

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra teologické a sociální etiky

Diplomová práce

**PSYCHO-SOCIÁLNÍ  
FAKTORY U DÍVEK A ŽEN S PORUCHAMI PŘÍJMU  
POTRAVY**

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Ivanková

Autor práce: Bc. Daniela Pomyjová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: třetí

2012

## **Prohlášení o samostatném zpracování práce**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě; (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 15. března 2012

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Jitce Ivankové za vstřícnost, ochotu, cenné a praktické rady, připomínky a metodické vedení práce. Také bych chtěla poděkovat kolegům a své rodině za podporu a pochopení, kterou mi poskytovala po celou dobu mého kombinovaného studia.

<b>Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>Teoretická část .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Charakteristika poruch příjmu potravy .....</b>	<b>8</b>
1.1 Definice mentální anorexie .....	9
1.2 Definice mentální bulimie.....	12
<b>2. Historie poruch příjmu potravy .....</b>	<b>14</b>
2.1 Historie mentální anorexie .....	14
2.2 Historie mentální bulimie .....	15
2.3 Historie ideálu krásy .....	16
<b>3. Rizikové postoje a chování u poruch příjmu potravy .....</b>	<b>21</b>
3.1 Držení diet.....	21
3.2 Nespokojenost se svým tělem.....	22
3.3 Rizikové profese a zájmy.....	23
<b>4. Příčiny poruch příjmu potravy .....</b>	<b>24</b>
4.1 Sociální a kulturní faktory .....	24
4.2 Biologické faktory .....	26
4.3 Životní události .....	31
4.4 Udržující faktory .....	32
4.5 Rodinné a genetické faktory .....	33
4.6 Emocionální faktory.....	36
4.7 Osobnostní a jiné psychické charakteristiky.....	37
4.8 Závislost na psychoaktivních látkách .....	38
<b>5. Shrnutí teoretické části .....</b>	<b>40</b>
<b>Praktická část.....</b>	<b>42</b>
<b>6. Problematika.....</b>	<b>42</b>
<b>7. Cíl práce .....</b>	<b>42</b>
7.1 Výzkumná otázka.....	42
7.2 Subjektivní témata .....	42
<b>8. Metodika.....</b>	<b>43</b>
8.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	43
8.2 Výběr vzorku a jeho charakteristika .....	43

8.3	Vlastní realizace výzkumu .....	44
8.4	Časový harmonogram .....	44
8.5	Otázky pro rozhovor .....	44
<b>9.</b>	<b>Kazuistiky.....</b>	<b>45</b>
9.1	Kazuistika I. ....	45
9.2	Kazuistika II.....	47
9.3	Kazuistika III. ....	48
9.4	Kazuistika IV. ....	49
9.5	Kazuistika V.....	51
9.6	Kazuistika VI. ....	53
<b>10.</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>55</b>
<b>11.</b>	<b>Shrnutí praktické části.....</b>	<b>62</b>
<b>12.</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>64</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>72</b>
	<b>Použité zdroje.....</b>	<b>74</b>
	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>78</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>79</b>
	<b>Abstrakt .....</b>	<b>93</b>

## Úvod

Téma diplomové práce jsem zvolila jako pokračování bakalářské práce, kterou jsem odevzdala v roce 2008 pod názvem *Problematika mentální bulimie a možnosti její léčby*. Hlavním motivem, proč jsem se rozhodla pokračovat v tomto tématu, byl můj zájem hlouběji rozpracovat tuto problematiku. Podařilo se mi přijít do kontaktu s dívkami a ženami, které trpí či trpěly poruchami příjmu potravy. Když jsem sbírala podklady, setkala jsem se s tímto problémem i ve velice blízkém okolí. Vážím si všech rozhovorů, myšlenek a důvěry, kterou ve mne dívky a ženy vložily.

Dalším důvodem k volbě tématu je snaha pochopit tento soubor jevů, tedy problematiku štíhlosti a poruch příjmu potravy. Jaký vliv má zejména na ženy. Poruchy příjmu potravy a důvody být štíhlá, postihují zejména dospívající dívky a mladé ženy, které mají tyto příznaky společné. Je to zejména strach z tloušťky, touha po štíhlosti, nadměrná pozornost věnovaná svému tělu a tělesné hmotnosti?

Hlavním cílem je najít odpovědi na otázky související s poruchami příjmu potravy a štíhlostí. Položím si například otázky: Jaké jsou rizikové postoje a chování, které ovlivňují pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy? Kde a jaké jsou příčiny, které vedou k těmto nemocem? Do jaké míry ovlivňuje postoj mladých dívek ke štíhlosti rodina a společnost? Jsou skupiny, u kterých je více předpokládáno, že budou štíhlejší než ostatní?

Teoretická část práce je členěna do čtyř základních kapitol. V první se budu věnovat základní charakteristice poruch příjmu potravy, jak mentální bulimii, tak mentální anorexii. Druhá část se zabývá historií citovaných nemocí a je doplněna o popis historie lidského těla jako ideálu krásy. Třetí je věnována popisu rizikových postojů a chování, které mohou ovlivňovat pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy. Poslední popisuje možné příčiny a faktory, které zde hrají podstatnou úlohu. Ty mohou být odpovědí, co je příčinou a spouštěčem poruch příjmu potravy a touze po štíhlé postavě. Následuje shrnutí výsledků a zamyšlení nad problematikou.

Praktická (výzkumná) část navazuje a dokresluje část teoretickou. Je zde zmiňována problematika, která již byla nastíněna v teoretické rovině. Nabízí porovnání s první částí práce. Za cíl jsem si stanovila zjistit možné subjektivně vnímané okolnosti, příčiny a rizikové faktory poruch příjmů potravy u dotazovaných žen a následně tato zjištění dát do souvislostí s teoretickou částí práce. Které faktory vnímaly osobně

dotazované jako důležité v období vzniku poruch příjmu potravy a co bylo dle nich možnou příčinou jejich nemoci?

Prolíná se zde téma rizikových postojů a chování, rodinné faktory a mnohé další. Na samotném začátku je nastíněn hlavní cíl práce. Zvolená metodika výzkumu je popsána v osmé kapitole. Jsou zde představeny dotazované osoby, stejně jako lokalita, kde výzkum probíhal. Následují popsané příběhy, z nichž v desátém oddíle je vysvětlen popis získaných výsledků, které jsou pro větší přehlednost uvedeny v přiložených tabulkách. V závěru práce je shrnutí výsledků a následuje diskuze.

K práci je rovněž připojen seznam zkratk a příloh. Dále jsem zařadila jeden z dopisů. Ten jsem obdržela od jedné z dívek, která stále bojuje s poruchami příjmu potravy.

Pro tuto práci jsem čerpala informace a poznatky z literatur a zdrojů, které souvisely s daným tématem. Stěžejními tituly jsou knihy od Františka Davida Krcha, který se velice intenzivně zabývá tematikou poruch příjmu potravy. Konkrétně u něj se jedná o: „*Bulimie, jak bojovat s přejídáním*“, „*Mentální anorexie*“, „*Poruchy příjmu potravy*“. Dalším zdrojem cenných poznatků mi byla kniha od Jany Kocourkové et. al. „*Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*“. Věcné, potřebné a přehledné poučení se mi dostalo od Sarah Grogan v „*Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*“. Další kniha, která mne mile překvapila a nabídla vysvětlení, aktuálnost i s odstupem několika desítek let od jejího vzniku, byla od Gordona W. Allporta „*O povaze předsudků*“. Dalšími cennými a poučnými tituly byly „*Sociální psychologie*“ od Milana Nakonečného a „*Psychologie osobnosti*“ Pavla Říčana. Neocenitelnou pomocí mi byly internetové zdroje. Díky nim jsem se dostala do kontaktu i s nemocnými dívkami a získávala stále nové a překvapující informace.

## Teoretická část

Je těžké psát jen o mentální anorexii nebo jen o mentální bulimii. Pokud se hodlám zabývat poruchami příjmu potravy, je zákonité zmínit obě tyto nemoci, které se navzájem doplňují. Co jsem měla možnost z osobních výpovědí vyrozumět, cyklicky se střídají a předávají si u postižených mentální anorexií a mentální bulimií pomyslné žezlo na různě dlouhou dobu.

### 1. Charakteristika poruch příjmu potravy

Pro většinu lidí jsou poruchy příjmu potravy velkou hádankou naší doby. Záhadou pro profesionální lékaře a psychology stejně jako pro obyčejné lidi, kteří na vlastní oči viděli podivné a často tragicky končící chování nemocných.<sup>1</sup>

Potřeba být nasycen a neumřít hlady byla jednou z prvních potřeb a starostí člověka. Tento pud přirozeně navazuje i na uspokojení dalších potřeb, ať už se jedná o reprodukční instinkt nebo realizaci. Potrava je zdrojem nenahraditelných živin a patří k jedné z podmínek dobrého somatického a psychického zdraví. Právě nedostatek živin a energie může být jednou z příčin závažných poruch. Naopak změny v chuti k jídlu, příjmu potravin a obrat v tělesné hmotnosti mohou mimo jiné upozorňovat na rozvoj somatické a duševní poruchy. Může se jednat jak o všední nachlazení, únavu, ale také možný počátek závažného onemocnění.<sup>2</sup>

V lidském životě získává jídlo různou významnost, například sociální a psychickou. V určitých situacích nahrazuje odměnu<sup>3</sup> (kolikrát jsme slyšeli, že se malému dítěti slibuje něco dobrého, když poslechne či vykoná určitý úkol a podobně). Potrava se v dnešní době také stává únikem před osaměním a v některých případech představuje pro určité lidi i způsob komunikace.<sup>4</sup> Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že právě jídelními návyky se mnohdy snaží lidé své krizové situace řešit. V období stresu jsou tací, kteří na jídlo nemají ani pomyslení, trpí až nechutenstvím a existují i případy s naprostým protikladem. Tito lidé hledají pro sebe takzvané

---

<sup>1</sup> Srov. PIIERE, R. C. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 21.

<sup>2</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 15.

<sup>3</sup> Srov. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 2000, s. 130-131.

<sup>4</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 15.



uklidnění v podobě příjmu velkého množství například sladkých potravin, většího množství jídla a podobně.

Poruchy příjmu potravy a s tím spojené jídelní návyky se během posledních desetiletí stávají předmětem psychologické a psychiatrické diagnostiky,<sup>5</sup> v neposlední řadě bývají tématem sociální analýzy. Ta se snaží pochopit a porozumět vztahu člověka ke svému tělu. To vše má souvislost se stylem dnešní doby.<sup>6</sup> Nacházíme zde plno kontrastů, které podrobněji popíší v následujících kapitolách. Ale jen pro přiblížení problému vidíme, jak na jedné straně nacházíme silné zaujetí štíhlostí doprovázené dietním chováním. Nalézáme snahu o dokonalé psychické i fyzické stránky. Druhá strana nabízí pohled na patologický strach z tloustnutí, propagovaná negativa tloušťky, objevují se poruchy percepce.<sup>7</sup>

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)<sup>8</sup> shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruchy příjmu potravy (PPP) dva nejvíce vymezené syndromy, tím jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Přes domnělou rozdílnost vyhublých anorektiček jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé symptomy se odlišují zejména dle závažnosti podvýživy a používaných metod, které slouží ke kontrole tělesné hmotnosti. Co mají obě poruchy společné je strach<sup>9</sup> a nadměrná pozornost. Strach z tloušťky a přílišná pozornost, která je věnovaná vlastnímu vzhledu a váze těla.<sup>10</sup>

## 1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha, která bývá charakterizována především záměrným snižováním tělesné hmotnosti. Snižování tělesné hmotnosti si nemocný sám

---

<sup>5</sup> Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 181.

<sup>6</sup> Srov. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2004, s. 35-42.

<sup>7</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 23.

<sup>8</sup> Srov. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, s. 251.

<sup>9</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 15-33.

<sup>10</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 14.

navozuje. A to tím, že se úmyslně vyhýbá jídlům, po kterých se, dle něj, „tloustne“. Nadměrně cvičí, užívá projímadla, prostředky na hubnutí. Problematickým kritériem je již zmiňovaný strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu „jíst zdravě“. Pojmenování „anorexie“ však může být v některých případech nepřesné, až zavádějící. Nechutenství či oslabení chuti jíst je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, které se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je redukce v jídle naopak doprovázena zvýšeným zájmem o jídlo, např. velice rádi vaří, myslí na něj, sbírají o něm veškeré informace.<sup>11</sup>

Anorektičtí pacienti neodmítají jíst z důvodu, že by neměli hlad nebo chuť, ale proto, že sami nechtějí.<sup>12</sup> I tuto skutečnost někdy popírají a zdůvodňují ji různými argumenty, které již v této kapitole byly nastíněny. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje nejen k tělesné hmotnosti, ale i k proporcím a tloušťce.<sup>13</sup>

### **Diagnostická kritéria mentální anorexie**

1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 procent pod předpokládanou úrovní, ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena, nebo BMI 17, 5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

2) Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům,<sup>14</sup> po kterých se tloustne, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyvolávané zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.<sup>15</sup>

3) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtírává obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu<sup>16</sup> (optimální nebo cílové hmotnosti).

---

<sup>11</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 15-17.

<sup>12</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29-32.

<sup>13</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 17.

<sup>14</sup> Srov. ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008, s. 7.

<sup>15</sup> Srov. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, s. 251.

4) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu<sup>17</sup> a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají hormonální léčbu<sup>18</sup>. Může se vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

5) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty.<sup>19</sup>

### **Specifické typy mentální anorexie**

Mentální bulimie zahrnuje dva specifické typy. První je nebulimistický (restriktivní) typ, kdy během zmíněné epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Druhý typ se nazývá bulimistický (purgativní) typ, kdy během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.<sup>20</sup>

Diagnostická kritéria MA lze shrnout do tří základních znaků:

- 1) Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 procent normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než BMI.)<sup>21</sup>
- 2) Strach z tloušťky, trvajících i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost.

---

<sup>16</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 23.

<sup>17</sup> Srov. ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008, s. 10.

<sup>18</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 23.

<sup>19</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 16-17.

<sup>20</sup> Srov. Tamtéž, s. 17.

<sup>21</sup> BMI, index tělesné hmotnosti = tělesná váha v kg/tělesná výška v m<sup>2</sup>, podrobnější výpočet a vysvětlení hodnot je přiloženo v příloze.

3) U žen porucha menstruačního cyklu v případech, že nejsou podávány hormonální přípravky.<sup>22</sup>

## 1.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je poruchou, která bývá charakterizována zvláště opětovně se opakujícími záchvaty přejídání, ty jsou doprovázeny nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Podobně jako u MA není mentální bulimie v medicíně novým pojmem. Už například Hippokrates rozlišoval „boulimos“ jako: „nezdravý hlad od hladu takzvaného normálního“.<sup>23</sup> Novodobá historie MB ale má počátky až v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russell publikoval článek na toto téma a použil termín „bulimia nervosa“ k popisu příznaků třiceti pacientů. Navrhl i základní kritéria pro vymezení MB.<sup>24</sup>

### Diagnostická kritéria mentální bulimie

1) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém časovém úseku konzumováno velké množství jídla. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během jedné epizody<sup>25</sup> (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).

2) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná chuť po jídle, až žádostivost.

3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik.

4) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než nemorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často, ale ne vždy je v anamnéze epizoda MA nebo intenzivnější omezování v jídle.

---

<sup>22</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 23.

<sup>23</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 14.

<sup>24</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 18.

<sup>25</sup> Srov. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, s. 251.

- 5) Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- 6) Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod MA.<sup>26</sup>

### **Specifické typy mentální bulimie**

Stejně jako je tomu u MA, tak i zde jsou obsaženy dva specifické typy. V tomto případě se jedná o purgativní typ, kdy pacient pravidelně používá zvracení a zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení tělesné hmotnosti. V druhém typu, nepurgativním, pacienti používají přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však purgativní metody.

K určení diagnózy MB je potřeba, jak je tomu i v případě MA, určení tří základních znaků:

- 1) Opakující se epizody přejídání, důležitým znakem pro to, aby nemocný vnímal přejídání jako záchvatovité nebo neovladatelné, pocit ztráty kontroly nad jídlem, nikoliv zkonsumovaného množství. Tento subjektivní pocit je ale velmi relativní.<sup>27</sup>

- 2) Opakující se nepřiměřená až extrémní kontrola tělesné hmotnosti, což zahrnuje i střídavé období hladovění.

- 3) Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. Tělesné proporce jsou pro pacienta vysoká hodnota a v závislosti na těchto hodnotách se pohybuje samotné sebehodnocení nemocného.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 18.

<sup>27</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 16.

<sup>28</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 18.

## 2. Historie poruch příjmu potravy

Už po několik století zpět se dozvídáme o různých formách toho, jak je příjem potravy narušen. V následujících kapitolách popíší pouze současné nejzávažnější poruchy příjmu potravy. Jedná se o historii MA a stručnou historii MB. Myslím si, že je zajímavé zjistit, že tyto nemoci, ať už se v minulosti nazývaly jinak, existovaly a nejsou v současnosti novým problémem.

### 2.1 Historie mentální anorexie

Odmítání jídla, (což je hlavní prvek MA) a extrémní dodržování půstu jsme nacházeli například u asketických praktik mnoha křesťanů. V této době odmítání jídla nebylo považováno za něco nezdravého. Přehnaný půst, o kterém jsem se zmínila hned na začátku této kapitoly, měl ve středověku důležitou úlohu. Tyto ženy, označované za svaté, byly toho názoru, že jim k životu není třeba potravy, ale pouze boží pomoci.

V průběhu 19. století začalo být nahlíženo na dlouhodobé odmítání potravy jako na věc patologickou. Také veřejnost se začala na zázračné postící světice dívat jako na hysterické osobnosti, které se snaží upoutat pozornost. Ještě na počátku devatenáctého století byla anorexie pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží, než za vyhraněnou klinickou diagnózu, jak ji známe dnes. Ačkoli moderní historie pojmu „anorexia nervosa“ se datuje sedmdesátými léty 19. století. Není vyloučeno, že tato porucha existovala, ale její pojmenování bylo odlišné. Odmítání až vyhýbání se jídlu se spojovalo se známými jevy, jako je například zamilovanost, hysterie, mánie, melancholie i demence.<sup>29</sup>

Pro historii MA je významný Richard Morton. Ten popsal ve svém díle v roce 1689 případ dospívající dívky, která trpěla vyhublostí, amenoreou, hypotermií a odmítala veškerou potravu. Nebyla nalezena žádná fyzická příčina. I přes to, že jí byly předepsány léky, odmítala léčebný postup přijmout a zemřela. I když byla Mortonova práce dokonalá, tak první popisy MA, které byly věrohodné, se začaly objevovat až v druhé polovině 19. století. V roce 1859 popsal William Stout Chipley takzvanou

---

<sup>29</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 17-23.

sitiomanii, což bylo označení pro chorobné nechutenství. Zaznamenal ale i jiný typ odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek. Ty pocházely z „vyšších kruhů společnosti“ a snažily se tak upoutat pozornost.<sup>30</sup>

Trvalo více než 10 let, než se chorobné hladovění stalo lékařským světem uznávanou klinickou kategorií. O vznik prvního popisu MA se dělí Ernest-Charles Lasègue a William Withey Gull. Tito autoři popsali charakteristické znaky, které jsou aktuální i dnes: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence organické patologie.<sup>31</sup>

Ve 40. letech 20. století byla MA pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny znovuobjevena jako duševní porucha. K původnímu klinickému obrazu MA přibyly další důležité prvky: narušené vnímání obrazu vlastního těla a neúnavná snaha o dosažení štíhlosti. V posledních desetiletích se tato porucha dostává do stále většího zájmu veřejnosti.<sup>32</sup>

## 2.2 Historie mentální bulimie

Stejně tak, jak je staré odmítání jídla, je staré i přejídání. Hltání, patřilo bezpochyby do privilegované části společnosti,<sup>33</sup> i nadměrné přejídání se vyskytovalo v medicíně od nepaměti. Odlišné významy a různá osvětlení pojmu bulimie přetrvaly už z dob antiky. Někteří nozologové 18. století rozlišovali až sedm druhů bulimií. V úvahu stále více přicházely emocionální faktory, ale i přes to ještě ve 20. století v Německu a ve Francii považovali bulimii za projev špatného trávení.

Teprve v minulém století dostala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa. Tímto termínem označil silné a neovladatelné nutkání se přejídat, které je doprovázeno chorobným strachem z tloustnutí a vyhýbáním se jídlu,

---

<sup>30</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 21-23.

<sup>31</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 19-21.

<sup>32</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 28-31.

<sup>33</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 20-21.

vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím, a to u žen s normální tělesnou hmotností.<sup>34</sup> Část historie MB je popsána v její definici v kapitole výše.

Samotný pojem „mentální bulimie“ je poměrně nový, nicméně informace o chorobném hladu se pod různými jmény (stejně jako u MA) objevují spolu s prvními historickými medicínskými záznamy. Přejídání a následné zvracení patřily k příznakům často spojovaným s hypochondrií nebo hysterií. Nejlépe popsanou kazuistiku (i když byl případ špatně diagnostikován jako schizofrenie) uvedl v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Jedná se o velmi působivý příběh Ellen Wetové a jejího neúnavného boje se štíhlostí a zápasu s bulimií. Ta ji dovedla až k násilnému zvracení a nadměrnému užívání laxativ. Na počátku 70. let 20. století byla označena podstatná skupina symptomů, jiná od klinicky dobře popsaného obrazu MA a obezity. Objevovaly se klinické případy žen, které se přecpávaly, ale udržely svou tělesnou hmotnost v mezích normy za použití zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálého držení diet. V roce 1987 bylo přijato označení MB, dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je MB skutečně samostatnou klinickou diagnózou.<sup>35</sup>

### 2.3 Historie ideálu krásy

U historie poruch příjmu potravy se zastavím ještě obšírněji. Přijde mi vhodné na tomto místě čtenáři přiblížit i dějiny kultu těla, myslím tím vizuální stránku, jakým vývojem v průběhu let procházela a jaké priority byly společností uznávány. Dalším argumentem, proč zde uvádím tuto kapitolu, je skutečnost, že lidské tělo a jeho vizuální stránka hraje velkou úlohu jak v pojetí PPP, tak i v mé teoretické a praktické části této práce.

Pojetí krásy lidského těla bylo vždy řízeno kulturními trendy té dané doby.<sup>36</sup> Studium výtvarných děl v jednotlivých historických obdobích nám pomůže nastínit

---

<sup>34</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 32.

<sup>35</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 17.

<sup>36</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 22-23.



a pochopit tento vývoj.<sup>37</sup> Touha po dosažení ideálu krásy byla vždy, s výjimkou starověkého Řecka, spíše tradicí ženské populace.<sup>38</sup> Díky tomu máme k dispozici více informací o změnách v pojetí krásy ženského těla.

### **Antika**

Starověká kalokagathie znamenala harmonii těla a duše. Antičtí Řekové do pojetí krásy zahrnovali skutečně jak vnější vzhled člověka, tak jeho vnitřní povahové rysy. Mužské tělo bylo považováno za mnohem přitažlivější a krásnější než tělo ženské, což můžeme vysvětlit tím, že krása pro Řeky znamenala rovněž i tělesnou zdatnost.<sup>39</sup> U mužů převládají svaly a u žen zaoblené tvary. Římané na rozdíl od Řeků prosazovali rovnováhu v tělesném vzhledu a charakteru. Obdivovali netypičnost tváří i zvláštnosti lidských povah. Víme o nich, že vysoko hodnotili štíhlost a kriticky se stavěli k obezitě. Jejich touha po zachování štíhlé postavy vedla k tomu, že se mezi Římany rozšířil takový způsob kontroly tělesné hmotnosti, který dnes nazýváme bulimickým.<sup>40</sup> Tím chtěli zabránit negativním dopadům častého hodování na své postavě.

### **Gotika**

V období gotiky a silného vlivu křesťanské ideologie došlo k jistým změnám v pohledu na lidské tělo a jeho estetickou stránku. Křesťanské učení zdůrazňovalo zájem o duchovní život a zahrnovalo péči o tělesný vzhled. To vše se na pojetí a hodnocení krásy projevilo. Modelem se stala postava Krista. Ten je symbolem skromnosti, utrpení, strádání a s tím spojené štíhlosti. I zobrazené ženy této doby působí v gotice štíhlejším dojmem, nejdou ale do vyzáblého extrému.<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 17-19.

<sup>38</sup> Srov. DE CRESCENZO, L. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán 2004, s. 74-75.

<sup>39</sup> Srov. DE CRESCENZO, L. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán 2004, s. 74-76.

<sup>40</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 32.

<sup>41</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18-19.

## **Renesance**

Renesance s sebou přinesla částečný návrat k antickým ideálům, převážně zdůrazňuje svalnatost u mužů. Objevila se zde snaha najít určité tělesné typy, které by odpovídaly univerzálnímu principu mužství a ženství. Právě proto je důraz kladen na sekundární pohlavní znaky u obou pohlaví. U mužů se jedná o rozvoj kostry a svalstva a u žen se klade důraz na širokou pánev, zaoblené tvary.<sup>42</sup>

## **Baroko**

Tento styl ovládal Evropu zejména v přelomu 17. až 18. století a příliš se nelišil od renesančního pojetí. U žen jednoznačně převládal důraz na ty části těla, které symbolizují reprodukční úlohu ženy. Plnost a kulatost břicha a pánve způsobené větším množstvím podkožního tuku.<sup>43</sup>

## **Klasicismus**

V 19. století se setkáváme se dvěma odlišnými pohledy na ženské tělo. Oba ideály se pyšnily útlými pasy zvýrazněnými korzetem, ale lišily se pak v ostatních tělesných proporcích. V první polovině 19. století zvítězil typ dámy křehkého a jemného vzezření. U ženy pak muži obdivovali především krásný obličej, také morální hodnoty a společenské postavení. V druhé polovině výše zmíněného století však konkurovaly ženy celkově mohutnějšího typu, s většími obvody v bocích a přes prsa. Takové ženy bylo možno hledat v nižších vrstvách. Na konci století se již mnoho žen znepokojovalo tím, že jsou příliš štíhlé. Důvod byl ten, že se v pohledu na krásu prosadil i pohled medicínský, který podporoval plnější postavu. Ta byla synonymem tělesného zdraví.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 23.

<sup>43</sup> Srov. Tamtéž, s. 21.

<sup>44</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18-19.

## Moderní doba

Existuje všeobecná shoda v tom, že v západní kultuře je na ženy vyvíjen větší společenský tlak, který je nutí snažit se vyhovět ideálu štíhlosti, než na muže. Idealizace štíhlosti u žen je často vnímána jako výsledek historického vývoje ve 20. století.<sup>45</sup>

Na začátku 20. století se již začaly objevovat tendence ke štíhlosti v pohledu na ženskou krásu. Ještě před první světovou válkou se v ideálu prolínaly znaky obou tělesných typů z předchozího století, které byly popisovány výše, přibýly ale i další nové prvky. Byla zdůrazněna štíhlá linie, ale už ne křehkost. Ideál ženy působil vysokým a vzpřímeným dojmem.<sup>46</sup>

Po první světové válce se začaly zkracovat délky sukní, tím zmizely i zaoblené ženské tvary, siluety se zploštily a rysy nabyly více chlapeckého vzhledu. Ženská краса se hodnotila dle obličeje upraveného kosmetikou a mírou obnaženosti nohou. Zde nelze opomenout velký rozvoj médií ve 20. letech 20. století. Ten měl v západním světě vliv na vznik určitých uniformních požadavků na tělo. Ve 30. letech byl zaznamenán částečný návrat k ideálům staršího data, a tento trend přetrval i ve 40. letech. Je patrné i z písemných výpovědí, že například herečky té doby (představovány jako jeden z idolu krásy) v naší republice byly „nucené“ do určitého časového limitu zhubnout a jejich denní příjem obsahoval dvě jablka a podobně.<sup>47</sup>

V 50. letech 20. století byl svět doslova zaplaven a ovlivněn hollywoodským módním průmyslem. Jako jeden z ideálů byly proporce Marilyn Monroe. Ta byla charakteristická klenutými prsy, útlým pasem a houpavou chůzí na velkých podpatcích. Právě od této doby ženy usilovaly o útlé boky a vyrovnané obvody boků a prsou. Právě tyto míry představovaly pro toto období ideální tělesné proporce. Ale i samotná Marilyn se kolikrát ve svých rozhovorech a biografiích zmiňovala o tom, že je silná a někdy tuto skutečnost vnímala jako handicap. Pro společnost však bylo o něco pozitivnější, že snaha dívek přiblížit se svému idolu po vizuální stránce nebyla tak zdraví ohrožující,

---

<sup>45</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 21.

<sup>46</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18-19.

<sup>47</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 20-21.

což diety k dosažení až chlapecké postavy způsobovaly a takovýto případ se posléze stal.<sup>48</sup>

Největší nárůst poruch příjmu potravy u ženské populace je zaznamenán v 60. letech. Jedním z důvodů je uvedení nového tělesného ideálu, tak odlišného od předešlého modelu. Jedná se o Leslie Hornby Armstrong, která je známá pod svým pseudonymem Twiggy. Tato útlá dívenka vážící v té době necelých 44 kilogramů se stala najednou vzorem pro mnoho žen. I přes to, že si mužská populace na vyhublost (zejména hrudních partií) nezvykla. K tomuto modelu byl ještě nápomocen fakt, že se do módního průmyslu uvedly bikiny, a ty se vyjímaly, také rovněž podle prezentovaných modelek, zejména na štíhlých postavách.<sup>49</sup>

### **Současnost**

Žijeme ve společnosti nadbytku, ale tento nadbytek není pouze nadbytkem materiálních statků, nýbrž nadbytkem informací, informačních explozí. Stále více knih a časopisů se hromadí na našich psacích stolech, jsme zaplavováni dráždidly. Chce-li člověk obstát v této záplavě podnětů, které přinášejí masová média, musí vědět, co je a není důležité.<sup>50</sup>

V současnosti stále přetrvává požadavek štíhlé postavy, ne však úplné vyzáblosti. Především 80. léta znamenala z lékařského hlediska obrat k lepšímu. Dnes nacházíme i společenský tlak přizpůsobit se ideálu štíhlého a pevného těla, než tolik propagovaná až dětská štíhlost na dospělých ženách.<sup>51</sup>

V příloze č. II. jsou uvedeny pro lepší představivost obrázky, které vystihují alespoň pro ilustraci, výše uvedené historické období, kdy jsou rozdíly, zejména ve 20. století, patrné hned na první pohled.

---

<sup>48</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 47.

<sup>49</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18-20.

<sup>50</sup> Srov. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*, Brno: Cesta, 2006, s. 18.

<sup>51</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 18-20.

### 3. Rizikové postoje a chování u poruch příjmu potravy

K rozvoji či udržení poruch příjmů potravy dopomáhají různé skutečnosti. Ať už se jedná o přehnanou pozornost, která je věnována tělesné hmotnosti a postavě, různé typy hladovek nebo přísné redukční diety. Proto se některé epidemiologické studie těmito jednotlivými symptomy zvlášť zabývají.<sup>52</sup> V následujících kapitolách nabídnou stručný popis těchto rizikových faktorů, které mohou být jedním ze spouštěcích mechanismů u poruch příjmu potravy (MA nebo MB).

#### 3.1 Držení diet

Dieta je přepych, který může být prosazován jen ve společnosti nadbytku. Zatímco ještě před 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené „prostředky na přibírání“, je dnes komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky na hubnutí.<sup>53</sup>

Nejen výzkumy posledních let potvrzují skutečnost, že pojem dieta je zejména v ženské populaci velmi rozšířen. Dietní průmysl propaguje štíhlý, až vyhublý ideál i navzdory tomu, že držení diet může způsobit zdravotní problémy a je nepravděpodobné, že by diety vedly ke dlouhodobému snížení tělesné hmotnosti<sup>54</sup> (což ale ženy a dívky nechtějí připustit a tuto skutečnost přehlížejí). Můžeme na tomto místě předpokládat, že většina žen kontroluje svůj denní příjem potravy, přesněji energetický příjem z důvodu zhubnout, či si udržet štíhlou postavu a mají stejné charakterizující příznaky jako nemocní s PPP.

Existuje ale i obecná shoda v tom, že dietního chování ve velké míře přibývá nejvíce v období dospívání, a že redukční diety vedou k záchvatovitému přejídání. Jsou jedním z hlavních příznaků MB a zvyšují riziko PPP přibližně až na osminásobek.<sup>55</sup>

Nemalému přispění propagaci diet pomáhají i mediálně známé osobnosti, doporučují je lékaři, jsou jim věnovány stránky v časopisech, prostor v televizi.<sup>56</sup> Diety

---

<sup>52</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 48.

<sup>53</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 59.

<sup>54</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 15.

<sup>55</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 49.

se staly do určité míry přepychem, a tak není divu, že se prvními oběťmi staly dívky z vyšších vrstev.<sup>57</sup> Otázka redukčních diet není jen otázkou ve spojitosti s PPP a jiných negativních následků, jde především o problém regulace tělesné hmotnosti a možných osobitých rozdílů. Je velmi individuální, jak je vnímáno dietní chování. Někdo, kdo se tímto jednáním řídí, si mnohdy ani neuvědomuje, že spadá do této kategorie. Pro někoho může být pro dodržování diet důležité i pouhé doporučení od lékaře,<sup>58</sup> aby se vyhnul příslušné potraviny ze zdravotních důvodů, ten druhý je bere jako zdravý životní styl.

### 3.2 Nespokojenost se svým tělem

Náš psychický život je životem našeho těla, které reaguje na vše, co prožíváme. I tělo má paměť. Poznáme ji podle toho, že emočně obsažená vzpomínka v něm vyvolá odezvu.<sup>59</sup>

Většina žen je nespokojena se svým tělem, zejména s břichem, boky a stehny a stejná většina by raději byla štíhlejší než v současné době.<sup>60</sup> Dieta, kterou jsem zmiňovala v předešlé kapitole, purgativní chování a nereálná touha po zhubnutí, to jsou důsledky nepřiměřeného ocenění tělesného vzhledu.

Už výzkumy z 50. let (Secord a Jourard, 1953) objevily statisticky významný fakt mezi spokojeností s vlastní postavou a sebevědomím. Tato souvislost byla podstatně významnější u žen než u mužů. Pozdější práce ukazují, že 20 až 70 procent dospívajících dívek není spokojeno se svým tělem.<sup>61</sup> Většina lidí nemá přirozeně vytrénované štíhlé tělo. Chtějí-li být v souladu se současným ideálem, musí tomu

---

<sup>56</sup> Masmédia a jejich náborování, přemlouvání a získávání pro spolupráci je příkladem manipulace s poddajnými typy lidí, které jiné osobnosti získávají pro své cíle. Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál 2000, s. 143.

<sup>57</sup> Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 45.

<sup>58</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing, 2002, s. 41-42.

<sup>59</sup> Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, Praha: Portál 2002, s. 42.

<sup>60</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 54.

<sup>61</sup> Téma spojenosti s vlastním tělem je rovněž součástí praktické části práce, budeme mít možnost porovnat, nakolik jsou údaje v tomto problému shodné a zda hraje roli i časový odstup několika let. Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 50.

věnovat neustálou pozornost (prostřednictvím již zmiňovaných diet a různým cvičením).<sup>62</sup> Rostoucí nespokojenost s tělesnou hmotností se rovněž dává do souvislosti s kulturními tlaky a společenskými požadavky. Toto téma ale nastíníme podrobněji v následujících kapitolách.

### 3.3 Rizikové profese a zájmy

Jsou sociální skupiny, pro které má tělesný vzhled a hmotnost rozhodující význam. Už několikrát byly uváděny anorektické postoje a chování například u studentek baletu, profesionálních tanečnic nebo modelek. Jedná se zejména o nevhodné hmotnostní, ale i jídelní standardy, které jsou mnohdy těmito skupinami dodržovány. Dále je ze studií mezi sportovci zřejmé, že okolím nekriticky oceňována štíhlost a podporovaná soutěživost zvyšují riziko PPP.<sup>63</sup>

Ale znovu tu hraje roli sociální tlak. Společnost si pod baletkou představí drobnou, štíhlou dívku. Například i žokejové musí splňovat váhové parametry. Pokud obrátím pozornost na mužskou populaci, tak závodníci formule jsou na tom stejně. Aby tyto nároky splnili, uchylují se k držení diet, hlídání tělesné hmotnosti. Na druhou stranu ale můžeme konstatovat, že u jiných profesí tomu může být naopak, tam očekáváme svaly, rozložitou silnou postavu (vrhači koulí, vzpěrači).<sup>64</sup> Opětovně se setkáváme s určitým automatickým spojením profese a tělesného vzezření.

Mnoho autorů se zaměřilo na socioprofesionální skupiny, pro které má výkon, tělesný vzhled a zejména pak tělesná hmotnost sama o sobě rozhodující význam. V roce 1979 Druss a Silverman poukazovali na anorektické postoje a chování studentek baletu. Garner et al. (1989) v rámci jiné studie po dobu dvou let vyšetřovali studentky vysoce profesionální americké baletní školy a zjistili u více než 25 procent dívek poruchy příjmu potravy. Toto zjištění vedlo k závěru, že společenský tlak a dodržování štíhlosti je významným faktorem z hlediska rozvoje PPP.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 15.

<sup>63</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 44-45.

<sup>64</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 98.

<sup>65</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 58.

## 4. Příčiny poruch příjmu potravy

Možných důvodů, které vedou ke spuštění či propuknutí jak MA, tak MB, je opravdu několik. O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho hypotéz.<sup>66</sup> Dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet, kterými jsem se zabývala v předešlé kapitole, neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by vysvětlovala tuto problematiku.<sup>67</sup> Ve většině případů jde ale o různou kombinaci sociokulturních, biologických a rodinných faktorů. Stejně tak je to se životními událostmi, emocionálním vybavením jedince<sup>68</sup>, osobnostní a jiné charakteristiky zde také sehrávají svou úlohu. To, jak velkou mají funkci a sílu ovlivnit jedince, se pokusím popsat v následujících kapitolách.

### 4.1 Sociální a kulturní faktory

Kdosi definoval kulturu jako něco, co má připravenou odpověď na každý životní problém.<sup>69</sup> A právě rychle se měnící kultura,<sup>70</sup> oslava vyhublosti, štíhlost a nadměrná sebekontrola. to jsou důvody, které mnoho autorů předpokládá jako jádro problému u poruch příjmu potravy. Možné důkazy, které by verifikovaly tuto hypotézu, se nalézají hlavně v rostoucí incidenci PPP v zemích takzvaného „západního“ světa u žen mezi imigranty (např. řecké dívky v Německu, arabské studentky v Anglii), baletkami nebo modelkami v kulturách, které se po druhé světové válce snažily přizpůsobit západnímu stylu a hodnotám. Je poukazováno na fakt, že hodnoty západní společnosti jsou spojeny s rostoucím zájmem o tělo<sup>71</sup> a požadují od mužů a zvláště od žen, že budou štíhlé a mužská populace ke štíhlosti přidá i nezbytné svaly.<sup>72</sup>

---

<sup>66</sup> Srov. ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008, s. 8.

<sup>67</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 57.

<sup>68</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. Praha Grada Publishing, 2011, s. 117.

<sup>69</sup> Srov. ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. Praha: PROSTOR, 2002, s. 305.

<sup>70</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, s. 79-82.

<sup>71</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 56-57.

<sup>72</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 29.



Dalším faktorem, který nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, je takzvaný módní ideál. Ti pak spatřují cestu ke kráse spojenou s úspěchem právě ve štíhlosti. Na tento fakt především upozornila Hilda Bruch<sup>73</sup> v roce 1978. Právě ona pokládala módní průmysl spolu se sdělovacími prostředky za odpovědné za to, že pomáhají šířit názor, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý a štíhlost je nejdůležitější aspekt fyzické přitažlivosti.

Nejenže jsou v nynější době ženy stále více atakovány štíhlejším ideálem krásy, ale i jejich zobrazené ikony (modelky v časopisech) jsou stále více a více útlejší, až nezdravě vyhublé. Tyto trendy vedou tak daleko, že mnohdy současná ideální silueta a hmotnost ženského těla jsou biogeneticky nedosažitelné a zdraví ohrožující. Jsou stejně nebezpečné jako metody, kterými se štíhlosti dosahuje. V takovémto společenském klimatu pak přerušování diet a mírná nadváha jsou vnímány jako selhání a ve většině případů vedou k sociální diskriminaci, poklesu sebevědomí a sociální izolaci.<sup>74</sup>

To je také důvod, proč některé ženské časopisy závislé na reklamě odmítají publikovat články a zprávy o nebezpečnosti nebo neúčinnosti komerčních dietních prostředků.

Kulturním fenoménem se rovněž stává určitá předpojatost vůči obézním lidem. Jsou jim připisovány přívlastky jako hloupí, líní, oškliví. Tato podjatost je výrazně větší vůči ženám. Tímto se jen dále posiluje strach z tloušťky a diskriminace jedinců, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní. Řada studií poukazuje na to, jak jsou už děti a mladší adolescenti stigmatizováni obezitou.<sup>75</sup> Mají lidé s nadváhou těžší například prosadit se v běžném životě a naopak jak společnost vnímá štíhlé jedince? Přisuzujeme už automaticky lidem dle vzezření vlastnosti a povahové rysy, bez toho aniž bychom je blíže poznali?

---

<sup>73</sup> Hilde Bruch v roce 1962 referuje o změnách myšlení, vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Jsou publikovány výsledky prvních epidemiologických studií. Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 44-45

<sup>74</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29.

<sup>75</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 60.

Myslím si, že následující myšlenka od G. W. Allporta vystihuje, kde tato předpojatost spolu s předsudkem pramení. Ten se domnívá, že předsudek nebylo něco, co dítě naučili rodiče, ale co pochytilo v infikovaném ovzduší.<sup>76</sup>

## 4.2 Biologické faktory

V této kapitole se budu věnovat zejména problematice a otázkám: Jak velký rizikový faktor pro rozvoj PPP je ženské pohlaví a tělesnost. Jakou úlohu hraje v tomto momentě tělesná hmotnost. Může být typickým obdobím pro pravděpodobnost vzniku mentální anorexie či mentální bulimie puberta, je v tomto období jejich výskyt větší?

### Ženské pohlaví

Vlastní skupina podle pohlaví je zajímavý případ k prostudování. Dvouleté dítě své spolužáky nijak nerozlišuje: holčička chlapeček jsou pro ně totéž.<sup>77</sup> Už jen samotný fakt být ženou<sup>78</sup> stačí k tomu, aby pravděpodobnost PPP byla až sedmkrát vyšší. Oproti chlapcům, kde představují ideál svaly, dívky se tomuto vzdalují. Jejich tělesné proporce nabírají na změnách a začínají sehrávat odlišnou úlohu v životě muže i v životě ženy.<sup>79</sup>

V tomto případě jsou ohroženy všechny ženy bez rozdílu rasy, věku, společenského postavení. Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává i do adolescence. Zastavím se ale u rozdílnosti jak mužského, tak ženského pohledu na ideál vzhledu lidského těla. Použiji pro přirovnání názorného příkladu, kde je na první pohled vidět daný rozpor. Co spatříme, pokud vedle sebe položíme dva časopisy. Jeden „typicky mužský“ a druhý „typicky ženský“ (určený samozřejmě pro každou zaměřenou cílovou skupinu)? Na titulní stránce určeného pro

---

<sup>76</sup> Srov. ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. Praha: PROSTOR, 2002, s. 323.

<sup>77</sup> Srov. Tamtéž s. 64.

<sup>78</sup> V rozhovorech o ženách je vzhled jedním z hlavních momentů: naše představy „ideálních žen“, s nimiž jsou všechny ostatní ženy srovnávány a podle kterých posuzujeme samy sebe, naplňují především, mladé, zdatné, heterosexuální, přitažlivé ženy. (Ussherová, 1993) Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 111.

<sup>79</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 52.

mužskou populaci se na nás bude usmívat modelka plnějších tvarů, zatímco z té druhé bude pohlížet módní ikona s podstatně nižší váhou, kde jí bylo s pomocí nové techniky vyretušováno tělo a ubráno pár centimetrů. Pravda, retuše probíhají i v časopisech pro mužskou část, ale rozhodně jim nejsou zmenšeny parametry a tělesné proporce (mnohdy tomu bývá i naopak). Zde je patrné, jak rozdílný pohled na ideál těla je. Dívkám, které ale mají předpoklady k propuknutí PPP a touží po štíhlé postavě, je ale prezentovaný ideál v „ženském“ časopise doslova modlou.

V souvislosti s ženským pohlavím nelze zapomínat ani na biologickou úlohu ženy a s tím spojené společenské a kulturní požadavky na ženskou roli. Žena bývá daleko více vystavena zevním, a to zejména emočním vlivům. To znamená, že mnohá do sebe přijme i to, co jí nesvědčí, snaží se splnit očekávání okolí, ať už se jedná o její vzhled, příjemné chování a rodinnou pohodu. Již jako dívka přejímá roli důvěrnice matky nebo otce. Často bere na svou osobu i možné napětí v jejich vztahu, aby tím zajistila jednotu a pohodu.<sup>80</sup>

### **Tělesná hmotnost**

Jak vzrůstá ženám jejich tělesná hmotnost, tak se mnohdy přímo úměrou zvětšuje nespokojenost s jejich tělem a tím narůstá nebezpečí redukčních diet a MB. Zejména ale distribuce tělesného tuku hraje významnou úlohu při rozvoji a vzniku PPP. Už tolikrát zmiňovaný strach z tloušťky je stálý partner v poruchách příjmu potravy. Tyto poruchy se proto nejvíce objevují v životních etapách, které jsou spojeny s výraznými tělesnými změnami, například v těhotenství a v dospívání.<sup>81</sup> Ohledně těhotenství, jsem se i v této spojitosti setkala se strachem. Co jsem měla možnost u několika dívek poznat, tak u stávajícího těhotenství nebyl strach, zda vše zvládnou, jestli gravidita bude probíhat bez komplikací a zdali jejich dítě je v pořádku, ale strach, že budou tlusté. Že se jejich váhový přírůstek zvětšuje. Bohužel i v tomto období jsem se setkala s omezováním jídla, držet nesmyslných diet a podobně. Mají obavu, zda se vrátí ke své původní váze, budou přitažlivé pro svého partnera, to jsou pro ně hlavní priority.

---

<sup>80</sup> Srov. PONEŠICKÝ J. *Fenomén ženství a mužství* Vydání 3. Praha: Triton, 2008, s. 172-175.

<sup>81</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29.

Dotazníkové studie uváděné Grogan (2000) popisují fyzické změny spojené s důsledky těhotenství. Ty dělaly ženám starosti. Měly pocit, že jejich tělo přestalo být po těhotenství esteticky přitažlivé a v době před těhotenstvím a porodem byly relativně atraktivní. Nedokázaly uvést žádné pozitivní důsledky těhotenství. Hlavními negativními následky byly vytažená kůže na břicho a pokleslá prsa.<sup>82</sup>

Stein a Faiburn (1996), kteří sledovali jídelní postoje a zvyky po porodu, zjistili, že příznaky narušeného jídelního chování zřetelně vzrůstají tři měsíce po porodu a šest měsíců po porodu se vyrovnávají. Zaoberání se tvarem těla po šesti měsících klesá. Naopak ale stoupá zájem o tělesnou hmotnost.<sup>83</sup>

### **Vývojová období**

Jsou různé časové úseky, kdy je větší pravděpodobnost výskytu MA a MB. Níže jsou popsány ty vývojové fáze, ve kterých se PPP projevila i u dotazovaných v praktické části této práce. Proto je zde charakterizována i časná a střední dospělost.

#### **Období pubescence - zhruba od 11 do 15 let.**

1) **Fáze prepuberty**, první pubertální fáze. Začíná prvními známkami pohlavního dospívání, prvními sekundárními pohlavními znaky a obvykle i „vlnkou“ urychlení v růstové křivce. Končí nástupem menarché u dívek. U většiny našich dívek trvá tato první fáze zhruba od 11 do 13 let.<sup>84</sup>

2) **Fáze vlastní puberty**, druhá pubertální fáze. Nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti.

---

<sup>82</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 38.

<sup>83</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 62-63.

<sup>84</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 139.

Puberta je obdobím pohlavního dospívání a nového začleňování osobnosti do společnosti.<sup>85</sup> Je to období pronikavých změn ve vývoji osobnosti a značných problémů v rodinné i školní výchově.<sup>86</sup>

Z hlediska etiologie PPP může být významná časnost nástupu puberty a tělesného zrání. Striegel-Mooreová (1993)<sup>87</sup> cituje některé autory, kteří pokládají brzy tělesně vyzrálé dívky za ohroženější PPP. Tyto dívky bývají menší a silnější než jejich vrstevnice.<sup>88</sup> Jsou méně spokojeny se svou hmotností. Jsou více vystaveny stresu a podle některých spekulací může časný začátek puberty vyhrotit i konflikty s rodiči.<sup>89</sup>

Jak již bylo nastíněno, jedním z nejtypičtějších období, kdy je velká pravděpodobnost MA, je puberta. Jedná se o životní úsek, kdy na jedné straně už jsou znatelné první známky pohlavního zrání, a na straně druhé je dovršení pohlavní zralosti. Rovněž dochází k dokončení tělesného růstu. V této vývojové fázi dochází k řadě nápadných a také významných psychických změn ohledně nového sociálního zařazení jedince. To se projevuje v odlišném očekávání společnosti. Právě v pubertě si jedinec stále více uvědomuje sám sebe, diferencuje se vlastní Já.<sup>90</sup> Dospívající se snaží odlišit od svého okolí. Stále více se prohlubuje zájem o svět svých vrstevníků a druhé pohlaví k tomu. Chce být úspěšný, chce se líbit.<sup>91</sup>

Jak se ale v pubertě projevuje chování dívek, na které je tato práce zaměřena, jaká vykazuje specifika? Dívky oproti chlapcům jsou vnitřně nejistější, mají podstatně větší obavy o to, zda jsou či nejsou oblíbené, mají nižší úctu ke svému vlastnímu tělu a celkově je jejich sebevědomí nízké. I když se jejich sebevědomí zlepšuje v průběhu dospívání, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem

---

<sup>85</sup> S narůstajícím významem vrstevnické skupiny se snižuje vliv rodičů na jednání dítěte. Dochází k záměně rodičovského vzoru autoritou vrstevnické skupiny. Srov. CAKIRPALOGLU, P. *Psychologie hodnot*. Olomouc 2009, s. 245.

<sup>86</sup> Srov. ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001, s. 232.

<sup>87</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 62.

<sup>88</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 102.

<sup>89</sup> Srov. KERN, H., MEHL, CH., NOLZ, H., PETER, M., WINTERSPERGE, R. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1999, s. 179.

<sup>90</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 138.

<sup>91</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, s. 112.

sebepečování (Allgod-Merten et al., 1990).<sup>92</sup> Pubertu a dospívání však lze považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které může být spojeno s mimořádným stresem.

### **Období adolescence**

Postupně se dosahuje plné reprodukční zralosti a dokončuje se tělesný růst. Rychle se mění postavení jedince ve společnosti, došlo k přechodu ze základní školy do učebního poměru nebo na studium. Začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepejetí. Období adolescence zahrnuje dobu zhruba od 15 do 20 – 22 let. Běžně bývá tato věková skupina označována jako mladiství, dorost, teenagers, Jugendalter (ačkoliv toto označení se někdy kryje s celým obdobím dospívání).<sup>93</sup>

### **Časná dospělost**

Zhruba od 20 do 25 let. Je přechodným obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí.<sup>94</sup> Dospělost tu vymezujeme s přihlédnutím ke třem kritériím:

- 1) k věku;
- 2) k převzetí určitých vývojových úkolů;
- 3) k dosažení určitého stupně osobní zralosti.<sup>95</sup>

Hlavní charakteristiky této etapy jsou:

- 1) upevnění identity dospělého;
- 2) identifikace s rolí dospělého;
- 3) produktivní orientace;
- 4) upřesnění osobních cílů;
- 5) nezávislost na rodičích;
- 6) hledání partnera;
- 7) zakládání vlastní rodiny;

---

<sup>92</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 60.

<sup>93</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 138 – 140.

<sup>94</sup> Srov. KERN, H., MEHL, CH., NOLZ, H., PETER, M., WINTERSPERGE, R. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1999, s. 179.

<sup>95</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 161.

- 8) předběžná volba povolání a postupné získávání odpovědnosti v profesi.<sup>96</sup>

### **Střední dospělost**

Přibližně do 45 let. Je obdobím plné výkonnosti a relativní stability.

Mezi hlavní charakteristiky této vývojové etapy patří:

- 1) další upevnění identity;
- 2) vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů;
- 3) posílení odpovědnosti a jasné sledování cílů v povolání;
- 4) osamostatnění se od dřívějších rádců.

Vlastní popis dospělosti je těžký proto, že se od sebe dospělí lidé velmi liší životními podmínkami i různými osudy. Každý dospělý zaujímá během svého života různé role, které opět vyjadřuje různými způsoby.<sup>97</sup>

### **4.3 Životní události**

Nikdo, a především adolescent si nepřeje, aby ho dominantní skupina vyloučila ze svého středu. I pouhý tón hlasu může někoho přimět, aby se choval náležitým způsobem.<sup>98</sup>

Dalším faktorem, který je důležitý jako spouštěč v PPP, jsou různé životní události. Už v roce 1973 poukazovala již citovaná Hilda Bruch na to, že většina jejích pacientů si vzpomíná na dobu nebo podnět, které způsobily snahu zhubnout, nebo kdy se naopak cítili psychicky silní. Dle různých klinických studií až dvě třetiny pacientů dávají do souvislosti s PPP právě životními událostmi. Jako nejčastější možnosti u MA jsou

---

<sup>96</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 161-162.

<sup>97</sup> Srov. KERN, H., MEHL, CH., NOLZ, H., PETER, M., WINTERSPERGE, R. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1999, s. 179.

<sup>98</sup> Z odpovědí dívek a žen, které prodělaly PPP a s kterými jsem měla možnost hovořit, samotné dosvědčily, že si velice dobře pamatují větu, která je přiměla k hubnutí, dietám a posléze je dovedla k MB nebo MA. Proto mi tato citace přišla více než vhodná a přesně vystihuje, co je následně popsáno. Srov. ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. Praha: PROSTOR, 2002, s. 309.

uváděny různé slovní narážky na tělesný vzhled, na tloušťku<sup>99</sup> (mnohdy stačí jedna věta o tom, jestli dívka nepřibrala, že by měla zhubnout a podobně), rovněž se jedná o sexuální a jiné konflikty, určité významné změny, osobní nezdary i nemoci, problémy v rodině, její odloučení od ní.<sup>100</sup> U MB jsou častější životní okolnosti v období jednoho roku před počátkem události. V tomto případě šlo o situace ve spojení s narušením rodinných nebo sociálních vztahů<sup>101</sup> nebo o léčbu z nějakých zdravotních příčin.<sup>102</sup> Je zřejmé, že váha a důležitost jmenovaných konfliktů je u každého jedince odlišná a vyrovnává se s tím každý jinak. Určitě jsou zde důležité emocionální rodinné a genetické faktory, které budou popsány v následujících kapitolách.

#### 4.4 Udržující faktory

Stejně tak jako kterákoliv jiná nemoc, tak i PPP přináší nemocnému mimo problémů a potíží i možné výhody a zisky. Právě ony pak nemoc podpoří a následně udržují její stádium. Dále PPP sníží úzkost, potlačí prožívání emocí díky zaměřením pozornosti na kontrolu potravy, dozorem nad tělesnou hmotností, nadměrným cvičením a podobně.<sup>103</sup>

Konkrétně tímto faktorem například dospívající získá novou pozornost rodičů. Tím si zajišťuje jejich blízkost a ovlivňuje tak jejich chování. Například v partnerském konfliktu rodiče zaměřují svoji pozornost na dítě a musí se sjednotit. Nemocnému se díky úbytku tělesné hmotnosti dostává pochvalných komentářů ohledně vzhledu a podobně.<sup>104</sup>

---

<sup>99</sup> Srov. SLÁDKOVÁ, I. VYBÍRAL, Z. *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. E-psychologie [online], 2(4), 13-23[cit. 09. 09. 2011]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/sladkova-etal.pdf>.ISSN 1802-8853.

<sup>100</sup> Separace od rodiny, snaha po sebezprosování a autonomii, bylo rovněž akceptováno v souvislosti s PPP zejména v psychoanalytické literatuře. Bez ohledu na to, jaký má časné odloučení od rodiny (pobyty a studium v zahraničí, samostatné bydlení a podobně).

<sup>101</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 59.

<sup>102</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 65.

<sup>103</sup> Srov. ŠTICHOVÁ, Z. *Krise ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence*, Praha: Portál 2002. s. 451-452.

<sup>104</sup> Srov. SCHLIPPE, A. SCHWEITZER, J. *Systematická terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2001, s. 78.



Důležitý vliv na průběh a vznik nemoci mají reakce, které například dívka vyvolává ve svém okolí v návaznosti na to, když začnou její pokusy o redukci hmotnosti. V první fázi okolí reaguje pozitivně, dívku či ženu chválí. Obdivují její silnou vůli. V důsledku toho dívka pokračuje ve svém chování. Ve druhé fázi již dívka nezbuzuje obdivné pochvaly. Naopak lidé ji často upozorňují a dávají najevo, že nevypadá dobře.<sup>105</sup>

#### 4.5 Rodinné a genetické faktory

Člověk nepřichází na tento svět jako „nepopsaná deska“ a není utvářen ve svém vývoji jen individuální zkušeností, přináší si na svět určitý systém vrozených sklonnů, na jehož bázi se celý proces socializace či kultivace odehrává.<sup>106</sup>

Jak pacienti, tak i rodinní příslušníci a následně i terapeuti popisují začátek a růst MA a MB v souvislostech různých rodinných událostí. Už samotná skutečnost výskytu MA v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví je pokládána za velmi významný rizikový faktor. Skutečnost, že se PPP v rodinách dívek s MA vyskytují až pětkrát častěji než v běžné populaci, měla snahu vést některé autory k názoru, že možná příčina problému může být v rodině nemocných. Do této doby ale nebylo potvrzeno, že by existovala určitá typická anorektická či bulimistická rodina. A stejné charakterové znaky jako byly ve zmíněných rodinách, se nacházely i v rodinách s jinak chronickým dítětem. Ovšem na druhé straně se můžeme v rodinách u pacientek s PPP podstatně častěji setkat s praktikováním diet, obezitou, „posedlostí“ takzvaným zdravým životním stylem, zdravou výživou. Nebezpečné může být, jestliže jsou rodiče příliš orientováni na výkon a mají sklon k postojům: „*Musíš to dokázat za každou cenu*“ nebo „*Stačí zatnout zuby*.“<sup>107</sup> Pokud se člověk v tomto ohledu nevyvíjí šťastně a normálně, něco se nezdařilo v raném dětství a ve výchově. Předpokládá se, že

---

<sup>105</sup> Srov. SLÁDKOVÁ, I. VYBÍRAL, Z. *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. E-psychologie [online], 2(4), 13-23[cit. 09. 09. 2011]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/sladkova-etal.pdf>.ISSN 1802-8853.

<sup>106</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009, s. 101.

<sup>107</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 55.

mají-li děti správnou péči, většinou z nich budou vyrovnaní a optimističtí dospělí lidé.<sup>108</sup>

Nedostatky v rodičovské péči se vyskytují nejen u nemocných s PPP, ale i u jiných psychiatrických pacientů. Ulrika Schmidt et al. (1995)<sup>109</sup> připomínají v souvislosti MB následující rizikové faktory: afektivní poruchy, alkoholismus nebo obezitu v rodině, deficit v rodičovské péči v dětství spojený se spory a neshodami, zanedbáváním,<sup>110</sup> fyzickým nebo sexuálním zneužíváním. Více než 40% bulimiček, které sledovali, bylo z rozvrácených rodin. Uvádí, že rodiče, kteří nejsou své dospívající dceři k dispozici, jí nemohou zajistit ani pravidelné jídlo. Stejně tak nejsou obvykle schopni přiměřeně spolupracovat, když dojde k výraznějšímu projevu problému.

## **Matka**

Podobné je to například u matek anorektiček, kdy se PPP a s nimi spojené ohrožující jídelní postoje a chování může vyskytovat podstatně častěji. Tak zvané anorektické matky jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní,<sup>111</sup> bývají označovány jako málo empatické k potřebám svého dítěte.<sup>112</sup> Bylo poukazováno na přílišnou závislost matky a anorektického dítěte, stejně jako na nadměrnou symbiózu a mateřskou kontrolu a možnou přetíženost matky.<sup>113</sup>

Jak už bylo uvedeno, tak život točící se kolem diet může díky nápodobě matky dceru velmi ovlivnit. Bohužel ale i možná obezita matky je jedním ze spouštěčů MA.<sup>114</sup> Roli zde hraje opět strach. Strach dcery, že ji samotnou čeká stejná postava, jakou disponuje její matka a může se právě v tomto okamžiku začít striktně omezovat v jídle.

---

<sup>108</sup> Srov. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007, s. 11.

<sup>109</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 66-67.

<sup>110</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 286.

<sup>111</sup> Srov. ŠTICHOVÁ, Z. *Krizy ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence**, Praha: Portál 2002. s. 451-452.

<sup>112</sup> Po dobu celého dětství a mládí je jedinec vysoce citlivý na to, jaký vztah k němu má matka. Srov. ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001, s. 189.

<sup>113</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, s. 425.

<sup>114</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 67.

Pak se může, ale jen po určitou dobu, cítit na výši, že právě ona to zvládla a dokáže se v jídle kontrolovat, dokáže být štíhlá oproti své matce.

### **Otec**

Jako možná příčina jídelních problémů byl často zmiňován i otec. Bývá charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, v některých případech jako dominantní osoba. Rovněž se uvádí typ jako odtažitý otec, a to z vážného, ale skrytého důvodu konfliktu mezi rodiči. Dcera je závislá na obou, avšak v této atmosféře si vytváří tajné spojení s matkou proti otci. Dalším představitelem je otec aktivní, avšak nedosažitelný. Je pro dceru bezchybný natolik, že se mu dle ní nemůže nikdy vyrovnat. U MB se např. nejčastěji poukazuje na příliš blízký vztah otce a dcery v raném dětství.

Za rizikové otce se považují takoví, kteří mají v rodině bezvýznamnou roli, ať už je důvod v přílišné zaměstnanosti, nepřítomnosti či neschopnosti navázat s dcerou bližší vztah. Paradoxně ale i druhý protipól tohoto modelu dokáže spustit MA či MB.<sup>115</sup>

Nejen v souvislosti s MA může být nebezpečná i oblast sportu. Ve většině případů je to otec, který má zájem na tom, aby dcera sportovala. Rizikové sporty jsme už zmiňovali, jako je balet, gymnastika, tanec. Tlak na vnější vzhled a touha po úspěchu je pro dívku svazující. Pokud navíc otec v sobě nese zklamání z narození dcery místo vytouženého syna, může po své dceři požadovat nereálné výkony.

### **Rodina jako celek**

Rodina je forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti. Další znaky toho, co je rodina, jsou sociokulturně podmíněny.<sup>116</sup>

Pozornost budeme věnovat rodině jako celku. Hilda Bruch charakterizovala rodičovský styl anorektických pacientek jako nadměrně ochranný, zajímavý se a příliš ctižádostivý. Dle jejího mínění mají tito rodiče sklon svoje děti přeceňovat a na

---

<sup>115</sup> Srov. ŠTICHOVÁ, Z. *Krise ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence*, Praha: Portál 2002, s. 448-453.

<sup>116</sup> Srov. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007, s. 206.

oplátku od nich vyžadují a očekávají poslušnost a vynikající výkon. Nemoc ovlivňuje celý rodinný systém.<sup>117</sup> Popsány byly také rodiny jako rigidní, hyperprotektivní, jen obtížně vyjadřující emoce. Často se vyhýbají možným konfliktům a sporným rozhodnutím.

Existuje relativně málo studií, které by se detailně zabývaly jídelními zvyklostmi pacientů s PPP a tím, jaké mají jejich rodiče, potažmo sourozenci, představy o kráse svého těla, do jaké míry se zabývají dietami a svým vzhledem. Bylo ale poukázáno na skutečnost, že rodiče dívek, které se nadměrně zabývají svým vzhledem, hmotností a dietami, vykazují stejné obavy a postoje ve vlastním životě.<sup>118</sup> Je velice důležité, v jakém rodinném prostředí dívka vyrůstá, kolik podpory se jí od rodičů dostává, podle takovéto „výbavy“ se s mnohým lépe vyrovná, a v závislosti na těchto podmínkách zvládne etapu dospívání bez větších překážek.

#### **4.6 Emocionální faktory**

Emocí rozumíme cit, který je její psychickou složkou, plus příslušné fyziologické dění a vnější chování. Užívá se i termín afekt, který má tu nevýhodu, že se jím někdy rozumí pouze prudká emoce. Uznávají se čtyři základní vrozené emoce: Vztek, strach, smutek a radost, případně ještě další. Jejich vrozeností nelze ovšem rozumět jejich přítomnost od narození.<sup>119</sup>

Depresivní a úzkostné příznaky se velice často vyskytují u pacientek s MA a MB. I když známky deprese jsou obvykle výraznější u MB. Ovšem většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Časté pocity bezcennosti u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a neschopností dosáhnout požadované hmotnosti.<sup>120</sup> To opět řeší epizodami s přejídáním, a tím se ocitají v začarovaném kruhu. Svou duši si pak léčí právě kompenzací velkého množství jídla.

---

<sup>117</sup> Srov. ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008, s. 20.

<sup>118</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 66-69.

<sup>119</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 163.

<sup>120</sup> Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 23-50.

U pacientek s MA byly nejčastěji zaznamenány společně s depresivními i obsedantní příznaky. Bylo prokázáno, že rovněž negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávající cyklus přejídání a pročišťování u MB a že pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u MA. Co jsem měla i možnost posoudit, tak dívky s PPP, hlavně u MB používají přejídání jako možnost snížit úzkost. U MA je to odpírání jídla, ale se stejným účelem. Výsledkem jsou ale další depresivní stavy a pocity viny.

Bez ohledu na obě poruchy (MA a MB), existuje shodný názor, že negativní sebehodnocení, pocity inefektivity (pocit celkové nejistoty a bezcennosti), depresivní nálady a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující pravděpodobnost a riziko PPP.<sup>121</sup>

#### 4.7 Osobnostní a jiné psychické charakteristiky

K osobnosti- i k té zralé, hotové- bytostně patří osobní perspektiva, scénář další životní cesty. Člověk, kterého zkoumáme, je v jistém smyslu vlastním vývojovým psychologem, a z tohoto aspektu je pro nás personologicky zajímavý.<sup>122</sup>

Určení autoři předpokládají, že podstatou patogeneze PPP jsou některé osobnostní rysy nebo možné specifické poruchy osobnosti. Například osobu s MA, konkrétně dívku, popisují jako tu, která je zaměřena na dosažení úspěchu, velice striktně dodržuje společenské normy a uznává rodičovské hodnoty. Co naopak postrádá, je fantazie, vynalézavost, nezávislá vůle. Dívky nejsou ochotny v životě riskovat, jsou méně asertivní.<sup>123</sup> Tyto dívky mají negativní sebehodnocení a obavy z přizpůsobení se novým podmínkám, které je čekají v dospělosti, nemají jasno ohledně vztahů a cílů. Anorektickou vyhublost a sebekontrolu je také možné interpretovat jako projev adolescentní soutěživosti, orientace na výkon a egocentrismus. Někteří autoři připomínají, že tyto anorektické dívky nosí svojí poruchu jako určitý odznak hrdosti a obávají se toho, že nebudou tou nejtíhlejší ženou v jakékoliv společnosti.<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 55.

<sup>122</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 105.

<sup>123</sup> Srov. PONĚŠICKÝ J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton, 2006, s. 156.

<sup>124</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J et. al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 23-27.

U MB je jednou z typických vlastností snížená sebekontrola (což je opak oproti MA), až impulzivita. Dívky, které trpí PPP, jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů. Lze se u nich setkat kromě neurotických a obsedantních rysů<sup>125</sup> nebo hraniční poruchy<sup>126</sup> osobnosti, i s jinou psychopatologií. Jedná se například o již zmiňovaný egocentrismus, sociální úzkost a excesivní závislost, nízké sebevědomí, narcistickou poruchu osobnosti nebo sociální úzkost a pocity neefektivity.

Čím dříve přichází počátek PPP, tím více bývá zasažena osobnost dospívajícího jedince, v našem případě dívek. Jsou zde výraznější známky nevyzrálosti, obavy z dospívání, separace a ze samostatnosti, tím snadněji se mohou upevňovat infantilní nebo anorektické osobnostní rysy (ty jsou uvedeny v této kapitole výše), včetně manipulativních postojů.

#### 4.8 Závislost na psychoaktivních látkách

Stejně jako s abúzem<sup>127</sup> psychoaktivních látek se také v souvislosti s PPP vyskytují poměrně často psychické charakteristiky, jako je impulzivita, oslabení sebekontroly,<sup>128</sup> nutkavost či nezdrženlivost. Ty jsou srovnatelné s i s jinými formami závislosti.<sup>129</sup> Pro obě poruchy, jak MA, tak MB, je také příznačná křehká hranice mezi normou a patologií a různé zjednodušené postoje nebo předsudky ze strany nemocných i jejich okolí.<sup>130</sup>

---

<sup>125</sup> Vnitřní nejistota a nízké sebehodnocení, dále jen posiluje potřebu nezbytně nadměrné sebekontroly nejen v jídle. Dívky se pak vidí jako neúspěšné. Trýznivé přemítání o vlastní bezcennosti pak vede k vyhýbání se jídlu a ritualizaci jídelního a purgativního chování. Myšlenky na jídlo jsou tak paradoxně posilovány dalším hladověním. Ritualizované chování má být pomocníkem ke snížení úzkosti a je únikem před nepříjemnými myšlenkami. Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 74-75.

<sup>126</sup> Srov. RÖHR, H. P. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 15.

<sup>127</sup> úzus = užívání, ab-úzus = nadměrné užívání, zneužívání často ve spojení s alkoholem a jinými drogami, případně psychoaktivními látkami včetně léků jde o škodlivé, nevhodné nebo nadměrné užívání. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007, s. 278.

<sup>128</sup> Srov. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2004, s. 35-42.

<sup>129</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007, s. 47.

<sup>130</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 76-77.

Převrátí se žebříček hodnot, nemocný preferuje jiná stanoviska. Myslím si, že není tak podstatné, na čem je nemocný takzvaně „závislý“, důsledek je v tomto případě stejný. Z pohledu nemocného se z dřívějších přátel stali nepřátelé a naopak. Nevidí snahu pomoci od svých nejbližších, ale naopak vnímá to jako zradu, když je například jimi přiveden k lékaři, terapeutovi. Ovšem jsou bohužel i případy, kdy blízké osoby nemají takový zájem a neposkytují náležitou podporu nemocným. Ti se pak nejen kvůli společenské izolaci, která je způsobena touto nemocí, uzavírají více do sebe, ačkoliv pomoc zoufale potřebují.<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> Srov. PIIERE, R. C. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 118.

## 5. Shrnutí teoretické části

V této teoretické části práce jsem představila a charakterizovala poruchy příjmu potravy a nabídla definici jak mentální anorexie, tak definici mentální bulimie. Rovněž jsem se pokusila popsat historii této poruchy a doplnila ji o historii ideálu lidského těla, jak se vyvíjel. Větší podíl jsem věnovala zejména oblasti 20. století, který má velký význam v postoji s lidským tělem. Jsou zde uvedeny i rizikové postoje a chování, které sehrávají podstatnou úlohu k cestě ke štíhlosti a podporují ji.

Z předchozích kapitol vyplývá, že podobně jako je tomu u různých duševních poruch, tak i na PPP se podílí řada různých faktorů. V zásadě však existuje určitá shoda v tom, že není pouze jediného rozhodujícího činitele, který by nám mohl nabídnout uspokojivou odpověď na příčiny MA a MB. Většinou jde o určitý podíl vlivů, jako jsou sociokulturní a rodinné faktory, dále nepříznivé životní události, chronické potíže, nedostatečné sociální a rozhodovací dovednosti a konečně i biologické a genetické rysy. (V kapitole 4 jsou tyto důvody a příznaky popsány).

Myslím si, že je nemožné, aby každá ze zmíněných příčin stála a existovala samostatně. Jde o určitou interakci výše jmenovaných. Spíše bych použila termín možné pravděpodobnosti, kdy může k rozvoji PPP dojít. Z výše uvedených pramenů vyplývá, že pokud někdo začne s redukční dietou (kapitola 3. 1.), je více pravděpodobné, že u takového jedince hrozí propuknutí MA a MB. Dispozice pro držení diet je spojena zejména s ženským pohlavím. Ať už se v tomto případě jedná o předčasnou či opožděnou fyzickou zralost. Možnost se zvyšuje i tím, pokud je jedinec dívkou a ztotožňuje se západními hodnotami (těm je věnována kapitola 4.1.).

Další eventualitou, která nastává a taktéž je zde větší předpoklad k rozvoji PPP, je zmatek a nejistota v období dospívání (kapitola 4.2.1.), to když je doprovázeno nízkým sebevědomím a špatným míněním o svém těle jsou v tomto případě dívky opět o krok blíže k PPP. Nejinak je tomu i u zmiňovaných rodinných faktorů, které zastupují zejména otec, matka a svou roli sehrávají i možní sourozenci. Riziko se zvyšuje i tím, když je otec (kapitola 4.4.2.) například alkoholik, hypochondr, má na své dcery nepřiměřené nároky, je citově chladný a podobně. Matky (kterým je věnována kapitola 4.4.1.) zase mohou podněcovat rozvoj PPP u dcer svými striktními dietami, málo empatickým chováním a rovněž vysokými nároky, které kladou na své dcery. Pokud je v rodině sourozenec, konkrétně sestra, a ta se léčila s MA nebo s MB, jsou rizika také



větší. Nebezpečí je možno spatřovat i v určitých rizikových a zájmových profesních aktivitách (kapitola 3.3).

## **Praktická část**

Tato část diplomové práce navazuje na část teoretickou. Jejím úkolem je určité dokreslení dané problematiky na konkrétních popsanych případech.

### **6. Problematika**

Oblast problematiky se zabývá tímto tematickým okruhem:

Jaké jsou možné příčiny a rizikové faktory u poruch příjmů potravy. Konkrétně se jedná o mentální bulimii a mentální anorexii.

### **7. Cíl práce**

Zjistit možné subjektivně vnímané okolnosti,<sup>132</sup> příčiny a rizikové faktory poruch příjmů potravy u dotazovaných žen (respondentek) a následně tato zjištění dát do souvislostí s teoretickou částí práce.

#### **7.1 Výzkumná otázka**

Jednalo se zejména o to, abych získala co nejuvěrohodnější informace k této otázce:

Které faktory vnímaly osobně dotazované jako důležité v období vzniku poruch příjmů potravy a co bylo dle nich možnou příčinou jejich nemoci?

#### **7.2 Subjektivní témata**

Dílicí témata, která se vyskytla v popsanych příbězích respondentek, jsou shrnuta do těchto skupin:

- 1) dětství a dospívání, puberta, adolescence respondentek;
- 2) vztahy v rodině;

---

<sup>132</sup> Změna není něco, co se děje objektivně, nýbrž něco, co jednotlivé osoby rozdílně vnímají a označují jako změnu. Srov. SCHLIPPE, A. SCHWEITZER, J. *Systematická terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2001, s. 65.

- 3) vztahy s blízkým okolím (přátelé, partneři);
- 4) hodnocení a postoj ke svému tělu;
- 5) sociální a kulturní faktory;
- 6) postoj k jídlu a jídelním návykům;
- 7) osobnostní charakteristika dotazovaných.

## 8. Metodika

Způsob získání informací probíhal formou rozhovoru, který byl následně popsán v kazuistikách. Záměrem těchto rozhovorů bylo získat detailní a komplexní informace o studované problematice.<sup>133</sup> Metoda byla zvolena jako adekvátní k počtu dotazovaných a k tomu, abych se dopracovala k výše stanoveným cílům, a odpovídá kvalitativnímu přístupu.<sup>134</sup>

### 8.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Dívky, ženy, ve věku 19, 22, 23, 38, 30 a 33 let, které se potýkaly či potýkají s poruchami příjmu potravy, a to v různých časových a vývojových etapách. Jedná se nejen o období dospívání, ale i časnou a střední dospělost. Konkrétně práce zahrnuje 6 kazuistik.

### 8.2 Výběr vzorku a jeho charakteristika

Jak již bylo uvedeno, kritériem výběru byla skutečnost, že všechny dotazované prodělaly jednu nebo obě z poruch příjmů potravy a byly ochotné o této problematice hovořit. Zejména právě o tom, kde ony spatřují možnou příčinu a co podle nich mohlo hrát důležitou úlohu při vzniku poruch příjmů potravy.<sup>135</sup> Zároveň byly obeznámeny

---

<sup>133</sup> Srov. ŠVAŘÍLEK, R. ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007, s. 28.

<sup>134</sup> Srov. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 3. vydání, Karolinum: Praha 2000, s. 52.

<sup>135</sup> Období zniku onemocnění je specifikováno jako období, které bezprostředně předchází samotnému onemocnění. Popřípadě, kdy si dotazované toto období s nemocí výslovně spojují.

a souhlasily s tím, že jejich výpovědi budou využity pro praktickou část diplomové práce.

Nejen s těmito dotazovanými a jejich výpověďmi jsem přišla do kontaktu již dříve, a to při psaní bakalářské práce a sestavování nynější podoby této práce. Nejen samotná sdělení, ale i těchto 6 dotazovaných se od sebe vzájemně odlišovaly. Proto byly vhodným vzorkem pro uskutečnění této části práce.

### **8.3 Vlastní realizace výzkumu**

Samotné rozhovory, ze kterých jsem čerpala, se uskutečnily po následných domluvách. Pro dotazované se konaly v neutrálním prostředí. K tomuto účelu jsem použila například kavárnu. I když jsem se snažila každému příběhu věnovat stejný čas pro rozhovor, lišil se díky osobnosti dotazované.

Zajímavé bylo porovnání už jen z hlediska věkového rozmezí žen. Byl zde patrný rozdíl v hodnotách a zpětném pohledu na zkušenosti a pocity, ke kterým se vracely s různým časovým odstupem.

V níže popsaných kazuistikách je vybrána a popsána zejména ta příčina, která vyplynula při dotazování s respondentkami. I když při rozhovoru dotazované mnohdy popisovaly mimo jiné například samotný průběh nemoci, jaké konkrétně používaly a praktikovaly prostředky k hubnutí, jak se snažily svoji nemoc skrývat a kterak se v této etapě cítily a podobně.

### **8.4 Časový harmonogram**

Jak jsem již uvedla, tak s některými dívkami a ženami, jsem v kontaktu delší dobu. Ale podklady, ze kterých jsem čerpala pro tuto část práce, byly sebrány v období října až listopadu roku 2012 v lokalitě města Českých Budějovic.

### **8.5 Otázky pro rozhovor**

Struktura a samotný průběh rozhovoru se opírají zejména o tyto otázky:

„Držela jste někdy dietu?“

„Jak jste spokojena se svým tělem?“

„Jaký je pro Vás ideál krásy? J

„Jaký typ postavy se Vám líbí?“

„Jak byste popsala Váš/svůj vztah s rodiči.“

„Jak byste hodnotila své dětství?“

„Jaký je podle Vás vytvářen tlak od společnosti na vizuální stránku?“

„Myslíte si, že existuje určitý tlak společnosti na to, jak by měl člověk vypadat, co se tělesné stránky týče? A pokud ano, pociťovala jste jej někdy? V jakých formách?“

Při sestavování a popsání uvedených příběhů pro úplnost a autentické dokreslení jsem použila i přímou řeč respondentek.<sup>136</sup> Přímá řeč je v textu označena kurzívou.

## 9. Kazuistiky

Níže budou popsány všechny kazuistiky. Každá z nich je označena římskou číslicí z důvodů odlišení. Není zde uvedeno jméno dotazované, jen její věk a kdy se potýkala s PPP. Jak již bylo uvedeno, jedná se o šest popsaných příběhů.

### 9.1 Kazuistika I.

Tato dotazovaná byla od samého začátku velice vstřícná k poskytnutí jakýchkoliv informací ohledně poruch příjmů potravy. Patřila mezi nejvíce hovorné dívky. Nebyl u ní problém se zodpovězením jakékoliv otázky. Reagovala téměř okamžitě, ihned po položení otázky. Její doménou krom výřečnosti bylo používání doprovodných gest (velké pohyby rukou, výrazná mimika v obličeji).

Dívka 19 let. V období od 15. roku po dobu 2 let prodělala střídavě mentální bulimii a mentální anorexii. Žije v úplné rodině. Má bratra o 5 let staršího z prvního

---

<sup>136</sup> Citace výroků účastníků či přepisy poznámek slouží k tomu, abychom ukázali specifický jazyk, výjimečný případ nebo překvapivé tvrzení. Srov. ŠVARŘÍLEK, R. ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007, s. 35.

manželství od otce. V současné době s nimi sdílí společnou domácnost. Nyní je v 1. ročníku Vysoké školy, současně si přivydělává na brigádách.

Rodinné vztahy označuje za velice dobré. Jak s rodiči, tak i se sourozencem. Konkrétně uvádí: „*S bratrem jsem vždy vycházela bez sebemenších hádek. Stýkali jsme se pravidelně od malička. Dokonce měl tendence mě ochraňovat. Nežárlil na to, že jeho táta je s námi.*“ Poměr rodičů jako partnerů mezi sebou popisuje jako rovnocenný, vyrovnaný.

Na otázku jaké dle ní měla dětství, dotazovaná odpovídá, že velice pěkné. Nepamatuje si na žádné výrazné neshody. S okolím, s přáteli a spolužáky si neuvědomuje žádné problémy, které by tuto dobu doprovázely. Naopak s vrstevníky udržuje kontakt i nyní, a to i přes to, že mnoho z nich jsou mimo Českou republiku či navštěvují školy a zaměstnání v jiných lokalitách. Právě těmto zmíněným vazbám dotazovaná přikládá velkou důležitost. „*Bez rodiny a kamarádů bych plno věcí nezvládla. Jsou moji oporou.*“

Negativní postoj ke svému tělu pociťovala tato respondentka ve věku před 15. rokem. „*Cítla jsem se tlustá a malá. Holky kolem mě byly vysoké a hubené. Já měla velký zadek a stehna.*“ Vážila 60 kilogramů a její tělesná výška byla 163 centimetrů. Na druhou stranu jí ale nikdo neřekl ani neupozornil na její tělesné vzezření. Za ideál stále považuje „*hodně hubenou postavu*“ a současně přiznává, že se jí i nyní velice líbí až vyhublé modelky.

V této době začala s omezováním jídla a pokoušela se o různé diety. Velkou motivací, jak dotazovaná uvádí, jí byly časopisy a internetové zdroje. Tam nejen modelky prezentují své výpovědi o životním stylu. Dotazovaná přiznává, kolik od nich čerpala „*zaručených návodů na hubnutí*“. Tyto módní ikony pro ni představovaly vzor dokonalosti. Jako nejčastěji používanou metodu od známé modelky praktikovala tím způsobem, že jídlo sežvýkala a následně vyplivla do připraveného pytlíku. Střídala etapy hladovění a následovalo nadměrné přejídání spojené se zvracením.

Tlak společnosti na vizuální stránku (zejména na štíhlou postavu) vnímá respondentka velice silně. Sama preferuje, jak je výše uvedeno, právě vyhublý model postavy. Souhlasí s tvrzením, že štíhlí lidé jsou společností lépe posuzováni, až zvýhodněni.

Na konci rozhovoru výstižně shrnula podstatu problému v jejím případě: „*Ani sama nevím, kde by mohla být příčina, sama se nad tím pozastavuji. Doma bylo vše v pořádku, kamarádi taky. Ale je fakt, že vyhublé modelky se mi líbí stále a chtěla bych tak vypadat.*“

## 9.2 Kazuistika II.

Tato respondentka oproti předešlé působila zakřiknutým dojmem. Mluvila tiše, vyhýbala se očnímu kontaktu. Nicméně ochotně a bez znatelných emocí vypovídala svůj příběh. U této dívky jsem rozhovor rozdělila na dvě setkání po kratších časových intervalech. Při druhém kontaktu byl znám určitý posun v komunikaci a zpětné vazbě.

Dotazované je v současné době 22 let. V období kolem 14. roku se u ní začala projevovat mentální anorexie. Pochází z úplné rodiny, tedy otec, matka, 2 sourozenci (bratři) ve věku 15 a 13 let. Nyní bydlí sama v pronajatém bytě.

Rozhovor na téma dětství u této respondentky zahrnoval podstatnou část. Ona sama jej vnímala tak, že v rodině se často cítila přehlížena a veškerá pozornost rodičů se směřovala k mladším sourozencům. Na tomto místě uvedla, že jeden z bratrů (ten mladší) trpěl často astmatickými záchvaty, a tudíž se dle ní při výchově na něj bralo odlišné měřítko. „*Procházel mu všechno. Já jsem za něj většinu odnášela. Stále jsem slyšela, že jsem starší a musím to pochopit. Nikdo se neptal, co bych ráda dělala a neslyšela jsem žádnou pochvalu. Cítila jsem se velmi osamoceně.*“

Ve škole prospívala poměrně dobře. Vrstevníků se spíše stranila. Sama podléhala pocitům, že je v kolektivu navíc. Neměla snahu se začleňovat. V té době měla nejbližší spolužačku, která byla štíhlá a z jejího pohledu měla vše, po čem ona toužila. Snažila se jí přiblížit aspoň ve vizuální stránce. Začala sportovat, více cvičit a omezovala jídlo. Tělesná hmotnost se začala rapidně snižovat, až si toho rodiče začaly všimnout. Najednou se jejich pozornost přesunula na ni. To ji ještě více podpořilo v jejím hubnutí. „*Říkala jsem si, že když budu ještě hubenější, budou mě mít ještě raději. Bratr v té době na mě zárlil a mě i tohle dělalo velkou radost.*“

Zajímavé bylo, že si tato žena ani nevzpomíná, že by měla nějak negativní postoj ke svému tělu. I podle ní samotné se nikdy necítila nikdy silná. Těšila ji pozornost, kterou díky svému vyhublému tělu získala. „*Rodiče si mysleli, jestli nejsem nemocná, ptali se,*

*jak se cítím, co potřebuju a já jsem si myslela, že čím víc budu hubenější, tím se o mě budou víc starat. Když jsem se ale chtěla normálně najíst, prostě to už nešlo.*“ Strach z toho, že by přišla o tak dlouho očekávanou pozornost, jí bránil.

Dotazovaná si momentálně nemyslí, že společnost by nějak výrazně propagovala štíhlost. Ba naopak. Souhlasí, že jsou důležité získané vědomosti a zkušenosti, než vizuální stránka, potažmo štíhlá postava.

### **9.3 Kazuistika III.**

Další dotazovaná také velice ochotně spolupracovala. Již na první pohled bylo u ní patrné, kolik pozornosti věnuje svému vzhledu a oblečení. Při rozhovoru průběžně kontrolovala svůj vzhled a několikrát ona položila otázku: *„Myslíte, že mi to sluší? Jak vypadám?“*

Této ženě je nyní 23 let a od 17. roku, po dobu 3 let se potýkala střídavě s mentální bulimií a mentální anorexií. Pochází z úplné rodiny. Má sestru o 15 let starší, žijící v zahraničí. Je momentálně vdaná a bydlí spolu s manželem u svých rodičů.

Dětství respondentka označuje za šťastné. Vždy měla kolem sebe plno přátel. Sama tvrdí, že se chlapcům líbila a nikdy neměla problém s komunikací a seznámením. Školní prospěch byl dostačující k tomu, aby dotazovaná vystudovala střední školu. V té době se seznámila s nastávajícím manželem a následně v tomto období začaly i problémy se stravováním. *„Nechtěla jsem dopadnout jako moje matka“.*

Tato respondentka uznává, že matčin vzhled byl pro ni spíše demotivující. Označila ji jako *„tlustou ženu, která si ale vždycky dokázala zjednat pořádek a mě ani nenapadlo jí odmítnout.“* Otec v této rodině zastával funkci méně výraznou. Nezúčastnil se nikdy vážnějších diskuzí a nesehrával v nich nikdy vážnější úlohu. Veškeré rozhodnutí ponechával na manželce a dcery automaticky čekaly na její rozhodující verdikt.

Výraznější zlom dle ní nastal, když svého přítele představila rodičům. Po tomto setkání se nastávající manžel zmínil doslova: *„Doufám, že až se vezmeme, nebudeš za pár let vypadat jako tvoje matka.“* Sílu této poznámky si v té době ještě přítel možná ani neuvědomoval. Zpětně dotazovaná uznává, že když spolu s nynějším manželem hovořili o tom, co její problémy způsobilo, partner si tento okamžik nedokázal vybavit. Ještě doplňuje, že svatba v jejich rodině znamená velkou událost. Přípravy na ni zabraly



měsíce a ona na ní chtěla být „*dokonalá a hubená*“. Již v té době měla záchvaty přejídání a následné epizody zvracení, které střídaly hladovky a „*zaručené prostředky na hubnutí*“.

Vždy obdivovala štíhlé postavy. Nikdy, jak ona tvrdí, nebyla označena od okolí jako silná. Svě tělo přijímala takové, jaké bylo „*jen jsem chtěla mít hubenější stehna a menší pozadí*“. Již v dospívání sledovala módní trendy, novinky ve výživě a věnovala tomuto tématu většinu svého času a pozornosti. Stejně jako u výše uvedeného příběhu jí byly inspirací celebrity, webové stránky, časopisy a vše kde byla zmínka o štíhlé linii a jak jí dosáhnout. Nyní zastává tak zvané zásady zdravé výživy. Poslední roky podlehla BIO produktům. Sleduje neustále energetické hodnoty potravin a upřednostňuje LIHT výrobky.

Dotazovaná úplně změnila jídelní návyky, které se uplatňovaly ve společné domácnosti v době jejího dospívání. „*Matka vařila nejčastěji omáčky, knedlíky. Zelenina u nás v jídelničce zastoupení neměla. Naopak. Jídlo jsem vždy musela dojídat, jinak bylo zle.*“

Největší strach a dilema má respondentka z těhotenství, které ji určitě v následujících letech čeká. Manžel by o potomka stál již dříve, ale dotazovaná se brání. Argumentuje pro něj různými variantami, ale s pravdivou odpovědí se mu bojí svěřit. „*Není to tím, že nechci dítě, děti mám ráda, ale bojím se těhotenství a toho, co bude potom. Budu tlustá a on mě nebude chtít. Už nikdy pak nebudu vypadat jako teď.*“

Na otázku ohledně tlaku společnosti na vizuální stránku dotazovaná bez rozmyslu souhlasí s tím, že okolím je lépe přijímána jako štíhlá a hubená. Ona samotná tento model preferuje. Rovněž souhlasí s tvrzením, že štíhlí jedinci mají mnoho ulehčeno díky své vizuální stránce. „*Myslím si, že štíhlá a upravená žena má lepší možnosti například při hledání práce. Složitější to mají ti silnější. První dojem a to, jak vypadám, je velmi důležitý.*“

#### **9.4 Kazuistika IV.**

Tato respondentka je oproti předešlým dotazovaným o několik let starší. Bylo zajímavé porovnat její subjektivní pohled na možné příčiny, pohledy a názory týkajících se poruch příjmu potravy s časovým odstupem, kde právě věk sehraává jednu z úloh.

Nicméně právě tento příklad ukazuje, že tato problematika se dotýká žen i v tomto časovém období.

Dotazovaná od samého začátku působila sebejistě a byla si vědoma toho, že po vizuální stránce přitahuje pozornost okolí. Její výpovědi také doprovázela velká gestikulace. Odpovídala jasně, oproti předešle dotazovaným i hlasitě. Stejně jako u výše zmíněného případu bylo patrné, že vzhledu a oblečení věnuje velkou pozornost.

Této ženě je v současné době 38 let a přibližně od 30. roku se potýká zejména s mentální anorexií, kterou střídají epizody mentální bulimie. Vyrůstala v úplné rodině s o 5 let mladší sestrou. Je matkou 14tiletého syna a od svých 28 let je rozvedená. Syn jí byl svěřen do péče.

Období dětství popsala jako bezstarostné. Právě, že už je sama matkou, uznává, že v této době neměla žádné povinnosti, které by od ní rodiče vyžadovali. „*Nemusela jsem se nikdy o nic starat. Vždy jsem měla vše přichystané do školy. Doma bylo uklizeno, uvařeno. Mamka po mě nic nevyžadovala. Co jsem si přála, to jsem dostala.*“ Ve škole prospívala spíše průměrně a po základní škole nastoupila na střední odborné učiliště. Sama připouští, že dalšímu vzdělání se vyhýbala.

Co se týče rodinných vztahů, tak z pohledu dotazované má a měla dominantnější roli matka. Ta i nyní rozhoduje o finančních otázkách. Pokud dcery něco hmotného vyžadovaly (ať už se jednalo o ošacení, dárky, kapesné), jejich cesta vedla rovnou k ní. Naopak u otce, právě v době rozvodu, respondentka našla největší psychickou oporu. „*U táty jsem se vypovídala, vyplakala a k mamce jsem chodila pro peníze.*“ Dalším klíčovým tématem je vztah s mladší sestrou.

Dotazovaná v období a dětství sebe označuje jako „*silnou, k tomu vysokou s velkým nosem a tlustými stehny. Sestra od malička působila jako princezna. Byla moc hezká, hubená. Měla krásný obličej a hubenou postavu.*“ Právě od své matky si často vyslechla porovnání se svou mladší sestrou. To se týkalo se nejen vzhledu, ale i prospěchu ve škole. Jak sama vypovídá, měla stále pocit, že jí je sestra předkládaná jako vzor. Přiznává i velkou žárlivost vůči její osobě, zejména ve věku jejího dospívání. „*Sestra měla velký úspěch u chlapů, u kamarádek, ani se o to nijak nesnažila, každý jí měl rád a já jsem tomu musela věnovat hodně úsilí.*“

Vztahy s chlapci žena popisuje jako nezávazné a bouřlivé. V porovnání se sestrou uznává, že jí životem prošlo daleko více partnerů, se kterými neměla výraznější citový

vztah. K tomu přispělo mnohdy i zjištění, že po seznámení měli chlapci větší zájem právě o zmiňovanou sestru.

Ve věku kolem 20 let začalo pro dotazovanou období diet. *„Snažila jsem se od 16. hodiny nevečeřet, ke snídani jsem si dala černý kafe a k obědu nějakou zeleninu. Začala jsem chodit do posilovny, každý den jsem chodila běhat.“* Další významnou úlohu u ní sehrála plastická operace nosu. Ta jí dle ní dodala na sebevědomí. S tím, jak viditelně zhubla, se dočkala velmi pozitivních reakcí okolí. Což jí jen utvrdilo ve správnosti jejího nového životního stylu. *„Najednou se o mě kluci začali zajímat i bez toho, jakou mám setru, ale kvůli tomu, jak jsem hezká já. Dokonce i maka mě chválila, jak hezky vypadám.“* Její sebevědomí začalo vzrůstat. Na své nově nabyté štíhlé postavě si začal zakládat a byla její hlavní prioritou v životě.

Právě dobu těhotenství označuje jako nepříjemnou. *„Připadala jsem si zase tlustá a nepřítažlivá, těšila jsem se, až odrodím a začnu znovu cvičit a omezím jídlo.“* Tak také učinila. Svou pozornost ale rozdělila mezi dítě a péči o svůj vzhled. Vztah s manželem označila jako nevyhovující již od samého začátku. Konstatuje, že do manželství vstoupila právě kvůli tomu, že byla v jiném stavu. Když synovi byli 4 roky, vztah ukončila rozvodem. Od té doby měla jeden vážný vztah, který předčasně ukončila tragická nehoda. *„Konečně jsem našla někoho, komu jsem se líbila. Chodila jsem v té době hodně do společnosti. Jeho známý mě chválili, jak jsem hezká. Moc mu záleželo na tom, abych ho patřičně reprezentovala.“*

Ohledně společenského tlaku dotazovaná připouští, že je ženské pohlaví tlačeno k tomu, aby bylo štíhlé. Souhlasí s tím, že právě tito jedinci to mají jednodušší. Proto neustále sleduje módní trendy, novinky na trhu kosmetiky potravinových doplňků, které slibují snadné hubnutí.

Neustále se hlídá a má pod kontrolou co zařadí do svého jídelníčku. Preferuje tak zvané LIGHT výrobky. Pro syna má zvlášť určená jídla, které ona sama nejí.

## **9.5 Kazuistika V.**

Tato dotazovaná působila od samého začátku rozhovoru klidně a vyrovnaně. Přínosné opět bylo, jak ona sama hodnotí možné příčiny zpětně s odstupem několika let. Sama přiznává, že kdyby tato rozmluva probíhala o pár let dříve, její pohled by se

na určité věci mohl zdát odlišný. Období, kdy procházela poruchami příjmu potravy, označila za nejhorší etapu svého života.

Žena 30 let se v době od svých 16 let potýkala s mentální anorexií, kterou následně doprovázela mentální bulimie. Pochází z neúplné rodiny, žila sama s matkou. V současné době je vdaná a má 3 roky starého syna.

Jak již bylo uvedeno, dětství prožívala ve společnosti své matky, sama, bez vlastních sourozenců. Právě problematika vztahu s matkou zabrala podstatnou část rozhovoru. Hned v úvodu dotazovaná konstatovala: „*Myslím si, že hlavní příčinou všeho je moje matka.*“ V dětství jí byla vzorem. Vnímala ji jako dokonalou bytost. Stejně dokonalý byl i její vzhled. Viděla, že matka si umí zjednat respekt a určitou úctu. Respondentka nikdy prý neměla pocit, že by jí chyběl mužský vzor a sourozenci. Ba naopak. „*Měly jsme vše, dobré bydlení, nepociťovala jsem žádné nedostatky. Když jsem viděla, jak se jinde sourozenci hádají a jejich rodiče taky, byla jsem ráda, že takhle žijeme.*“

Již v této době dotazovaná uvádí, jak její matka dohlížela na její jídelníček. Matka samotná si rovněž hlídala svou tělesnou hmotnost, stejně tak přistupovala ke svým jídelním návykům. „*S odstupem času mám pocit, že matka celý život byla na dietách. Nikdy jsem ji neviděla jíst například dort, něco sladkého.*“

Matka si velmi zakládala na dceřině a svém zhledu. „*Všechno muselo být dokonalé. Hlavně bylo důležité, abych nejedla cizí svačiny. Sladké pro mě bylo neznámé a zakázané. Odměnou pro mě bylo ovoce a nový kus oblečení.*“ I přesto žena uvádí, že měla dostatek kamarádů, ale nikdy nepraktikovali vzájemné návštěvy. Doma bylo vždy naklizené a matka argumentovala, že si nepřeje, aby dcera vodila vrstevníky do jejich domácnosti. Po školním vyučování následovaly mimoškolní aktivity, což znamenalo v tomto případě trénink gymnastiky 3 krát týdně a k tomu ještě přibyla výuka zpěvu. Příležitostně se zúčastňovala jako dětská modelka přehlídek.

Ve věku dospívání začala od matky slýchat komentáře, které se týkaly jejího vzhledu. „*Zpětně mi připadá, že se hodně bála, abych nebyla tlustá. Často jsem slyšela, jak je důležité vypadat dobře a mě nenapadlo protestovat.*“ V době po ukončení základní školy jídelníček podléhal ze strany matky ještě větší kontrole, což mělo za následek, že si na protest ráda dala tak zvané zakázané věci (hranolky, hamburger, kávu

se šlehačkou). Samozřejmě s tím, že se o tom před matkou nezmiňovala. Následky ale nenechaly na sebe čekat a váha začala jít směrem vzhůru.

*„V té době jsem stále častěji slyšela, jak nemožně vypadám, jak mi roste zadek, i když jsem si nějak tlustá nepřipadala. Stačila pak ale poznámka matčiny přítelkyně, jak se hezky zakulacuju a já se vrátila k původnímu stravování.“* V té době dotazované nevyšly přijímací zkoušky na Vysokou školu, a o to více se zvyšovaly nároky její matky. *„Bylo to prvně, co mi něco nevyšlo, ani já ani matka jsme s tím nepočítaly. Připadala jsem si neschopná.“* V tomto údobí již probíhal koloběh diet, hladovění a následného přejídání.

Přítrž tomu učinil až nynější manžel. Dle výpovědi respondentka označuje toto období za klíčové. *„Najednou jsem poznala jinou rodinu, kde není důležité, kolik má co kalorií a kdo jak vypadá. Paradoxně jsem si vůbec nehlídala váhu a nekontrolovala, co jím. Cítila jsem se dobře.“*

Své tělo dotazovaná, jak již zmínila, nepovažovala nikdy za silné. Připouští ale nátlak společnosti. Zejména médiím, dává hlavní vinu. Na samotném konci rozhoru uvedla: *„Jsem ráda, že mám syna, ten má menší pravděpodobnost, že se s takovým problémem bude potýkat.“*

## **9.6 Kazuistika VI.**

Poslední žena byla velmi sdílná a nad míru hovorná. Často se vracela od jednoho tématu k druhému a snažila se vše upřesnit a ujišťovala se, zda její odpovědi jsou jasné a srozumitelné. Po celou dobu rozhovoru se usmívala, neuhýbala od očního kontaktu.

Žena ve věku 33 let, která se s mentální anorexií a bulimií setkala oproti předešlým případům podstatně později, a to ve věku 25 let. Vyrůstala v úplné rodině s o 5 let starší sestrou. Stejně jako je tomu v předešlých případech, tak i tato žena uznává, že se s odstupem let na toto období dívá odlišně, než by tomu bylo před pár lety. Úlohu zde sehrává i skutečnost, že již je sama matkou. Má 10tiletého syna a žije v manželském soužití.

Dětství popisuje, stejně jako vztah s rodiči, jako období bez větších problémů. Matku označuje jako přísnější a zásadovou oproti otci. Dokonce přiznává, že měla

pocit, že jí je ze strany rodičů nadřezováno na úkor starší sestry. „*Plno věcí mi procházelo, měla jsem pocit, že vždycky dostanu to, co chci.*“

Již od dětství byl patrný rozdíl v tělesných proporcích v porovnání se starší sestrou. „*Zpětně na fotkách vidím, jak jsem od malička měla bříško a tlustá stehna a sestra naopak působila vyhuble.*“ To ale v této době dotazovanou nijak netrápilo, až později. Právě v období, kdy začala navazovat vztahy s chlapci, si vyslechla nejedno srovnání se sestrou, a to nejen od nich, ale i od kamarádek a spolužáků. Sama dotazovaná uvádí, že si stále pamatuje větu: „*Kdybys měla o pět kilo míň a měla menší zadek, byla bys moc hezká, skoro jako tvoje sestra.*“ V této době, okolo 18. roku, respondentka připouští, že začala zkoušet různé druhy diet, cvičení, které se ale nesetkalo s velkým výsledkem.

Za možné příčiny pokládá tato žena své těhotenství a následný porod. Jak sama uvádí, celé těhotenství si kontrolovala svůj jídelníček, právě i díky radám od starší sestry, která je podle dotazované „*posedlá zdravou stravou*“. Nicméně po porodu šly kilogramy závratnou rychlostí směrem dolů. „*Neměla jsem čas se pořádně najíst, moc jsem se nevyspala. Vážila jsem po 4 měsících o 5 kilo méně než před porodem.*“ V tuto dobu se jí začalo dostávat pochvalných komentářů, které se týkaly její postavy. U dotazované se začal objevovat strach z toho, že opět bude silnější. Diety vystřídal hladovění, a to pak následné etapy přejídání. Díky rodině a hlavně manželovi toto údobí netrvalo tak dlouho, jak tomu mnohdy bývá.

Tato žena nicméně i nyní přiznává, že preferuje štíhlý model postavy, možná až vyhublý. Vinu rovněž dává společnosti, propagovaným tělesným ideálům. I přes to všechno nadále hlídá svůj jídelníček, svoji tělesnou váhu. Téměř nejí nic sladkého, sleduje energetické hodnoty na obalech potravin, preferuje LIGHT a BIO potraviny.

## 10. Výsledky

U každé kazuistiky je stručně popsána a shrnuta možná příčina počátku PPP. Je doplněna citacemi dotazovaných, které dokládají tento původ. Následně pod ní jsou vyjmenované faktory, které se nejvíce spolupodílely dle dotazovaných na možné příčiny vzniku PPP. Tyto jsou pod těmito názvy uvedeny v teoretické části práce a pro větší přehlednost jsou doplněny čísly kapitol, kde je jim tato tematika věnována.

Uznávám, že jistým limitem výsledků v následně předkládané analýze je to, že samotné třídění příspěvků jsem uskutečnila sama. Uvědomuji si, že možná spolehlivost roztřídění by mohla zvýšit a zkvalitnit spolupráce více hodnotitelů.

Analýzou rozhovorů vyplynulo ze sdělení dotazovaných takto:

### V kazuistice I.

Dotazovaná připouští velký vliv společnosti na štíhlou postavu. Jednou z nejdůležitějších příčin spatřuje v médiích a preferenci štíhlých těl. Sama upřednostňuje až vyhublý model postavy. *„Moc se mi líbí hubené modelky, když mají vystouplé kosti. Chtěla bych vypadat jako oni.“* Zastává názor, že štíhlí jedinci mají díky svému tělu zvýhodněné postavení oproti silnějším osobám.

Jako nejhlavnější příčinu tu lze označit **sociální a kulturní faktor**, který je popsán v praktické části pod kapitolou 4.1.

### V kazuistice II.

U této dotazované sehrály podstatnou úlohu rodinné vztahy, kdy požadovanou pozornost dosáhla až v momentě, kdy u ní probíhaly poruchy příjmu potravy. Toto nejlépe vystihuje tento komentář (byl směřován k rodičům respondentky): *„Říkala jsem si, že když budu ještě hubenější, tím se o mě budou víc starat.“* její sebevědomí v počátcích nemoci bylo nízké. Dotazovaná měla pocit osamocení.

V tomto případě hlavní příčiny a možné faktory, které sehrály podstatnou úlohu při vzniku PPP, jsou **osobnostní charakteristiky dotazované** (v teoretické části popsané

pod kapitolou 4.1) a stejně tak z pohledu dotazované ona sama spatřuje původ **v rodinných faktorech** (v teoretické části popsané v kapitole 4.5).

### **V kazuistice III.**

Hlavním spouštěčem u této respondentky byla obezita její matky a strach z toho, že jí v budoucnu čeká stejná postava. Bez jakýchkoliv zábran na samém začátku uvedla: *„Nechtěla jsem dopadnout jako moje matka. Nechci být tlustá jako ona.“* Toto bylo dle dotazované bezprostředním podnětem pro rozvinutí nemoci. Této obavy se v současné době žena nezbavila a uznává, že jí doprovází i v období, kdy probíhal rozhovor. Samotná respondentka označila za klíčovou tuto větu: *„Doufám, že až se vezmeme, nebudeš za pár let vypadat jako tvoje matka.“*

U této kazuistiky se nachází více příčin, které způsobily dle dotazované možný vznik PPP. Jeden z nehlavnějších, jak je patrné z výše uvedeného tvrzení, je **faktor rodinný** (tomu je věnována kapitola 4.5), v tomto případě obezita matky. Jako další podstatnou úlohu v tomto případě sehrává **sociální a kulturní faktor** (v teoretické části popsán pod kapitolou 4.1). Stejně je to v případě **životních událostí**, ty zde mají rovněž svůj podíl (životním událostem je věnována kapitola 4.3).

### **V kazuistice IV.**

Nejpodstatnější příčinu spatřuje tato žena v neustálém porovnání s mladší, štíhlejší sestrou. Jak sama uvedla: *„Sestra od malička působila jako princezna. Byla moc hezká, hubená. Měla krásný obličej a hubenou postavu. Měla velký úspěch u chlapců, u kamarádek.“* Pozitivní komentáře na její novou štíhlou postavu v době hubnutí tuto ženu jen stále utvrzovaly, že se vydala správným směrem. Hubnutí věnovala o to více úsilí. Rovněž ona sama preferuje vyhublý model postavy, velice si zakládá na svém vizuálním vzhledu.

Důvody, které jsou patrné v tomto příběhu, odpovídají příčinám a **faktorům rodinným** (kapitola 4.5). Podstatnou část viny je možno vidět v tak zvaných **udržujících faktorech**, které jen podpořily a prodloužily u této dotazované PPP (udržujícím faktorům je věnována kapitola 4.4).



## V kazuistice V.

Jedna z nejhlavnějších příčin v tomto příběhu je popsán v silném vztahu matky a dcery, kdy už od dětství kontrolovala striktně jídelní návyky své dcery a kladla na ni vysoké nároky. Vzhled byl pro ni velmi důležitý, což nejlépe vystihuje citace z kazuistiky: *Všechno muselo být dokonalé. Hlavně bylo důležité, abych nejedla cizí svačiny. Sladké pro mě bylo neznámé a zakázané.* Stejně tak byla důležitá i poznámka matčiny přítelkyně. Ta měla velkou váhu v pokračování a opětovnému navrácení koloběhu PPP. *„V té době jsem stále častěji slyšela, jak nemožně vypadám, jak mi roste zadek, i když jsem si nijak tlustá nepřipadala. Stačila pak ale poznámka matčiny přítelkyně, jak se hezky zakulacuju a já se vrátila k původnímu stravování.“*

Sama dotazovaná spatřuje největší možnou příčinu ve své matce, což by odpovídalo **rodinným faktorům**, kde je nastíněn i tento vztah matky a dcery (kapitola 4.5). Druhý faktor by odpovídal popisu **životních událostí** (kapitola 4.3).

## V kazuistice VI.

V tomto případě opět nacházíme srovnání se sourozencem. Přesně si vybavuje větu, kterou označuje za klíčovou. Tato žena jí také přisuzuje možnou příčinu: *„Kdybys měla o 5 kilo míň a měla menší zadek, byla bys moc hezká, skoro jako tvoje sestra.“* Další příčina je motivována společností, která dotazovanou podpořila pochvalnými poznámkami v době, kdy její tělesná hmotnost začala klesat. Vinu tedy rovněž spatřuje a připisuje společnosti a propagovaným štíhlým ideálům.

U této kazuistiky je ze strany respondentky popsáno více příčin, které ona sama označila jako možné. Ty dle její výpovědi sehrály podstatnou úlohu ve vzniku PPP. **Rodinným faktorem** (kapitola 4.5) bylo negativní srovnání se sourozencem. **Udržující faktory** (kapitola 4.4) jen podpořily další váhový úbytek. **Životní událostí** (kapitola 4.3) odpovídá výše citovaná věta. Tato žena dává také podstatný podíl viny **sociálním a kulturním faktorům** (kapitola 4.1).

Pro větší přehlednost jsou výsledky shrnuty v následující tabulce.

**Tabulka č. 1. – Popsání jednotlivých případů** <sup>137</sup>

	Rodinné vztahy	Dětství dospívání / osobnostní charakteristika	Postoj ke svému tělu	Vliv společnosti dle dotazované	Postoj k jídlu a jídelním návykům
<b>Kazuistika I.</b>	úplná rodina vztahy dobré	bez výraznějších problémů / přátelská	nespokojena se stehny a boky	hraje podstatnou roli	omezování jídla, diety
<b>Kazuistika II.</b>	pocit přehlížení ze strany rodičů, snaha o pozornost	nízké sebevědomí, pocit osamocení	nemá negativní postoj	nepřikládá jí důležitost	omezování jídla, nadměrné sportování a cvičení
<b>Kazuistika III.</b>	úplná rodina dominantní obézní matka, strach z toho, že bude jako ona	vztahy s okolím dobré / sebevědomá, komunikativní	nespokojenost se stehny a boky	velký, inspirací jí byly hubené modely uváděné v médiích	preferování LIGHT výrobků, důslednost při dodržování energetických hodnot
<b>Kazuistika IV.</b>	úplná rodina, štíhlejší mladší sestra	bez povinností / žárlivost vůči sestře, perfekcionistické rysy	nespokojenost se svým nosem, tělesnou výškou a stehny	podstatný, dle ní jsou štíhlejší jedinci lépe přijímáni společností	důsledná kontrola omezování jídla, hladovky
<b>Kazuistika V.</b>	matka samoživitelka perfekcionalistka, zakládající na vizuálním vzhledu	bez výraznějších výkyvů, poslušná, neprotestující, nízké sebevědomí	nikdy jej nepovažovala za silné	označuje za podstatný, vinu připisuje zejména médiím	ze strany matky důsledná kontrola nad jídelníčkem
<b>Kazuistika VI.</b>	dominantnější matka, štíhlejší starší setra	srovnávání se sourozencem, touha po dokonalosti.	nespokojenost s boky, břichem	velký, v době hubnutí ze strany pochvalné komentáře	dietní chování a návyky preferuje BIO a LIGHT potraviny

<sup>137</sup> Vlastní zdroj

Faktory, které sehrály ve výše popsaných kazuistikách významnou úlohu, jsou výše popsány ve výsledcích. Pro větší přehlednost jsou rovněž zaznamenány v následující tabulce.

**Tabulka č. 2. – Vyskytující se rizikové faktory** <sup>138</sup>

	<b>Rodinné faktory</b>	<b>Udržující faktory</b>	<b>Sociální a kulturní faktory</b>	<b>Životní události</b>	<b>Osobnostní charakteristiky</b>
<b>Kazuistika I.</b>			X		
<b>Kazuistika II</b>	X				X
<b>Kazuistika III.</b>	X		X	X	
<b>Kazuistika IV</b>	X	X			
<b>Kazuistika V.</b>	X			X	
<b>Kazuistika VI.</b>		X	X	X	

---

<sup>138</sup> Vlastní zdroj

Jako jednou z příčin PPP je v teoretické části zmíněno i období dospívání. Je zajímavé, v jakém časovém období každou dotazovanou tato nemoc zastihla. Je možné i toto pojmout jako příčinu či rizikový faktor? Názorný pohled na tomto místě nabízí níže uvedená tabulka. Je zaznamenám jak věk, kdy rozvor probíhal, tak i časové údobí, kdy se respondentky potýkaly s PPP. Jak je patrné, tak vznik této nemoci se nemusí datovat jen na dospívání. Objevuje se i pozdějším věku a časové rozmezí je větší.

**Tabulka č. 3. – Porovnání věku respondentek a časové období vzniku PPP<sup>139</sup>**

	<b>Věk v době konání rozhovoru</b>	<b>Věk, kdy se dotazovaná potýkala s PPP</b>
<b>Kazuistika I.</b>	19 let	15-17 let
<b>Kazuistika II.</b>	22 let	14 let
<b>Kazuistika III.</b>	23 let	17-20 let
<b>Kazuistika IV.</b>	38 let	od 30. roku
<b>Kazuistika V.</b>	30 let	16 let
<b>Kazuistika VI.</b>	33 let	25 let

---

<sup>139</sup> Vlastní zdroj

Jako jednou z možných příčin u PPP je označeno **dietní chování** (kapitola 3.1.). Z výše uvedených pramenů je patrné, že když někdo začne například s redukční dietou, je více pravděpodobné vypuknutí MA a MB.<sup>140</sup> Dispozice pro držení diet je spojena zejména s ženským pohlavím.

Již v rozhovorech dotazované o dietním chování hovořily a přiznávaly se k němu. Bylo zajímavé, že jej neoznačily v žádném případě z jejich pohledu za možnou příčinu, spíše jej popisovaly jako chování, které je automaticky spojeno s PPP. Pro ucelení nabízím zhodnocení a porovnání, kde dietní chování působilo jako příčina a kdy hraje roli jako důsledek.

Na tomto místě se odchýlím od subjektivního pohledu respondentek a nabídnu pohled z mé strany.

**Tabulka č. 4. – Porovnání v jídelních návycích**

	<b>Jídelní návyky před vznikem PPP</b>	<b>Jídelní návyky v současné době (v době konání rozhovoru)</b>
<b>Kazuistika I.</b>	Omezování jídla, hladovění, nadměrné pití vody	I nyní počítání kalorických hodnot, vyhýbání se tučným jídlům a podobně.
<b>Kazuistika II.</b>	Hladovění a různé formy diet se objevily jako doprovodný jev až v průběhu PPP.	Dotazovaná si neuvědomuje a nepřipouští v této chvíli žádné omezování či zákazy ve stravování.
<b>Kazuistika III.</b>	Jídelní omezování a diety předcházely následnému vracení a hladovění.	Preferuje LIGHT výrobky, dohlížení nad energetickými hodnotami potravin. Snaha o četnost a pravidelnost stravování.
<b>Kazuistika IV.</b>	Omezování jídla, hladovění spojené s nadměrným cvičením.	Nejíst po 17. hodině. Důsledná kontrola jídla a snaha o dodržení, připouští občasné hladovky.
<b>Kazuistika V.</b>	Už v dětství ze strany matky byl hlídán jídelníček. Zákaz sladkých potravin a důsledná kontrola.	Momentálně bez jakýchkoliv omezení a dietního chování.
<b>Kazuistika VI.</b>	Snaha o dietní chování, kontrola jídelníčku, omezování a zakazování určitých typů potravin.	V současné době propaguje BIO potraviny, LIGHT potravin. Omezení je ve sladkých jídlech.

<sup>140</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 49.

## 11. Shrnutí praktické části

V praktické části práce jsem představila pro ucelení a dokreslení šest kazuistik. Zde bylo po dotazovaných požadováno, aby subjektivně popsaly možnou příčinu, která sehrála hlavní úlohu při vzniku PPP. Právě pro možnou různorodost byly vybrány odlišné věkové kategorie žen. Jejich společným znakem bylo prodělání PPP.

V popsáných příbězích, které vycházely z osobních rozhovorů, byly na první pohled patrné hlavní příčiny. Jak již ale bylo popsáno v teoretické části práce, na vzniku PPP se podílí řada různých faktorů a příčin. Tento fakt se potvrdil i praktické části práce.

Jak je patrné z výše získaných výsledků, tak kromě jedné kazuistiky není možno označit jen jednu hlavní příčinu. U ostatních dotazovaných jde o možnou interakci jmenovaných příčin a faktorů. Dále se rovněž potvrdila skutečnost, že pokud budeme hledat příčinu a zeptáme se na to toho, kdo PPP prodělal, nabízí se odpověď, že jde o vliv faktorů rodinných, sociokulturních nebo o výskyt nepříznivých životních událostí.

Nečastějším faktorem výše uvedených kazuistik je **faktor rodinný**. Popisovány jsou pocity méněcennosti, přehlížení ze strany rodičů a tím způsobená touha o pozornost. Objevuje se tu i dominantní chování matky (kazuistika III.). Nacházíme zde i matku perfekcionistku (kazuistika V.) Popsán je zde strach z tloušťky, strach z toho, že bude dotazovaná vypadat jako její silnější matka (kazuistika III.). Zmiňováno je tu i neustálé srovnávání se štíhlým sourozencem. To je vnímáno velice silně (kazuistika IV. a VI.).

V době dospívání dozajista sehrálo značnou úlohu již popisované **nízké sebevědomí** a pocit osamocení, (kazuistika II. a kazuistika V.), určitá žárlivost vůči štíhlejšímu sourozenci, který byl neustále vyzdvihován. (kazuistika IV. a kazuistika VI.). Touha po dokonalosti má rovněž svůj podíl (kazuistika VI.).

Když okolí chválí štíhlý vzhled dívek a současně pochvalné komentáře směřuje k úbytku tělesné hmotnosti, to ženy jen ujistí, že se vlastně ubírají správným směrem. Pokračují ve snižování tělesné hmotnosti a jako pomocníka si přibírají mentální anorexii a mentální bulimii. Tento faktor je označen jako **udržující faktor**. Objevil se v kazuistice IV: a VI.

Co se týče **postoje ke svému tělu**, tak je a byl kromě dvou případů (kazuistika II. a kazuistika V.) negativní. Konkrétně se jedná o nespokojenost s boky a stehny. V kazuistice IV. ještě dotazovaná poukazuje na nespokojenost se svým nosem a tělesnou výškou.

Stejná situace je patrna ve **vlivu společnosti**. Jen dotazovaná v kazuistice II nepřikládá štíhlé postavě důležitost a nemyslí si, že by byly štíhlí jedinci ve společnosti ve výhodě. U ostatních rozvorů ženy svalují velký vliv právě na společnost. Velkou inspirací pro ně jsou například modelky prezentované v médiích (kazuistika III. a kazuistika V.)

Pokud zmíníme **dietní chování** jako příčinu, ta se objevila zejména v kazuistikách I., III., V. a VI. Jako možný důsledek při PPP ho nacházíme v kazuistice I., III. IV., VI.

## 12. Diskuze

Jsem přesvědčena, že díky rozborům příběhů a rozhovorům s výše uvedenými ženami se mi nabídl pohled do jakéhosi vnitřního světa dotazovaných. Nespornou výhodou je získání informací tak zvaně z první ruky („first-hand experiences“).<sup>141</sup> Je zde velký předpoklad, že tyto výpovědi obsahují autenticky vnímané okolnosti vzniku nemoci.

Na druhou stranu sem si vědoma určitých možných zkreslení ve výpovědích, které jsou založeny na zpětné rekonstrukci okolností. Toto bývá rizikem všude tam, kde je něco založeno na vzpomínkách.

Proto byly otázky směřovány k osobnostním charakteristikám, dětství, jeho prožívání dotazovanými. Jedna z příčin PPP může mít totiž prvopočátek právě tam.

Jak již je poukázáno v teoretické části této práce, především Štichová uvádí jako jeden z predisponujících faktorů **faktor rodinný**,<sup>142</sup> kde u dívek s PPP můžeme nalézt podobné rysy. Zejména to, že matky jsou v těchto případech hyperprotektivní, dominantní. Na druhou stranu ale jsou málo empatické ke skutečným potřebám dítěte.<sup>143</sup> Především se tento rys matky objevil v kazuistice V, v kazuistice IV. a III., ale i v těchto příbězích nacházíme rozporuplné rozdíly.

Na jedné straně je matka perfekcionalistka, sama dodržující dietní návyky.<sup>144</sup> Na straně druhé je naopak matka obézní.<sup>145</sup> Postava a vzezření matky ovlivnilo ženu popsanou v kazuistice III. natolik, že hlavní příčinou, jak již bylo uvedeno, byl strach dcery, že ji čeká stejný osud a stejná postava, právě taková, jakou její matka

---

<sup>141</sup> Srov. SCHLIPPE, A. SCHWEITZER, J. *Systematická terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2001, s. 102-103.

<sup>142</sup> Této problematice je v teoretické části věnována kapitola 4.5

<sup>143</sup> Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 451-452.

<sup>144</sup> Neuspokojení matky a její patologická přání vedou k patologickému požadavku submisivního a dokonalého dítěte. Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 66.

<sup>145</sup> Při posuzování nejen zdravotních rizik spojených s nadváhou je důležité rozlišovat mírnou nadváhu a obezitou. Obezita je téměř jistě zdraví škodlivá a je spojena s nemocemi srdce, vysokým tlakem a cukrovkou. Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 17.



disponuje.<sup>146</sup> Díky tomu, že se například dokáže ovládnout v jídelních návycích oproti zmiňované obézní matce, se tato žena cítila lépe.

Dále se potvrdil i rizikový faktor otce, jako jedna z možných příčin PPP. Zejména model pasivního rodiče, který stojí v pozadí za dominantní manželkou.<sup>147</sup>

Významnou roli často hrály také kamarádky nebo sestry, se kterými se dívky porovnávaly nebo byly porovnávány. To vystihují zejména kazuistiky IV a VI. Touha hubnout často pramení také z touhy být dokonalá (zejména v IV. kazuistice), být nejlepší ve všem, tedy mít i nejlepší postavu. „*Najednou se o mě kluci začali zajímat i bez toho, jakou mám setru, ale kvůli tomu, jak jsem hezká já. Dokonce i matka mě chválila, jak hezky vypadám.*“

Jordánová ohledně sourozenců říká, že právě oni jsou součástí naší volby. Věří, že přicházejí do našeho života, aby nám pomohli naplnit lekci, kterou jsme si vybrali. Vztahy, které máme se svými sourozenci, velmi významně ovlivňují vztahy, které si později utváříme se svými vrstevníky, takže nejen existence sourozence jako taková intenzivně ovlivňuje naše budoucí vztahy.<sup>148</sup>

V uvedených kazuistikách se také objevil aspekt touhy zhubnout na základě signálů, které ženy dostávaly, či si vyložily je po svém a tak zvaně přečetly ze svého okolí. Dotkly se jich narážky, posměšky někdy i zcela neoprávněná kritika. To jen potvrzuje a ukazuje na další možnou příčinu. Podle NICE<sup>149</sup> (2004) bývá až 70 procent případů anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem závažná **životní událost** nebo obtíže. Podle Hsu (1990) je dáván rozvoj anorexie do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji jsou zmiňovány narážky na tloušťku a tělesný vzhled, což je nejvíce patrné u kazuistiky III. „*Doufám, že až se vezmeme, nebudeš za pár let vypadat jako tvoje matka.*“ V VI. příběhu si dotazovaná jako životní událost odnáší a pamatuje větu:

---

<sup>146</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 25.

<sup>147</sup> Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 451.

<sup>148</sup> Srov. JORDÁNOVÁ, Z. *Tvoje dítě jako šance pro tebe*. Praha: Vodnář, 2005, s. 183.

<sup>149</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence. [online] Poslední aktualizace: 8.1.2012 [cit. 2012-01-09]. Dostupné z WWW: <http://publications.nice.org.uk/eating-disorders-cg9/guidance#anorexia-nervosa>

„Kdybys měla o pět kilo míň a měla menší zadek, byla bys moc hezká. Skoro jako tvoje sestra.“

V tomto bodě bych se ráda zastavila a poukázala na jednu zajímavost, která mě překvapila svou přímostí. Jedná se o informativní leták<sup>150</sup> na zápis do přípravky moderní gymnastiky. Konkrétně je zde zájem o děvčata narozená 2004, 2005, 2006. Údaj, který mě velmi zaujal, byl požadavek na tyto šesti až osmileté dívenky. Jako první předpoklad sportovní klub požaduje štíhlost a až poté pohybovou nadanost. Nadřazuje se zde tělesné vzezření nad mírou talentu? Mohu si tedy vyvodit skutečnost, že pokud budu mít dceru silnější postavy, ale s nesporným talentem k tanci, nemá šanci uspět? To staví do nevýhody silnější děvčátka. Copak už v takovémto věku je ona štíhlost prioritou? Přichází mi na mysl další otázka. Rozhoduje zde někdo o tom, kde je hranice požadované štíhlosti a kde končí? Dle jakých parametrů posuzují budoucí malé gymnastky? S jakým pocitem asi odcházejí „neakceptovatelná“ děvčata, když k jejich přijetí brání absence štíhlosti dle přijímajících?

Nejen z odborných knížek, ale i ze zkušenosti ze svého okolí vím, jak jedna špatně zvolená věta může být spouštěčem poruch příjmu potravy a sražení sebevědomí. Přemýšleli autoři tohoto letáku o něčem takovém? Myslím si, že právě v této situaci se potvrzuje vyslovená první hypotéza. I takováto situace může být jednou z „životních událostí“ (kapitola 4.3), která může vyvolat PPP.

Důležitým aspektem ve výše popsaných příbězích hraje zejména v období dospívání **sebevědomí**, což je nyní velmi populární pojem. Říčan spolu s Krchem uvádí, že sebevědomí se považuje zejména v americké prostředí ještě více než u nás za důležitou podmínku štěstí, výkonnosti i duševního zdraví. Jeho opak, pocit méněcennosti, patří k jádru lidové psychopatologické terminologie. Obecně se soudí, že ve výchově je nutné podporovat sebevědomí dítěte a lidé, kteří mají problémy sami se sebou, často usilují o posílení sebevědomí.<sup>151</sup>

---

<sup>150</sup> Tento zmiňovaný leták, je v celé své podobě zobrazen v příloze č.VI.

<sup>151</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 189.

Psycholog Bandura pracuje s přesnějším pojmem, a sice s konceptem self-efficacy.<sup>152</sup> Tvrdí, že člověk potřebuje mnohem víc, než si jen vážít sebe, ale potřebuje si hlavně věřit.<sup>153</sup> S otázkou víry v sebe samu se potýkala v době dospívání dotazovaná z kazuistiky II., což nejlépe vystihuje její komentář: „*Cítila jsem se sama, nepotřebná, neschopná, každý okolo mě byl lepší, hezčí, chytřejší. Připadala jsem si neschopná.*“ V tomto případě mohla za rozvinutí nemoci stát také frustrace<sup>154</sup> některé z důležitých potřeb. Právě tato žena uváděla, jak toužila po pozornosti a lásce, po litości a pohlazení.<sup>155</sup> Té se jí dle ní samotné především od rodičů nedostávalo. Takovou zátěž mohl být i jakýkoliv stres, ponížení.<sup>156</sup>

Otázka vztahu sebevědomí, potažmo **spokojenosti s vlastním tělem** však může být složitější a mění se nejenom s věkem, ale i s rozvojem problému. S možným úspěchem či neúspěchem a podobně. Ve studii (Krch, Csémy, Drábková, 2003) zjistili, že děvčata s problematickými jídelními postoji a návyky vykazovala spíše **nižší sebevědomí**.<sup>157</sup>

Výše uvedené skutečnosti jen dokládají to, že sebevědomí se v tomto případě stává také rozhodujícím činitelem. Právě nízké sebevědomí, které je jako jednou z příčin popsáno v kazuistice II. a v menší míře v kazuistice IV., dokazuje, jak velkou může sehrát roli nejen u vzniku PPP.

Ohledně **postoje ke svému tělu** se až na dvě dotazované (kazuistika II. a V.), ostatní ženy vyjádřily, že spokojené nejsou. Nejvíce nedostatků a nespokojenosti přikládaly bokům, stehnům a břichu. To potvrzuje jeden z rizikových postojů a chování,

---

<sup>152</sup> Pojem *self-efficacy* je překládán jako „sebeuplatnění“ či „vnímání vlastní účinnosti“ (Janoušek, 1992), jako vnímaná sebe-výkonnost“ či „očekávání sebe-účinnosti“ (Nakonečný, 1996), jednoslovně jako „sebeúčinnost“ (Urbánek, Čermák, 1997) nebo jako „důvěra ve vlastní schopnosti“ a zjednodušeně jako „vlastní zdatnost“ (Hayesová, 1998). Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000, s. 59

<sup>153</sup> Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000, s. 59.

<sup>154</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 102.

<sup>155</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 65.

<sup>156</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 293.

<sup>157</sup> Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 50.

zmiňovaný v teoretické části pod kapitolou 3.2 Nespokojenost se svým tělem. Alespoň zmínka o hubnutí se objevovala téměř ve všech uvedených kazuistikách a rozhovorech.

Lidi (v tomto případě konkrétně ženy) trpící PPP můžeme považovat za jednu ze skupin osob, jež pociťují nadměrnou nespokojenost se svým tělem.<sup>158</sup> Tohoto činitele zmiňují v PPP autoři zabývající se PPP.<sup>159</sup> Výzkumy v této oblasti se zabývají především otázkami spokojenosti či nespokojenosti s jednotlivými částmi těla a vlivem hodnocení vlastního těla na sebevědomí. Bylo zjištěno, že hodnocení vlastního těla a míra spokojenosti či nespokojenosti s vlastním vzhledem, výrazně ovlivňuje celkové sebehodnocení.<sup>160</sup> Spojitost negativního sebehodnocení a nízkého sebevědomí se prolíná téměř ve všech uvedených kazuistikách v této práci.

Jak se ale v poslední době ukazuje, tak tento problém není jen záležitostí fenoménu PPP. S tímto faktorem se stále častěji setkáváme u žen, které přímo netrpí MB a MA. Grogan (2000) uvádí, že existují údaje o tom, že většina žen projevuje takový zájem o vlastní tělesnou hmotnost a postavu, jež se dá charakterizovat jako problémový.<sup>161</sup>

Až na jeden příběh, přisuzují tyto příběhy možnou subjektivně vnímanou příčinu vzniku PPP **společnosti**, jejímu vlivu, módním trendům, tlaku, který propaguje ideál štíhlého těla. Této tematice je v teoretické části věnována kapitola 4.1. Do jisté míry se potvrdila tato často formulovaná myšlenka o důležitosti módních trendů. Jak dotazované uvedly, inspirací jim byly modelky a herečky. Toto hraje většinou roli jako spouštěcí faktor. (Stice, 2002), což zřetelně ukazuje zejména kazuistika I. a následně III. a VI.

Konkrétně Grogan (2002) varuje, že tento faktor nemůžeme brát jako jednoznačný. Spíše zastává tvrzení, že kult štíhlosti jako takový bývá někdy neprávem považován za nejdůležitější nebo dokonce za jediný faktor působící na vznik PPP.<sup>162</sup>

---

<sup>158</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 142.

<sup>159</sup> Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 58.

<sup>160</sup> Srov. FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001, s. 48-49.

<sup>161</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 32.

<sup>162</sup> Srov. GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, 142.

Snažím se být realista a je mi jasné, že vliv médií a reklam ohledně štíhlých těl se v dohledné době jen tak nezmění. Je potřeba se naučit vnímat, že prezentované idoly v časopisech jsou na hony vzdálené realitě. Jednou z prvních pozitivních reakcí na tuto problematiku byla kampaň proti vyhublým modelkám. Při týdnu módy v Madridu například hodnotili modelky pomocí BMI. Výsledkem bylo odmítnutí třetiny kvůli jejich podvaze. I Francie přijala takzvanou chartu proti anorexii. Ta obsahuje například zákaz ukazovat fotografie, které by mohly sloužit jako návod k extrémnímu hubnutí. Dokonce zavedli nový trestní čin provokace k anorexii, za nějž hrozí pokuta až třicet tisíc eur.<sup>163</sup>

Stejně důležitou roli hrají i **udržující faktory**, které mají negativní úlohu v tom smyslu, že místo aby nemocnou upozornili na její stav a situaci, chválí její vizuální stránku. Tento faktor je rovněž popsán v kapitole 4.4. Tento činitel byl dotazovanou popsán zejména v kazuistice VI.

Ve chvíli, kdy okolí ženu přestane chválit a obdivovat, jen malá část pacientek se pokusí něco s problémem dělat. Naopak většina, ač jim záleží na tom, co druzí říkají, reagují jiným způsobem. Sládková a Vybíral (2008) zjistili, že dívky trpící PPP častěji využívají nezralých forem obran, respektive obranných mechanismů.<sup>164</sup> Z hlediska funkce obranných mechanismů může, dle jejich zjištění, zásadním momentem ve vývoji nemoci být změna pohledu druhých lidí na dívčinu postavu. Na scénu přichází racionalizace, popření (že se dívky již nelíbí svému okolí), nebo agrese proti druhým a hlavně proti sobě. Obrany dále upevňují nezdravé chování.<sup>165</sup>

Ať už se jedná o příčinu či důsledek, v hojně míře se zde setkáváme s různým **jídelním omezením**, či omezením jídelních návyků, které jsou označené jako rizikové postoje a chování v kapitole 3.1. I když ve většině případů uvedených v této práci bylo dietní chování zahájeno až v momentě, kdy dotazované s PPP bojovali, jen

---

<sup>163</sup> Na módní přehlídce nepustili příliš hubené modelky [online]. poslední aktualizace 01. 03. 2011. [cit. 2011-03-22]. Dostupné z WWW: [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=1469](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=1469)

<sup>164</sup> ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 141.

<sup>165</sup> Srov. SLÁDKOVÁ, I. VYBÍRAL, Z. *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. E-psychologie [online], 2(4), 13-23 [cit. 09. 09. 2011]. Dostupný z WWW: <http://e-psychologie.eu/pdf/sladvkova-et-al.pdf>. ISSN 1802-8853.

v V. kazuistice byla striktní jídelní kontrola matky ještě před vypuknutím PPP. Tam ji tedy můžeme označit jako jednu z příčin, v ostatních případech je důsledkem. V současné době dotazované ženy uvádějí, jak si hlídají jídelníček a kontrolují své jídelní návyky. Shledáváme se zde s preferováním LIGHT a Bio výrobků, čímž vyvstává vedle MA a MB nový fenomén, tím je tzv. otorexia nervosa. Je jí označována patologická posedlost zdravou výživou.

**Literatury a různých webových stránek**, které se věnují poruchám, rychle přibývá. Na jedné straně nabízí pomoc, informovanost o nemoci, ale jsou i jiné, a to takové, které jdou zcela cestou opačnou. Vidíme zde návody na léčbu nebo informace, kam se mohou dívky s tímto problémem přihlásit. Stejně tak jsou zde uvedeny praktické rady pro blízké osoby, rodiče a partnery, jak se v tomto momentě zachovat. Protikladem jsou jiné přístupné webové adresy. Tam se dozvídáme, jak mají dívky s MA a s MB oklamat své okolí a lékaře a jak dál pokračovat v dodržování striktních diet. Nijak výjimečné nejsou ani praktické návody, jak maskovat zvracení či váhové úbytky. Právě k čerpání informací ze sociálních sítí se přiznaly i dotazované, v jejichž rozhovorech se k této zkušenosti přiznávají.

Navíc pro-anorektické internetové prostředí nabízí velmi silné a působivé sociální dopady, jako je demarginalizace, podpora životního způsobu a pohledu na svět, potvrzení pro změněnou identitu.<sup>166</sup> Objevují se krize identity, kdy člověk objevuje rozpory a nedostatky a kdy se zamýšlí nad motivy některých svých činů.<sup>167</sup>

Možnou odpovědí na minimalizaci těchto problémů by zcela určitě byla informovanost dívek již v mladším školním věku dejme tomu na školních, která byla zahrnuta do výuky. Domnívám se, že obeznámení s touto problematikou je právě důležité například na prvním stupni základní školy. Později by dalo hodně úsilí přesvědčovat dívky například ve 14 letech o tom, jak si mají vážit svého těla, co dokážou poruchy příjmu potravy a podobně. Je efektivnější předcházet následkům, než

---

<sup>166</sup> Srov. SLÁDKOVÁ, I. VYBÍRAL, Z. *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. E-psychologie [online], 2(4), 13-23[cit. 09. 09. 2011]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova-et al.pdf>. ISSN 1802-8853.

<sup>167</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia 2009, s. 122.

léčit to, co touha po štíhlosti napáchala. Je samozřejmě důležité, v jakých sociokulturních podmínkách dítě, potažmo dospívající dívka, vyrůstá.<sup>168</sup>

Mohu jen zde konstatovat, co už bylo mnohokrát popsáno a řečeno. Společnost, rodina a genetická výbava jsou hlavními faktory, které mohou zapříčinit rozvoj PPP. Pokud budou v souladu, tak se riziko snižuje o to více. Je na každém z nás, jakým způsobem se postavíme k tělesně silnějším jedincům, jak je budeme přijímat a posuzovat. Na každém z nás je třeba uvědomit si priority. Upřednostnit štíhlost a díky ní ztratit psychické a fyzické zdraví? Nebo být vyrovnaný sám se sebou a přijímat život s jeho reálnými stránkami.

---

<sup>168</sup> Srov. ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001, s. 323.

## Závěr

Není lehké pochopit, proč se zejména dívky a ženy pokoušejí přiblížit ideálu štíhlého těla. Kdo určuje tyto modely a ikony? Stejně tak je nesnadné postihnout problematiku poruch příjmu potravy, které se stávají prostředkem k dosažení požadovaného ideálu. Nejen ze stávajících informací je patrné, že toto téma a okruh problémů má narůstající tendenci. Mnoho z nás často nedokáže rozpoznat varovné signály, které upozorňují na blížící se hrozbu. Nicméně pozitivní na této skutečnosti je, že můžeme najít i vzrůstající míru informovanosti společnosti a dobře vím, co nevědomost dokáže. Upozornění a seznámení veřejnosti jak s příčinami, tak i s důsledky jsou velice prospěšná.

Cílem této práce byla snaha pochopit tyto skutečnosti a stejně tak proniknout k problematice tolikrát zde zmiňované štíhlosti v kontextu PPP, určit do jaké míry tyto pojmy spolu souvisí a zda jsou nevyhnutelnými prostředky k dosažení ideální postavy pro dívky a ženy mentální bulimie spolu s mentální anorexií. Dalším cílem bylo popsání subjektivně vnímaných skutečností, které byly dle dotazovaných vnímány jako klíčové a ony sami je označily jako příčinu.

Praktická část navazovala a dokreslovala část teoretickou. Jako názorný příklad byly použity kazuistiky. Tam jsem se pokusila získat od žen názor, kde ony samy spatřují možnou příčinu, která vedla ke vzniku PPP. Tyto důvody jsou porovnány a odpovídají faktorům popsaných v teoretické části práce. To jen dokazuje a následně potvrzuje, co zmínění autoři označili jako možné příčiny v problematice PPP.

Cíl práce, který jsem si v úvodu vytyčila, byl naplněn už samotným popsáním poruch příjmů potravy, možných rizikových postojů a chování a jejich faktorů, které ovlivňují vznik těchto nemocí. Tyto rizikové postoje a chování se následně prokázaly i v praktické části. Tam dotazované subjektivně popsaly možnou příčinu vzniku PPP. Ve většině případů je společným jmenovatelem štíhlá postava, sociální a kulturní, rodinné faktory, udržující faktory. Podstatnou roli hrají i tak zvané životní události, které jsou uvedeny v této práci a následných výsledcích.

Co se týče použití těchto výsledků v praxi, myslím, že by mohly přispět k informovanosti těch, kteří s touto problémovou skupinou pracují, ať už se jedná o učitele, výchovné pracovníky, dospělé osoby, které vedou mládež ke sportovním aktivitám, či samotné dívky nacházející se nejen v rizikovém období. Práce může



příspěť k určitému pochopení této složité problematiky a pomoci tomu, aby touha po štíhlosti, kvůli níž se dívky a ženy ocitnou v zajetí poruch příjmu potravy, nebyla opomíjena.

Jako další téma by bylo zajímavé popsat, jak například vidí možné příčiny PPP blízké osoby, které se nacházely v době krize s dotazovanými. Nabídl by se pohled i z druhé strany a bylo by dozajista zajímavé konfrontovat tyto poznatky s popsányými názory na těchto stránkách.

Tato práce mi přinesla mnoho zajímavých poznatků a zkušeností. Díky sbírání informací a studiu této problematiky se mi odkryla část nevědomosti, jak široké je spektrum rizik a co vše touha po štíhlosti dokáže. Stejně se mi dostalo utvrzení i v tom smyslu, jaký mohou mít vliv na životní postoje pro někoho zdánlivé přehlížené maličkosti.

## Použité zdroje

- 1) ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. Praha: Prostor 2004.  
ISBN 80-7260-125-3.
- 2) ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*. 2. aktualizované a doplněné vydání.  
Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-804-X.
- 3) DE CRESCENZO, L. *Příběhy řecké filozofie*. Praha: Dokořán 2004.  
ISBN 80-86569-66-7.
- 4) CARIRPALOGLU, P. *Psychologie hodnot*. 2. doplněné a přepracované  
vydání. Olomouc 2009. ISBN 978-80-244-2295-4.
- 5) ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001.  
ISBN 80-7178-463-X.
- 6) ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu otravy pro otce a partnery*. Praha: O. s.  
Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008.  
ISBN: 80-246-0139-7.
- 7) DISMAN M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 3. vydání, Karolinum: Praha  
2000. ISBN 978-80-246-0139-7.
- 8) FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum,  
2001. ISBN 80-5460-173-7.
- 9) FIALOVÁ, L. *Moderní body image-Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*,  
Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
- 10) FRANKL, V. F. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-084-3.
- 11) GROGAN, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha:  
Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907.
- 12) GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha:  
Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-809-8.
- 13) KERN, H., MEHL, CH., NOLZ, H., PETER, M., WINTERSPERGE, R.  
*Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7367-121-2.
- 14) JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007.  
ISBN 978-80-7367-269-0.
- 15) JORDÁNOVÁ, Z. *Tvoje dítě jako šance pro tebe*. Praha: Vodnář, 2005. ISBN  
80-86226-64-6.
- 16) KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006.  
ISBN 80-7367-0.

- 17) KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- 18) KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- 19) KRCH, D. F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
- 20) KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- 21) KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80247-2130-9.
- 22) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 23) KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
- 24) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-195-X.
- 25) MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-74-7.
- 26) MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-86-991-09-2.
- 27) MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- 28) MISTRÍK, E. SEJČOVÁ, L. *Dobry život a kult tela*. Bratislava: Album, 2008. ISBN 978-80-968667-8.
- 29) MIŠOVIČ, J. 2001. *V hlavní roli otázka. Průvodce přípravou otázek v sociologických a marketingových výzkumech*. Praha: vlastní náklad.
- 30) NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia 2009. ISBN 978-80-200-1679.
- 31) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3., doplněné vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- 32) ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- 33) PRAŠKO, J. *Stop traumatickým vzpomínkám, jak zvládnou posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-811.

- 34) PIIERE, R. C. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- 35) POMYJOVÁ, D. *Problematika mentální bulimie a možnost její léčby*. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008.
- 36) PONĚŠICKÝ J. *Fenomén ženství a mužství* Vydání 3. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-106-2.
- 37) PONĚŠICKÝ J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-861.
- 38) RÖHR, H. P. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80 7178-724-8.
- 39) ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3133-9.
- 40) SCHLIPPE, A. SCHWEITZER, J. *Systematická terapie a poradenství*. Brno: Cesta 2001. ISBN 80-7295-013-4.
- 41) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-8.
- 42) ŠVAŘÍLEK, R. ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 43) VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 1593-850-158.
- 44) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- 45) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- 46) VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.
- 47) ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu otravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008.
- 48) *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- 49) Zpravodaj Anabell, číslo 6, květen 2006. vydává občanské sdružení Anabell Brno.

50) *National Institute for Health and Clinical Excellence*. [online] Poslední aktualizace 8. 1. 2012 [cit. 2012-01-10]. Dostupné z WWW: <http://publications.nice.org.uk/eating-disorders-cg9/guidance#anorexia-nervosa>

51) *Na módní přehlídce nepustili příliš hubené modelky* [online]. Poslední aktualizace 01. 03. 2011. [cit. 2011-03-22]. Dostupné z WWW: [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=1469](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=1469)

52) *Kdy zvolit kvantitativní výzkum a kdy kvalitativní?* [online]. Poslední aktualizace 5. 6. 2009. [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <http://www.zavinac.cz/blog1.php/2009/06/05/5-6-2009-kdy-zvolit-kvantitativni-vyzkum>.

53) SLÁDKOVÁ, I. VYBÍRAL, Z. *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. E-psychologie [online], 2(4), 13-23 [cit. 09. 09. 2011]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/slackova-et-al.pdf>. ISSN 1802-8853.

## **Seznam zkratk**

BMI	index tělesné hmotnosti, jeho výpočet a úrovně jsou zobrazeny v příloze
DSM	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	poruchy příjmu potravy
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

## **Seznam příloh**

- I. Srovnání anorexie a bulimie
- II. Jak se historicky měnil obraz krásy lidského těla
- III. Co je BMI- Index
- IV. Leták pro nábor mladých gymnastek
- V. Zpověď dívky s PPP
- VI. Možnosti léčby PPP v ČR
- VII. Typický příklad jídelních záznamů při léčbě pacientky

## Příloha I.: Srovnání anorexie a bulimie

Tab. č. 5. -Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie<sup>169</sup>

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
<b>Pokles hmotnosti</b>	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
<b>Amenorea</b>	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30 %
<b>Navozené zvracení</b>	15-30 %	75-90 %
<b>Sebekontrola</b>	vystupňovaná	oslabená
<b>Jídelní chování</b>	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	spíše rychlejší tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
<b>Počátek obtíží</b>	13. -20. rok, výjimečně později	14.-30. rok, výjimečně dříve
<b>Pohlaví nemocných ženy : muži</b>	10-15:1	20:01
<b>Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30)</b>	0,5-0,8 %	2,5-6 %
<b>Deprese</b>	10-60 %	20-90 %
<b>Užívání alkoholu</b>	výjimečně	často
<b>Významné zlepšení</b>	20-75 %	60-85 %
<b>Náhled chorobnosti</b>	minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
<b>Motivace k léčbě</b>	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha se zbavit přejídání, někdy snaha zhubnout

<sup>169</sup> Srov.: KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada publishing, 2008.



## **Příloha II.: Jak se historicky měnil ideál krásy a těla**



*Obr. č. 1. - Prezentovaný ideál krásy v antice.*



*Obr. č. 2. - Prezentovaný ideál krásy v antice.(Afreodité)*



*Obr. č. 3. – Prezentovaný ideál v době gotiky*



*Obr. č. 4. - Prezentovaný ideál těla v době renesance*



*Obr. č. 5. -Prezentovaný ideál těla v době baroka*



Václav Sochor: V lázni, Galerie hlavního města Prahy

*Obr. č. 6. -Prezentovaný ideál těla ke konci 19. století*



*Obr. č. 7. -Prezentovaný ideál těla ke konci 20. století až 20. léta*



*Obr. č. 8. -Prezentovaný ideál 20. století, 30. - 40. léta*



*Obr. č. 9. -Prezentovaný ideál 20. století, Marilyn Monroe*



*Obr. č. 10. -Prezentovaný ideál 20. století, Twiggy*

## Příloha III.: Co je BMI Index

Co přesně je BMI - Body Mass Index?

BMI - index vyjadřuje poměr mezi Vaší výškou a hmotností. Využívá se pro orientační zjištění, zda trpíte nadváhou či ne. Jak se počítá?

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

**Jak rozumět výslednému číslu? V následné tabulce je zobrazeno rozmezí.**

**Tab. č. 6.- Tabulka s hodnotami BMI <sup>170</sup>**

18,5 - 24,9:	Normální váha - zdravotní rizika jsou minimální
25,0 - 29,9:	Nadváha - zvýšené zdravotní riziko. Hrozící onemocnění: hyperlipidémie, nerovnováha pohlavních hormonů, poruchy plodnosti, bolesti zad, poškození plodu související s nadváhou matky.
30,0 - 34,9:	Obezita I. stupně - vysoké zdravotní riziko. Hrozící onemocnění: výše uvedené onemocnění, navíc ateroskleróza, hypertenze, onemocnění kloubů (zejména kolen a kyčlí), dna.
35,0 - 39,9:	Obezita II. stupně - velmi vysoké zdravotní riziko. Hrozící onemocnění: výše uvedená onemocnění, rakovina (prsů u žen po menopauze, dále tlustého střeva), koronární onemocnění, mozková mrtvice.
40 a více:	Obezita III. stupně - extrémní zdravotní riziko. Hrozící onemocnění: výše uvedená, navíc diabetes mellitus II. stupně, onemocnění žaludku, dušnost.

<sup>170</sup> Srov. KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 77.

## Příloha IV.: Leták určený pro nábor mladých gymnastek

SPORTOVNÍ KLUB MODERNÍ GYMNASTIKA MÁJ ČESKÉ BUDĚJOVICE

zve štíhlá a pohybově nadaná děvčátka  
ročníků narození: 2004, 2005, 2006

# NA ZÁPIS DO PŘÍPRAVKY Moderní gymnastiky

Datum:

úterý 14.9. a 21.9. 2010  
17:00 - 18:00 hod.

Místo konání:

gymnastický sálek ZŠ O. Nedbala  
O. Nedbala 30, České Budějovice

- \* součástí zápisu je malá pohybová zkouška
- \* s sebou přiléhavý cvičební oděv
- \* pokud Vám nevyhovuje termín zápisů, informujte se na tel. č. 605 735 155 nebo 604 278 264
- \* zahájení cvičení - první týden v říjnu, pod vedením kvalifikovaných trenérek SKMG Máj České Budějovice ( 1x - 2x týdně - 1 hod.), jehož součástí je všestranná gymnastická průprava, cvičení s náčiním ( švihadlo, obruč, míč), rozvoj pohybových dovedností; správné držení těla, správná chůze, základy akrobacie, cvičení s hudbou

*Obr. č. 11.: - Leták určený pro nábor mladých gymnastek*

## **Příloha V.: Zpověď dívky s PPP**

*. . .Jsem teď taky na vysoké - nebo alespoň jsem byla, a to v prváku, ale před nedávnem jsem toho nechala, protože to psychicky nejsem schopná zvládnout. Začínám se léčit zase od začátku a doufám, že to jednou bude lepší, ale už si nejsem vůbec jistá. Není to něco, co člověk dokáže ovládnout vůlí, prostě jako by mě někdo ovládal. Pokud ti to pomůže, napíšu ti aspoň krátce svůj příběh:*

*Když jsem byla v pubertě, tak okolo čtrnácti, začala jsem mít deprese, ale nikdo to nedokázal pochopit, protože jsem vždycky bývala šťastné, bezproblémové dítě, měla jsem spoustu zájmů a kamarádů. V té době se mi začalo zdát, že jsem tlustá - i když jsem nadváhu nikdy v životě neměla. Začala jsem držet různé diety, až jsem si úplně zničila zažívání a deprese se tím zhoršily. Přidaly se i další věci, ale naštěstí nebo naneštěstí si už na to nepamatuju. Moje hlava se snaží všechno vytěsňovat, a tak si s lékaři většinou povídám o tom, co mi řekla rodina, že se se mnou děje nebo dělo. Asi v šestnácti nebo sedmnácti jsem dostala prášky, protože se doktoři báli, aby u mě nezačala schizofrenie, protože všechno, co se mi dělo, k tomu vedlo. Někdy v té době jsem ale začala jídlo zvracet, protože žádná dieta na moje trávení už nefungovala. Ze začátku to bylo jen "příležitostně", když jsem nevydržela hlad a přejedla se. Nikdy jsem se ale nedostala pod 50 kilo. Musela jsem změnit školu (chodila jsem na gymnázium), protože v té staré se mi všechno přičilo, už jsem nemohla chodit na ta stejná místa, kde jsem se dříve cítila špatně. Asi rok jsem hodně bojovala sama se sebou, nemohla jsem se kvůli psychofarmakům vůbec učit, ale všechno jsem nějak zvládla. V té době mi velmi pomohl trochu "alternativní" přístup. Začala jsem dělat meditace a podobné techniky, které tě donutí jít do sebe a získat nad sebou kontrolu. Hodně mi v tom pomohla změna doktorky, která mě v tom jako součást léčby podporovala. Asi do devatenácti jsem byla více méně v pohodě, dokonce snad i chvílemi šťastná. Jenže pak jsem nastoupila na vysokou - na dva obory najednou, a to mě totálně položilo. Ani na meditace, které mi dřív pomáhaly, jsem čas neměla, protože jsem ve škole trávila celý den. Dělal jsem všechno pro školu, protože jinak se to zvládnout nedalo a začala jsem zase zvracet. Nejdříve opět jen když jsem se přejedla, ale potom to začalo být horší, už jsem téměř vůbec normálně nejedla, deprese byly nezvladatelné a objevovaly se i zdravotní problémy - závratě, zkažené zuby, nehty, kůže a vlasy na tom byly katastrofálně, bolela mě hlava a podobně... Říkala jsem si, že jen trochu zhubnu a bude to v pořádku, nechám*



*toho, jenž moje tělo začalo být tak vystresované, že to prostě nešlo. Chtěla jsem se jen líbit sama sobě, protože jsem si nikdy sama sebe nevážila - ještě teď mi dělá problém, když se mám namalovat a podívat se přitom sama na sebe do zrcadla. Hnusím se sama sobě. Když jsem začala zvracet krev, jako by se ve mně něco zarazilo, přestala jsem zvracet, ale záchvaty přejídání zůstaly, jsem schopná se cpát, dokud můžu dýchat, ale už nic nevyzvracím a celé tělo mě kvůli tomu bolí. Už jsem půl roku neměla menstruaci. Rozhodla jsem se s tím něco dělat, protože takhle žít nechci. Jednou jsem se pokusila o sebevraždu, ale dostala jsem se z toho a už to nechci opakovat. Nemám v životě žádnou radost, žádný sen, ale doufám, že to jednou bude jiné - mám na stole takovou plechovku, je na ní napsané: "Na splněné sny", do které dávám peníze. Žádné sny nemám, nedokážu si představit, že to někdy bude jiné, ale mám tu plechovku a otevřu ji jednou, až nějaký sen mít budu - až ho budu mít, tak si ho hned splním. Moc bych si přála, aby žádná holka nemusela zažít to samé, co já. Je to kolotoč - jak se jednou začne, roztáčí se stále rychleji a je těžší z něj vysednout. Pokud bych mohla komukoli s tímto problémem pomoci, ráda bych to udělala. . .*

## **Příloha VI.: Možnosti léčby PPP u nás**

Vždy záleží na aktuálním stavu nemocné. Jaká je její motivace k uzdravení a léčbě. Pokud je léčba odmítána, nebývá příliš efektivní. V motivaci a odhodlání vytrvat, v tom spočívá její úspěšnost. V České republice existují tyto formy péče:

**Pobytová péče neboli hospitalizace:** probíhá zejména na psychiatrických odděleních, ve větších městech existují specializované jednotky zaměřené na PPP, délka pobytu od 2-5 měsíců. Hospitalizace je doporučována v případech, kdy je dívka ohrožena na životě podvýživou či sebevražednými úmysly nebo pokud není úspěšná stacionární či ambulantní péče. K péči je třeba doporučení od obvodního lékaře, či lékaře, který měl dívku v ambulantní péči na starosti. O hospitalizaci dívky mladší 18 let rozhodují rodiče.

**Stacionární péče:** Denní stacionář pro léčbu PPP v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Délka léčby maximálně 3 měsíce. Je určena dívkám a ženám s BMI nižší než 16. Nemocná dochází do stacionáře ráno a přes den absolvuje skupinovou a individuální terapii. Na večer a na noc je v domácím prostředí, kde si upevňuje získané návyky. Možnost této léčby předpokládá alespoň částečné zvládnutí nemoci a vyžaduje finanční spoluúčast.

**Ambulantní péče:** tu mohou poskytovat psychologové, psychoterapeuti a psychiatři. Nemocná dochází k odborníkům na sezení (nejčastěji 1 x za týden, intenzivněji 2 x týdně, méně intenzivně 1-2 x za měsíc). Psychoterapie vychází z potřeb a zakázky nemocné. Je soustředěna na jídelní návyky, změnu postojů ke svému tělu a sobě.

**Terapeutické skupiny:** po určitou dobu se schází tytéž dívky a ženy s terapeutem a pracují na uzdravení prostřednictvím skupinové terapie, mohou se zároveň účastnit i individuální terapie. Ty fungují v rámci hospitalizace, fungují také ambulantní terapeutické skupiny.

**Svépomocné podpůrné skupiny:** zde se setkávají nemocné a za účasti koordinátora skupiny či odborníka hledají motivaci k léčbě, sdělují si myšlenky, své zkušenosti a podporují se v procesu léčby. Na začátku léčby mohou tyto skupiny pomoci najít odvahu kontaktovat odborníka. Tato forma léčby je spíše podpůrného charakteru a samotná není dostačující pro úspěšné uzdravení.

**Svépomocné manuály:** jsou to příručky, které lze označit za průvodce při boji s PPP vlastními silami. Ten motivuje dívku a ženu k postupným krokům ke změně jídelního režimu, postojů k sobě a svému tělu a k upevnění nových návyků. Jsou užitečné ve fázi, kdy nemocná není ochotná vyhledat odbornou pomoc či docházet na svépomocnou podpůrnou léčbu.<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008, s. 47-48.

## Příloha VII.: Typický příklad jídelních záznamů pacientky

Tab. č. 7. - Typický příklad jídelních záznamů pacientky s mentální bulimií<sup>172</sup>

Den: pátek

Datum: 9. dubna

Čas	Co jsem snědla a vypila	Místo	Zvracení Přejídání	Okolnosti a poznámky
8:15	(zvážíla jsem se)			Nemohu napsat, kolik vážím, je to strašné.
9:50	sklenice vody	v kuchyni		Měla jsem po včerejší noci velkou žízeň.
10:20	light cola	o pauze v práci		Jsem odhodlaná dnes se nepřejíst!
11:50	10-20 křehkých chlebů	oběd v práci	Z	Začala jsem jíst jeden kousek, ale než jsem si uvědomila, co dělám, ztratila jsem veškerou kontrolu a snědla celý balíček
12:15	sklenice vody			
19:10	zbytek jablečného koláče	doma v kuchyni	Z/P	Začala jsem jíst, jakmile jsem přišla domů, ani jsem si nesundala kabát. Okamžitě jsem se přestala kontrolovat.
	2 litry zmrzliny		P, Z	
	5 krajíců chleba se sádlem a cibulí		Z	
	sklenice light coly			
	6 koláčů		Z	
	1 vánočka			
	balíček sušenek			
	litr mléka		Z	
20:00	dvě sklenice vody			Cítím se velice osaměle.
21:30	sklenice vody			Šla jsem brzo spát. Nesnáším se.

Z = zvracení, P = přejídání

<sup>172</sup> Srov. KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 137.

## **Abstrakt**

POMYJOVÁ, D. České Budějovice 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Jitka Ivanková.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, mentální anorexie, ideál štíhlosti, ideál krásy, nespokojenost se svým tělem, rizikové faktory, subjektivně vnímané příčiny, dotazované osoby, kazuistiky, tabulky.

Práce je zpracována v části teoretické i v praktické. V teoretické části se zabývá problémy a charakteristikou poruch příjmu potravy, zejména vnímáním vlastního těla v období dospívání, puberty, adolescence, časně dospělosti a střední dospělosti a působení psycho-sociálních faktorů, rizikových faktorů. Poukazuje na možnost pravděpodobnosti vzniku poruch příjmu potravy, postoj společnosti a rodičů, nakolik jsou odlišné vztahy ke štíhlosti, sebehodnocení, jaké mají stravovací návyky a kterak jsou dnešní dívky informovány o poruchách příjmu potravy.

Stěžejním cílem diplomové práce v praktické části je dokreslení teoretické části a popsání subjektivně vnímaných možných příčin od žen, které prodělaly PPP. Je zde popsáno šest kazuistik, které jsou následně shrnuty ve výsledcích. Možné připomínky a myšlenky jsou uvedeny v diskuzi.

## **Absrakt**

POMYJOVÁ, D. Ceske Budejovice 2012. Diploma Thesis. The University of South Bohemia in Ceske Budejovice. The Faculty of Theology. Department of Psychology. Supervisor of the Diploma Thesis: PhDr. Jitka Ivankova.

Key words: food intake failure, mental bulimia, mental anorexia, ideal of slenderness, beauty ideal, dissatisfaction with her/his body, risk factors, subjectively sensed causes, interviewed persons, casuistries, tables.

The thesis has both a theoretical and a practical part. Within the theoretical part it deals with problems and the characteristics of food intake failures, especially with the perception of her/his body during maturation, pubescence, adolescence, early adulthood and middle adulthood and the impact of psychological and social factors and risk factors. It points out the possibilities of a probable occurrence of a food intake failures, the attitude of the society and parents. It deals with different attitudes to slenderness, self-esteem, eating habits of girls and how present-day girls are informed about food intake failures.

The diploma thesis main aim within a practical part is the illustration of a theoretical part and the description of subjectively sensed possible causes from women who suffered from food intake failures. There are 6 casuistries described here which are subsequently summarized in the results. Possible comments and ideas are mentioned in the discussion.