii

Hlavním cílem je opět získat normální tělesnou hmotnost. Není vhodné používat například krmení pomocí sondy. Během ní totiž pacientky nepřebírají zodpovědnost za vlastní zdraví. Nenaucí je to nabírat hmotnost normální cestou a získat běžné jídelní návyky. Pacientky s poruchou příjmu potravy se neustále zabývají jídlem, tím zvyšují svou úzkost a také sklon k extrémnímu stravovacímu chování. Zdravý jídelníček by měl být pestrý a vyvážený. Jedině tak může tělo získat všechny potřebné látky. Velmi důležité je také jíst pravidelně 5 až 6 krát denně (Krch, 2005).

U mentální anorexie bychom měli postupně zvyšovat energetický příjem, nejprve by měl být asi 1200 kcal (5000 kJ) časem by se potravy mělo přidávat až na 3000 - 4000 kcal (12600-16800 kJ). Po dosažení normální váhy stačí přijímat denně 2000 - 3000 kcal. U mentální bulimie je důležité především nevynechat žádné jídlo, dlouhá pauza může vyvolat hlad a může znovu dojít k přejídání. Dále je velmi důležité nenechat pacientku s mentální bulimií jíst samotnou a nenechat jí potraviny před očima. U obou poruch odborníci nedoporučují potraviny typu light, potraviny s umělými sladidly, nízkokalorické potraviny (Benešová, 2003).

Je vhodné vytvořit si na každý den jídelní plán. Smyslem tohoto plánu je zabránit přejídání, omezit pocit hladu a obnovit rytmus organismu, který může být dietami poničen (Ideální.cz., 2009).

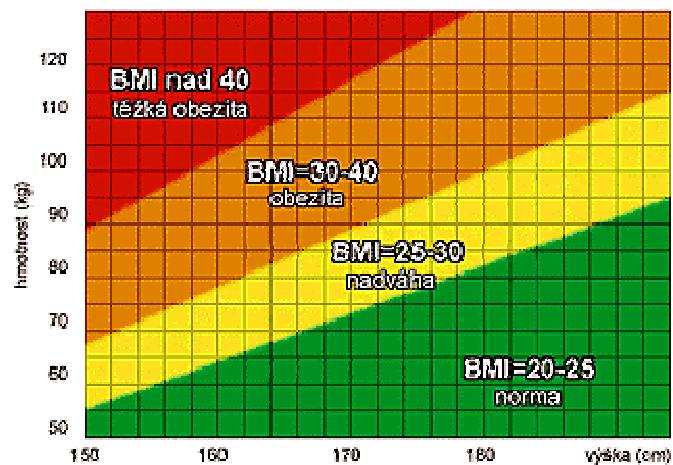
3.12 Správná hmotnost

Všichni by chtěli být štíhlí a krásní, ale pro naše zdraví je důležitější udržovat si svou ideální hmotnost, která se super štíhlým ideálem nemá co do činění.

Pro určování hmotnosti máme různé způsoby:

- **Body Mass Index**

Index tělesné hmotnosti je číslo používané jako měřítko obezity. Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Zjištěný výsledek nás informuje o možných zdravotních omezeních a rizicích. Tento vzorec vymyslel zhruba v letech 1830 – 1850 belgický učenec Adolphe Quetelet. Proto se BMI někdy označuje také jako Queteletův index (Wikipedie, 2011).



Obrázek 3 - BMI (Der Body-Mass-Index, 1998)

- **Broca-index**

Broca-index lze snadno spočítat, ale používá se jen u osob s výškou 160 až 180. Vypočítáme ho tak, že normální hmotnost = výška těla v cm mínus 100. O obezitě hovoříme, pokud je normální hmotnost překročena o 20 % (Hauser, 2006).

- **Poměr obvodu pasu k obvodu boků (Waist to hip ratio WHR)**

Nebo index centrální obezity. Pro určení typu obezity změříme poměr obvodu pasu (měřeného v nejobemnějším místě břicha) a obvodu boků. Měříme krejčovským metrem s přesností na 0,5 cm (Hauser, 2006).

Tabulka 3 - Poměr obvodu pasu k obvodu boků

Hodnocení	Muži	Ženy
Spíše periferní	do 0,85	do 0,75
Vyrovnaná	0,85 - 0,90	0,75 - 0,80
Spíše centrální	0,90 - 0,95	0,80 - 0,85
Centrální - rizikový	nad 0,95	nad 0,85

3.13 Co ovlivňuje vzhled těla?

Hlavní vliv na vzhled mají především dané předpoklady, jako je genetika. Na tom jak vypadáme se, ale podílejí i další faktory. Jako jsou cvičení, stravování, sociální a kulturní faktory.

3.13.1 Rodinné a genetické faktory

Každý z nás po narození získává od rodičů základní tělesné a psychické rysy. Podle výzkumů Kováře (in Fialová, 2006) je velkou měrou dědičně podmíněna délka kostí, svalová hmota nebo výška postavy. Genetické předpoklady obou rodičů pak mají menší vliv například na množství tuku. Na vývoj osoby má vliv také vhodná výchova rodičů. Je totiž velmi pravděpodobné, že pokud mají rodiče sklon k anorexii nebo obezitě, vychovají své dítě podobně (Fialová, 2006).

3.13.2 Sociální a kulturní faktory

Sociální a kulturní tlaky mohou oslabit sebedůvěru člověka, dnešní společnost totiž předkládá nereálné vzory. Podporuje tak například strach z tloušťky nebo nespokojenost s vlastním tělem. Není proto divu, že to většinou v ženách vyvolává nadměrnou péči o vlastní tělo i hmotnost. Dalším sociokulturním vlivem je i vyšší tlak na ženy, co se týká uplatnění v práci. (Fialová, 2006).

Ženy nejen, že musí být během práce přitažlivé, ale také se musí přizpůsobit pracovnímu výkonu a požadavkům pro úspěch (Krch, 1999).

3.13.3 Tělesné cvičení

Na vzhled našeho těla má vliv také sport, ten může ovlivnit nejen fyzické zdraví, ale také duševní pohodu. Cvičení kromě zlepšení vzhledu, zdraví a síly pomáhá zvýšit sebedůvěru nebo sebepojetí (Fialová, 2006).

3.13.4 Stravovací návyky

Lidé ve vyspělých zemích trpí nedostatkem pohybu, nadměrným příjmem energeticky bohatých a jednoduchých potravin. Současný životní styl se také vyznačuje nadměrným stresem či kouřením. Toto vše má nepříznivý vliv na vzhled těla (Fialová, 2006).

4 VÝHODY ATRAKTIVNÍHO VZHLEDU

V naší společnosti je časté, že lidé bezdůvodně přiřadí kladné hodnocení a schopnosti atraktivním lidem a naopak neatraktivní lidé jsou hodnoceni negativně. Podle Dobsona je to hlavně tím, že je v naší kultuře nejvýše ceněná fyzická přitažlivost (Dobson, 1994).

4.1 Generalizování na základě vzhledu

Krása bývá spojována s pozitivními vlastnostmi, dovednostmi a schopnostmi. Krásným lidem tedy společnost častěji přiřazuje vlastnosti, jako jsou například dobrotu, laskavost, vyšší inteligence, lepší práce, dobré manželství a to bez jakékoliv větší zásluhy. Oproti tomu neatraktivním lidem přisuzujeme negativní vlastnosti, jako je například lenost nebo nenasytost. Díky tomu pak atraktivní jedinci disponují určitými výhodami. Tito lidé jsou více sebevědomí, společenší, lidé jim důvěřují a proto také dovedou lépe ovlivnit názory druhých (Etcoffová, 2002).

4.2 Výhody atraktivity v dětství

Pěkné děti jsou častěji hýčkány a hlazeny, než děti nehezké. Společnost atraktivní děti vnímá pozitivněji, tyto jedinci se také snadněji prosazují (Etcoffová, 2002). Vzhled má vliv i při hodnocení ve škole, atraktivní žáci jsou známkováni mírněji než děti méně hezké, ty učitelé považují za méně čestné a neposlušné. U dětí krása souvisí i s oblibou mezi vrstevníky (Dobson, 1994).

4.3 Výhody atraktivity v sexuální oblasti

Atraktivní lidé jsou podle společnosti vnímáni jako zkušenější, rozmanitější a více v sexu riskují (Etcoffová, 2002). Muži věří, že krásné ženy jsou sexuálně aktivní a povolnější. (Krása a historie, 2009).

4.4 Výhody atraktivity v sociální a ekonomické sféře

Atraktivní ženy mají větší úspěch u zámožných a úspěšných mužů než ty méně hezké (Etcoffová, 2002). Tyto ženy mají většinou výhody i v práci a častěji vydělávají více

peněz. Většina zaměstnavatelů si raději vybere atraktivní zaměstnankyně. Na druhou stranu mohou být krásné ženy šikanovány z důvodu žárlivosti ostatních zaměstnanců (Dobson, 1994).

5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Podle Janebové (2006) nemůžeme čekat, že se dívka s příjmem potravy hned někomu svěří. Důležité je s nemocným zacházet opatrně, neměli bychom mluvit hned o váze. Nejlepší je bavit se obecně, například zmínit, že vypadá unaveně nebo, že se její výkony zhoršují.

Cílem léčby je naučit mít rád sám sebe, vnímat svůj vzhled, takový jaký je, dosáhnout optimální tělesné hmotnosti, naučit se normálnímu jídelnímu chování a změnit pohled na svět (Krch, 1999).

Léčba poruch příjmu potravy je velmi komplikovaná hlavně proto, že pacientky mají velmi často negativní přístup k samotné léčbě. Bez samotné snahy pacienta a spolupráce se ničeho nedocílí (Anders, 2000).

Krch, Marádová (2003) říkají, že léčba anorexie je úspěšná v 50%, u nemocných bulimií je úspěšnost ve dvou třetinách.

20% z těchto případů však přejde do chronického stádia a problémy je provázejí do konce života. Vyšší úmrtnost je u mentální anorexie a to 2 až 8%, u mentální bulimie je to 0 až 2% případů (Vágnerová, 2004).

Podle Grahama, ale ani po léčbě nemusí prožít tyto osoby běžný život. Pacienti můžou totiž trpět osamocněním, pocity selhání, někteří mohou mít problémy s partnerským životem a mateřstvím (Vágnerová, 2004).

Bez podpory rodiny, přátel a partnerů, ale léčba není skoro možná (Krch, 2005).

Rodina a příbuzní by během léčby neměli přistupovat na požadavky nemocných.

K nim patří například:

- Chtějí jíst samostatně nebo v jinou dobu než ostatní.
- Připravují jídlo jiným.
- Nechtějí jíst to co ostatní, chtějí jen dietní jídlo.
- Chtějí jíst, jen když mají hlad a jen to, co jim chutná.
- Odmítají jíst po 18. hodině.
- Protestují, nechtějí například jíst s některým ze členů rodiny (Marádová, 2007).

5.2 Léčebné cíle

Mentální anorexie - dílčí cíle

- získat normální váhu
- obnovit sexuální citění, reprodukční schopnosti
- zvýšit motivaci ke spolupráci při terapii
- u dospívajících obnovit tělesný růst, demineralizaci kostí
- odstranit další biologické a psychologické následky malnutrice
- léčit psychopatologické projevy
- získat podporu rodiny, partnera, přátel
- seznámit pacienta o zásadách zdravé výživy
- změnit myšlení, postoje a pocity (Papežová, 2006)

Mentální bulimie - dílčí cíle

- redukovat přejídání a zvracení
- pestrá a pravidelná strava
- adekvátní tělesná zátěž
- řešení problémů se sexualitou
- zvládnání zátěžových situací
- změna sebehodnocení - zatím je zaměřené na hmotnost a tělesné tvary
- problémy se sexualitou (Papežová, 2006)

5.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je určena zejména chronickým nebo nepoddajným pacientům, kteří si zažili různé formy léčby a nechtějí podstoupit další léčbu nebo další psychoterapie nemá smysl, nevedla by totiž k úspěchu. Ambulantní neboli lékařská péče je velmi odlišná od psychoterapie. Tato léčba se nesnaží překonat poruchy příjmu potravy, ale chce

pacienta stabilizovat, co se týká somatického a psychického stavu. Ambulantní léčba probíhá pod lékařským dohledem, je prováděna individuálně nebo ve skupině. Jednou z podmínek této léčby je aktivní spolupráce, pacient totiž musí sám docházet do zdravotního zařízení (Krch, 1999).

5.4 Hospitalizace

Hospitalizace je vhodná pro pacienty, u kterých je ambulantní léčba nevhodná, kteří mají závažné onemocnění nebo u pacientů, kteří jsou ohrožení na životě a to i proti jejich vůli. Podle kritérií je hospitalizace nutná, pokud je úbytek váhy o 25%, dehydratace organismu, depresivní symptomy, pokud tam byl pokus o sebevraždu, nízký krevní tlak, zpomalený tep (Krch, 1999).

Během léčby by se to ale nemělo s příjmem stravy přehánět. Kalorická hodnota by tak zpočátku neměla přesáhnout příjem 50% oproti předchozí hodnotě výživy. Dávka se tak zvyšuje postupně během jednoho až dvou týdnů (Hort, 2000).

Nesmí jít o „vykrmení“, mohlo by totiž dojít k vážným tělesným a psychickým poruchám. Mohlo by to zničit celé snažení (Leibold, 1995).

Pacient by měl získat alespoň 90% cílové váhy, většinou hospitalizace trvá 1,5 -2 měsíce. Důležité je připravit nemocného na zařazení do společnosti (Zvolský, 1998).

Přínosem hospitalizace u poruch příjmu potravy je v tom, že pacienti se můžou setkat se stejně nemocnými. Pokud vidí uzdravení, může to vést k motivaci. Nemocní tak vidí, že se nemoc dá vyléčit. V opačném případě to má ale stresující tendenci (Mediaspot, 2009).

V České republice se léčí poruchy příjmu potravy na několika psychiatrických léčebnách a klinikách. Například na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, specializovaná na psychogenní poruchy příjmu potravy nebo na psychiatrické klinice Motol, tady se léčí pacienti do 18 let. Dále se na poruchy příjmu potravy léčí ve Fakultní nemocnici v Brně. Léčba PPP na tomto oddělení trvá obvykle 6 – 8 týdnů. Některé důležité kontakty jsou uvedeny v příloze P III.

5.5 Psychoterapie

U psychoterapie je důležitá aktivní spolupráce pacienta. Důležitý je také terapeutický vztah, zvláště u léčby mentální anorexie a bulimie musí být vztah založený na důvěře.

Tento typ léčby vyžaduje delší dobu. Může se provádět ambulantně, popřípadě v nemocnici (Vágnerová, 2004).

5.6 Druhy terapií

Kognitivně – behaviorální terapie

Tato terapie je především vhodná k léčbě mentální bulimie. Účinky terapie jsou většinou rychle vidět. Kognitivně- behaviorální terapie učí bulimičky racionalizovat a lépe poznávat své pocity, které je vedli k přejídání a zvracení. Tuto terapii je, ale nutné kombinovat s jinými terapiemi, jako je například interpersonální terapie (Krch, 2005).

Rodinná terapie

Této terapii se účastní všichni členové rodiny. Cílem je změnit vztahy v rodině. Důležitá je také pozitivní atmosféra v rodině, ta chrání pacienta například před ukončením léčby. Rodinná terapie je jednou z prvních voleb, která se nabízí především u mladých pacientů, kteří žijí ještě u svých rodičů (Leibold, 1995).

Skupinová terapie

Během skupinové terapie více pacientů pohromadě diskutuje o stejném problému a dalších potížích. Na celou situaci dohlíží psycholog. Tato terapie je, ale u poruch příjmu potravy vhodná teprve tehdy, kdy má nemocný to nejhorší za sebou. Jednou nebo několikrát týdně se tato šesti nebo dvanácti členná skupina sejde v ordinaci psychologa. Ve skupinové terapii je největším přínosem především poznání, že pacient není osamocen a druzí mu mohou poskytnout osobní zkušenosti s bojem proti léčbě. Ve skupině musí být stanoveny pevné hranice, pozitivní atmosféra a nikdy by se chování nemělo hodnotit (Krch, 2005).

Farmakoterapie

Podávání léků nikdy samo nestačí, je důležité tuto léčbu kombinovat. Antidepresiva zmírňují úzkost a potlačují chuť přejíst se. Při volbě farmakoterapie je nutné dodržovat přesnou diagnózu a stadium rozvoje poruchy (Krch, 1999).

Další způsoby terapií

Pacientkám poruch příjmu potravy může kromě předchozích terapií pomoci například také arteterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, ergoterapie a další. Tyto terapie pacienta nutí na okamžik nemyslet na tělo nebo jídlo a myslet na něco jiného. Také mohou vést k získání dalších materiálů, pro analýzu problému (Leibold, 1995).

6 PREVENCE

Význam prevence poruch příjmu potravy narůstá. Předcházet problémům s poruchami příjmu potravy je daleko jednodušší, než je vyléčit. Jedním z nejvýznamnějších kroků v prevenci je zlepšení informovanosti. Taková prevence se realizuje osvětou, ta může probíhat v různé podobě, například v televizi, ve škole nebo v knihách. Podle odborníků to ale nestačí, ideální štíhlé tělo je totiž daleko více propagováno (Krch, 2005).

Podle Halla a Cohna (2003) je důležité prevenci zdravého životního stylu začlenit i do osnov základních a středních škol. Důležité je především systematická a dlouhodobá prevence, která se stane součástí kultury. Jedině tak bude účinná.

Důležitá je také prevence v rodině. Stravovací návyky získané v dětství totiž člověk často dodržuje celý život. V dnešní uspěchané době narůstají i nabídky rychlého občerstvení, proto je nutné dítěti vštípit kulturu stolování. Zdravá výživa, bohatý volný čas jsou pro děti nejúčinnější prevencí proti poruchám příjmu potravy (Ladishová, 2006).

Zdravý životní styl by se měl stát samozřejmostí pro každého z nás. Měli bychom se naučit aktivně řešit problémy, nepít hodně alkoholu, nedržet diety, udržovat si vyrovnanou náladu (Benešová, 2003).

Člověk by měl dodržovat zdravý životní styl, podporovat sport, ale né jako prostředek hubnout či spalovat kalorie. Rozumné je navyknout si na vyváženou stravu, minimálně do tří dávek denně. Nepoužívat jídlo jako formou trestů a odměn. Hlavně se nesmí zamotat do několika diet (Ladishová, 2006).

Přímé varování před poruchami příjmu potravy, ale bohužel nepomáhá. I po seznámení s případem jiných pacientek příznaky nemizí. Jediné co pomáhá, je varování, že projímadla a zvracení jsou nebezpečné a také neúčinné (Krch, 2005).

V Kanadě vyzkoušeli jako prevenci internetový vzdělávací program, který během dvou měsíců informoval pedagogy o důležitých informacích týkajících se poruch příjmu potravy. Výsledek byl úspěšný. Začali své znalosti praktikovat při výuce a edukace se dále rozšiřovala (McVey, 2009).

Na zvýšení osvěty se v České republice podílí i sdružení Anabell. Tato společnost se snaží odtabuizovat problematiku poruch příjmu potravy.

6.1 Preventivní programy u poruch příjmu potravy

Během let byly vyzkoušeny desítky preventivních programů, které se vzájemně liší. Některé z programů (Stice, 2004):

- **Programy pro rozvoj mediální gramotnosti.** Snaží se člověka naučit orientovat se v médiích, časopisech, reklamách a zprávách, aby se nenechal reklamou příliš ovlivnit. Vedou jedince ke kritickému pohledu na ideály vyhublých modelek a štíhlých žen.
- **Didakticko-edukační programy.** Poskytují informace o normálním vývoji, správném stravování a problémech poruch příjmu potravy a to konkrétně, jak se projevují, jaké jsou rizika a jaké mohou mít následky.
- **Didakticko-psychoedukační programy.** Kromě toho, že poskytují dospívajícím informace o poruchách příjmu potravy a nebezpečích hubnutí, navíc učí, jak si zdravě udržet normální váhu nebo snížit nadváhu, plus s nimi nacvičují zvládací strategie, aby dokázali čelit tlakům společnosti.
- **Interaktivní programy.** Učí zvládat sociální a kulturní tlaky, pomáhají přijmout vlastní tělo, posilují sebedůvěru a snaží se zvládat zátěž.
- **Kognitivně-behaviorální intervenční programy.** Zabývají se kognitivními, emočními a behaviorální faktory, které souvisí s nespokojeností jedince s vlastním tělem. Snaží se jeho nevhodné uvažování o vlastním těle, jeho chování související s vlastním vzhledem, jeho stravovací rituály změnit.

7 SITUACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR

„Můžeme předpokládat, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena.“ (Krch, 2000, s. 24)

Více než 89% dívek si přeje zhubnout a být štíhlejší. Velká část z nich vyzkoušela alespoň jednu dietu. Nejčastěji používané metody jsou hladovění, cvičení, ve 4% dokonce zvracení. Některé dívky se snaží hubnout už od 9 let (Jandová, 2003).

Při srovnání se západními zeměmi jsou poruchy příjmu potravy srovnatelně rozšířené. (Krch, 2000).

Česká republika oproti Západní Evropě zaostává v oblasti terapie, také prevence a osvěta je nedostačující. Zdůrazňuje se stále jen nebezpečí nadváhy a obezity. Problémy se začínají rozšiřovat i do střední a východní Evropy i tam, totiž lidé hledají vzory a přejímají hodnoty západního stylu života. Mezi ně patří úspěch a štíhlost (Cooper, 1995).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÉ CÍLE

Ve druhé polovině své diplomové práce se věnuji praktické části. V této kapitole rozebírám cíl výzkumu, výzkumný vzorek, stanovuji výzkumný problém a uvádím metodu výzkumu. Snažím se proniknout do problematiky poruch příjmu potravy u skupiny modelek a běžné populace studentek. Cílem výzkumné části je ověřit, zda mají modelky větší předpoklad k poruchám příjmu potravy, častější problémy s váhou a více se zabývají svým tělem oproti studentkám. Provedeným výzkumem hodlám vyvrátit či naopak potvrdit hypotézy, které jsem si na počátku mého výzkumu stanovila.

8.1 Cíle dotazníku EDI

Předpokládám, že normální dívky nejsou k poruchám příjmu potravy tak náchylné jako modelky. Cílem testu EDI je nejprve obě skupiny dívek porovnat v rámci výsledku celého testu a zjistit jestli se projeví nějaké rozdíly. Pak se zaměřím na jednotlivé subškály zvlášť.

8.2 Cíle dotazníku PSSI

Důvodem použití dotazníku PSSI bylo zjistit, jestli se projeví vyšší skórování v některých subtestech. V manuálu tohoto testu mají pacienti s poruchami příjmu potravy zvýšenou škálu - sebekritický a naopak snížené škály - příjemnost, přívětivost a škálu sebejistý.

8.3 Výběr výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný – test byl určen dívkám a modelkám od 15 do 25 let. Dotazník byl rozdán celkem ve čtyřech modelingových agenturách na Zlínsku a v Praze. Kromě modelek byly osloveny studentky ze stejných regionů. Z modelingových agentur v Praze bylo zastoupeno 25 respondentů, ze Zlínských agentur to bylo také 25 dívek. Podobně to probíhalo i se studentkami, 25 studentek bylo vybráno z Gymnázia v Praze a zbývajících 25 z Gymnázia ve Zlíně.

8.4 Zpracování získaných dat

Dotazníky byly rozdávány studentkám a modelkám v období od září 2010 do konce ledna 2011. Ze 150 dotazníků se jich vrátilo 100 vyplněných. Všechna data byla zpracována tabulárně a graficky během února a března 2011.

9 HYPOTÉZY

„Hypotéza je tvrzení o předpokládaném či pravděpodobném zjištění (výsledku, poznatku), k němuž se má ve zkoumané oblasti dospět. Obecně jsou formulace hypotéz nezbytnou součástí rozvoje každé vědecké teorie, tedy i pedagogiky.“ (Průcha, 2009, s. 128)

9.1 Hypotézy dotazníku EDI

H1: Nutkání ke štíhlosti se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.

H2: Bulimie se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.

H3: Předpokládám, že statisticky významně vyšší skórování s nespokojeností s vlastním tělem budou mít modelky oproti studentkám.

H4: Strach z dospělosti se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.

9.2 Hypotézy dotazníku PSSI

H5: Předpokládám, že ve škále „sebejistý“ budou statisticky významně vyšší skóry u studentek než u modelek.

H6: Předpokládám, že ve stylu „sebekritický“ budou statisticky významně vyšší skóry u modelek než u studentek.

H7: Subškála příjemný se bude statisticky významněji projevovat u studentek oproti modelkám.

10 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V praktické části dochází k srovnávání poruchy příjmu potravy u studentek a modelek. Pro diplomovou práci byly zvoleny dotazníky EDI a PSSI. Zkoumaný soubor tvořily modelky ze dvou modelingových agentur z Prahy a Zlína. Studentky byly vybrány také z těchto dvou měst. Celkový počet všech respondentů je 100. Věkové rozmezí zkoumaných studentek a modelek bylo 15 až 25 let. Respondenti byli ujištěni o zaručení anonymity a o využití získaných informací jen pro tuto práci. Výhodou dotazníku je anonymita, nevýhodou je skutečnost, že odpovědi mohou být zkreslené, ať již záměrně či z důvodu nepochopení otázky. Další nevýhodou je skutečnost, že není možnost sledovat neverbální chování respondentů, a také to, že dotazovaní nemusí odpovědět na všechny otázky, to se stalo u jednoho z dotazníků. Předvýzkum nebyl neprováděn.

10.1 Použité metody

10.1.1 Dotazník EDI

The Eating Disorder Inventory (EDI) je sebesposuzovací škála pro zhodnocení charakteristik mentální anorexie a bulimie. Tuto škálu vytvořili v roce 1983 David M. Garner, M. P. Olmsted a J. Polivy. Dotazník EDI obsahuje 63 sebehodnotících položek, který má šestibodovou stupnici: **vždy – většinou – často – někdy – zřídka – nikdy**. Každá škála v dotazníku se skóruje zvlášť a nejextrémnější odpovědi jsou za 3 body, následující za 2 a třetí extrémní odpovědi za 1 bod, zbytek odpovědí je za 0 bodů (Albion, 1995; Garner, 1983).

EDI má 64 položek, sestávajících se z 8 subškál:

1) Nutkání být štíhlý DT

- zaměření na dietu
- nadměrné zabývání se váhou
- snaha snížit váhu
- extrémní usilování o štíhlost
- hlavní rys anorexie

2) Bulimie B

- tendence k přejídání
- impuls vyvolat zvracení

3) Nespokojenost s vlastním tělem BD

- narušené vnímání vlastního těla
- domněnka, že některé partie těla jsou příliš velké

4) Inefektivita I

- zachycuje pocit nejistoty, bezcennosti
- pocit neřízení vlastního života

5) Perfekcionismus P

- zaměření na perfektní výkon
- dívky s anorexií jsou vysoce orientované na úspěch

6) Interpersonální stres = nedůvěra IP

- odcizení
- nechť vytvářet úzké vztahy
- neschopnost prožít příjemné pocity vůči druhým

7) Interoreceptivní vnímání IA

- nedostatek jistoty při poznávání a identifikování emocí nebo viscerálních pocitů hladu

8) Strach z dospívání MF

- přání vrátit se do bezpečí preadolescentních let
- dospělost vnímají jako ohromující a nesplnitelné (Albion, 1995; Garner, 1983)

10.1.2 Dotazník PSSI

Persönlichkeits Stil und Störungs Inventar je to sebeposuzovací inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti. PSSI kvantifikuje relativní vyhraněnost osobnostních stylů, chápaných jako nepatologické varianty poruch osobnosti, popsanych v DSM-IV. PSSI se opírá o předpoklad, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogický osobnostní styl. Na jeho základě tohoto dotazníku nelze poruchu diagnostikovat a to ani za předpokladu, že člověk dosahuje extrémně vysokého skóru. Pro diagnostiku musí být splněna diagnostická kritéria dle DSM-IV. Dotazník obsahuje 140 položek tvořících 14 škál. Obvyklá doba vyplnění dotazníku je asi 40 minut. Maximální počet bodů pro každý osobnostní styl je 30. Hrubé skóry se dále převádí na T-skóry a percentily dle norem (Kuhl, Kazén, 2002).

Tabulka 4 – Přehled jednotlivých stylů a názvů odpovídajících poruch (Kuhl, Kazén, 2002)

<i>Zkratka</i>		<i>Styl</i>	<i>Jednostrannost</i>	<i>Porucha</i>	<i>Ukázka</i>
1	DS	Sebejistý	Bezohledný	Disociální	„Když se lidé postaví proti mně, dovedu je vyřídít.“
2	PN	Nedůvěřivý	Svéhlavý	Paranoidní	„Je mnoho upřímných lidí.“ (opačný pól)
3	SZ	Rezervovaný	Chladný	Schizoidní	„Zachovávám si odstup vůči druhým.“
4	SN	Sebekritický	Pochybovačný	Sebenejistý	„Kritika se mně dotýká více než druhých.“
5	NT	Pečující	Perfekcionistický	Nutkavý	„Stálost a pevné zásady určují můj život.“
6	ST	Intuitivní	Mýtický	Schizotypní	„Věřím na přenos myšlenek.“
7	RP	Optimistický	Příkrášlující	Rapsodický	„Kamkoliv přijdu, šířím dobrou náladu.“
8	NR	Ctižádnostivý	Sebestředný	Narcistický	„Láká mě myšlenka být slavnou osobností.“
9	NG	Kritický	Umíněný	Negativistický	„V životě mě často provázela smůla.“
10	ZS	Loajální	Přichylný	Závislý	„Potřebuji mnoho projevů lásky a přijetí.“
11	BL	Impulzivní	Vrtkavý	Borderline	„Mé city se mění často náhle a impulzivně.“
12	HI	Příjemný	Předvádějící se	Histrionský	„Na druhé pohlaví působím obzvlášť přitažlivě.“
13	DP	Klidný	Utlumený	Depresivní	„Cítím se často skleslý a slabý.“
14	OB	Ochotný	Obětavý	Obětující se	„Zabývám se více starostmi druhých než vlastními potřebami.“

11 VÝSLEDKY

Na základě vyhodnocení dotazníků byly zjištěny níže uvedené výsledky. Výsledky šetření jsou znázorněny pro přehlednost také v grafech a tabulkách.

11.1 Zpracování dotazníku EDI

Na vyhodnocení dotazníku EDI byl použit t-test. Při ověřování statistické významnosti pak zvoleny hladiny významnosti $\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,1$. Důvodem bylo prokázat výsledek s co největší pravděpodobností. Mezi oběma skupinami byly zjištěny významné statistické rozdíly v aritmetických průměrech. Skupina modelek má vyšší skóry v aritmetických průměrech ve všech osmi subtestech. Viz tabulky 5, 6.

Výsledky EDI- MODELKY

Tabulka 5 – Výsledky EDI - Modelky

<i>Subškály</i>	<i>Průměr</i>	<i>Sm. odchylka</i>	<i>Rozptyl</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DT	13,28	3,17	10,04	7	21
B	9,62	3,93	15,46	3	20
BD	14,02	4,22	17,78	5	23
I	13,10	4,20	17,60	6	25
P	10,84	3,16	10,01	5	18
ID	10,08	3,20	10,24	4	18
IA	13,72	4,46	19,88	5	22
MF	13,62	4,43	19,59	5	22

Výsledky EDI- STUDENTKY

Tabulka 6 – Výsledky EDI - Studentky

<i>Subškály</i>	<i>Průměr</i>	<i>Sm. odchylka</i>	<i>Rozptyl</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DT	8,60	4,59	21,06	0	18
B	7,10	3,47	12,05	0	15
BD	5,46	3,22	10,38	0	13
I	6,82	4,15	17,21	0	15
P	7,40	3,99	15,96	0	17
ID	5,30	3,25	10,58	0	12
IA	5,48	3,64	13,28	0	12
MF	6,50	3,57	12,74	0	18

Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál EDI

Tabulka č. 7 shrnuje výsledky dotazníku EDI. Aritmetické průměry jsou ve všech subtestech vyšší u modelek než u studentek. Statisticky významný rozdíl v t-testu, ale nebyl potvrzen u všech subtestů. Statistická významnost na hladině $\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,1$ je v tabulce vyznačena tučně. Srovnáním obou skupin studentek a modelek byla prokázána platnost H1, H3, H4. Modelky se významně více zabývají tělesnou váhou a svými rozměry více než studentky.

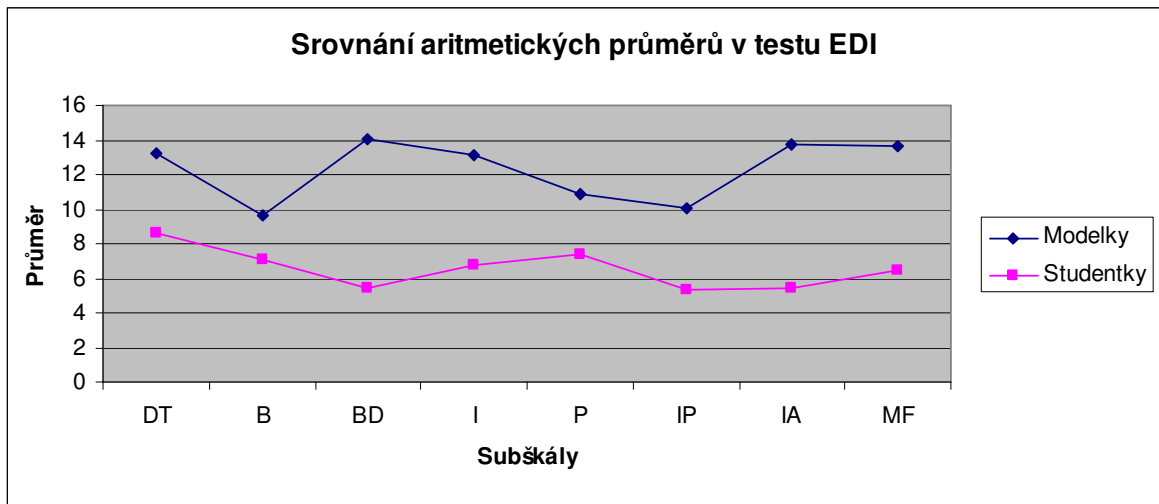
Tabulka 7 – Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál EDI

	<i>Modelky n = 50</i>		<i>Studentky n = 50</i>		<i>F</i>	<i>t</i>
	\overline{x}_1	s_1^2	\overline{x}_2	s_2^2		
DT	13,28	3,17	8,6	4,59	2,097	5,934
B	9,62	3,93	7,1	3,47	1,283	3,397
BD	14,02	4,22	5,46	3,22	1,713	11,408
I	13,1	4,2	6,82	4,15	1,023	7,526
P	10,84	3,16	7,4	3,99	1,594	4,773
ID	10,08	3,2	5,3	3,25	1,034	7,408
IA	13,72	4,46	5,48	3,64	1,497	10,119
MF	13,62	4,43	6,5	3,57	1,537	8,854

Vysvětlivky: \overline{x}_1 ... aritmetický průměr modelky, \overline{x}_2 ... aritmetický průměr studentky

s_1^2 ... směrodatná odchylka modelky, s_2^2 ... směrodatná odchylka studenty

F... F-test, *t* ... t-test



Obrázek 5 - Srovnání v testu EDI

11.2 Zpracování dotazníku PSSI

U dotazníku PSSI byl pro statistické zpracování použit aritmetický průměr, směrodatná odchylka a rozptyl pro každou skupinu. Pro vyhodnocení byl zvolen t-test. Při ověřování statistické významnosti byly použity hladiny významnosti $\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,1$. V subtestech mapujících poruchy příjmu potravy, byly prokázány významné rozdíly v aritmetických rozdílech. Viz tabulky 8, 9.

Výsledky PSSI - MODELKY

Tabulka 8 – Výsledky PSSI - Modelky

<i>Subškály</i>	<i>Průměr</i>	<i>Sm. odchylka</i>	<i>Rozptyl</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DS	11,84	5,87	34,50	2	26
PN	8,82	5,90	34,76	0	22
SZ	7,70	4,51	20,34	1	19
SN	12,76	6,19	38,31	3	25
NT	7,50	3,93	15,44	0	17
ST	7,80	4,32	18,69	1	19
RP	9,64	4,93	24,28	1	20
NR	11,02	5,33	28,43	2	25
NG	13,10	5,68	32,26	4	23
ZS	8,50	5,07	25,72	1	21
BL	10,69	4,79	22,97	3	21
HI	9,78	4,73	22,42	2	21
DP	10,46	4,54	20,62	2	21
OB	9,56	5,08	25,76	2	21

Výsledky PSSI - STUDENTKY

Tabulka 9 – Výsledky PSSI - Studentky

<i>Subškály</i>	<i>Průměr</i>	<i>Sm. odchylka</i>	<i>Rozptyl</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
DS	10,82	4,85	23,54	1	24
PN	11,26	4,83	23,34	2	21
SZ	12,38	5,41	29,30	2	24
SN	11,64	5,20	27,01	5	25
NT	12,44	5,59	31,27	4	24
ST	11,92	5,57	31,05	2	24
RP	13,68	5,31	28,22	4	25
NR	11,20	5,08	25,80	1	22
NG	12,58	5,52	30,49	2	23
ZS	11,84	5,32	28,26	4	25
BL	9,84	4,64	21,52	3	19
HI	11,18	5,46	29,78	2	25
DP	12,02	5,10	26,02	4	23
OB	11,24	5,21	27,12	2	21

Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál PSSI

Tabulka č. 10 nám ukazuje výsledky dotazníku PSSI. Aritmetické průměry jsou vyšší u modelek v subtestech DS, SN, NG, BL, v ostatních subtestech bylo vyšší skóre u studentek. Statistická významnost na hladině $\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,1$ se nepotvrdila u všech subtestů. Statisticky významný rozdíl v t-testu je v tabulce zvýrazněn tučně. Srovnáním obou skupin- studentek a modelek byla prokázána platnost H5, H6, H7.

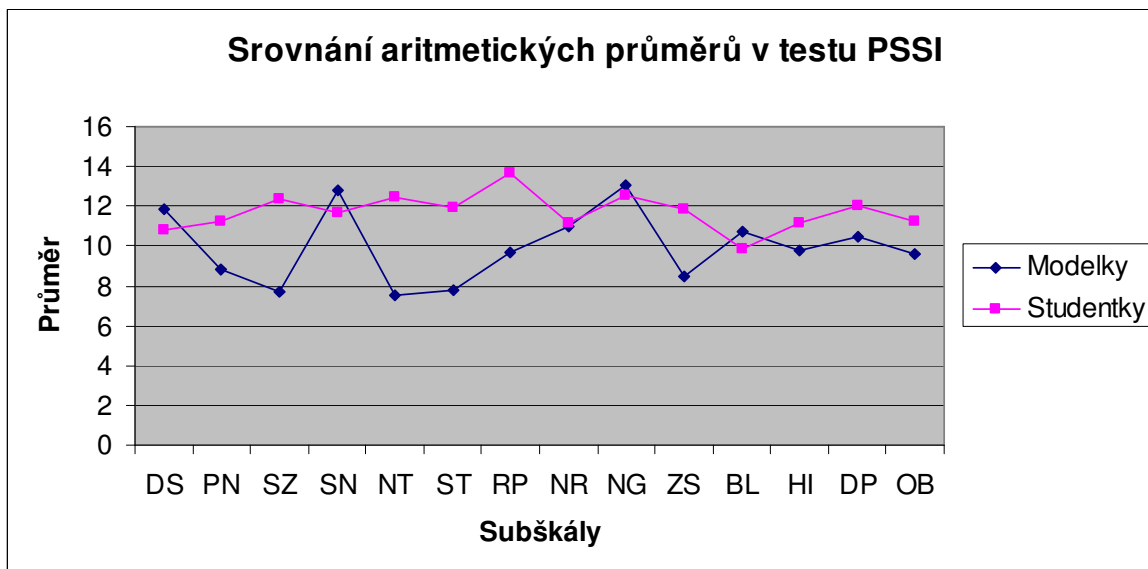
Tabulka 10 – Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál PSSI

	<i>Modelky n = 50</i>		<i>Studentky n = 50</i>		<i>F</i>	<i>t</i>
	\overline{x}_1	s_1^2	\overline{x}_2	s_2^2		
DS	11,84	5,87	10,82	4,85	2,251	7,106
PN	8,82	5,9	11,26	4,83	1,489	2,264
SZ	7,7	4,51	12,38	5,41	1,441	4,697
SN	12,76	6,19	11,64	5,2	1,626	5,919
NT	7,5	3,93	12,44	5,59	2,026	5,111
ST	7,8	4,32	11,92	5,57	1,661	4,130
RP	9,64	4,93	13,68	5,31	1,163	3,943
NR	11,02	5,33	11,2	5,08	1,102	0,173
NG	13,1	5,68	12,58	5,52	1,058	0,464
ZS	8,5	5,07	11,84	5,32	1,099	3,214
BL	10,69	4,79	9,84	4,64	1,067	0,901
HI	9,78	4,73	11,18	5,46	1,849	8,473
DP	10,46	4,54	12,02	5,1	1,262	1,615
OB	9,56	5,08	11,24	5,21	1,053	1,634

Vysvětlivky: \overline{x}_1 ... aritmetický průměr modelky, \overline{x}_2 ... aritmetický průměr studentky

s_1^2 ... směrodatná odchylka modelky, s_2^2 ... směrodatná odchylka studenty

F... F-test, *t* ... t-test



Obrázek 6 - Srovnání v testu PSSI

12 PLATNOST HYPOTÉZ

12.1 Vyhodnocení hypotéz u EDI

HYPOTÉZA Č. 1

„Nutkání ke štíhlosti se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

HYPOTÉZA Č. 2

„Bulimie se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha < t$ není signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha < t$ není signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ není signifikantní rozdíl

HYPOTÉZA Č. 3

„Předpokládám, že statisticky významně vyšší skórování s nespokojeností s vlastním tělem budou mít modelky oproti studentkám.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ není signifikantní rozdíl

HYPOTÉZA Č. 4

„Strach z dospělosti se bude statisticky významněji projevovat u modelek oproti studentkám.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha < t$ není signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ není signifikantní rozdíl

12.2 Vyhodnocení hypotéz u PSSI

HYPOTÉZA Č. 5

„Předpokládám, že ve škále „sebejistý“ budou statisticky významně vyšší skóry u studentek než u modelek.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ je signifikantní rozdíl

HYPOTÉZA Č. 6

„Předpokládám, že ve stylu „sebekritický“ budou statisticky významně vyšší skóry u modelek než u studentek.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ není signifikantní rozdíl

HYPOTÉZA Č. 7

„ Subškála příjemný se bude statisticky významněji projevovat u studentek oproti modelkám.“

$\alpha = 0,1$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,05$

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$t_\alpha < t$ je signifikantní rozdíl

$\alpha = 0,01$

Předpokládaná hypotéza se nepotvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

$t_\alpha > t$ není signifikantní rozdíl

13 DISKUZE

Ve své teoretické části jsem se snažila popsat problematiku poruch příjmu potravy. Cílem bylo podat ucelený teoretický obraz o problematice poruch příjmu potravy jako reakce na zvyšující se výskyt tohoto onemocnění v naší populaci. Zjišťovala jsem, jak se tato problematika vyvíjela, jak ji ovlivňují média a společnost. A jestli dnešní doba toto onemocnění skrytě nepodporuje.

Ve výzkumné části jsem porovnávala padesát modelek a padesát studentek. Výzkumný vzorek studentek tvořily dívky z Gymnázia T. G. M ve Zlíně a studentky Gymnázia Na Zatlance v Praze. Vzorek modelek tvořily dívky ze dvou modelingových agentur ze Zlína a z Prahy. Dívkám bylo od 15 do 25 let. Pro menší výzkumný vzorek mohou být zjištěné výsledky méně validní. Ve své studii jsem chtěla zjistit, zda je mezi těmito dvěma skupinami rozdíl v oblasti poruch příjmu potravy, která skupina je odolnější vůči této nemoci a která naopak může častěji podlehnout. Po domluvě s PhDr. Krchem a PhDr. Obereignerů jsem zvolila dotazníky PSSI a EDI.

Pomocí dotazníku EDI jsem porovnávala modelky a studentky a jejich náchylnost k poruchám příjmu potravy. Použila jsem t-test a porovnávala jsem aritmetické průměry modelek a studentek u všech subškál EDI.

Zjistila jsem zde velký signifikantní rozdíl mezi studentkami a modelkami. První hypotéza předpokládající, že nutkání ke štíhlosti se bude statisticky projevovat více u modelek, se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. I nespokojenost s vlastním tělem se podle hypotézy potvrdila a to na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Poslední hypotéza, kde jsem očekávala, že strach z dospělosti se bude statisticky významněji projevovat, u modelek oproti studentkám se také potvrdila, ale jen na hladině významnosti $\alpha = 0,1$. Hypotéza číslo dva, se bohužel nepotvrdila. Výsledky jsou uvedené v praktické části. Je možné, že pokud by byl vzorek respondentů větší, druhá hypotéza by se potvrdila.

Tento výzkum bych mohla srovnat také se studií MUDr. Janouta a MUDr. Boučka, kteří v roce 2001 zkoumali 8 skupin dívek (studentky kosmetické školy, zdravotnické školy, gymnázia a lékařské fakulty, modelky, tanečnice, baletky, krasobruslařky a vrcholové gymnastky). Byly sledovány rizikové faktory pro mentální anorexii a bulimii pomocí standardizovaného dotazníku EAT. Ukázalo se, že modelky, baletky, vrcholové gymnastky a krasobruslařky patří do skupin, u které je riziko poruch příjmu potravy daleko vyšší než u studentek různých oborů (Janout, 1997).

Podle Krcha v současnosti nikoho nenapadne propagovat drogy, ale nepřiměřená vyhublost a diety jsou v médiích ukazovány denně. Ženy tak v sobě pěstují pocit, že štěstí závisí na hubenosti. Dnešní média jsou tak přeplněná vyhublými modelkami a následně i tisíci obdivovatelkami. Velmi známou modelkou je i Hana Soukupová, která v článku pro Magazín Dnes se o modelingu ve světě vypráví. Její agentka říká, že úspěch Hanky je v její vyhublosti. Podle ní České Missky v zahraničí nemají šanci. Diváci totiž vybírají dívky s boky a prsy (Krch, Lidové noviny, 2003).

Sama nerozumím tomu, co je na tom špatného, že se všem více líbí ženské tvary a nechápu, že to prezentují jako velký problém. I když i tak si myslím, že na některých soutěžích krásy u nás jsou dívky také velmi vyhublé, možná jich není tolik, ale jsou.

Hanka Soukupová v článku také uvádí, že dietu nedrží. Podle ní stačí jíst totiž zdravě a pohybovat se. Jí samotnou energii dodává ovoce. Sama, ale tvrdí, že je denně až 20 hodin na nohou. To by pak musela podle Krcha sníst až 50 kusů třeba jablek, aby jí energetická hodnota stačila. Není pak divu, že je tak hubená (Krch, Lidové noviny, 2003).

Jak pak mohou dopadnout dívky, které Hanku a modelky obdivují, když si takovýto článek přečtou? Každá dívka se chce podobat svému vzoru, a pokud chtějí být modelky, tak jim nic jiného nezbyvá, než se při nejmenším omezovat v jídle a v nejhorším případě nejíst vůbec. Pak se možná dostanou do světa modelingu, mohou být i úspěšné, ale za jakou cenu.

Modelky zkoumal také rakouský psychoterapeut Günther Rathner z innsbrucké university. Jeho výzkumu se zúčastnilo 50 modelek, jak sám popisuje, nebylo jednoduché tyto dívky přesvědčit. Zjistil, že všechny zúčastněné dívky měly poněkud problematický postoj ke své postavě, váze, jídlu i fyzickému vzhledu a to i přestože všechny měly už tak nízkou váhu.

Nakonec z výzkumu vyplynulo, že příznaky anorexie trpí 50 procent modelek. Požadavky na vysněný ideál je čím dál tím štíhlejší a normálním způsobem tak nízkou váhu nelze dosáhnout (Zajíc, 2002).

Nejhorší pak je, že modelky jsou pak příkladem pro další tisíce děvčat a žen, která chtějí vypadat, jako ony.

Dotazník PSSI se zaměřuje na poruchy osobnosti, je prokázáno, že pacienti s poruchami příjmu potravy mají snížený styl sebejistý - sebeprosazující (porucha disociální) a příjemný styl (porucha histrionská), naopak mají ale zvýšený styl sebekritický (porucha vyhublavá). Zaměřila jsem se tedy na tyto subškály a zjišťovala platnost či neplatnost hypotéz. První

hypotéza se potvrdila, vyšší skóre ve škále sebejistý je u studentek oproti modelkám a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. V druhé hypotéze předpokládám, že ve stylu sebekritický budou statisticky významně vyšší skóre u modelek než u studentek, tato hypotéza se potvrdila s 90% pravděpodobností. Poslední hypotéza se potvrdila s 97,5% pravděpodobností, dokázalo se tedy, že subškála příjemný je statisticky významnější u studentek oproti modelkám. Výsledky jsou uvedené v empirické části.

Tlak vyvolaný společností na dívky je velký, ale podle mého výzkumu lze předpokládat, že na modelky je tlak ze všech stran asi větší. Hlavně kvůli tomu, že ony se svou postavou živí, proto je více nutí nad ní uvažovat a starat se o ni. Dívky v modelingové oblasti se proto musí snažit vyhovět požadavkům návrhářů nebo agentur. Pokud tyto dívky tedy neměří minimálně 175 cm a nemají míry maximálně 85-60-90, tak mají jen dvě možnosti, hodit svůj sen stát se modelkou za hlavu nebo hubnout. Většinou to u nich může vyvolat snahu svou postavu stále zlepšovat, držet různé diety a bohužel je to postupem času může dohnat až k anorexii nebo bulimii.

Modelingové agentury se proto snaží vybírat si stále mladší dívky, které jsou ještě děti a zatím nemají ženské křivky. Není tedy divu, že přehlídková mola a stránky časopisů plní 13-ti leté dívky. Problém pak většinou nastává po 18 roku života. Postupem času, kdy jim začínají narůstat tvary ženského těla, většinou dochází k tomu, že modelky se s tím nechtějí vyrovnat a začínají držet diety, přestávají jíst a někdy to může vést až k anorexii nebo bulimii.

Není zvláštní, že jsou to právě modelky z reklam a televize, co u většiny dívek spouštějí touhu být štíhlé, ale samy ony mají problémy s vnímáním vlastního těla?

Možná se blýská na lepší časy, v zahraničí například představitelé francouzského módního průmyslu podepsali v Paříži chartu proti anorexii. Signatáři tohoto dokumentu, který podpořilo francouzské ministerstvo zdravotnictví, se zavázali nepodporovat nezdravé životní návyky a neukazovat obrázky lidí, jež by mohly sloužit jako návod k extrémní vyhublosti. Za podněcování k anorexii ve Francii trestají dokonce dvouletým vězením a pokutou až 750 tisíc korun.

14 ZÁVĚRY

Statistická analýza dat byla provedena pomocí programů MS Excel a Statistica 9. Signifikantní rozdíly byly zjišťovány pomocí t- testu pro rozdíl výběrových průměrů dvou nezávislých výběrů, za podmínky, že mezi rozptyly ZS, ze kterých výběry pocházejí je statisticky významný rozdíl. Na základě výsledků t-testu bylo možné potvrdit hypotézy H1, H3,H4, H5, H6, H7 a zamítnout H2.

H1: Ve výsledných skórech dotazníku EDI byl prokázán mezi modelkami a studentkami v subškále nutkání ke štíhlosti statisticky významný rozdíl. Vyšší hodnoty byly u modelek.

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

H2: V subtestu bulimie v dotazníku EDI nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi studentkami a modelkami. Hypotéza předpokládala vyšší skóry u skupiny modelek.

H3: Ve výsledných skórech v subškále nespokojenost s vlastním tělem byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi modelkami a studentkami. Vyšší skóry byly naměřeny u modelek.

Hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

H4: V subtestu strach z dospělosti v dotazníku EDI se ve výsledných skórech potvrdil signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Vyšší skóry byly zjištěny u modelek.

Hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,1$.

H5: V inventáři PSSI ve škále sebejistý se ve výsledných skórech potvrdil signifikantní rozdíl mezi modelkami a studentkami. Vyšší hodnoty byly u studentek.

Hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

H6: V osobnostním dotazníku PSSI ve škále sebekritický byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Vyšší skóry byly naměřeny u modelek.

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

H7: Ve škále příjemný v PSSI byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi modelkami a studentkami. Vyšší hodnoty byly zjištěny u studentek.

Předpokládaná hypotéza se potvrdila na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Zjištěné závěry netvrdí, že pouze modelky trpí poruchami příjmu potravy. Hlavní snahou této výzkumné činnosti bylo poukázat na problémy s touto nemocí ve světě modelingu. Problémem pak je, že tyto dívky určují ideál.

15 SOUHRN

Diplomová práce je rozdělena do 15 kapitol, které na sebe plynule navazují a postupně seznamují se zvolenou problematikou. V teoretické části jsou přesně definovány pojmy mentální anorexie, mentální bulimie a jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy. V práci je dále popsána historie poruch příjmu potravy, ideál krásy, rizikové faktory nemoci a samozřejmě nechybí léčba a prevence. V praktické části byly stanoveny výzkumné cíle, metodika práce, byl popsán postup při zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Získané výsledky metod EDI a PSSI svědčí o častějším výskytu poruch příjmu potravy u modelek. Rozdíly mezi modelkami a dívkami v dotazníku EDI i PSSI jsou statisticky významné. Podle dotazníku EDI se dá jednoznačně předpokládat, že studentky jsou více spokojené se svou postavou než modelky. Modelky mají statisticky větší tendence k poruchám příjmu potravy oproti studentkám. Dále se potvrdilo, že u modelek je statisticky vyšší skórování ve škálách nespokojenost s vlastním tělem, nutkání ke štíhlosti, strach z dospívání a strach z dospělosti. Výsledky mé studie jsou v souladu s publikovanými studiemi. V dotazníku EDI se potvrdily celkem tři hypotézy- H1, H3, H4. Platnost H2 se nepotvrdila. V osobnostním inventáři PSSI se pacienti s poruchami příjmu potravy určují podle zvýšené škály sebekritický a naopak snížených škál příjemnost a sebejistý. Tyto předpoklady byly zjišťovány v hypotézách. Signifikantní rozdíl se potvrdil ve všech třech hypotézách.

Poruchy příjmu potravy se stávají častým a velmi nebezpečným onemocněním, tato nemoc postihuje už mladé dívky, které chtějí být modelkami nebo se jim chtějí alespoň podobat. Problém nastává u dívek už v pubertě, kdy začínají srovnávat svůj vzhled s ostatními spolužačkami, kamarádkami, ale i modelkami z časopisů či televize. Proto je velmi nezbytné se na danou problematiku zaměřit. Dnešní společnost více řeší obezitu než tyto opačné problémy. Velmi důležitá je proto kvalitní osvěta a to už od raného dětství.

Závěrem můžeme říci, že cíl diplomové práce byl splněn, teoretické poznatky byly uceleny do přehledného celku a výzkumným šetřením je diplomová práce obohacena o důležité informace o problematice poruch příjmu potravy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- Allison, D. B. (1995). Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: measures, theory, and research. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Balch, J. F. (1998). Bible předpisů zdravé výživy (1. vyd.). Praha: Pragma, 572 s.
- Benešová, D. (2003). Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií (1.vyd.). Praha: Sdružení MAC, 31 s.
- Bouček, J. (2006). Speciální psychiatrie. (1.vyd.) Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bróhmová, P. (1999). Jsem ze všech nejkrásnější? (1.vyd.) Praha: Amulet.
- Bruch, H. (1978). The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 150 s.
- Cooper, P. J. (1995). Mentální bulimie a záchvatové přejídání (1.vyd.). Olomouc: VOTOBIA, 207 s.
- Crook, M. (1995). V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o vzhledu těla. Ostrava: Oldag.
- Dixonová, M. (1997). Miluj tělo, s nímž ses narodila. Praha: Práh.
- Dobson, J. (1994). Být sám sebou. Praha: Návrat domů.
- Dvořáková, P. (2009). Já jsem hlad (1. vyd.). Brno: Host, 138s.
- Eco, U., Chalupská, G. (2005). Dějiny krásy (1. vyd.). Praha: Argo, 439 s.
- Etcoff, N. (2002). Proč krása vládne světem. (1. vyd.) Praha: Columbus, 260 s.
- Fialová, L. (2001). Body image jako součást sebepojetí člověka (1.vyd.). Praha: Karolinum.
- Fialová, L. (2006). Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy. (1.vyd.) Praha: Grada.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, P. (1983). Dotazník stravovacích poruch. Toronto: Toronto General Hospital.
- Góckel, R. (2008). Místo činu lednička. Když se z jídla stane problém (1. vyd.). Praha: Práh, 161 s.
- Hall, L., Cohn, L. (2003). Rozlučte se s bulimií. Brno: Era, 240 s.

- Hauser, J. P. (2006). Domácí lékař (1. vyd.). Praha: Grada, 280 s.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int. Rev. of Psychiatry*, 5.
- Hornbacher, M. (1998). Na dně. Příběh jedné anorexie a bulimie. (1. vyd.) Ostrava: Domino.
- Holubová, P. (2009). Ideál krásy v kontextu s poruch příjmu potravy. Ročníková práce. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie (1.vyd.). Praha: Portál.
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kocourková, J. (1997). Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání (1.vyd.). Praha: Galén, 156 s.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsch, R., Borman-Spurrell, R., Mrazek, D. A. (2000). Maternal Characteristic and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Krch, F. D. (2002). Mentální anorexie (1. vyd.). Praha: Portál, 235 s.
- Krch, F. D. a kol. (1999). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999.
- Krch, F. D. (2005). Poruchy příjmu potravy (2.vyd.). Praha: Grada Publishing, 256s.
- Krch, D. F. (2003). Bulimie: Jak bojovat s přejídáním (2. vyd.). Praha: Grada Publishing, 172 s.
- Krch, D. F., Richterová, I. (1998). Chci ještě trochu zhubnout (1.vyd.). Praha: Motto, 89 s.
- Krch, D. F., Drábková, H., Rathner, G. (1997). Vztah mezi nadváhou, psychickými obtížemi a závislostí na alkoholu v obecné populaci (1.vyd.). Praha: Čs. psychologie 41.
- Krch, D. F., Marádová, E. (2003). Poruchy příjmu potravy. Odborná a metodická příručka pro učitele o problematice mentální anorexie a bulimie. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠM.
- Kuhl, J., Kazén, M. (2002). Dotazník PSSI. Praha: Testcentrum.
- Ladishová, L. C. (2006). Strach z jídla. Ružomberok: Epos, 159 s.

- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 135 s.
- Málková, I., Krch, F. D. (2001). *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál.
- Maloney, M., Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy (1.vyd.)*. Praha: Lidové noviny, 160 s.
- Mcvittie, Ch., Caves, D. Hepworth, J. (2005). *Femininity, Mental Weakness, and Difference : Male Students Account for Anorexia Nervosa in Men. Sex Roles*.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby (2.vyd.)*. Praha: Portál, 151 s.
- Pacl, I., Florian, J. (1998). *Psychoterapie dětského a dorostového věku (1.vyd.)*. Praha: Grada, 400 s.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa (1.vyd.)*. Praha: Psychiatrické centrum, 109 s.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy (průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika)*. Praha: Maxdorf.
- Stice, E., Shaw, H. (2004). *Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review*. *Psychological Bulletin*.
- Yalomová, M. (1999). *Dějiny nádra*. Praha: Rybka Publishers.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese (3. vyd.)*. Praha: Portál, 444 s.
- Wolf, N. (2000). *Mýtus krásy (1.vyd)*. Bratislava: Aspekt, 352 s.
- Zamarovský, V. (1996). *Bohové a hrdinové antických bájí*. Praha: Brána, 456 s.
- Zvolský, P. a kol. (1998). *Speciální psychiatrie (2.vyd.)*. Praha: Karolinum.

Internetové zdroje:

- Anders, M. (July 2000). Anorexie (mentální anorexie). Občanské sdružení Anabell. (2011-02-18). Retrieved from <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/109-anorexie-mentalni-anorexie>.
- Anorexie- velmi nebezpečné! (February, 2007). (2011-03-10). Retrieved from <http://kejtyz.blog.cz/0702/anorexie-velmi-nebezpecne>.
- Bobůrková, E. (March, 2007). Mohou za anorexii geny, nebo společnost? Ona idnes.cz. (2011-02-10). Retrieved from http://zdravi.idnes.cz/mohou-za-anorexii-geny-nebo-spolecnost-d91-zdravi.asp?c=A070303_155536_zdravi_ves.
- Brimová, E. (February, 2006). Mýtus krásy. Zpravodaj anabell. (cit. 2010-11-10). Retrieved from http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_03.pdf.
- Der Body-Mass-Index- BMI (December, 1998). Diabetiker-hannover.de (2011-02-10). Retrieved from http://www.diabetiker-hannover.de/diab_hannover/bmi.htm.
- Dittmar, H. (2006). Does Barbie Make Girls Want to Be Thin? The Effect of Experimental Exposure to Images of Dolls on the Body Image of 5- to 8-Year-Old Girls. In *Developmental Psychology*. (cit. 2009-03-02). Retrieved from <http://facstaff.gpc.edu/~jbradham/barbiearticle.pdf>.
- Dvořáková, B. (February, 2002). První známá anorektička. Občanské sdružení anabell. (cit. 2011-03-17). Retrieved from <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/13-zkuenosti-s-poruchou-pijmu-potravy/167-prvni-znama-anorektika>.
- Gallová, E. (September, 2007). Dove věří, že přirozenost je výhodou. Feminismus.(2011-03-17). Retrieved from <http://feminismus.cz/fulltext.shtml?x=2044622>
- Hermannová, N. (December, 2010). Zemřela modelka Isabelle Caro známá z billboardů proti anorexii. Revue idnes. (2011-03-10). Retrieved from http://revue.idnes.cz/zemrela-modelka-isabelle-caro-znama-z-billboardu-proti-anorexii-pw3-/missamodelky.asp?c=A101229_163017_missamodelky_nh.

- Historie krásy - Jak se vyvíjel fyzický ideál? (February, 2003). Občanské sdružení anabell. Lidové noviny. (cit. 2011-02-06). Retrieved from <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/219-historie-krasy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal>.
- Hušek, M. (October, 2003). Krásná k smrti. Občanské sdružení anabell. (cit. 2010-12-10). Retrieved from <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/napsali-o-nas/400-krasne-k-smrti>.
- Ideál krásy postupně se mění. (February, 2011). Komisark.blog.cz (2011-03-15). Retrieved from <http://komisark.blog.cz/1102/ideal-krasy-postupne-se-menici>.
- Idealizace štíhlosti (July, 2008). Chytrá žena. (2011-03-01). Retrieved from <http://www.chytrazena.cz/zdravi/krasa/idealizace-stihlosti-2873.html>.
- Index tělesné hmotnosti. (March, 2011). Wikipedie. (2011-03-10). Retrieved from http://cs.wikipedia.org/wiki/Body_mass_index.
- Isabell Caro, still stick thin. (February, 2009). Medusa. (2011-03-19). Retrieved from <http://www.2medusa.com/2009/02/anorexia-isabelle-caro-still-stick-thin.html>.
- Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii. (2009). Ideální.cz. (2011-08-18). Retrieved from http://www.pppinfo.cz/stravovani_ma.asp.
- Janout V., Kollárová H., Němečková P. (July, 2001). Rizikové faktory u poruch příjmu potravy - průřezová epidemiologická studie. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně. (2010-12-03). Retrieved from <http://nts.prolekare.cz/cls/Ukazclanek2f33c.html?clanek=10361&jazyk=&cislo=632>.
- Je nutné nemocné s poruchami příjmu potravy hospitalizovat? (February, 2009). Medisport. (2011-03-17). Retrieved from <http://http://www.ppzdravi.cz/anorexie-bulimie-poruchy-prijmu-potravy-ppp/poruchy-prijmu-potravy-1.html>.
- Klevisova, N. (June, 2006). Krásná jako Barbie. ihned.cz. (2009-03-08). Retrieved from http://ihned.cz/c4-10041240-18802140-000000_d-krasna-jako-barbie.
- Kocourková, J., Koutek, J. (March, 2002). Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů- diagnostické a terapeutické otázky. Pediatrie pro praxi. (2010-09-10). Retrieved from <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/607.pdf>.

- Kolouch, V. (March, 2007). Další smrt v oblasti módy. Vzdělávací a konzultační centrum pro fitness a wellness. (2010-03-10). Retrieved from http://www.fitnet.cz/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=30&desktop=clanky&action=view&id=186.
- Krejčí, B. (March, 2006). Poruchy příjmu potravy. (cit. 2011-03-15). Retrieved from <http://abporuchy.sweb.cz/>.
- Krch, F. (2005). Mentální anorexie a bulimie. Ideální.cz. (2011-03-14). Retrieved from http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=19.
- Marádová, E. (2007). Poruchy příjmu potravy. Vzdělávací institut ochrany dětí. (2011-02-01). Retrieved from <http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>.
- Ortorexie. (2009). Slovník cizích slov. (2011-02-10). Retrieved from <http://www.slovník-cizich-slov.net/ortorexie/>.
- Ortorexie (February, 2009). Stop anorexii a bulimii. (2011-03-10). Retrieved from http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/ortorexie_-bigorexie_-drunkorexie/ortorexie.
- Papežová, H., Kocourková, J., Koutek, J. (2006). *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost. (2011-01-05). Retrieved from <http://www.ceskapsychiatrie.cz/guidelines2006.php>.
- Přijmi své tělo. (September, 2006). Občanské sdružení Anabell. Zpravodaj Anabell, č.10. (2011-03-19). Retrieved from http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_10.pdf.
- Proč je dobrý být atraktivní a krásna aneb několik faktů, které vyplynuly z různých průzkumů (February, 2009). Krása a historie. (2011-02-18). Retrieved from <http://www.jakbyt.cz/proc-byt-krasna>.
- Růžičková, D. (October, 2008). Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie a orthorexie. Doktorka.cz. (cit. 2011-02-05). Retrieved from <http://rodina-deti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy---mentalni-anorexie--mentalni-bulimie-a-orthorexie>.

- Šebelová, K. (November, 2008). Anorexie a bulimie se netýkají jen modelek. Velká epocha. (2011-02-14). Retrieved from <http://www.velkaepocha.sk/content/view/6460/67>.
- Vítek, L. (2009). Mentální anorexie – příčiny a léčba. Sportvital – vše co potřebujete vědět o zdraví. (2011-02-10). Retrieved from <http://www.sportvital.cz/cz/k1,167,210-poruchy-prijmu-potravy/c1024-mentalni-anorexie-priciny-a-lecba>.
- Věstonická venuše. (March, 2011). Wikipedie. (2011-03-19). Retrieved from http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C4%9Bstonick%C3%A1_venu%C5%A1e.
- Únorové titulky Vogue. (January, 2011). Blog o módě a vše co k ní patří. (2011-03-05). Retrieved from <http://fashionandtrends.blog.cz/1101/unorove-titulky-vogue>.
- Zajíc, J. (November, 2002). Výsledek touhy mladých žen po kráse - anorexie a bulimie. Sídliště.cz. (2011-01-15). Retrieved from <http://sidliste.cz/lidi/20432>.

Novinové a ostatní články:

- Kraulová, D. (2008). Posedlost zdravou výživou je také porucha. Psychologie dnes. č. 12.
- Krch, D. F. (February, 2003). Nebezpečná krása. Lidové noviny. (cit. 2007-02-15).

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
EDI	The Eating Disorder Inventory
PSSI	Persönlichkeits Stil und Störungs Inventar
BMI	Body mass index
MKN 10	Seznam nemocí a vad

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie.....	20
Tabulka 2 - Somatické komplikace mentální anorexie a bulimie.....	30
Tabulka 3 - Poměr obvodu pasu k obvodu boků	36
Tabulka 4 – Přehled jednotlivých stylů a názvů odpovídajících poruch	56
Tabulka 5 – Výsledky EDI - Modelky.....	57
Tabulka 6 – Výsledky EDI - Studentky	57
Tabulka 7 – Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál EDI.....	58
Tabulka 8 – Výsledky PSSI - Modelky	60
Tabulka 9 – Výsledky PSSI - Studentky	60
Tabulka 10 – Statisticky významný rozdíl mezi aritmetickými průměry subškál PSSI.....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Ideály krásy v našich dějinách	13
Obrázek 2 - Isabella Caro	33
Obrázek 3 - BMI	35
Obrázek 4 - Průběh léčby u poruch příjmu potravy.....	41
Obrázek 5 - Srovnání v testu EDI.....	59
Obrázek 6 - Srovnání v testu PSSI.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Dotazník EDI
- 2) Dotazník PSSI
- 3) Důležité kontakty

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.

Název práce: Ideál krásy v kontextu s poruchou příjmu potravy

Autor práce: Pavlína Holubová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Počet stran a znaků: 99 stran, 114627 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 85

Abstrakt:

Východiska: Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje poznatky získané z odborné literatury. Popisuje poruchy příjmu potravy, mentální anorexii, mentální bulimii, nové typy poruch příjmu potravy, historii ideálu krásy a vliv médií na vnímání krásy. Praktická část analyzuje data, získaná dotazníkovým šetřením, zaměřeným na studentky a modelky.

Cíle: Cílem bylo porovnat tyto skupiny a zjistit, která skupina má větší předpoklady ke vzniku poruch příjmu potravy.

Metody: Dotazník stravovacích poruch EDI (Garner, Olmsted, Polivy, 1983) a Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI (Kuhl, Kazén, 2002).

Soubor: Činil 100 participantů. První skupinu tvořilo 50 modelek, druhou skupinu 50 studentek, ve věku 15 až 25 let. Výběr respondentů byl náhodný.

Výsledky: Z výzkumu se potvrdilo, že poruchy příjmu potravy se vyskytují častěji u modelek oproti studentkám. V dotazníku PSSI se prokázalo, že modelky mají oproti studentkám s poruchami příjmu potravy snížené subškály sebejistý a příjemný, naopak mají ale zvýšený styl sebekritický. V dotazníku EDI byl prokázán signifikantní rozdíl v pěti subškálách.

Závěry: Mezi srovnávanými skupinami byly zjištěny statisticky významné rozdíly. Skupina modelek se vyznačuje vyšší tendenci k poruchám příjmu potravy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, PSSI, EDI.

ANNOTATION OF THESIS

Palacky University in Olomouc. Philosophical Faculty. Department of Psychology.

Topic: The ideal of beauty in the context of eating disorders.

Author: Pavlína Holubová

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Number of pages and signs: 99 pages, 114627 signs

Number of appendices: 3

Number of references: 85

Abstract:

Background: The professional thesis is engaged in eating disorders. This thesis is divided into two parts-the theoretic part and the practical part. The theoretic part comprises information obtained from the special literature. It describes eating disorders, anorexia, bulimy, history of beauty cult and media influence over beauty. The practical part comprises analysis of questionnaires.

Aids: The point of my research was compared these groups and find out which groups will have eating disorders more frequently.

Methods: Eating disorder inventory, EDI (Garner, Olmsted, Polivy, 1983) and Inventory of Personality Style and Disorder PSSI (Kuhl, Kazén, 2002).

Participants: A research sample included 100 participants. The first group was composed of 50 female models and the second group was composed of 50 female students. Respondents from both groups were aged from 15 to 25. Their selection was random.

Results: The research confirmed that models have problems with eating disorders more frequent. The PSSI questionnaire showed that the models, which were compared with female students for eating disorders, had reduced values at confidence and suavity subscales but on the other hand models had increased self-critical subscale.

In the inventory EDI was significant difference in the five subscales.

Conclusions: Between comparative groups were found significant differences. The group of models is characterized by a higher tendency toward eating disorders.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, PSSI, EDI.

PŘÍLOHA Č I: EDI

DOTAZNÍK STRAVOVACÍCH PORUCH (EATING DISORDER INVENTORY, EDI)

David M. Garner, M. P. Olmsted, J. Polivy, Torontská všeobecná nemocnice (Toronto General Hospital) Toronto, Kanada, 1983

Instrukce

Toto je škála, která měří Vaše různé postoje, pocity a projevy chování. Některé otázky se týkají postavy a jídla. Jiné se týkají pocitů, které prožíváte vůči sobě samému (samé). ZDE NEEXISTUJÍ ŽÁDNÉ SPRÁVNÉ ANI ŠPATNÉ ODPOVĚDI. PROTO SE PEČLIVĚ SNAŽTE, ABYSTE ODPOVÍDALI CO NEJPOCTIVĚJI. VÝSLEDKY JSOU ZCELA DŮVĚRNÉ. Pročtete si každou otázku zakřížkujte tu odpověď ve sloupci, která vám odpovídá nejlépe. Prosím, zodpovězte všechny otázky co nejpečlivěji. Děkuji vám.

	(6) Vždy	(5) Obvykle	(0) Často	(3) Někdy	(2) Zřídka	(1) Nikdy
1. Jím sladkosti a uhlohydráty. Aniž by mě to znervózňovalo (21)						
2. Myslím si, že mám příliš velký žaludek (22)						
3. Přeji si, abych se mohl (a) vrátit do bezpečí dětství (23)						
4. Jím, když mám zkaženou náladu(24)						
5. Cpu se jídlem (25)						
6. Přál/a bych si být mladší (26)						
7. Myslívám na diety (27)						
8. Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné (28)						
9. Myslím si, že mám moc tlustá stehna (29)						
10. Cítím se jako bezcenný člověk(30)						
11. Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám (31)						
12. Myslím si, že můj žaludek je právě tak veliký, jak má být (32)						
13. Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon (33)						
14. Nejšťastnější období života je dětství (34)						
15. Dávám otevřeně najevo své pocity (35)						

16. Děsím se představy, že bych mohl/a přibírat na váze (36)						
17. Důvěřuji druhým lidem (37)						
18. Cítím se na světě sám/ sama (38)						
19. Jsem spokojen/ a s tvarem svého těla (39)						
20. Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě (40)						
21. Bývám zmatený/á z citů, které prožívám (41)						
22. Raději bych byl/a dospělým než dítětem (42)						
23. Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi (43)						
24. Přál/a bych si být někým jiným (44)						
25. Až moc si беру to, kolik vážím (45)						
26. Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám (46)						
27. Cítím se jako méněcenný/á (47)						
28. Už jsem se někdy dal/a do takového jedení, že jsem cítil(o), že nemohu přestat (48)						
29. Jako dítě jsem se velice snažil/a nezklamat své rodiče a učitele (49)						
30. Mám důvěrné citové vztahy (50)						
31. Líbí se mi tvar mých hýždí (51)						
32. Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl (a) štíhlejší (52)						
33. Nevím, co se ve mně děje (53)						
34. Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem (54)						
35. Požadavky dospělosti jsou příliš velké (55)						
36. Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší (56)						
37. Jsem si jistý/á sám sebou (57)						
38. Myslívám na přejídání se (58)						
39. Jsem šťastný/á, že už nejsem dítětem (59)						

40. Mrvám, zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne (60)						
41. Mám o sobě nevalné mínění(61)						
42. Čím že dokážu dosáhnout svých cílů (62)						
43. Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony (63)						
44. Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou (64)						
45. Myslím si, že mám příliš široké boky (65)						
46. Před jinými jím jen střídmě a když odejdou, pak se nacpu (66)						
47. Když sním normální jídlo, cítím se pak přesycený/á (67)						
48. Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství (68)						
49. Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat (69)						
50. Cítím, že jsem cenný člověk (70)						
51. Když je mi špatně na duši, ani sám/sama pořádně nevím, zda jsem smutný/á, vyděšený/á, nebo rozzlobený/á (71)						
52. Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl/a dělat vůbec (72)						
53. Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral/a na váze (73)						
54. Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se ke mně někdo snaží až příliš přiblížit) (74)						
55. Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát (75)						
56. Cítím se vnitřně prázdný/á (citově) (76)						
57. Mohu (bez potíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech(77)						
58. Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti (78)						

59. Myslím si, že mám příliš velký zadek (79)						
60. Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit (80)						
61. Tajně ujídám či popíjím (21)						
62 Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost (22)						
63. Mám mimořádně vysoké cíle (23)						
64. Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst (24)						

DOTAZNÍK

PSSI

Julius Kuhl, Miguel Kazén

Jméno:

Věk:

Pohlaví: muž žena

Datum:

V tomto dotazníku najdete 140 výpovědí.

Posuďte prosím nakolik uvedená výpověď **souhlasí** (nakolik vás vystihuje nebo nakolik vyjadřuje váš názor) a označte svou odpověď přeškrtnutím (křížkem) zvoleného čísla na připojené škále:

0 určitě NE	1 spíše NE	2 spíše ANO	3 určitě ANO
------------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------------

Jednotlivé výpovědi nelze posuzovat ani jako správné ani jako nesprávné, a proto není možné dosáhnout dobrých nebo špatných výsledků.

Pracujte, prosím, pozorně a po vyplnění zkontrolujte, zda jste posoudili každou výpověď.

Pokud se rozhodnete změnit svou odpověď, označte nově zvolené číslo opět křížkem a navíc je i výrazně podtrhněte.

Před tím, než začnete odpovídat, vyplňte, prosím, údaje v záhlaví této strany.

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
1) Když někdo ukáže slabost, mnozí lidé toho využijí.	0	1	2	3
2) Důvěrnost v kontaktu s druhými lidmi je mně spíše nepříjemná.	0	1	2	3
3) Už jsem měl(a) častěji nějaké vnuknutí.	0	1	2	3
4) Pociťuji často vnitřní prázdnotu.	0	1	2	3
5) Mohu si lidi získat, když chci.	0	1	2	3
6) Jako dítě jsem měl(a) často pocit, že jsem výjimečný(á).	0	1	2	3
7) Kdybych byl(a) sám (sama) odpovědný(-á) za zdar nějakého úkolu, měl(a) bych strach.	0	1	2	3
8) Když jsem docela sám (sama), cítím se často bezmocný(-á).	0	1	2	3
9) Jsem člověk s pevnými návyky.	0	1	2	3
10) Často pociťuji, že mě druzí nechápu.	0	1	2	3
11) Cítím se často skleslý(-á) a slabý(-á).	0	1	2	3
12) Jestliže dělám něco nesprávného, mám špatné svědomí.	0	1	2	3
13) Projevuji své city vůči druhým velmi spontánně.	0	1	2	3
14) Uspokojuji své potřeby i na úkor druhých.	0	1	2	3
15) Na většinu lidí se lze spolehnout, když jim dáme důvěru.	0	1	2	3
16) Zachovávám si vždy odstup vůči druhým lidem.	0	1	2	3
17) Pociťuji potřeby druhých často dříve, než si je uvědomí oni sami.	0	1	2	3
18) Když mám někoho velmi rád(a), obávám se, že sympatie dlouho nevydrží.	0	1	2	3
19) Dovedu být velmi šarmantní.	0	1	2	3
20) Když druzí nerespektují má přání, dovedu být zlý(-á).	0	1	2	3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
21) Mnohé své vlastnosti nedávám najevo z obavy, že bych ztratil(a) sympatie některých lidí.	0	1	2	3
22) Rád(a) hledám oporu u silného člověka.	0	1	2	3
23) Nemohu se oprostít od své důkladnosti, ani když jsem v časové tísní.	0	1	2	3
24) Mnozí lidé si nezaslouží, že mají v životě tolik štěstí.	0	1	2	3
25) Mám často pocity viny.	0	1	2	3
26) Cítím se dobře, když mohu o někoho pečovat.	0	1	2	3
27) Dokážu se každý den pro někoho nebo pro něco nadchnout.	0	1	2	3
28) Když druzí chtějí získat něco, co sám potřebuji, většinou prosadím svou.	0	1	2	3
29) Určitá nedůvěra vůči druhým je často namístě.	0	1	2	3
30) Nerad(a) si pouštím druhé příliš blízko.	0	1	2	3
31) Domnívám se, že druzí někdy vytuší mé city, i když se nacházejí jinde.	0	1	2	3
32) Často stěží ovládnou svůj vztek i při malých zklamáních.	0	1	2	3
33) Mám živý temperament.	0	1	2	3
34) Když při práci uplatním své nápady, očekávám, že je druzí beze všeho přijmou.	0	1	2	3
35) Kritika se mě dotýká více než druhých.	0	1	2	3
36) Velmi se snažím vyhovět lidem, kteří jsou pro mne důležití.	0	1	2	3
37) Stálost a pevné zásady určují můj život.	0	1	2	3
38) V životě se často se mnou zacházelo nespravedlivě.	0	1	2	3
39) Když mám dobrý nápad, mám také energii, abych jej prosadil(a).	0	1	2	3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
40) Lze mě snadno využívat.	0	1	2	3
41) Můj optimismus je neochvějný.	0	1	2	3
42) Když se někdo ke mně chová odmítavě, dovedu ho bez váhání odrovnat.	0	1	2	3
43) Je mnoho upřímných a otevřených lidí.	0	1	2	3
44) Jsem rád(a) ve společnosti druhých lidí.	0	1	2	3
45) Věřím, že záření silně ovlivňuje myšlení a cítění lidí.	0	1	2	3
46) Moje sebeúcta kolísá od velmi pozitivních k velmi negativním pocitům.	0	1	2	3
47) Když jsem mezi lidmi, působím většinou velmi živým dojmem.	0	1	2	3
48) Mám vyhraněný smysl pro vše zvláštní.	0	1	2	3
49) Málo se mě dotýká, co si o mně myslí druzí.	0	1	2	3
50) V partnerském vztahu potřebuji mnoho ujištění, že jsem opravdu milován(a).	0	1	2	3
51) Vědomí povinnosti je mně přednější než osobní potěšení.	0	1	2	3
52) Někteří lidé mě občas označují jako cynického (cynickou).	0	1	2	3
53) Je pro mne často obtížné a namáhavé, abych dodržel(a) svá předsevzetí.	0	1	2	3
54) Často jsem se setkal(a) s lidmi, kteří využili mou dobromyslnost.	0	1	2	3
55) Mnozí lidé mě mají rádi, protože všude kolem sebe šířím sluneční jas.	0	1	2	3
56) Dělán, co se mně líbí, bez ohledu na druhé.	0	1	2	3
57) Je mnoho takových, kteří s nevinnou tváří druhé klamou.	0	1	2	3
58) Druzí mě často považují za chladného člověka.	0	1	2	3
59) Je mnoho věcí, které nelze rozumem vysvětlit.	0	1	2	3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
60) Mé city se mění často náhle a impulzivně.	0	1	2	3
61) Velmi spontánně navazuji kontakt s druhými.	0	1	2	3
62) Láká mě myšlenka být slavnou osobností.	0	1	2	3
63) Když si uvědomím nějakou slabost, dlouho mě to tíží.	0	1	2	3
64) V partnerském vztahu se často obávám, že budu opuštěn(a).	0	1	2	3
65) Věci, které musím často dělat, rád(a) vyřizuji vždy podle stejného vzoru.	0	1	2	3
66) Že své sliby častěji nedodržím, s tím se musím ostatní smířit.	0	1	2	3
67) Také v nejtěžších životních situacích jsem si vždy jist(a), že všechno dobře dopadne.	0	1	2	3
68) Když mě druzí potřebují, jsem vždy ochoten (ochotna) pomoci.	0	1	2	3
69) Nejraději jsem s lidmi, s nimiž se vždy mohu smát a dělat legraci.	0	1	2	3
70) Když se lidé postaví proti mně, dovedu je vyřídit.	0	1	2	3
71) Většina lidí sleduje dobré úmysly.	0	1	2	3
72) Mám rád(a) blízkost druhých lidí.	0	1	2	3
73) Mnohdy pociťuji blízkost vzdálené osoby tak silně, jakoby tu skutečně byla.	0	1	2	3
74) Někdy mám pocit, že by se můj život mohl zcela vychýlit ze své dráhy.	0	1	2	3
75) Moje dobrá nálada se často přenáší na ostatní.	0	1	2	3
76) Nesnáším, když mě druzí nechápu.	0	1	2	3
77) Když cítím, že jsem pozorován(a), zmocní se mě úzkost.	0	1	2	3
78) Jsem rád(a), když mám kolem sebe člověka, který o mě trochu pečuje.	0	1	2	3
79) Velmi mě ruší chyby, které svědčí o nepozornosti.	0	1	2	3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
80) U lidí, kteří zpočátku působí sympaticky, postřehnu velmi rychle také negativní stránky.	0	1	2	3
81) Často ztrácím naději, že se někdy změní věci, které se mi nelíbí.	0	1	2	3
82) Pro mne je smysluplnější zmírňovat utrpení, než hledat své osobní štěstí.	0	1	2	3
83) Kamkoli přijdu, šířím dobrou náladu.	0	1	2	3
84) Raději sám (sama) na někoho zaútočím, než abych se nechal(a) napadnout.	0	1	2	3
85) Někdy už nedůvěřuji ani svým přátelům.	0	1	2	3
86) Projevuji své city většinou zcela spontánně.	0	1	2	3
87) Když nepomáhá rozum ani zkušenost, je tu vždy ještě vnitřní hlas, který mi napoví, co je třeba dělat.	0	1	2	3
88) Často mám bezdůvodně úzkostné pocity.	0	1	2	3
89) Víím velmi dobře, jak mohu vzbudit u druhého pohlaví zájem o sebe.	0	1	2	3
90) Často si přeji, aby si více lidí všimlo, co je na mně zvláštního.	0	1	2	3
91) Dovedu se dobře vyrovnat s tím, že mě někteří lidé nemají rádi.	0	1	2	3
92) Velmi rád(a) projevuji lidem svou náklonnost.	0	1	2	3
93) Nemám rád(a), když někdo porušuje předpisy.	0	1	2	3
94) Druzí neoceňují často dost náležitě mé výkony.	0	1	2	3
95) Mám často pocit nedostatečnosti a bezvýznamnosti.	0	1	2	3
96) Je mi zatěžko odmítnout, když mě druzí žádají o pomoc.	0	1	2	3
97) Ani nejtěžší věci v životě mě nemohou připravit o radost ze života.	0	1	2	3
98) Dovedu být velmi nepříjemný(-á), když mně druzí dělají potíže.	0	1	2	3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
99) znám mnoho lidí, kterým mohu plně a zcela důvěřovat.	0	1	2	3
100) Problémy řeším raději vlastním uvažováním než rozhovory.	0	1	2	3
101) Je něco takového jako šestý smysl.	0	1	2	3
102) Často se zlobím kvůli citům, které ve mně vyvstávají.	0	1	2	3
103) Jsem považován(a) za atraktivního (atraktivní).	0	1	2	3
104) Nesním o velkých úspěších.	0	1	2	3
105) Ve společnosti dovedu vystupovat docela sebejistě.	0	1	2	3
106) Potřebuji mnoho projevů lásky a přijetí.	0	1	2	3
107) Jsem svědomitý člověk.	0	1	2	3
108) V životě mě často pronásledovala smůla.	0	1	2	3
109) O většině životních záležitostí dlouho nehlobám.	0	1	2	3
110) Připadá mi snadnější myslet na druhé než na sebe.	0	1	2	3
111) Když jsem mezi lidmi, jsem téměř vždy v dobré náladě.	0	1	2	3
112) Slabí lidé chápou mou schopnost prosazovat se jako bezohlednost.	0	1	2	3
113) Je málo opravdu čestných lidí.	0	1	2	3
114) I když se odehrává něco obzvlášť krásného, nechá mě to většinou docela klidného (klidnou).	0	1	2	3
115) Věřím na přenos myšlenek.	0	1	2	3
116) Už mě jednou napadlo, abych si ublížil(a).	0	1	2	3
117) Na druhé pohlaví působím obzvlášť přitažlivě.	0	1	2	3
118) Být středem pozornosti má pro mne zvláštní kouzlo.	0	1	2	3
119) Připadá mi obtížné mluvit před mnoha lidmi.	0	1	2	3
120) Zda se cítím jako hodnotný člověk, záleží na tom, jak se druzí lidé ke mně staví.	0	1	2	3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

	Souhlasí?			
	určitě NE	spíše NE	spíše ANO	určitě ANO
121) Přesnost a pořádek jsou pro mne velmi důležité.	0	1	2	3
122) Je mnoho lidí, které nemohu vystát.	0	1	2	3
123) Mám často vztek sám (sama) na sebe.	0	1	2	3
124) Mnohdy je mně těžko, neboť si беру k srdci utrpení mnoha lidí.	0	1	2	3
125) Život je plný divů a nádherných překvapení.	0	1	2	3
126) Nedám si od druhých nic líbit.	0	1	2	3
127) Je mnoho lidí, kteří se snaží získat moc, jen aby mohli druhé kontrolovat.	0	1	2	3
128) Když se mně chce nějaký člověk přiblížit, cítím se hned stísněně.	0	1	2	3
129 Existují nadpřirozené síly.	0	1	2	3
130) Když se chovám obzvlášť laskavě, mnohdy nevím, zda to opravdu vychází ze mě.	0	1	2	3
131) Více mně vyhovuje kontakt s lidmi, než zpracovávání věcných úkolů.	0	1	2	3
132) Mám mnoho snů a ideálů.	0	1	2	3
133) Mám často výčitky svědomí.	0	1	2	3
134) Jsem rád(a), když mám někoho u sebe, kdo mně řekne, jak dál.	0	1	2	3
135) Nesnáším, když druzí neplní své povinnosti.	0	1	2	3
136) Zabývám se často svými chybami a stinnými stránkami.	0	1	2	3
137) Je mnoho věcí, z kterých se mohu radovat.	0	1	2	3
138) Zabývám se více starostmi druhých než vlastními potřebami.	0	1	2	3
139) Mohu se každý den radovat i z maličností jako malé dítě.	0	1	2	3
140) Kdo mně chce škodit, musí počítat s mou odplatou.	0	1	2	3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

PŘÍLOHA Č III: DŮLEŽITÉ KONTAKTY

Zdravotní ústav se sídlem v Brně

Oddělení podpory zdraví

Stará 25, 602 00 Brno

MUDr. Eliška Bartlová

Tel.: 545 425 355-8

Občanské sdružení Anabell

Dům lékařských služeb

Bratislavská 2, 602 00 Brno

Tel.: 542 214 014

e-mail: posta@anabell.cz

Návštěvní hodiny: pondělí až pátek 8:00-16:00

Poradna pro poruchy metabolismu a výživy

MUDr. Jaroslava Navrátilová

Fakultní nemocnice Brno-Bohunice

Psychiatrická klinika

Jihlavská 20, 625 00 Brno-Bohunice

Tel.: 532 232 348

Dětská psychiatrická klinika FN Motol

MUDr. Jiří Koutek

Praha 5, V Úvalu 84

Tel.: 224 431 111, 224 433 400

e-mail: psychiatrie@fnmotol.cz

Krizové centrum RIAPS

Praha 3, Chelčického 39

Tel.: 222 580 697, 222 586 768

Krizová intervence – první pomoc (linka důvěry), krátkodobý pobyt na lůžku, kontakty na terapii individuální a skupinovou.

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika

Praha A, Vejvanovského 1610

Tel.:267 915 188

Denní stacionář, skupiny i individuální psychoterapeutická péče

Modrá linka

(Centrum a linka důvěry pro děti a mládež)

Lidická 50 (CVČ Lužánky)

Tel.: 549 524 111

Fax.: 549 524 104

e-mail.: info@modralinka.cz

Psychiatrická klinika

MUDr. Hana Papežová, PhDr. František David Krch

Ke Karlovu 11, Praha 2

Tel.: 224 965 350