

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PROŽÍVÁNÍ ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOSTI U ADOLESCENTŮ
SE SKLONY K MENTÁLNÍ ORTOREXII**

Experiencing of Meaningfulness of Life in Adolescents with
Inclinations to Mental Orthorexia



Magisterská diplomová práce

Autor: **Veronika Mišáková**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2012

Obsah

Úvod.....	7
1. Smysl života.....	8
1.1. Obecná definice smyslu života z pohledu psychologie.....	8
1.2. Významné historické i současné teorie životní smysluplnosti.....	9
1.2.1. Filozofické pojetí smyslu života	9
1.2.2. Pohled psychoanalytické psychologie na smysl života	11
1.2.3. Pojetí životní smysluplnosti dle I. D.Yaloma	13
1.2.4. Pohled humanistické psychologie na smysl života- A.H. Maslow.....	14
1.2.5. Smysl života v podání E. V. Frankla – logoterapie a existenciální analýza	15
1.2.6. Následovníci E. V. Frankla a jejich teorie smyslu života.....	22
1.2.7. Modely smysluplnosti života dle P. Halamy	25
1.3. Ztráta smyslu života a její dopady	28
1.3.1. Existenciální frustrace.....	29
1.3.2. Existenciální (noogenní) neuróza	31
1.4. Psychologické metody výzkumu smysluplnosti života.....	32
1.4.1. Kvalitativní metody využívané ke zjištění smysluplnosti života.....	32
1.4.2. Kvantitativní metody diagnostikování životní smysluplnosti	36
1.5. Poruchy příjmu potravy v kontextu existenciální frustrace	43
1.5.1. Existenciální frustrace a poruchy příjmu potravy.....	43
1.5.2. Existenciální frustrace a sklony k závislému chování	45
2. Poruchy příjmu potravy	47
2.1. Mentální anorexie (MA)	47
2.2. Mentální bulimie (MB)	50

2.3.	Výskyt (prevalence) poruch příjmu potravy	53
2.3.1.	Výskyt mentální anorexie	54
2.3.2.	Výskyt mentální bulimie.....	55
2.4.	Možné příčiny vzniku PP	55
2.5.	Následky poruch příjmu potravy.....	59
2.6.	Další poruchy jídelního chování	62
2.6.1.	Nové poruchy příjmu potravy.....	66
3.	Mentální ortorexie jako další možná porucha příjmu potravy.....	68
3.1.	Historie pojmu a současné pojetí mentální ortorexie.....	68
3.2.	Definice pojmu.....	71
3.3.	Diagnostická kritéria a charakteristika poruchy.....	73
3.3.1.	Psychické projevy	74
3.3.2.	Fyzické projevy.....	76
3.3.3.	Diferenciální diagnostika v rámci ostatních poruch příjmu potravy	78
3.4.	Možné příčiny vzniku mentální ortorexie	79
3.5.	Kde končí bezpečnost „zdravého“ stravování – rizikové skupiny inklinující k mentální ortorexii.....	83
3.6.	Možnosti léčby mentální ortorexie.....	85
3.7.	Přehled výzkumných studií a prevalence mentální ortorexie	87
3.8.	Mentální ortorexie jako forma závislého chování.....	96
4.	Praktická část	99
4.1.	Výzkumný problém a cíle výzkumu	99
4.1.1.	Cíle výzkumu.....	99
4.2.	Výzkumné hypotézy.....	100
4.3.	Aplikovaná metodika	100

4.3.1. Typ výzkumu	100
4.3.2. Použité diagnostické nástroje.....	101
4.4. Výzkumný soubor a metody jeho výběru	111
4.5. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků	112
5. Diskuze	131
6. Závěry	139
Souhrn.....	140
Seznam použitých zdrojů a literatury	145
Přílohy.....	153

Prohlášení

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění.

Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích.

Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožívání životní smysluplnosti u adolescentů se sklony k mentální ortorexii“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ...Olomouci..... dne ...27. 3. 2012...

Podpis

Ráda bych na tomto místě poděkovala zejména panu Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D., za jeho ochotu, čas i cenné rady, které mi v rámci vedení této práce vždy trpělivě poskytoval. Dále mé poděkování patří i paní RNDr. Evě Reiterové, Ph.D., na níž jsem se mohla obrátit při zpracovávání statistických výpočtů. Nakonec děkuji též mé rodině a mému příteli za podporu a poskytnutí potřebného zázemí při tvorbě této práce.

Úvod

V dnešní uspěchané, moderní době, kdy se lidé čím dál častěji orientují především na výkon a blahobyt, může brzy mnoho z nich dojít k závěru, že jejich život postrádá hlubší smysl. Tento nedostatek životní smysluplnosti či takzvaná existenciální frustrace tak začne narušovat různé oblasti jejich života, ať už ve formě somatických i psychických nemocí či ve formě zoufalého hledání něčeho, co by saturovalo jejich nenaplněnou potřebu smysluplnosti. Tato hledání mají často formu patologických kompenzačních strategií, jakou mohou být, zvláště pak u dnešních mladých lidí například i poruchy příjmu potravy.

Cílem této diplomové práce je zaměřit se na problematiku prožívání životní smysluplnosti v kontextu poruch příjmu potravy, konkrétně pak v kontextu mentální ortorexie. Tato nová forma narušeného jídelního chování, která byla objevena a poprvé popsána teprve před 15 lety, se týká patologické posedlosti jedince na zdravém stravování. V rámci naší práce se pokoušíme odhalit možné vzájemné souvislosti mezi nedostatkem prožívané životní smysluplnosti a výskytem projevů této poruchy, neboť se domníváme, že adolescenti, kteří neprožívají svůj život jako dostatečně smysluplný, zvláště pak ve svém zranitelném a citlivém věku dospívání, mohou více inklinovat k rozvoji této poruchy, než jejich vrstevníci, kteří nedostatkem životní smysluplnosti netrpí.

V rámci ověřování výše zmíněného vztahu jsme si vybrali právě mentální ortorexii, neboť i když ještě není tolik v povědomí veřejnosti (nebyla doposud oficiálně zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí), jako například mentální anorexie a její důsledky se nezdají být tak závažné, není vyloučené, že vlivem masivní mediální kampaně zaměřené na zdravé stravování a vlivem soudobé, na výkon, úspěch a bohatství orientované společnosti, která člověku nedává prostor k zamyšlení se nad opravdovými hodnotami a pravým smyslem života, bude výskyt této poruchy v populaci čím dál vyšší.

Dalším cílem této práce je, vedle shrnutí známých teoretických i výzkumných poznatků o mentální ortorexii, tedy i zjištění prevalence této poruchy u adolescentů a to též v kontextu pohlaví.

1. Smysl života

V první části této práce se pokusíme o exkurz a podrobnější nahlédnutí do oblasti otázky smyslu života, která je jednou z nejintenzivněji diskutovaných otázek na světě. Je to zároveň otázka, která zaujímá ústřední postavení v psychologii, psychoterapii, lékařství, ale již i v takových oblastech, jako je například vedení a motivování lidí, duchovní péče či politika. (Längle, Orglerová, & Kundi, 2001). Jak to ve své knize *Zmysel života z pohľadu psychologie* výstižně vyjádřil Peter Halama (2007), témata smyslu života a otázky po smysluplnosti naší existence zažívají v posledních dvou desetiletích na poli psychologie určitou renesanci, což je ovlivněno především novými psychologickými trendy, jako je například zkoumání kvality života, vznik pozitivní psychologie atd.

1.1. Obecná definice smyslu života z pohledu psychologie

Samozřejmě, že pojem smyslu života jako takový je velmi široký a každý z nás si alespoň jednou v životě položil otázku „jaký to má všechno smysl“ nebo „proč tu vlastně jsem, kam směřuji, jaké je moje poslání na tomto světě?“. Na to všechno se už od pradávna lidstvo snaží hledat vhodné odpovědi. Kvůli těmto otázkám vznikaly už v dávné historii velké filosofické systémy či duchovní směry, které se pokoušely definovat smysl života, co víc, definovat také cesty vedoucí k jeho uskutečnění a naplnění. Sama subjektivita smyslu života je však natolik silná, že nemůžeme s platností říci, že existuje jednotná či jiným způsobem ucelená definice tohoto pojmu. Neexistuje ani obecně přijatá teorie smysluplnosti, ačkoliv se o ní pokoušelo napříč historií mnoho psychologů, filozofů, básníků a dalších. Z tohoto důvodu se v řeči psychologie chápá smysluplnost života jako tzv. *psychologický konstrukt* (Křivohlavý, 2006).

Pojem smyslu jako takového se váže k širokému okruhu významů. Není naším cílem zabývat se v tuto chvíli technickým, anatomickým či fyziologickým významem slova smysl. To, co je pro nás důležité, je pojem smyslu jako **hodnoty a důležitosti** určité věci nebo události nebo pojem smyslu jako vyjádření **účelu, záměru, směru nebo intence určité činnosti** (Křivohlavý, 2006, s. 46).

Křivohlavý dále ve své knize uvádí jako jednu z prvních definic tohoto konstruktu definici Rekerovu a Wongovu: „Smysluplnost života je výrazem hodnoty, kterou přisuzujeme

událostem a běhu života, i významu, který přiřazujeme vlastní existenci“ (in Křivohlavý, 2006, s. 50).

Je ale na místě zmínit, že „smysl“ není to samé co „cíl“. Jak uvádí ve své knize *Existenciální psychoterapie* Irvin Yalom (2006), smysl se vztahuje k významu či k logické soudržnosti. *Smysl* představuje obecný pojem pro to, co je zamýšleno nějakým vyjádřením. Hledání smyslu tak znamená hledání soudržnosti, zatímco *cíl* odkazuje na nějaký záměr, funkci či účel. S Yalomem však souhlasíme v tom, že v běžné mluvě se „cíl“ života a „smysl“ života používají ve stejném významu, proto není potřeba striktně v tomto kontextu rozlišovat jejich definice.

Dle Rabana (2008) je člověk subjekt, který musí smysl svého bytí nejprve zpozorovat a potom realizovat, čímž odkazuje na to, že smysl je původně hermeneutická kategorie a vztahuje se k rozumění. Proto je smysl nástrojem nejen smyslového vnímání, ale i významem řeči, orientací našeho jednání, účelností, funkčností či životním cílem.

Termín smysl jsme si zvykli používat takovým způsobem, jenž je každému pochopitelný. Existence člověka je smysluplná, pokud obsahuje nějakou náplň, účely nebo cíle, pro něž stojí za to žít. Lidé si potřebují ve svém životě stanovovat cíle, plánovat, utvářet si svoji budoucnost (Raban, 2008).

1.2. Významné historické i současné teorie životní smysluplnosti

1.2.1. Filozofické pojetí smyslu života

Dle Jara Křivohlavého je stěžejním bodem filosofického pojetí smyslu života nikoliv smysl sám o sobě, ale to, co je mu nadřazené. Touto nadřazenou kategorií pak míní především svobodu, jako možnost jedince volit podle své vlastní vůle a tím tak směřovat své chování k cílům, jež si zvolil. Pokud si člověk zvolí nějaký cíl, vždy mu současně tím přidělí i určitou hodnotu a také s sebou musí nést za onu volbu určitou odpovědnost. Křivohlavý (2006, s. 120) dále dodává: „Volbou určitého zaměření (cíle) a prisouzením mu určité hodnoty přisuzuji a dávám smysl všemu, co s tím souvisí. Vše, co směřuje k dosažení zvoleného cíle, je z tohoto pohledu mnou považováno za smysluplné.“

Kořeny úvah o smyslu života sahají až do antiky, kde výrazně ovlivnily filosofické systémy a teorie velkých starověkých filosofů a myslitelů. Každý systém se však od sebe zásadně liší právě tím, v čem shledává onen smysl života, to, co by se měl člověk snažit ve svém životě naplnit, aby jeho existence byla smysluplná. Na jedné straně tak v antice můžeme najít teorie, jejichž jádrem je přesvědčení, že největším štěstím a naplněním života jsou tělesné rozkoše a slasti, které vedou především k uspokojování tělesné stránky člověka, na straně druhé jsou to směry, které nabádají k oproštění se od různých požitků a žádostí a k žití ve spokojenosti s tím, co máme. V prvním případě je řeč o *vulgárním Epikureismu* či *Hedonismu*, což jsou si navzájem blízké směry hlásající heslo „žít si a užít“, v druhém případě se jedná o tzv. *Kynismus*, což byl filosofický směr, který naopak vedl lidi k pěstování sebekázně, k nepodléhání krátkodobým požitkům a k tomu aby byli nezdolní a nezávislí na okolním světě. V podobném duchu pak pokračoval další filosofický systém, kterým byl stoicismus, jenž také usiloval o dosažení vnitřní sebekázně a to především objevením sebe sama a zaujetím správného postavení vůči okolnímu světu. Jeden z nejznámějších antických filosofů Aristoteles spatřuje smysluplnost lidského bytí v aktivitě, v kreativní činnosti člověka, která s sebou přináší radost a naplnění. To však zažívá jen ten, kdo je na sobě schopen pracovat, kdo se dokáže ukáznit a dobře sebeovládat (Křivohlavý, 2006, s. 122-123).

Další významná vlna úvah a teorií o smysluplnosti života přišla se vznikem a rozvojem *existenciální filosofie* a *fenomenologie*, jež vnímají otázky po smyslu bytí a existence jako ústřední témata svého učení. Tyto směry navazují na velké filosofické myslitele, jakým byl například S. Kierkegaard. Za zakladatele moderní existenciální filosofie považujeme M. Heideggera (žák E. Husserla, zakladatele fenomenologie), který hovořil o tzv. „*vrhnutosti*“ jako o jednom ze základních stavebních kamenů lidské existence. Tento termín vysvětluje jako naše uvědomění si toho, že jsme byli do světa vrhnuti v podmínkách, které jsme si sami nezvolili, ale zároveň je přítomna naše existencialita a to, že můžeme poznávat sami sebe jako osobnosti s určitými možnostmi, svobodou volby a zodpovědností za naše rozhodnutí (Halama, 2007).

Existenciální filosofové, jako byl Ludvík Biswanger, J. P. Sartre či například Gabriel Marcel, chápou člověka, jako bytost, která sama sebe prožívá ve světě jako chaotickou a nejasnou, bez předem stanoveného a definovaného smyslu. Lidské bytí je dle existencialistů

charakterizováno jako soubor určitých vlastností- tzv. *existenciálních daností* či *skutečností*, které jsou charakteristické pro lidský život a se kterými se člověk nutně musí konfrontovat. (Halama, 2007, s. 32). Smysl života je tedy v koncepci existenciální filosofie i psychologie pojímán jako „lidská odpověď na závažné a konečné otázky lidské existence“ (Tavel, 2007, s. 16).

Ačkoliv se ve svých názorech jednotliví představitelé tohoto směru také často rozcházel, společný jim byl podnět k jejich práci, čímž byl jakýsi zvláštní „existenciální zážitek“ (proto se někdy tomuto směru přezdívá „filosofie prožitku“). Každý z nich sice spatřuje tento zážitek v jiných situacích, ale vždy se jedná o situace krajní, mezní, kdy jsou překračovány hranice. Frankl, který na existenciální filosofy navázal, považuje za svůj existenciální zážitek pobyt v koncentračním táboře (Tavel, 2007, s. 216).

I současná filosofie přichází s mnoha názory a pohledy na životní smysluplnost. Tavel (2007) uvádí, že existuje dokonce až 170 různých definic pojmu smysl života a odkazuje také na zajímavý výzkum M. Stripajové. V této studii autorka zjišťovala postoje ke smyslu života u mladých lidí na Slovensku a následně zjistila, že postoje odpovídají různým filosofickým směrům. Například v ateistickém pojetí smyslu života „není nikoho, kdo by nesl odpovědnost za dění ve světě, když ji dobrovolně nepřijme na sebe člověk. Tato koncepce se neskrývá za žádného domnělého ochránce ani původce smyslu života či poslání člověka a dějin.“ Jiný postoj zastává názor, že člověk je schopen čerpat smysl života z něčeho, co je mimo něj, ve světě, ve vědě, v práci, ve společenských či osobních zájmech apod. Z křesťanského postoje je pak hlavním smyslem života možnost naplnění lidské osobnosti a to se člověku může podařit jen tehdy, pokud naplní Boží úmysl, oslava Boha je nejvyšším cílem a zároveň štěstím jedince (Stripajová in Tavel, 2007, s. 13-14).

1.2.2. Pohled psychoanalytické psychologie na smysl života

Pojetí smyslu v rámci tohoto psychologického učení se rozvíjelo různými směry.

Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy jako takové, zastával názor, že zdravý člověk by se po smyslu života neměl vůbec ptát. Pokud je člověk zdravý, už tato samotná skutečnost mu

má zaručit dostatečnou míru schopnosti požitku, práce a lásky a pojem smyslu života se tak omezuje pouze na praktickou oblast. Vyplývá to především z Freudova pojetí člověka, jako pudově orientované bytosti, která vlastně ani nemá prostor k tomu, aby se věnovala nějakému smyslu života (Raban, 2008, s. 44). Freud existenci smyslu nepopírá, ale tvrdí, že je skrytý, neznámý a v zásadě potlačený do našeho podvědomí (Tavel, 2007, s. 162).

Další významný analytický psycholog **Carl Gustav Jung**, již není ve svých názorech na smysl života tak radikální jako Freud. Člověk si v jeho pojetí pokouší vysvětlit smysl života, který nechápe. Toto pochopení a objasnění toho, proč existujeme a jaký to má smysl je pro každého z nás dle Junga základním úkolem v životě. Život sám o sobě je nesrozumitelný a otázka po smyslu je tak jakousi obrannou zdí proti chaosu, který přináší. Důležitou roli při hledání životního smyslu sehrávají v Jungově koncepci archetypy kolektivního nevědomí. Jsou základním stavebním prvkem lidské moudrosti a zkušenosti, návodem, jak se chovat, jak jednat. Tzv. *archetyp smyslu* se pak pro člověka stává oporou především v kritických a krajních situacích, jako je utrpení, velká ztráta, frustrace apod. (Halama, 2007, s. 14).

Současná psychoanalýza nenazírá smysl života pohledem Freuda, který kladl důraz především na objektivní realitu a byl zastáncem racionální vědy. Její pozornost se přesunula z hodnoty úsudku k tzv. *analytickému prožitku*, což nezahrnuje pouze smysl intelektuálního náhledu a posilování vlastního Já, jak se o to ve svých terapiích pokoušel Freud, ale důraz se dnes klade především na komplexnější hodnoty, na význam lidského setkávání a prožívání „tady a teď“ (Raban, 2008, s. 49).

Na tomto místě bychom měli zmínit ještě jednoho představitele, který se však od psychoanalytického směru vydal trochu jinou cestou. Byl jím **Alfred Adler**, zakladatel tzv. *individuální psychologie*. I on se ve své práci zabýval otázkami smysluplnosti života a životními úkoly. Adler vysvětluje smysl života především v rámci své teorie tzv. *životního stylu*. Člověk může naplnit svůj život smyslem hlavně tak, že bude žít ve prospěch společnosti (Halama 2000 in Tavel, 2007, s. 165).

Na pomezí mezi proudem sociální psychoanalýzy a existenciální psychologie bývá zařazován další významný psycholog, který se též zabýval smyslem života a tím je **Erich Fromm**. Smysluplnost lidského života je dána u lidí především vlastnostmi a charakteristikami, které je

oddělují od zbytku světa živočišné říše. Jsou to především rozum, imaginace a sebeuvědomování. Díky těmto vlastnostem se člověk střetává s vlastními možnostmi a svobodou a potřebuje vnitřně soudržnou a strukturovanou představu o světě. Fromm tuto specificky lidskou potřebu nazývá *potřebou orientačního rámce* a řadí ji mezi základní existenciální potřeby. Tato potřeba samotná však nestačí k plnému prožívání a jednání. Je totiž silně spjatá s *potřebou oddanosti*, potřebou někam směřovat, mít nějaký cíl, za kterým člověk může jít. Fromm věnoval ve své práci pozornost i svobodě, která přichází, pokud se člověk v procesu individualizace dokázal odtrhnout od primárních vazeb (vazby na mateřský objekt), které mu přinášely pocity bezpečí a zakořenění. Zároveň však poukazuje na možné negativní pocity strachu a nejistoty, které s sebou svoboda přináší a které mohou často přerůst až do prožívaného stavu bezsmyslnosti. Z toho důvodu je dle Fromma tak důležité utvořit si správný orientační rámec a znovu si najít své místo ve světě, znovu se „zakořenit“ a tím tak prožívat svůj život jako smysluplný (Halama, 2007, s. 15,16).

1.2.3. Pojetí životní smysluplnosti dle I. D. Yaloma

I. D. Yalom, významný představitel současné psychoterapie a především striktní zastánce existenciálního postoje, se s existenciálními tématy a otázkami setkával a stále setkává jak ve svých dílech, tak i v odborné praxi. Jako terapeut se ve své praxi čím dál více dítřetával s pacienty, kteří tvrdili, že postrádají smysl života. Yalom, stejně jako někteří jeho předchůdci z řad existenciálních filozofů (Camus či Sartre, ze kterých Yalom často vychází), zastává názor, že svět je nahodilý a život v něm nemá žádný konkrétní smysl nebo cíl. To člověk se snaží strukturovat svět kolem sebe, dávat svému životu nějaký řád a cíl, aby se tak vyhnul dysforii a rozladění, které prožívá, pokud se mu nedaří najít vzorec či vysvětlení smyslu existence. Smysl života tedy tvoří člověk sám, vědomou i nevědomou projekcí své osoby do vnějšího světa. „Přesvědčení, že člověk rozluštil smysl, s sebou vždy přináší pocit mistrovství“ (Yalom, 2006, s. 468). Přesto Yalom dále tvrdí (tamtéž), že jedinec není schopen reálně svůj smysl existence objevit, neboť leží v oblasti mimo jeho chápání.

Yalom rozlišuje čtyři základní existenciální skutečnosti (danosti)- *smrt, svoboda, osamělost a ztráta smyslu*, se kterými se člověk ve svém životě setkává a s nimiž se musí vyrovnat a zaujmout k nim určitý životní postoj. Konfrontace s každou z těchto čtyř základních skutečností tvoří dle Yaloma obsah existenciálního dynamického konfliktu. Pokud se člověku

s těmito životními skutečnostmi nepodaří zkonfrontovat, objevuje se tzv. *existenciální úzkost*. Yalom dodává, že každý z nás si ale v určitém vývojovém stádiu prožívá nějakou doprovodnou úzkost, je však na osobnosti, jak s touto úzkostí dokáže naložit (Yalom, 2006, s. 16).

Co se samotného smyslu týče, Yalom rozlišuje dva typy. Jednak je to *mysl kosmický*, který si klade za otázku, zda lidský život obecně zapadá do nějakého celistvého vzorce. Kosmický smysl se většinou vztahuje k něčemu, co existuje mimo člověka, něco, co může mít až spirituální či náboženský řád. V rámci kultury západního světa poskytuje takový smysl křesťansko-židovská nauka. Druhým typem smyslu je *mysl pozemský*, který odkazuje na otázku: „Jaký je smysl mého života?“ Tento smysl v sobě zahrnuje především pocit, že život má nějaký účel, funkci, či cíl, o jehož naplnění může člověk v životě usilovat, a proto může pociťovat smysluplnost i bez naplnění kosmického smyslu (Yalom, 2006, s. 429,430).

1.2.4. Pohled humanistické psychologie na smysl života- A.H. Maslow

Dle známého amerického psychologa a zakladatele *humanistické psychologie* Abrahama Harolda Maslowa je smysl života v podstatě vnitřní vlastností každého z nás a objevuje se tehdy, pokud jsou uspokojeny nižší potřeby. Maslow tak vysvětluje potřebu smyslu života v kontextu své hierarchické teorie potřeb a osobního růstu. Člověk nedokáže naplnit životní smysl a *růstové* potřeby, pokud nemá naplněny nejprve tzv. *deficitní*, základní potřeby. Maslow navíc rezolutně odmítá princip homeostázy a to jak u deficitních potřeb, tak i u potřeb růstových, tzn., že pokud má jedinec růstové potřeby uspokojeny, jeho chuť po dalším růstu, aktivitě a rozvoji se bude stále zvětšovat a nikdy zde nedojde k rovnovážnému stavu. Maslow tyto potřeby dále dělí na dvě skupiny hodnot- tzv. *B- hodnoty* (hodnoty bytí), kam zařadil i smysluplnost a *D-hodnoty* (deficitní hodnoty). Jakmile není nějaká z metapotřeb naplněná, objevuje se její patogenní deprivace a specifická metapatologie. U nenaplnění potřeby smysluplnosti je pak patogenní deprivací smysluprázdnost a specifickými metapatologiemi zoufalství, bezsmyslnost, frustrace apod. (Halama, 2007, s. 21).

1.2.5. Smysl života v podání E. V. Frankla – logoterapie a existenciální analýza

Za poslední půlstoletí to byl především Viktor Emanuel Frankl, kdo pravděpodobně nejvíce ovlivnil psychologické nazírání na smysl života. Znamý židovský psychiatr, neurolog a zakladatel existenciální analýzy, který v průběhu války osobně zakusil pobyt v koncentračních táborech, vycházel zprvu z Freudových i Adlerových názorů, avšak později se od nich odtrhl a založil vlastní psychoterapeutický směr- *logoterapii* (Viktor Frankl, nedat.). Slovo *logos* pochází z řečtiny a znamená „smysl“. Franklova logoterapie, nebo také „třetí vídeňská škola psychoterapie“ se zabývala primárně smyslem lidské existence a hledáním tohoto smyslu. (Frankl, 1994a) Smysl života se stal pro Frankla středobodem jeho práce, ve které vycházel hlavně z vlastních zkušeností z praxe. Při práci s nezaměstnanými zjistil, že člověk nejhůře snáší stav, když nemá pro co žít, nemá žádný životní cíl či náplň, kterou by mohl realizovat. Na základě těchto a podobných poznatků zformuloval základní pojem svých teorií- „*vůli ke smyslu*“, jakožto lidskou potřebu či touhu najít a uskutečnit ve svém životě nějaký smysl. Tímto motivačně-teoretickým konceptem chtěl Frankl nastínit základní fakt, že člověk sahá mimo sebe k určitému smyslu, který má být naplněný. *Vůle ke smyslu* je dle Frankla výhradně lidský fenomén, který je vlastní každému člověku a kriticky odmítá Freudův názor, že člověk, který se táže po otázce smyslu je nemocný, neboť právě tato zásadní otázka je výrazem lidské existence vůbec (Halama, 2007).

Frankl mluvil o *vůli ke smyslu* jako o protikladu k *vůli ke slasti*, kterou se zabývala původní Freudova psychoanalýza, i v protikladu k *vůli k moci*, kterou naopak zdůrazňoval ve své koncepci Alfred Adler (Balcar, 2007).

Logoterapie a existenciální analýza

Zatímco *logoterapie* je ve své podstatě „lčbou“, jež směřuje k člověku od jeho objektivních hodnot duchovního světa svobody a zodpovědnosti, *existenciální analýza* je spíše směrem, který zkoumá a poznává jedince v jeho subjektivním zhodnocování svého života. Dle Balcara (2007) je tedy důležité odlišovat tyto dvě větve Franklovy práce, neboť v případě logoterapie se jedná o cestu pomoci a v případě existenciální analýzy spíše o cestu poznání. Tyto dvě cesty si však navzájem vycházejí vstříc. Existenciální analýza zdůrazňuje, že hodnoty i smysl mají v životě člověka svou objektivní povahu a konkrétní obsah v jednotlivých životních

situacích. Základem celé existenciální analýzy je především výklad lidské existence, který stojí na 4 základních pilířích. Balcar (2007) je na základě Franklovy teorie shrnuje takto:

- Člověk neklade svému životu otázku po smyslu bytí, nýbrž život sám ji klade jemu.
- Člověk tuto otázku může zodpovídat pouze tak, že za svůj život přijímá zodpovědnost.
- Tuto zodpovědnost člověk uskutečňuje výhradně aktivním činěním ve světě, neboť jeho zodpovědnost platí vždy vůči právě přítomnému druhému jedinci či situaci.
- Z tohoto konkrétního přebírání a naplňování zodpovědnosti ve vlastním životě pramení smysl jeho existence a bytí ve světě.

Logoterapie je pak určité aplikování existenciální analýzy do psychoterapie a léčby a přináší sebou nejen nové možnosti diagnostiky, ale i nové techniky, které rozšiřují dosavadní teoretické i praktické možnosti psychoterapie. Jejím hlavním krokem je naplnění života smyslem a na to pak navazují další dílčí techniky a postupy, od rozboru hodnotového žebříčku pacientů po hledání cest jak uplatnit schopnost duchovního osvobození v případě dané poruchy (Balcar, 2007).

Logoterapie pracuje se dvěma základními specificky lidskými fenomény, kterými jsou *sebepřesah*- lidská schopnost odkazovat se k něčemu dalšímu mimo člověka samotného, k někomu dalšímu, a *sebeodstup*- schopnost udržet si vnitřní odstup od svého prožívání a zaměření se pouze na sebe samého. (Frankl, 1999, s. 7-8) Logoterapie je uplatnitelná především v případech *existenciální frustrace* (viz kapitola 1.3.1.), ale i při léčbě tzv. *noogenních neuróz*, které vznikají jako patologická obrana vůči existenciální frustraci. Logoterapie se ale ukazuje jako úspěšná i u jiných neuróz, u tělesných onemocnění psychogenního charakteru, u poruch osobnostních či poruch psychosomatické dynamiky (Balcar, 2007). Mezi hlavní psychoterapeutické techniky logoterapie, které vyvíjel sám Frankl, patří *dereflexe*, *paradoxní intence* a *postojová změna*.

Dereflexe je technika založená na navrácení pacienta k tomu, aby se primárně pokusil naplnit svůj smysl života tím, že bude usilovat o uskutečnění hodnot, které přesahují jeho osobní meze. Velkou překážkou v bezprostředním prožívání je totiž skutečnost, že pacienti až příliš často pozorují sami sebe, příliš se zaměřují na své prožívání, příliš usilují o dosažení

vytyčeného úspěchu, štěstí či slasti, že jim uniká možnost usilovat o dosažení objektivně hodnotného cíle. Člověk by měl usilovat o dosažení důvodu ke štěstí přirozeně a poznat, že jedině ze smysluplného naplnění takového cíle přichází prožitek štěstí jakoby mimochodem, samovolně. Přímé snažení o dosažení prožitku štěstí je součástí neurotického bludného kruhu. Logoterapeut se tedy zaměřuje na to, aby se pacient přestal tolik zaměřovat na sebe sama, na své uvědomování a sebezpozorování a aby na sebe vzal zodpovědnost a začal jednat, aby znovu začala objevovat uspokojení z naplňování hodnot a dosahování cílů ležících mimo jeho osobu. Dereflexe je tedy o obnovení zdravého vnitřního odstupu a o přesměrování sebestředných záměrů pacienta k cílům přesahující jeho osobu (Balcar, 2007). Frankl vysvětluje dereflexi jako schopnost ignorovat sám sebe. Každé nutkavé sebezpozorování ruší výkon těch činností, které za normálních okolností probíhají samovolně a nevědomě, proto si takové nutkavé zaobírání sebou samým nutně žádá korekci. (Frankl, 1999, s. 125)

Paradoxní intence je technikou, která povzbuzuje pacienty, aby si přáli či uskutečňovali věci, kterých se obávají. Pacient je vyzýván, aby své obavy a úzkosti přeháněl, jak jen je to možné. Paradoxní intence využívá záměrně prvky humoru, neboť smysl pro humor pomáhá člověku odpoutat se od sebe. (Balcar, Karel Balcar- Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla, 2007) Frankl přímo zdůrazňuje, že pacient „by měl svému strachu nejen hledět do tváře, ale dokonce se mu do té tváře vysmát“. Nic nemožného pacientovi distancovat se lépe od sebe samého, od své neurózy či strachu, tolik jako humor. Zatímco dereflexe umožňuje pacientovy neurózy ignorovat, paradoxní intence mu umožňuje její příznaky zesměšňovat (Frankl, 1999, s. 116- 125). Pokud tento postup pacient přijme a dokáže si paradoxně přát to, čeho se bojí, jeho úzkosti, strachy a obavy se začnou zvolna vytrácet. Účinnost této techniky byla prokázána u široké škály psychologických i psychosomatických symptomů, avšak nedoporučuje se jako terapeutický postup u melancholiků, kteří jsou ohroženi sebevražedným jednáním (Balcar, 2007).

Postojová změna je nejen další specifickou technikou, ale i způsobem, jakým je veden v logoterapii rozhovor s pacientem. Tento způsob, známý jako „*sokratovský rozhovor*“, se zakládá na tom, že terapeut se snaží pacienta dovést pomocí otázek nejprve k relativizaci hodnot a poté k překonání tohoto rozporu vytvořením nového postoje. Společným úkolem terapeuta a pacienta je nalézt nový způsob nazírání možností v dané situaci, které by mohly

pacientovi pomoci překonávat utrpení, nemoc či smysluprázdnost. Postojová změna je technikou, která se často využívá indikována při práci s nevyhnutelným utrpením, jakým může být vina či smrt a dále u neosobních postojů bránících naplněnému životu (Wagenknecht, 2009).

Nyní se podíváme detailněji na některé Franklovy teze o smyslu života, které ve své knize shrnul Peter Tavel (2007):

Vůle ke smyslu je touha člověka po smysluplné existenci. Lidé se snaží organizovat a pochopit jednotlivé podněty jako smysluplné celky. Franklova *vůle ke smyslu* zde odpovídá tvarové psychologii. Frankl dále zdůrazňuje, že člověk je schopný nalézat smysl nejen v tom, co je, ale i v tom, co může být. Jeho vůle ke smyslu je v souladu s lidskou motivací a zapadá i do mnoha teorií motivace u různých teorií osobnosti.

Smysl člověka přesahuje-je transcendentní. Dle Frankla spočívá podstata lidské existence v sebetranscendenci, kdy člověk sahá ze sebe sama k nějakému smyslu, který touží naplnit. „Být člověkem znamená být zaměřený a nastavený na někoho nebo na něco, být oddaný nějakému dílu, kterému se člověk věnuje, nějakému člověku, kterého miluje, anebo Bohu, kterému slouží.“ (Frankl, 1972 in Tavel, s. 23). Tento Franklův názor předpokládá fakt, že pouze pokud se člověk oddá naplnění nějaké věci, utváří svou vlastní osobnost.

Smyslem člověka je žít pro cíl. Na tomto místě je důležité rozlišit pojmy životní cíl a smysl, neboť by se neměly vzájemně zaměňovat. Životní cíl je vyjádření toho, k čemu život člověka směřuje. Smysl života je pak teoretické i praktické řešení otázky, proč je důležité dosáhnout tohoto vytyčeného životního cíle a co je k tomu třeba udělat. Smysl života je neoddělitelně spjat s pocitem žít pro něco či někoho a člověk potřebuje k utváření své přítomnosti určitý pevný bod v budoucnosti, na který se může zaměřit. Jakmile by jedinec o svoji budoucnost či životní cíle přišel, začal by se potýkat s pocitem prázdnoty, bezsmyslnosti a k rozpadu struktury prožívání času. Individuální dlouhodobý životní smysl nazývá Frankl životním „povoláním“ či „posláním“ a všechny krátkodobé a přechodné způsoby naplňování smyslu by jedince měly vést k dlouhodobému životnímu smyslu- k jeho „životnímu povolání“.

Smysl je jedinečný, konkrétní a neopakovatelný. Frankl (1994a, s. 71) ve své knize *Člověk hledá smysl* zdůrazňuje, že smysl života jako takový se mění od člověka k člověku, ze dne na

den, z hodiny na hodinu a proto ho nelze obecně definovat. To na čem opravdu záleží je „*smysl života určité osoby v daném okamžiku*“. Je také důležité dodat, že ačkoliv je životní smysl každého člověka ojedinělý a jedinečný a je třeba ho odhalit, neplatí toto tvrzení pro hodnoty, které jsou zdrojem smyslu. Hodnoty jsou podle Frankla především smyslové univerzálie, které jsou obsaženy v typických a opakujících se situacích, proto by případná ztráta tradice či hodnoty nezpůsobila ztrátu smysluplnosti (Tavel, 2007, s. 30).

Smysl není daný, je třeba ho nalézt a odhalit. Člověk nemá smysl života předem vytvořený, smysl se musí hledat. Smysl člověk ani nevynalézá či netvoří, ale spíše odhaluje. Vytvořit lze jen smysl subjektivní nebo pocit smyslu nebo také nesmysl a proto každý jedinec, který není ve svém životě schopen nalézt nějaký smysl se brání pocitům bezsmyslnosti a prázdnoty právě vytvářením smyslu subjektivního či nesmyslu. Frankl varuje před prostým dáváním smyslu, neboť takové počínání vede k moralizování. Člověk by měl sám aktivně hledat svůj životní smysl a také ho nacházet. Frankl ve své logoterapii rozlišuje tři způsoby, jak lze nacházet v životě smysl: ve *vykonávání něčeho*, v *prožívání něčeho* (např. v lásce) a nakonec i v *utrpení a beznadějně situaci* (Tavel, 2007, s. 35). Dokonce i ve třetí jmenované situaci lze nacházet smysl, neboť ze všeho nejvíc záleží na našem postoji, s jakým se k utrpení stavíme a jak ho dokážeme přijímat. Jakmile člověk objeví smysl i v utrpení, například smysl oběti, je ochoten trpět a snášet i na první pohled beznadějně situace (Frankl, 1994a, s. 74).

Orgánem smyslu je svědomí. Díky svědomí je člověk schopen odhalovat jedinečný a neopakovatelný smysl, který se skrývá v každé životní situaci. Dle Frankla je svědomí jakousi hnací silou, hlavní pohnutkou k tomu, aby člověk čelil svému osudu, aby ho utvářel a dával svému životu směr a cíl. Ovšem i svědomí je třeba pěstovat a zušlechťovat a to je úloha výchovy, která by měla poskytovat dostatek poznání i zkušeností, jak se konfrontovat s určitými životními situacemi (Tavel, 2007, s. 38).

Otázku smyslu neklade člověk životu, ale život člověku. „Člověk by se neměl tázat, co je smyslem jeho života, ale vzít vážně konkrétní otázky, které mu klade v každé chvíli život. Pravou odpovědí na tyto otázky je jen odpovědnost za vlastní život ve zcela konkrétních situacích a jimi daných úkolech“ (Frankl, 1994a, s. 72). Franklova logoterapie spatřuje podstatu a smysl lidské existence právě v odpovědnosti. Pokud člověk začne být skeptický

v otázkách po smyslu života, měl by vědět, že pevným bodem, na kterém se dá vše postavit, je on sám (Tavel, 2007, s. 41).

Vůle ke smyslu je motivována napětím mezi realitou a ideálem. Frankl odmítá striktně princip homeostázy, který považuje za „nebezpečný omyl duševní hygieny“ (Frankl, 1994a, s. 69). Dle jeho názoru je stav bez napětí a domněnka, že člověk potřebuje stav rovnováhy, všeobecně špatný. Naopak zdůrazňuje, že každý z nás potřebuje vyvíjet úsilí o nějaký cíl, nějakou potřebuje nějakou výzvu potenciálního smyslu, který čeká na naplnění. „ Duševní zdraví je založeno na jistém stupni napětí mezi tím, co jsme již dosáhli, a tím, co máme ještě splnit.“ Frankl (1994a, s. 69) nazývá tuto svoji teorii o napětí mezi bytím a smyslem tzv. *noodynamikou*, což je mechanismus uložený v podstatě každého člověka.

Člověk má vědomí, tušení smyslu. To, že člověk věří v nějaký smysl, byť si to třeba ani neuvědomuje, je skutečnost zcela nezávislá na náboženské víře. Je to víra, která je v člověku zakořeněná a pevně daná v jeho podstatě. Každému člověku je přirozeně vlastní věřit v nějakou naději, která směřuje do budoucnosti a k naplnění určitých cílů. V tomto smyslu nerozhoduje teistický či ateistický názor. Víra ve smysl je daleko obsáhlejší než víra v Boha. (Tavel, 2007).

Vše musí mít nějaký vyšší smysl- suprasmysl. Vyšší nebo také poslední smysl překračuje rozumové a intelektuální schopnosti člověka a po člověku se žádá, aby dokázal unést skutečnost, že nedokáže rozumově pochopit nepodmíněnou smysluplnost. „Logos je hlubší než logika“ (Frankl, 1994a, s. 77). Frankl hovoří o významu víry v určitý vyšší smysl. Tato víra je tvořivá a lze s ní velmi dobře pracovat v psychoterapii. Ve vyšší smysl je možné pouze věřit a to dělá vlastně každý z nás, i když si to možná plně neuvědomujeme (Tavel, 2007).

Lidský život nikdy nemůže být beze smyslu. „ Neexistuje žádná situace, která by v sobě nezahrnovala nějaký smysl...“ (Frankl, 2002 in Tavel 2007, s. 56). I ve zdánlivě negativních prožitcích a situacích lze spatřit nějaký smysl a něco pozitivního. Pokud má člověk smysl života, potom ho má za všech okolností (Tavel, 2007).

Vědomí smyslu dodává člověku sílu. Vědomí smyslu dodává člověku předpoklady vydržet těžké životní situace. Čím více si je jedinec vědom smyslu, tím je vnitřně odolnější postavit se vnějším problémům. U této teze naráží Frankl na problematiku sebevraždy, kterou nepovažuje

za způsob řešení problému. Naopak, sebevražda zvětňuje to, co se stalo, místo aby odstranila utrpení a neštěstí. Jeho názor je takový, že v praxi neexistuje důvod k oprávněnosti sebevražd. (Tavel, 2007).

Pomíjivost života a smrt nezbavuje existenci člověka smyslu. Konečnost našeho života nebere smysl, ale naopak nám ho dává. Člověk je totiž po celou dobu svého života pod určitým nátlakem využít čas a příležitosti, které se mu nabízejí. Konečnost člověka je tak základním stavebním prvkem pro smysl. Je na naší zodpovědnosti, jak svůj život utvoříme. Frank (in Tavel, 2007, s. 63) vysvětluje tuto myšlenku citátem: „ Žij tak, jako bys žil už podruhé a jako bys poprvé udělal všechno tak špatně, jak si to jen dokážeš představit.“

Slast a úspěch nejsou pro smysl důležité. Slast či úspěch nezaručují automaticky smysl a k naplnění života dochází nezávisle na úspěchu. Vše si může zachovat svoji hodnotu bez ohledu na úspěch. To v utrpení člověk roste a dozrává a může dostat daleko víc než ve slasti. Slast dle Frankla životu smysl nedává, ale ani její nedostatek smyslu životu nebere. Čím víc se navíc o slast člověk snaží, tím více mu uniká (Tavel, 2007).

Člověk je schopen naplnit smysl pomocí tvořivé, zážitkové i postojevé hodnoty. Frankl považoval za obsahovou stránku smyslu života hodnoty, které rozdělil do tří kategorií. Jednak to jsou *hodnoty tvořivé*, které realizujeme tehdy, když něco vytváříme. Tím, že člověk něco tvoří, překonává sám sebe a lidská snaha o tvořivou činnost je pak nejdůležitějším znakem celé existence lidstva. Každá lidská činnost v sobě zahrnuje nějaký smysl, i když pro každého člověka jinak významný (Tavel, 2007, s. 70). Druhou kategorií hodnot jsou *hodnoty zážitkové*, jež naplňujeme tím, že prožíváme nějaký skutečně lidský zážitek, který nás obohacuje a povznáší, ať už je to přijímání krásy uměleckého díla, krásy přírody či zážitek z úspěšného lidského výkonu. Za nejhodnotnější lidský zážitek považuje Frankl *lásku*. Jedině skrze lásku si člověk naplno uvědomí vnitřní já druhého člověka, jeho jedinečnost a neopakovatelnost a touto cestou je tak možné realizovat zážitkové hodnoty. Poslední kategorií hodnot jsou tzv. *hodnoty postojevé*, které vytváříme a naplňujeme především tím, že zaujímáme k věcem a situacím určitý postoj. Frankl v souvislosti s touto skupinou hodnot opět hovoří o schopnosti trpět, což je jedna z postojevých hodnot. Spočívá především v tom, že člověk dokáže přijmout nevyhnutelný osud. I přesto, že člověk nemůže naplnit tvořivé a zážitkové hodnoty, může mít jeho život smysl a to právě realizací hodnoty postoje nebo schopností trpět. Utrpení dle

Frankla k životu patří a pomíjivost existence není pro člověka důvod k pesimismu. „Odloučit strast a smrt, úděl a utrpení od života by znamenalo, vzít životu jeho tvar a formu“ (Tavel, 2007, s. 74-84).

1.2.6. Následovníci E. V. Frankla a jejich teorie smyslu života

Viktor Emanuel Frankl měl mnoho žáků a následovníků, kteří dále pokračovali v rozvíjení jeho teorií ale i praktických technik a dovedností na poli psychoterapie. Ještě za Franklova života však došlo k určitému rozdělení přístupu k logoterapii na dva svébytnější směry, jejíž hlavními představiteli se stali Elisabeth Lukasová a Alfried Längle. První zmiňovaná rozvíjí původní Franklovu koncepci a svůj přístup proto nazývá „originální logoterapií“. Naproti tomu Alfried Längle považuje logoterapii za součást existenciální analýzy (Wagenknecht, 2009).

Elisabeth Lukasová

Dosud žijící rakouská psychoterapeutka, klinická psycholožka a především jedna z nejvýznamnějších Franklových žákyň Elisabeth Lukasová, významně obohatila a dále rozvíjela teoretické koncepce V. E. Frankla. Především se zasloužila o empirické výzkumy logoterapeutické techniky. Již začátkem sedmdesátých let se experimentálně psychologicky validovala Franklův terapeutický systém a rozhodla se uplatnit logoterapeutické myšlení v denní poradenské praxi. Lukasová se drží Franklova pojetí smyslu a tvrdí, že celoživotní smysl musí přesahovat lidský život (Křivohlavý, 2006, s. 116). „Smysl je samo lidské snažení a lidský životní boj“ (Lukasová 1981 in Křivohlavý 2006, tamtéž).

Stejně jako Frankl také Lukasová odmítá princip duševní homeostázy, se kterým se sice můžeme setkat v říši zvířat či u malých dětí, ale to jen z toho důvodu, že se u obou tvoří duchovní dimenze vůbec nebo ještě nevyvinula. Čím více se osobnost člověka vyvíjí, tím více se vytrácí princip homeostázy, neboť už se nejedná o pouhé odreagování pudových reakcí či ukojení krátkodobých potřeb. Lukasová dodává, že determinismu ale i automatismu je v rozporu se svobodou a dimenze duchovní svobody jedince způsobuje odpoutávání se od principu homeostázy (Lukasová, 1998). Poukazuje také na hrozbu dnešní moderní společnosti a všudypřítomného blahobytu. Soudobá společnost je zcela zaměřená na uspokojování lidských potřeb a to i těch, které člověk ani nemá a které v něm musí společnost teprve uměle

vyvolat. To vše s sebou přináší masové neurózy, nárůst psychopatických jevů i sebevražd. „Utrpení ze života beze smyslu“ se stále více šíří a to hlavně mezi mladými lidmi, kteří se stávají obětmi dnešní moderní doby, konzumenty a stroji k ukájení svých potřeb, beze smyslu a bez ducha. Lidská dimenze se zvolna vytrácí (Lukasová, 1998, s. 15). Lukasová se v psychoterapii soustřeďuje velkou mírou na to, aby se pacient pokoušel hledat a nacházet smysl i v utrpení, aby k němu dokázal zaujmout pozitivní postoj. Naučit se, že i „tvoje utrpení má smysl- když mu smysl dáš“ (Lukasová, 1998, s. 27). Žádné utrpení nemůže jedince zdolat, pokud je ochoten najít smysl takového utrpení.

Lukasová (1998, s. 85) zdůrazňuje, že smysl života by neměl být chápán ani jako dosažitelný ani jako nedosažitelný, ale ani jako opakující se nebo nahraditelný fenomén.

Ve smysluplném životě by neměl dle Lukasové (1994 in Tavel 2007, s. 89) člověku chybět orientační bod, který je obsažen ve třech následujících kriteriích:

- orientační bod by se měl týkat budoucnosti
- měl by být od člověka odlišný
- měl by být dosažitelný

Alfried Längle

Dalším významným žákem a Franklovým asistentem je vídeňský lékař a psycholog, zakladatel rakouské Společnosti pro existenciální analýzu a logoterapii, Alfred Längle, který začal tyto psychoterapeutické směry rozvíjet dál opět trochu odlišným a novým způsobem. (Längle, 2007).

Längle začal pojímat existenciální analýzu už ne jako pouhý antropologický směr výzkumu pro logoterapii, ale též jako psychoterapeutickou metodu. Nazval ji *personální existenciální analýzou*, která měla pomoci ke zpracování různých problémů, traumat i psychodynamických konfliktů objevujících se během přípravy ke hledání smyslu. Tato nová psychoterapeutická metoda se odlišovala od původní logoterapie především v přesunu zájmu k psychopatologii. Původní logoterapii používal už pouze jako doplněk k personální existenciální analýze, zejména pro poradní a preventivní úkoly. Na rozdíl od Frankla se také začal zabývat zpracováním životopisných souvislostí, které postihovalo nejen zaměření se na budoucnost,

jako tomu bylo u Franklovy logoterapie, ale mělo obsáhnout i minulost. V neposlední řadě začal Längle rozvíjet tzv. *emoční nauku*, což v psychoterapeutické praxi znamenalo věnovat více prostoru práci s emocemi a afekty (Raban, 2008, s. 99-100). V oblasti emoční nauky vytyčil čtyři stěžejní osobně-existenciální motivace, kterými je člověk vedle tělesných a duševních motivačních sil veden (Längle, 2007):

- Člověk je veden základní existenciální otázkou, zda může existovat, zda pro to má prostor, možnosti a ochranu. Je to jakási důvěra a jistota ve vlastní existenci.
- Člověk je veden základní otázkou života, zda žije, tak jak chce žít, zda prožívá své hodnoty, sounáležitost, zda má možnosti věnovat se něčemu, někomu, co ho naplňuje, zda prožívá a cítí svůj život jako hodnotu.
- Člověk je veden základní otázkou své osoby, tedy otázkou, zda je sám sebou, zda je brán druhými vážně a s respektem, zda cítí svoji hodnotu ve světě.
- Člověk je veden základní otázkou smyslu bytí. Klade si otázku jaký je smysl jeho života v tomto světě, proč zde má žít a co se má udělat, aby byl jeho život smysluplný. Tato dimenze už je vlastně samotný proces hledání a nacházení smyslu života a jsou k němu zapotřebí právě ony tři předchozí zmíněné motivace.

Längleho teorie smyslu života se přesunula výslovně na otázky smysluplného jednání lidí v jednotlivých životních situacích. (Křivohlavý, 2006) Smysl života pojímá jako určitý způsob vytváření situace, který spočívá především v angažovanosti a v bezprostřední účasti v dané situaci. Takové smysluplné utváření života se dle Längla týká dvou oblastí. Za prvé je to *situace* a za druhé je to *člověk* v této situaci. Smysl nejen dává lidskému životu hodnotu, ale také se sám stává hodnotou, která umožňuje člověku přežít (Längle, 2002).

Podobně jako Frankl, předkládá i Längle zásadní teze o smyslu. Ve své knize *Smysluplně žít* (2002), jich popisuje devět a vychází převážně již z tezí, o kterých hovořil již Frankl.

- Smysl v sobě obsahuje jakýsi program jednání, to, co by měl člověk v dané situaci rozpoznat jako nejvyšší možnou hodnotu a učinit to.
- Smysl nelze dát ani nařídít, musí být člověkem rozpoznán a nalezen.

- To, co můžeme nalézat a rozpoznávat, tu musí být již předem. Svět nám „nahrává“ možnosti a nabídky k nalézání smyslu. „Smysl- to je vždy nárok v dvojím smyslu slova: oslovující a žádající“ (Längle, 2002, s. 42)
- Pro nalezení smyslu jsou důležité souvislosti či vztahy – vztah k určité situaci, k člověku či k věci. Nalézt smysl znamená pojmout celek.
- Smysl nespočívá v zajištění blahobytu či úspěchu a není vždy zárukou pohodlného a příjemného života.
- Smysl svého života nemůže člověk ani uchopit, ani vlastnit. Smysl je v každé situaci jiný, jedinečný a neopakovatelný.
- Smysl není závislý na lidské inteligenci, nevymýšlí se a měl by být spontánně vycítěn.
- Každý člověk může nalézt svůj smysl života nezávisle na věku, pohlaví, inteligenci, výchově, náboženství apod. Jediné co k tomu potřebuje je to, co Frankl nazývá “orgánem smyslu“- svědomí.
- Smysl má mnoho podob.

1.2.7. Modely smysluplnosti života dle P. Halamy

Peter Halama ve své publikaci *Zmysel života z pohľadu psychologie* (2007) pojednává o vícedimenzionálních modelech smysluplnosti života.

Dvou-faktorový model- Thompson a Janigian. Halama jako první z vícedimenzionálních konceptů uvádí a popisuje dvou-faktorový koncept *životních schémat* autorů S. C. Thompsona a A.S. Janigiana (1988). Dle tohoto konceptu může člověk prožívat svůj život jako smysluplný, pokud zároveň vnímá svět jako uspořádaný, organizovaný ale také ucelený. Jedinec si vytváří během svého života určité kognitivní reprezentace- tzv. *životní schémata*, organizuje si svět kolem sebe do určitého obrazu či představy, která v sobě obsahuje základní přesvědčení a názory o světě, ale také důležité cíle a hodnoty. Životní schémata jsou založena na dvou základních pocitech člověka. Jednak je to *mysl pro pořádek a uspořádání* (sense of order)- pocit člověka, že svět i život má nějaký řád. Za druhé je to *mysl cílů* (sense of purpose)- člověk vnímá ve svém životě přítomnost určitých cílů, úkolů, plánů ale tak důvodů pro svoji existenci.

Dvou-faktorový model- Dittmann-Kohli a Westerhof. Dalším z dvojdimenzionálních modelů je model autorů Dittmann-Kohli a Westerhofa (2000), kteří v něm zahrnují dva základní aspekty smysluplnosti života a to aspekt *interpretativní* a aspekt *směrový*. Díky těmto dvěma aspektům je člověk schopen vytvořit si *system osobního smyslu* (personal meaning system), který zahrnuje kognitivní pojetí sebe sama, ale i pojetí světa s afektivním dopadem, což reprezentuje *interpretativní* aspekt smyslu života. Dále *system osobního smyslu* obsahuje také kognici motivace, kde hovoříme o různých lidských plánech, přáních, cílech. Kognice motivace je obsažena v druhém aspektu, tedy *směrovém*.

Dvou-faktorový model- Shapiro. Dvou-faktorový model životního smyslu, který popsal Shapiro (1988) v sobě zahrnuje jako první část tzv. *významnost* (signifikance), což je faktor, který odkazuje na zaměření člověka na to, co se děje. Na určité úkoly, plány, cíle. Týká se vyhodnocování, co je pro daného jedince v životě významné. Druhým faktorem je dle Shapiro tzv. porozumění (sense), které se vztahuje k pocitu řádu, pocitu uspořádání a celistvosti světa, ve kterém se člověk pohybuje (Halama, 2007, s. 46-47).

Shapirův model však přišel některým dalším autorům, zabývajícím se touto problematikou, jako neúplný. Proto vznikl *tří-faktorový model smyslu života*, který Reker a Wong (1988) doplnili o tzv. *afektivní komponentu*, která jim u předchozích modelů scházela (Křivohlavý, 2006).

Tří-faktorový model smysluplnosti života- Reker a Wong. Tento model smyslu života se dle Halamy (2007, s. 55) ukazuje jako „nejuznávanější a nejfunkčnější přístup ke smyslu života“. Obsahuje tedy již tři faktory, které se vzájemně ovlivňují: *kognitivní faktor*, *motivační faktor* a *faktor afektivní*. Nepřítomnost kteréhokoliv faktoru v životě člověka s sebou přináší ohrožení prožívání životní smysluplnosti. **Kognitivní faktor** souvisí s kognitivním rámcem, do kterého patří různá přesvědčení o světě ale i o své osobě, hodnoty, předpoklady. Kognitivní složka je pro každého z nás důležitá především z hlediska toho, že dává našemu životu celistvost a význam, vztahuje se tomu, jak člověk chápe smysl svého života a také jak se dokáže vyrovnávat s existenciálními skutečnostmi. Pokud obsahuje kognitivní komponenta nefunkční životní přesvědčení a není dostatečně rozvinutá, projevuje se to u jedince především chaosem, bezúčelností a existenciální frustrací v jeho životě. **Motivační faktor** se týká především realizace různých cílů, hodnot a plánů, které jsou pro člověka v životě důležité.

Tato složka se netýká pouze toho, co by měl člověk dělat, čeho by měl v životě dosáhnout, ale také vynaloženého úsilí, času i energie, které vynakládá k dosažení vytyčených cílů a hodnot. Nedostatečně rozvinutá emoční komponenta vede k pocitům nudy, apatie, k nedostatku životních cílů a k beznaději plynoucí z neuskutečněního dosažení cílů. *Afektivní faktor-realizace cílů a zážitky spojené s cestou za dosažením oněch cílů s sebou přináší mnoho pozitivních emocí, jako jsou pocity spokojenosti, štěstí a naplnění, z čehož pak vyplývají i pozitivní postoje vůči životu. Naopak pokud se nedaří dosahovat vytyčených cílů, dostávají se očekávané negativní emoce. Slabě rozvinutá afektivní komponenta s sebou přináší pocity neštěstí, zmaru, deprese, ale i úzkosti či pesimismus (Halama, 2007, s. 48-50).*

Na základě tohoto modelu vytvořili jeho autoři definici smysluplnost života, která bere v úvahu všechny tři aspekty daného modelu. „Životní smysluplnost je uvědomování si pořádku, koherence a účelu vlastní existence, úsilí a dosahování cílů a přidružený pocit naplnění“ (Reker a Wong, 1988, in Halama, 2007, s. 57).

Vztahy mezi jednotlivými faktory byly podrobně zkoumány v mnoha studiích. Halama osobně (2002) se ve svém výzkumu zaměřil na zkoumání souvislostí mezi jednotlivými složkami tří-faktorového modelu a pomocí strukturálních rovnic, kterými se snažil odhalit lineárně kauzální vztahy mezi proměnnými, došel k závěru, že motivační komponenta by měla mít dominantní úlohu (Halama, 2007, s. 55).

K modelům, jež zahrnují více komponent smysluplnosti života, řadí Halama (2007) i čtyř-faktorový model smysluplnosti života dle Popielskeho z roku 1987. Ten popisuje čtyři komponenty, které jsou zahrnuty ve smyslu života (Popielski, 1987 in Halama 2007):

- *Intelektuální komponenta*, jež se týká poznání lidského života, jeho přirozenosti, prostředí včetně společensko-kulturních systémů, ale i osobních cílů. Pokud je tato komponenta nedostatečně rozvinutá, člověk nemůže sám sebe dostatečně poznávat, což snižuje prožitek smyslu života.
- *Emocionálně-citová komponenta*, která souvisí se schopností prožívat sám sebe, reagovat na hodnoty, vlastní prohry i úspěchy.
- *Volně-snahová komponenta*, která se vztahuje na schopnost člověka volit si své cíle a zaujímat k nim postoje.

- *Existenciálně-činnostní komponenta* se týká dvou aspektů- uvědomování si smyslu života a efekt tohoto uvědomování. Jde zde především o osobní angažování se ve svém životě.

1.3. Ztráta smyslu života a její dopady

Člověk se snaží uspokojovat své momentální potřeby a chťiče, ale zapomíná přitom na ty dlouhodobější a primární hodnoty svého bytí, které by měly být zdrojem jeho smyslu života a pomoci mu žít naplněný život. Tento fakt dokládá ze své praxe i Yalom (Josselson, 2009), který uvádí, že za posledních několik desítek let stoupl výrazně počet pacientů i klientů, kteří vyhledávají odbornou psychologickou a psychoterapeutickou pomoc právě kvůli pocitům prázdnoty, nudy, bezcílnosti, za nimiž většinou stojí ztráta či absence samotného smyslu života. Yalom (2006) konstatuje, že v dřívějších dobách měli navíc lidé daleko jiné starosti a byli natolik zaměstnáni různými životními problémy, většinou spojenými s uspokojením základních potřeb umožňující přežití, že otázka po smyslu existence a stížnosti na absenci smyslu v životě byly v předprůmyslové době lidem takřka cizí. Tím dochází ke zjištění, že ztráta či absence smyslu souvisí s mírou volného času a jedincovou neangažovaností. Jinými slovy Yalom (tamtéž, s. 452) dodává, že „máme příliš mnoho času klást si zneklidňující otázky a volný čas je problematický, neboť nás ohrožuje svobodou.“

Jak poznamenal již Frankl (1999), smysl života lze naplňovat skrze hodnoty (ať už zážitkové, tvůrčí či postojové) a na tuto teorii navazuje i Poláková (1994), která uvádí, že smysl života se může dostat do ohrožení v případě ohrožení či ztráty životně důležitých hodnot, nebo také cílů. Takové ohrožení hodnot shrnuje Poláková (1994) do třech různých způsobů, jak se toto ohrožení může projevit:

- *ohrožení realizace hodnoty*. K této mezní situaci prvního stupně dochází tehdy, když je vážně ohroženo to, čemu člověk připisuje nějakou životně důležitou hodnotu, je tedy ohrožena realizace dané hodnoty. Jedinci se daří hodnotu realizovat jen velmi obtížně. Většinou mobilizuje veškerou svoji sílu a odvahu, aby se mu podařilo odvrátit ohrožení dané hodnoty a obnovit původní stav. Pokud se mu to ani za vynaložení veškerých sil nepodaří, dostává se do druhé stupně mezních situací, kterým je:

- ztráta realizace hodnoty. Ta může nastat i bez prvního stadia ohrožení realizace hodnoty. V tomto stupni mezní situace člověk ztratil sice možnost realizovat určitou životní hodnotu a její obnovení je buď nemožné, nebo se stává velmi dlouhodobou záležitostí, přesto v něm daná hodnota zůstává zachována, pouze již nemůže dojít k její plné realizaci. Poláková uvádí, že tuto situaci musí jedinec v první řadě přetpět a vydržet, v druhé řadě by se měl pokusit obnovit veškerou svoji naději a upnout se na budoucí možnosti nové realizace dané hodnoty. Tu původní již uskutečnit nemůže. Přesto se však může člověk propadnout ještě na těžší stupeň mezní situace, kterou je:
- zpochybnění hodnoty a její dosavadní platnosti. Člověk je zklamán ztrátou či ohrožením realizace své nejvyšší a životně důležité hodnoty a díky tomuto tlaku a jiným vnějším okolnostem se dostane až k tomu, že začne zpochybňovat své dosavadní nejvyšší životní hodnoty a začne měnit hodnotovou orientaci. Jedinec, který takto ztrácí svůj dosavadní smysl života, začne hledat nový životní smysl. Poláková shrnuje, že v této mezní situaci jde tedy především o porozumění dané situaci, o schopnosti rozhodnout se moudře, proto musí jedinec „mobilizovat především svoji moudrost“ (Poláková, 1994, s. 23).

Ztráta životního smyslu tedy výrazně ovlivňuje další jedincův duševní ale i tělesný vývoj. Karel Balcar (1995a) věnoval této problematice celou studii, aby se pokusil ukázat na možné souvislosti mezi prožívanou životní smysluplností a prožívanou duševní pohodou. Výsledky této studie potvrzují, že duševní pohoda (měřená dotazníkem DEP36) podstatnou měrou souvisí s naplněností potřeby prožívat svůj život jako smysluplný (snímáno dotazníkem Logotest).

1.3.1. Existenciální frustrace

„Pocit nesmyslnosti bývá obvykle provázen pocitem prázdnoty tzv. existenciální prázdnoty, existenčního vakua“ (Frankl, 1999, s. 8). Frankl chtěl tímto pojmem označit pocit mnoha svých pacientů, kteří přicházeli s tím, že jejich život už nemá žádný smysl, nic pro co by chtěli nadále žít. Stěžovali si na pocity prázdnoty a pochybovali o smyslu bytí na tomto světě. Frankl (tamtéž, s. 100) pojmenoval tento stav prožívání existenciální prázdnoty „*existenciální frustrace*.“

Vymětal (2004, s. 263) definuje existenciální frustraci jako „prožívání nesmyslnosti vlastního života vůbec, projevované buď zevně, nebo skrytě například agresí, depresí, závislostí, somatizací, atd.“ Frankl však konstatuje, že existenciální frustrace není primárně patologický jev, či stav nějaké neurotické poruchy, neboť každý člověk se v určitém období svého života zabývá otázkami po smyslu bytí a pochybuje o smyslu své existence. Naopak to dokládá jeho duševní dospělost (Frankl, 1999).

Frankl také vyslovuje domněnku, že ke ztrátě smyslu a k pocitování existenčního vakuu dochází zejména kvůli tomu, že v životech lidí došlo postupně ke ztrátě tradic a instinktu. Člověk se na rozdíl od zvířat neřídí instinktem, když se rozhoduje, co by měl udělat, a v dnešní době se v tomto ohledu již neřídí ani tradicemi, které by mu *řikaly*, co by měl dělat. „To, co člověka dnes v takové míře existenciálně znejišťuje, je sociologická skutečnost ztráty tradice“ (1999, s. 8). V současném západním světě člověk pomalu neví, co vlastně chce a proto se často nechává strhnout a ovlivnit tím, co dělají druzí a jedná tak pod vlivem *konformismu*. V jiném případě, který je typický spíše pro východní polokouli, se člověk rozhodne činit to, co po něm druzí vyžadují, což znamená, že jedná pod vlivem *totalitarismu* (Frankl, 1998). Konformismus, totalitarismus, ale také neuroticismus projevující se mnoha způsoby, či přehnaná sebereflexe, sebeinterpretace a seberealizace, to vše jsou následky soudobého existenčního vakuu a krize smyslu (Tavel, 2007).

Existenciální vakuum se často projevuje pocitem nudy, apatie a prázdnoty. Člověk, který prožívá existenciální frustraci, pochybuje o smyslu většiny životních aktivit, je cynický a nespokojený, tím více, čím více má volného času. „Volný čas člověku připomíná, že neexistuje nic, co by chtěl dělat“ (Yalom, 2006, s. 454).

Frankl (in Tavel, 2007, s. 119-121) řadí mezi další charakteristiky člověka, jež prožívá ztrátu smyslu a existenciální frustraci například také *fatalistický postoj* (člověk se uchyluje k víře v osud a utíká tak před odpovědností), *provizorní bytí* (člověk se nijak nezaměřuje na svůj život do budoucnosti, neboť žije s pocitem, že přeci nemůže vědět, co život přinese), *kolektivistické myšlení* (jedinec opět utíká před odpovědností a případnou vinou, tentokrát tak, že sebou nechává manipulovat a podléhá davu) či *fanatismus* (opak kolektivismu, člověk neuznává názor druhého ani jiný způsob myšlení, většinou podléhá veřejnému mínění, jako vůdce ignoruje osobnost i jakoukoliv svobodu rozhodování).

Pokud člověk ztratí životní smysluplnost, nebo to, co Frankl nazývá „*vůle ke smyslu*“, mohou se u něho rozvinout kompenzační mechanismy, jako je například touha po moci (*vůle k moci*), touha po úspěchu, penězích nebo uspokojování sexuálního libida. Frankl poukazuje, jak dobře se těmito kompenzačním aktivitám v existenciálním vakuu daří. (Frankl, 1994a)

Taková kompenzace však může zajít i dál, existují totiž i tzv. *larvované formy* existenciální frustrace, které se mohou projevit jako drogové závislosti, alkoholismus, kriminální činnost či spáchání sebevraždy. A nejsou výjimkou ani v adolescentní populaci, což dokládají mnohé výzkumy mezi americkými studenty, kde byla potvrzena souvislost mezi prožívanou existenciální frustrací a sebevražednými pokusy (např. výzkum na Idaho State University, sdělení Vann A. Smithe in Frankl, 1999, s. 9).

1.3.2. Existenciální (noogenní) neuróza

Jak jsme již naznačili v předchozí kapitole, tzv. existenciální, neboli noogenní neuróza se u jedince může rozvinout jako důsledek existenciálního vakuua, z prožívané existenciální frustrace, kdy člověk dlouhodobě pocítuje absenci životního smyslu. Frankl (1999) poznamenává, že tyto neurózy lze od jiných typů dobře diagnosticky odlišit, neboť noogenní neurózy mají svůj původ v duchovní dimenzi a to především právě v prožívané existenciální krizi, kdy člověk žije pod tlakem duševního problému nebo v napětí z konfliktu svědomí. Na základě statistických výzkumů, a to jak v Evropě, tak v Americe, ve kterých bylo využito například dotazníků PIL (více v kapitole 1.4.2.).

Frankl (1994b) konstatuje, že přibližně 20 % všech neuróz zaujímají neurózy noogenní. Nejde zde o klasické psychogenní onemocnění, i přes skutečnost, že většinou probíhá pod klinickým obrazem klasické neurózy a může být doprovázeno vegetativními symptomy jako u jakéhokoliv neurotika v běžném slova smyslu. Frankl odlišuje noogenní neurózu od klasické psychoneurózy skrze symptomy, které jsou projevem zdeformované vůle ke smyslu, a člověk upadá do různých symptomatických vzorců, jako je například alkoholismus, deprese, delikvence, hyperinflace sexu apod. (Frankl in Yalom, 2006). Lékař či psychoterapeut tak může snadno dojít k nesprávné diagnóze nemoci psychogenního charakteru, i když se vlastně jedná o něco podstatně jiného, čímž je stav duchovní nouze.

Frankl (1999) upozorňuje na problém indikování klasické psychoterapie a léčení neodhalené existenciální frustrace jako jiného duševního onemocnění, neboť nejen že se člověk tímto způsobem existenciálního vakuu nezbaví, ale navíc ho za pomoci psychoterapie vytěsni a tím tak podpoří vznik noogenní neurózy. Z těchto důvodů Frankl kritizuje behaviorální a z části i psychoanalytickou psychoterapii, které dle jeho názoru opomíjejí specificky lidskou problematiku a doporučuje v případě noogenních neuróz využití logoterapie, jakožto terapie která je založena na „duchovních zdrojích“ a tudíž je přínosná v léčbě neuróz, které vznikly z „duševních příčin“(Frankl, 1999, s. 99).

1.4. Psychologické metody výzkumu smysluplnosti života

Téma životní smysluplnosti samotné i v souvislosti s dalšími jevy je jedno z nejčastějších témat výzkumů a to nejen na poli psychologie. Stručný a ucelený přehled o kvalitativních i kvantitativních metodách výzkumu životní spokojenosti v psychologii podává ve své publikaci Křivohlavý (2006), s pomocí jeho publikace jsme utvořili následující přehled.

Některé další metody, ať už kvantitativní či kvalitativní uvádí též Halama (2007). V následujících kapitolách se stručně pokusíme seznámit se s těmi nejvýznačnějšími.

1.4.1. Kvalitativní metody využívané ke zjištění smysluplnosti života

Křivohlavý (2006) označuje tyto metody jako metody využívající převážně vyprávěcí (narativní) způsob výzkumu, kdy se vychází především z toho, co nám o sobě člověk řekne, jak o daném tématu hovoří. Jedná se tedy o studie založené na subjektivním pojetí smyslu života osoby.

1) SCM – metoda sebekonfrontace (2000)

Metoda datovaná k roku 2000, jejímž autorem je Hermanns, je založená na tom, že smysl určité události je dán především tím, kdo ji hodnotí, tedy záleží v první řadě na hierarchii hodnot dané osoby. Smysl hodnocené situace je závislý na kontextu. Metoda se skládá ze dvou částí. V první části se zjišťují osobní životní zážitky daného jedince prostřednictvím kladením dotazů. Zážitky se mohou týkat minulosti, přítomnosti i toho, co si je jedinec schopen představit do budoucnosti, ale vždy by měly mít vztah k situaci daného člověka v současné době. V druhé části je pak jedinec požádán, aby k jednotlivým zmíněným zážitkům přiřadil

emoce, které v něm tyto zážitky vzbudily, případně ještě vzbuzují. Na základě obou částí se pak stanovuje ve vyhodnocení index S (sebepovyšování, sebezveličování) index O (kontakt a touha po kontaktu s druhými lidmi). Poté se oba indexy porovnají a zjistí se, zda je vyšší motivace k posilování vlastní osoby, či motivace k utužování mezilidských vztahů. Dále se stanoví index P (výše intenzity pozitivních afektů) a index N (výše intenzity negativních afektů), jejich následné porovnání vypovídá o tzv. *well being* neboli o osobní pohodě člověka. Posledním indexem je index L, který se vztahuje k celoživotnímu směřování osoby. Člověk je na závěr požádán, aby se zamyslel a pokusil se zhodnotit svůj život, jako celek, aby uvažoval nad smysluplností celého svého života. I zde se pak vypočítávají jednotlivé hodnoty indexů S, O, P a N a vztahy mezi nimi, které zde vyjadřují celoživotní tendence daného člověka.

2) Psaní esejí o smyslu života (1998)

Tato metoda je postavena na položení základní otázky, co je pro člověka ústředním smyslem jeho života. Svoji odpověď by měl také doplnit příkladem, co tím myslí. Na základě mnoha jednotlivých vyšetření stanovil autor metody Ebersole (1998 in Křivohlavý, 2006) osm skupin podle toho, o jaké cíle lidem v životě jde.

- Vztahy mezi lidmi
- Služby (myšleno jako pomoc druhým či poskytování informací apod.)
- Víra, přesvědčení (nejčastěji náboženské, ale také například sociální, politické atd.)
- Zisk, něco dostávat- touha po penězích, materiálních věcech (nepatří sem společenské hodnoty, jako je například respekt, úspěch, prestiž...)
- Osobnostní růst, zrání osobnosti (zvyšování sebevědomí, nezávislosti, míry svobody, využívat své nadání...)
- Zdraví – tělesné i psychické, předcházet nemocem
- Práce- mít zaměstnání, které by člověka nejen živilo, ale i bavilo
- Potěšení – touha po štěstí, spokojenosti, po radosti ze života

Na základě mnoha empirických studií bylo zjištěno, že vzorec dané metody je do jisté míry obecný a tudíž platný pro rozmanité populace, kultury i etnika. Jako dominující byly uváděny **vztahy mezi lidmi** a to i u malých dětí (věkově šestiletých).

3) SLM (Sources of life meaning) – metoda zjišťování zdrojů smysluplnosti

Tato kvalitativní metoda je založená na kladení konkrétních otázek, které se zaměřují na to, co je pro člověka v životě nejdůležitější, nejvýznamnější a nejpotřebnější a co mu dodává chuť do života. Autor metody Prager (2000 in Křivohlavý, 2006) stanovil na základě svého výzkumu osm hlavních zdrojů smyslu života:

- Být druhými lidmi respektován.
- Rodinná sounáležitost.
- Mít své místo v určité společenské skupině.
- Žít podle zvolených hodnot.
- Sledovat spirituální, kulturní, společenské či intelektuální cíle.
- Tělesné a duševní zdraví.
- Osobní úspěch a významné společenské postavení.
- Cítit svůj život jako naplněný.

Prager (2000 in Křivohlavý, 2006) pak stanovil následující čtyři směřování, které jsou v souladu s tím, co již dříve zjistili Rokeach (1973 in Křivohlavý, 2006) či Reker (1998 in Křivohlavý, 2006):

- Zabývání se sám sebou.
- Seberealizace.
- Sociální život.
- Sebetranscendence, tedy žít v harmonii se zvolenými hodnotami.

Prager (2000 in Křivohlavý, 2006) došel v této své studii k závěru, že není rozdíl v prožívání smysluplnosti mezi mladými a starými lidmi, stejně tak ani pohlaví nesehrálo významnou roli. Prokázalo se však, že prožívání smysluplnosti života, zaměření v životě i volba cílů je odlišné u rozdílných kultur a etnik.

4) Metoda životních příběhů (storries, narratives) (1998)

Metoda dle Frye spočívá v přátelském dialogu, kdy důležitou roli hraje především vytvoření přátelské atmosféry a pocitu důvěry a jistoty při sdělování osobních příběhů. Auto této metody

zjistil, že i poměrně mladí lidé si chtějí vyjasňovat, co je pro ně v životě důležité, že si také kladou otázky po smysluplnosti a že touží po poznání sebe ale i po poznání účelu jejich života.

5) Hledání zdroje smysluplnosti (1998)

Další z kvalitativních metod, kterou její autoři O'Connor a Chamberlain založili na dotázání se jedinou otázkou. Pokusná osoba byla tázána, co je pro ni důležitým zdrojem smysluplnosti života a dále měla možnost na toto téma vést rozhovor, který trval cca 40 minut. Rozhovory jsou uváděny kazuistickou formou a nesloží k hlubší analýze.

6) Metoda CREDO MEM (1998)

Respondenti mají v rámci této metody za úkol písemně odpovědět na to, jaké hodnoty dávají jejich každodennímu životu smysl, které je podněcují, motivují a vedou v jejich jednání. Autoři metody Klouzes a Posner uvádí výsledky opět ve formě kazuistik bez hlubšího analyzování.

7) Metoda skládání účtů (2000)

Metoda nazvaná skládání účtů se soustřeďuje na hodnocení svého dosavadního života, co udělala daná osoba dle svého názoru dobře a co ne. Tempírová (2000 in Křivohlavý, 2006) se v rámci své empirické studie dotazovala pokusných osob, jaké tři věci by si v životě nejvíce přály a jak by tato přání odůvodnily.

Halama (2007) popisuje ve své publikaci další z kvalitativních metod, kterou je např.:

1) Metoda konečných smyslů (1999)

Metoda, jejímž autorem je Leontiev, je založená na faktu, že existují různá přesvědčení, jež jsou hierarchicky uspořádána v dynamických smyslových systémech, které se vztahují k jednotlivým životním oblastem. Pokusné osobě jsou nejprve kladeny otázky typu „proč“ a poté examinátor navazuje dalšími otázkami, které pátrají po smyslu daných odpovědí. V kladení otázek se pokračuje tak dlouho, dokud pokusná osoba odpovídá a její odpovědi se nezačínají opakovat. Výstupem této metody je graf „smyslu“ zobrazený ve formě stromu, jež obsahuje hierarchicky uspořádané kategorie smyslového systému daného probanda. Z těchto kategorií je pak možno stanovit též různé indexy (např.: index decentrace, či reflexivity apod.)

2) Škála preferencí hodnot (1994)

Škála preference hodnot od Popielskeho, je příkladem kombinace kvalitativní a kvantitativní metodiky. Pokusné osobě je předložen seznam hodnot a má za úkol ke každé z nich napsat první asociaci, která ji v souvislosti s danou hodnotou napadne. Následně má seřadit dané hodnoty z hlediska důležitosti pro svoji osobu. Poté se provede kvalitativní analýza jednotlivých asociací a hodnoty se přiřadí k určitému rozměru (tělesný, psychický, noetický). V závěru se určuje na základě zaznamenání důležitých hodnot preference konkrétního typu hodnot u daného probanda.

3) Profil smyslu života (2001)

Původně slovenský dotazník, jehož autorem je Halama, podobně jako škála preferencí hodnot kombinuje kvalitativní a kvantitativní přístup. Na rozdíl od této škály však proband nezapisuje prvotní asociace k dané hodnotě, ale ze seznamu 19 hodnot (činností) nejprve vybere ty, které naplňují jeho život smyslem a jsou pro něho důležité. Tyto vybrané položky pak ohodnotí na stupnici od 1 do 5 (5=nejdůležitější) a krátce popíše, co znamenají pro jeho život, co mu dávají apod. Kvalitativním výstupem je u této metody zejména seznam konkrétních hodnot, jež zaujímají v životě člověka důležité místo, dále je to stupeň sebetranscendence u každé z hodnot. Kvantitativním výsledkem je počet hodnot, které proband vybral. Ty určují tzv. *šířku smyslu*.

1.4.2. Kvantitativní metody diagnostikování životní smysluplnosti

U kvantitativních metod jsou získané údaje numerické povahy a proměnné jsou reprezentovány určitou číselnou hodnotou. Do kvantitativní metodiky řadíme celou škálu různých dotazníků, které zjišťují nejen úroveň prožívání životní smysluplnosti, ale také například intenzitu hodnot. (Halama, 2007)

V následujícím přehledu opět čerpáme primárně z publikace Křivohlavého (2006), pokud není uvedeno jinak (např. Halama, 2007).

1) PIL (Purpose in Life Test) - test životních cílů (1964)

Tento dotazník založili Crumbaugh a Maholick na myšlenkách V.E.Frankla, které se dotýkají problematiky smysluplnosti života. Dotazník se však nesoustředí pouze na životní smysl, ale též na strach ze smrti a způsoby jeho překonávání, či na otázky svobody a odpovědnosti. Má celkem tři části. V první části proband rozhoduje ve 20 různých dilematech sestávajících se vždy z volby mezi dvěma protiklady, které se do určité míry týkají životních cílů. Každé dilema je hodnoceno na sedmibodové škále, ohraničené dvěma extrémně protikladnými stanovisky. Výsledné skóre se zjistí součtem všech zakroužkovaných čísel a nabývá hodnot v rozmezí od 20 do 140. Druhá část PIL obsahuje 13 nedokončených vět a ve třetí části má pokusná osoba za úkol vypsát vlastní cíle, snahy a plány. V klinické praxi se většinou využívá většinou jen první část dotazníku, neboť zbývající dvě jsou problematičtější na vyhodnocování. PIL je dotazník využíváný k prvotní orientaci v problematice smyslu života. V ČR byl dotazník využit například k psychometrickému zkoumání existenciální frustrace (D. Dufková, S. Kratochvíl, 1967 in Halama, 2007).

2) LOGO-TEST (1997)

Elisabeth Lukasová se jako jedna z nejvýznamnějších žákyň V.E.Frankla pokusila vynalézt metodu, která by měřila to, co Frankl označil za „*vůli ke smyslu*“. Originální verze tohoto testu má celkem tři oddíly. První část obsahuje 9 kategorií smyslu života a proband má za úkol vyznačit stupeň intenzity, s jakou danou kategorií smyslu života prožívá. V druhé části nalezneme 7 položek, jež se týkají existenciální frustrace a nenaplněnosti smyslu života. Proband má vyznačit, do jaké míry se tyto položky vyskytují v jeho životě. V poslední části si pokusná osoba přečte tři příběhy, k nimž má poté uvést svůj vlastní životní příběh. Příběhy se využívají především k hodnocení probandova postoje ke smyslu, úspěchu i k utrpení.

3) TND- test noodynamiky (1991)

Dotazník K. Popielskiho je založen na 100 položkách, jež spadají do 36 různých dimenzí oblasti poznávání (tzv. noetické oblasti), které jsou dále rozděleny do čtyř kategorií: noetická kvalita, její časová dimenze, aktivita a postoje.

4) LPQ (Life Purpose Questionnaire) - Dotazník účelu života (1973)

Dotazník autorů Battisty a, Almonda je zčásti inspirovaný dotazníkem PIL, je však jednodušší k využití také u starších pacientů a osob na pomezí psychické normality. LPQ obsahuje 20 otázek, na něž proband odpovídá výběrem ze dvou možností. Čím více kladných odpovědí, tím je daná osoba citlivější k problematice smyslu života.

5) LAP-R (Life attitude Profil) - profil postojů k životu (1987)

Původní vícedimenzionální dotazník (LAP) do Paecocka a Wonga z roku 1987, čítá celkem 46 položek, které se týkají 7 životních dimenzí (např. existence životních cílů, existenciální frustrace, přijetí faktu konečnosti života atd.). V současné době je však často používaná revidovaná forma tohoto dotazníku, tzv. **LAP-R** (Life attitude Profil- Revised), kterou sestavil v roce 1992 Reker. Tato metoda diagnostikování smysluplnosti života se snaží především o vystižení míry smysluplnosti a účelu života. Obsahuje celkem 48 položek, které se hodnotí na sedmistupňové škále. Základ LAP-R tvoří 6 dimenzí, mezi které se řadí účel života, jeho soudržnost, odpovědnosti, přijímání reality smrti, přítomnost existenciálního vakuua a hledání cíle. Na základě faktorové analýzy definoval Reker další dvě samostatné položky, tzv. *sekundární dimenze*. První sekundární dimenzí je LAP-PMI (personal Meaning Index) neboli *index osobního smyslu života*, druhá dimenze LAP-ET (Existencial Transcendence) hodnotí *existenciální přesah*.

6) ŠZZ- škála životnej smysluplnosti Petera Halamy (2002)

Tento dotazník vychází z tří-faktorového modelu smysluplnosti života (viz kapitola 1.2.7 Modely smysluplnosti života dle P. Halamy). Škála je tedy založena na třech dimenzích (kognitivní, motivační a afektivní) smysluplnosti života, tak jak je uváděli ve svém modelu Reker a Wong (1988 in Halama, 2007). Každá dimenze je tvořena 6 položkami, ke kterým respondent vyjadřuje svůj vztah a postoj zaškrtnutím čísla od 1 do 7 podle toho, nakolik s daným výrokiem souhlasí či naopak. Čím více bodů v dotazníku získá, tím více prožívá svůj život jako smysluplný a naplněný. Všechny tři části dotazníku jsou na sobě vzájemně závislé, ale zároveň nejsou shodné. Halama (in Halama, 2007) došel na základě další analýzy svého dotazníku k závěru, že bude potřeba věnovat zvláštní pozornost především motivační dimenzi

smysluplnosti. Autor svůj dotazník doporučuje k využití nejen v oblasti výzkumu, ale též k diagnostice v klinické praxi (Halama, 2002 in Křivohlavý, 2006).

7) PMP – profil osobního pojetí smysluplnosti (1998)

Wong sestavil dotazník na základě primární otázky: „Oč Vám v životě jde?“ (Wong, 1998 s. 111 in Křivohlavý, 2006, s. 78), kterou kladl postupně velkému množství lidí. Probandi měli velkou volnost při odpovídání na tuto otázku. Z odpovědí pak Wong vytvořil otázky a předložil je jiné skupině lidí, kteří měli za úkol vybrat z devítistupňové škály u každé otázky jeden ze stupňů dle míry svého souhlasu či nesouhlasu s danou otázkou. Ze získaných údajů následně Wong pomocí faktorové analýzy vymezil celkem sedm dimenzí (výkon, vztahy, náboženství, sebepřesah, sebepřijetí, intimita, spravedlivé jednání s dotazovanými). Tím vznikl dotazník PMP, který obsahuje 57 různých výpovědí (např.: „Mám dobrý rodinný život“ či „Vážím si své práce“). Probandi u každé výpovědi na Likertově sedmibodové škále uvedli, do jaké míry s danou výpovědí souhlasí či naopak. K svému dotazníku Wong dodatečně vytvořil také tzv. *kritérium smysluplnosti* (CM- Criterion Measurers), které se vyhodnocuje ze sedmi konkrétních otázek zaměřených na obecné pojetí smysluplnosti života. Díky CM bylo následně zjištěno, že výpovědi v tomto dotazníku mají těsnou souvislost s pojetím smysluplnosti života dané osoby. PMP se stal nástrojem k mnoha různým měřením a výzkumům, ve kterých byla mimo jiné zjištěna například souvislost mezi smysluplností života a zdravím (lidé, kteří vnímají svůj život jako smysluplnější, bývají častěji nejen psychicky, ale i fyzicky zdravější než jedinci, jež neprožívají smysl svého života tak výrazně), či vztah mezi smysluplností a depresí (lidé, kteří si nejsou jistí smysluplností svého života, vykazují vyšší míru deprese). Další studie vztahu smysluplnosti s rozličnými psychologickými charakteristikami ověřily za využití PMP například bezesporu zajímavou souvislost mezi smysluplností a sebepřijímáním, či naopak téměř žádnou souvislost mezi hédonickými hodnotami a smysluplností, což jen potvrdilo Franklovy myšlenky, že úspěch či cesta za štěstím, jako hlavním životním cílem, neznamená automaticky prožívání života jako smysluplného či naplněného.

8) SML (Sources of Meaning in Life Profile) – profil zdrojů smysluplnosti života (1996)

Dotazník je založen na Pragerově kvalitativní metodě určené ke zjišťování zdrojů smysluplnosti života (viz předcházející kapitola), ve které autor zjistil celkem 93 různých životních cílů či směřování. Tyto údaje následně zredukoval na 41 otázek a vytvořil z nich dotazník, využívající pětistupňovou Likertovu škálu. K otázce „*Jak hodnotíte smysluplnost svého života?*“ dodal navíc ještě obecnou stupnici VAS (Visual Analogous Scale- viditelnou analogickou stupnici) s krajními body 1-5 (Prager, 1996 in Křivohlavý, 2006 s. 81). Za využití faktorové analýzy uvedl Prager 11 faktorů (nejdůležitějším faktorem bylo zachování rodinných a společenských hodnot, následoval faktor zachování materiálních hodnot, atd.) Vyhodnocení tohoto dotazníku již v minulosti prokázalo, že rozdíly ve věku i pohlaví ve skórování jsou zanedbatelné. Smysluplnost života je tedy dle tohoto dotazníku stejně důležitá pro mladé i starší osoby a to nezávisle na jejich pohlaví.

9) LRI (Life Regard Index) - Index vztahu k životu (1973)

Metoda zvaná Pojetí života od tvůrců Batisty a Almonda a zvláště pak její revize z roku 1998, neboli Revidovaná metoda pojetí života (Life Regard Index Revised), jejímž autorem je Debats, je zaměřena především na zjišťování pozitivního postoje k životu, který je zde jakýmsi synonymem k životní smysluplnosti. Test odkrývá čtyři základní oblasti. Za prvé je to *pozitivní postoj* k vlastnímu životu, to jestli má daná osoba určitý životní cíl, směřování a tomu se snaží dostát. Druhou oblastí je pojetí smyslu života daného člověka, tzv. *rámec*, který dává svému životu a v rámci kterého nabývají smyslu a významu všechny jeho dílčí činnosti, vztahy, cíle apod. V další oblasti je možno rozpoznat, zda člověk chápe svůj život jako smysluplný, zda cítí, že dostává od života, to co chtěl a o co usiloval, zda pociťuje v životě naplnění (*fulfillment*). Čtvrtá oblast pak vysvětluje, že pokud člověk zakouší výše zmiňovaný proces účelného žití a určitého směřování ke svým životním cílům, pak tento pocit dodává jeho bytí určitou kladnou hodnotu, neboli *signifikanci*. Velkou pozornost zaměřili autoři metody právě na proces směřování k určitému cíli, na naději a úsilí, které člověk vkládá do své cesty za naplněním života. Daný jev označili termínem *oddanost* a dodávají, že tento konstrukt je v podstatě nezávislý na kulturním či etnickém prostředí. LRI obsahuje celkem 28 položek, z nichž polovina je formulována negativně a druhá polovina pozitivně. Metoda je na základě předchozích tvrzení rozdělena na dvě hlavní části. Jednak je to zjišťování **rámce** (framework)

– v jaké perspektivě člověk vnímá a zakouší svůj život a druhou částí je tzv. **naplnění** (fulfillment) – zda se člověku podařily splnit jeho životní plány, cíle a předsevzetí. Halama (2000 in Křivohlavý, 2006) ve své publikaci uvádí zjištění, že tato část dotazníku úzce souvisí s mírou pocitu štěstí a sebeúcty (*selfesteem*), zároveň se prokázala negativní korelace mezi touto škálou a depresí a úzkostí. Celkově lze říci, že dimenze naplnění má úzký vztah k osobnímu pocitu psychické pohody (*well-being*). V současné době je LRI poměrně dosti využívaným diagnostickým nástrojem, který lze aplikovat nejen v oblasti neurotických poruch, ale například i v kognitivní či emocionální problematice. Bylo by však nasnadě doplnit dotazník další dimenzi, která by se věnovala tzv. angažovanosti a oddanosti, tedy zjišťovala míru angažovanosti člověka v jeho úsilí v naplňování předsevzatých životních cílů (Debats 1998 in Křivohlavý 2006).

10) PPA (Personal Projects Analysis) - analýza osobních plánů (1998)

Littlova metoda z roku 1998 se orientuje na zjištění všech rozličných plánů, záměrů, cílů, představ, aktivit či programů daného jedince. Proband jich uvádí obvykle větší množství, ale má za úkol zredukovat tento počet, dle svého subjektivního názoru, pouze na 10 nejdůležitějších. Následně jsou tyto získané údaje hodnoceny vzhledem k 20 různým dimenzím. Výsledky této metody spadají do kvalitativní i kvantitativní oblasti a zjišťuje se jednak obsah (*content*) a hodnocení (*valuation*) záměrů. Následný výsledný údaj je vyjádřen tzv. *skórem smysluplnosti daného projektu* (úkolů, záměru – Project meaning score). Využitím této metody bylo postupně prokázáno, že skóre smysluplnosti je vyšší u extravertních a relativně stabilních jedinců, kteří jsou navíc pečliví a svědomití. Metoda PPA je využívána ke zjišťování kvality života, ale například i v oblasti vývojové psychologie.

11) SELE a PMS (Personal Meaning System) – Systém osobního pojetí smysluplnosti života (2000)

Tato kvantitativní metoda od Ditmanna a Westerhofa vychází z konceptu osobního pojetí smysluplnosti života (PMS), jež člověku pomáhá zaujmout ke svému životu i světu určitý postoj, projevovat se v něm svou aktivitou a mít k němu určitý vztah. Na základě PMS pak jedinec hodnotí buď pozitivně, nebo negativně své různé plány, cíle a záměry, ale například i obavy a úzkosti, které v životě zakouší. Koncept smysluplného pojetí vlastního života (PMS)

je tedy to, co bývá v psychologii označováno jako sebepojetí (*self-concept*). PMS je autory vysvětlováno jako dynamický systém, což znamená, že se v průběhu života mění, různě adaptuje nebo reorganizuje. Metoda nazvaná SELE (SE naznačuje vztah ke slovu *Selbst-* sám a LE je odvozeno od slova *Leben-* život) slouží právě ke zjišťování osobního pojetí smysluplnosti života. V rámci SELE má pokusná osoba za úkol doplňovat nedokončené věty. Na základě šetření se ukázaly rozdíly mezi skupinou mladých (17-25let) a skupinou starších lidí (60-90). Tyto rozdíly se nejvíce projeví v jejich osobním pojetí aktivity, sociálních vztahů, časové perspektivy, celkového hodnocení života, tělesného i psychologického sebepojetí.

12) ESK - existenciální škála (2001)

Na základě autorské spolupráce Längleho, Orglerové a Kundiho vznikla v roce 2001 existenciálně-analyticky orientovaná škála, která odkazuje na logoterapeutické pojetí i Franklovy myšlenky. Tato škála se pokouší odhalit „*Jak dobře se danému člověku podařilo smysluplně utvářet svou existenci.*“ (Křivohlavý, 2006, s. 89). Dotazník obsahuje celkem 46 otázek, na něž proband odpovídá zaškrtnutím jednoho stupně z šestibodové stupnice. Odpovědi v dotazníku jsou přiřazeny ke čtyřem vlastnostem, které spolu tvoří dvojice. Je to jednak *sebeodstup* a *sebeopřesah*, které společně tvoří škálu *personality*, neboli faktor **P**. Druhá dvojice vlastností se týká *svobody* a *zodpovědnosti*, které se vztahují ke škále *existenciality* neboli faktoru **E**. Existenciální škálu Dotazník ESK jsme využili pro náš výzkum v rámci této práce a jednotlivé škály i způsob vyhodnocování budou detailněji popsány v praktické části práce. ESK má poměrně dobrou reliabilitu a pro využití v českých podmínkách byl přeložen Karlem Balcarem.

13) SOC (Sense of Coherence) – integrovanou osobnosti (1987)

Antonovsky se věnoval studiu různých činitelů a faktorů, jež pomáhají lidem přežít v nejtěžších životních situacích. Zajímalo ho především, proč někteří lidé v koncentračních táborech za druhé světové války dokázali přežít, zatímco jiní ne. V praxi si tuto otázku ověřoval výzkumem ve dvou skupinách Izraelců. První skupina byli přeživší z koncentračních táborů, kteří ale neměli po návratu problémy se zvládnutím životních situací. Druhá skupina lidí, kteří se také vrátili z koncentračních táborů, však tyto problémy měla. Antonovsky

zkoumal rozdíly v obou skupinách a zformuloval je do tří faktorů: *smysluplnost* (Meaningfulness), *porozumění situaci* (Comprehensibility) a *ovladatelnost dění* (Manageability), které následně zjišťoval u respondentů pomocí své dotazníkové metody SOC (Sense of Coherence). Dotazník čítá celkem 29 položek. Výsledkem je nejen celkové skóre SOC ale též hodnoty jednotlivých charakteristik SOC. Konkrétně charakteristika smysluplnosti může v dotazníku SOC směřovat buď ke kladnému pólu, jež je vyjádřen jako postoj jedince, který se domnívá, že situace, do které se dostal, má nějaké smysluplné řešení. Že mu stojí za to, aby vynaložil sílu, čas i energii na toto řešení. Takový člověk bere problémy, kterého potkávají jako výzvu a i překážky na cestě k cíli pro něho mají určitou hodnotu. Pokud se hodnoty blíží k negativnímu pólu, vypovídá to o *odcizení* (alienation), kdy je člověk citově odtažitý. Příčinou může být například sociální izolace. Antonovsky na základě svých výzkumů dále zjistil, že lidé, kteří v SOC dosahují vyšších výsledných hodnot, jsou odolnější vůči stresům a vnějším tlakům a nevzdávají se hned, pokud je potká složitější životní situace. Tyto vlastnosti shrnul Antonovsky do pojmu *salutogeneze*, která je též diagnostikovaná v SOC.

1.5. Poruchy příjmu potravy v kontextu existenciální frustrace

Cílem této práce je prozkoumat a odhalit možné souvislosti mezi prožíváním existenciální frustrace a sklony k poruchám příjmu potravy, konkrétně mentální ortorexii. Pojmem mentální ortorexie se zabýváme v druhé polovině teoretické části této práce.

Následující dvě kapitoly jsou proto věnovány především výzkumům, které potvrzují naše domněnky, že poruchy příjmu potravy se mohou rozvinout i na základě prožívání existenciálního vaku. V takovém případě by se mohlo jednat o určitý druh kompenzační aktivity, která jedinci pomáhá vyrovnat se s dlouhodobou absencí životní smysluplnosti. Na základě Franklových myšlenek (viz kapitola 1.3.2) by se dalo konstatovat, že porucha příjmu potravy, stejně jako například alkoholismus či závislost na hazardních hrách, by se v takovém případě mohly zařadit mezi *noogenní neurózy* (Frankl, 1994b).

1.5.1. Existenciální frustrace a poruchy příjmu potravy.

V této kapitole předkládáme výzkum, který se přímo zaměřil na existenciální frustraci v souvislosti s PPP.

V roce 2008 provedli Andy P. Fox a Newman Leung ve Velké Británii předběžné šetření zjišťující úroveň „*existenční pohody*“ (existential well-being) u osob trpících mentální anorexií. Jejich studie vycházela z teorie založené na fenoménu existenciální frustrace, která je charakteristickou reakcí na nedostatek smysluplnosti v životě jedince. Autoři se pokoušeli zjistit, zda může být tento prožívaný stav existenciální prázdnoty spojený se vznikem a projevem symptomů mentální anorexie. Vycházeli ale i z dalších výzkumů, které například potvrdili spojitost mentální anorexie s pocity nedostatečné kontroly nad sebou samým. Tyto pocity už samy o sobě vyvolávají v člověku stavy úzkosti a na základě této úzkosti se pak u některých jedinců může vyvinout mentální anorexie, která jim slouží jako určitá forma kontroly nad vlastním životem (Slade 1982 in Fox, Leung, 2009). Autoři citují dále například i MacLeod (1981), která se domnívá, že u některých jedinců, trpících mentální anorexií, se tato nemoc rozvinula jako maladaptivní forma chování, jež umožňuje skrze extrémní ztrátu váhy prožívat pocity výjimečnosti a jedinečnosti, což nejenže podporuje u daného jedince pocit kontroly nad sebou samým, ale také mu to dodává určitou životní náplň a smysl, pro který může žít.

Fox a Leung pro účely této studie rozdělili výzkumný vzorek respondentů, žen, do dvou věkových skupin, aby tak zjistili, zda v ověřování souvislostí mezi poruchy příjmu potravy a „*existenční pohodou*“ hraje významnou roli také věk. Pacientky s projevy mentální anorexie byly tedy zařazeny do skupiny ve věkovém rozmezí 18-30 let a do skupiny nad 30 let (shora omezené přibližně 56 roky). Dále byly stanoveny taktéž dvě kontrolní skupiny, složené především ze studentek a zaměstnankyň University v Birminghamu. Autoři požádali účastnice o vyplnění následujících testů a dotazníků:

- EDI (The Eating Disorder Inventory)- dotazník poruch příjmu potravy
- The Mizes anorectic cognition scale
- BDI (the Beck Depression Inventory)- Beckova škála depresivity
- McGill quality of life scale- McGillova škála kvality života

Výsledky potvrdily u obou skupin respondentek s mentální anorexií vyšší skóre v dotaznících EDI a MAC a zároveň mnohem nižší skóre u zjišťování „*existenční pohody*“ (existential well-being) než bylo zaznamenáno u respondentek bez projevů mentální anorexie ve srovnávacích skupinách. Tato hypotéza byla tedy potvrzena. Další z hypotéz, která si kladla za úkol

prokázat negativní spojitost mezi symptomy poruch příjmu potravy s prožíváním „existenční pohody“ se však potvrdila pouze částečně a to u skupiny starších pacientek (30-56 let).

Na základě Franklovy teorie o existenciální frustraci (1973 in Fox, Leung, 2009), která tvrdí, že existenciální úzkosti se objeví v určitých fázích života snad u každého člověka, dokazuje tato studie, že jedinci, kteří jsou zranitelnější a snadněji podlehnou anorektickým myšlenkám a chování, jsou vystaveni existenciální frustraci daleko více než ostatní lidé. Jiní autoři citovaní v této studii, například Palozzoli (1974 in Fox, Leung, 2009) tvrdí, že mentální anorexie souvisí s existenciální krizí identity, kdy většina anorektických pacientů nechce přibírat a „růst“, nechtějí přijmout nezbytnou změnu ve svém vývoji, která vede vlastně ke konečnosti života. Jde tedy o vyrovnání se s pocity smrti a konečnosti bytí, kde je přijetí změny a to i vlastního těla, důležitou součástí.

Dlouhodobý stav existenciálního vaku, absence životního smyslu a nízká úroveň prožívané „existenční pohody“ tedy může být jedním ze spouštěčů mentální anorexie, která má v tomto případě podobu maladaptivní copingové strategie a slouží k obraně před zmíněnými prožívanými stavy, podobně jako se u jiných jedinců rozvine například alkoholická závislost. Bylo by překvapující, kdyby mentální anorexie a jiné druhy poruch příjmu potravy byly vyvolány čistě potřebou smyslu v životě, nicméně je možné, že je to důležitý faktor v jejich rozvoji (Fox & Leung, 2009).

1.5.2. Existenciální frustrace a sklony k závislému chování

Nyní se budeme zabývat teorií, která se snaží poukázat na vyšší míru existenciální frustrace či ztrátu životního smyslu u osob vykazující prvky závislého chování. Tuto koncepci shledáváme také za velmi důležitou pro náš výzkum, neboť jak se dozvíme v druhé teoretické části naší práce, poruchy příjmu potravy jsou mnohými odborníky taktéž pokládány za určitý druh závislého chování (např.: Krch, 2005).

Možným vztahem mezi existenciální frustrací a závislostí se zabýval již Frankl (1999), který považuje prožívání existenciálního vaku za jeden z nejvýznamnějších faktorů při vzniku drogové závislosti. Tuto skutečnost potvrzují i zkušenosti pracovníků s drogově závislými, kteří si často stěžují na prázdnotu v životě a nedostatek životního smyslu. Newcomb s Harlowem (1986 in Halama & Timuřák, 2004, s. 76), kteří přišli na to, že jedinci s nižší

úrovni prožívání životní smysluplnosti jsou v zátěžových situacích méně odolní a často se uchylují ke zneužívání psychoaktivních látek, než jejich vrstevníci s vyšší úrovní prožívání životní smysluplnosti.

K podobným závěrům došel ve své studii i Balcar (1995b), který se pokoušel najít případné statistické vztahy mezi prožívanou existenciální frustrací, tedy stavem duchovní nouze a různými duševními vlastnostmi a mírami osobnosti člověka. Za tímto účelem koreloval s Logo testem několik dalších dotazníků orientovaných na nejrůznější osobnostní vlastnosti, především pak Eysenckův osobnostní dotazník, jehož jedna dimenze se týká rizika vzniku drogové závislosti („*dependency*“ - D). A právě u této dimenze zjistil Balcar vysoce významný vztah (vůbec nejvyšší v dané studii) mezi sklonem k drogové závislosti a vyšší udávanou mírou existenciální frustrace, čím potvrdil původní logoterapeutický teoretický předpoklad, že existenciální frustrace se významně podílí na utváření nežádoucích sklonů a postojů, které mají v tomto případě kompenzační povahu a slouží jako jakási „náhražka“ životního smyslu. Balcar přímo uvádí: „drogová závislost je dalším významným patologickým alternativním pokusem o vyrovnání s existenciální frustrací tam, kde z nějakého důvodu člověk nedokáže najít kladné hodnotové životní zakotvení“ (Balcar, 1995b, s. 500).

2. Poruchy příjmu potravy

V následující kapitole se stručně seznámíme s jednotlivými poruchami příjmu potravy (dále také „PPP“), které jsou vedeny i v diagnostických manuálech jako je MKN-10¹ či v DSM IV². Stručně nastíníme symptomy, etiologii známých forem poruch příjmu potravy ale i to co jednotlivým typům společné a co je od sebe odlišuje. Detailněji se pak zaměříme na mentální ortorexii. Na konci teoretické části práce předkládáme i odkaz na několik zajímavých výzkumů, a mimo jiné se budeme zabývat též konceptem mentální ortorexie jako formy závislého chování.

2.1. Mentální anorexie (MA)

Hlavním poznávacím rysem této poruchy příjmu potravy je především úmyslné snižování hmotnosti. Nemocní trpící anorexií neodmítají jídlo z důvodu, že by neměli chuť nebo že by jim v tom zabraňovalo nějaké jiné somatické onemocnění, ale proto, že jíst nechtějí (Krch & Marádová, 2003).

Lidé trpící mentální anorexií si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlí, přes fakt, že jsou často tak podvyživení, že musí být hospitalizováni pro stav ohrožující život. Často se jim může stát, že omdlí z nedostatku energie a živin (Maloney & Kranzová, 1997).

Omezování se v jídle je obvykle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (často nad jídlem přemýšlí, sbírají recepty, věnují se rádi vaření a nezřídka kdy se pokouší vykrmit ostatní). Nemají zdravý náhled na velikosti svých porcí a skladbu jídelníčku, ale ani na své tělesné proporce a výkony, které musí podávat (Krch., 2005).

Okolí nemusí dlouho tušit, že daný člověk trpí mentální anorexií. V dnešní době, kdy velké množství lidí běžně drží nějakou dietu, nepřijde přátelům či rodině zvláštní, že si jejich dcera

¹ **MKN-10**- 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Jedná se o diagnostický manuál Světové zdravotnické organizace (WHO). V ČR vešla 10. revize MKN v účinnost k 1. 1. 1993 (Daňková, 2009).

² **DSM IV**- 4. revize diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch. Jedná se mezinárodně používanou příručku Americké psychiatrické společnosti (APA). Na rozdíl od MKN- 10 popisuje mentální poruchy podrobněji a konkrétněji. Tato revize je platná od roku 2000. K roku 2013 se chystá V. revize DSM (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, nedat.).

nebo kamarádka (syn, kamarád) chce udržet pěknou postavu, případně se udržovat v kondici. Nemocní také často používají různé finty a triky, aby svoji poruchu zamaskovali, což se jim ze začátku většinou daří. U společného stolování se v jídle šťourají a pouze předstírají, že jedí, často mají vždy po ruce výmluvu, proč nestihnou jíst s ostatními, nebo tvrdí, že již jedli. V tajnosti užívají laxativa či jiné prášky podporující úbytek váhy. Tajně v noci cvičí. Nosí schválně volnější oblečené, kterým se snaží zakrýt svoji podvyživenou postavu (Maloney & Kranzová, 1997).

Aby mohla být mentální anorexie diagnostikována, musí se u osoby trpící touto poruchou vyskytnout dle diagnostického manuálu MKN-10 (*F 50.0*) následující diagnostická kritéria (in Krch, 2007, s. 320):

- BMI, tzv. Body Mass Index je 17,5 nebo nižší. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod normální úrovní.
- Nemocný úmyslně snižuje svoji hmotnost nebo se o to pokouší nadměrným cvičením, vyhýbáním se určitým druhům jídel, zvracením, užíváním diuretik (látky, jež zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus), laxativ (projímadel), anorektik (látky, které potlačují chuť k jídlu)
- U jedince nadále přetrvává strach z tloušťky. Má zkreslené představy o vlastním těle doprovázené vtíravými myšlenkami o hubnutí a obavami z možného tloustnutí.
- Endokrinní poruchy. Pokud ženy trpící mentální anorexií neuvžívají náhradní hormonální léčbu, dochází k poruše menstruačního cyklu (amenorea). U mužů dochází ke ztrátě sexuální potence a poklesu libida.

Pokud mentální anorexie propukne před pubertou, jsou její typické projevy (např.: rozvoj sekundárně pohlavních znaků, nárůst tělesné hmotnosti, první menstruace u dívek, apod.) opožděny nebo zastaveny. Po vyléčení z této poruchy dojde obvykle k již normálnímu dokončení puberty, někdy je však první menstruace u dívek opožděna.

Krch (2007, s. 320) vymezuje v souladu s diagnostickým manuálem DSM-IV ještě dva druhy mentální anorexie a to:

- Nebulimický typ (tzv. restriktivní)- hlavním znakem je omezování příjmu potravy na minimum.

- *Bulimický typ* (tzv. purgativní) – jedná se o bulimickou verzi mentální anorexie, kdy je anorexie doprovázena epizodickým zvracením, užívání diuretik, laxativ apod.

Při diagnostikování této poruchy je třeba primárně vyloučit onemocnění somatickou poruchou, při které může docházet k úbytku váhy či k nechutenství (např.: tuberkulóza, nádorová onemocnění atd.), či přítomnost jiné duševní poruchy nebo některé druhy závislosti, doprovázené nechutenstvím (Krch, 2007).

Samotný průběh rozvoje poruchy bývá nevyvážený. Zpočátku nemocní uvádějí pocit svěžesti, energie a radosti z odmítání jídla a ztráty hmotnosti. Ztráta zájmu o okolí, zvýšená únavnost, podrážděnost a další psychické i fyzické obtíže přicházejí později.

Z mnoha zdravotních obtíží se téměř vždy objevuje u dívek ztráta menstruačního cyklu, pokles bazálního metabolismu, krevního tlaku, zácpa. V důsledku podvýživy je snížena celková obranyschopnost organismu a ten pak snáze podléhá i méně závažným onemocněním. Pacienti s mentální anorexií se často potýkají s vypadáváním vlasů, lámavostí nehtů, zvýšenou kazivostí zubů. Objevují se i vážnější zdravotní komplikace, jako jsou endokrinní, metabolické i psychické změny (Krch & Málková, 1993).

Většina zdravotních obtíží odeznívá brzy po nabytí normální váhy a vyrovnání jídelního režimu, ovšem jsou zde zdravotní důsledky, které mohou závažně ovlivnit i další život pacienta již vyléčeného z této poruchy. Máme na mysli především ohrožení reprodukční schopnosti, čemuž napovídá i samotné vymizení menstruačního cyklu v období velkého váhového úbytku. Jak ve své knize dále uvádí autoři Krch a Málková (1993), bylo zjištěno, že pokud klesne hmotnost pod 23 % tělesné hmoty, vymizí menstruace, proto je plodnost a šance na otěhotnění u mentální anorexie výrazně snížena a bohužel tomu taky bývá i po úzdavě nemocných touto poruchou, kdy může být u těhotenství zvýšené riziko potratu či abnormálního vývoje plodu.

Z psychických obtíží se většinou nejvíce objevuje sociální izolace pacientů s mentální anorexií. Postižení se snaží vyhýbat společenským kontaktům, jsou přecitlivělí, k rodině i přátelům se náhle začnou chovat odmítavě a stroze, někdy i hrubě, pokud jde o konflikty spojené s jídlem a narážky na to, že by měli více jíst. Velmi často se v jejich chování objevuje rutinní denní režim a stereotypy na kterých zoufale lpí a které jim pomáhají čelit nepřijemným

pocitům (Maloney & Kranzová, 1997). Z toho důvodu není překvapením, že podle mnohých studií je anorexie často doprovázena obsedantně kompulzivní poruchou. Na tuto poruchu, která se vyznačuje především obsesemi (úzkostnými, nepříjemnými a utkvělými myšlenkami) a/nebo kompulzemi (nutkavým rituálním jednáním, které má vést ke snížení úzkosti z obsesí) se většinou přijde až při léčbě mentální anorexie. Kompulzivní rituály jsou velmi často spojeny právě s jídlem a stolováním a jejich účelem bývá snížení strachu či úzkosti z požívání jídla, potažmo z tloustnutí a přibírání na váze. Tyto dvě poruchy mají mimo jiné mnoho společných diagnostických znaků (například již výše zmiňovanou sociální izolovanost, tendenci skrývat svoji poruchu, či pocity studu a viny) a jejich komorbidita je častá (Gee & Telew, 1999).

2.2. Mentální bulimie (MB)

Tato porucha příjmu potravy se svým psychologickým obsahem velmi podobá mentální anorexii, kdy se postižený jedinec taktéž opakovaně a dlouhodobě zabývá kontrolou a sledováním svého těla, kontroluje svůj příjem potravy a snaží se o úbytek váhy. Hlavní rozdíl, který tyto dvě poruchy příjmu potravy odlišuje, tkví v tom, že u jedinců trpících mentální bulimií se s pravidelností objevují impulzivní záchvaty přejídání se velkým množstvím jídla v krátkém časovém úseku, které jsou povětšinou kompenzovány následným zvracením (Stárková, Bouček, 2006).

Mentální bulimie má jinak mnoho podobných projevů jako její „sestra“ mentální anorexie, včetně vždy a všude přítomného strachu z tloušťky, přehnané pozornosti věnované vlastnímu vzhledu, tělesné hmotnosti i všemu, co jedinec konzumuje. I člověk trpící mentální bulimií se nekonečně pachtí po tom, aby zhubl či alespoň nepřibíral, a proto se snaží dodržovat všemožné diety a trápí se výčitkami za každé sousto potravy navíc. Jedinec trpící mentální bulimií nemusí na první pohled budit dojem nemocného člověka, jako tomu je u anorektiků, kteří jsou nápadní svoji vyhublostí a podvyživeností (Krch, 2008).

Průběh mentální bulimie je vzhledem k opakovaným záchvatům přejídání se, následným zvracením či užíváním diuretik a laxativ, poměrně intenzivní a tělo nemocného jedince trpí, ačkoliv mu nehrozí přímá smrt z podvýživy, jako tomu je u mentální anorexie. Mohli bychom říci, že bulimičky nemají pravděpodobně díky odlišným osobnostním rysům (vyšší

impulzivita, více emočně nestabilní, vyšší míra úzkostnosti apod.) tak silnou „vůli“ hladovět a nejíst až do úplného vyčerpání, jako to dělají anorektičky. Proto jejich dlouhodobé pokusy o hladovění a dodržování všemožných diet obvykle končí přejedením a následným zvracením, neboť výčitky ze selhání, deprese a neustálý chorobný strach z tloušťky je po takovém záchvatu donutí se nadbytečných pozřených kalorií zbavit. Lze obecně říci, že pacientky s mentální bulimií jsou natolik ovládané myšlenkami na jídlo a tvarem i váhou svého těla, že u nich nejsou ve stavech těžkých depresí výjimkou ani pokusy o sebevraždu či sebepoškozování (Stárková, Bouček, 2006).

Diagnóza mentální bulimie by měla být dle diagnostického manuálu DSM-IV stanovena až v okamžiku, kdy se daný jedinec přejídá a následně potom zvrací s frekvencí alespoň dvakrát týdně po dobu tří měsíců (Stárková, Bouček, 2006). Jeden takový bulimický záchvat může trvat několik hodin, ale i několik dní. Postižený jedinec přitom konzumuje většinou sladká a tučná jídla, kterým se obvykle při snaze dodržovat dietu vyhýbá (Třetinová, 2004).

K určení diagnózy mentální bulimie (F 50.2) uvádí Krch (2007, s. 320) v souladu s diagnostickým manuálem MKN-10 tyto základní znaky:

- Epizody přejídání, během nichž jedinec zkonsumuje velké množství jídla v krátkém časovém úseku, se opakují minimálně 2x týdně po dobu alespoň 3 měsíců.
- Jedinec se neustále zabývá myšlenkami na jídlo, ovládá ho silná a neodolatelná touha po jídle a přejedení se.
- U jedince se objevuje snaha kompenzovat množství snědené potravy některým z následujících způsobů: zvracením (které může být po snědení opravdu velkého množství jídla i samovolné, ale převážně si ho takto postižený člověk sám vyprovokuje), zneužívání projímadel, laxativ a jiných léků, jako jsou například anorektika, tyreoidní preparáty či diuretika. Osoby trpící diabetes mellitus se mohou snažit vynechávat inzulín apod. Navíc nemocní často nadměrně cvičí a drží všemožné diety.
- Nemoc je doprovázena chorobným strachem z tloušťky a přibírání. Jedinec je nadměrně zaujatý svým vzhledem, neustále kontroluje svoji tělesnou hmotnost a často má zkreslené sebehodnocení.

Co se týče prvního z uvedených znaků, je třeba dodat, že pocit přejedení je relativní a pod dramatickým prožitkem ztráty kontroly nad konzumací jídla, se někteří pacienti mylně domnívají, že došlo k záchvatu přejedení, přičemž snědli jen o něco málo víc, než původně obvykle jedli. Funguje zde však zajímavý efekt, který na základě falešného pocitu přejedení vyvolá následně opravdový záchvat.

Bulimický záchvat často mívá i své konkrétní spouštěče či se pravděpodobněji vyskytuje v určitých situacích. Dle Krcha (2008) to může být spouštěč vnějšího charakteru, kdy má například postižený jedinec snadný přístup k potravinám (např. plná lednice), nebo to může být nevhodné stolování či nevhodný jídelní režim (člověk se nestihá v klidu najíst, vynechává hlavní denní jídla, jí za pochodu, apod.), a vnějším spouštěčem mohou být konečně i reakce a vliv okolí (především vliv rodiny- různé konflikty, hádky v rodině, omezování jídla, atd.)

Krch (2008) dále uvádí i vnitřní faktory, které podněcují přejedení. Na prvním místě je to bezesporu pokles hladiny cukru v krvi, která zapříčiní u člověka pocit hladu. Díky kolotoči diet, hladovek a odřikání si potravin je hladina krevního cukru u bulimiček trvale pokleslá, což má za následek zvýšenou sekreci inzulínu a tedy i častější výskyt hypoglykémie, při které bulimičky potřebují rychlý přísun cukru a to také často končí bulimickým záchvatem přejedení se. Jinými vnitřními spouštěči mohou být i rozmanité pocity a nálady daného jedince, od neustálých myšlenek na jídlo, přes výčitky z přejídání se, pocity studu, osamělosti i vzteku a samozřejmě prožívané stavy deprese.

Stejně jako u mentální anorexie, rozlišujeme i u mentální bulimie více typů tohoto onemocnění. Jejich přehled dle toho stručně shrnuje Krch (2005, s. 18) ve své publikaci *Poruchy příjmu potravy*. Jedná se o rozlišení dvou specifických typů mentální bulimie dle toho, jaké kompenzační chování pacient s mentální bulimií uplatňuje:

- Purgativní typ mentální bulimie - Postižený jedinec využívá tzv. purgativní mechanismy kompenzačního chování. Mluvíme o zvracení, nadměrném užívání laxativ, diuretik a dalších preparátů.
- Nepurgativní typ mentální bulimie – v tomto případě využívá člověk trpící MB nepurgativních metod, které mu pomáhají kompenzovat negativní pocity a úzkosti z tloustnutí. Jedná se o nadměrné cvičení, držení diet a hladovek.

Krch (2002) uvádí, že osoby s diagnózou mentální bulimie často uvádějí v počátcích svého onemocnění „anorektické“ období, kdy vlastně držely dlouhodobě hladovku ještě bez záchvatů přejídání a následného zvracení. Není tedy zase takový překvapením, že u anorektiček, i vyléčených, může dojít k rozvoji mentální bulimie.

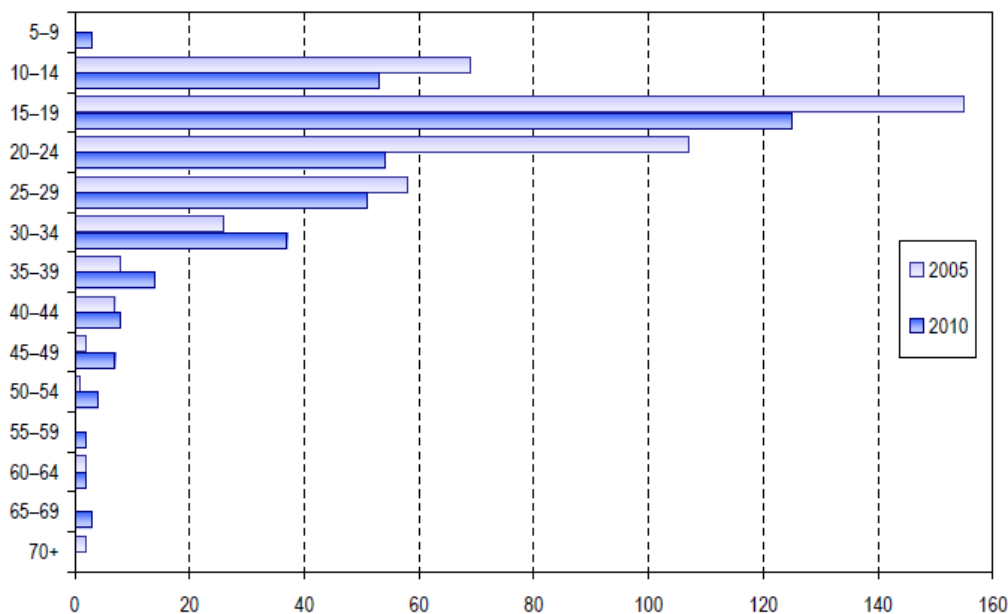
2.3. Výskyt (prevalence)³ poruch příjmu potravy

Dle výzkumu věnovaného epidemiologii poruch příjmu potravy v ČR (Dragomirecká, Šelepová, Papežová, & Holub, 2005) počet pacientů hospitalizovaných pro PPP v ČR výrazně vzrostl po roce 1993 a od té doby více méně kolísá. Tento trend byl zaznamenán i zahraničními studii s tím rozdílem, že v zemích západní Evropy se výskyt PPP stabilizoval počátkem 70. let, v USA počátkem 80. let (Hoek a van Hoeken, 2003 in Papežová, 2010).

Od roku 2005 se však výskyt PPP opět snižuje, což dokládají i nejnovější dostupné informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (Nechanská, 2011), dle kterého bylo v roce 2010 zaznamenáno 363 hospitalizovaných osob (344 žen a 19 mužů) se základními diagnózami spadajícími do kategorie PPP, což je 17 % méně než v roce 2005. Více jak polovina všech případů (54 %) se týkala diagnózy mentální anorexie, dalších 25 % bylo diagnostikováno jako mentální bulimie a zbývající hospitalizace spadaly pod diagnózy atypických poruch příjmu potravy či blíže nespecifiovaných PPP. Dle statistiky bylo dále hospitalizováno 15 % osob mladších 15 let, 34 % pacientů ve věku 15-19 let a 29 % případů v věkových kategoriích 20-24 a 25- 29 let.

Následující graf (č. 1) zachycuje rozdíly v počtech hospitalizovaných s diagnózami PPP dle věkových skupin roce 2005 a 2010.

³ PREVALENCE - termín označující poměr mezi zdravými a nemocnými v populaci. Je demografickým ukazatelem rozšíření dané poruchy či nemoci (Novák, 2010).



Graf č.1: Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami PPP podle věkových skupin v roce 2005 a 2010 (zdroj: ÚZIS, Nechanská, 2011)

2.3.1. Výskyt mentální anorexie

Mentální anorexie nejčastěji postihuje mladé či dospívající dívky, v době objevení se sekundárních pohlavních znaků, a především v době, kdy se tělo dospívajícího jedince začíná proporčně měnit, dochází k nárůstu objemu tělesného tuku. U žen jsou tyto změny markantnější, neboť jejich tělo se začíná připravovat na úlohu mateřství. To je jeden z možných důvodů, proč mentální anorexie postihuje z větší části především dívky (Venglářová, Babiaková, 2006). Tuto skutečnost se ve své publikaci zmiňuje také Leibold (1995), který uvádí, že z celkového počtu osob trpících touto poruchou zaujímají ženy 90 %. Obecně můžeme říci, že mentální anorexie postihuje ženské pohlaví zhruba desetkrát více než pohlaví mužské (Kocourková, 1997).

V dnešní době je výskyt mentální anorexie v ČR zhruba stejný jako v ostatních zemích Západní Evropy, kde se odhaduje na 0,5-0,8 % a týká se převážně ženského pohlaví (Krch, 2002).

Za nejohroženější skupinu, což se dle Krcha (2002) týká obecně poruch příjmu potravy a dokládá to i výše uvedená statistika ÚZIS ČR, jsou považováni dívky v období dospívání, i

když mentální anorexie se může projevit i mnohem dřív. Krch (2002) dokonce uvádí výskyt příznaků této poruchy u dětí mladších 10 let. Jiní autoři, jako je například Novák (2010), hovoří o tom, že nejvyšší incidence⁴ mentální anorexie je u dívek nacházejících se ve věkovém rozmezí 15-19 let.

2.3.2. Výskyt mentální bulimie

Jedna z překvapujících skutečností ve výskytu PPP je ta, že ačkoliv mentální bulimie není tak nápadná a není ani tolik medializovaná, jako mentální anorexie, je v populaci přibližně třikrát častější než druhá zmíněná porucha příjmu potravy. Uvádí se také, že bulimie patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen na území západní Evropy⁵. V České republice trpí touto chorobou přibližně každá dvacátá dospívající či mladá žena, s tím, že „pouze“ nějakým způsobem narušené jídelní návyky můžeme najít u téměř 10% mladých Češek (Krch, 2008). Taktéž Novák (2010) ve své publikaci uvádí, že prevalence mentální bulimie je o něco vyšší, než je tomu u mentální anorexie, výskyt MB se pohybuje v rozmezí 3-6 %. Co se týče věkové hranice, mentální bulimie se projevuje u o něco málo starších děvčat, než je tomu u dívek s mentální anorexií. Mentální bulimie se zpravidla objevuje po 15. až 20. roce života, na rozdíl od mentální anorexie (Poruchy příjmu potravy- charakteristika, 2005, aktualizace 2009).

2.4. Možné příčiny vzniku PP

V této kapitole se ve stručnosti pokusíme objasnit původ vzniku poruch příjmu potravy. Jaké faktory stojí za těmito psychickými onemocněními, které jsou v dnešní době stále více rozšířené a jejich propuknutí se posouvá do stále nižšího věku, který již dávno spadl pod hranici pubescence (Sokolová, 2012).

Sociokulturní faktory

V západní společnosti hrají tyto faktory, podílející se na vzniku PPP, velmi významnou roli. Někteří autoři (např. Garfinkel, Garner, 1982 in Krch, 2006) se domnívají, že současná rychle měnící se kultura, která oslavuje vyhublý ideál krásy, vede především u žen k větší

⁴ INCIDENCE – termín označující počet nových případů dané nemoci či poruchy v populaci za určité časové období (Novák, 2010).

⁵ Uvádíme jedince trpící PPP v ženském rodě, neboť u mužského pohlaví není výskyt tak častý.

nespokojenosti se svým vzhledem a postavou. Dokládají to například i výzkumy mezi imigranty, kteří se po přesunu do zemí „západního světa“ velmi rychle snažili přizpůsobit západnímu stylu života a jeho hodnotám a to vedlo i k větší nespokojenosti s tělem (např. Kaffman, Sadeh, 1989 in Krch, 2005).

Svoji důležitou roli v rozvoji poruch příjmu potravy bezesporu sehrává i vliv sociálního učení, ke kterému v této oblasti dochází především díky televizi, časopisům a další masmédiím. Tématika štíhlosti i zdravého životního stylu spojeného s různými dietami „číhá“ doslova na každém rohu a dle teorie sociálního učení nabádá mnohé ženy a mnohdy i muže k napodobování tohoto dietního chování. Fotografie štíhlých modelek a vypracovaných svalnatých mužů fungují jako jakési vnější pobídky, které jedince motivují k určitému jednání, neboť může pozorovat, že toto jednání je určitým způsobem odměňováno. „Pokud divačky mají dojem, že je herečka odměňována za štíhlost a že je spokojená se svou postavou, mohou mít pocit, že od společenského uznání je dělí několik kilogramů nadváhy“ (Novák, 2010, s. 30). Novák (tamtéž) dále uvádí, že vzájemný vztah mezi atraktivitou modelu a nápodobou byl prokázán i u dětí.

Krch (2005) se ve své publikaci domnívá, že dnešní sociální i kulturní nátlaky ze strany módního ideálu vyhublé krásy jsou v rozporu s lidskou přirozeností, snadno také ovlivňují a oslabují lehčeji zranitelné adolescenty, jejich sebedůvěru i sebevědomí, když jim předkládají nereálné cíle a vzory. Ty jsou pro většinu (především žen a dívek) nedosažitelné a nutí je k nadměrné sebekontrolě, k nevhodným jídelním postojům a návykům a tím je tak ohrožují i zdravotně. Pro vznik PPP není významný jen rychle se měnící životní styl západních zemí, ale též role a postavení ženy ve společnosti a sociální hodnota vzhledu. „Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněný syndrom (culture-bound syndrom)“ (Krch, 2005, s. 61).

Biologické faktory

Jeden z nejvýznamnějších rizikových biologických faktorů pro vznik PPP představuje bezesporu samotná příslušnost k ženskému pohlaví. Jak již bylo řečeno v předešlých kapitolách, u ženy je riziko vzniku MA desetkrát vyšší než u muže. Mnohé ženy a dívky se totiž nedokážou (opět pravděpodobně pod vlivem módního diktátu) vyrovnat se změnami

svého těla, které přichází v pubertě a dospívání, kdy roste jejich tělesná hmotnost, dochází k přibývání tukových zásob a ženské tělo se připravuje na možné těhotenství. (Krch, 2005) Z toho důvodu pokládají někteří autoři (Striegel-Mooreová, 1993 in Krch, 2005) předčasně tělesně „vyvinuté“ dívky za ohroženější PPP než je tomu u jejich vrstevnic. Puberta sama o sobě představuje tedy další z biologických roztokových faktorů, zejména pokud se jedná o rozvoj MA, další poruchy se rozvíjí zpravidla až ke konci tohoto období či v časně adolescence (Krch, 2005).

V posledních letech proběhlo i mnoho výzkumů pátrajících po genetických souvislostech vzniku PPP. Proběhly například výzkumné studie u dvojčat a bylo také zjištěno, že MA či MB se u pacientek s výskytem tohoto onemocnění v rodinné anamnéze vyskytuje v rámci jedné rodiny častěji a je tedy možno usuzovat na určitou genetickou komponentu při vzniku PPP (Bulik, Sullivan, Wade, Kendler, 2000 in Jacobi, Paul & Thiel, 2006). Obecně je uváděno, že výskyt PPP mezi sourozenci se pohybuje mezi 3-10 % (Krch, 2005).

Další studie se pokoušely odhalit například i spojitost mezi depresemi, serotoninem a PPP a byl potvrzen vyšší výskyt depresivních syndromů u pacientek s PPP či například zvýšený výskyt afektivních poruch v rodinách bulimických dívek (Jacobi et al., 2006). Dle Hsu (1990 in Krch 2005) vykazují asi 20 % dívek s MA a zhruba 40 % dívek trpících MB kritéria velké depresivní poruchy.

Psychogenní faktory

Dle některých autorů a odborníků na tuto problematiku není ani vyloučen vliv určitých osobnostních rysů a specifických poruch osobnosti na vznik a rozvoj PPP (např. Strober, 1981 in Krch 2005). U mnohých anorektiček můžeme najít například silný prvek perfekcionismu, silně vyvinuté superego a „tah na branku“. Takové dívky bývají velice výkonné, snaživé a dodržující rodičovské hodnoty. Na druhou stranu jim chybí fantazie, originalita, bývají často upjaté, bez smyslu pro humor a velmi trpí nízkým sebevědomím. Z výše uvedených rysů se může časem vyvinout i další poměrně závažná psychická onemocnění, obsedantně-kompulzivní porucha. Palmer a Jones (1939, in Krch, 2005) se domnívají, že mentální anorexie je přímo jakousi specifickou variantou této poruchy.

Jiné studie poukazují na vztah mentální anorexie a hraniční poruchy osobnosti. Dle Popeho a Hudsona (1989 in Krch 2005, s. 73) byl v některých studiích zaznamenán výskyt hraniční poruchy osobnosti u 42 % pacientek s PPP.

Mezi další osobnostní rysy přispívající ke vzniku PPP patří i neurotické sklony, nízké sebevědomí, narušení tělesného schématu (tzv. *porucha body-image*), negativní sebehodnocení, pocity bezcennosti apod. Důležitou roli hraje například u vzniku mentální bulimie také předcházející epizoda mentální anorexie. Uvádí se, že přibližně jedna třetina bulimiček trpěla v minulosti mentální anorexií (Cooper, 1995).

V rámci této práce se snažíme odhalit především možné souvislosti mezi PPP (konkrétně mentální ortorexií) a ztrátou či absencí životní smysluplnosti. I tzv. existenciální frustrace může být dalším významným faktorem, podílejícím se na vzniku a rozvoji PPP. Blíže se této problematice věnujeme v samostatné kapitole (1.5).

Rodinné prostředí

Tak jako je tomu i při vzniku mnohých dalších psychických onemocnění, může být nefunkční rodinné prostředí významným faktorem stojícím na pozadí propuknutí PPP. Minuchin, Rosman a Baker (1978 in Jacobi et al., 2006) zjistili před téměř 30 lety, že rozvoj mentální anorexie může do jisté míry souviset s určitými rodinnými vztahy, případně s komunikačními a interakčními styly v dané rodině. Byly také vymezeny určité patologické interakční vzorce, které „anorektické“ rodiny vykazovaly, šlo například o vyhýbání se konfliktům, hyperprotektivitu či rigiditu ve vztazích. Mladší výzkumy poukazují například i na riziko kladení velkých požadavků na děti ze strany rodičů a jejich přehnané očekávání, nebo též na chudší kontakty dětí s rodiči, či emoční neporozumění. (Jacobi et al., 2006).

Novák (2010) hovoří ve své publikaci například i o tom, že mnohé dívky, postižené nějakou formou PPP se často snažily až nepřiměřeně zavděčit svým rodičům. Měly pocit, že se svým rodičům musí nějakým způsobem revanšovat a zajistit, aby se cítili dobře a byly s nimi, jako se svými dětmi spokojení. V rodinách některých pacientek je často složité rozeznat jejich vlastní přání a potřeby od přání a záměrů, jež s nimi měli rodiče.

Zajímavý je bezesporu i výzkum Hilla (1990 in Krch, 2005), který zjistil, že pokud se rodiče prepubertálních dívek nadměrně zabývají svým tělesným vzhledem, hmotností, drží diety a jsou k sobě přísní v otázkách stravy, mívají tyto dívky podobné obavy a tendence i ve svém vlastním životě. Obdobný výzkum proběhl i na domácí půdě (Krch, Drábková, 1998 in Krch, 2005), kde ze vzorku studentů středních škol vykazovaly nějaké narušené jídelní tendence především ti, kteří uváděli častější výskyt obezity a diet ve své rodině. I tak dnešní studie zaměřující se na vliv rodiny při rozvoji PPP naznačují, že narušené rodinné prostředí a patologické funkce rodiny mají vliv spíše na závažnost osobnostních poruch pacientů s PPP než na závažnost jejich bulimických či anorektických projevů (Krch, 2005).

2.5. Následky poruch příjmu potravy

Výsledné zdravotní komplikace se u jednotlivých forem PPP do určité míry liší, je to samozřejmě dáno symptomatikou i doprovodnými jevy dané poruchy. Psychické následky však často bývají velmi podobné u všech variant poruch příjmu potravy. Mluvíme především o nízkém sebehodnocení, nejistotě či obavách spojených z přibírání na váze, které postupem času vedou k depresím. Ty bývají u většiny bulimiček i anorektiček spojeny primárně se strachem z tloušťky, s obavami o svůj vzhled i tělesnou hmotnost, a s příjmem potravy. Nejistota i malé sebevědomí tak často stojí nejen za vznikem PPP, ale jsou průběhem choroby nadále oslabovány (Krch 2002).

Pacientky s mentální bulimií či anorexií bývají obvykle ve špatné náladě, jsou podrážděné a smutné, egocentrické a vztahovačné. Nálada se odvíjí od tělesné hmotnosti a od toho, zda se těmto dívkám daří mít svůj příjem potravy pod kontrolou. Po bulimických záchvatech se většinou dostávají i pocity studu a zhnusení ze sebe samé. To vše následně vede i k omezení sociálních styků. Nerady stolují s ostatními, pokud jedí, pak o samotě a následně omezují i další společenské aktivity. Jiným negativním důsledkem je pokles libida, někdy až úplné vymizení zájmu o sex a nakonec vlastně o vše, co se bezprostředně netýká jídla.

Další oblastí, která bývá postižena, je celková intelektová výkonnost a zhoršuje se i koncentrace, paměť a pracovní tempo postupem času oslabuje. Myšlenky začínají nabývat obsedantního charakteru a postižený nedokáže myslet již na nic jiného, než na jídlo, roste chuť k přejídání nebo naopak odpor k jídlu. Pocity přejedení či plnosti bývají často zkreslené a

danou osobou zveličené. Obsedantní myšlení je obvykle doprovázeno kompulzivními činnostmi, které jsou spojené se snahou mít vše pod kontrolou a uspořádané (spíše u dívek s MA). Postižené dívky často až hyperaktivně cvičí, nebo naopak uklízí, vykrmují ostatní členy rodiny apod. (Krch, 2002).

Dívky s MB a ty, které se přejídají, si často stěžují také na záchvaty paniky, nervové napětí, ztrátu energie a především pocitu zoufalství (Cooper, 1995).

To, že psychické následky a doprovodné psychické potíže lidí trpících PPP by se neměly podceňovat, dokládají i některé studie (Hsu, 1990 in Krch, 2005), podle kterých je například u mentální anorexie nejčastější příčinou smrti vedle vyhublosti i spáchání sebevraždy. V jiné své publikaci Krch (2002) deklaruje, že mentální anorexie vede ke smrti zhruba 18x více než jiná psychická onemocnění.

Jak již bylo zmíněno výše, fyzické zdravotní problémy způsobené PPP jsou u jednotlivých forem trochu jiné. U mentální anorexie je bezesporu nejzávažnějším zdravotním důsledkem velký váhový úbytek, který často činí více než 15 % celkové původní hmotnosti a BMI klesá pod hranice 17,5. To s sebou přináší zdravotní komplikace v mnoha oblastech. Dívky jsou přecitlivělé na chlad, mají zažloutlou, popraskanou kůži, později se po celém těle zvýší růst ochlupení (tzv. lanugo). Postiženým začnou vypadávat vlasy, lámat se nehty a kazit zuby. Výjimkou nebývá ani velmi nízký krevní tlak a tedy i časté omdlévání, chudokrevnost, celková unavenost a svalová slabost. Závažným důsledkem je i nepravidelná menstruace, až ztráta menstruace, což může vést k neplodnosti. Až u 90 % anorektiček bývají zaznamenány srdeční obtíže, bradykardie a arytmie, mnohdy vedoucí k srdečnímu selhání. Časté je také odvápnění kostí, slabý močový měchýř či poškozená játra, která nejsou v důsledku nedostatku živin schopna vytvářet tělesné bílkoviny. Zpomalena je funkce střev, postižení často trpí zácpami. Z nedostatku živin, především vitamínu D (obsažený v mléčných výrobcích a mléku) vznikají kosterní komplikace - například už během dvou let MA je u mnohých patientek prokazatelná osteoporóza (tzv. řídnutí kostní tkáně). Oslabena je i celková imunita těla, u některých pacientů se mohou vyskytnout poruchy vědomí, závratě či dvojité vidění (Krch, 2002).

Ve srovnání s mentální anorexií, jsou následky mentální bulimie přeci jen o něco málo příznivější a k úplné úzdavě dojde větší procento nemocných, než je tomu u MA (Krch, 2005). I tak nemůžeme brát zdravotní komplikace způsobené MB na lehkou váhu. Tělesná hmotnost bulimiček je většinou přiměřená, neboť se přejídají a během záchvatů se vstřebávají kalorie, které ztrácí v období držení půstu. Většina komplikací však pramení především z kompenzačních mechanismů realizovaných po záchvatech přejídání v kombinaci s nezdravými a jednostrannými dietami, zneužíváním projímadel, diuretik apod. či s držením hladovek. Po záchvatech přejídání je u postižených běžný pocit nadměrné únavy, bolesti hlavy, závratě a přítomny bývají i bolesti podbřišku. Plnost po přejedení vede často k dýchacím problémům, neboť roztažený žaludek tlačí zespona na bránici. Další komplikace pramenící z přejedení jsou spjaty s gastrointestinálním systémem. Mnohdy dívkám s MB hrozí poškození žaludeční stěny, vzácně i její protržení. Trpí také plynatostí, zácpy a průjmy (Cooper, 1995). Byly již také zaznamenány akutní pankreatitidy, vzniklé po záchvatech u pacientek s MB (Hall a Beresford, 1989 in Krch, 2005).

Většinu dalších zdravotních problémů pak způsobuje kompenzační chování u MB. Vedle velkého kolísání tělesné váhy (tzv. jo-jo efekt) z důvodů držení všemožných diet, mají diety u MB podobný vliv na funkci hormonů jako MA. Nízká tělesná hmotnost, a snižující se tělesný tuk vedou k nepravidelné či žádné menstruaci, což může opět vést k neplodnosti. Nejzávažnější fyzické komplikace však pramení z nadměrného zvracení, které si bulimičky účelně vyvolávají někdy i po každém příjmu potravy. Opakování tohoto mechanismu způsobuje silnou zubní erozi, neboť zuby jsou neustále vystavovány působení žaludečních kyselin a bývají tím často již nezvratně zničeny (Cooper, 1995).

Dalším a dobře známým důsledkem opakovaného zvracení je benigní zduření parotických slinných žláz. Krch (2005) uvádí, že tyto otoky slinných žláz se objevují zhruba u 25 až 50 % postižených. Další postiženou oblastí bývá krk, do kterého si pacienti strkají různé předměty, aby tak vyvolali reflex zvracení. To má za následek nejen krvácivé rány, ale i infekce a obvykle chraplavý hlas (Cooper, 1995).

Žaludeční kyseliny nepoškozují jen zuby, ale mají neblahý vliv i na funkci jícnu. Objevují se různé záněty, eroze a vředy na jícnu, vzácně také jeho ruptura (tzv. protržení jícnu) (Krch, 2005). Opakované a dlouhodobé zvracení (po dobu několika let) vede též k oslabení svěrače

jícnu, což má obvykle za následek navrácení obsahu žaludku do úst (tzv. *gastrický reflux*). Mentální bulimičky někdy používají k výplachu žaludku postup, kdy nadměrně pijí a zvracejí a opět pijí a opět zvracejí. Tento postup s sebou však přináší další komplikace, především pak narušenou rovnováhu tělesných tekutin a tělesných solí (elektrolytů). Vedle toho klesá hladina draslíku (tzv. *hypokalémie*), což může vést k nepravidelnosti srdeční rytmu. Kardiovaskulární potíže a srdeční arytmie jsou obvykle ale vyvolány i nadměrným užíváním laxativ a diuretik, neboť ty také způsobují abnormality v hladině tělesných tekutin a elektrolytu. Vedle toho mohou některá laxativa, užívaná v nadměrném množství, poškodit i střevní stěnu (Cooper, 1995).

Úmrtnost u mentální anorexie dosahuje dle některých autorů až 18 % (např. Theander, 1985 in Krch 2005) u MB byla zaznamenána úmrtnost do 2 % (Krch, 2005).

2.6. Další poruchy jídelního chování

Atypické formy mentální anorexie a bulimie

V desáté revizi MKN jsou pod číselnými kódy F50.1 a F50.3 uvedeny i atypické formy dvou nejznámějších poruch příjmu potravy, anorexie a bulimie. Krch (2005) uvádí, že tyto diagnózy by měly být stanoveny především u těch pacientů, kteří nevykazují jeden či více ze základních příznaků poruchy, přesto je klinický obraz jinak typický pro dané onemocnění. Příkladem může být dívka s mentální anorexií, která přes nízkou tělesnou hmotnost, ačkoliv není hormonálně nijak léčena, přesto pravidelně menstruuje.

Záchvatovité přejídání

Také záchvatovité přejídání mělo být řazeno mezi poruchy příjmu potravy, neboť se stejně jako mentální anorexie a bulimie týká určitých změn ve stravovacích návycích a s tím souvisejících změn v jednání, chování a prožívání daného člověka. Diagnostický manuál DSM- IV zařazuje záchvatovité přejídání neboli Binge Eating Disorder (BED) ke kategorii „Jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy“, kam spadá například i syndrom nočního přejídání (Krch, 2005). K diagnostikování BED je vyžadována přítomnost záchvatů přejídání se alespoň 2 dny v týdnu během nejméně 6 měsíců, a to bez realizace kompenzačních mechanismů (zvracení, zneužívání projímadel, diuretik či držení hladovek). Ačkoliv

záchvatovité přejídání (opět častější u ženského pohlaví) není tak medializované a nemá na první dojem tak závažnou symptomatiku, jako je tomu u předešlých dvou zmíněných poruch, vyskytuje se častěji a bohužel je mu také věnováno méně pozornosti, přes fakt, že důsledky této poruchy mohou být též nemálo závažné (Papežová H. , 2006).

Podobně jako u jiných poruch příjmu potravy se nemocný nemůže oprostit od neustálých myšlenek na vše, co je spojeno s jídlem či s jeho konzumací. Celý den je daná osoba doprovázena nejrůznějšími intenzivními pocity týkajícími se jídla, od studu, strachu, výčitek, pocitů viny až k těšení se na potravu a její konzumaci. Člověk trpící záchvatovitým přejídáním bojuje, podobně jako člověk s mentální bulimií, se záchvaty přejídání, kdy za krátkou chvíli dokáže zkonzumovat velké množství jídla nezávisle na tom, zda má hlad či nikoliv. Velmi často postižený nedokáže v průběhu záchvatu přestat jíst, dokud nesní vše, co má v dosahu (Poruchy příjmu potravy- charakteristika, 2005, aktualizace 2009). Papežová (2006) uvádí, že záchvaty u přejídání u této poruchy nejsou tak časté jako u MB, ale zhruba 25 % záchvatů trvá po celý den.

Záchvatovité přejídání se může projevit v různé podobě. Někteří jedí velké porce jídla, nebo jedí velmi často, jiní jedí normální množství jídla, ale mají častěji záchvaty apod. Společným znakem je však skutečnost, že pacient se záchvatovitým přejídáním se nepřejídá, protože by trpěl hladem, nebo protože by mu to činilo potěšení, nýbrž proto, že se potýká s pocity strachu, frustrace, úzkosti či dokonce hněvu a to určuje jeho vztah k jídlu. K přejedení tak dochází často ve chvílích prožívaného stresu, smutku či nějakého dílčího neúspěchu, někdy také i při obyčejném pocitu nudy. Po záchvatech pak následují stavy depresí, vnímání sebe samého jako méněcenného, neboť se jedinec nedokázal udržet pod kontrolou, pocity provinilosti a zahanbení, ale i strach z následného přibírání na váze a tloušťky. Z toho důvodu se postižení podobně jako například bulimičky, snaží dodržovat různé diety, často velmi přísné, což jen zvyšuje riziko dalšího záchvatu přejedení (Poruchy příjmu potravy- charakteristika, 2005, aktualizace 2009).

Mezi zdravotní důsledky záchvatovitého přejídání patří na prvním místě bezesporu nadváha i obezita (tedy hmotnost alespoň o 25 % vyšší než je normální hmotnost člověka dle indexu

„BMI“⁶, z toho plynoucí problémy s pohyblivostí, vysokým tlakem, dále pak riziko vzniku diabetes mellitus (cukrovky), obézní člověk často také trpí kardiovaskulárními potížemi, které mohou vyústit až v infarkt myokardu. Nezřídka kdy je upozorňováno na možné vyústění choroby v další poruchu příjmu potravy (mentální anorexii, či bulimii apod.).

Léčba této formy PPP je neustále v rozvoji a hledají se nové způsoby jak postiženým pomoci. Základ tvoří opět kombinace medikace, kde jsou primárně nasazována antidepresiva a psychoterapie, v které se doposud asi nejlépe osvědčily různé kognitivně-behaviorální formy, od tréninků asertivity, přes nácvik interpersonálních dovedností, po techniky zvládnání stresu. Účinné se do jisté míry ukázaly být i svépomocné skupiny a různé psychologicko-dietní postupy zaměřující se na redukci váhy (Poruchy příjmu potravy - charakteristika, 2005, aktualizace 2009).

Syndrom nočního přejídání

Dle diagnostického manuálu DSM-IV jde o další z poruch příjmu potravy, ačkoliv její průběh se od mentální bulimie i anorexie liší. Oficiálně začala být diagnostikována od roku 1999 a dnes se její výskyt v populaci odhaduje na 1-2 % (Night Eating Syndrome (NES) - Sign Diagnose, 2007).

Diagnostický manuál rozlišuje více forem tohoto syndromu. Jednak je to tzv. NES (Night Eating Syndrom) – syndrom nočního přejídání, dále pak NEDS (Nocturnal Eating/Drinking Syndrom) - syndrom nočního příjmu potravy a pití a nakonec nesmíme opomenout noční poruchy příjmu potravy, které jsou však primárně odvozeny od určité spánkové poruchy, tzv. NSRED (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorders) a naopak není ani výjimkou, že tato „noční“ porucha příjmu potravy může stát za vznikem dalších spánkových poruch (Papežová, 2006).

Syndrom nočního přejídání se tedy může projevit u každého pacienta v trochu jiné podobě. U někoho se jedná pouze o noční „ujídání“, někdo mívá v noci záchvaty přejídání, jako je tomu u záchvatovitého přejídání či MB. V anamnéze postižených formou NES či NEDS se často

⁶ BMI („Body Mass Index“) – tzv. index tělesné hmotnosti, jež se v současnosti nejvíce používá na posouzení stavu výživy i tělesné hmotnosti. Index vypočítáme tak, že tělesnou hmotnost (kg) vydělíme druhou mocninou výšky (m) (Krch., 2005).

vyskytují již jiné formy PPP, zvláště pak mentální bulimie či anorexie (Papežová, 2006). Pokud za syndromem nočního přejídání stojí spánková porucha (NSRED), zpravidla insomnie, většina takto postižených si své noční záchvaty přejídání další den ani nepamatuje. Vybavují si jen útržky, kterým nepřikládají větší důležitost. Obecně lze konstatovat, že spánek lidí trpících touto poruchou je často přerušovaný silným nutkáním se najíst. Takový člověk pak neusne, dokud něco nepozře, nejlépe velmi kalorické a nezdravé jídlo. Ráno a během dopoledne nemají většinou postižení chuť k jídlu. Ta se začíná stupňovat až na sklonku dne (Night Eating Syndrome (NES) -Sign Diagnose, 2007).

Léčba této poruchy by měla být, tak jako léčba ostatních forem PPP, komplexní a zaměřit se na pacientovy individuální potřeby. Vedle podávání medikamentů, které mohou pomoci upravit spánkový režim a biorytmus daného jedince, je velice důležitá i psychoterapie, která by měla pacientovy pomoci odhalit pravé příčiny vzniku poruchy, jako je například stres či úzkosti, a naučit ho způsobům, jak se s těmito příčinami vyrovnat, či jak je eliminovat (Night Eating Syndrome (NES) -Sign Diagnose, 2007).

Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání bychom našli v diagnostickém manuálu MKN-10 pod číslem F54.0 – Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami. Jedná se především o přejídání vyvolané reakci na nějakou zátěžovou situaci (např.: smrt/úraz ale i narození dítěte, zármutek, ztráta zaměstnání, chirurgický zákrok apod.) Člověk se v takových situacích snaží vyhledat nějaký typ uklidnění. To mnozí nachází právě v konzumaci jídla. Často tak postižení začnou pociťovat tzv. bažení po jídle (*craving*), které má podobný charakter jako bažení po drogách. Charakteristickým znakem jsou tedy opět záchvaty přejídání se a úzkosti ze ztráty kontroly nad sebou samým. Obezita a nadváha plynoucí z této poruchy pak způsobuje u daného člověka mnoho psychických problémů, přes stud za svoji postavu, pocity viny, po nejistotu v mezilidských vztazích, která může vést až k rozvoji úzkostné poruchy osobnosti či k jinému psychickému onemocnění tohoto rázu. Potom jsou obezita a taková nově vzniklá porucha diagnostikovány každá zvlášť (Papežová H. , 2006).

2.6.1. Nové poruchy příjmu potravy

Tak jako se v současné moderní době daří díky novým lékům i novým zdravotním technologiím a postupům některá vážná lidská onemocnění vymítit či alespoň regulovat tak, aby se s nimi dal žít plnohodnotný život, stejně tak sebou dnešní uspěchaný a na úspěch zaměřený svět přináší i spoustu nových chorob, které se samozřejmě týkají i psychických onemocnění.

Vedle dnes již poměrně dobře známých a vymezených poruch příjmu potravy, jako je anorexie či bulimie, se začaly v posledních letech objevovat jejich nové, do jisté míry deformované a odlišné varianty.

Uvádíme zde příklady některých z nich. Tyto poruchy prozatím nejsou uvedeny v diagnostických manuálech, jako je MKN-10 či DSM- IV, jsou stále předmětem zkoumání a jejich symptomatika i diagnostika není prozatím příliš směrodatná. Mentální ortorexii, která je dalším hlavním tématem této práce se budeme detailněji zabývat v samostatné kapitole práce.

Drunkorexie – Porucha, při které se dotyčný snaží co nejvíce omezit příjem potravy (snížit kalorický příjem), aby si tak mohl dovolit konzumovat více alkoholu. Drunkorektici se řídí myšlenkou, že alkohol obsahuje poměrně dost kalorií a aby si mohli bez negativních váhových efektů dovolit, omezí na jeho úkor jiné potraviny. Porucha vzniká, jako další známé poruchy příjmu potravy, především z pocitů úzkosti z přibírání na váze, z nespokojenosti jedince se svoji postavou a vzhledem. Přítomná je i snaha o zvýšení energetického výdeje. Takto postižení jsou navíc ohroženi nejen možnou ztrátou tělesné hmotnosti, ale především negativními dopady alkoholu, jako jsou jaterní onemocnění. Alkohol se díky vynechávání jídla v žaludku mnohem rychleji a jeho účinky jsou silnější i rizikovější. Mnoho drunkorektiků navíc míchá alkoholické nápoje s energetickými drinky, čímž si zadělává na problémy se srdcem či kolapsové stavy. Statistické výzkumy dokládají vyšší výskyt této poruchy u žen, ačkoliv není výjimkou ani u mužského pohlaví (Kulhánek, 2010).

Bigorexie- Ze všech poruch je bigorexie nejvíce spjata s touhou po dokonalé postavě a tvarech. Některé zdroje uvádí, že je to přímo nová varianta tzv. *dysmorfofobie*, což je psychická porucha, pod jejímž vlivem se daný jedinec nadměrně až patologicky zabývá vlastním vzhledem a je posedlý smyšleným defektem svého vzhledu, ačkoliv pro ostatní se

jeví normálně (Frehay Mahoney, 1994 in Kolouch, 2006). Osoby trpící bigorexií mají narušené vnímání sama sebe a považují se za nedostatečně vyvinuté, malé, slabé, s nedostatečně vyvinutým svalstvem a pod vlivem tohoto chorobného domnění o vlastní fyzické nedokonalosti zvyšují svůj energetický příjem, nadužívají různé svalstvo-stimulující preparáty a potravinové doplňky (zejména bílkovinné). K tomu tráví velké množství času v posilovně, kde se přísným tréninkem snaží dosáhnout vysněné postavy. Mezi hlavní negativní důsledky bigorexie řadíme nadměrnou tělesnou hmotnost, jež pramení z neuváženého zvýšení příjmu energie, aby došlo ke stimulaci svalové hmoty, dále je to riziko poškození hybného systému (tzv. *overuse syndrom*), neboť tělo jedince je dlouhodobě vystavováno značné fyzické námaze a zátěži z posilovacích tréninků, v neposlední řadě také možné postižení vnitřních orgánů (především jater, ledvin) z nadužívání potravinových doplňků. Další následky jsou obdobné jako u jiných forem PPP, z nichž můžeme zmínit například sociální izolovanost. Přesné statistiky, sledující výskyt bigorexie v populaci, zatím nebyly provedeny, nicméně se uvádí, že porucha se vyskytuje u obou pohlaví a častěji jí trpí sportovci, kteří mají blíže k ideálu kulturistické a silné postavy (Kolouch, Bigorexie, 2006).

Manorexie - Jde vlastně o mentální anorexii, ale diagnostikovanou u mužského pohlaví. Toto zvláštní označení jinak známé poruchy příjmu potravy se nejspíše začal používat z důvodu jinak vzácného výskytu MA u mužů. Uvádí se, že podíl mužů a žen s touto poruchou je 1:10 (Kořenková, 2009).

Diabulimie - Opět se jedná o variantu známé PPP, a to mentální bulimie. Toto označení se používá u jedinců trpících cukrovkou, které pod vlivem poruchy příjmu potravy záměrně vynechávají předepsaný inzulín, aby nepřibírali na váze. Toto vynechávání je založené na skutečnosti, že inzulín podporuje ukládání tuků (Kořenková, 2009).

Ortorexie - Této nové a neméně závažné poruše příjmu potravy se budeme věnovat v následující části práce. Stručně však můžeme říci, že se jedná o psychickou poruchu, která se projevuje posedlostí na zdravé výživě a snahou stravovat se „správným“ způsobem. V poslední době se počet lidí, kteří jsou nadměrně zaujatí sledováním toho, co jedí či co mají jíst, velmi zvýšil a důsledky této poruchy postihují nejen sociální kontakty postižené osoby, ale též její psychickou rovnováhu a celkový zdravotní stav, který je ohrožen především díky vynechávání důležitých živin pro organismus (Kolouch, 2006).

3. Mentální ortorexie jako další možná porucha příjmu potravy

V této části práce se budeme věnovat především bližšímu seznámení se s „novou“ poruchou příjmu potravy, o které se v akademických a lékařských kruzích teprve s opatrností začíná hovořit jako o potenciální „sestře“ mentální anorexie a bulimie. Přesto může mentální ortorexie dle našeho názoru člověku znepříjemnit život o nic méně závažně než jiná psychická porucha. V následujících kapitolách tedy přinášíme detailnější popis vzniku, průběhu i nebezpečných rizik, která tato porucha přináší. Na konci této části práce se budeme věnovat podobnostem mentální ortorexie (poruch příjmu potravy) a závislému chování a také výzkumům, jež se zaměřily na problematiku a výskyt mentální ortorexie.

3.1. Historie pojmu a současné pojetí mentální ortorexie

Pojem orthorexia nervosa vymyslel lékař Steven Bratman. Vznikl ze spojení dvou řeckých slov- *orthos* tedy správný a *orexis*, což znamená chuť. Název se poprvé objevil v říjnu roku 1997 v článku nazvaném *Healt Food Junkie* v periodiku *Yoga Journal*, kde Bratman (1997) definoval ortorexiu jako *patologickou fixaci na stravování se vhodným jídlem (pathological fixation on eating proper food)* Bratman sám ortorexií trpěl, což ho přimělo k tomu, aby se o své zkušenosti i problémy, které ho v nemoci doprovázely, podělil i s ostatními podobně postiženými lidmi.

Ve svém článku (1997) popisuje jak se k ortorexiu dopracoval přes životní období, kdy začínal jako kuchař v komunitě lidí, jež vyznávala různé směry zdravého stravování. Tam pravděpodobně jeho problémy s posedlostí na zdravé výživě začaly. Musel totiž, jako kuchař připravovat, vařit i kombinovat potraviny tak, aby jídlo vyhovovalo všem příslušníkům komunity a bylo v souladu s jejich filosofickými směry, což byl velmi často nadlidský úkol a Bratman se mnohokrát ocitl uprostřed střetů o tom, jak bude jídlo připravováno, servírováno či konzumováno, neboť členové komunity, jakožto vyznavači různorodých směrů stravování (od vegetariánů, přes vegany až například po vyznavače syrové stravy) se spolu na téma potravin a jejich konzumace neustále dohadovali. Bratman si později zřídil biofarmu a natolik si zvykl na přísun čerstvých a vysoce kvalitně pěstovaných plodin, že už nechtěl žádné jiné jídlo. „Byl jsem takový snob, že jsem odmítal jakoukoliv zeleninu, která byla vytažená ze země déle než před 15 minutami. Byl jsem rigidní vegetarián, každé sousto jsem v ústech přežvýkal 50 krát,

jedl vždy na tichém a klidném místě (což tedy znamenalo o samotě) a svůj žaludek nechával poloprázdný po každém jídle“ (Bratman, 1997, s. 44).

Po letech pevného jídelního režimu a dodržování striktní „čisté“ diety se Bratman cítil silný. Pamatuje si také, jak měl ze sebe dobrý pocit a cítil se nadřazený, když se ostatní „cpali“ nezdravým jídlem. Tento pocit ovšem neměl příliš dlouhé trvání a Bratman si uvědomil, že něco není v pořádku. Ztratil schopnost vést normální konverzaci, vše se točilo pouze kolem konzumace zdravého jídla, byl osamocený a posedlý svoji chorobnou závislostí na správném stravování.

Bratman uvádí, že od tohoto „naprostého šílenství a závislosti“ k postupné úzdravě mu významně dopomohlo několik situací. Například jeho přítel, vzor ve zdravém stravování, který byl přísným vegetariánem, se najednou sám dokázal odpoutat od svých předsudků, aby tak neztratil přátele, tím, že bude jíst o samotě pouze to, co mu určuje přísná dieta. Dalším podnětem pro Bratmana se stalo jeho setkání s Benediktýnským mnichem Bratrem Davidem, který navzdory svému životnímu poslání, nezastával žádný z ortodoxních směrů stravování. Ukázal například Bratmanovi, že oběd v „zapovězené“ čínské restauraci nemusí vždy znamenat nezdravé a škodlivé jídlo, ale příjemný zážitek a potěšení. Bratman se také poprvé po několika letech dokázal s tímto mnichem najíst do sytosti. Bratr David se stal jeho novou duchovní autoritou, která mu díky svému pozitivnímu a normálnímu přístupu ve stravování pomáhala na cestě k uzdravení, jež však zabrala ještě mnoho let od těchto prvotních impulsů (Bratman, 1997).

Později, roku 2000, věnoval Bratman této nemoci celou publikaci s názvem *Health Food Junkies* (volně přeloženo jako „Osoby posedlé zdravou výživou“ či „vyznavači zdravého jídla“). V této publikaci se můžeme dočíst nejen o vzniku a průběhu ortorexie jako takové, ale například o rizikových skupinách lidí, kteří k ní mohou mít sklony i o některých způsobech, kterak se vymanit z područí této poruchy a žít opět normální život. Bratman do monografie přiložil i kratší sebesposuzovací dotazník, kterým si čtenář může ověřit, zda se ortorexie netýká i jeho (Bratman, 2000).

Tento dotazník jsme vybrali též jako jeden z výzkumných nástrojů i pro účely naší studie a je k nahlédnutí v příloze číslo 3 (*celé znění je přístupné pouze v tištěné verzi této práce*).

Bratmanova kniha má spíše populárně-naučný charakter, než abychom ji mohly pokládat za odbornou publikaci. Přesto je zatím jedinou publikací s tímto rozsahem, věnující se mentální ortorexii, jako další možné poruše příjmu potravy.

Bratman se po svých zkušenostech s ortorexií rozhodl pomáhat dalším podobně postiženým jedincům. Jako lékař alternativní medicíny však ani po obtížném životním období na léčbu s využitím různých diet a alternativních způsobů stravování úplně nezanevřel. Jak tvrdí ve své knize, diety samy o sobě nejsou špatné, neměly by se však stát obsesí a něčím, co tvoří veškerou náplň života jedince, co ho izoluje od společnosti, co ho sebe-trestá (Bratman, 2000).

Nejen Bratman popsal a zveřejnil svůj boj s ortorexií. Podobnými problémy procházela i instruktorka jógy a masážní terapeutka Kate Finn, která o svých zkušenostech s ortorexií a nekonečným střídáním různých extrémních stravovacích směrů psala na webovou stránku *Beyond Vegetarianism* (Finn, 1999). Tato dívka v roce 2003 na následky mentální ortorexie zemřela (Mellowspring, 2010). Další, kdo popsal svůj „*ortorektický*“ příběh byl například i David McCandless, který zveřejnil svůj článek na toto téma na webových stránkách BBC News. Stejně jako Kate Finn, i jeho významně ovlivnily Bratmanovy články a publikace, díky nimž si uvědomili, že by mohl trpět stejnou nemocí (McCandless, 2005).

Jak již bylo řečeno v úvodu této části práce, o ortorexií se čím dál více hovoří, jako o nové formě PPP, která může mít také mnoho psychických i fyzických negativních důsledků na zdraví jedince a její výskyt je čím dál častější. Nicméně nebyla prozatím uznána oficiálně jako nemoc, proto ji také nenajdeme v diagnostickém manuálu MKN-10. V současné době probíhá mnoho výzkumů a diskuzí ohledně zavedení ortorexie do DSM, amerického diagnostického manuálu. Ve Washingtonu vznikla dokonce koalice sdružující 35 různých organizací zabývajících se problematikou PPP, která se pokouší o zařazení ortorexie do připravovaného diagnostického manuálu DSM-V, který by měl vyjít v květnu roku 2013 (Rochman, 2010). V prvním návrhu DSM-V zveřejněném v roce 2010, však zatím nebyla na seznamu s ostatními nemocemi uvedena. Tim Walsh, profesor psychiatrie z Columbijské Univerzity, který se podílí na přípravě daného oddílu DSM-V to odůvodnil tak, že nejsou k dispozici dostatečné znalosti a signifikantní data z oblasti výzkumu tohoto syndromu, což mimo jiné vyžaduje i dostatek financí a získání grantu na podobné studie. Přesto ale dodává, že existenci ani závažnost ortorexie nechce nikdo popírat (Rochman, 2010).

Pokud by byla ortorexie oficiálně uznána jako samostatná psychická porucha a měla tak vlastní klasifikaci, zjednodušila by se tak bezesporu její diagnostika i léčba. Přesto všechno se najde stále mnoho lidí a to i odborníků a lékařů, kteří odmítají koncept ortorexie jako další poruchy příjmu potravy. Jedním z nich je například i mluvčí Asociace pro poruchy příjmu potravy ve Velké Británii Steve Bloomfield, který tvrdí doslova (in Jones, 2001, odst. 14): „Pojem ortorexie vznikl, aby se autorova kniha dobře prodávala⁷. Nemoc neexistovala, dokud ji někdo nevymyslel“. K tomu dodává, že ortorexie vlastně nemůže být považována za další z poruch příjmu potravy, neboť jako taková nezačíná z podkladu nízkého sebevědomí a sebehodnocení, ale naopak, základní myšlenkou ortorektiků je „*moje tělo je moje svatyně a proto mu musím dodat jen to nejvyšší a nejzdravější potravu.*“ (tamtéž, 2001, odst. 15). Jak si však ukážeme především v kapitole přibližující jednotlivé výzkumy v oblasti ortorexie, počet lidí trpících touto zvláštní posedlostí se opravdu zvyšuje a v lidských životech po sobě zanechává mnoho neblahých následků.

3.2. Definice pojmu

V poslední době, kdy se čím dál častěji v lidské společnosti objevují různé nemoci způsobené konzumací masa pocházejícího z nakažených či infikovaných zvířat (jako je například nemoc šílených krav, ptačí chřipka či jedovatá rtuť objevující se v rybím masu), se někteří jedinci pod vlivem těchto informací rozhodnou dodržovat striktní diety, které se těmto kategoriím potravin vyhýbají. To má však za následek nejen nedostatek esenciálních živin pro organismus, ale též změny chování v sociálních a interpersonálních vztazích a změny v běžném psychickém a fyzickém fungování jedince. Od anorexie či bulimie se tedy ortorexie odlišuje především svým kvalitativním zaměřením. Nemocný se zaměřuje především na *kvalitu* potravin, nikoliv na kvantitu, jak je tomu u MA či MB. Posedlost zdravou výživou můžeme považovat za mentální ortorexiu, pokud je porucha trvalejšího charakteru, nejedná se o nějakou přechodnou či krátkodobou dietu a pokud má toto chování významný negativní dopad na kvalitu života jedince. V extrémních případech někteří postižení raději hladoví, než aby pozřeli jídlo, které je z jejich hlediska „nečisté“ a mohlo by ublížit jejich zdraví (Donini, Marsili, Graziani, Imbiale, & Cannella, 2004). Postižení jedinci se často soustředí na konzumaci výhradně biopotravin,

⁷ Reakce na Bratmanovu publikaci „Healt Food Junkies“.

vyhýbají se všem konvenčním potravinám, zvláště pak těm, které jsou geneticky upravené, či obsahují různá aditiva a kontaminující látky (Markytánová & Piskáčková, 2010).

Autor pojmu ortorexie Steven Bratman (2007), jak jsme již uvedli v předchozí kapitole, definuje ortorexiu jednoduše jako *nezdravou fixaci na stravování se zdravým jídlem*. Dle jeho slov může ortorexie dosáhnout až takové podoby, že postižený jedinec obětuje většinu svého života neustálému plánování, vypočítávání, přípravě a konzumaci jídla. Téma jídla se stane jediným smyslem v životě takového člověka, jako je tomu většinou i u dalších poruch příjmu potravy. Bratman ve své knize několikrát upozorňuje na podobnosti mentální ortorexie se závislostmi, či s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Americká Asociace pro poruchy příjmu potravy (*National Eating Disorders Association-NEDA*) vymezuje ortorexiu s odkazem na Bratmanovu definici, jako *závislost či fixaci na správném stravování*, která může začít nevinou snahou o to stravovat se zdravějším způsobem, jež však postupně přechází v závislost na *čistotě a kvalitě* jídla. K tomu je zapotřebí velice pevná vůle. Ortorektici se snaží jíst den za dnem co nejspříjemněji, aby si tak dokazovali, že jsou v dietních zásadách daleko zdatnější a schopnější než ostatní lidé. Cítí se hrdí a jejich sebehodnocení roste s dalšími dietními omezeními, která se jim podaří realizovat a dodržovat. Vedle omezení až vymizení sociálních kontaktů, zájmů i běžných denních aktivit se mohou u lidí postižených touto nemocí rozvinout i závažné zdravotní problémy, které pramení ze ztráty tělesné hmotnosti (i když ne záměrně) a z nedostatku potřebných živin (Kratina, 2006).

Klinická psychologka a ředitelka kliniky pro poruchy příjmu potravy v Chicagu Ellen Astrachan-Fletcher vysvětluje, že ortorexie sice vzniká jako touha dosáhnout lepšího zdravotního stavu, nicméně za touto touhou je ukryt strach z jídla. „Když uvěřím, že jídlo může způsobit, že budu nemocná, začnu se ho bát, začnu se mu vyhýbat a kousek po kousku vynechávat více a více druhů potravin“ (in Parkand & Vera, 2009, odst. 5). Stejně jako i mnoho jiných odborníků se i Astrachan-Fletcher domnívá, že ortorexie má mnoho společných znaků s dalšími formami poruch příjmu potravy a ačkoliv se ortorektici nestarají primárně o svoji tělesnou hmotnost, ale spíše se soustředí na vnímání efektu jídla na své zdraví, následky bývají velmi podobné. Z toho důvodu se i léčebné metody neodchylují nějak zásadně od léčby MA či MB. Dle Astrachan-Fletcher se ortorexie může prolínat i s jinými druhy PPP, jako

tomu bylo u jedné její pacientky, u které se původní ortorexie proměnila postupně až na mentální bulimii (Parkand & Vera, 2009).

Jinou definici nabízí autoři španělského výzkumu zaměřeného na tuto poruchu (Catalina, Bote, Gárcia, & B., 2005, s. 66), kteří popisují ortorexiu jako *patologickou posedlost biologicky „čistým“ jídlem, která vede k významným dietním omezením*. Ortorektici tak ze svého jídelníčku po čase vyřadí většinu „nečistých“ potravin, které by mohly obsahovat pesticidy, herbicidy či jiné umělé přísady a úzkostně se zajímají o to, jakými technikami a za použití jakých materiálů bylo jídlo zpracováno.

Být zasažený ortorexií znamená dle dalších autorů také skutečnost, že pro takového člověka je kvalita konzumovaného jídla daleko důležitější, než jeho přátele, životní hodnoty, pracovní plány, záliby apod (Bosi, Camur, & Güler, 2007).

Přes narůstající pozornost akademické i laické veřejnosti, je ortorexie stále ještě jedna velká neznámá, u které nevznikla doposud jedna ucelená definice, či validní diagnostická kritéria. I v mnoha výzkumech zaměřených na tuto problematiku (např. Arusoglu, Kabakci, Gulden, & Kutluay Merdol, 2008) autoři pracují s konceptem ortorexie pouze jako s možnou diagnostickou kategorií.

3.3. Diagnostická kritéria a charakteristika poruchy

Jak již bylo řečeno výše, mentální ortorexie začíná vcelku nevinně a pozvolna, skryta za touhu žít „zdravěji“, za snahu vypořádat se s nějakým chronickým onemocněním či ovládnout některé ze svých jídelních zlovyků. Vyžaduje to však silnou vůli a velké sebezapření, stejně tak vytrvalost, aby se najednou člověk začal stravovat výrazně odlišně od způsobu stravování, jež je normální pro jeho okolí, nebo na který byl doposud zvyklý (Bratman, 2000).

Bratman (2000) však upozorňuje, že ne každý, kdo se stravuje zdravě, či se o to pokouší, musí nutně trpět ortorexií. „Podstata ortorexie spočívá v posedlosti, ne v touze jíst zdravě. Jde v ní především o absenci umírněnosti, nedostatek náhledu a vyváženosti a o přesměrování většiny životního smyslu na jídlo“ (tamtéž, s. 23).

3.3.1. Psychické projevy

Na základě Bratmanova sebesuzovacího dotazníku (2000) uvádíme některá diagnostická vodítka, která jsou též vymezena například na webových stránkách americké zdravotnické organizace Palo Alto Medical Foundation (Orthorexia Nervosa, nedat.). Tato vodítka by mohla posloužit k rozpoznání projevů mentální ortorexie. Zde je seznam především těch, které se přímo týkají mentálních změn v myšlení a jednání postiženého člověka. Takto postižený člověk:

- Přemýšlí nad zdravým jídlem více jak tři hodiny denně.
- Připravuje si přesný plán, toho co sní, klidně i den dopředu.
- Cítí zadostiučinění a jeho sebeúcta roste díky pocitu, že se stravuje zdravě, nemá však z jídla potěšení.
- Postupně omezuje svůj jídelníček o další druhy jídel a je na sebe při stravování čím dál přísnější.
- Když nedodrží svoji stanovenou dietu, má výčitky, pocity viny a selhání.
- Jeho přísná sebekontrola v oblasti stravování mu přináší příjemný po
- Zajímá se více o kvalitu jídla a vliv stravy na jeho zdraví, než o zážitek, který by z jídla mohl mít.
- Objevuje se pocit, že s rostoucí kvalitou jeho stravy klesá zároveň kvalita jeho života.
- Pohrdá lidmi, kteří se dle jeho názoru nestravují zdravě.
- Stává se sociálně izolovaný, neboť způsob jeho stravování není v souladu se stravováním jeho okolí. Je pro něho čím dál těžší jíst kdekoliv jinde, než doma a o samotě.

Jedinec s projevy ortorexie tedy postupně veškerý svůj život, volný čas, zájmy i přátele obětuje ve prospěch jídla a konzumace zdravé stravy. Vypěstuje neuvěřitelnou sebekázeň, aby dokázal odolávat pokušení „zakázaných“ jídel. Při dodržování diety se dokáže pochválit, v opačném případě, kdy poruší nějaké své jídelní omezení, nastupuje sebe-trestání. Velmi typická je i výše zmíněná sebenadřazenost nad ostatními lidmi, kteří se nestravují zdravým způsobem či nedodržují žádná dietní omezení (Bratman, 2000).

Uvedené projevy mentální ortorexie by však dle Bratmana (2000) měly trvat minimálně po dobu 6 měsíců, aby mohla být tato choroba u daného jedince brána v potaz a nebyla zaměněna za pouhé prvotní nadšení z nové diety, jako tomu v mnoha případech bývá.

O stanovení diagnostických kritérií mentální ortorexie a zjištění její prevalence se v rámci své studie pokusil jako první Donniny s kolektivem dalších odborníků (2004, s. 154-157). Diagnózu mentální ortorexie založili za prvé na přítomnosti obsesivně-kompulzivních projevů osobnosti, za druhé pak na přítomnosti narušeného jídelního chování v oblasti kvality konzumované stravy. Z výsledků tohoto výzkumu, který se soustředil na kombinaci jídelního chování a obsesivně-úzkostných osobnostních rysů, pak vyplívají následující diagnostická kritéria pro mentální ortorexi:

- Postižený ztrácí náhled a umírněnost ve svém jídelním chování, je natolik posedlý svojí závislostí na zdravém stravování, že raději zůstává o hladu, než aby musel pozřít něco, z jeho hlediska, nezdravého.
- Postižený vykazuje úzkostné obavy o své zdraví.
- Postižený tráví velké množství času přemýšlením nad jídlem, často podřídí svůj život plánování, nakupování přípravě či konzumaci jídla, které považuje za zdravé.
- Jídlo a především zdravé stravování, má postižený na prvním místě v žebříčku svých životních hodnot.
- Postižený vykazuje nutkavé jídelní návyky (často jí o samotě, bere si jídlo všude s sebou, jídlo si váží, zaznamenává starostlivě, vše co snědl apod.)
- Postižený může pociťovat silnou nebo nekontrolovanou touhu se najíst, pokud je zrovna nervózní, vzrušený, šťastný, či se cítí provinile.
- Postižený jedinec je hrdý na své stravovací návyky, jen ty považuje za správné a cítí se nadřazený nad všemi, kdo se stravují jinak než on.
- Stravovací návyky vedou u postiženého k sociální izolaci.
- V důsledku nesprávného složení přijímané stravy, může u postiženého dojít k podvýživě a celkové malnutrici organismu.

Ortorektici se často projevují, stejně jako anorektičtí pacienti, jako přehnaní perfekcionista se zaměřením na pečlivost, upravenost a sebekéci (Bartrina, 2007).

3.3.2. Fyzické projevy

Při myšlence na mentální anorexii, která může skončit smrtí jedince z naprostého vyčerpání a podvýživy organismu, se jeví závislost na zdravém stravování vcelku nevinně. Na druhou stranu vše, co člověk dělá bez špetky nadhledu a pod vlivem posedlosti, se pro něho a potažmo i jeho zdraví může stát velmi nebezpečné (Bratman, 2000).

Bratman ve své knize upozorňuje, že díky závislostní povaze choroby, ortorexie směřuje ke ztrátě nadhledu na to, co je pro naše tělo dobré a bezpečné a co už ne. V některých případech může i ortorexie vést k výrazné podvýživě způsobené nedostatkem vitamínů, minerálních látek a důležitých živin a tím pádem i k náchylnosti k různým infekčním chorobám a nakonec třeba až k úplné smrti. Bratman (2000) sice dodává, že tyto případy nejsou moc běžné, přesto se stává smrt nejhorším důsledkem této nemoci, neboť stejně jako u anorexie může dojít k extrémnímu omezení jídla.

Jedinci postižení ortorexií postupně často ztratí schopnost jíst intuitivně. Jak se jejich choroba rozvíjí, mají dokonalý systém v tom, kdy, co a kolik toho musí sníst, aby se cítili sytí a nezaskočil je hlad, na který by v tu chvíli zrovna nemuseli být připravení. (Kratina, 2006)

Nutriční specialista Tom Monte z Massachusetts (in Tsoukanelis, 2009) popisuje další nebezpečný důsledek tohoto tvrdého dietního režimu. Vynechávání důležitých živin pro lidský organismus vede také v nerovnováze neurotransmiterů, jež způsobuje pokles schopnosti prožívat radost a naopak zvyšuje prožitek strachu. „Čím větší disbalance, tím více cítí ortorektici protichůdnost vůči svému okolí začínají být hypersenzitivní na vnější nečistoty“ (Monte in Tsoukanelis, 2009, s. 30).

Některé další fyzické projevy ortorexie popisuje Bratman (2000) v příběhu jedné své pacientky, který uvedl i ve své knize. Ta v podstatě přestala cokoli jíst. Nejprve omezila pečivo a obiloviny, později i mléčné výrobky, maso a tak dále, až konzumovala pouze vodní meloun, artyčokovou pastu a řepkový olej. I když věděla, že by měla konzumovat například nějaké proteiny, vždy si našla nějaké racionální vysvětlení, aby danou potravinu jíst nemusela. Její okolí se domnívalo, že by mohla trpět anorexií. Bratman (2000, s. 28) popisuje její vzhled a fyzický stav, když ho poprvé navštívila v jeho ordinaci:

„Vážila pouhých 95 liber (cca 43 kg) a protože měla na výšku téměř 5 a půl stopy (cca 167 cm), nebylo to rozhodně dobré. Její tváře byly tak zapadlé, až jsem se podívoval, zda se uvnitř jejich úst vzájemně nedotýkají a její paže byla jen kosti potažené kůží.“

Bratmanovi se tuto pacientku podařilo udržet na živu, díky tomu, že udělal kompromis a dokázal jí vysvětlit, že například makrobiotické stravování je rozhodně bezpečnější a zdravější než žádné stravování. Pacientka sice nadále zůstala u dietních omezení v rámci makrobiotického způsobu stravování, nicméně nezemřela na vyhladovění.

U dalších třech pacientů, jejichž příběhy Bratman (2000) v knize popisuje, již léčba tak šťastný konec neměla a ortorexie v jejich případech opravdu skončila smrtí. U těchto lidí popisuje Bratman fyzické příznaky, jako je například zduřelý žaludek, což je zapříčiněno především podvýživou, nízkým energetickým příjmem a nedostatkem proteinů. Mezi další projevy způsobené touto chorobou řadí i jiné střevní nevolnosti, omdlávání, ochabování svalstva apod. I když jsou fyzické následky ortorexie méně vážné, nebo vzácnější než následky jiných poruch příjmu potravy, přesto že ortorexie nevede přímo k fyzické podvýživě, vede bezesporu k „podvýživě emocionální a psychické“, neboť člověk je natolik zaujatý svým stravováním, že přestává vnímat cokoliv jiného.

Dalším příkladem nebezpečnosti této nemoci je i příklad výše zmiňované Kate Finn, jež popisovala boj se svojí posedlostí na zdravém stravování prostřednictvím internetového deníku a která nakonec následkům ortorexie, především výrazné podvýživě, také podlehla (Mellowspring, 2010).

Přes všechny dostupné výzkumy, články i publikace nejsou dosud mnohými odborníky navržena diagnostická vodítka, jež by potvrzovala přítomnost mentální ortorexie, dostatečně validní (Donini et al., 2004). Ortorexie je stále ještě neprobádaná oblast mezi poruchami příjmu potravy a proto všechny diagnostické ukazatele, které byly do této doby o ortorexii shromážděny, musíme brát pouze jako informativní, a mentální ortorexii považovat za pouze možnou diagnostickou kategorii.

3.3.3. Diferenciální diagnostika v rámci ostatních poruch příjmu potravy

Jak již bylo zmíněno, mnozí lékaři dávají pacientům s mentální ortorexií automaticky nálepku anorektika. Děje se tak z mnoha důvodů. Jedním z nich může být nedostatečná znalost nových poruch příjmu potravy, ale zároveň i mnoho nápadných podobností s klinickým obrazem mentální anorexie či bulimie.

Následující tabulky (č. 1 a č. 2) mají za úkol přiblížit nám hlavní rozdíly a též společné znaky mentální ortorexie a dalších forem PPP (Mellowspring, 2010).

Rozdíly	mentální ortorexie	Ostatní PPP (MA, MB)
	Není přítomen strach z tloustnutí či z růstu tělesné hmotnosti	Velmi silný strach a z růstu tělesné hmotnosti či z tloušťky.
	Primární zaměření na kvalitu jídla	Primární zaměření na kvantitu jídla
	Jedinec dává všem na odiv a vychloubá se tím, jak dokáže dodržovat svá jídelní předsevzetí.	Jedinec úzkostně tají své jídelní návyky a předsevzetí.
	Rovnoměrný výskyt mezi oběma pohlavími (nebo vyšší u mužského pohlaví)	Významně vyšší výskyt u ženské populace

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi mentální ortorexií a ostatními PPP

Společné znaky	<ul style="list-style-type: none"> • Chování a celý život jedince se soustředí především na jídlo a vše, co se ho týká. • Dieta poskytuje jedinci určitou identifikaci. • Posedlost jídlem a vším, co se ho bezprostředně týká, způsobuje, že se jedinec ocitá v sociální izolaci. • Společné pro MO a další PPP (zvláště pak MA) mohou být i obsesivní osobnostní rysy v chování, jako je perfekcionismus, rigidita apod. • Obsesivní i kompulzivní symptomy v chování jedince jsou ego-syntonní (tzv. v souladu s potřebami a cíly jedinceva ideálního sebepojetí – <i>ideal self-image</i>) a jsou udržovány malnutricí. Váhový přírůstek většinou pomáhá zlepšit vážné obsesivní symptomy, přestože hlavní obsesivní rysy přetrvávají.
-----------------------	--

Tabulka č. 2: Společné znaky

3.4. Možné příčiny vzniku mentální ortorexie

Stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy i u mentální ortorexie můžeme usuzovat na vícedimenzionální etiologii této choroby, na jejímž vzniku se bude pravděpodobně podílet více faktorů. Tato oblast však nebyla zatím důkladněji prozkoumána.

Asi nejvíce se problematice příčin vzniku MO věnuje ve své publikaci Bratman (2000), který se zaměřil především na nevědomé psychické potřeby a motivace, jež mohou vést až ke vzniku MO. Dle něho je samozřejmě běžné a mnohdy i nutné, že se lidé chtějí stravovat zdravějším způsobem. Legitimních důvodů se k tomuto rozhodnutí najde spousta (např. smrtelné onemocnění v rodinné anamnéze, nežádoucí vedlejší účinky u léčby klasickou medicínou, apod.) Mnozí se též domnívají, že zdravějším stravováním dosáhnou kvalitnějšího života, budou mít více energie, či se dožijí vyššího věku. Tyto důvody jsou bezesporu racionální a nemusí nutně vést k rozvoji mentální ortorexie.

Bratman ve své knize však uvádí, že v pozadí této choroby se ukrývá mnoho jiných důvodů a skrytých sil, které člověka dovedou až ke zmiňovaným extrémům a závislosti na zdravém stravování.

Uveďme si nyní ty, které Bratman (2000, s. 58-82) považuje za nejpodstatnější při rozvoji MO:

„Iluze totálního bezpečí“

Takto nazývá Bratman jakousi ochranu, kterou si člověk vytvoří na základě strachu ze smrti a z konečnosti života. V dnešním světě je člověk proti mnoha věcem prakticky bezbranný. Znečištění vzduchu, geny, se kterými se narodí či postupný proces stárnutí není schopen ovlivnit. Má ale možnost ovlivňovat své zdraví skrze jídlo. Může mít pod kontrolou to, co bude jíst či pít a co ne. Jak jsme již předznamenal v úvodu této kapitoly, zdravějším stravováním lze předejít mnoha problémům. Pokud však člověk využívá jídla a samotného způsobu stravování tomu, aby utekl strachu ze smrti, stárnutí, z konečnosti, stále bude jako adolescent, který si myslí, že život bude pokračovat do nekonečna. Ti, kteří jsou tedy natolik posedlí myšlenkou na absolutní bezpečnost a zdraví a snaží se tuto iluzi udržovat například

držením extrémních diet, vlastně zapomínají žít a na sklonku života si uvědomí, že jej nestihli smysluplně prožít.

„Touha po naprosté kontrole“

Tato potřeba úzce souvisí s předchozí zmíněnou „iluzí totálního bezpečí“. Život je pro člověka často chaotický a matoucí a mnoho situací, jež se v životě objeví, mu připomenou jeho bezbrannost v tomto světě. Mentální ortorexie přináší jedinci pocit, že má pod kontrolou alespoň nějakou část svého života, pocit, že cestou konzumace těch správných potravin má pod dohledem své zdraví. Dle Bratmana obecně všechny stravovací filosofie uspokojují potřebu člověka po kontrole. Tyto různé směry zahrnují navíc tolik pravidel, které připisují obrovský význam i malým detailům ve stravovacích návycích, že pro jedince je pak velice snadné uvěřit, že správným dodržováním diety bude i jeho život kvalitnější a vše bude fungovat tak, jak má. Bratman dále popisuje (2000, s. 64), jak i v jeho vlastním případě pro něj byla ortorexie takovým „malým bezpečným světem“, útekem od reality a skutečného světa do oblasti, ve které má vše pod kontrolou

„Skrytá konformita“

Ve své knize Bratman (s. 65) cituje terapeutku Ellen Montague, která tento výraz použila, aby popsala velmi častou avšak skrytou příčinu, která stojí i v pozadí vzniku mentální ortorexie, zvláště pak u ženského pohlaví. Dietní omezení ve smyslu určité stravovací filosofie se může stát způsobem, který ženě umožní přizpůsobovat se kulturnímu ideálu krásy, aniž by si to sama musela připustit. Například vegani, zastánci syrové stravy či makrobiotici jsou současně také velmi štíhlí, což je sice vedlejší efekt těchto stravovacích směrů, avšak někomu může „náhodně“ narávat k tomu, aby si zároveň udržoval vzhled, který je v současné kultuře pozitivně oceňován, a přitom si to vědomě nemusel připustit. Jedná se tedy o jakési nevědomé a skryté přizpůsobení se soudobým ideálům krásy.

„Hledání spirituality v kuchyni“

Tato možná příčina vzniku MO je od předešlých naprosto odlišná. Jde o hledání duchovního rozměru. Lidé hledají Boha různými způsoby a v různých věcech, a Bratman uvádí, že mnoho případů, kdy se někteří snažili objevit spiritualitu či Boha „v kuchyni“ skončilo též mentální ortorexií. Ve své publikaci Bratman podává podrobnější popis jednotlivých stravovacích

filosofických směrů, aby tak ukázal, že diety s nimi spojené jsou vlastně založené na duchovním rozměru. Například makrobiotická strava je ve skutečnosti druhem náboženství. Je to jedna z forem Taoismu, která se soustředí na oblast jídla. Vyznavači tohoto směru věnují extrémní pozornost přípravě jídla, která zahrnuje složité postupy a odvíjí se i podle okolních vlivů, jako je počasí, roční období apod. Cílem je jíst maximálně v souladu s okolím jedince a vytvořit tak jednotu myslí, těla i duše. Vyznavači syrové stravy zase chtějí dosáhnout lehkosti, čistoty a využívat darů přírody. Bratman dále uvádí, že v podstatě není nic špatného na tom, že člověk hledá Boha v jídle. Problém je v tom, že nakonec se toto „hledání“ ukotví pouze na jídle. Je sice pravda, že různé náboženské a filosofické směry mají různá dietní omezení, ale nestaví jídlo a stravování na stejnou úroveň jako například lásku, věrnost či zásluhou práci. „Ortorektici si myslí, že jídlo a spiritualita je tatáž věc“ (s. 69).

„Stravovací puritánství“

Další z psychických potřeb či motivací, která může podpořit vznik ortorexie je touha po sebetrýznění, která je dle Bratmana ve světě alternativní medicíny poměrně hodně rozšířená. Někdy jde až o formu jistého asketismu, který byl v minulosti v mnoha kulturách populární a který se zakládá na odpírání si všeho, co přináší tělesné potěšení. Jinými slovy: „člověk by si měl odříct kus masa a věnovat se tomu, co je opravdu důležité“ (s. 73).

Nicméně puritánství a extrémní jídelní omezení s sebou často přináší tak tvrdá pravidla, že mnoho lidí občas „zhřeší“. Toto selhání vede k pocitům viny, lítosti a opět dochází k sebetrýznění. Jídelní asketismus je tedy „kolotoč hříchů a jejich náprav“ (s. 77). Bratman však vysvětluje, že takové sebetrýznění a striktní dietní omezení s sebou ale přináší i příjemný pocit z obdivu okolí, které může pozitivně hodnotit jedincovi disciplínu.

„Vytvoření identity“

Rizikovým faktorem při vzniku mentální ortorexie může být i nenaplněná potřeba vlastní identity. Bratman (s. 78) vyslovuje domněnku, že chápání toho, kým vlastně jsme, můžeme založit na tom, co jíme. Pro člověka je mnohem příjemnější, když může někam patřit, do nějaké skupiny, se kterou se může identifikovat. Kromě toho následování určitého stravovacího systému a tím pádem i příslušnost k dané skupině v sobě zahrnuje i další faktory (například u vegetariánství politické), jež se také podílí na formování jedincovi identity a

pomáhají mu v ucelení jeho sebepojetí. Bratman (s. 79) se doslova domnívá, že dietní omezení pomáhají budovat identitu. Dobrovolné odříkání a extrémní dodržování pravidel přináší člověku pocit nadřazenosti, výjimečnosti a také příjemný pocit, že ho jeho referenční skupina přijímá a kladně hodnotí bez ohledu na jeho charakterové vlastnosti, pouze na základě toho, že se stravuje v souladu se stanovenými pravidly. Je však důležité si uvědomit, že je veliký rozdíl mezi identitou vystavěnou na „jídle“ a identitou náboženskou, u které jsou různá stravovací omezení vyvolána odlišnou motivací. Bratman uvádí příklad Judaismu (s. 81), který podobně jako jiná náboženství zahrnuje i některé dietní pravidla a omezení, která jsou však více než pouhou dietou. Jsou odkazem náboženské víry, historie i kulturní tradice a mají vést k růstu duše. „U posedlosti jídlem jde převážně pouze o jídlo, a duše je pak často srovnána se zemí“ (s. 81).

„Strach z druhých lidí“

Tento nevědomý psychický faktor, působící u rozvoje ortorexie má odlišný základ než předchozí zmíněný. U někoho může být stravování způsobem, jak získat stabilní identitu a pro někoho dalšího poslouží k přesně opačnému účelu, tedy jak se izolovat od ostatních lidí. Jde vlastně o nevědomovaný strach z lidí a odlišný či bizarní způsob stravování poskytne jedinci vhodnou výmluvu pro sociální izolaci. Dle Bratmana vedou k takové izolaci asi nejvíce různé potravinové alergie, neboť člověk, který jimi trpí, většinou nesdílí jídelní omezení s ostatními lidmi ve svém okolí. Dle jeho názoru jsou potravinové alergie v podstatě jistým projevem strachu z okolního světa. „Čím víc se na své potravinové alergie člověk upíná, tím častěji se pak raději stravuje o samotě doma, neboť se cítí nepochopen a nechce čelit tomu krutému světu“ (s. 81).

Bratman vysvětluje, že všechny z těchto nevědomých psychických potřeb, jež mohou stát za rozvojem MO, mají určité společné rysy. Všechny v sobě zahrnují především nakládání s jídlem, jako by bylo něco víc, než pouhé jídlo. Způsob stravování se stává synonymem pro identitu, spiritualitu či pocit bezpečí a zároveň převyšuje a zastiňuje ostatní důležité části lidského života. „Místo, aby člověk čelil svým reálným pocitům, reálným výzvám, zájmům, touhám či potřebám- předstírá, že je nachází v jídle. Přemění svůj původní strach z toho, jaký bude jeho život, jak bude pokračovat na obavy z toho, co bude jíst“ (s. 82).

Mezi odborníky v současné době probíhají další diskuze nad možnými příčinami vzniku MO. Například vedoucí programu pro poruchy příjmu potravy na universitě v Chapel Hill v Severní Karolině, Cynthia Bulik (in Rochman, 2010) se domnívá, že za touto poruchou příjmu potravy může stát jiná úzkostná porucha, nebo může být MO pouze předzvěstí další poruchy, například mentální anorexie.

Doniny (2004) ve své studii poukázal na silný emoční vztah ortorektiků k jídlu a vyslovil domněnku, že na pozadí jejich patologického jídelního chování může stát určitý stav generalizované úzkosti, který je kompenzován právě skrze jídlo.

Mnohé další výzkumy (např. Donini, Marsili, Graziani, Imbiale, & Cannella, 2004 či Arusoglu, Kabakci, Köksal, & Kutluay Merdol, 2008) poukazují také na spojitost mentální ortorexie a obsedantně-kompulzivních rysů. Připouští i kombinaci a vzájemný vliv MO a OCD (obsessive-compulsive disorder). Tuto skutečnost potvrzuje i pacientka s ortorexií Lena Shields (in Parkand & Vera, 2009, odst. 32): „Vše musí být připraveno specifickým způsobem, správnou cestou.“

V neposlední řadě bychom měli alespoň okrajově zmínit biologické predispozice ke vzniku mentální ortorexie. Biologické faktory podílející se na vzniku mentální ortorexie nebyly doposud ověřovány či blíže zkoumány. Z prevalence mentální ortorexie (na základě různých studií, např.: Donini, Marsili, Graziani, Imbiale, & Cannella, 2005, o nichž bude řeč v následující kapitole) ale můžeme usoudit, že na rozdíl od ostatních forem PPP je její výskyt rovnoměrně zastoupený u obou pohlaví, pravděpodobně nepatrně vyšší u mužského pohlaví a proto se můžeme domnívat, že pohlaví, jakožto jeden z biologických faktorů nehraje u vzniku MO významnou roli, tak jako je tomu například v případě ženského pohlaví a vzniku mentální anorexie.

3.5. Kde končí bezpečnost „zdravého“ stravování – rizikové skupiny inklinující k mentální ortorexii

Jak jsme již zmínili v předchozích kapitolách, ortorexie se daleko snáz může rozvinout u jedince, jenž je zastáncem určitého ortodoxního stravovacího či filosofického systému. Přehled těchto rizikových skupin podává ve své knize i Bratman (2000). Patří mezi ně

například zastánci syrové stravy, tzv. **vitariáni**, kteří konzumují potraviny v syrovém, přirozeném stavu a odmítají jakoukoliv tepelnou úpravu. Jí tedy často syrovou zeleninu, ovoce, ale například i neupravené obiloviny. Vitariáni se řídí myšlenkou, že jídlo v jakékoliv tepelné úpravě ztrácí svoji „životní energii“ (Bratman, 2000, s. 106).

Další skupinou, jež by mohla snadněji inklinovat ke vzniku MO, jsou tzv. **vegani**, kteří odmítají jakoukoliv stravu živočišného původu a soustředí se pouze na konzumaci výrobků rostlinného původu.

Bratman dále zmiňuje také **makrobiotismus**, stravovací i filosofický systém, který na rozdíl od vitariánství nehlásá návrat k původní a ryze přírodní stravě a odklon od civilizace. Makrobiotici se snaží o „zjemnění“ dnešní moderní doby (s. 119). Cílem je žít se světem v souladu, ne ho odmítat. Základní myšlenkou makrobiotického systému je stravovat se v rovnováze. U tohoto směru nejsou potraviny, které by byly vyloženě špatné a vyloženě dobré, jde spíše o to, v jakém množství a v jakém poměru se konzumují. Bratman uvádí, že makrobiotický směr stravování je nejkompexnější formou „kuchyňské spirituality“, neboť díky své složité filosofii a dlouhé spirituální tradici se kuchyň mění na svatyni a konzumace jídla na duchovní a posvátný akt (s. 134). Je však také pravděpodobně nejvíce rizikovou skupinou, co se týče náchylnosti k rozvoji MO, neboť směřuje chování do posedlosti zvolna a velice sofistikovanou cestou a pro jedince tak uspokojuje jeho potřebu mít vše pod kontrolou.

Mezi další rizikové skupiny řadí Bratman (2000) dále i například tzv. **vyznavače diety dle krevních skupin**, kteří konzumují pouze to, co vyhovuje jejich krevní skupině, či **jedince, jež nadužívají vitamínové a potravinové doplňky v tabletách**, přičemž ve své publikaci zmiňuje, že se setkal s již mnoha „*práškovými ortorektiky*“, kteří nahrazovali pestrou stravu vitamínovými doplňky (s. 155).

Samotnou kapitolu věnuje Bratman (2000) též jedincům, kteří mají různé **potravinové alergie**. Léčba a dietní omezení jsou v těchto případech nevyhnutelné, avšak i zde stojí v pozadí riziko rozvoje mentální ortorexie. V mnoha případech stačí omezit pouze několik druhů jídel, aby se alergie u daného jedince výrazně zlepšila, ale mnoho lidí se s tím nedokáže spokojit a domnívají se, že pokud si zakážou dalších deset druhů jídel, dosáhnou zlepšení, po kterém opravdu touží. Seznam „zakázaných“ potravin se dále rozrůstá a stačí pak jakákoliv malá

potíží, bolet či nepříjemný pocit a jedinec ji ihned začne připisovat své potravinové alergii a eliminuje tak další a další druhy jídla (s. 96).

K ortorexii se mohou ale dopracovat i lidé, jež nejsou zastánci žádného z ortodoxních stravovacích směrů ani netrpí potravinovými alergiemi. Na mysli máme například sportovce, z nichž nejrizikovější skupinou jsou především kulturisté a atleti (Bartrina, 2007). To je jeden z důvodů, proč je občas zaznamenána mírně vyšší prevalence ortorexie u mužského pohlaví, neboť moderní doba diktuje v souladu s ideálem mužské krásy, mít vypracovanou, svalnatou a zdravě vypadající postavu, k čemuž, jak se domníváme, není zapotřebí pouze posilovací trénink, ale i určitá dietní omezení a pravidla, jež je nutná v rámci podobných tréninků dodržovat (Donini et al., 2004).

Mezi další rizikové skupiny pak řadí Markytánová s Piskáčkovou (2010) například i příslušníky určitých profesí, jako jsou herečky, modelky, zpěvačky či již zmínění sportovci (například atleti, baletky, apod.)

3.6. Možnosti léčby mentální ortorexie

Jak již bylo řečeno v úvodu kapitoly o mentální ortorexii, tato porucha je stále nedostatečně probádanou oblastí. Doposud nebyla oficiálně zařazena do Mezinárodní Klasifikace Nemocí a o jejím zařazení do DSM-IV se neustále debatuje. Ačkoliv se objevilo mnoho studií (viz následující kapitola), které si kladly za cíl ucelit a sjednotit diagnostická kritéria pro určení MO, tato vodítka nejsou považována za oficiální.

Přesto by se člověk postižený posedlostí na zdravém stravování neměl bránit návštěvě odborníka, který může tuto poruchu diagnostikovat obecně jako PPP a zahájit včas potřebnou léčbu (Kratina, 2006).

Kaufmann (in Getz, 2009, odst. 28) poukazuje na to, že někteří osvícení dietologové by v dnešní době již měli být schopni u svých klientů rozpoznat rysy počínající mentální ortorexie. Tribole (in Getz, 2009) ale dodává, že dietologové by si měli dávat pozor, aby u klientů nepodporovali jejich strach z konkrétního jídla či skupiny potravin. „Zatímco zdravý člověk dostane radu, aby se vyhnul trans-mastným tukům v potravě, a on se touto radou

v rámci své diety řídí, člověk, který balancuje na hraně začínající poruchy příjmu potravy, by mohl tuto informaci lehce překroutit“.

Existuje samozřejmě mnoho různých teorií a doporučení, jak by se tato porucha měla léčit. Bratman (2000) věnuje celou jednu část své knihy právě léčbě a svépomoci z mentální ortorexie. Vysvětluje, že na začátku je ze všeho nejdůležitější udělat tzv. *první krok*, kterým je především připuštění si problému. Člověk si musí přiznat, že je nemocný, když všechny své myšlenky i čas věnuje jídlu. A toto přiznání má samo o sobě překvapivě silný účinek, neboť představuje obrovský pokrok od stavu, kdy se jedinec domníval, že se stravuje nejlepším možným způsobem, ke stavu, kdy připouští, že je to vlastně nemoc (Bratman, 2000, s. 204).

Dalším důležitým stadiem léčby je dle Bratmana rozpoznání příčiny či příčin, které vedly ke vzniku závislosti na zdravém stravování. Některými možnými příčinami vzniku MO jsme se zabývali v kapitole 3.4.

Někteří další odborníci v oblasti PPP se domnívají, že vzhledem k nedostatečným informacím o této formě narušeného jídelního chování, by se mělo do určité míry postupovat v léčbě podobně jako u jiných variant PPP. S tímto názorem se ztotožňuje například i Astrachan-Fletcher, klinická psychologka a ředitelka kliniky pro Poruchy příjmu potravy na Universitě v Illinois v Chicagu (in Parkand & Vera, 2009). Ta se domnívá, že ortorexie by se v podstatě měla léčit stejně jako například mentální anorexie, tedy postupovat ve třech základních krocích. Jednak se snažit, aby osoba dosáhla opět hladiny zdravé tělesné hmotnosti, dále se zaměřit na psychologické záležitosti související s poruchou příjmu potravy a konečně také snížit či eliminovat chování a myšlenky, jež vedou k narušeným jídelním návykům, tedy snažit se předcházet recidivě. Zásadními terapeutickými prostředky by tedy, podobně jako u jiných forem PPP, měly být dialektická behaviorální terapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie a především orientace na nácvik copingových strategií.

Dle Bartriny (2007) je v případě mentální ortorexie potřeba multi-disciplinárního přístupu léčby, který v sobě zahrnuje jak somatické odborníky, tak psychoterapeuty a nutriční odborníky. V některých případech je nutné přistoupit k medikaci, například k podání antiserotogenních preparátů.

Bratman (2000) připouští, že i přes velké úsilí vložené do vyléčení se z MO, se ještě nějaký čas mohou objevovat mnohé nepříjemnosti. Člověk se musí neustále učit, jak jíst, učit se, jak se stravovat „normálním“ způsobem a dělat to přirozeně, bez myšlenek, zda je to správné, zda množství potravy je ideální, apod.

Problémem u léčby mentální ortorexie je i skutečnost, že motivace k setrvávání v chorobě může mít mnoho aspektů. Vyléčení ortorektici budou pravděpodobně stále jíst zdravěji než lidé nikdy nezasazení touto poruchou, avšak zásadní rozdíl u nich nastane v chápání zdravého stravování. Uvědomí si, že způsob stravování není to, co dělá člověka lepší osobností a že zakládat svoji sebeúctu na kvalitě své diety je zcela iracionální pohled. Tito jedinci se také musí naučit být více flexibilní a méně dogmatictí, co se příjmu potravy týče (Kratina, 2006).

3.7. Přehled výzkumných studií a prevalence mentální ortorexie

Výskyt mentální ortorexie jako jedné z dalších poruch příjmu potravy se začíná dostávat do popředí zájmu mnohých výzkumných studií, kterých je však stále málo, abychom mohli usuzovat na nějaká oficiální čísla výskytu. Dalším faktorem je skutečnost, že mnohé výzkumy se primárně zaměřují na prevalenci MO pouze u určitých skupin, například u studentů oboru *Nutriční terapeut* apod. (Korinth, Schiess, & Westenhoefer, 2009) a výskyt této poruchy nebyl tudíž prozatím zjišťován v rámci celé populace.

V následujícím přehledu jsou uvedeny některé z výzkumů soustředící se na určitou oblast mentální ortorexie, ať už se jedná o zjišťování prevalence, snahu vytvořit diagnostická vodítka této poruchy či výzkum komorbidit a různých faktorů, které mohou přispívat k rozvoji MO.

Výzkumy pochází z různých zahraničních zemí. V ČR se výzkumnému šetření v této oblasti věnují prozatím pouze studenti v rámci svých závěrečných prací.

Výzkum zaměřený vytvoření diagnostických kritérií u mentální ortorexie a ověření validity dotazníku ORTO-15 (Donini et al., 2004, 2005).

Donini a jeho kolegové zaměřili tento výzkum, jež proběhl v Itálii roku 2001, primárně na vytvoření vhodné diagnostiky MO a následně k validizaci jimi vytvořeného dotazníku *ORTO-15*, kterým by bylo možné odhalit přítomnost či sklony k této poruše. Přičemž předpokládali, že ortorexie by měla být definována jako porucha jídelního chování dlouhodobého charakteru,

kteřá není pouze přechodnou záležitostí a má silně negativní vliv na kvalitu života daného jedince. Též vycházel z konceptu, dle kterého je tato porucha charakterizována kombinací poruchy jídelního chování a obsedantně- kompulzivních rysů osobnosti.

Výzkumný soubor činil 404 respondentů různého pohlaví, věku (nad 16 let) i zaměstnání. Účastníci výzkumu byli dále rozděleni do 4 podskupin dle svého stravovacího chování a postojů k jídlu a dle přítomnosti obsesivně-kompulzivních osobnostních rysů, které byly zjišťovány pomocí osobnostního dotazníku MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). U rozdělní osob dle jejich jídelního chování byl respondentům předložen seznam různých druhů jídel, které měli podle svého názoru označit buď jako „zdravé“ či jako „nezdravé“. Na základě tohoto dotazníku a zmiňovaného MMPI vznikly následující skupiny:

- Osoby vykazující „normální“ jídelní chování a „normální“ výsledky v MMPI.
- Osoby vykazující „normální“ jídelní chování a patologické výsledky v MMPI
- Osoby vykazující na zdraví a kvalitu zaměřené jídelní chování a „normální“ výsledky v MMPI.
- Osoby vykazující tendence k ortorexii, u kterých bylo jídelní chování zaměřené na kvalitu a zdraví spojeno s patologické výsledky v MMPI.

Z celkového počtu 404 respondentů vykazovalo 28 osob projevy mentální ortorexie. Prevalence MO v tomto výzkumu činila tedy **6,9 %** a byla více zastoupena u mužského pohlaví a u respondentů s nižším vzděláním. Jídelní chování bylo v pořádku u 64 osob (15,8 %), které ale skórovaly patologicky v MMPI. U 69 osob (17,1 %) byla zaznamenána posedlost zdravým stravováním, avšak jejich výsledky v MMPI byly v normě. Zbývajících 243 respondentů (60,2 %) vykazovalo „normální“ jídelní chování a v MMPI nebyly zaznamenány patologické rysy.

Následně autoři přistoupili k ověření validity svého dotazníku *ORTO-15*. Tento dotazník, zaměřený na zjišťování projevů mentální ortorexie, se skládá z 15 položek a jeho autoři se inspirovali Bratmanovým dotazníkem (2000), neboť 6 otázek převzali z původní Bratmanovy verze a poté přidali 9 svých nově vytvořených. Respondent odpovídá u každé otázky výběrem ze 4 možností, přičemž možnosti spojené s ortorektickými tendencemi jsou hodnoceny 1

bodem. Pokud daný člověk nezíská celkově v dotazníku více jak 40 bodů, pravděpodobně pak trpí mentální ortorexíí.

Autoři se domnívají, že na základě celého šetření má jejich dotazník *ORTO-15* poměrně významnou prediktabilitu, ale bude zapotřebí dalšího výzkumu, který by daný dotazník rozšířil o otázky, jež by se více zaměřily na zjištění přítomnosti obsedantně-kompulzivních rysů u osob s mentální ortorexíí.

Výzkum zaměřený na výskyt mentální ortorexie u vybraného vzorku nutričních terapeutek (Kinzl, Hauer, Traweger, & Kiefer, 2006).

Tato studie, která byla uskutečněna v Rakousku roku 2006, si opět kladla za cíl jednak zjistit prevalenci mentální ortorexie u vzorku rakouských dietoložek a nutričních terapeutek a pak také odhalit určité psychologické faktory, jež by mohly stát na pozadí rozvoje této choroby.

Vyšetřovaný soubor čítal ve výsledku 283 pokusných osob ženského pohlaví (průměrný věk 36,2 let), jimž byl nejprve předložen informativní dotazník, sloužící k získání přehledu o socio-demografických faktorech a zdravotní péči. Následně byl použit *tří-faktorový dotazník jídelního chování* (FEV- *Three-Factor Eating Questionnaire*), kterým byla zjišťována (1) kognitivní kontrola nad stravovacím chováním (různé omezení apod.), (2) do jaké míry je možné tuto kontrolu narušit a (3) prožívané pocity hladu. Nakonec měli respondentky vyplnit Bratmanův dotazník, aby se zjistilo, zda zaujímají normální postoje ke svému stravování, nebo se u nich rozvíjí posedlost v této oblasti.

Z celkového počtu pokusných osob, jich 26 (tedy 9,3 %) trpělo podváhou, 204 žen (72,6 %) mělo normální tělesnou hmotnost, 48 (17,1 %) bylo v pásmu nadváhy a pouze 3 (1 %) nutriční terapeutky trpěly obesitou.

Mentální ortorexíí trpělo dle výsledků z celkového počtu zkoumaných žen 36 (**12,8 %**), určité ortorektické tendence byly zaznamenány u 99 (34,9 %) respondentek.

Zajímavostí byla bezesporu i skutečnost, že z celkového počtu zkoumaných nutričních terapeutek 13 (4,6 %) uvedlo, že v minulosti trpělo mentální anorexií, 10 (3,5 %) se potýkalo s mentální bulimií a 3 (1,1 %) uvedly zkušenost se záchvatovitým přejídáním. Z výsledků také vycházelo, že respondentky trpící v současné době mentální ortorexíí, trpěly již v minulosti

jinou poruchou příjmu potravy mnohem častěji než respondentky, které nevykazovaly žádné sklony k mentální ortorexii.

Autoři této studie došli k závěru, že mentální ortorexie se může u nutričních terapeutek vyskytovat častěji než je tomu u běžné populace. Do jisté míry to může být způsobeno jejich zaměstnáním, ve kterém jsou denně vystaveny konfrontaci se zdravým jídelním stylem, různými dietami a informacemi o správné výživě. Mnohdy si také tyto ženy vyberou obor nutriční terapie, protože už nějakou formou poruchy příjmu potravy trpí a domnívají se, že by to mohl být způsob řešení jejich problému.

Výzkum zaměřený na zjištění výskytu mentální ortorexie u vybraného vzorku lékařů (Bosi et al., 2007).

Cílem turecké studie publikované roku 2007 bylo zjistit prevalenci MO mezi rezidentními lékaři na Lékařské Fakultě v Ankaře a zároveň navrhnou určité diagnostické kroky, jež by mohly vést k odhalení mentální ortorexie. Autoři výzkumu opět vycházeli z konceptu mentální ortorexie jako poruchy založené na přítomnosti obsesivně-kompulzivních rysů osobnosti.

Výzkumný soubor se skládal z 318 lékařů (více jak polovinu, tedy 53,1 % tvořili muži), napříč všemi obory. Věk se pohyboval v pásmu $27,2 \pm 2,9$ let. Respondenti nejprve vyplnili dotazník mapující socio-demografické životní okolnosti, dále jejich denní nutriční příjem, fyzické aktivity, kritéria, kterými se řídí při výběru jídla a potravin a také jaký má tato volba vliv na jejich životní styl, aby tak autoři získali přehled o výskytu zvýšené citlivosti na výběr nutričně vhodného a zdravého jídla. Respondenti též udávali svoji výšku a váhu, z těchto údajů byl u každého respondenta vypočítán jeho BMI. Více než polovina (65,7 %) výzkumného souboru měla odpovídající tělesnou hmotnost. 20,1 % mužů a 38,9 % žen z řady zkoumaných lékařů udávalo, že různé zdravotní programy či systémy ovlivňují jejich výběr jídla. Jako hlavní diagnostický nástroj byl použit dotazník *ORTO-15*, přičemž byla dodržena hranice 40 bodů, pod kterou byl již daný jedinec vyhodnocen jako ortorektik či osoba mající vysoké tendence k rozvoji závislosti na zdravém stravování.

V této studii byl ve výsledcích zachycen signifikantní rozdíl mezi pohlavím, co se týče kontroly tělesné hmotnosti a konzumace nízkokalorických jídel (u žen tato tendence vyšší). V dotazníku *ORTO-15* se průměrné skóre pohybovalo v rozsahu $39,8 \pm 0,22$ a nebyl

zaznamenán významný rozdíl mezi oběma pohlavími, ačkoliv nepatrně nižší skóre bylo zaznamenáno u žen. Celkem 45.5 % respondentů skórovalo v ORTO-15 pod hranicí 40 bodů a tudíž byli vyhodnoceni jako osoby trpící mentální ortorexií, či osoby, které vykazují vysoce citlivé chování v oblasti stravovacích návyků. Tuto skupinu tvořili spíše ti lékaři, kteří udávali, že se zvýšeně zajímají o kvalitu jídla, které kupují, dále také osoby nakupující samy, respondenti, kteří nahrazují obědy a jiná teplá jídla saláty či ovocem, nebo také ti, kteří si pečlivě kontrolují obsah, složení či spotřební lhůtu u kupovaných potravin. Naopak skóre v ORTO-15 se zvyšovalo s růstem BMI, s čímž se tedy i snižovalo riziko rozvoje MO.

Autoři rozebírají poměrně vysokou prevalenci MO ve svém výzkumu a domnívají se, že je to ovlivněno především výběrem výzkumného vzorku, který se skládal výhradně z lékařů. Toto povolání může být z mnoha hledisek významným faktorem při vzniku MO, neboť medikové díky svému vzdělání a každodennímu střetávání se s mnoha informacemi o zdraví, mohou spíše inklinovat ke zvýšené citlivosti až posedlosti na správné výživě. Dalším velice pozoruhodným zjištěním byla skutečnost, že na 20 % mužů a 38,9 % žen udávalo, že jsou velice často ve výběru jídla ovlivňováni masmedii, což nepodporuje teorii, že více vzdělaní lidé, jakými lékaři pracovníci bezesporu jsou, bývají obecně více odolní tlaku masmedií.

Za posledních 10-15 let se téma zdravé výživy v Turecku velmi rozšířilo a dostalo do zájmu veřejnosti. Navíc mnoho obyvatel Turecka pohlíží na zdejší lékaře jako na své vzory, co se týče fyzického vzhledu ale právě i životního stylu. Rezidentní lékaři, ale i výzkumní pracovníci v nemocnicích v Turecku jsou považováni za ty z nejúspěšnějších v této zemi a jsou na ně obecně kladeny velké nároky, což samo o sobě může u těchto jedinců vést k rozvoji různých psychických poruch.

Tato studie taktéž poukazuje na stoupající zvýšeně citlivé až obsesivní postoje vůči zdravému stravování, které se v poslední době stává jedním z nejdůležitějších nástrojů ovlivňující veřejné zdraví. Výzkum má však také určitá omezení. Je to například skutečnost, že vybraný zkoumaný vzorek vykazoval vyšší hranici vzdělání, než je tomu u běžné populace v Turecku a že tento vzorek byl tvořen výhradně experty z lékařského prostředí, jež bývají v rámci svého studia vzdělávání dobře i v oblasti zdravé výživy. Navíc byl použit dotazník *ORTO-15*, u kterého v té době nebyla ještě potvrzena validita a spolehlivost.

Vliv sociální tělesné úzkosti a sociokulturních postojů vůči vzhledu na vznik mentální ortorexie u návštěvníků fitness (Eriksson, Baigi, Marklund, & Lindgren, 2008).

Švédský výzkum z roku 2007 se zaměřil na to, jak skóre na *škále sociální tělesné úzkosti* SPAS (*Social Physique Anxiety Scale*) a skóre dosažené v *dotazníku sociokulturních postojů vůči vzhledu* SATAQ (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire*) může souviset s výsledky v Bratmanově testu zaměřeném na mentální ortorexii. V potaz byly brány i proměnné jako byl věk, pohlaví, frekvence a délka pohybových aktivit dle vlastních výpovědi jednotlivých respondentů.

Podnětem k této studii se stala mimo jiné i skutečnost, že návštěvnost fitness center ve Švédsku se od roku 2001 podstatně zvýšila. Ideologie těchto center je totiž často spojována se snahou zlepšit svoji fyzickou kondici a tělo zde začíná být pojímáno jako jakýsi „projekt“. (Eriksson, Baigi, Marklund, & Lindgren, 2008) Atraktivní vzhled sice nestačí primárně k tomu, aby byl člověk svým okolím dobře přijímaný, ale je to určitý klíč k mnohem více vzrušujícímu životnímu stylu, který s sebou samozřejmě přináší více zapojení se do sociální dění, vnímání obdivných pohledů druhých lidí ke své osobě, ale i pocity vyšší atraktivnosti.

Sociální tělesná úzkost, se kterou se v této studii pracovalo, je úzkostí, kterou někteří lidé prožívají, když jiní posuzují či hodnotí jejich postavu. Je to určitý druh sociální úzkosti, která je zvýšená především u těch, jež pochybují o svoji schopnosti se pozitivně prezentovat. Jedná se především o lidi, kteří jsou buď objektivně neatraktivní (jejich tělesný vzhled neodpovídá ideálu doby), nebo ti, kteří vnímají své tělo zkresleně (například lidé s poruchou *body-image*⁸). Sociokulturní postoje jsou pak jedním z nejvýznamnějších faktorů podílejících se na narušeném vnímání svého těla, zvláště pak u žen, které se často ocitají pod silným tlakem, aby jejich tělesný vzhled korespondoval s ideálem dané doby a společnosti. V posledních letech se však výrazně změnily i mužské postoje vůči vlastnímu tělesnému vzhledu. Některé studie zaměřené na vnímání ideálního tělesného vzhledu u mužů a chlapců ukázaly, že mnoho příslušníků mužského pohlaví vnímá štíhlé a vypracované tělo jako ukazatel dobré fyzické kondice a zdraví, zatímco těžkopádné a silnější tělo je spojováno s nedostatkem vůle a kontroly (Grogan, Richards, 2002 in Eriksson et al., 2008).

⁸ Body-image = vnímání vlastního těla, vztah ke svému tělu (Grogan, 2008).

Výzkumu se účastnilo celkem 251 návštěvníků švédských fitness center (166 žen a 85 mužů). Věkové rozhraní se pohybovalo od 17 do 62 let u mužů a od 17 do 76 let u žen. Většina mužů a zhruba polovina žen udávala, že cvičí 3x až 4x do týdne, muži průměrně 61-90 minut, zatímco ženy udávaly v průměru 46-60 minut cvičební aktivity.

Výsledky studie prokázaly především to, že vyšší frekvence cvičení (zejména u žen v tomto výzkumu) významně korelovala s vyšším počtem kladných odpovědí v Bratmanově dotazníku. Výsledky mimo jiné podpořily i předchozí zjištění, že vysoká frekvence cvičebních aktivit souvisí s patologickou kontrolou tělesné hmotnosti a s možným rozvojem poruch příjmu potravy. Jak zúčastněné ženy, tak muži, kteří měli vysoké skóre v *dotazníku sociokulturních postojů vůči vzhledu SATAQ*, zvláště pak v oblasti „*zvnitřnění*“, skórovali vysoko též v Bratmanově testu. Ono „*zvnitřnění*“ poukazuje především na tendence žen přijmout (či zvnitřnit) štíhlý ideál krásy západního světa, u mužů je to ideál svalnaté, vypracované postavy.

Hlavními nedostatky tohoto výzkumu byl opět nedostatečný diagnostický nástroj k prokazování mentální ortorexie, neboť Bratmanův sebesposuzovací dotazník neprošel validizací ani procesem ověření spolehlivosti. Otázky v tomto dotazníku jsou navíc citlivé i vzhledem k přítomnosti jiné formy PPP. Výsledky se týkají pouze vybraného výzkumného vzorku u specifické skupiny návštěvníků fitness center, a proto nemohou být generalizovány. Významným ukazatelem této studie bylo též odhalení toho, jak dalece mohou fitness centra ovlivňovat prezentaci zdravých návyků a postojů co se týče oblasti tělesného ideálu.

Ortorexia Nervosa a adaptace dotazníku ORTO-11 do Turečtiny (Arusoglu, Kabakci, Köksal, & Kutluay Merdol, 2008).

Studie, uskutečněná v roce 2008, se primárně zaměřila na výzkum psychometrických vlastností turecké verze dotazníku *ORTO-15*, který se používal k odhalení přítomnosti mentální ortorexie a ke zjištění souvislostí mezi touto poruchou, obsesivně-kompulzivními symptomy a některými demografickými odlišnostmi (viz první výzkum této kapitoly).

Výzkumný vzorek čítal na 994 účastníků (578 žen a 416 mužů) ve věku mezi 19 a 66 lety a délkou studia v trvání 5 až 48 let. Vedle dotazníku *ORTO-15* byl využit i *Maudsleyův dotazník Obsesivně-kompulzivních symptomů* (*MOCI- Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory*) a

Test Jídelních postojů 40 (EAT-40- *Eating Attitude Test- 40*), dále byly zaznamenány demografické informace, data ohledně výšky a váhy a také ideální váha. Respondenti byli zařazeni do různých skupin (dle věku, dle dosaženého vzdělání apod.) na základě výsledků a za využití faktorové analýzy se autoři rozhodli do nového dotazníku *ORTO-11* nezařadit 4 položky z původního *ORTO-15*. Tyto položky měly nízkou faktoriální hodnotu, zbylých 11 bylo vyhodnoceno jako statisticky uspokojivých. Dotazník *ORTO-11* byl následně použit k výzkumu souvislostí mezi výskytem mentální ortorexie, jídelními postoji a obsesivně-kompulzivními projevy. Z výsledků vyplynul vyšší výskyt této poruchy u ženského pohlaví. Index BMI hrál ve skórování v *ORTO-11* také významnou roli, ale pouze v souvislosti s pohlavím (toto se týkalo žen). Dalšími významnými faktory, ovlivňující dosažený výsledek v *ORTO-11*, byly i jídelní postoje a obsesivně-kompulzivní rysy.

V rámci této studie byly tedy psychometrické vlastnosti dotazníku *ORTO-11* ověřeny jako statisticky uspokojivé.

Studie zaměřená na výskyt mentální ortorexie mezi jevištními umělci v Turecku (Aksoydan & Camci, 2009).

Cílem studie z roku 2009 bylo zjistit prevalenci mentální ortorexie mezi jevištními umělci v Turecku, zejména členů Státní opery, baletu a symfonického orchestru na Bilkent University v Anakaře.

Výzkumný soubor se skládal z 94 umělců (39 mužů a 55 žen) v průměrném věku 33 let. Hlavním diagnostickým nástrojem se stal dotazník *ORTO-15* a respondenti skórující pod 40 bodů byli označeni jako jedinci trpící MO. To se v závěru týkalo 56,4 % všech respondentů zahrnutých do tohoto výzkumu. Nejvyšší prevalence byla zaznamenána u operních pěvců (81,8 %), dále pak u členů symfonického orchestru (36,4 %) a nejmenší u baletních tanečníků (32,1 %). Výsledky nebyly významně ovlivněny pohlavím, věkem, hodnotou BMI, úrovní vzdělání, pracovní zkušeností či kouřením nebo mírou konzumace alkoholu. Výzkumný soubor měl však oproti běžné turecké populaci vyšší úroveň vzdělání i vyšší socio-ekonomický status.

Výsledky tohoto výzkumu poukazují na skutečnost, že podobně jako je tomu u tureckých lékařů, jsou i umělci v této zemi považováni za jakési vzory, co se týče fyzického vzhledu ale i životního stylu, což může být příčinou vyšší citlivosti k rozvoji zmiňované poruchy.

Studie zaměřená na jídelní chování a poruchy příjmu potravy u studentů nutričních věd (Korinth, Schiess, & Westenhofer, 2009).

Německá studie se zaměřila na hned na několik výzkumných cílů. Autoři v čele s Korinthovou se pokoušeli zjistit, zda platí skutečnost, že by studenti nutričních oborů vykazovali do jisté míry narušené jídelní zvyklosti častěji než studenti jiných oborů. Výzkum byl zaměřený i na sledování toho, jak mohou vyšší znalosti dosažené v oboru nutričních věd ovlivnit postoje ke správnému stravovacímu chování, či zda přímo neovlivňují vznik nezdravé posedlosti zdravým jídlem. Ve studii šlo tedy jinými slovy také o to, zda se jídelní chování či určité narušené jídelní zvyklosti během doby studia nutričních věd zvyšují a zhoršují a zda se s růstem znalostí v tomto oboru studenti více orientují na volbu zdravých potravin.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 219 studentů nutričních oborů (195 žen a 24 mužů). 123 respondentů bylo z prvních ročníků studia, 96 studentů byli frekventanti již vyšších ročníků (7. semestr a vyšší). Kontrolní skupinu tvořilo 114 studentů (99 žen a 15 mužů) z jiných vědních oborů.

Použité výzkumné metody se soustředily především na odhalení dietních omezení, výběr jídla v oblasti zdravé výživy a na tendence k mentální ortorexii. Studenti obdrželi nejprve krátký dotazník týkající se osobních údajů, jako byl věk, pohlaví, studijní program a semestr, ve kterém právě studovali. Dále byla použita škála dietních omezení a škála z *Dotazníku Stravovacího Chování (Eating Behaviour Questionnaire)*, která je německou adaptací známějšího *Tří-faktorového Stravovacího Dotazníku (TFEQ- Three-factor Eating Questionnaire)*. K odhalení ortorektických tendencí byl použit Bratmanův dotazník. Jako poslední byl předložen krátký dotazník sestávající se z 21 jídelních skupin, aby se mohlo zhodnotit, do jaké míry se respondenti stravují zdravě.

Výsledky prokázaly signifikantně vyšší výskyt dietních omezení u studentů nutričních věd, než u kontrolní skupiny. Dietní omezení se u studentů ve vyšších ročnících významně snižovaly a to u obou skupin. Nicméně studenti vyšších ročníků nutričních věd věnovali více

pozornosti zdravému výběru jídla, než jejich vrstevníci z kontrolní skupiny. U nižších ročníků se stravovací návyky mezi oběma skupinami významněji nelišily. Tendence k mentální ortorexii se ale projevovaly bez významnějších rozdílů stejně u studentů nutričních věd, jako u kontrolní skupiny. U studentů nutričních věd se však tyto tendence s pokročilostí studia snižovaly.

Autoři v diskusi shrnují své závěry tak, že studenti nutričních věd dodržují častěji různá omezení v jídle a snaží se tak udržovat svou tělesnou hmotnost více než je tomu u studentů jiných oborů, avšak nevykazují statisticky častěji určité narušené stravovací chování než studenti ostatních oborů. Jednoduše řečeno, masivní a rozsáhlý přísun informací a vzdělání v nutriční výživě má dle této studie spíše mírný efekt na příjem potravy a naopak se ukázalo, že studenti těchto oborů jsou odolnější vůči rozvoji posedlosti v oblasti jídelního chování.

Nedostatkem studie byl především výběr studentů výhradně z Německých univerzit a výsledky nemohou být brány jako relevantní v jiných státech. Druhým omezením pak byl výběr studentů z nižších a vyšších ročníků. Autoři shledávají, že longitudinální výzkum by byl v tomto vhodnější.

3.8. Mentální ortorexie jako forma závislého chování

O podobnosti mentální ortorexie a určitého způsobu závislého chování hovoří i autor pojmu označující chorobnou posedlost na zdravém stravování Steven Bratman (2000). Ve své knize přímo uvádí, že mentální ortorexie je v podstatě závislost na zdravém jídle. Mnoha lidem se může jevit označení „závislost“ jako nepatřičné, neboť si ho většinou začnou spojovat s negativními aktivitami, jako je například užívání drog. Stejně jako Bratman se však domníváme, že závislost může vzniknout i na primárně „dobrých“ věcech (např. *workoholismus*⁹).

Samozřejmě u mentální ortorexie a u poruch příjmu potravy obecně nebudeme moci pozorovat syndrom závislosti, jako takový, který se týká především závislostí na psychoaktivních látkách

⁹ Workoholismus je duševní porucha, která je (zatím pouze pracovně- nikoliv oficiálně klasifikačně) zařazována dle MKN-10 mezi tzv. *Jiné návykové a impulzivní poruchy (F 63.8)*. Jedná se o chorobnou závislost na práci (Faldyna, Bouček, 2006, s. 196).

či alkoholu. Prvky závislosti, jaké popisuje například Bratman u mentální ortorexie, odkazují spíše na tzv. **návykové a impulzivní poruchy osobnosti** (F 63, například *patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie apod.*), kdy jedinec nedokáže ovládnout své impulzy, nutkání či touhu k určitému jednání, které většinou poškozuje jeho samého či jeho okolí. Lidé postižení těmito poruchami cítí často silné úzkosti a napětí, než mohou danou činnost, akt, provést. Při samotném jednání se dostavuje pocit slasti i úlevy (Faldyna, Bouček, 2006).

Terapeutka Ellen Montague popisuje v Bratmanově knize, jaké prvky závislého chování se mohou u jedince s mentální ortorexií objevovat, stejně jako u jakéhokoliv jiného druhu závislosti. (Montague in Bratman, 2000, s. 44):

- Neustálé obsesivní myšlenky na danou věc, činnost (v tomto případě zdravé a vhodné potraviny).
- Jedinec zažívá pocity štěstí a uspokojení pouze v tom případě, že jedná v souladu se svou obsesí (tedy spravuje se tak, jak si předsevzal).
- Všechny své původní zájmy a koníčky obětuje či směřuje k oblasti své závislosti (posedlosti).
- Před ostatními lidmi svoje obsesivní myšlenky udržuje v tajnosti, nebo je často zesměšňuje a podhodnocuje.
- Jedinec si nepřipouští, že by mohl mít nějaký problém a jakékoliv náznaky poukazující na možný problém popírá.
- Je neadekvátně citlivý na jakékoliv poznámky, které upozorňují na jeho možný problém.
- Sociální vazby se eliminují a jedinec se ocitá ve společenské izolaci.

Bratman v podstatě tyto prvky závislosti u mentální ortorexie potvrzuje, až na jeden, kterým je udržování své závislosti v tajnosti. Na rozdíl od jiných druhů závislostí má člověk s mentální ortorexií tendence se až „vychloubat“ tím, že se správně a zdravě stravuje a rád staví tuto svoji schopnost přísné sebekontroly na odiv (Bratman, 2000).

Obecně poruchy příjmu potravy srovnává s jinými formy závislosti ve své knize i Krch (2005), který vysvětluje, že stejně jako u abúzu psychoaktivních látek, se i u PPP můžeme setkat se zvýšenou impulzivitou, nutkavostí, nezdrženlivostí či s oslabením sebekontroly. Jako

i jiné závislosti, jsou i poruchy příjmu potravy spojeny s nepřiměřeným zaujetím danou činností či věcí, kterou může být tvrdá droga, ale stejně tak i jídlo. A mnozí další autoři sdílejí tento názor. Například Wilson (1991 in Krch., 2005, s. 76), pokládá mentální bulimii, podobně jako alkoholismus, za určitou formu závislosti. Swift (1995 in Krch, 2005, tamtéž) zase vysvětluje, že jak PPP, tak jiné závislosti mohou poukazovat na společné predispozice k impulzivité a že například regulace požívání alkoholu je řízena podobnými mechanismy jako příjem potravy.

Pokud by platila teorie, že člověk prožívající existenciální frustraci bude mít větší sklony k závislému chování, což je tedy i jeden ze způsobů, jak lze nahlížet na koncept mentální ortorexie, pak by se v rámci našeho výzkumu mohly do určité míry potvrdit některé hypotézy zaměřené na tuto problematiku, zejména pak negativní korelace mezi celkovou prožívanou smysluplností života daného jedince a jeho sklony k mentální ortorexii.

4. Praktická část

4.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Po teoretické části, ve které jsme věnovali pozornost dvěma velkým kapitolám, prožívání smysluplnosti života a poruchám příjmu potravy, konkrétně mentální ortorexii, se dostáváme k praktickému výzkumu, jehož hlavním záměrem bylo zjistit vzájemný vliv obou zmíněných témat u skupiny adolescentů.

4.1.1. Cíle výzkumu

- Zjistit prevalenci mentální ortorexie u vybraného vzorku adolescentů.
- Ověřit, zda pohlaví významněji ovlivňuje výskyt projevů mentální ortorexie u vybraného vzorku.

Na základě teoretických poznatků, které jsme zmínili již v předchozí části práce (konkrétně kapitola 3.7) je možné se domnívat, že se bude mentální ortorexie, na rozdíl od jiných forem poruch příjmu potravy, vyskytovat rovnoměrně u mužů i u žen. Některé výzkumy dokonce poukázaly na vyšší prevalenci této poruchy u mužů (např.: Doniniet al., 2005), jiné však tento trend nepotvrdily a spíše zjistily nevýznamný rozdíl v projevech mentální ortorexie u mužů a u žen (např.: Bosi et al., 2007).

- Zhodnotit, do jaké míry prožívaná existenciální frustrace či nedostatek smyslu života u adolescentů ovlivňuje přítomnost projevů mentální ortorexie u tohoto vzorku.

Opět vycházíme z teoretických i výzkumných poznatků (kap. 1.3.2), které dokládají vliv existenciální frustrace či vliv nedostatku smyslu v životě na vznik různých psychických poruch, které v tomto případě mohou být určitým kompenzačním chováním, reakcí na absenci životní smysluplnosti. Dalším východiskem je, jak již bylo zmíněno (kap. 1.5.2), souvislost mezi nedostatečně prožívanou životní smysluplností a sklonům k závislému chování, které se může projevit i ve formě mentální ortorexie.

- Zjistit možné souvislosti mezi určitými psychickými projevy (pocity viny, vyčítání si, nutkavé myšlenky apod.) jedince inklinujícího k poruchám příjmu potravy (MO) a

nižším či naopak vyšším skóre ve vybraných škálách ESK (metoda orientovaná na výzkum životního smyslu).

V případě ověřování tohoto cíle jsme vycházeli jednak z dříve popsanych psychických projevů mentální ortorexie (kap. 3.3.1.) a následně z interpretace jednotlivých škál ESK (kap. 4.3.2. *ESK- Existenciální škála*), neboť nízké, ale naopak i velmi vysoké skóre dosažené na určité škále tohoto dotazníku poukazuje na možné, do jisté míry narušené psychické vlastnosti a projevy jedince. Více k interpretaci jednotlivých oddílů ESK uvádíme v kapitole 4.3.2. a v diskuzi k tomuto výzkumu.

4.2. Výzkumné hypotézy

H1: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu projevů mentální ortorexie u mužů a u žen.

H2: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.

H3: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou SEBEODSTUPU (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.

H4: Existuje statisticky významná korelace mezi mírou ODPOVĚDNOSTI (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.

4.3. Aplikovaná metodika

4.3.1. Typ výzkumu

Pro účely této studie byl zvolen kvantitativní přístup výzkumu, což je metodologický přístup, který je standardizovaný a pracuje s proměnnými (znaky), jež měří určité vlastnosti (veličiny) (Kvantitativní výzkum, nedat.). Zvolený přístup výzkumu byl v rámci této práce použit vzhledem k deduktivnímu charakteru našeho zkoumání a vzhledem k tomu, že u zkoumaných objektů jsme se soustředili pouze na námi vybrané aspekty, a povaha dat, která bylo možné pro výzkumný účel získat, byla numerická. Naš výzkum měl charakter korelační studie

v kombinaci s dotazníkovým šetřením za použití standardizovaného metodologického nástroje (v případě škály ESK).

4.3.2. Použité diagnostické nástroje

V rámci našeho výzkumu jsme se rozhodli přistoupit k diagnostickým metodám, které je možné využít ke zjištění míry existenciální frustrace a prožívané smysluplnosti života a k metodám, jež by dokázaly odhalit přítomnost projevů mentální ortorexie. V prvním případě padla volba na ESK- Existenciální škálu (Längle et al., 2001), v druhém případě byl použit Bratmanův sebesposuzovací dotazník mentální ortorexie (Bratman, 2000).

K našim výzkumným účelům bylo zapotřebí též zjištění pohlaví a věku respondentů. Tyto údaje byly vyplňovány v rámci ESK.

ESK - Existenciální škála (Längle et al., 2001)

Touto metodou zaměřenou na zkoumání životní smyslu jsme se okrajově zabývali již v teoretické části v kapitole věnované metodám výzkumu životní smysluplnosti. „ESK je sebesposuzovací dotazník, jež měří kompetenci osoby zacházet s sebou a světem, což lze také označit jako *kompetenci člověka k existenci*“ (Längle et al., 2011, s. 17). Míra existenciální frustrace není primárně testovaným jevem, avšak tato škála je založena na 4 osobně-existenciálních faktorech a klade si za úkol zjistit, jak se tyto faktory podílí na naplněnosti smyslu života, na jeho kvalitě, ale i na zdraví, zvládnání nemoci či utrpení i na pracovní výkonnosti. Tento test tedy ještě nevypovídá přímo o přítomnosti psychického či somatického onemocnění, ale pokud se výsledné skóre pohybuje v podprůměrných (i naopak nadprůměrných) pásmech, je pravděpodobnost duševních či tělesných poruch větší. ESK je tedy metodou, která umožňuje dozvědět se více o míře a kvalitě duševního zdraví, ale i o duševní nemoci v kontextu naplnění smyslu a kvality života.

K volbě této metody jsme přistoupili tedy především z toho důvodu, že přesto že se dá na existenciální frustraci pouze usuzovat z nízkých celkových skóre, dosažením určitých výsledků v jednotlivých škálách ESK je možno potvrdit určité psychické projevy či osobnostní rysy spojené přímo s přítomností poruch příjmu potravy (například nízké skóre ve škále *sebeodstupu* = zabývání se sám sebou v podobě např. nutkavých a automatických myšlenek, soustředěnosti na vlastní city, přání, vyčítání si atd.; což jsou mimo jiné psychické projevy

objevující se též u postižených PPP). ESK pomáhá stanovit profil „existenciální situace“ daného jedince, díky němuž se nám odhalí jeho silné ale i slabé stránky. V minulosti byla tato metoda takto použita například u lidí závislých na alkoholu či na drogách (např. Děvčicová, Grškovicová, 1992 či Kohlerová, 1993 in Längle et al., 2001).

Jak již bylo řečeno, dotazník se tedy sestává ze čtyř dílčích stupnic, které dohromady čítají 46 položek. Sloučením dvou a dvou stupnic navíc vznikají další dva faktory vyššího řádu (viz níže uvedené). Jednotlivé stupnice vycházejí z Franklova pojetí smysluplnosti života, neboť slouží k „získávání konkrétních měř *osobně-existenciální* či *duchovní dimenze* člověka, kterou Frankl nazývá tzv. *noickou dimenzí*“ (Längle et al., 2001, s. 15). V případě ESK nezávisí tolik na aktuální náladě probanda, avšak v depresích klesají výsledky u jednotlivých stupnic až o 20 bodů.

Nyní předkládáme stručný popis jednotlivých škál včetně jejich interpretací. Zhodnotili jsme však, že pro cíle našeho výzkumu budou relevantní především škály OS, OD a CS, u nichž nízké skóre (u škály OD pak vysoké) spíše poukazuje na možnou přítomnost PPP.

SO - škála SEBEODSTUPU, SEBEDISTANCE (8 položek)

Tento faktor se týká schopnosti vytvořit si odstup vůči sobě samému, tedy schopnost odpoutat se od svých přání, cílů, záměrů a vnímat svět nezkresleně. Tato škála měří tedy to, zda se člověk dokáže odpoutat od vlivu svých vnitřních pochodů a hledisek, jež vůči světu zaujímá a hodnotit tak přítomnou skutečnost jasně a bez zaujetí.

Dimenze „*sebeodstupu*“ je tvořena dvěma pomyslnými póly. Na jedné straně je to „nedostatek vnitřního prostoru a upoutanost na sebe“, na druhé straně leží „velký vnitřní prostor a odstup vůči sobě, tedy jakási věcnost“.

Pokud jedinec ve škále SO skóruje nízko (pod 26 bodů), vypovídá to o jeho nedostatečném odstupu vůči sobě samému. Příčin může být hned několik od nezralosti, přes vnitřní konflikty a traumata až po spoutanost například vleklými nedostatky či nespokojenými potřebami. Člověk, jenž se nadměrně zabývá sám sebou někdy až do stavu automatických až nutkavých myšlenek, bývá předpojatý, dochází u něho k selektivnímu vnímání. U lidí, jež navíc trpí

nějakým úzkostným onemocněním, se může úzkost vlivem narušeného vnímání sebeodstupu ještě prohlubovat a zhoršovat.

Na druhou stranu velmi vysoký výsledek v této škále (nad 43 bodů) sice značí, že jedinec dokáže dobře vytvořit odstup od sebe samého, ale naopak se může objevit přehlížení až popírání vlastních potřeb.

Pokud je ze všech škál vysoká pouze hodnota SO, a zbývající škály vykazují naopak střední až nízké hodnoty, pak lze uvažovat u daného jedince o určité kompenzaci nějaké chronické duševní poruchy.

SP - škála SEBEPŘESAHU, SEBETRASCENDENCE (14 položek)

Dimenze SP si klade za cíl zjistit úroveň citové angažovanosti a přístupnosti, zda člověk dokáže vnímat hodnoty a zřetelně citově prožívat. Škála měří například i schopnost vcítění se do druhých lidí, schopnost vnímat své vnitřní pohnutky a to, zda má jedinec nějaké vztahy ke svému vnitřnímu prožívání.

Na jednom pólu dimenze SP se tedy nachází „*citová nevázanost*“ na druhém pólu pak „*citová oslovitelnost a angažovanost*“.

Škála SP je vzájemně propojená s předchozí škálou SO, neboť schopnost „*sebeodstupu*“ je předpokladem k úspěšnému „*sebepřesahu*“.

Nízký výsledek dosažený ve škále SP (pod 58 bodů) vypovídá o emoční chladnosti i vztahové chudosti. Takový člověk nejen že žije víceméně účelově a věcně, ale je neschopný vycítit hodnoty, tudíž pak s většími obtížemi rozpozná, co je pro něho dobré a co ne. Má problémy s vnímáním citů i s jejich projevováním navenek.

Naopak, velmi vysoký výsledek v SP (nad 81 bodů) může být též pro jedince překážkou, neboť ho jeho citová angažovanost a ovlivnitelnost lehko ovládá. To se nemusí stát, pokud má zároveň vysokou hodnotu SO a dokáže si udržet patřičný odstup.

SV - škála SVOBODY (11 položek)

Škála SV měří schopnost člověka samostatně se rozhodovat, volit z možností, které život přináší, tvořit si osobní názory i schopnost dokázat si uspořádat své hodnoty a podle toho jednat.

I tato škála má dvě protilehlé strany. Na jedné straně najdeme „*neschopnost činit rozhodnutí*“, na straně druhé pak „*pocit jistoty v rozhodování*“.

Pokud člověk v této škále skóruje nízko (pod 37 bodů) necítí se silně a jistě ve svém rozhodování. Příčin tohoto stavu je více. Některé příčiny mohou například pramenit z určitých osobnostních vlastností (jako je úzkostná reaktivita, kdy se člověk natolik obává selhání či chyb, že vzniká nedostatek sebedůvěry k potřebnému rozhodování; nebo můžeme hovořit o depresivní reaktivitě, kdy za nízkým skóre v SV stojí nedostatek životního elánu; dále je to například také vývojově utlumená, hysterická reaktivita, kdy si daný jedinec nedokáže zvolit z mnoha možností, cítí se vnitřně rozpolcený; a konečně za nízkým skóre může stát i nerozvinutá existencialista, kdy je člověk fatalisticky přesvědčen, že jeho rozhodnutí stejně nemají žádný smysl a k ničemu by nevedla, u této reaktivity nejčastěji vznikají různé druhy závislostí).

Naopak velmi vysoké skóre (nad 58 bodů) u dimenze SV vystihuje člověka, jenž má tendence k panovačnosti, přehnanému kritizování, za čímž může stát strach z omezování či vázanosti. Tito lidé jsou pak raději sami a vyhýbají se těsnějším vztahům.

OD - škála ODPOVĚDNOSTI (13 položek)

Škála odpovědnosti měří jedincovu ochotu i schopnost angažovat se pro určité osobní úkoly či hodnoty, přičemž toto jednání je většinou doprovázeno pocitem závaznosti, či povinnosti. Faktor odpovědnosti je velmi důležitý pro vytvoření stabilního sebehodnocení jedince.

Na jednom pólu této škály se nachází „*nezávaznost, lehkomyšlnost*“, na opačném pólu je to „*osobní angažovanost či „vědomí povinnosti*“.

Lidé dosahujících ve škále OD nízkých hodnot (pod 41 bodů) většinou cítí jen malé množství odpovědnosti za sebe. Längle toto výstižně popisuje jako skutečnost, kdy se danému člověku

život pouze „děje“, kdy jej prožívá, jako nepřipustný vlastní vůli (2001, s. 42). Příčiny mohou, podobně jako u škály SV, pramenit opět z různých osobnostních vlastností (úzkostná reaktivita- člověk se bojí života a jeho nástrah, potřebuje jistoty, řád, podporu, apod.; depresivní reaktivita- člověk se obává výčitek, pocitů viny z možných závazků; vývojově utlumená, hysterická reaktivita- strach ze závazků, který vede až k lehkomyšlnému chování).

Velmi vysoké skóre ve škále OD (nad 70 bodů) se může objevit u lidí s velmi silným vědomím odpovědnosti, pokud je hodnota na škále SV také vysoká, pak se jedná o autentické jednání. Pokud je však hodnota OD takto vysoká a hodnota na škále SV současně nízká, může se jednat spíše o nacvičené vědomí povinnosti, které vzniká vlivem výchovy, úzkosti apod.

Složené škály ESK

P – škála PERSONALITY, či také OSOBNÍ FAKTOR

Součtem hrubých skóru ze škál SO a SP vzniká hrubý skór škály P, což je jedna ze dvou složených stupnic tohoto testu.

Stupnice P se snaží postihnout stupeň rozvoje osobní stránky člověka, jež se projeví především v otevřenosti vůči světu a také emočním přijímáním sebe samého.

Opět jsou zde dva póly. Na jedné straně stupnice P hovoříme jednoduše o „*uzavřenosti*“, na druhé pak o „*otevřenosti*“.

Nízký výsledek (pod 86 bodů) naměřený v této škále může svědčit o velké uzavřenosti daného jedince, což může být dáno dočasnou nezralostí, ale i přehnaným zabýváním se sám sebou. Možnou příčinou by mohl být i určitý ať už kognitivní či emoční defekt. Takoví jedinci mají též výraznější sklony reagovat na různé zátěže psychosomaticky.

Naopak vysoké skóre (nad 123 bodů) ve škále P se u daného člověka projevuje jako zranitelnost a přecitlivělost (tzv. „*impresionistický styl vnímání*“ - silné emocionální reakce na smyslové dojmy i vnější podněty).

Pokud je v rámci této škály zaznamenán současně vyšší výsledek SO než SP, pak to vypovídá o jakési odtazitosti vůči sobě samému a přehlížení vlastní emocionality (tzv. „*kognitivní životná styl*“ - často u úzkostných stavů a histrionských tendencí).

Pokud je naopak vyšší hodnota SP než hodnota u SO, převládá naopak silné vnitřní prožívání, výrazná schopnost vcítění se a také problémy s utvořením si potřebného odstupu (tzv. „*emocionální životní styl*“ - převládá u jedinců se sklony k depresím a k vyčerpání).

E - škála EXISTENCIALITY či také EXISTENCIÁLNÍ FAKTOR

Kombinací zbylých dvou základních škál SV a OD, vzniká druhá složená stupnice, která se snaží postihnout „*existenciální faktor jedince*“, tedy jeho schopnost rozhodovat se, umění vyznat se ve světě a aktivně vstupovat do jeho dění. Jde tedy do jisté míry o protiklad ke stupnici P, která měří schopnost člověka vycházet sám se sebou- tedy je zaměřená na „*vnitřní svět*“ jedince. Poruchy spojené se skórováním v této oblasti odkazují spíše na neurotické potíže, než na poruchy osobnosti.

Jedním pólem stupnice E je tedy „*nerozhodné pasivní vedení života*“, druhým pak „*odhodlané vstupování do světa*“.

Nízký výsledek v této škále (pod 81 bodů) svědčí především o nerozhodném, utlumeném stylu života, jež se vyznačuje například nejistotou „*existenciální místa*“, nejistotou nad tím, kam vlastně člověk patří. Takoví jedinci jsou často uzavření, otažití, ale mohou být i nevázaní, bez plánů v životě apod.

Pokud je výsledek dosažený ve škále SV navíc vyšší než výsledek ve škále OD, můžeme sledovat sice jakousi snahu jedince vstupovat do dění světa, avšak doprovázenou pocitem nesvobody a svázaností povinnostmi („*povinnostní životní styl*“). Tyto projevy mohou praměni z depresivních stavů.

Při velmi vysokém skóre ve škále E (nad 127 bodů) je daný jedinec rozhodný a dle své vůle a dobrovolně se angažuje v okolní dění, aktivně přistupuje k vnějšímu světu. Člověk jedná autenticky a za svými rozhodnutími si stojí („*angažovaný životní styl*“).

Výsledný skór stupnice ESK

Součtem hrubých skórů u stupnic P a E dostaneme výsledný skór celé metody ESK, tzv.:

CS - CELKOVÝ SKÓR či škálu PROŽÍVANÉ SMYSLUPLNOSTI

Tato složená stupnice popisuje schopnost jedince dobře vycházet jak se sebou samým a svým vnitřním prožíváním, tak i schopnost aktivně se vypořádávat s vnějším světem a jeho nároky, vybírat a realizovat hodnoty, které jsou pro něho důležité a které mu život nabízí.

Pokud je *personalita* i *existencialista* dobře rozvinuta, má jedinec reálnou šanci na prožívání životní smysluplnosti, tedy na pocitování toho, co Frankl nazývá „*existenciálním smyslem*“ a který si často uvědomujeme až poté, co ho v životě postrádáme (Frankl in, Längle et al., 2001, s. 45).

Celkový nízký výsledek dosažený ve škále CS (pod 169 bodů) vypovídá o nenaplněném smyslu života; mohli bychom říci o „*existenciální frustraci*“ daného subjektu. To pramení především z jedincovy neschopnosti se více angažovat, z jeho uzavřenosti, emoční plochosti apod. Pod tíhou určitých problémů se u něho může rozvinout duševní porucha daleko snadněji než u lidí s vysokým výsledkem na této stupnici. Většina těžších duševních poruch se vyznačuje sníženým výsledkem na této škále. Celkově nízký skóre ve škále CS byl potvrzen například u silných závislostí.

Při kombinaci vyššího skóre ve škále P a nižšího skóre ve škále E člověk většinou dokáže dostatečně intenzivně prožívat svůj vnitřní citový život, avšak v jednání na venek působí utlumeně. Tato kombinace může vypovídat o sklonech k rozvoji depresivních poruch.

V opačném případě, pokud je skóre ve škále P nižší než ve škále E, je jedinec naopak schopný dobře jednat navenek, ale mívá problémy v zacházení se sebou samým a svým vnitřním prožíváním. V tomto případě můžeme usuzovat na sklony k rozvoji některých poruch osobnosti, například hraniční typ poruchy osobnosti.

Člověk dosahující velmi vysokého skóre v celkové stupnici CS (nad 249) bodů je na jednu stranu velmi otevřený, ochotný, nemá problémy v rozhodování se a je si plně vědom svých povinností. Na druhou stranu může vysoké skóre vypovídat i o přísnošti a náročnosti životního stylu takového jedince, který nemá díky vysokým nárokům na sebe tolik prostoru pro spontánní užívání si.

Některé významné kombinace skóre u jednotlivých stupnic ESK

V případě ESK bychom neměli jednotlivé stupnice této metody považovat za zcela autonomní a nezávislé jednotky, neboť stupnice jsou vůči sobě v určitém vzájemném poměru. Nyní poukážeme na některé specifické vztahy mezi jednotlivými škálami ESK.

Jedním z významných vztahů je bezesporu souvislost mezi stupnicí měřící „*sebeodstup*“ (SO) a stupnicí snímající „*sebepřesah*“ (SP). Pokud člověk vůči sobě nezaujímá dostatečný *sebeodstup* nemůže u něho docházet ani k pravému *sebepřesahu*. Kombinace nízkého skóre v SO a přesto vysokého skóre v SP nevede k potřebnému naplnění v životě, ale naopak může skončit vyčerpáním (nebo tzv. *burn-out*-syndromem vyhoření)

Podobně je tomu u škál „*svobody*“ (SV) a „*odpovědnosti*“ (OD), neboť odpovědnost bez prožívané svobody nebude nikdy spontánní, ale spíše bude doprovázena pocitem spoutanosti, kdy daný jedinec jedná pod nátlakem povinností, které jsou uloženy a v zájmu kterých odsouvá a upozaduje svoji osobnost a potřeby. Tato kombinace (nízká míra svobody při zároveň vysoké míře odpovědnosti) by mohla na základě dříve uvedených poznatků v této práci (kapitoly 3.3.1. a 3.4) svědčit i o možné přítomnosti mentální ortorexie, neboť takový jedinec má silné vědomí povinnosti, které je však vyvoláno obavami o své zdraví a výčitkami z možného selhání.

Zajímavou kombinací je bezesporu vztah škál „*personality*“ (P) a „*existenciality*“ (E). Bylo například prokázáno, že mnoho lidí trpících různými neurózami skóruje obecně výše ve škále P nežli ve škále E. U nekompensovaných neuróz bývá zachycován i nízký výsledek ve škále „*sebeodstupu*“. Pokud je tomu naopak (tedy vyšší výsledek na škále E než na škále P) je možno usuzovat spíše na poruchy osobnosti. Neurózy se tedy spíše projeví ve výsledku u stupnice E, kdyžto poruchy osobnosti u stupnice P.

Bratmanův dotazník Mentální Ortorexie

Jako druhou výzkumnou metodu jsme zvolili Bratmanův sebesuzovací dotazník zjišťující přítomnost či projevy mentální ortorexie. Primárně jsme chtěli využít dotazník *ORTO-15* (Donini et al., 2004) či *ORTO-II* (Arusoglu et al., 2008), neboť tyto dotazníky se nám jevily jako prediktabilnější, otázky odhalující rysy mentální ortorexie byly lépe koncipovány a

dotazníky se již osvědčily i u více zahraničních výzkumů. Jejich nevýhodou byla však nedostupnost vyhodnocovacích postupů i potřebné psychometrické informace, jež byly nutné k administraci i následnému vyhodnocování výsledků.

Z toho důvodu, jsme se uchýlili k dotazníku, který pro tyto účely vytvořil autor pojmu mentální ortorexie, Steven Bratman (2000).

Dotazník se skládá celkem z 10 otázek, které jsme pro tyto účely volně přeložily z anglického jazyka do češtiny. Respondenti na jednotlivé otázky, týkající se jejich stravovacích návyků i pocitů, které se k jejich příjmu potravy váží, odpovídali kladně či záporně výběrem z odpovědí *ANO/NE*.

Za každou odpověď *ANO* byl počítán jeden kladný bod. Dle Bratmanova konceptu má sklony k MO jedinec, který odpoví kladně již na dvě až tři odpovědi. Čtyři a více kladných odpovědí pak poukazují na to, že daný subjekt má problém se svým příjmem potravy a že u něho může být přítomna tato zmíněná porucha.

Během použití tohoto dotazníku v některých zahraničních výzkumech orientovaných na tuto oblast, však došlo k určitým modifikacím Bratmanova dotazníku a tudíž i k rozdílnému vyhodnocování. Například Eriksson a jeho kolegové (2008), kteří využili Bratmanův dotazník ve svém výzkumu (viz kapitola 3. 7.) se uchýlili k následujícímu vyhodnocovacímu modelu:

- Stravovací zvyky jedinců skórujících pod 5 bodů v Bratmanově dotazníku byly považovány za zdravé
- U respondentů, kteří skórovali mezi 5 a 9 body, bylo poukázáno na určité fanatické zaujetí zdravým stravováním.
- A osoby dosahující 10 bodů byly považovány za osoby přímo trpící obsesivním vztahem k jídlu, tedy například MO.

Pro naše výzkumné účely jsme se rozhodli stanovit hranici zdravého stravování pod 3 body (včetně). Probandi se 4 a více kladnými odpověďmi byly tedy považovány za osoby mající sklony k mentální ortorexie. Osoby s výsledkem nad 8 bodů (včetně) byly v našem výzkumu vyhodnoceny jako osoby trpící mentální ortorexií.

Pomocí této metody jsme tedy směřovali k odhalení subjektů, jež do jisté míry vykazují rysy mentální ortorexie. Bratmanův dotazník však není standardizovaný a nebyl prozatím ani nijak psychometricky ověřován. Sám Bratman ho vytvořil k účelům sebeposuzování a k odhalení možné závislosti na zdravém stravování u své osoby. Tento dotazník má také velkou nevýhodu v tom, že ačkoliv je směřován do oblasti mentální ortorexie, kladně skórovat by mohl i člověk trpící jinou poruchou příjmu potravy (například mentální anorexií). Tento nedostatek jsme se však rozhodli ignorovat, neboť jak jsme již uvedli v teoretické části, lidé trpící mentální ortorexií nevidí ve své poruše problém, často si ji ani nepřipouští a své stravovací návyky vystavují ostatním na odiv, kdyžto osoby s mentální anorexií či bulimií se za své jídelní chování často stydí a skrývají je před okolím, o což by se pravděpodobně mohly pokusit i při vyplňování našeho dotazníku, jehož otázky jasně směřují do problematiky stravovacích návyků.

Administrace dotazníků a pokyny k vyplnění testových sešitů

Probandi obdrželi testový sešit spolu s potřebnými informacemi o našem výzkumu, jeho účelu i využití výsledků a informacemi k vyplňování obou jednotlivých dotazníků (tedy škála ESK i Bratmanův dotazník MO) v písemné podobě. Záměrně jsme v informacích o našem výzkumu neuváděli, že se jedná o výzkum zaměřený na problematiku PPP či mentální ortorexií, ale zvolili jsme více obecnější formulaci, která zněla: „Výzkum je zaměřen na zjištění *prožívané smysluplnosti života v souvislosti s jídelními návyky* u osob ve věkové kategorii 18-20 let“ (dále viz příloha č. 4). Tuto úpravu jsme provedli z toho důvodu, že by respondenti mohli ve svých odpovědích taktizovat, či zkreslovat odpovědi tak, aby se ukázali v lepším světle. Samozřejmě byl ponechán prostor na případné dotazy, a pokud by se některý z účastníků zajímal blíže o původ a účel využitého Bratmanova dotazníku (případně o ESK), byly by mu dále pravdivě sděleny potřebné doplňující informace, na které by měl nárok.

Proband byl požádán o zodpovězení každé ze 46 otázek ESK a to formou volby jedné z možností vyznačených na šestistupňové škále („*naprosto platí- s výjimkami platí- spíše platí-spíše neplatí- s výjimkami neplatí- naprosto neplatí*“) a následně o vyplnění druhého dotazníku (Bratmanova dotazníku MO), kde vybíral u každé z deseti otázek odpověď ANO/NE. Důraz byl kladen také na to, aby se proband neřídil krátkodobými výkyvy v náladě a psychickém rozpoložení a vyjádřil spíše obvyklý stav.

Na titulní straně uvedl respondent své pohlaví a věk, ostatní osobní údaje nebyly v rámci našeho výzkumu potřeba a proto byla naplněna do jisté míry i anonymita respondentů.

Doba k vyplnění dotazníku nebyla časově omezena. Průměrná doba vyplňování se pohybovala okolo 10 minut, avšak vzhledem k vyplňování druhého dotazníku (MO), jenž byl součástí tohoto výzkumu a byl probandy obdržen současně s ESK, není tento údaj zcela přesný.

V několika případech bylo nutné probandům vysvětlit podrobněji (či formou příkladu) význam některých otázek v ESK.

Testování proběhlo (vzhledem k výběru respondentů- viz kapitola *Výzkumný soubor...*) *povětšinou* hromadně, v několika případech ale i individuální formou.

4.4. Výzkumný soubor a metody jeho výběru

Pro tuto výzkumnou studii byl vybrán vzorek z populace adolescentů ve věkovém rozmezí 18 - 20 let na území ČR. Dotazníky byly rozdány celkem 130 osobám splňující zmíněná věková kritéria, vzhledem k neúplné návratnosti dotazníků se výzkumu v závěru zúčastnilo celkem 105 respondentů (67 žen a 38 mužů).

Cílem výzkumu bylo zajistit v rámci kritérií co možná nejpestřejší vzorek, aby například nebylo zastoupení ženského pohlaví výrazně vyšší než zastoupení pohlaví mužského, což se v závěru nepodařilo zcela dle našich záměrů. Také jsme nebrali v potaz proměnné, jako jsou místo bydliště či úroveň vzdělání. Vzhledem ke snaze naplnit co nejvíce anonymitu dotazovaných osob, jsme se zajímali pouze o jejich věk a pohlaví.

Výzkumný soubor, jak již bylo řečeno výše, pocházel z populace adolescentů, tzv. z populace osob ve věkové kategorii 18-20 let. Tuto věkovou kategorii jsme zvolili na základě statistických poznatků, které hovoří o vyšším výskytu PPP mezi adolescenty a dospívajícími, jak již bylo zmíněno v teoretické části práce (např. Krch, 2008, či Nechanská – UZIS, 2011 viz kapitola 2.3). Na základě těchto tvrzení, jsme se domnívali, že i mentální ortorexie, jakožto nová porucha příjmu potravy se bude spíše vyskytovat mezi dospívajícími a mladými dospělými jedinci, než by tomu bylo u populace starších respondentů. Dalším důvodem výběru věkové kategorie adolescentů byla i skutečnost, že v rámci našeho výzkumu byla možnost přístupu k širšímu výběrovému vzorku v této věkové kategorii.

Sběr dat trval přibližně dva měsíce.

Využity byly především dvě metody výběru výzkumného vzorku. Obě metody mají nepravděpodobnostní charakter (Miovský, 2006).

Stěžejní pro nás byla metoda *záměrného (účelového) výběru*, což je metoda, kdy cíleně vyhledáváme respondenty dle jejich určitých vlastností, jež potřebujeme k výzkumnému záměru (Miovský, 2006). V našem případě jsme za účelem výběru vzorku pro náš výzkum navštívili několik (náhodně vybraných) středních škol a dotazníky rozdali studentům posledních ročníků (kde se nejvíce nacházely osoby splňující věková kritéria našeho výzkumu). Školy byly vybírány bez ohledu na zaměření nebo zakončení maturitní zkouškou.

Aby výzkumný vzorek nebyl omezený pouze na studenty středních škol, využili jsme i druhé metody výběru výzkumného vzorku a tou je metoda tzv. *sněhové koule (snowball)*. Tato metoda jev podstatě založena na kombinaci výše zmíněné metody účelového výběru a metody prostého náhodného výběru. Její postup tkví v získání kontaktu s první „vlnou“ zájemců o náš výzkum (tzv. *nultá fáze*), díky kterým získáváme kontakty na další potenciální respondenty, které již můžeme vybírat například prostým náhodným výběrem či stratifikovaným výběrem (sledovat určitá kritéria) (Miovský, 2006). V případě našeho výzkumu jsme uplatnili tuto metodu prostřednictvím osobních kontaktů s osobami, jež byly v kontaktu s dalšími vhodnými kandidáty pro náš výzkum, přičemž jsme metodu kombinovali i s metodou stratifikovaného výběru, kdy jsme z potenciálních respondentů vybírali ty, kteří splňovali námi určená věková kritéria. Výběr této části vzorku nebyl omezený bydlištěm, ani dosaženou úrovní vzdělání (tedy ani studiem na střední škole, jako tomu bylo u první části výběru vzorku).

4.5. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

Syrová data získaná prostřednictvím výzkumných metod byla dále zpracovávána v počítačovém programu EXCEL a ve statistickém programu STATISTIKA 10, kde probíhaly i veškeré výpočty.

Posouzení normality zkoumaných dat

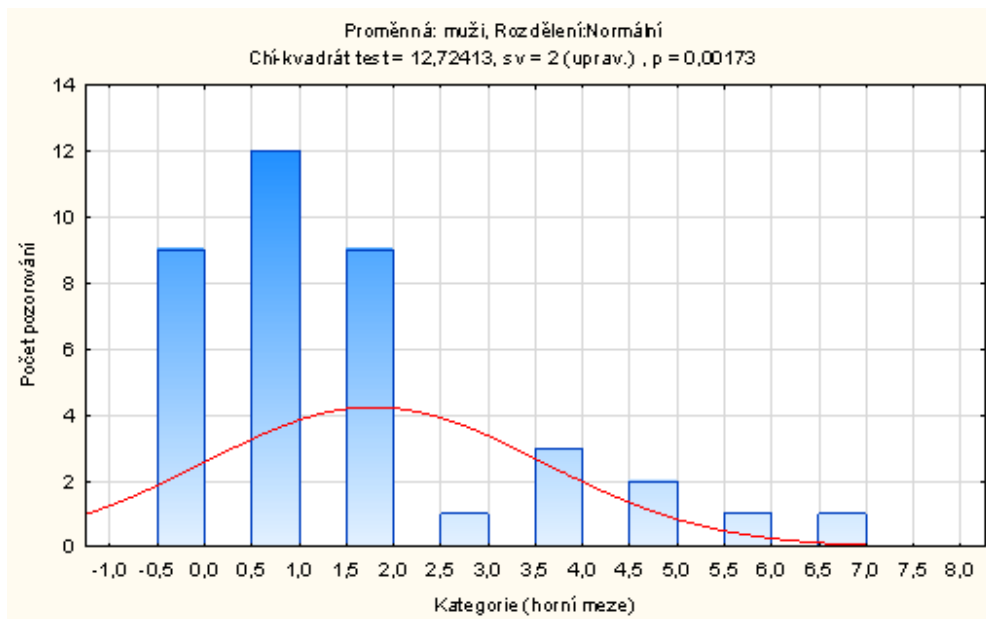
Ve výpočtech jsme počítali se získanými hrubými skóry a to jak u dotazníku MO, tak i u škály ESK. Nejprve jsme však museli zjistit normalitu rozložení, tedy zda mají námi měřené

veličiny *normální - Gaussovo rozložení*. Toto rozdělení se týká především náhodných spojitých veličin a má v grafu symetrickou podobu, což znamená, že pozorované hodnoty se rozloží směrem vlevo a vpravo od střední hodnoty zhruba stejnoměrně (Reiterová, 2003). Toto ověření rozložení jsme provedli pomocí programu STATISTIKA 10.

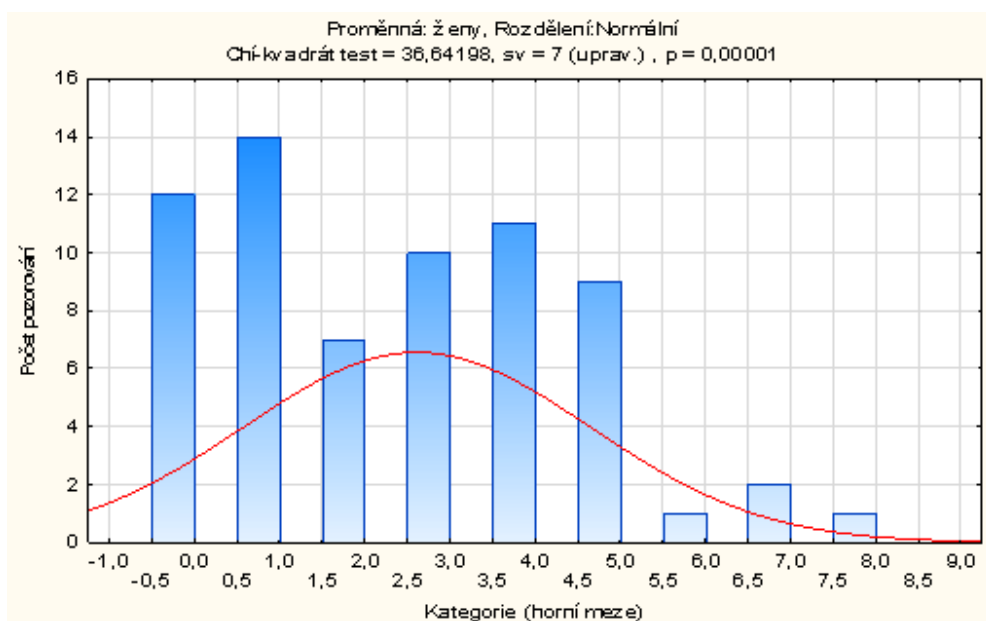
Následující dva grafy (č. 2 a č. 3) ukazují, že rozložení naměřených hodnot v dotazníku MO u mužů i u žen nevykazuje *normální - Gaussovo rozložení*, tzv. hodnota p^{10} je **menší než 0,05** u obou souborů, což u testování normality znamená, že daný soubor nevykazuje normalitu (Louda, 2009).

Můžeme tedy konstatovat, že naše náhodná veličina (tedy skóre v dotazníku MO) má neznámé rozdělení, které nelze charakterizovat pomocí průměru či směrodatné odchylky (Bedáňová). Z tohoto důvodu budeme muset u ověřování naší první hypotézy přistoupit k výběru některého z neparametrických testů, které sice nejsou tak citlivé a přesné jako metody parametrické, ale můžeme je využít, pokud neznáme určité parametry populace (jako je například zmíněná normalita rozložení) (Reiterová, 2007).

¹⁰ **P - hodnota** (tzv. p - value) je hodnota, která se zobrazuje u výstupů statistických procedur ve statistických softwarech jako je námi používaná STATISTIKA 10. Pokud platí, že p-hodnota < α , zamítneme testovanou hypotézu na hladině významnosti α (Louda, 2009).

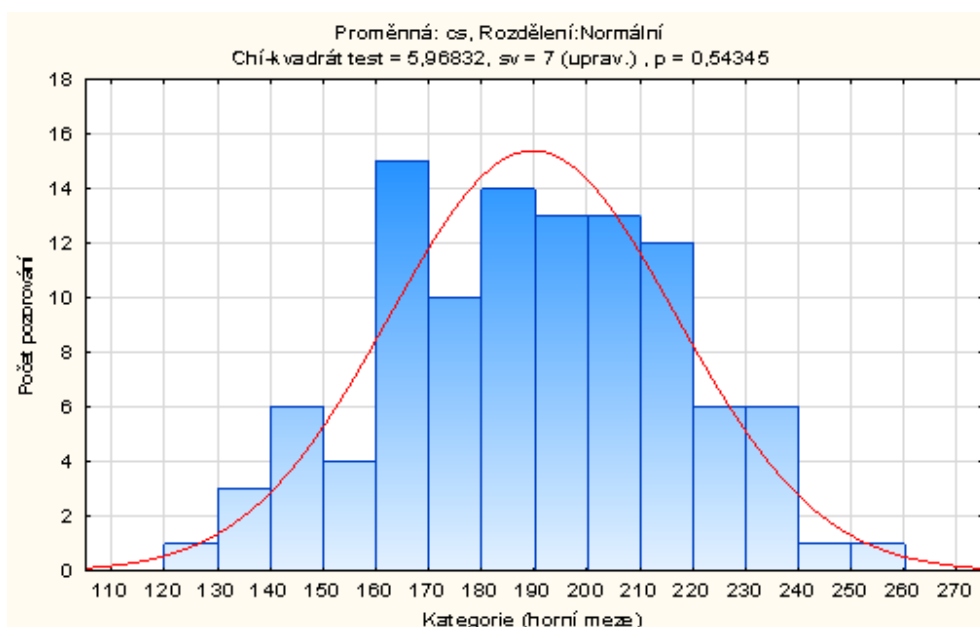


Graf č. 2: Ověření normálního rozdělení hodnot z dotazníku MO u souboru mužů

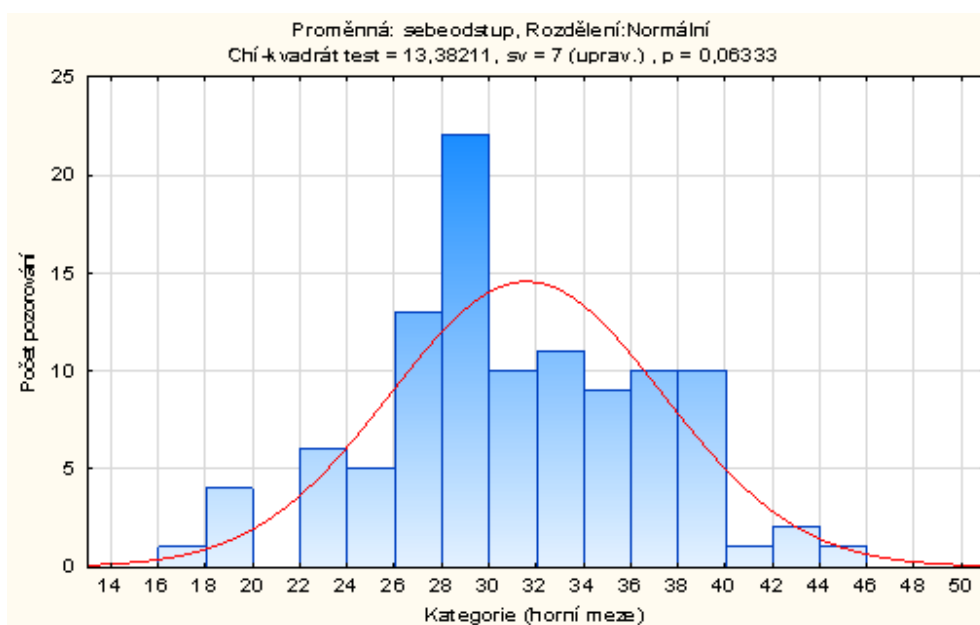


Graf č. 3: Ověření normálního rozdělení hodnot z dotazníku MO u souboru žen

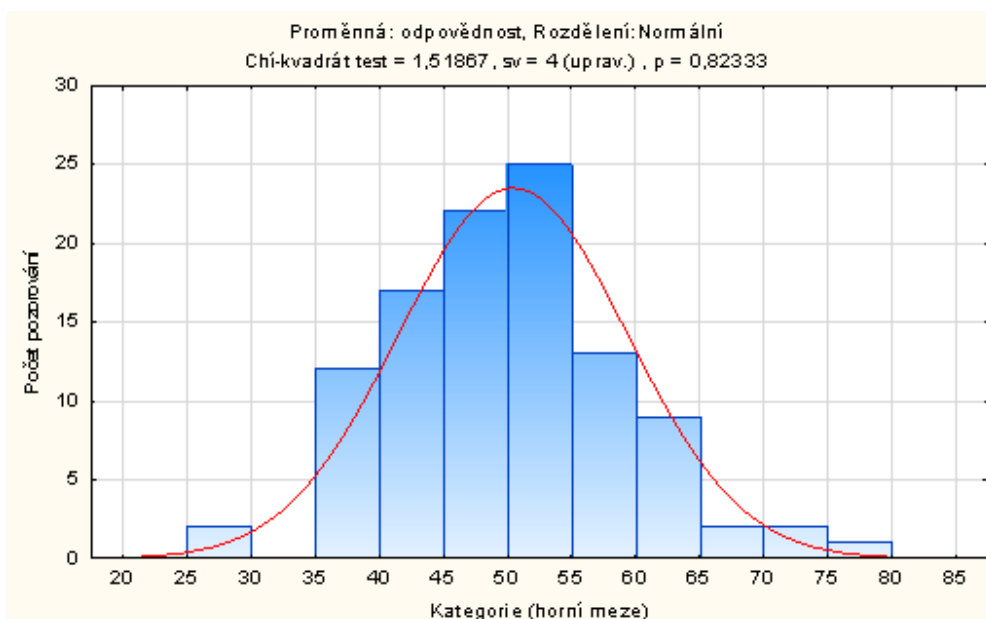
Normalitu rozložení jsme museli ověřit i u druhé měřené veličiny, tedy u hodnot dosažených v dotazníku ESK a jeho jednotlivých použitých škálách. V tomto případě bylo *normální - Gaussovo rozložení* potvrzeno (hodnota $p > 0,05$, viz následující grafy č. 4 až č. 6).



Graf č. 4: Ověření normálního rozdělení dat získaných ze škály CS (ESK)



Graf č. 5: Ověření normálního rozdělení dat získaných ze škály SO (ESK)



Graf č. 6: Ověření normálního rozdělení dat získaných ze škály OD (ESK)

Vzhledem k výzkumným hypotézám a cílům naší práce jsme se rozhodli využít následujících statistických výpočetních metod pro potřebné ověření stanovených hypotéz.

Mann-Whitneyův U test – „Je neparametrická metoda, pomocí níž můžeme ověřit, zda dva náhodné výběry byly pořízeny z téže populace či ze dvou stejných základních souborů“ (Reiterová, 2007, s. 24). Tedy zda mají tyto výběry stejné průměry.

Pearsonova korelace- zjišťuje vztah mezi dvěma proměnnými.

Prevalence mentální ortorexie u výzkumného souboru

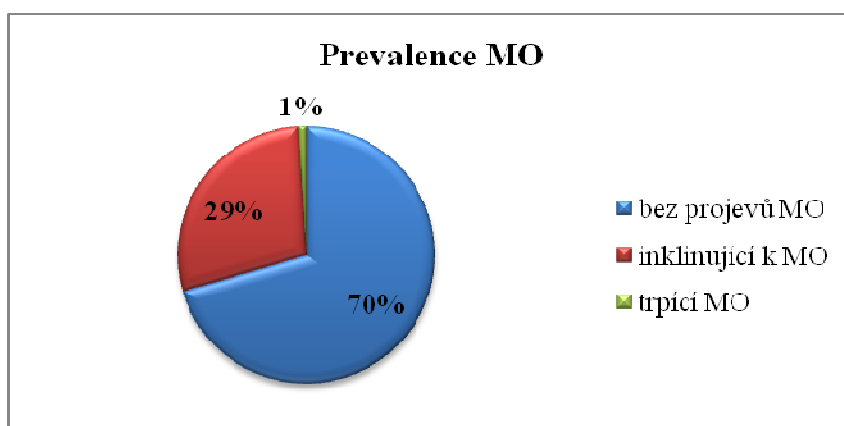
Nejprve jsme se zajímali o to, kolik respondentů bude v rámci našeho výzkumu inklinovat k mentální ortorexii (tzv. kolik pokusných osob skórovalo v dotazníku MO v rozmezí **4-7 bodů**) a kolik respondentů bude dle vytyčené hranice **8 bodů a výš** označeno za osoby trpící touto poruchou.

Nejprve jsme prevalenci zjišťovali v rámci celého souboru. Celkem **74** respondentů (43 žen a 31 mužů) z celkového počtu 105, nevykazovalo projevy mentální ortorexie (skórovaly v intervalu **0-3 bodů** včetně).

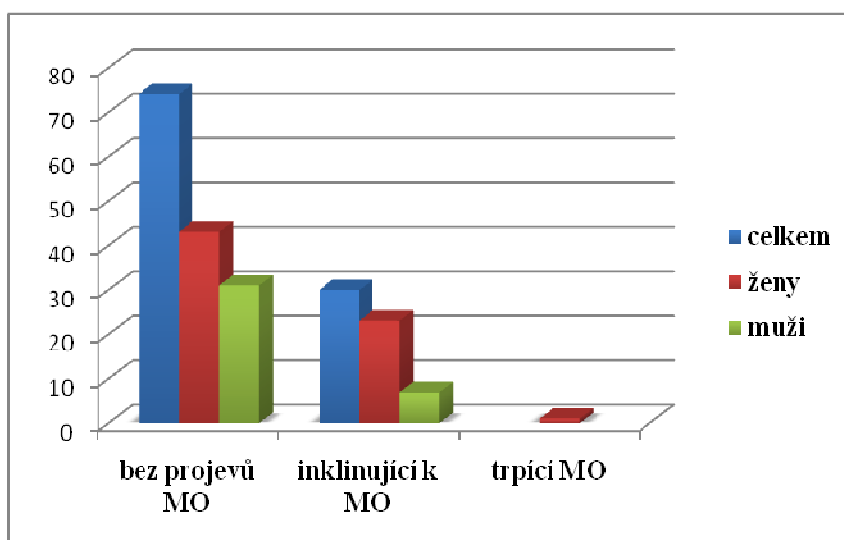
Z celkového počtu skórovalo **56** respondentů (37 žen a 19 mužů) v Bratmanově dotazníku v rozmezí **4 - 7 bodů**, což v rámci naší studie poukazovalo na určitou inklinaci k mentální ortorexii.

Dle zvolené hranice **8 bodů a výš**, trpěl mentální ortorexií v našem výzkumu pouze **jeden** respondent a to ženského pohlaví.

První graf (č. 7) zachycuje procentuální zastoupení zdravých jedinců, jedinců inklinujících k mentální ortorexii a osob trpících touto poruchou v rámci tohoto výzkumu. Druhý z grafů (č. 8) podává přehled jednotlivých intervalů v návaznosti na pohlaví.



Graf č. 7: Prevalence MO v rámci celého výzkumného souboru



Graf č. 8: Prevalence MO v rámci celého souboru a v rámci obou pohlaví

V rámci naší studie nebyl brán v potaz věk respondentů, neboť vzorek pocházel z populace o věkovém rozpětí 18-20 let. Vzhledem k poměrně úzkému věkovému intervalu, jsme tuto veličinu nezahrnuli do našeho výzkumu, neboť není relevantní z hlediska výzkumných cílů této studie.

Vliv pohlaví na skórování v dotazníku MO

V rámci ověření první hypotézy, tedy že nebude existovat signifikantní rozdíl v dosažených skórech v dotazníku MO u mužů a u žen, jsme přistoupili k použití neparametrického Mann-Whitneyova U-testu a to vzhledem k tomu, že veličiny získané dotazníkem MO nesplňují podmínku normality rozložení (Gaussovo normální rozložení). Při použití této nepárové neparametrické metody, jež je obdobou parametrického Studentova T-testu, se vychází z pořadových hodnot, neboť hodnoty u obou výběrů o velikostech n_1 a n_2 je nutno seřadit do jedné vzestupné posloupnosti o rozsahu $n_1 + n_2$. Dále musíme zjistit pro každý jednotlivý prvek z prvního výběru, kolik pozorování z druhého výběru mu v daném pořadí předchází. Oba výběry mají vyšší rozsah pozorování (vyšší než 8) a veličina U (testové kritérium, jež zjišťuje počet inverzí) se tedy bude přibližovat normální distribuci.

- Stanovili jsme následující nulovou a k ní alternativní hypotézu:
 - H_0 : „*Neexistuje signifikantní rozdíl v průměrech obou výběrů (muži/ ženy).*“
 - H_A : „*Existuje signifikantní rozdíl v průměrech obou výběrů (muži/ženy).*“
- Pro výpočet testového kritéria U zvolíme následující vzorec:

- $U = \frac{T_1 - T_2}{\sigma_T}$, kde T_1 a T_2 označuje součty pořadí hodnot seřazených dle posloupnosti v obou souborech o rozsazích n_1, n_2

- $T_2 = \frac{n_1(n+1)}{2}$, $\sigma_T = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n+1)}{12}}$, kde σ_T označuje směrodatnou odchylku

- Hladina významnosti α byla stanovena na 0,05

V programu STATISTIKA 10 jsme provedli výpočet *oboustranného* Mann-Whitneyova U-testu. (viz následující tabulka č. 3).

Mann-Whitneyův U test (Tabulka3)										
Dle proměn. Muži										
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$										
Prom	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
ženy	1717,500	3847,500	976,5000	-1,97379	0,048407	-2,00546	0,044915	38	67	0,047698

Tabulka č. 3: Výpočet Mann-Whitneyova oboustranného U-testu

Důležitým výstupem v této tabulce (STATISTIKA 10) u *Mann-Whitneyova U-testu* je tzv. *p-hodnota*, což je pozorovaná hladina významnosti. Díky této hodnotě nemusíme ve statistických tabulkách vyhledávat příslušnou kritickou hodnotu daného rozložení, jež vymezuje kritický obor pro zamítnutí nulové hypotézy (Louda, 2009).

- V našem případě je hodnota p rovna **0,045** což znamená, že je menší než $\alpha = 0,05$.

Pokud je $p < 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní; tedy, že existuje signifikantní rozdíl v průměrech obou výběrových souborů (mužů/žen).

Naše první hypotéza, která předpokládala, že nebude signifikantní rozdíl mezi výskytem projevů u mužů a u žen se tedy nepotvrdila a na základě výše uvedených statistických výpočtů tuto hypotézu **zamítáme**.

Z výše uvedených výpočtů jsme tedy potvrdili nerovnost průměrů u souboru mužů a žen. Zajímalo nás však také to, zda se budou projevy mentální ortorexie vyskytovat signifikantně více u mužů, či u žen.

- K ověření této skutečnosti použijeme znovu Mann-Whitneyův U-test, s tím rozdílem, že test bude *jednostranný*, což je varianta, kterou nabízí program STATISTIKA 10 a na základě které jsme stanovili i následující nulovou hypotézu:
 - H_0 : „Ženy dosahují v dotazníku MO signifikantně nižších skóre než muži“
 - H_A : „Ženy nedosahují v dotazníku MO signifikantně nižších skóre než muži.“
- Hodnota p je v rámci tohoto výpočtu rovna **0,02246**, což znamená, že je menší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

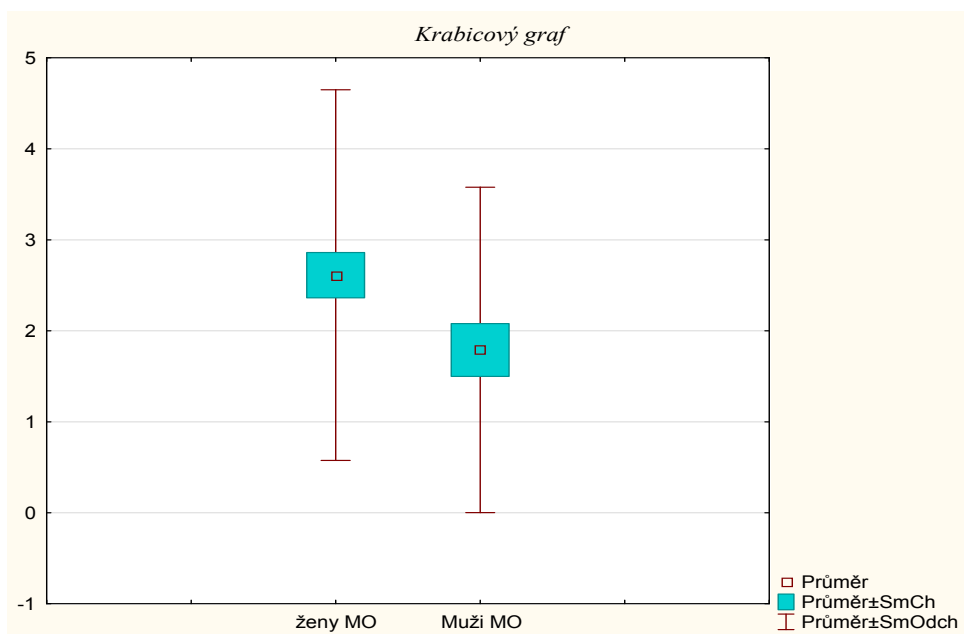
Z výše uvedeného jsme došli k závěru, že hodnota $p < 0,05$, proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní; tedy, že ženy nedosahují signifikantně nižších skóre v dotazníku MO než muži.

- Následně jsme tento stejný postup provedli s výslednými daty u mužů a opět vypočítali *jednostranný* Mann-Whitneyův U-test. Nulová a alternativní hypotéza v tomto případě zněla:
 - H_0 : „Muži dosahují v dotazníku MO signifikantně nižších skóre než ženy“
 - H_A : „Muži nedosahují v dotazníku MO signifikantně nižších skóre než ženy.“
- Vypočítaná hodnota p byla **0.978**, tedy větší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Tímto posledním použitím Mann-Whitneyova testu jsme dospěli k závěru, že $p > 0,05$, z toho důvodu tedy nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, která uvádí, že muži dosahují v dotazníku MO signifikantně nižších skóre než ženy.

Z kombinace výše uvedených výpočtů, kdy se potvrdila existence rozdílu v průměrech obou výběrů, kdy jsme zamítli nulovou hypotézu, že ženy skórují signifikantně níž nežli muži a kdy jsme tuto obdobnou nulovou hypotézu nemohli zamítnout u výběru mužů, je tedy patrné, že to jsou ženy, kdo dosahuje signifikantně vyšších výsledků v dotazníku MO. Můžeme tedy prohlásit, že ženské pohlaví v rámci našeho výzkumného vzorku vykazuje vyšší výskyt projevů mentální ortorexie.

Následný graf (č. 9) ukazuje rozdíly v průměrech u obou výběrů.



Graf č. 9: Rozdíly v průměrech obou výběrů (ženy, muži)

Vztah mezi prožívanou životní smysluplností a projevy mentální ortorexie

V případě druhé hypotézy jsme se snažili zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi úrovní prožívané smysluplnosti (tedy celkovým skóre dosaženým ve škále ESK) a přítomností mentální ortorexie u vybraného vzorku probandů.

V následující tabulce (č. 4) jsou uvedeny popisné statistické parametry škály CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI (CS).

<i>Celý soubor</i>		<i>muži</i>		<i>ženy</i>	
Stř. hodnota	189,762	Stř. hodnota	193,0789	Stř. hodnota	187,881
Chyba stř. hodnoty	2,65213	Chyba stř. hodnoty	4,303292	Chyba stř. hodnoty	3,36654
Medián	189	Medián	198,5	Medián	187
Modus	215	Modus	187	Modus	170
Směr. odchylka	27,1763	Směr. odchylka	26,52727	Směr. odchylka	27,5563
Rozptyl výběru	738,549	Rozptyl výběru	703,6963	Rozptyl výběru	759,349
Špičatost	-0,5201	Špičatost	-0,53141	Špičatost	-0,3943
Šikmost	-0,026	Šikmost	-0,2529	Šikmost	0,10078
Minimum	130	Minimum	139	Minimum	130
Maximum	256	Maximum	242	Maximum	256
Počet	105	Počet	38	Počet	67

Tabulka č. 4: Popisné statistiky k hodnotám na škále CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI

V této fázi jsme tedy přistoupili k výpočtům korelace skóry škály CS (celková škála smysluplnosti ESK) a výslednými hodnotami zachycenými v dotazníku MO.

Z korelačních koeficientů jsme vybrali Pearsonův korelační koeficient r , který se používá k ověření vztahu mezi naměřenými hodnotami (metrické povahy) u dvou proměnných. „Korelační koeficient r určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými a je vyjadřován hodnotou mezi 0 a 1 (-1)“ (Reiterová, 2003).

Čím více roste koeficient r od 0 k 1 (či k -1), tím se významnost vztahu mezi veličinami zvětšuje.

Při výpočtu korelace jsme také v tabulkách vyhledali kritickou hodnotu korelačního koeficientu r_{α} při stanovení hladiny významnosti α 0,05 dle příslušného počtu pozorování (105), přičemž pokud platí, že $r > |r_{\alpha}|$, pak můžeme říci, že výsledná korelace je signifikantní na námi zvolené hladině významnosti α .

Při výpočtu korelace v systému STATISTIKA 10, se její významnost posuzuje dle hodnoty vypočtené hladiny „ p “. Pokud je tato hodnota nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$, pak je daný koeficient korelace statisticky významný (Louda, 2009).

- Stanovili jsme si následující nulovou a alternativní hypotézu:
 - H_0 : „*Neexistuje statisticky signifikantní korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a celkovou prožívanou smysluplností (škála CS).*“
 - H_A : „*Existuje statisticky signifikantní korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a celkovou prožívanou smysluplností (škála CS).*“
- Výsledná korelace mezi škálou CS (Celková smysluplnost) a dosaženými body v dotazníku MO bez ohledu na pohlaví: $r = -0,299542$
- $|r_{\alpha}| = 0,194 \rightarrow r > |r_{\alpha}| \rightarrow r$ je signifikantní na hladině významnosti α

Výsledná korelace tedy potvrzuje existenci signifikantního vztahu mezi skórováním na škále CS a hodnotami v dotazníku MO. Korelační koeficient navíc vyšel záporně, což znamená, že vztah mezi oběma proměnnými je protikladný- hovoříme o tzv. **negativní korelaci** (Reiterová, 2003, s. 45)

Pro úplnost přidáváme i tabulku (č. 5) s výpočtem v programu STATISTIKA 10. Hodnota p je menší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$

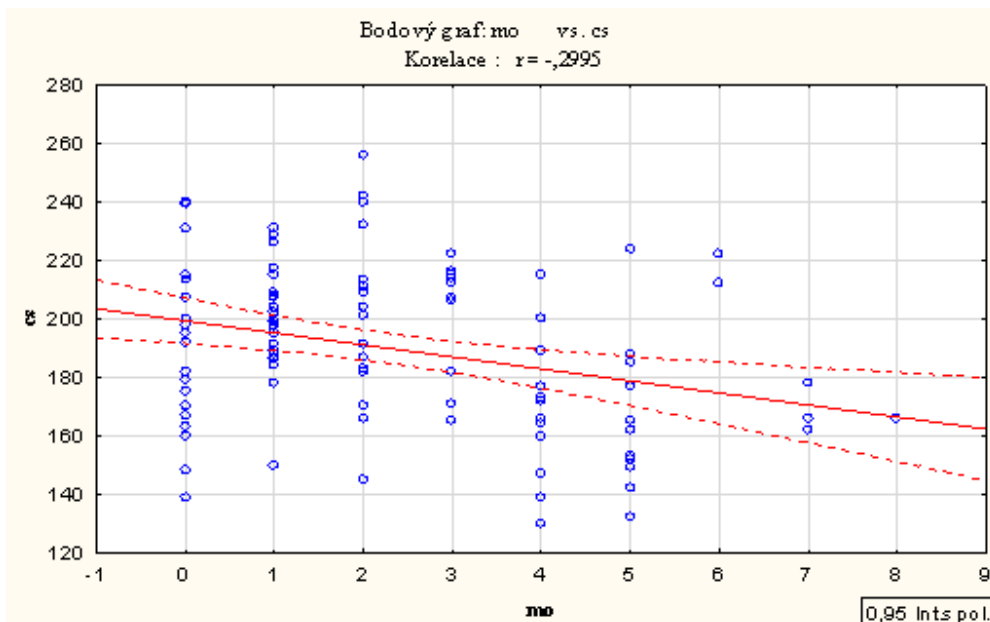
Výsledky regrese se závislou proměnnou : mo (List1 v Korelace)						
R= ,29954245 R2= ,08972568 Upravené R2= ,08088806						
F(1,103)=10,153 p<,00191 Směrod. chyba odhadu : 1,9003						
N=105	b*	Sm.chyba z b*	b	Sm.chyba z b	t(103)	p-hodn.
Abs.člen			6,460250	1,314322	4,915272	0,000003
cs	-0,299542	0,094009	-0,021848	0,006857	-3,18633	0,001908

Tabulka č. 5: Výsledky korelace mezi MO-CS

Tímto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní, která poukazuje na existenci signifikantní korelace mezi MO a CS.

Proto můžeme **přijmout** naši druhou hypotézu, tedy že existuje statisticky významná negativní korelace mezi prožívanou životní smysluplností (v potaz brána škála *CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI*-CS) a projevy mentální ortorexie.

Následný graf (č. 10) zachycuje regresní analýzu, díky níž můžeme pozorovat zmíněný protikladný trend mezi oběma proměnnými.



Graf č. 10: Regresní přímka ukazující vztah mezi MO a CS

Vztah mezi mírou SEDEODSTUPU a projevy mentální ortorexie

Další hypotéza, kterou se pokusíme ověřit, se snaží poukázat na možné souvislosti mezi obecně nižším skóre na škále „sebeodstupu“ a přítomností mentální ortorexie.

Tabulka (č. 6) ukazují popisné statistické parametry škály SEBEODSTUPU (SO):

<i>Celý soubor</i>		<i>muži</i>		<i>ženy</i>	
Stř. hodnota	31,59048	Stř. hodnota	30,44737	Stř. hodnota	32,23881
Chyba hodnoty	stř. 0,561868	Chyba hodnoty	stř. 0,82777	Chyba hodnoty	stř. 0,737657
Medián	32	Medián	30	Medián	32
Modus	29	Modus	28	Modus	29
Směr. odchylka	5,757429	Směr. odchylka	5,102715	Směr. odchylka	6,037985
Rozptyl výběru	33,14799	Rozptyl výběru	26,0377	Rozptyl výběru	36,45726
Špičatost	-0,2725	Špičatost	-0,87884	Špičatost	-0,12022
Šikmost	0,010764	Šikmost	-0,00674	Šikmost	-0,07781
Minimum	18	Minimum	20	Minimum	18
Maximum	46	Maximum	40	Maximum	46
Počet	105	Počet	38	Počet	67

Tabulka č. 6: Popisné statistiky k hodnotám na škále SEBEODSTUPU

V tomto případě jsme k ověření možného vztahu opět zvolili výpočet Pearsonova korelačního koeficientu r a postupovali jsme stejně jako u ověřování druhé hypotézy.

- Stanovili jsme nulovou a alternativní hypotézu:
 - H_0 : „*Neexistuje statisticky významná korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a mírou SEBEODSTUPU (škála SO).*“
 - H_A : „*Existuje statisticky významná korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a mírou SEBEODSTUPU (škála SO).*“
- Opět platí skutečnost, že pokud bude $r > |r_{\alpha}|$, bude korelace významná na zvolené hladině významnosti α .
- V našem případě byla vypočítaná korelace mezi konečnými hodnotami z dotazníku MO a výsledným skóre na škále OD následující: $r = -0,3012$
- Výsledné r jsme znovu porovnali s kritickou tabulkovou hodnotou (k příslušnému rozsahu):
- $|r_{\alpha}| = 0,194 \rightarrow r > |r_{\alpha}| \rightarrow r$ je významná na hladině významnosti α

Z výsledku je patrné, že byla zjištěna statisticky významná negativní korelace mezi dosaženým skóre na škále „*sebeodstup*“ a získanými hodnotami z dotazníku MO.

Výpočet byl proveden i v programu STATISTIKA 10 (viz tabulka č. 7).

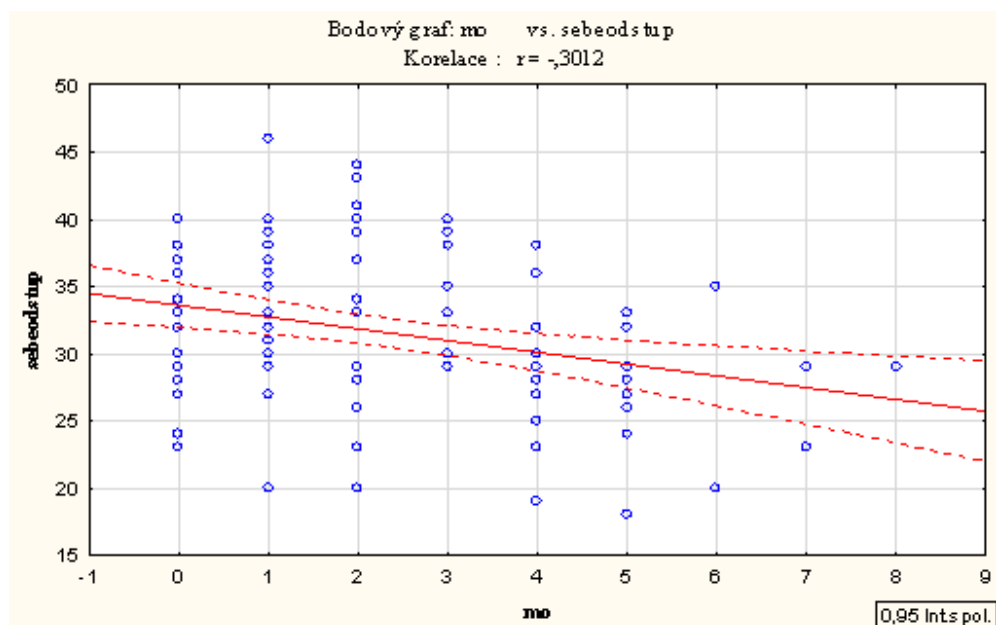
Proměnná	Korelace (List1 v Korelace) Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ N=105 (Celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	Sm.odch.	mo	sebeodstup
mo	2,31429	1,982201	1,000000	-0,301196
sebeodstup	31,59048	5,757429	-0,301196	1,000000

Tabulka č. 7: Výsledky korelace mezi MO- SO

Na základě tohoto zjištění tedy opět zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní, která potvrzuje statisticky významnou korelaci mezi MO a SO.

Tímto pak můžeme **přijmout** další naši hypotézu, tedy, že existuje významná negativní korelace mezi projevy mentální ortorexie a mírou „*sebeodstup*“ (tedy čím vyšší výsledek v dotazníku MO, tím nižší skóre na škále SO).

Pro názornost opět předkládáme i regresní přímku (graf č. 11) vypočítané korelace s výsledným trendem.



Graf č. 11: Regresní přímka ukazující vztah mezi MO a SO

Vztah mezi mírou ODPOVĚDNOSTI a projevy mentální ortorexie

Naši v pořadí již čtvrtou hypotézu budeme ověřovat obdobným způsobem jako obě hypotézy, které ji předcházely. Cílem je zjistit, zda existuje signifikantní souvislost mezi projevy mentální ortorexie a mírou „Odpovědnosti“, měřenou na příslušné škále dotazníku ESK.

Přehled statistických parametrů (viz tabulka č. 8) u škály ODPOVĚDNOSTI (OD):

<i>Celý soubor</i>		<i>muži</i>		<i>ženy</i>	
Stř. hodnota	50,4381	Stř. hodnota	51,5	Stř. hodnota	49,83582
Chyba hodnoty	stř. 0,869816	Chyba hodnoty	stř. 1,467888	Chyba hodnoty	stř. 1,080772
Medián	50	Medián	53,5	Medián	50
Modus	54	Modus	54	Modus	49
Směr. odchylka	8,912959	Směr. odchylka	9,048667	Směr. odchylka	8,846497
Rozptyl výběru	79,44084	Rozptyl výběru	81,87838	Rozptyl výběru	78,26052
Špičatost	0,408123	Špičatost	-0,76969	Špičatost	1,244801
Šikmost	0,254126	Šikmost	0,195917	Šikmost	0,291437
Minimum	27	Minimum	37	Minimum	27
Maximum	76	Maximum	72	Maximum	76
Počet	105	Počet	38	Počet	67

Tabulka č. 8: Popisné statistiky k hodnotám na škále ODPOVĚDNOSTI

- Stanovili jsme nulovou a alternativní hypotézu:
 - H_0 : „Neexistuje statisticky signifikantní korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a mírou ODPOVĚDNOSTI (škála OD).“
 - H_A : „Existuje statisticky signifikantní korelace mezi projevy mentální ortorexie (dotazník MO) a mírou ODPOVĚDNOSTI (škála OD).“

Opět byl proveden výpočet *Pearsonova korelačního koeficientu*, abychom ověřili významnost vztahu mezi oběma měřenými veličinami.

- Korelační koeficient vyšel v tomto případě následovně: $r = -0,18312$.
- Při porovnání s kritickou tabulkovou hodnotou $|r_{\alpha}| = 0,194$
- tedy $r < |r_{\alpha}| \rightarrow$ není koeficient r signifikantní na hladině významnosti α .

V tomto případě tedy nebyl zjištěn statisticky signifikantní vztah mezi dosaženým skóre na škále „odpovědnosti“ a výslednými hodnotami v dotazníku MO.

Na základě tohoto zjištění nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní.

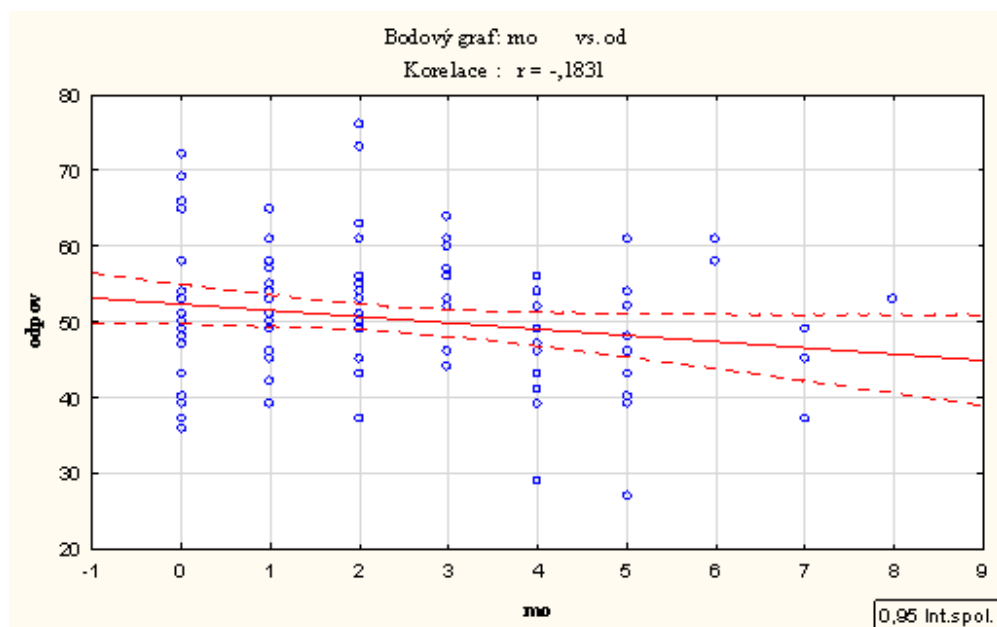
Z toho plyne, že **zamítáme** naši poslední hypotézu, neboť se neprokázala signifikantní korelace mezi projevy mentální ortorexie a mírou „odpovědnosti“.

Výpočet v programu STATISTIKA 10 ověřil náš postup (viz tabulka č. 9):

Proměnná	Korelace (List1 v Korelace)			
	Průměry	Sm.odch.	mo	odpovědnost
mo	2,31429	1,982201	1,000000	-0,183116
odpovědnost	50,43810	8,912959	-0,183116	1,000000

Tabulka č. 9: Výsledky korelace mezi MO- OD

K výpočtu dokládáme opět i regresní přímku (viz graf č. 12), která dokazuje, že významnost vztahu mezi oběma veličinami je opravdu nízká.



Graf č. 12: Regresní přímka ukazující vztah mezi MO a OD

5. Diskuze

V rámci našeho výzkumu jsme se zaměřili jednak na výskyt projevů mentální ortorexie ve vybraném výzkumném vzorku a také ověřovali, zda bude mít na daný výskyt významný vliv pohlaví respondentů. V druhé řadě nám šlo o to, vypátrat možné souvislosti mezi prožívanou životní smysluplností a projevy mentální ortorexie u vybrané skupiny adolescentů.

Na základě těchto cílů byly testovány 4 hypotézy, z nichž 2 byly přijaty a 2 zamítnuty.

K výskytu mentální ortorexie ve vybraném vzorku adolescentů

Na základě zahraničních výzkumů, které při zjišťování prevalence mentální ortorexie využívaly stejného diagnostického nástroje, jako my (Bratmanův dotazník MO), jsme stanovili 3 kategorie respondentů, dle dosaženého počtu bodů v tomto dotazníku. Skupinu jedinců nevykazující mentální ortorexii (0-3 body), skupinu jedinců inklinujících k mentální ortorexii (4-7 bodů) a skupinu jedinců trpících mentální ortorexií (8 a více bodů, max. bylo 10 bodů).

V našem souboru adolescentů se vyskytlo 56 případů (29 %) inklinování k mentální ortorexii, mluvíme tedy o probandech, kteří skórovali v intervalu 4-7 bodů. Tato kategorie čítala 19 mužů a 37 žen. Pouze jeden respondent (1 žena) získal nad 8 bodů a byl tedy vyhodnocen jako osoba pravděpodobně trpící mentální ortorexií.

Z uvedených výsledků je tedy možné se domnívat, že poměrně velká část adolescentů v našem vzorku vykazuje určité narušené jídelní chování a může mít problém s příjmem potravy. Je však nutno dodat, že výsledek mohl být do jisté míry negativně ovlivněn více faktory.

Prvním negativně působícím faktorem byl bezesporu námi vybraný výzkumný nástroj, tedy Bratmanův dotazník mentální ortorexie. Na druhou stranu pro nás nebyly k dispozici jiné vhodné metody, jež by byly upraveny pro použití v našich podmínkách. Jak již bylo řečeno výše (kap. 4.3.2. - Bratmanův dotazník), k této metodě určené k zjišťování projevů mentální ortorexie doposud neexistují oficiální normy a dotazník má pouze sebeposuzovací charakter. Některé jeho otázky se navíc mohou zdát do určité míry zavádějící.

Jedná se například o otázku č. 2.: „*Plánujete už dnes, co budete další den přesně jíst*“?

Někteří lidé na tuto otázku mohou odpovídat kladně a přitom se nemusí hned jednat o projevy mentální ortorexie, ale například o to, že daní jedinci trpí cukrovkou či jinou chorobou omezující určitým způsobem příjem potravy a jsou nuceni přemýšlet o tom, co snědí vzhledem k závažnosti svého onemocnění.

Další faktor, který mohl ovlivnit výsledky této studie, především tedy výskyt MO, byla možnost přítomnosti jiné formy PPP. Jednotlivé otázky jsou konstruovány tak, že by na ně mohl kladně odpovědět i jedinec trpící jinou poruchou příjmu potravy, například mentální anorexií. Na tuto slabost Bratmanova dotazníku mimochodem upozorňují i některé ze zahraničních výzkumů (např. Eriksson et al., 2008). Nicméně, jak jsem zmínili již v teoretické části práce, existuje domněnka, že mentální ortorexie může být předzvěstí jiné formy PPP (Rochman, 2010) a domníváme se, že stejně tak tomu může být i naopak, což dokládají i jiné výzkumné studie (např. Kinzl et al, 2006). Například jedinec vyléčený z mentální anorexie může snadno propadnout mentální ortorexií, neboť tato forma PPP se zdá být více adaptabilní (zejména co se týče zdraví, neboť nejde primárně o hmotnostní úbytek).

Konečně posledním faktorem, který také mohl do určité míry ovlivnit prevalenci MO v tomto výzkumu, byl výběr vzorku. Jednalo se o výběr z populace adolescentů, což mohlo do jisté míry ovlivnit vyšší počet jedinců inklinujících k MO. Tento závěr by odpovídal obecnému poznatku i statistickým údajům, že poruchy příjmu potravy jsou více zastoupeny u mladší populace (často hlavně jedinci v období puberty) (Krch, 2002 či Nechanská, 2011). Pokud se však jedná o mentální ortorexií, tak některé výzkumy nezaznamenaly významné rozdíly v přítomnosti mentální ortorexie mezi věkovými kategoriemi (např. Arusoglu et al., 2008). Spíše naopak, jak se potvrzuje například jeden z českých odborníků na problematiku PPP, Jan Kulhánek (in Myslivečková, 2011), mentální ortorexie se objevuje obvykle v rozmezí 30-40 let u mužů i u žen s vyšším vzděláním. Nicméně, vzhledem k absenci odborných studií a výzkumů, které by se orientovaly na výskyt mentální ortorexie v ČR se můžeme o těchto závěrech pouze dohadovat. V rámci naší studie jsme tedy zvolili skupinu adolescentů, neboť jsme vycházeli z výzkumně a statisticky podložených údajů (Nechanská, 2011) o výskytu PPP (obecně) v ČR.

Co se týče vzdělání, tento faktor nebyl v naší studii brán v potaz. Zaměřili jsme se především na studenty středních škol, kteří měli rok před maturitní zkouškou a na jedince, kteří již měli středoškolské vzdělání ukončené (většinou s maturitní zkouškou). Nebrali jsme v potaz ani zaměření studia u vybraného vzorku studentů, ačkoliv do budoucnosti by bylo bezesporu zajímavé, zaměřit se na výzkum prevalence u populace lidí studujících například zdravotní či nutriční obory, jako tomu bylo u mnohých zahraničních výzkumů (např. (Bosi et al., 2007 či Korinth et al., 2009). Stejně tak by bylo nasnadě zjistit vztah mezi projevy mentální ortorexie na základě dosažené úrovně vzdělání.

K výzkumným hypotézám

Následující dvě hypotézy jsme přijali na základě statistických výpočtů:

H₂: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.*

To znamená, že respondenti s nízkým skóre na škále „celkové smysluplnosti“ v dotazníku ESK dosahovali častěji vyšších skóre v dotazníku zaměřeném na projevy mentální ortorexie. Na základě tohoto zjištění, se tedy můžeme domnívat, že člověk prožívající svůj život jako nedostatečně smysluplný bude spíše inklinovat k různým psychickým poruchám, jako je i mentální ortorexie, než člověk, který prožívá svůj život jako smysluplný. Jak již bylo uvedeno dříve, v kapitole popisující použité diagnostické metody, nízké skóre dosažené ve škále „celkové smysluplnosti“ svědčí o celkové uzavřenosti a utlumenosti daného jedince, který, pokud je navíc vystaven zátěži, podlehně snáze duševním chorobám.

Z nízkého skóre „celkové smysluplnosti“ může vyplívat i skutečnost, že člověk patrně prožívá do určité míry existenciální frustraci a jak již bylo řečeno v teoretické části, tento stav samotný pak může vést k rozvoji různých maladaptivních copingových strategiích, mezi nimiž mohou být i poruchy příjmu potravy či přímo mentální ortorexie. Frankl vidí za těmito kompenzačními mechanismy skrytou (tzv. larvovanou) existenciální frustraci. (Frankl, 1999)

Domníváme se však, že zjištěný významný vztah mezi oběma psychickými veličinami je do určité míry oboustranný a nelze s jistotou prohlásit, která z měřených veličin byla závislou proměnnou a která proměnnou nezávislou. Neboť se domníváme, že i mentální ortorexie se

svým typickým průběhem může jako primární činitel vést k rozvoji existenciální úzkosti či ke ztrátě životního smyslu. Tuto naši domněnku podkládáme již v teoretické části zmíněným výzkumem A. P. Foxe a N. Leunga, zaměřeným mimo jiné na vzájemný vztah existenciální úzkosti a mentální anorexie. (Fox & Leung, 2009)

Další důležitá teorie, kterou je potřeba brát v potaz vzhledem ke zjištěné signifikantní souvislosti mezi prožívanou životní smysluplností a mentální ortorexií, je i pojetí mentální ortorexie jako závislosti (viz kap. 3.8.) Pokud bychom se přiklonili k této koncepci, pak se na základě například Balcarova výzkumu (1995b), jež potvrzuje vztah mezi existenciální frustrací a závislostí, můžeme domnívat, že mentální ortorexie jako forma závislosti může být důsledkem nedostatečné životní smysluplnosti. Tento teoretický koncept má však úskalí v tom, že ve většině výzkumů i teoretických úvah (Halama & Timul'ák, 2004) se objevuje především souvislost mezi nedostatečnou životní smysluplností a *drogovými závislostmi*. Mentální ortorexie jako taková sice vykazuje určité rysy závislého chování, ale přeci jen se u ní nemůžeme setkat například se syndromem závislosti, a jak již bylo řečeno v teoretické části (viz kap. 3. 8.) poruchy příjmu potravy bychom v rámci této teorie zahrnuly spíše mezi tzv. *návykové a impulzivní poruchy chování*. Přesto bychom tento úsudek měli zahrnout do součtu možných faktorů, jež ovlivňují vztah mezi prožívanou životní smysluplností a projevy mentální ortorexie.

Určitý vliv tu opět mohl sehrát věk vybraného výzkumného vzorku, neboť věk respondentů se pohyboval na hranici pubescence a dospělosti, což je stále do určité míry období emoční instability, doprovázené častými změnami nálad s náchylností spíše k negativnímu rozladu, kdy si mladý člověk teprve hledá své místo ve společnosti a pociťuje nejistotu z budoucího života, uplatnění a očekávaných požadavků. (Langmeier & Krejčířová, 2006) To potvrzuje i zjištění autorů dotazníku ESK (Längle et al., 2001), na něž přišli během jeho standardizace, a to že osoby do 20 let věku dosahovaly obecně nižších skóre v tomto dotazníku. Se stoupajícím věkem, pak stoupaly i skóre v jednotlivých skupinách a od 50 let věku opět klesaly. V naší studii jsme však pracovali s normami, které byly na základě těchto výstupů utvořeny speciálně pro skupinu respondentů do 20 let věku.

H₃: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou SEBEODSTUPU (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.*

V tomto případě byl opět potvrzen významný negativní vztah mezi skórováním na stupnici „sebeodstupu“ a dosaženým počtem bodů v dotazníku mentální ortorexie. To znamená, že v rámci našeho souboru jedinci s nižším skóre na škále „sebeodstupu“ dosahovali častěji více bodů v dotazníku MO. Tuto hypotézu jsme testovali na základě naší domněnky, že určité psychické projevy doprovázející mentální ortorexiu mohou být zachycena taktéž na škále „sebeodstupu“.

Jak již bylo popsáno na začátku praktické části, škála „sebeodstupu“ měří především schopnost jedince dokázat se odpoutat od sebe samého, nebýt zaujatý pouze svým vnitřním prožíváním, svými vnitřními pohnutkami a potřebami a dokázat vnímat svět nezkresleně (Längle et al., 2001).

Mezi psychickými projevy jedinců dosahujících nižší skóre v této dimenzi se pak objevují například nutkavé myšlenky, automatismy, přehnané zaujetí sebou samým, ale i vyčítání si. Obecně, na základě teoretických předpokladů o psychických projevech mentální ortorexie, které byly blíže rozebrány v kapitole 3.3.1., lze konstatovat, že výše zmíněné negativní psychické projevy se objevují ve velké míře právě i u mentální ortorexie. Máme na mysli především nutkavé myšlenky, neboť jedinec se postupem času nedokáže soustředit na nic jiného než na to, co, kdy a jak bude konzumovat. Dále je to bezesporu i zmíněné vyčítání si, neboť jakmile postižený udělá ve svém přísném stravovacím systému nějakou chybu či prohřešek, dostaví se výčitky a intenzivní pocity viny (viz kap. 3.3.1.). Člověk dosahující nízkých skóre na škále „sebeodstupu“ je dle interpretace v příručce ESK (Längle et al., 2001) také často předpojatý a jeho vnímání je selektivně omezené, což je též jeden z projevů mentální ortorexie, neboť ortorektik je natolik posedlý zdravou výživou, že potravu a její správnou konzumaci staví na první místo ve svých životních hodnotách (Donini et al., 2004).

Následující hypotézy byly zamítnuty na základě statistických výpočtů:

H₁: *Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu projevů mentální ortorexie u mužů a u žen.*

Hypotézu jsme museli zamítnout, neboť námi zjištěný výsledek poukazoval na signifikantní rozdíl v projevech mentální ortorexie u mužů a u žen. Hypotéza byla stanovena na základě výzkumných poznatků, které byly zjištěny ve vybraných zahraničních studiích a poukazovaly na **statisticky nevýznamné rozdíly** ve výskytu zmíněné poruchy u mužského a ženského pohlaví. Jedná se například o turecký výzkum zaměřený na prevalenci mentální ortorexie u vybraného vzorku lékařů (Bosi et al., 2007) či taktéž tureckou studii zaměřenou na výskyt mentální ortorexie mezi jevištními umělci (Aksoydan & Camci, 2009). Vzhledem k tomu, že však obě zmíněné studie pochází z Turecka, můžeme usuzovat na určitý vliv sociokulturních faktorů.

Jiné výzkumy naopak zjistily statisticky významné rozdíly ve výskytu mentální ortorexie u mužů a u žen. Paradoxně šlo opět o tureckou studii prováděnou za účelem adaptace dotazníku *ORTO-11* (Arusoglu et al., 2008), kde se prokázal signifikantně vyšší výskyt tendencí k mentální ortorexií u žen než u mužů a pohlaví bylo shledáno za velmi silný ukazatel ve výskytu této poruchy. Tento výzkum tedy došel ke stejnému závěru, jako my v rámci naší studie, tedy že je to ženské pohlaví, jež inklinuje k mentální ortorexií více než pohlaví mužské. Je však nutno brát v potaz skutečnost, že v rámci našeho výzkumu byl použit Bratmanův dotazník, kdyžto v případě turecké studie byl využit dotazník *ORTO-15*. V rámci naší studie jsme pomocí zvolených statistických metod ověřili skutečnost, že ženy nedosahují signifikantně nižších skóreů v Bratmanově dotazníku nežli muži, kdyžto u mužů jsme tuto dílčí hypotézu zamítnout nemohli a protože jsme výpočty zjistili existenci signifikantního rozdílu ve skórování v dotazníku MO mezi oběma pohlavími, závěr zněl, že respondenti ženského pohlaví skórovali signifikantně výš nežli pohlaví ženské. Náš výzkum tedy potvrdil statistická fakta o výskytu PPP v ČR, které hovoří též o vyšší prevalenci PPP (avšak obecně, nikoliv se zaměřením na mentální ortorexií) u dívek a žen.

Existují však také zahraniční studie, které zjistily opačný fenomén a to vyšší výskyt mentální ortorexie u mužského pohlaví nežli u ženského. Mluvíme například o italském výzkumu,

zaměřeném na vytvoření diagnostických kritérií u mentální ortorexie a ověření validity dotazníku *ORTO-15*. (Donini et al., 2004, 2005). Zjištěný vyšší výskyt u mužské populace mohl být způsoben opět kulturními rozdíly, například tím, že v některých kulturách bývají muži výrazně ovlivněni *kulturistickým ideálem těla*, pod jehož tlakem se snaží formovat postavu nejen skrze náročný posilovací trénink, ale i skrze regulaci příjmu potravy a volbu zdravějšího jídla. (tamtéž)

Vzhledem k takto se rozcházejícím výzkumným zjištěním u různých zahraničních studií a vzhledem k celkovému závěru, ke kterému jsme došli v rámci této hypotézy, by bylo vhodné se v budoucnosti pokusit o podobnou studii, avšak s početnějším výzkumným vzorkem, více věkovými kategoriemi a s rozdělením probandů dle jejich zaměření a stupně vzdělání, neboť tyto faktory, které nebyly brány v potaz, mohly do určité míry naše výsledky zkreslovat.

H₄: *Existuje statisticky významná korelace mezi mírou ODPOVĚDNOSTI (měřeno ESK) a projevy mentální ortorexie.*

Hypotéza H₄ byla též zamítnuta, neboť nebyl prokázán signifikantní vztah mezi body dosaženými v dotazníku MO a skóre na škále „*odpovědnosti*“.

V rámci této hypotézy jsme vycházeli především z teoretických poznatků o projevech mentální ortorexie. V tomto směru jsme chtěli poukázat především na striktní a přísné dodržování jídelního režimu, který si daný jedinec nastaví. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, mnoho takto postižených osob si vypěstuje až neuvěřitelně silnou sebekázeň, co se týče příjmu potravy, a pokud selhávají, dostávají se intenzivní výčitky a pocity viny (Bratman, 2000). Stejně tak jsou lidé postižení mentální ortorexií často velmi perfekcionista a přehnaně o sebe pečují (Bartrina, 2007). Z uvedených psychických projevů, které nezřídka kdy doprovází mentální ortorexiu můžeme usoudit, že takoví jedinci mají vypěstované silné vědomí povinnosti, což odpovídá i vyššímu dosaženému skóru v míře „*odpovědnosti*“ měřené dotazníkem ESK (Längle et al., 2001)

Domníváme se však, že hlavním důvodem, proč se tato hypotéza nepotvrdila, byla skutečnost, že jedinci, kteří dosahují vysokého skóre na škále „*odpovědnosti*“, mají sice silné vědomí povinnosti, avšak toto vědomí je autentické a svobodně zvolené (Längle et al., 2001). U mentální ortorexie se může jednat o vědomí povinnosti, které se u jedince rozvine na základě

obav a úzkostí o své zdraví, což je též jeden z hlavních psychických rysů této poruchy (viz kap. 3.4.). V takovém případě by bylo vhodnější zaměřit se na jedince, kteří dosáhli vysokého skóru ve škále „*odpovědnosti*“ (více jak 70 bodů) a zároveň skórovali nízko ve škále „*svobody*“ (pod 37 bodů). Tento případ byl zmíněn i v popisu jednotlivých škál v kapitole 4.2. u popisu jednotlivých škál ESK a jeho interpretace je vykládána tak, že výše zmínění jedinci by sice měli silné vědomí povinnosti, avšak jednalo by se o vědomí nacvičené, které se vytvořilo vlivem výchovy či *vlivem úzkosti*. Člověk je důsledný, ale za jeho důsledností stojí obavy a úzkosti (Längle et al., 2001). Na základě těchto teoretických východisek jsme chtěli poslední hypotézu zaměřit tedy na ty jedince, kteří dosahovali vysokých skóre ve škále „*odpovědnosti*“ při současně nízkých skórech ve škále „*svobody*“ a následně zjistit do jaké míry se u nich vyskytují projevy mentální ortorexie. Bohužel v našem výzkumném souboru nespůsoval ani jeden proband tyto bodová kritéria (tzv. nikdo neskóroval na nad hranici 70 bodů ve škále OD a zároveň pod 37 bodů ve škále SV), a nebyl zaznamenán ani jeden případ, který by se tomuto trendu bodově alespoň přibližoval.

V návaznosti na tato zjištění bychom se v budoucnu chtěli pokusit v podobném výzkumu výše zmíněný vztah mezi projevy mentální ortorexie, mírou „*odpovědnosti*“ a „*svobody*“ ověřit, avšak s tím rozdílem, že bychom volili rozsáhlejší výběrový vzorek.

6. Závěry

Prostřednictvím uvedených metodologických nástrojů a následným využitím konkrétních statistických metod jsme dospěli k následujícím závěrům této práce:

- Ve výběrovém vzorku adolescentů bylo zjištěno 29 % případů (37 žen a 19 mužů), které jsme dle zvolené bodové kategorie zařadili mezi inklinující k mentální ortorexii. Pouze jeden proband (žena) skóroval v dotazníku MO nad hranici 8 bodů a byl vyhodnocen jako osoba trpící mentální ortorexií.
- Byl potvrzen signifikantní rozdíl ve výskytu mentální ortorexie u mužů a u žen ve vybraném vzorku adolescentů. Ženy dosahovaly signifikantně vyššího výsledku v dotazníku MO nežli muži.
- Byl potvrzen signifikantní vztah mezi projevy mentální ortorexie a mírou prožívané životní smysluplnosti. Výsledná korelace byla negativní, z čehož vyplývá, že probandi dosahující vyššího počtu bodů v dotazníku MO, dosahovali signifikantně nižšího skóre na škále CELKOVÉ SMYSLUPLNOSTI. Toto zjištění potvrzuje teoretický předpoklad, že lidé prožívající svůj život jako málo smysluplný budou pravděpodobněji více ohroženi vznikem mentální ortorexie, než jedinci s vyšším mírou prožívané životní smysluplnosti.
- Byl potvrzen signifikantní vztah mezi projevy mentální ortorexie a mírou SEBEODSTUPU. Tento vztah má charakter negativní korelace, z čehož vyplývá, že respondenti s vyšším počtem bodů dosažených dotazníku MO dosahovali signifikantně nižšího skóre na škále měřící úroveň SEBEODSTUPU. Toto zjištění poukazuje na podobné psychické projevy u mentální ortorexie a u nižší míry SEBEODSTUPU (nutkavé myšlenky, automatismy, pocity viny...).
- Neprokázal se signifikantní vztah mezi projevy mentální ortorexie a mírou ODPOVĚDNOSTI. Nebyla zjištěna signifikantní souvislost mezi vyšším počtem dosažených bodů v dotazníku MO a vyšším skóre na škále ODPOVĚDNOSTI.

Souhrn

V této práci jsme snažili zjistit možné souvislosti mezi prožívanou životní smysluplností u vybraného vzorku adolescentů a projevy mentální ortorexie u tohoto vzorku. Pozornost jsme věnovali také vzájemným vztahům mezi psychickými projevy mentální ortorexie a určitými příznaky nedostatečně prožívané životní smysluplnosti. Dalšími cíly bylo zjistit prevalenci mentální ortorexie u adolescentů ve věkovém rozmezí 18-20 let a též se zaměřit na výskyt této poruchy v kontextu pohlaví. Při ověřování jednotlivých cílů i hypotéz jsme vycházeli především z teoretické části práce, která byla nejprve věnována tématu smyslu života, kde jsme se pokusili nastínit nejen historické souvislosti a jednotlivé metody měřící a zjišťující úroveň životní smysluplnosti, ale též jsme poukázali na různé negativní důsledky pramenící z nedostatku životního smyslu. Jedním z hlavních teoretických poznatků pro tento výzkum byla souvislost mezi existenciální frustrací a sklony k závislému chování či k závislostem, na což ve svých knihách upozorňoval již Frankl (1999) a tyto teorie byly samozřejmě i mnohokrát výzkumně ověřeny (např. Balcar, 1995a). Zmíněné poznatky propojily teoreticky i prakticky obě výzkumné oblasti naší práce, tedy prožívání životní smysluplnosti a projevy mentální ortorexie, neboť na tuto poruchu (tedy obecně na PPP) lze pohlížet také jako na určitý způsob závislého chování (Krch, 2005). Pozornost pak byla věnována též výzkumům, orientovaným na prožívání životní smysluplnosti konkrétně u osob trpících poruchami příjmu potravy (např. Fox & Leung, 2009).

Odkazem na tyto výzkumy, jež byly pro naši práci stěžejními východisky, jsme navázali na druhý oddíl teoretické části práce. Ten především mapoval problematiku poruch příjmu potravy. Věnovali jsme se nejprve známějším formám PPP, jako je mentální anorexie či bulimie a dále i výskytu, příčinám a důsledkům těchto poruch. Poukázali jsme i na některé méně známé varianty PPP a zvolna přešli k další stěžejní oblasti naší práce, kterou byla mentální ortorexie. Tato poměrně nová porucha příjmu potravy, která se vyznačuje posedlostí na zdravém stravování a která v podstatě ještě ani není oficiálně za mentální poruchu pokládána, byla v teoretické části podrobně rozebrána, především z hlediska vymezení možné diagnózy, ale i v rámci diferenciální diagnostiky, kde jsme se snažili poukázat na hlavní odlišnosti mezi touto poruchou a jinými typy PPP. V této části práce byl jedním z největších úskalí nedostatek odborné literatury a zdrojů věnujících se této problematice. Hlavním

zdrojem pro nás byla především Bratmanova publikace z roku 2000, pojednávající o mentální ortorexii. Bratman, jež je autorem pojmu označujícího posedlost na zdravé výživě, však svoji knihu směřoval spíše pro širokou laickou veřejnost než do akademických kruhů. Bohužel to byla jediná publikace, jež byla v rámci tohoto tématu k dispozici. Ostatní zdroje tvořili především odborné, ale i populárně- naučné z velké části zahraniční články dostupné na internetu a v databázích. Velkým přínosem pro naši práci však bylo několik zahraničních výzkumů, které se v návaznosti na Bratmana pokusily o zmapování problematiky mentální ortorexie ve více oblastech. Věnovali jsme se jim ve zvláštní kapitole a byly pro nás nejen inspirací, ale i jakýmsi vztažným bodem pro srovnání s našimi výzkumnými závěry. Některé z těchto výzkumů byly zaměřeny na prevalenci mentální ortorexie u vybraných populačních vzorků (například prevalence mentální ortorexie u návštěvníků fitness- Eriksson et al., 2009, či výskyt této poruchy u studentů nutričních oborů- Korinth et al., 2009), jiné se pokoušely o zavedení nových výzkumných (dotazníkových) metod, které by vedle Bratmanova dotazníku dokázaly odhalit přítomnost této poruchy (např. Doniny et al., 2004, 2005). Teoretickou část jsme ukončili odkazem na možné významné podobnosti mezi mentální ortorexií a závislým chováním, neboť tento koncept souvisí s již výše zmíněnou teorií, která poukazuje na vztah mezi nedostatkem životní smysluplnosti a sklony k závislému chování.

Praktická část práce se soustředila na samotný výzkum a ověření hlavních cílů této studie. Výzkumný soubor byl složen ze 105 respondentů (67 žen a 38 mužů) pohybujících se ve věkovém pásmu 18-20 let a jeho výběr probíhal kombinací dvou výběrových metod (*záměrný výběr* v maturitních ročnících středních škol a *metoda „sněhové koule“*). Vzorek adolescentů byl vybrán zejména na základě teoretických i statistických východisek, které hovoří o vyšším výskytu PPP u této skupiny lidí (např. Krch, 2005 či Novák, 2010, viz kap. 2.3.).

Ke zjišťování přítomnosti projevů mentální ortorexie byl použit Bratmanův dotazník mentální ortorexie. Tento dotazník má sice spíše sebetestovací charakter a neexistují k němu standardizované normy, byl však jediným dostupným metodologickým nástrojem, který jsme mohli využít. K jiným dotazníkům zaměřeným na tuto oblast (např. *ORTO-15*, či *ORTO-11*) nebyly dostupné vyhodnocovací postupy a další potřebné psychometrické informace. Bratmanův dotazník přesto dobře rozlišoval (na základě dosažených bodů v příslušném intervalu) mezi probandy, kteří byli bez přítomnosti MO, probandy inklinujícími k MO (56;

37 žen a 19 mužů) a probandy trpícími MO (1 žena). Celková prevalence MO v rámci výzkumného souboru adolescentů činila 29 % (inklinující k MO) a 1 % (trpící MO).

Dalším výzkumným cílem bylo ověřit, zda existuje rozdíl ve výskytu projevů MO na základě pohlaví. Tento cíl vyžadoval ke svému ověření složitější postup, neboť jsme zjistily, že námi získaná data z dotazníku MO nevykazují normalitu rozložení, proto bylo nutné využít neparametrické statistické výpočty (*Mann-Whitneyův -U test*). Několika dílčími výpočty s využitím zmíněné neparametrické metody se nám podařilo prokázat, že ženy skórují v dotazníku MO signifikantně výš nežli muži a tudíž můžeme říci, že výskyt projevů mentální ortorexie je v případě našeho výzkumného vzorku adolescentů signifikantně vyšší u žen. Jediným probandem, který skóroval nad hranicí 8 bodů v dotazníku MO a byl tudíž zařazen do kategorie *osob trpících mentální ortorexií*, byl také ženského pohlaví. S potvrzením vyššího výskytu této poruchy u žen souvisí i naše první testová hypotéza, která předpokládala neexistenci rozdílu mezi výskytem projevů MO na základě pohlaví (při její formulaci jsme opět vycházeli z kombinace zjištění v rámci různých zahraničních výzkumů). Tuto hypotézu jsme tedy museli zamítnout, neboť statistickými výpočty byl potvrzen rozdíl mezi průměry obou výběrových souborů (muži/ženy).

Dalším použitým metodologickým nástrojem, který byl významný především z hlediska ověřování dalších testových hypotéz, i z hlediska hlavního cíle této práce, byla Existenciální škála ESK, jejímiž autory jsou Längle, Orglerová a Kundi (2001). Tuto škálu jsme používali ke zjišťování úrovně prožívání životní smysluplnosti u vybraného výzkumného vzorku, abychom pak celkové skóre, ale i skóre z jednotlivých vybraných škál ESK mohli následně korelovat s dosaženými hodnotami bodů v dotazníku MO. První hypotéza, která předpokládala signifikantní negativní vztah mezi celkovou prožívanou životní smysluplností (škála CELKOVÁ SMYSLUPLNOST) a projevy mentální ortorexie, byla na základě statistických výpočtů (s využitím *Pearsonova korelačního koeficientu*) přijata. Potvrdila se tedy domněnka, že lidé prožívající svůj život jako nedostatečně smysluplný budou spíše inklinovat ke vzniku mentální ortorexie, než Ti, kteří pociťují dostatek smyslu ve svém životě.

Dále jsme se pokoušeli ověřit možné souvislosti mezi projevy mentální ortorexie a nízkou mírou „*sebeodstupu*“, což je psychický rozměr vypovídající o tom, do jaké míry dokáže jedinec odstupit od sebe samého a nebýt zaujatý svým vnitřním prožíváním. Domnívali jsme

se, že by mohl existovat opět signifikantní negativní vztah mezi mírou „*sebeodstupu*“ (škála SEBEODSTUPU) a výskytem MO, neboť psychické projevy nízké míry „*sebeodstupu*“ a psychické projevy mentální ortorexie si jsou v leccčem výrazně podobné (např.: nutkavé myšlenky, automatismy, přehnané zaujetí sebou samým, výčitky, pocity viny). Hypotéza, která tento vztah předpokládala, byla opět potvrzena (na základě statistických výpočtů – *Pearsonův korelační koeficient*), z čehož tedy vyplývá, že lidé s nízkou mírou „*sebeodstupu*“ dosahovali signifikantně více bodů v dotazníku MO.

Poslední hypotéza formulovaná v rámci tohoto výzkumu předpokládala signifikantní vztah mezi mírou „*odpovědnosti*“ (škála ODPOVĚDNOSTI) a projevy MO. Zde jsme vycházeli z předpokladu, že člověk trpící mentální ortorexií bude mít silnou vůli a silné vědomí povinnosti dodržovat striktní jídelní režim, což je jeden ze znaků mentální ortorexie (Bratman, 2000). Předpokládali jsme tedy, že jedinci s vyšším bodovým skóre v dotazníku MO, budou mít i zvýšené skóre ve škále „*odpovědnosti*“. Tato hypotézu jsme však na základě statistických výpočtů (opět *Pearsonův korelační koeficient*) museli zamítnout. Nicméně předpoklad výše zmíněného vztahu má jedno zásadní omezení a to především existenci třetího faktoru, díky kterému nabývá tento vztah jiné významnosti. Jde především o souvislost mezi skóry získanými ve škále „*odpovědnosti*“ a ve škále „*svobody*“. Jak uvádí příručka ESK (Längle et al., 2001), pokud člověk dosahuje vysokých skóreů na škále „*odpovědnosti*“, avšak zároveň skóruje nízko na škále „*svobody*“, pak není jeho vědomí povinnosti spontánní, ale může být zapříčiněno například různými úzkostmi či obavami. Tento teoretický předpoklad pak spíše odpovídá přítomnosti MO, neboť velká odpovědnost ve stravování pramení z obav o zdraví. Bylo by tedy vhodné zaměřit se pouze na ty probandy, kteří dosahovali vysokých skóreů ve škále „*odpovědnosti*“ při zároveň nízkých skórech ve škále „*svobody*“ a u nich teprve zjišťovat míru projevů MO. Bohužel však v rámci našeho výzkumného souboru žádný z respondentů nesplňoval výše uvedená kritéria. Do budoucnosti by tedy bylo užitečné provést výzkum se vzorkem většího rozsahu.

Výsledky a závěry vyplývající z této práce do určité míry potvrdily některé výsledky již dříve provedených zahraničních výzkumů. Jednalo se například o vyšší prevalenci mentální ortorexie u žen (Arusoglu et al., 2008). Na druhou stranu, potvrzení významného vztahu mezi nedostatkem prožívané životní smysluplnosti a projevy mentální ortorexie je zcela nové

zjištění, které je sice odvozeno z některých dřívějších výzkumných studií a teorií, které poukazovaly na možnou souvislost mezi nedostatkem životní smysluplnosti a PPP (Fox, Leung, 2009) či mezi existenciální frustrací a sklony k závislému chování (např. Balcar 1995a), avšak nevěnovaly se v tomto kontextu konkrétně mentální ortorexii, což je zcela nový koncept.

V přílohách této práce je také k nahlédnutí Bratmanův dotazník mentální ortorexie, který byl v rámci výzkumu použit a průvodní informace s poučením o této studii pro účastníky výzkumu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Aksoydan, E., Camci, N. (Březen, 2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*. stránky 33-37. Získáno z EBSCOhost research databases.

Arusoglu, G., Kabakci, E., Köksal, G., & Kutluay Merdol, T. (Březen, 2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*. Získáno 12. Ledna, 2012 z <http://www.turkpsikiyatri.com/en/default.aspx?modul=article&id=638>

Balcar, K. (1995a). Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*, 34 (5), 420-424.

Balcar, K. (1995b). Životní smysluplnost a osobnost. *Československá psychologie*, 34 (5), 496-502.

Balcar, K. (Říjen, 2007). *Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla*. Získáno 11. Listopadu, 2011 ze SLEA - Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu: <http://slea.cz/index.php/o-spolecnosti-mainmenu-14/2009/05>. Získáno z *Psychoterapeutické sešity*, (29) 1989, 17-34.

Bartrina, A. J. (Prosinec, 2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, 57 (4), 313-315.

Bedáňová, I. (nedatováno). *Statistika a výpočetní technika- přednášky*. Fakulta veterinárního lékařství - Veterinární a farmaceutická univerzita Brno. Získáno 20.Února, 2012 z <http://cit.vfu.cz/stat/FVL/Teorie/Predn4/MannWhit.htm#Neparam>

Bosi, A., Camur, D., & Güler, C. (6. Dubna, 2007). *Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the*. Získáno 13. Ledna, 2012 z Orthorexia.com: <http://www.orthorexia.com/wp-content/uploads/2010/06/Prevalence-in-Turkey.pdf>. Získáno z *Appetite* (2007), DOI:10.1016/j.appet.2007.04.007

Bratman, S. (Září - Říjen, 1997). Health Food Junkie- Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Yoga Journal* (136), 42-50.

Bratman, S. (2000). *Health Food Junkies (Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating)*. New York: Brodway Books.

Catalina, Z. R., Bote, B. B., Garcia, S. F., & Rıos, R. B. (Leden - Unor, 2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatra*, 3(1). Získáno 11. Ledna, 2012 z EBSCOhost research databases.

Cooper, P. J. (1995). *Mentální bulimie a zachvatovt přejídání. Olomouc: Votobia.*

Dankov, S. (30. Července, 2009). *Analýza: Mezinárodní klasifikace nemocí a její aktualizace*. Získáno 15. Prosince, z ÚZIS - Ústavu zdravotnických informci a statistiky: http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf

Diagnostick a statistick manuál mentálních poruch. (nedatováno, akt. 26. Prosince, 2011). In Wikipedie. Získáno 15. Ledna, 2012 z http://cs.wikipedia.org/wiki/Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_ment%C3%A1ln%C3%ADch_poruch

Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbiale, M., & Cannella, C. (Cerven, 2004). *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Získáno 9. Ledna, 2012 z Orthorexia.com: <http://www.orthorexia.com/wp-content/uploads/2010/06/Donini-Orthorexia-Nervosa-Dimension-of-the-phenomena.pdf>. Získáno z *Eating Weight Disord.*, 9(2), 151-157.

Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbiale, M., & Cannella, C. (10. Cervence, 2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord.*, 10(2), 28-32. Získáno z PubMed database.

Dragomireck, E., Selepov, P., Papezov, H., & Holub, J. (Brezen, 2005). Prspvek k epidemiologii poruch prjmu potravy. In *V. mezinrodn a mezioborov konference o poruchách prjmu potravy, Praha, 17–19 Brezen, 2005* (55-56). *Cesk a slovensk psychiatrie*, Supplementum (1)2005.

Drinock, H. (nedatováno). *Mentální bulimie a anorexie: hysterická boj o dokonalost*. Získáno 27. Prosince, 2011 z Idealni.cz : http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=20

- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* (18), 389-394. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x.
- Faldyna (2006). *Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Návykové a impulzivní poruchy F 63* (s. 193-197). In J. Bouček a kol. Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
- Finn, K. (1999). *Finding balance between the extremes*. Získáno 11. Ledna, 2012 z Beyond Vegetarianism: <http://www.beyondveg.com/finn-k/bio/finn-k-bio-1a.shtml>
- Fox, A. P., & Leung, N. (Leden - Únor, 2009). Existential Well-Being in Younger and Older People with Anorexia Nervosa - A Preliminary Investigation. *European Eating Disorders Review* (17), 24-30. DOI: 10.1002/erv.895
- Frankl, V. E. (1994a). *Člověk hledá smysl- úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
- Frankl, V. E. (1994b). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta
- Frankl, V. E. (1998). *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz- úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Praha: Grada.
- Gee, R. L., & Telew, N. (Říjen – Prosinec, 1999). Obsessive-Compulsive Disorder and Anorexia Nervosa in a High School Athlete: A Case Report. *Journal of Athletic Training*, 34 (4), 375–378. Získáno z PubMed Central Journal List.
- Getz, L. (Červen, 2009). Orthorexia: When Eating Healthy Becomes an Unhealthy Obsession. *Today's Dietitian*, 11 (6), p. 40. Získáno z <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/060109p40.shtml>
- Grogan, S. (2008). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York: Psychology Press.

Halama, P., & Timulák, L. (2004). Zmeny zmyslu života v resocializácii drogovu závislých z pohľadu klientov. *Logoterapia : človek pri hľadaní seba samého: 2. vedecká konferencia s medzinárodnou účasťou uskutočnenej pri príležitosti životného jubilea prof. PhDr. Ladislava Košča, CSc.*, Trnava, 9 Júm, 2004, s. 173. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity.

Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press.

Hippo health. (22. Září, 2007). *Night Eating Syndrome (NES) -Sign Diagnose, Symptoms, Triggers, Prevention and Treatment*. Získáno 27. Prosince, 2011 z Hippo health: <http://hippohealth.blogspot.com/2007/09/night-eating-syndrome-nes-sign-diagnose.html>

Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy- Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Jones, L. (9. Září, 2001). Yellow is not the only colour. *The Guardian - The Observer*. Získáno 9. Ledna, 2012 z <http://www.guardian.co.uk/lifeandstyle/2001/sep/09/foodanddrink.features8>

Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál.

Kinzl, F. J., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I. (2006, February). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75 (6), 395-396. DOI: 10.1159/000095447.

Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.

Kolouch, V. (2006). *Bigorexie*. Získáno 30. Prosince, 2011 z <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>. Získáno z <http://www.fitnet.cz/>.

Kolouch, V. (2006). *Orthorexia*. Získáno 30. Prosince 2011 z http://www.fitnet.cz/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=31&desktop=clanky&action=view&id=67

Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2009, May 12). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13 (1), 32-37. DOI 10.1017/S1368980009005709

Kořenková, Š. (9. Zář, 2009). *Drunkorexie, manorexie a diabulimie - noví strašáci*. Získáno 30. Prosince, 2011 z <http://clanky.vareni.cz/druncorexie-manorexie-a-diabulimie-novi-strasaci/#rss>

Kratina, k. (8. Února, 2006). *Orthorexia Nervosa*. Získáno z NEDA - National Eating Disorders Association: <http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/file/Orthorexia%20Nervosa.pdf>

Krch, F. D., & Málková, I. (1993). *SOS Nadváha*. Praha: Granit.

Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

Krch, F. D., Marádová, E. (10. Prosince, 2003). *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy- příručka pro učitele*. MŠMT. Získáno z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. (2. aktualizované a doplněné vydání. vyd.). Praha: Grada.

Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4 (9), 320-322. Získáno 20. Listopadu, 2011 z <http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>.

Krch, F. D. (2008). *Bulimie - Jak bojovat s přejídáním*. (3. doplněné a přepracované vyd.). Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence- otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.

Kulhánek, J. (2010). *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Získáno 30. Prosince, 2011 z [Idealni.cz- portál o poruchách příjmu potravy: http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251).

- Kvantitativní výzkum.* (nedatováno, akt. 9. Února, 2012). In Wikipedie. Získáno 23. února, 2012 z http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum
- Längle, A., Orglerová, C., & Kundi, M. (2001). *ESK-Existenciální škála.* (K. Balcar, Překl.) Praha: Testcentrum.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít- aplikovaná existenciální analýza.* Brno: Cesta.
- Längle, A. (22. Října, 2007). *Nalézt přitakání životu.* Získáno 30. Listopadu, 2011 ze SLEA - Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/6-alfried-langle/8-alfried-langle-pritakani-zivotu>. Získáno z *PROPSY*, 2/1997, 9-11.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualizované vydání. vyd.). Praha: Grada.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie.* Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Louda, Z. (2009). *Řešené příklady v systému STATISTICA.* Praha: Česká Zemědělská Univerzita v Praze- Provozně ekonomická fakulta.
- Lukasová, E. (1998). *I Tvoje utrpení má smysl.* Brno: Cesta.
- Maloney, M., & Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy (edice: Linka Důvěry).* Praha: Nakladatelství Lidové Noviny.
- Markytánová, L., & Piskáčková, Z. (3. Února, 2010). *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy.* Získáno 9. Ledna, 2012 z <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
- McCandless, D. (29. Března, 2005). *"I am an orthorexic"* . Získáno 11. Ledna, 2012 z BBC News: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/magazine/4389849.stm
- Mellowspring, A. (Říjen, 2010). Orthorexia Nervosa: A Primer. *IDEA Fitness Journal* , 7 (9), 67-71. Získáno z EBSCOhost research databases.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR- Národní informační centrum pro mládež . (Říjen, 2005, aktualizace 2009). *Poruchy příjmu potravy - charakteristika*. Získáno 27. Prosince, 2011 z MŠMT, ICM NIDM <http://www.nicm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Myslivečková, O. (25. Května, 2011). *Ortorexie: „Fetáci“ zdravé výživy*. Získáno 25. Února, 2012 z: <http://www.vitalia.cz/clanky/ortorexie-fetaci-zdrave-vyzivy/>

Nechanská, B. (25. Listopadu, 2011). *Aktuální informace ÚZIS: Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9- poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. Získáno 17. Prosince, 2011 z ÚZIS - Ústavu zdravotnických informací a statistiky: http://www.uzis.cz/system/files/60_11.pdf

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM.

Sokolová, D. (Leden, 2012). *Mezi vážně nemocnými anorektickými jsou dnes i tříleté dívky*. Získáno 5. Ledna 2012, z *Novinky.cz*: <http://www.novinky.cz/zena/deti/255002-mezi-vazne-nemocnymi-anorektickymi-jsou-dnes-i-trilete-divky.html>

Palo Alto Medical Foundation. (nedatováno). *Orthorexia Nervosa*. Získáno 15. Ledna, 2012. Získáno z <http://www.pamf.org/teen/life/bodyimage/orthorexia.html>

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.

Papežová, H. (30. Června, 2006). *Problémy psychogenního přejídání a obezita*. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy*, 13/2006. Získáno z <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problemy-psychogenniho-prejidani-a-obezita-173673>

Parkand, R., & Vera, M. (1. Prosince, 2009). *The downside of eating too healthy: orthorexia nervosa*. Získáno 9. Ledna 2012, z *Medill Reports - Chicago*, Northwestern University: <http://news.medill.northwestern.edu/chicago/news.aspx?id=150389>

Poláková, J. (1994). *Možnosti Transcendence*. Praha: Zvon.

Raban, M. (2008). *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Všehrad.

Reiterová, E. (2007). *Statistické metody v psychologickém výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci- Filozofická fakulta.

Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. (2., upr. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická Fakulta.

Rochman, B. (12. Února, 2010). *Orthorexia: Can Healthy Eating Be a Disorder?* Získáno 9. Leden 2012 z <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1963297,00.html>

Stárková. (2006). *Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Poruchy příjmu potravy F 50 (s. 145-152)*. In J. Bouček a kol. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.

Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha/Kroměříž: TRITON.

Třetinová, J. (2004). *Poruchy příjmu potravy- informační brožura*. Získáno z Anabell: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/374-poruchy-prijmu-potravy-informacni-brozura>

Tsoukanelis, E. A. (30. Června, 2009). Obsessed with Health. Orthorexics Take healthy Eating to the Extreme. *E-magazine- The Environmental Magazine*, 30-31. Získáno z <http://www.emagazine.com/archive/4734>

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (nedatováno). *Info: Základní informace*. Získáno 2. Ledna, 2012 z ÚZIS: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Viktor Frankl. (nedatováno, akt. 22. Listopadu, 2011). In Wikipedie. Získáno 24. Prosince, 2011 z http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl

Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.

Wagenknecht, M. (10. Dubna, 2009). *Logoterapie*. Získáno 29. Listopadu, 2011 ze SLEA - Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/7-martin-wagenknecht/52--logoterapie>

Yalom, D. I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Přílohy:

Příloha č. 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce (v českém a anglickém jazyce)

Příloha č. 3: Bratmanův dotazník zjišťující projevy mentální ortorexie

Příloha č. 4: Informace a poučení pro účastníky výzkumu

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MÍŠÁKOVÁ Veronika	Pohoří 86, Pohoří	F07405

TÉMA ČESKY:

Prožívání životní smysluplnosti u adolescentů se sklony k mentální ortorexii.

NÁZEV ANGLICKY:

Experiencing of Meaningfulness of Life in Adolescents with Inclinations to Mental Orthorexia.

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Autorka se pokusí zmapovat a představit situaci výskytu mentální ortorexie u adolescentů a zjistit možnou vzájemnou souvislost mezi touto mentální poruchou a prožívanou životní smysluplností. Kvalitativní výzkum se zaměří na získání potřebných dat a údajů ze dvou hlavních dotazníků:

- 1.)Dotazníku zaměřeném na Ortorexii Nervosu. Bratman (2000), upravená verze
- 2.)ESK- Existenciální škála. Längle, A.; Orglerová, Ch.;Kundi, M. (do české verze přeložil a upravil Karel Balcar). Testcentrum, Praha 2001

Některé studie ukazují, že existuje významná souvislost nebo také negativní korelace mezi prožívanou existenciální frustrací (ztrátou životního smyslu) a závislým chováním, či jiným asociálním chováním. Mentální ortorexie v sobě také obsahuje stopy závislého chování, proto cílem této práce bude zjistit, zda se tato souvislost prokáže i u mentální ortorexie, která je "novým trendem" na poli poruch příjmu potravy.

Cílovou skupinu budou tvořit adolescenti ve věku od 18-20 let, neboť dle mnohých statistických údajů, jsou obecně poruchy příjmu potravy zastoupeny spíše u dospívajících a raně dospělých jedinců. Za tímto účelem bude sběr dat probíhat především v maturitních a posledních ročnících středních škol a gymnáziích.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Aksoydan, E., Camci, N.: Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*, 33-37, 2009 (March).
- Balcar, K.: Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*, 34 (5), 420-424, 1995.
- Bratman, S.: *Health Food Junkies (Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating)*. New York: Brodway Books, 2000.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbiale, M., & Cannella, C.: Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord.*, 10(2), 28-32, 2005(July).
- Foxl, A. P., Leung, N.: Existential Well-Being in Younger and Older People with Anorexia Nervosa. A Preliminary Investigation. DOI: 10.1002/erv.895
- Frankl, V.E.: *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1994.
- Halama, P.: *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP 2007.
- Josselson, R.: Irvin D. Yalom: *O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál 2009.
- Křivohlavý, J.: *Psychologie smysluplnosti existence - otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, 2006.
- Längle, A.: *Smysluplné žit- aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta, 2002.
- Längle, A., Orglerová, Ch., Kundi, M.: *Příručka k ESK- Existenciální škála*, (do české verze přeložil a upravil Karel Balcar). Praha: Testcentrum, 2001.
- Krch, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005.
- Maloney, M.: *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové Noviny, 1997.
- Mellowspring, A.: Orthorexia Nervosa: A Primer. *IDEA Fitness Journal*, 7 (9), 67-71, 2010 (October).
- Raban, M.: *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 2008.

Příloha č. 2: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Prožívání životní smysluplnosti u adolescentů se sklony k mentální ortorexii
Autor práce:	Veronika Mišáková
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
Počet stran a znaků:	152 stran, 301 648 znaků
Počet příloh:	4
Počet titulů použité literatury:	86

Abstrakt:

Cílem této diplomové práce bylo zjistit možné souvislosti mezi prožívanou životní smysluplností adolescentů a přítomností projevů mentální ortorexie, jakožto jedné z nových poruch příjmu potravy. V prvním oddíle teoretické části práce jsme se věnovali konceptu smyslu života a dále také teoretickým východiskům možného vztahu mezi existenciální frustrací a poruchami příjmu potravy. V druhém oddíle teoretické části jsme se pokusili nastínit problematiku poruch příjmu potravy se zaměřením na fenomén mentální ortorexie. Praktická část byla podložena kvantitativním výzkumem, jenž se zaměřil na cílovou skupinu adolescentů, u kterých byla zjišťována úroveň prožívané smysluplnosti života a přítomnost projevů mentální ortorexie. Výzkumný soubor čítal 105 respondentů (67 žen a 38 mužů), kterým byl předložen Bratmanův dotazník zjišťující projevy mentální ortorexie (MO) a dále dotazník zjišťující míru prožívané smysluplnosti života (existenciální škála ESK). Nejprve jsme se pokusili zjistit prevalenci mentální ortorexie v rámci výzkumného vzorku. Výskyt projevů MO byl rozdělen na dvě části; 29 % (37 žen a 19 mužů) zúčastněných bylo vyhodnoceno jako *osoby inklinující k mentální ortorexii*, 1 % (1 žena) reprezentovalo *osoby trpící mentální ortorexii*. Prostřednictvím statistických výpočtů (neparametrický Mann - Whitney U - test) byl v rámci výzkumného souboru zjištěn rozdíl ve výskytu projevů mentální ortorexie na základě pohlaví. V Bratmanově dotazníku MO dosahovaly ženy signifikantně více bodů, což potvrzuje i statistiky vyšší prevalence PPP (poruchy příjmu potravy) u žen. A to vše přesto, že v případě mentální ortorexie by měl být, dle některých zahraničních výzkumů, výskyt této konkrétní poruchy u obou pohlaví rovnoměrně rozložený, či dokonce mírně vyšší

u mužské populace. S využitím statistické analýzy (především *Pearsonovy korelace*) byl zjištěn statisticky významný negativní vztah mezi prožívanou životní smysluplností a projevy mentální ortorexie (čím vyšší počet bodů dosažených v dotazníku mentální ortorexie, tím nižší skóre na škále celkové smysluplnosti v ESK). Podobně jsme se zaměřili na zjišťování vzájemných vztahů mezi projevy mentální ortorexie a skórováním v dalších škálách ESK. Tak byla potvrzena statisticky významná negativní korelace mezi projevy mentální ortorexie a mírou „*sebeodstupu*“ (dílejší škála ESK). Jinými slovy, respondenti s nízkým skóre na škále „*sebeodstupu*“ dosahovali signifikantně vyššího bodového skóre v dotazníku MO, než Ti, kteří dosahovali průměrných a vyšších skóre na škále „*sebeodstupu*“. V poslední řadě jsme zkoumali vzájemný vztah mezi projevy mentální ortorexie a vyšší mírou „*odpovědnosti*“. V tomto případě nebyla zjištěna signifikantní korelace mezi skóre na škále „*odpovědnosti*“ a body dosaženými v dotazníku MO. Tuto práci považujeme za přínosnou zejména proto, že v České republice doposud neexistuje dostatek odborných informací o mentální ortorexii ani o možné souvislosti mezi poruchami příjmu potravy a nedostatkem smyslu života. Domníváme se tedy, že tato studie by mohla posloužit nejen jako inspirace pro další možné výzkumy v této oblasti, ale též jako podklad pro tvorbu různých preventivních programů zaměřených na poruchy příjmu potravy.

Klíčová slova:

Dotazník	Životní smysluplnost	Existenciální frustrace
Poruchy příjmu potravy	Mentální ortorexie	Posedlost zdravou výživou

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Experiencing of Meaningfulness of Life in Adolescents with Inclinations to Mental Orthorexia
Author:	Veronika Mišáková
Supervisor:	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
Number of pages and characters:	152 pages, 301 648 characters
Number of appendices:	4
Number of references:	86

Abstract:

The aim of this diploma thesis was to determine possible links between experienced meaningfulness of life in adolescents and the presence of symptoms of mental orthorexia, as one of the new eating disorders. In the first section of the theoretical part we have focused on the concept of the meaning of life and also on the theoretical background of a possible relationship between existential frustration and eating disorders. In the second section of the theoretical part we have tried to outline the issues of eating disorders with a focus on the phenomenon of mental orthorexia. The practical part was supported by quantitative research, which has focused on the target group of adolescents, among whom the level of experienced meaningfulness of life and manifestations of the presence of mental of orthorexia was examined. The sample included 105 respondents (67 women and 38 men), to whom a Bratman's questionnaire (which detects symptoms of mental orthorexia "MO"), as well as questionnaire on the level of experience the meaningfulness of life (existential range ESK) was submitted. At first, we attempted to determine the prevalence of mental orthorexia within the researched sample. It was divided into two parts; 29 % of the participants (37 women and 19 men) were evaluated as persons inclining to mental orthorexia, 1 % (1 female) represented persons suffering from mental orthorexia. Through statistical calculations (nonparametric Mann - Whitney U - test) there was found a difference in the occurrence of mental orthorexia based on sex in the research sample. In the Bratman's questionnaire MO significantly more points were achieved by women, which is even confirmed by statistics of higher prevalence of eating disorders (ED) in women. However, according to some foreign studies the incidence of

this specific disorder should be evenly spread between both sexes, or even slightly higher within the male population. Using statistical analysis (mainly Pearson's correlation) there was found a statistically significant negative relationship between experienced meaningfulness of life and symptoms of mental orthorexia (the higher number of points earned in the mental orthorexia questionnaire, the lower the overall score on a scale of meaningfulness in the ESK). Similarly, we have focused on the detection of relations between symptoms of mental orthorexia and scores in other scales of the ESK. By this means there was confirmed a statistically significant negative correlation between symptoms of the mental orthorexia and the rate on the scale "self-distance" (a sub-scale of the ESK). In other words, the respondents with low scores on the scale "self-distance" achieved a significantly higher score in the MO questionnaire, than those who achieved average and higher scores on the scale "self-distance". Finally we examined the mutual relationship between the symptoms of mental orthorexia and a higher rate of "responsibility". There was not found any significant correlations between scores on the scale of "responsibility" and the scores in the MO questionnaire in this case. We consider this work beneficial especially because of the fact, that there is not sufficient scientific information about the mental orthorexia or about a possible link between eating disorders and lack of meaning of life in the Czech Republic. We therefore believe that this study could serve as an inspiration not only for possible further research in this area, but also as a basis for various prevention programs concentrating on eating disorders.

Key words:

Questionnaire	Meaningfulness of Life	Existential Frustration
Eating Disorders	Mental Orthorexia	Obsession with Healthful Eating

Příloha č. 3: Bratmanův dotazník zjišťující projevy mentální ortorexie

„Plné znění této použité psychodiagnostické metody je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce“

Příloha č. 4: Informace a poučení pro účastníky výzkumu

Dobrý den,

Jsem studentkou jednooborové magisterské psychologie na FF Univerzity Palackého v Olomouci a ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o spolupráci na výzkumu, který realizuji v rámci své diplomové práce. Výzkum je zaměřen na zjištění *prožívané smysluplnosti života v souvislosti s jídelními návyky* u osob ve věkové kategorii 18-20 let.

Pokud se rozhodnete mi pomoci, prosím Vás laskavě o vyplnění dvou následujících dotazníků. První je zaměřen na zjištění prožívané smysluplnosti života a zkoumá v podstatě to, jak se lidé vyrovnávají se svými každodenními situacemi, nebo jak si počínají v některých zvláštních situacích. Tento dotazník Vám zabere cca 10-15 minut. Druhý z dotazníků se týká oblasti jídelních návyků a zabere maximálně 3-5 minut.

Chtěla bych také zdůraznit, **že všechny získané údaje budou považovány za důvěrné, budou použity jen pro výzkumné účely a chráněny před možným zneužitím. Oba dotazníky jsou zcela anonymní.** Pro vědecké účely jsou důležité pouze výsledky celých skupin, proto položku „Jméno“ na první straně prvního dotazníku nevyplňujte. Proškrtněte však křížkem patřičný čtvereček vyznačující, zda jste muž nebo žena a na příslušný řádek uveďte prosím svůj věk. Zapište prosím i datum vyplnění dotazníku.

Pokud máte jakékoliv dotazy týkající se dotazníků či výzkumu, je Vám něco nejasné či potřebujete něco podrobněji vysvětlit, neváhejte se mě zeptat, nebo mě kontaktovat na níže uvedené emailové adrese či telefonním čísle.

Velice Vám děkuji za Vaši pomoc i čas.

Veronika Mišáková

Email: Misakova.v@gmail.com

Mob.: +420 737508786