

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Katedra psychologie

Poruchy příjmu potravy a percepce tělesného schématu

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce :
PhDr. Alena Plháková, CSc.

Olomouc 1998

Jana Skácelová

"Už jako malé holčičky jsme byly naprogramovány, abychom nenáviděly svá těla. Nechaly jsme si namluvit, že hladová dieta a maratónské cvičení nám dá stehna panenky Barbie. Skutečnost, že 98 % z nás toho nemůže za žádných okolností dosáhnout, nic neznamena. Připadáme si jako zmetci. Nenávidíme svá stehna. Nenávidíme svá břicha. Nenávidíme svá ramena. Zkrátka nenávidíme svá těla. A proto se snažíme je změnit."

Dixonová

OBSAH

Úvod

1. Historický přehled
 - 1.1. Stručná historie touhy po štíhlosti
2. Problematika těla a tělesnosti
 - 2.1. Koncepce těla a tělesnosti
 - 2.2. Pojetí těla z hlediska lékařského
 - 2.3. Psychologické pojetí těla
 - 2.4. Pojetí těla z filozofického hlediska
 - 2.5. Hledisko psychosomatiky
 - 2.5.1. Základní teoretická východiska psychosomatiky
 - 2.5.1.1. Psychoanalytická teorie
 - 2.5.1.2. Teorie stresu
 - 2.5.1.3. Kortikoviscerální teorie
 - 2.6. Vnímání těla v souvislosti s pohlavím
3. Historie vymezení pojmů "mentální anorexie" a "mentální bulimie"
4. Pojetí vztahu mentální anorexie a mentální bulimie
5. Mentální anorexie
 - 5.1. Klinický obraz mentální anorexie
 - 5.1.2. Diagnostická kritéria mentální anorexie
 - 5.2. Atypická mentální anorexie
 - 5.3. Typy mentální anorexie
6. Mentální bulimie
 - 6.1. Klinický obraz mentální bulimie
 - 6.1.2. Diagnostická kritéria mentální bulimie
 - 6.2. Atypická mentální bulimie
 - 6.3. Typy mentální bulimie
7. Somatické změny u mentální bulimie a mentální anorexie
 - 7.1. Somatické změny u mentální anorexie

- 7.2. Somatické změny u mentální bulimie
- 7.3. Postoje k tělu a tělesné hmotnosti u osob trpících poruchou příjmu potravy
 - 7.3.1. Výzkumy zaměřené na porušené vnímání tělesného schématu
- 8. Poruchy příjmu potravy v souvislosti s pohlavím
- 9. Vznik psychogenních poruch příjmu potravy-faktory
 - 9.1. Individuální predisponující faktory
 - 9.1.1. Biologická etiopatogeneze
 - 9.1.2. Charakteristické rysy osobnosti s PPP
 - 9.2. Rodinné predisponující faktory
 - 9.2.1. Charakteristika rodiny pacienta
 - 9.3. Sociokulturní predisponující faktory
 - 9.3.1. Společenské mýty
 - 9.3.2. Sociální a kulturní vlivy
- 10. Aktuální problematika poruch příjmu potravy ve světě a v České republice
 - 10.1. Incidence a prevalence poruch příjmu potravy v České republice
 - 10.2. Screeningová studie pražských vysokošolaček
 - 10.3. Epidemiologická studie prevalence poruch příjmu potravy u adolescentů (Praha - Vlašim)
- 11. Cíle a východiska výzkumu
- 12. Soubor a metodika
 - 12.1. Charakteristika souboru
 - 12.2. Použité metody
 - 12.2.1. Dotazníky EDI a EAT
 - 12.2.1.1. Dotazník EDI (The Eating Disorder Inventory)
 - 12.2.1.2. Dotazník EAT (The Eating Attitudes Test)
 - 12.2.2. Schéma postav
- 13. Realizace výzkumu
- 14. Výsledky výzkumu
 - 14.1. Zpracování dotazníku EAT

14.2. Zpracování dotazníku EDI

14.3. Zpracování hodnot BMI

14.4. Zpracování schémat postav

15. Diskuse

16. Závěr

17. Souhrn

Seznam použité literatury

Úvod

Nejen obezita, ale i mírná nadváha se staly známkou neúspěchu, lenosti a jiných charakterových vad. Ještě nedávno bychom hodnotili své silnější spoluobčany jako mírné, dobromyslné, vyrovnané, veselé, jako lidi, kteří si umějí užívat života. Dnes za jejich tloušťkou vidíme komplexy, zatrpkllost, neúspěchy, nemoc... Negativní hrdinové dětských seriálů bývají tlustí a některé dětské panenky připomínají lidské kostry.

Ke svému tělu mají stále komplikovanější vztah především ženy. Jistě, že i mezi muži se občas objeví problémy s tělem a potravou, ale v porovnání s ženami je to mizivé procento.

Co způsobuje, že najednou někdo začne nenávidět své tělo tak, že jej nepovažuje za svou součást? Že někomu zjevně štíhlému připadá jeho tělo příliš tlusté, škaredé a neforemné a začne s ním nakládat tak, že to může vést k předčasné smrti? Proč tolik žen drží nekonečné diety, trpí pocity studu za své tělo a sexualitu? Co je nutí stále držet diety a trápit se vlastně celý život nad tím, že jejich boky nejsou přesně takové, jaké mají slavné manekýny...? Proč jedna z nejhorších věcí, která může postihnout dívku na střední škole, je nadváha? Proč stále více lidí zajímá jen, jak vypadají z "vnějšku" a to, jak vypadají " zevnitř" je pro mnohé absolutně nedůležité? Proč se štíhlost ztotožňuje s úspěchem v povolání? Kdo rozhodl, že superhubená znamená krásná? Spousta otázek se vynořuje v souvislosti s touto problematikou.

Kolik cenných životních zážitků je zmařeno nenávisť k jedinému tělu. Nemilovat své tělo si může vyžádat velkou daň. Je těžké dobře pečovat o něco, co člověk nemá rád, čeho si necení. Je téměř nemožné, aby žena působila jako krásná a sexy, když si připadá tlustá a ošklivá. Trpí tím vztahy, sexuální život a hlavně zdraví...

Postojem k vlastnímu tělu je podmíněn i náš vztah k ostatním lidem. Stud a odpor k vlastnímu tělu omezují prostor nejen tělesných, ale i sociálních kontaktů vůbec.

Posledlé představou štíhlosti jsou především dívky a ženy, trpící poruchami příjmu potravy - mentální anorexií a mentální bulimií. Tyto choroby vždy doprovází narušený vztah k vlastnímu tělu. V současné době jich stále přibývá.

Za svého studia na vysoké škole jsem se setkala s nejednou dívkou trpící psychogenní poruchou příjmu potravy a se spoustou dívek, majících problematický vztah k tělu a ke stravování. Byly mezi nimi kamarádky i spolubydlící na vysokoškolské koleji. Já sama jsem na sobě vyzkoušela různé diety v honbě za nedosažitelným ideálem.

Přání proniknout hlouběji do dané problematiky mě vedly k tomu, že jsem si tuto oblast zvolila za téma mé diplomové práce.

Hodně mi pomohla konzultace s PhDr. Krchem, který mi poskytl mnoho podkladů a dotazník EDI, dále s PhDr. Šindelářovou, která mi zapůjčila dotazník EAT 26, a s MUDr. Stárkovou, která mi nabídla pomoc při realizaci výzkumu (sejmutí dotazníků u anorektických pacientek). V teoretické části jsem se pokusila shrnout poznatky o těle a poruchách příjmu potravy, ve výzkumné části mě hlavně zajímalo, jaké jsou rozdíly mezi muži a ženami v zabývání se potravou, dietním chováním, tělem atd. (dotazníky EDI a EAT) a dále, jak vnímají své tělesné schéma ženy, jak muži a jak se vidí navzájem (schéma siluet postav na číselné stupnici). Zjišťovala jsem, zda mají ženy větší tendenci než muži, omezovat příjem potravy, zabývat se její kalorickou hodnotou, vnímat své tělo jako silnější, zda trpí přejídáním s následnými kompenzačními mechanismy. Výzkumný vzorek tvořili vysokoškolští studenti - 50 žen a 50 mužů. Původně jsem chtěla zařadit také vzorek pacientek s poruchou příjmu potravy, ale od tohoto záměru jsem později odstoupila, což ještě vysvětlím.

Podkladem mi byly výzkumy prováděné jak u nás, tak ve světě. Celá problematika tělesnosti a psychogenních poruch příjmu potravy mně velmi zajímá a chtěla bych se jí věnovat i v budoucnu.

Cílem mé práce je varovat před stále větším počtem žen, trpících důsledky honby za štíhlostí. Příčina poruch příjmu potravy je multifaktoriální, přesto za jeden z nejdůležitějších spouštěcích faktorů považují sociokulturní vlivy, dnešní "ideál štíhlosti". Dívky a ženy se v posledních letech stále více srovnávají s jakousi "ideální ženou".

Jsme obklopeni reklamami na lákavě vyhlížející jídla, nad kterými se smějí šťastní a spokojení lidé, reklamami, kde vystupují superštíhlé modelky v přiléhavých džínsech a šatech. Podíváme-li se na míry, které mají dívky na plakátech v módních časopisech, na míry finalistek soutěží Miss v posledních dvaceti letech, zjistíme, že tyto ženy, které

jsou pro mnohé symbolem krásy, jsou čím dál tím vyšší a váží stále méně. Společenský ideál je stále

štíhlejší - čímž je pro většinu žen obtížnější se mu přiblížit. Norma štíhlosti nikdy v minulosti nebyla tak nerealistická.

Lidé by si měli uvědomit, že zdraví se nerovná superštíhlost a že krása je obvykle v něčem úplně jiném. Prevence v oblasti poruch příjmu potravy je u nás zatím dosti zanedbávána. Je velmi důležité ovlivňovat vědomí veřejnosti, varovat před extrémními přístupy k tělu a potravě. Toxikománii se již věnuje pozornost i ve sdělovacích prostředcích, snad se tak stane i v případě této závislosti...

1. Historický přehled

1.1. Stručná historie touhy po štíhlosti

Již odpradávná se lidé starají o svůj vzhled. Zájem o obezitu a štíhlost se táhne od antiky přes všechny epochy lidstva, což ukazuje i tento přehled :

* 800-300 let př.n.l.

Ideálem starověkého Řecka je harmonie těla a duše. Řekové odmítali nejen obžerství a obezitu, ale i přílišnou štíhlost. Nejvíce však obdivovali střídmost.

* 400 let př. n. l.

Sokrates se domnívá, že tloušťka je nemoc léčitelná tancem. Sám údajně každé ráno tančil, aby si udržel svěžest a dobrou postavu. Hippokrates píše: "U všech nemocí si vedou nejlépe ti, kteří mají tlusté břicho. Špatné je být v těchto místech hubený ."

* 1.století př. n. l.

Řím se stává rodištěm bulimie. Volný oděv skrývá obezitu a při zdejších slavnostech se podávají dávidla, aby se přejedeným lidem ulevilo. Je pravděpodobné, že již Římanky držely dietu.

* Počátek letopočtu

Lidské tělo se v raném křesťanství stává zdrojem hanby a ponížení, oděv slouží k zakrytí tvarů hříšného těla. Půst se stává prostředkem boje proti ďáblu.

* 2.století

Galén popisuje příznaky mentální anorexie.

* 12.-15. století

"Svaté ženy" hladovějí, aby "umlčely své hříšné tělo". Byla to prý cesta k odčinění hříchů a osvobození duše.

* 13.století

V umění znova ožívá ideál krásy lidského těla. Nahota ve výtvarném umění přestává být tabu.

* 14.století

Třetina Evropanů umírá na mor, lidské tělo je deformováno podvýživou a nemocemi.

* 15.století

Rozkvět renesance je triumfem lidské krásy. Tizián a Giorgione oslavují plné formy těla. Móda a kosmetika se stává samozřejmostí.

* 16.století

Rubensovský ideál kyprého těla je vytlačován "vosopasými" diktátorkami módy. Je vynalezen korzet. Církev se staví podezíravě k anorektickým světicím a prohlašuje je za posedlé ďáblem. Půst je společností odsuzován přísněji než obžerství.

* r.1557

Ital L. Cornaro, benátský šlechtic, kterého obžerství přivedlo na práh smrti, vydává knihu "Úvahy o střízlivém a umírněném životě".

* r.1694

Britský lékař Richard Morton definuje jako první mentální anorexii.

* 18.století

Módní je způsobné stolování. Mladé Angličanky drží dietu, aby dosáhly útlého pasu.

* 1798

Ch. W. Hufeland vydává svoji knihu "Makrobiotika aneb Umění, jak prodloužit život".

* Přelom 18. - 19. století

William Gull a Charles Laségue identifikují a diagnosticky vymezují mentální anorexii. Laségova symptomatická triáda (anorexie - amenorhea - vyhublost) je dodnes základem diagnostiky MA. Gilles de la Tourette rozlišuje primární a sekundární (psychogenní) anorexii, Janet definuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie.

* 19.století

- Střídmost se považuje za známku vytríbenosti. Pro pobavení jsou na pouťích předváděni obézní lidé, ale i "živé kostry".

- R. 1879 je vynalezen sacharin - náhražka cukru.

- R. 1883 umírá po několikaletém odřikání se jídla "zázračná žena" Louise Lateau. Její počínání bylo považováno za známku božího zjevení. Vzorem štíhlosti a moderního životního stylu se stává rakouská císařovna Elizabeth, známá jako "Sisi", která propagovala usilovné tělesné cvičení.

- Francouz G. Leven poprvé charakterizuje obezitu jako nervovou poruchu.

* konec 19.století

Tuberkulózní vyhublost je spojována s tvořivostí.

* 20.století

- R. 1917 doktor L. H. Peters zavádí do diet termín kalorií.

- V Americe roku 1927 se stávají módním hitem veřejné osobní váhy. V západní Evropě, ve vyšších kruzích, se stále častěji objevují případy mentální anorexie.

- R. 1930 roste zájem psychoanalýzy o poruchy příjmu potravy, které jsou interpretovány jako regrese a fixace na orální stadium vývoje a strach z orální erotiky a gravidity. Jejím nesporně pozitivním přínosem je zdůraznění významu sexuální role a rodiny v etiopatogenezi poruch příjmu potravy.

- R. 1939 jsou vynalezeny amfetaminové dietní pilulky, což byl počátek rozkvětu multimilionářského dietního průmyslu.

- R. 1950 byla provedena A. Keysem z University of Minnesota na 36 mužích - dobrovolnících rozsáhlá studie o účincích hladovění na lidské chování.

- V padesátých letech jsou v módě ženy s postavou přesýpacích hodin. Vzorem je známá M. Monroe.

- O dvacet let později se módním vzorem stává anglická modelka Twiggy, zjevně trpící anorexií (170 cm / 41 kg). Následně nato v celé Evropě hrozivě vzrůstá výskyt poruch příjmu potravy, na což v r. 1970 upozorňuje také S. Theander, švédský psychiatr. V Americe vyhrávají soutěže Miss stále štíhlejší dívky.

- R. 1962 Hilde Bruch referuje o změnách vnímání a myšlení u vyhublých pacientek. Poukazuje na častý výskyt poruch příjmu potravy mezi modelkami a baletkami.

- V roce 1974 bylo na oddělení psychologie University v Manchesteru založeno první svépomocné hnutí pro lidi trpící poruchami příjmu potravy.

- V USA r. 1977 je po úmrtí třech lidí na následky tekuté proteinové diety zákaz prodeje tohoto výrobku. Ve stejném roce vzniká v Kalifornii první specializované zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy.

- R. 1979 prosazuje anglický psychiatr G. Russel termín bulimia nervosa.

- R. 1980 je publikována Drenickova studie o zvýšené úmrtnosti chorobně obézních mužů. Někteří lékaři naopak připomínají možnost pozitivního vlivu mírné nadváhy.

- V USA se v r. 1982 poprvé pořádá Týden boje proti poruchám příjmu potravy.

- Od 1.3. 1983 je v Praze otevřena Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy. Je první svého druhu ve střední a východní Evropě.

- Světová zdravotnická organizace zařazuje bulimii nervosu (jinak mentální bulimii) mezi prioritní problémy světové populace.

- V devadesátých letech roste odpor proti vyhublosti, přesto se v USA vydá ročně přes 35 miliard dolarů za prostředky na zhubnutí. Do východní Evropy pronikají různé komerční diety a "přístroje na zhubnutí". Je neuvěřitelné, kam až sahají hranice lidské podnikavosti, ale hlavně důvěřivosti ! (Krčh, Málková, 1993)

2. Problematika těla a tělesnosti

2.1. Koncepce těla a tělesnosti

Koncepce tělesnosti si zjednodušeně můžeme představit jako dvě navzájem vůči sobě kolmé roviny. Jednu tvoří souvislé kontinuum, jehož krajní póly reprezentují na jedné straně biologicky orientované názory, pojímající tělo jako organismus. Na druhé straně kontinua pak stojí teorie, které zdůrazňují sociální a kulturní determinovanost lidského těla.

Druhou rovinu představují rozličné přechodné typy existenčních modů těla od těla - objektu (tělo věc, tělo ono...) k tělu - subjektu (tělo já, personální tělo).

Dvojí realitu těla registruje každý jedinec s bohatými smyslovými zkušenostmi a prožívá ji nejen na, ale také ve vlastním těle. Tato prakticky známá zkušenost byla postupně zkoumána i teoreticky a vynutila si přesnější slovní označení.

V češtině máme pro pojem tělo a všechny jeho aspekty jediný termín - totiž právě termín tělo. Čeština není schopna diferencovat mezi tělem, kterým jsem, a tělem jako souborem dílčích funkcí.

Němci mají termíny dva - Leib pro tělo, kterým jsem, Körper pro tělo, které zkoumám, analyzuji.

Podle Hohlera (1995) latina disponuje dvěma výrazy : "corpus", které znamená tělo, těleso, hmotu, což podtrhuje souvislost s materiálním světem, a "caro", který je používán pro označení žijícího, cítícího těla, těla "z masa a krve". V angličtině bychom našli také dva termíny - body a corpus.

Jak jsem již uvedla, v našem jazyce postrádáme možnost vyjádřit tuto dvojstránkovitost těla a tak si čeština vypomáhá různými obraty a slovy, které se ovšem dosud obecně nevžily. Termínu tělo se užívá pro to tělo, kterým jsem a jeho adjektivum pak zní *tělové* (obsah tohoto pojmu zní zatím dost cize a jeho obsah může zavádět). Pro tělo postrádající subjektivitu se používá termín těleso, jeho adjektivum pak zní *tělesné*.

Člověk existuje jako tělo, ale často se svým tělem zacházíme jako s tělesem. Stále více dominuje výkonnostní orientace, což může být jednou z příčin tohoto stavu.

Víme tedy, co je to vlastně tělo? Co je to tělesnost? Zdá se nám, že tělo je látka a to ostatní je vědomí. Jako hmota nám připadá tělo ve všech svých hmotných projevech. Patří do této množiny i lidské pudy a nepodmíněné reflexy nebo patří do množiny vědomí? Jak je to např. s pocity chladu a tepla, hladu a žízně?

Současné pojetí těla chápe tělo jako *komplexní fenomén*. Může být studováno z hlediska anatomického, fyziologického, farmakologického, ale také z hlediska filozofického, psychologického a sociologického. V současné době převažuje somatické pojetí těla.

2.2. Pojetí těla z hlediska lékařského

Z hlediska klasické medicíny je tělo tvořeno souborem orgánů a orgánových soustav. Dělí se na hlavu (*caput*), krk (*collum*), trup (*truncus*) a končetiny horní, hrudní (*extremities proximales, thoracicae*) a končetiny dolní, pánevní (*extremities distales, pelvinae*). Více orgánů se spojuje v útvary složitější - ústrojí, spojením několika ústrojí vzniká soustava (*systema*). Např. soustava opěrná a pohybová, cévní... Celek všech orgánových soustav medicína nazývá *corpus humanum* či *soma*.

Řecké slovo "sóma" je mnohoznačné a mělo mnohem širší význam než dnes používané slovo "somatický". "Corpus" je převzato z latiny a znamená tělo, těleso, hmotu. Jak jsem již uvedla, v latině bychom našli ještě výraz "caro" pro tělo žijící, cítící, ale tento výraz se v medicíně neobjevuje.

2.3. Psychologické pojetí těla

Vědomí vlastního těla je psychologicky zakotveno dvojitým vztahem: má svůj předmět (vědomí čeho) a svůj podmět (čí vědomí). Tento dvojitý vztah "já" prožívajícího člověka rozpoznává hovorový jazyk i psychologické pojmosloví.

V prvním vztahu vystupuje *já jako činitel* - hodnotící, rozhodující, činící. Já vnímáme ve svém těle, má svou minulost, přítomnost i budoucnost, je jediným příjemcem událostí a původcem činů. Já je vnímáno v těle prostřednictvím smyslů: bolest v mém těle je mou bolestí, vždyť jsem to já, kdo pociťuje bolest (Adcock, 1973, in Balcar, 1991).

V druhém vztahu je *já jako obraz sebe (sebepojetí)*. Vzniká a vyvíjí se v interakci se světem jedince, a to na základě zkušenosti, kterou při tom sám se sebou učiní. Je to důležitý moment procesu socializace. Vývojem sebepojetí se zabývalo mnoho autorů. Podle Eriksona (1972, in Balcar, 1991) můžeme hovořit o sebepojetí až od třetího roku věku, kdy je již připraven základ sebepojetí vztahovým odlišením "já - ty" a "osoby - předměty". První etapy tvorby představy o sobě samém jsou nepochybně spjaty s vyčleňováním vlastního těla z plynulého kontinua nediferencovaných pocitů a stavů. Obsah raného dětského prožívání tvoří především tělové pocity. Dítě pociťuje určité tělesné potřeby a zakouší slast z jejich uspokojování. Cítí tělesnou bolest, vnímá pohyby svých končetin, cítí své tělo. Vyvíjející se koordinace senzoryky a motoriky dává představu o hranicích mezi tělem a vším ostatním. V první fázi života to znamená uvědomění hranice mezi "já" (mé tělo) a "nejá" (všechno ostatní). Tato hranice je neustále zpřesňována (nárazy, které způsobují bolest, zábrany v pohybu...).

Soubor prožitků, stavů a pocitů spojených s fungováním těla se pomalu ustavuje v určitou integrovanou soustavu, která tvoří základ "*tělesného schématu*". Podstatou tohoto schématu je vědomí těla jako strukturované a propojené soustavy orgánů a funkcí. Jakmile se tělové schéma jednou vytvoří a ustálí, přetrvává jako značně samostatný obsah ve vědomí subjektu. Stává se složkou "mého já", která je často odolná vůči působení změn, které se s tělem skutečně staly. Dokladem jsou např. tzv. fantómové bolesti amputovaných končetin (Helus, 1973).

Pro obranu sebepojetí často dochází k řešení problémů, stresů a konfliktů formou závažné nemoci, bolesti, tělesného handicapu nebo obranným zkreslením skutečnosti (popření, vytěsnění, somatizace, přesunutí a další). Jasný, vnitřně soudržný a stálý obraz o sobě a o světě je provázen citem jistoty. Nejistota v osobně závažných věcech (a takovou sebepojetí vždy je) vyvolává úzkost - nepříjemný citový stav, motivující člověka k jeho odstranění, k obnovení jistoty, bezpečí. Základem každé psychologické obrany proti úzkosti a narušení osobní činnosti je *zkreslení*. Jednotlivé druhy obrany se liší rozsahem zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s vnímaným obsahem naloží.

Dva základní prvky obrany sebepojetí jsou:

1. *popření*, kterým člověk zkresluje vnější skutečnost tak, že je prožívána jako méně hrozivá
2. *vytěsnění*, kterým si člověk brání v uvědomění vlastních obávaných pohnutek a citů.

Vytěsnění je často spojeno s nějakým dalším způsobem psychologické obrany, umožňujícím aspoň částečné nebo náhražkové uplatnění vytěsňovaného motivu jeho spojením s jistou osobou ("projekce", "regrese"), s jiným citem ("izolace"), s jiným důvodem ("racionalizace", "somatizace"), s jiným činem ("odčinění", "přesunutí", "reaktivní výtvor") (Balcar, 1991).

Podle Hohlera (1995) je vztah těla a jáství formulován ze dvou hledisek:

1. *mám tělo, vlastním své tělo;*
2. *jsem tělo, ztotožňuji své tělo s jástvím.*

Hogenová (1995) soudí, že hledisko *jsem tělo* znamená absolutní hodnotu jedinečnosti tělesné i duševní jednoty. Vzájemná podmíněnost personálního těla a jáství má vliv na změnu sebepojetí např. v případě úrazů vedoucích k těžkým deformacím. Každá kultura i společnost si vytváří jinou image těla, která potom různě ovlivňuje sebepojetí každého z jejich členů.

Sebepojetí se vytváří v ontogenezi a v rámci jeho tvorby se člověk musí vyrovnat se vztahem k vlastní osobě. Důležitou součástí tohoto procesu je pojetí vlastního těla. Dítě poznává své tělo "Já" v protikladu k okolí "Nejá" a tak je nejjednodušší úrovní pojetí fyzikální ("Já" je tělesně ohraničeno kůží). Dalším, vyšším stupněm nazírání je fyziologická úroveň. Kam zařadit ostříhané vlasy, nehty, sliny, alkohol v krvi - co z toho je "Já" a co "Nejá"? Psychologický pohled sebepojetí dále komplikuje - kam patří moje nápady, lásky, vzpomínky, čest...? K některým z těchto fenoménů mám vřelejší vztah než k postradatelným fyzickým částem svého těla (slepé střevo), které si ochotně nechám vyoperovat. V sebepojetí se protíná tělesný a duchovní rozměr vlastního "Já".

Podle Balcara (1991) je obraz já stále přítomen v prožívání a jeho základem je vjem a představa vlastní osoby, vlastního těla a představa třeba i laického ekvivalentu místa osobnosti ve světě. Představy o těle u dětí se podle výzkumů zpřesňují s věkem. Nejmladší děti často věří, že uvnitř těla je jídlo. Děti zhruba od jedenácti let v kresbách označí správně 6 - 9 částí nebo orgánů těla. Správná představa o lidském těle se začíná utvářet okolo 10 let.

Složky, tvořící mentální obraz o našem těle (Dixonová, 1997):

Vizuální složka - zahrnuje to, jak své tělo vidíme (to, co se odráží v zrcadle).

Emocionální složka - zahrnuje to, jak se ve svém těle cítíme (části těla, které máme, nemáme rádi).

Pohybová složka - zahrnuje to, jak se cítíme v prostoru.

Historická složka - je souhrn všech sdělení, kterých se nám o našem těle dostalo.

2.4. Pojetí těla z filozofického hlediska

Filozofický slovník Waltera Bruggera (1994) říká, že tělo je oduševnělé těleso člověka a zvířete. Lidské tělo je základnou pro duši člověka, je jejím výrazovým polem a zvláštním předmětem prožívání. Veškerá činnost smyslové duše je vnitřně vázána na tělesné pochody, tvoří s nimi jedinou animální životní činnost a bez ní nemůže být. Nepřímo, vázaností na smyslový život, je i duševní život závislý na těle. Tělo je výrazové pole, mnohé duševní prožitky se v duši plně nerozvinou, pokud se nemohou projevit v tělesném dění. Pohled, fyziognomie, tělesná stavba, postoj, pohyb, činnost orgánů vyjevují svéráznost a rytmus duševního prožívání.

V předklasické době řecké filozofie Parmenides hlásal: máme myšlenky takové, jaké je smýšlení našich údů; Démokritos: lidské tělo je mozaikou složenou z duševních a tělesných atomů. U řeckých myslitelů shledáváme pouze vnější pohled na lidské tělo. Věda se dále ubírala k anatomii, fyziologii a obecné biologii. Vzniká anatomie, zoologie, botanika a celá přírodověda ve formě popisné vědy, která trvala až do 18. století. Antická tradice vysvětluje jednotu těla a duše, Descartes vztah těla a duše mění v psychofyzický problém. Vztah těla a duše vyřešil ve smyslu striktního *dualismu*: člověk

má tělo a duši - rozdíl mezi nimi je v tom, že tělo je mechanickou hmotou s vlastnostmi prostorové vyplněnosti a pohybu, kdežto duše má jako podstatný znak uvědomování, odlišuje se od všeho ostatního svou schopností být si vědoma sama sebe, myslet (Homola,1990).

Leibnitz vyřešil vztah duše a těla jejich přirovnáním k dvojím synchronizovaným hodinám. Tuto "synchronizaci hodin" vysvětluje tzv. předzjednanou (od boha předem stanovenou) harmonií (Störig, 1993). Spinoza tvrdil, že duše je jednou stránkou celku, jehož druhou stránkou je tělo. Nelze říci, zda je primární tělo či duše. Pro něho nejsou žádné dvoje hodiny, žádné dvě rozdílné substance. Je jen jedna božská substance, a jestliže shledáváme "harmonii" mezi myšlenkovými procesy a tělesným světem, není to nic podivného a nepotřebuje to další vysvětlení, protože jeden bůh se zjevuje s atributem myšlení a podruhé s atributem těla. Duševní a tělesné jevy jsou souběžným projevem téže podstaty (Störig, 1993).

Kant klade důraz na aktivitu subjektu, na ego, opomenul však fenomén subjektivního těla. Další filosofové pracovali na problému těla, důležité jsou příspěvky Maine de Birana, Husserla, Sartra, Merleau-Pontyho, Gabriela Marcela. Společné rysy jsou: vlastní tělo je něco, co se nedá objektivizovat. Tělo je předmět tzv. nulový, avšak za určitých situací se stane tematickým: stane se afektivním předmětem (jen ve svém těle pociťujeme bolest a slast), senzuačním (jen svým tělem mohu hmatat a vnímat) a kinestetickým (vládnou svým tělem).

Patočka (1995) chápe lidské tělo nikoli jako je zkoumá anatomie či fyziologie, nýbrž *tělo jako subjektivní fenomén*, lidské tělo tak, jak jej žijeme a prožíváme. Toto živé tělo je podmínkou, abychom o anatomickém těle a jeho prožitcích vůbec něco věděli. Je sice subjektivní, ale zároveň objektivní v tom smyslu, že je podmínkou života a prožívání.

Heidegger (1965, in Michálek, 1995), který vyšel z kritiky psychosomatiky, pokračoval rozbořem fenoménů týkajících se jednotlivých částí těla a skončil úplným odmítnutím psychosomatického východiska.

Podle Hogenové (1995) je lidské tělo jedním ze jsoucen, má však v sobě transcendující vztaženost k celku bytí. Je-li lidské tělo pouhým jsoucnem mezi jinými, má-li podobnou platnost, jako např. kámen, pak musí být pochopeno jako výrobek, jako artefakt, čímž je popřeno to, že se tělo rodí do své existence. Avšak "tělo" má svou

vlastní hodnotu, která se vyvíjí a roste. Tělo svou materiální vyplněností zasahuje do okolního světa, vtlačuje se do vyplněného prostředí a podléhá tlaku tím, že se formuje do adekvátních tvarů. Vnější výsledkem je tělo - zjev. Zjevování je tedy rozhraním mezi tělem a netělem. Toto rozhraní je třeba chápat jako něco, co je v neustálém pohybu. Rozhraní, které je tělem má vnějšek vůči vnějšímu světu i vnějšek vůči vnitřnímu vlastnímu světu, a tak tělo obsahuje v sobě vždy podvojnost, jeví se vůči ostatním lidem i zrcadlům, jeví se samo sobě. Pracovat s "tělem" znamená především vědět o této podvojnosti, o tomto podvojném vztahování těla k jinému světu a k vlastnímu jáství.

2.5. Hledisko psychosomatiky

Termín "psychosomatika" je odvozen od řeckých slov *psyche* - mysl a *soma* - tělo.

Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složitě propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci. Tělo a mysl zde nejsou chápány jako oddělené jednotky, ale naopak jako navzájem spojené systémy, které se velmi významně ovlivňují.

Nejširší pojetí psychosomatiky předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci, v každém svém momentálním stavu i v průběžném pohybu svého bytí představuje jednotu psychického /duševního/ a somatického /tělesného/ se svým prostředím (Baštecký a kol. , 1993).

2.5.1. Základní teoretická východiska psychosomatiky

Historicky stojí základy psychosomatiky na psychoanalýze, Freudův mechanismus hysterických konverzních symptomů je prvním psychosomatickým modelem v medicíně. Dále mezi základní teorie patří teorie stresu a kortikoviscerální teorie (Baštecký a kol. , 1993).

2.5.1.1. Psychoanalytická teorie

Psychosomatika v dnešním pojetí vznikala počátkem 20. století na půdě psychoanalýzy. Freud sám nikdy tento termín nepoužil. Uvedl však problematiku konverze jako symbolického vyjádření intrapsychického konfliktu ve sféře tělesné a v pojednání o aktuálních neurózách popsal vznik tělesných a vegetativních reakcí jako vegetativního doprovodu emoční reakce. *Konverze* je proces, při němž je psychický komplex myšlenek, přání, pocitů atd. nahrazen tělesným příznakem. Konverzní symptomy se liší od tělesných symptomů v tom, že a) ztráta funkce odpovídá pacientově představě o fungování jeho těla, ale neodpovídá anatomickým a fyziologickým faktům, např. hysterická anestézie ruky odpovídá oblasti, korespondující s představou "ruky" (kterou pokrývá rukavice), ale nikoli oblasti inervované nervy ruky, b) příznak je demonstrován proto, aby naplnil v pacientově životě určitou funkci (Rycroft, 1993) .

Konverze je používána pro výklad *psychogeneze*. Mechanismus psychogeneze vede ke změně činnosti a posléze k morfologickým změnám vnitřních orgánů, je podmíněn psychickými mechanismy.

Z hlediska psychoanalýzy má každý příznak svůj účel a smysl. Tvorba příznaku je ve své podstatě obranným mechanismem, jehož posláním je redukce úzkosti. Dle psychoanalýzy jde o neodreagovaný a jinak nezvládnutý intrapsychický konflikt, který je vázán na rané dětství a je nabit silným afektivním nábojem (Mohapl, 1992).

2.5.1.2. Teorie stresu

Tato teorie se stala součástí širokého myšlenkového proudu, jehož počátek je v behaviorální psychologii.

Původní Selyeho koncepce (1957) určuje stres jako nespecifickou, fylogeneticky starou, stereotypní adaptační reakci připravující organismus původně na fyzickou aktivitu - boj či únik (Baštecký a kol. , 1993).

V současné době termín stres zahrnuje širokou oblast. Je to termín všeobecně používaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované vůbec. Nejsou to však jen situace nepříjemné. Rozsah psychologických stresorů je individuálně rozdílný a vlastně nekonečný, může jím být i silná radost (Hartl, 1993).

Toto psychosomatické pojetí vychází z toho, že nadměrná zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci může ústít ve tkáňové poškození, poruchu adrenokortikálních funkcí, psychosomatické poruchy.

2.5.1.3. Kortikoviscerální teorie

Tato koncepce vychází z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech. Rozpracovali ji zejména Bykov a Kurcin. Byla řadu let jedinou "povolenou" teorií v psychosomatické oblasti. Tato škola experimentálně prokázala těsné vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi a ověřila, že činnost vnitřních

orgánů je řízena mozkovou kůrou. Dnes z ní čerpají mnozí autoři v různých částech světa. Základní axiomy zjednodušeně zní:

- činnost orgánů je řízena mozkovou kůrou, tuto činnost lze ovlivnit různými vnějšími i vnitřními podněty
- dlouhotrvající intenzivní emoce mohou způsobit přepětí korových buněk
- v důsledku toho nastane útlum mozkové kůry a to se projeví chaotickou činností veget. funkcí.

2.6. Vnímání těla v souvislosti s pohlavím

Obraz našeho těla se vyvíjí od dětství, v souladu s místním a dobovým ideálem krásy a hodnotou, jaká je v rodině a společnosti přisuzována lidskému tělu. Ženské tělo je tradičně důležitější, tělesné proporce hrají jinou roli v životě muže a ženy.

Dle Krcha (1993) už dvanáctileté dívky jsou úzkostnější ve vztahu ke svému tělu, mají více negativních sebepředstav a snadněji než chlapci se cítí být ohroženy nadváhou. Dívky a ženy věnují více pozornosti svému tělu od pasu dolů, zatímco chlapci se zabývají spíše svými rameny a hrudníkem. Již u tří až pětiletých chlapců byla zjištěna lepší tělesná představivost, než u stejně starých děvčat. Ženy zajímá více jejich tělesný tuk, muže jejich svaly.

Holčičky předškolního věku dnes preferují jako nejkrásnější anorektické panenky Barbie, jejich mužští vrstevníci obdivují hypertrofické svaly různých comicsových monster, nejprodávanější hračka pro chlapce je G. I. Joe se svými masívními bicepsy, štíhlým pasem a svaly zbrzděným břichem. Tyto dvě hračky a spousta jejich variant dávají dětem jasný obraz, jak by měl vypadat "opravdový muž" a "ideální žena". Fakt, že se zřejmě tomu ideálu nebudou moci nikdy v životě vyrovnat, nehraje žádnou roli.

Během puberty se často objevuje obdoba syndromu dismorfofobie (Helus, 1973). Mladý člověk nutkavě sleduje změny svých tělesných proporcí, fyziognomické nedostatky, červenání se, potivost rukou. U dívek vyvolávají objevující se druhotné pohlavní znaky a menstruace někdy až neurotický vztah k vlastnímu tělu. Často se dívky obávají, že jejich tělo bude posuzováno druhými jako nečisté a budící ošklivost. Dospívající se změnami, které způsobuje vývin, stojí před úkolem přepracovat své tělesné schéma. Tento proces obvykle doprovázejí komplexy méněcennosti, které ústí do stydlivosti, rozpačitosti nebo naopak do kompenzační agresivity, do přehnaných sebezkrášlovacích "rituálů" atd. V normálním případě jsou už během dospívání tyto potíže překonány hlubšími životními aspiracemi. Faltus (1977) zastává názor, že na mladé dívky působí mnohem více než na chlapce změny, které prodělávají v pubertě. Je to rychlý vývin sekundárních pohlavních znaků s ukládáním tukového polštáře v krajině boků, hýždí a prsou, který provokuje snáze jejich strach z tloušťky a který může vést až k některé z poruch příjmu potravy. Velkou úlohu zde hrají také média. Ta teenagerům, kteří se snaží zjistit, co vlastně jsou v tomto světě, sdělují jednoznačně: jste tím, jak vypadáte.

Protože jsou dnes ženy více motivovány uspět v mužském světě, je u dospívajících žen stále patrnější nespokojenost s těmi částmi svého těla, které jsou tradičně spojeny s ženskou vizáží a postavou. Dle výzkumů je jejich ideálem chlapecká postava s velmi úzkými boky a malým poprsím. Reklama zaměřená na mladé dospělé navíc skoro vždy zobrazuje velice štíhlé mladé ženy s dokonalým makeupem, v dokonalém oblečení. Většina vědců pokládá mladé dospělé ženy představované médií jako "ideál" ve skutečnosti za "rozmary genetiky" (Dixonová, 1997). V mnoha případech tyto superštíhlé modelky nemohou mít děti pro svou neplodnost a nepravidelný menstruační cyklus, což je způsobeno extrémně nízkým obsahem tělesného tuku.

Vysoká estetická a sociální hodnota štíhlosti a předsudky spojené s tloušťkou nutí ženy, aby hladověly a držely diety. Ženy často ztotožňují dietu s normálním jídelním režimem a biologickou potřebu najíst se s projevem slabé vůle a oproti mužům nesrovnatelně častěji užívají léky na zhubnutí a diuretika. Pro ženy je na rozdíl od mužů tělesná hmotnost významným kritériem sebehodnocení. Pokud už chlapci nebo muži chtějí hubnout, popisují svoje důvody k hubnutí v rozdílných termínech, než dívky a ženy. Ty zdůrazňují v souvislosti s tělovým obrazem štíhlost a atraktivitu, zatímco chlapci fyzickou zdatnost a sportovní zjev, svalnatost (Kocourková, Koutek, 1995).

Muži nadváhu nepocítují jako sociální problém, ani jako výraznější zdravotní nebezpečí (Krch, Drábková, Rathner 1997). Tělesná hmotnost pro ně není tak významným faktorem, jako pro ženy. Je pravděpodobné, že intenzita jejich sebekontroly v příjmu potravy je nižší a pokud je narušena, není spojena s trýznivými psychickými příznaky, jak tomu bývá u žen. Muži pocítují své nedostatky a chyby mnohem méně, než ženy. Dá se tedy říci, že muži se cítí ve svém těle více "doma".

3. Historie vymezení a objasnění pojmu "mentální anorexie" a "mentální bulimie"

Název "*Anorexia*" nalezneme poprvé u Galéna, ale jako první osoba, která popsala mentální anorexii, bývá uváděn anglický lékař Richard Morton. Tento lékař v roce 1689 použil pro označení této poruchy název "Atrofia seu pthisis nervosa".

Touto problematikou se zabýval anglický neurolog Whytte (r.1767) a dále francouzský lékař Nadeau (r.1789). Roku 1873 uvedl Francouz Laseque kasuistické sdělení, ve kterém podrobně popsal projevy mentální anorexie. Zabýval se především zkoumáním hysterických projevů u těchto poruch, což ho vedlo ke známému označení "Anorexia hysterica", ale byly mu již známy vztahy, které dnes označujeme jako neurovegetativní a kortikoviscerální. K vytyčení léčby však nedospěl. V téže době věnoval onemocnění pozornost také Angličan Gull, jehož publikace vyšly jen o několik měsíců později než Lasequeovy. Gull označuje jako hlavní příčinu poruchu duševní rovnováhy a v terapii doporučuje změnu prostředí, přísnou kontrolu nemocných, pravidelnou stravu v malých dávkách a zahřívání těla z důvodu špatné termoregulace. Zahřívání těla bylo prováděno přikládáním gumové hadice naplněné teplou vodou podél páteře. Jeho zpráva, doplněná fotografiemi nemocných, vyšla v roce 1874 pod titulem "Anorexia nervosa". Tento termín zvolil proto, že neshledal ani v jednom případě známky hysterie, kterou u těchto poruch popsal Laseque. Ze stejného důvodu v roce 1883 doporučil ve Francii Huchard používat termín "Anorexia mentalis" neboli mentální anorexie, který se používá pro označení této poruchy dodnes. Přesto se nyní můžeme setkat také s názvem "Anorexia nervosa", používaným zejména v anglosaské literatuře.

V německých knihách jsou o této problematice známy první údaje z roku 1895, pocházející od Soltmana a v roce 1896 od Kissela. Oba autoři uváděli poruchu pod názvem "Hysterická anorexie". V německé literatuře můžeme nalézt také termín "pubertätsmagersucht" pro tuto poruchu (Janota, 1956).

Název "*bulimia nervosa*" je odvozen z řeckého slova "bous" (býk, vůl či dobytek, což bylo v antice vysoce ceněné zvíře) a "limos" (obrovský hlad či zlý démon

obrovského hladu). V řecké mytologii byl potrestán neutišitelným hladem Erysichton, když skácel v posvátném háji stoletý dub, aniž by dbal nářku nymfy. Erysichton musel nakonec prodat vlastní dceru, aby si za ni opatřil jídlo. Čím víc jedl, tím měl větší hlad. Jeho osud byl tragický, neboť muka hladu byla tak nesnesitelná, že počal jíst sám sebe a nakonec zemřel (Zamarovský, 1982). V této báji bychom možná našli kořeny pojmu bulimie.

Tento termín - bulimia nervosa - prosadil roku 1979 anglický psychiatr G. Russell. V této době také vznikají první specializovaná zařízení pro léčbu bulimie a poruch příjmu potravy. Roku 1980 DSM-III vymezuje kritéria bulimie nervosa. V roce 1986 D. M. Garner a P. E. Garfingel poukazují na podobnost bulimie nervosa a mentální anorexie a zdůrazňují jejich multifaktoriální podmíněnost.

4. Pojetí vztahu mentální anorexie a bulimie

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou obvykle popisovanými syndromy poruch příjmu potravy. Jsou diagnosticky vymezeny jako samostatné diagnostické jednotky. Jejich vzájemné propojení je však složité. Dělicí čára mezi nimi není zcela zřetelná a přibližně 30 - 50 % pacientek s mentální anorexií vykazuje symptom bulimie.

Existují zhruba tři základní pojetí jejich vztahu. Někteří autoři považují oba syndromy za určité varianty základního onemocnění. Další skupina se kloní k názoru, že bulimie je chronická varianta mentální anorexie (udává se, že bulimickou symptomatiku vyvine 30 - 50 % mentálně anorektických pacientek). Třetí skupina oba tyto syndromy odděluje a pro oba vymezuje specifické diagnostické charakteristiky (Říčan, Krejčířová, 1995).

Pro oba syndromy je typické extrémní zaujetí tělem, jeho vzhledem a strachem z tloušťky, typické jsou patologické projevy v příjmu potravy ve snaze o kalorickou redukci.

Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

	<u>Mentální anorexie</u>	<u>Mentální bulimie</u>	<u>Oba syndromy</u>
<u>Epidemiologie</u>	90-95% -ženy poněkud mladší asi 1-3% všech dívek dosažením 20.roku vykazuje (pre)klinické symptomy	víc než 80%- ženy poněkud starší 5-13% studentek vysokých škol vykazuje (pre)klinické symptomy	přibývá s vyšším socioekonomickým statusem
<u>Průběh nemoci</u>	časté změny na chronickou ment. anorexii	vzácné změny na chronickou ment. bulimii	
<u>Těl. hmotnost</u>	pod 80% ideální hmotnosti	hmotnost v normě nebo kolem ní	
<u>Menstruace</u>	chybí	nepravidelná nebo chybí	
<u>Chování</u>	strach ze ztloustnutí díky očekávané ztrátě kontroly při jídle spíše nutkavé méně si uvědomují psychologickou narušenost	strach ze ztloustnutí díky skutečné ztrátě kontroly při jídle spíše hysterické silněji si uvědomují psychologickou narušenost	posedlost jídlem, hmotností a tělna- tostí, sebeobviňo- vání, často dysfo- rické, provinilé, často společensky izolované

(Vandereycken, 1991, str. 9)

5. Mentální anorexie

5.1. Klinický obraz mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována formami jednání, které jsou cíleny na snížení tělesné hmotnosti. Základními příznaky jsou chorobný strach ze ztloustnutí, odmítání jídla vedoucí postupně ke ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu, postupné snižování tělesné hmotnosti vedoucí k extrémnímu vyhubnutí, narušené vnímání schématu vlastního těla, amenorhea, nepřítomnost somatické choroby nebo jiného psychopatologického syndromu, které by mohly vyvolávat obdobný komplex symptomů. Typické je neuvědomování si chorobného stavu. Tuto chorobu řadíme mezi psychogenní poruchy příjmu potravy. Vyskytuje se nejčastěji u dívek v pubertálním období.

Chorobnost strachu z tloušťky u těchto pacientek spočívá v tom, že na rozdíl od jedinců, kteří se rozhodli zhubnout a mají pocit uspokojení, že se jim to daří, u nemocných s mentální anorexií strach ze ztloustnutí nemizí a přetrvává i při značném hmotnostním poklesu. Pocit uspokojení se nedostavuje. Odmítání jídla má aktivní charakter a je doprovázeno obavami z následného přejídání.

S kachektickým zjevem někdy nápadně kontrastuje nepřiměřená aktivita a čilost. Dívka většinou začíná držet dietu za účelem snížení své váhy. Její váha v době před samotným onemocněním bývá často normální, jen zřídka vyšší či opačně. Příčinou je většinou strach z tloušťky. Za vyvolávajícího činitele bývá často označováno škádlení a vysmívání se těmto dívkám pro jejich údajnou tloušťku či traumatické zážitky v rodině či osobním životě (úmrtí blízkého člověka, rozchod s partnerem atp.). Dívka začne omezovat přísun některých potravin, zejména potravin s vysokým obsahem tuků, cukrů a škrobů. Postupně snižuje svůj denní příjem na minimum. Často dny i týdny hladoví a svůj pocit hladu kompenzuje pitím velkého množství kávy nebo kouřením cigaret, z čehož se často vyvine až závislost.

"K nejnápadnějším příznakům mentální anorexie patří nezlomná, dlouhodobě trvající činnost postižených, ke které se svou železnou vůlí nutí ještě překvapivě dlouho poté, kdy už pro extrémní vyhubnutí trpí značnými tělesnými potížemi a rychlým

úbytkem sil. Pacienti se tak ještě více utvrzují v mínění, že jsou něčím zvláštním, a ještě dlouho se jim daří klamat své blízké o svém skutečném tělesném stavu." (Leibold, 1995, str. 69).

Dívky jsou neobyčejně čilé, jejich aktivita má až obsedantní charakter. Mají vnitřní nucení např. několik hodin pravidelně cvičit. Nejsou si při tom často vědomy chorobnosti svého počínání a jejich strach z toho, že by opět měly začít "normálně jíst" a přibrat na váze, nabývá až bludného charakteru. Často se u nich objevuje euforie vysvětlovaná pocitem vítězství nad svým tělem. Jsou hluché ke všem argumentům a varováním z okolí. Vnímání obrazu vlastního těla, stejně jako vnímání pocitu hladu a sytosti je u nich silně narušeno. Svě tělo vnímají stále jako silné, přestože jsou až kachektické. Domnělou tloušťku maskují ve volném oblečení. Leibold (1995, 54) ve své knize cituje výpověď jedné pacientky : "Nenávidím své tělo, protože mě obtěžuje. Když se poddám jeho požadavkům, cítím se tak nečistá... jaksí provinilá. Ale když je donutím dělat to, co chci, cítím se velmi silná, protože jsem zvítězila nad tím zvířecím v sobě." Tělo tedy už není chápáno jako část vlastního bytí, ale jako určitý druh "zatěžujícího přívěsku". A tak se ztrácí jednota těla, ducha a rozumu jako základní předpoklad pro naplněný život. Nebezpečí, že odmítáním potravy dojde ke zničení vlastního těla, se pacientů jakoby vůbec nedotýká, neboť tělo s jeho potřebami vlastně nepovažují za součást svého bytí.

Mezi typické projevy mentální anorexie patří zájem o vše, co souvisí s potravou - dívky sbírají recepty, rády vaří pro ostatní, ale nic z toho samy nejedí. Takto si počínají zřejmě proto, aby vykompenzovaly svůj mučivý hlad, který se snaží si nepřipouštět. Většinou se stravují nejraději o samotě, jedí minimálně a velice pomalu. Jídlo si krájí na malé kousky a stravu dlouho přežvykují. Nepřátele spatřují v těch, kteří je nutí do jídla a chtějí je opět "vykrmit", když jim dalo tolik práce zhubnout! Jako obranu proti tomuto úsilí používají nejrůznější výmluvy a lži ("už jsem jedla", "toto jídlo nemám ráda" atd.) nebo potravu tajně zahazují.

Některé anorektičky občas podlehnou stále naléhavějším signálům svého těla mučeného hladem a mají záchvat tzv. vlčího hladu, kdy se přejedí. Po něm následují výčitky svědomí, pocity selhání, vlastní neschopnosti a prohry. Situaci potom řeší navozováním zvracení, užíváním projímadel atp. U těchto dívek nalézáme nejen psychické, ale i somatické změny.

5.1.2. Diagnostická kritéria mentální anorexie

Jako diagnostická pomůcka se užívá ICD - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992) nebo DSM-III-R (Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch - revize z roku 1987). Navzájem se z hlediska diagnostického příliš neliší. Mentální anorexie má v ICD - 10 kód F50.0. Smolík (1993) uvádí, že podle ICD - 10 (diagnostická vodítka) musí být pro definitivní diagnózu přítomny níže uvedené poruchy:

A) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod váhou předpokládanou (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo Body Mass Index (Queteletův index hmoty těla) činí 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný přírůstek.

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \text{váha [kg]} / (\text{výška [m]})^2$$

(Štaifová, Sucharda, 1991)

B) Snížení váhy, které si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, "po kterých se tloustne", a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik (tj. látek potlačujících chuť k jídlu) a diuretik (tj. látek zvyšujících tvorbu a vylučování moči), nadměrné cvičení.

C) Charakteristická je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládaná myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

D) Typická je rozsáhlá endokrinní porucha, projevující se u ženy jako amenorhea (vynechávání menstruace) a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také mimo jiné vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

E) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjí poprsí a dochází k primární amenorhei, u hochů zůstává dětský genitál). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché (první menstruační krvácení) je opožděna (Říčan, Krejčířová, 1995).

Zajímavé jsou také poznatky, které uvádí ve své knize "Anorexia mentalis" (1979) F. Faltus, náš přední odborník na tuto problematiku. Zmíněná monografie představuje výsledky jeho empirické činnosti za období patnácti let. Autor vyzdvihuje následující kritéria jako nezbytná pro bezpečné stanovení diagnózy :

1. Odmítání jídla vedoucí k postupné ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu.
2. Postupné snižování tělesné váhy vedoucí až k extrémnímu vyhubnutí.
3. Amenorhea.
4. Nepřítomnost somatické choroby, která by mohla vyvolávat některé příznaky vyskytující se u mentální anorexie. Je potřeba vyloučit přítomnost nádorů, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie (incuficience předního laloku hypofýzy, Addisonova nemoc, hypothyreóza, diabetes mellitus aj.).
5. Nepřítomnost jiného kompletního psychopatologického syndromu.

Změny váhy a určité zvláštnosti v přijímání jídla vykazují i pacienti, u nichž je diagnostikována např. schizofrenie, depresivní porucha apod. Úbytek váhy u nich však nebývá tak značný a obvykle netrvá déle, než tři měsíce.

Kromě těchto základních příznaků uvádí Faltus (1979) ještě přehled dalších, často se objevujících znaků, jejichž přítomnost podporuje tuto diagnózu. Svá tvrzení opírá o fakta, která zjistil při dlouhodobém pozorování pacientek, které léčil. Tuto tabulku uvádím jako přílohu č. 1.

5.2. Atypická mentální anorexie

Existuje také diagnóza: atypická mentální anorexie. Tento termín by se měl užit pro ty pacienty, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů mentální anorexie, např. amenorhea či signifikantní úbytek váhy, ale kteří jinak vykazují téměř typický klinický obraz. Atypická mentální anorexie má kód F50.1.

Oba popsané typy anorexie spolu s mentální bulimií (F50.2), atypickou mentální bulimií (F50.3), psychogenním přejídáním (F50.4) a psychogenním zvracením (F50.5) jsou zahrnuty pod poruchy příjmu jídla označené kódem F50 (Mezinárodní klasifikace nemocí dle Smolík, 1994).

5.3. Typy mentální anorexie

Byly popsány dva základní typy mentální anorexie:

Typ I - "restriktivní"

Projevuje se tím, že pacienti odmítají jídlo, ale nepřejídají se, nenavozují si zvracení a neužívají laxativa (projímadla) nebo diuretika.

U anorektiček - restriktérek jsou patrné obsedantní rysy spojené s rigidností, perfekcionismem či hodnotícími a moralizujícími postoji. Nemocní lpí na extrémní kontrole jídelního chování, na pořádku atp.

Mají rysy zvýšené sebekontroly a perfekcionismu, přičemž chybí vnímavost pro vlastní pocity, přání a fantazie. Tento typ poruchy se často vyskytuje u dívek mladších. Bývá obranou proti dospívání, jehož nároky ony nedokáží ani nechtějí zvládnout. Jejich vztahy jsou většinou zcela orientovány na rodinu.

Typ II - "bulimická"

Tito nemocní kromě odmítání jídla také zvrací, užívají laxativa či diuretika, ale nepřejídají se.

Bulimické anorektičky bývají extrovertovanější, snadno navazují přátelské vztahy, které však - stejně jako sexuální kontakty - nehodnotí jako uspokojivé. Bývají více impulzivní, častěji se u nich objevuje abúzus alkoholu a drog, mají také větší sklon k páchání sebevražd (Kocourková, Hort, 1995).

6. Mentální bulimie

Bulimii lze popsat jako neodolatelnou potřebu přijímání zpravidla kaloricky bohaté potravy v periodách "*přežírání se*" (hyperphagie), přičemž osoba zažívá ztrátu kontroly nad vyživovacím chováním. Z obavy ze ztloustnutí následuje po tomto přežírání se manuálně vyvolané zvracení potravy, požití laxancií nebo diuretik, přísné postění se, aby bylo přece jen možné udržet pod kontrolou tělesnou hmotnost.

"Zatímco chorobná otylost a náruživá snaha zhubnout jsou známy již delší dobu, i když se jim dříve nepřiznával charakter pravé chorobné závislosti, byla bulimie akceptována teprve koncem sedmdesátých let tohoto století jako psychická porucha s manickým charakterem." (Leibold, 1995, str. 32).

Termín "bulimia nervosa" prosadil v roce 1979 anglický psychiatr Russel. Zřídka se setkáme též s termínem "bulimarexie" (= býčí hlad, vlčí hlad). Tato porucha je v ICD-10 (r. 1992) popisována jako syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k použití krajních opatření, aby zmírnil "tloušťku vyvolávající" účinky požití potravy.

6.1. Klinický obraz mentální bulimie

U tohoto syndromu nacházíme patologický předsudek vůči vlastní tělesné formě a hmotnosti, přičemž v popředí stojí strach ze ztráty kontroly nad vlastním stravovacím chováním a z toho vyplývajícího váhového přírůstku (Vandereycken, 1991).

Pacienti si uvědomují abnormní povahu svého stravovacího chování a po záchvatech žravosti často nastupují depresivní pocity a myšlenky (pocity studu a provinění).

Většinou je u tohoto narušeného stravovacího chování nápadný cyklus žravosti a zvracení. V literatuře se často popisuje velká rozmanitost, ale přesto lze toto narušené stravovací chování rozdělit podle významných charakteristik:

- Během záchvatu žravosti dochází většinou k excesivnímu přísunu zpravidla kaloricky bohaté potravy (1 000 - 10 000 kalorií, v některých případech i více). Stravovací vzorec probíhá tím narušeněji, čím intenzivnější je neutralizační chování (zvracení nebo abúzus laxancií).
- Pacienti mají nekontrolovanou potřebu jíst a strach, že s jezením nedokáží přestat, jakmile s ním jednou začali. Jakoby se jednalo o sílu cizí vlastnímu Já (egodystonní), které se nedokáží vzepřít.
- Záchvaty žravosti nastupují jen o samotě, většinou v tajnosti, v kterékoli denní době, častěji však po práci nebo škole dokonce i v noci. U některých se potřeba projevuje tak bouřlivě, že už se nedají vyrušovat ani přítomností jiných lidí.
- Emoční stav před záchvatem žravosti lze popsat jako zvláštní formu vnitřní úzkosti nebo napětí.

Záchvaty žravosti přitom mohou být vyvolány :

- pocitem hladu
 - potřebou vzít si "zakázanou" potravu
 - určitými negativními emočními stavy jako strach, deprese, vztek nebo zklamání (např. na základě váhového přírůstku)
 - nestrukturovaným rozvržením času, nudou, osamělostí
- Četnost záchvatu variuje, všeobecně se uvádí, že polovina pacientů podléhá záchvatu žravosti asi jednou denně.
 - Trvání záchvatu žravosti kolísá velmi silně mezi několika minutami až několika hodinami a často si zachovává charakter rituálu.
 - Jí se rychle a dychtivě.
 - Perioda záchvatů žravosti je zakončena tím, že se pacient "očistí", aby předešel přírůstku tělesné hmotnosti, což se zajišťuje zvracením (zpočátku autoindukovaným,

následně často reflexním), abúzem laxancií, diuretik, dlouhodobým postěním, někdy spánkem.

- Pacienti se vyznačují pokřiveným postojem ke stravování a strachem ze ztloustnutí, který jim vládne. Z toho důvodu často kontrolují svou hmotnost na váze, často přímo po zvracení. Většinou podléhají falešnému vnímání těla, jehož objem zpravidla přeceňují (narušení tělesného schématu).

Bulimie se stejně jako anorexie objevuje hlavně u žen, jen věk při začátku tohoto onemocnění bývá nepatrně vyšší. Zajímavé výsledky najdeme například v pojednání Krcha a Faltuse (1988).

Autoři pozorovali během čtyř let (1983-86) šedesát pacientek, z nichž u 27 byla diagnostikována mentální bulimie, u které činil průměrný věk v době nemocničního léčení 25 let (od 15 do 37 let), přičemž první známky onemocnění se objevovaly od 12 do 27 let (Krch, Faltus, 1988).

U některých pacientů lze bulimii pokládat za následek trvalé mentální anorexie s omezením potravy.

6.1.2. Diagnostická kritéria mentální bulimie

Nejprve je třeba uvést rozlišení mezi bulimií jako symptomem a syndromem.

1. Bulimie jako symptom

Bulimie jako symptom nebo jako neobvyklá dysfunkční komponenta chování (hyperorexie) je popisována jako neodolatelné puzení k jídlu nebo příjmu velkého množství potravy v rámci různých behaviorálně patologických nebo organopatologických obrazů (např. mozkových tumorů). Pro úplnost zmíním následující varianty bulimie, které jsou chápány jako problematické jen nepřímo:

- tzv. situační bulimie ("období žravosti" - "Fressabschnitte"), které jsou mimo jiné časté ve vysokoškolské studentské populaci a většinou nemívají vážné následky
- bulimie redukující stres bez obavy ze ztloustnutí

- hedonistická bulimie nebo záchvat žravosti pocíťovaný jako příjemný, opět bez obavy ze ztloustnutí a bez následného zvracení nebo zneužívání léků.

Existují také formy psychogenního zvracení bez problémů s jezením, ty se mohou vyskytovat buď chronicky nebo epizodicky u pacientů bez problémů s tělesnou hmotností.

2. Bulimie jako syndrom

Bulimie jako syndrom je popisována různými pojmy: bulimie, mentální bulimie, bulimarexie, hyperorexia nervosa, thin-fat syndrome, compulsive eating, bulimia nervosa.

Pro definitivní diagnózu mentální bulimie, která se v ICD-10 označuje kódem F50.2, je zapotřebí přítomnost všech následujících příznaků:

A) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.

B) Snaha potlačit "výkrmný" účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídáním období hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty, diuretika.

C) Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší, než jeho váha premorbidní (tj. váha, kterou měl před vypuknutím onemocnění), která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. V anamnéze často, ale ne vždy, nalezneme dřívější epizodu mentální anorexie, přičemž interval je několik měsíců až let (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

Další diagnostická kritéria mentální bulimie, která považují z hlediska psychodiagnostiky za neméně důležitá, vymezuje DSM-III. Ve svém článku je uvádí Faltus (1985). Jsou to:

1) Opakované epizody "binge eating", tj. rychlá konzumace velkého množství jídla za krátký časový úsek.

- 2) Pocit nedostatku kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání a vědomí, že způsob jedení je abnormní.
- 3) Strach, že nebudou schopni svou vůlí jedení zastavit.
- 4) Depresivní nálada a sebeodsuzování, které následuje po přejedení.
- 5) Bulimické epizody nesmí být v tomto případě způsobeny známou somatickou či psychickou nemocí.

Faltus (1985) dále uvádí, že bulimie má také alespoň tři z těchto dalších příznaků:

- a) Konzumace vysokokalorického a snadno stravitelného jídla.
- b) Nenápadné a utajované (před jinými lidmi) požívání jídla během záchvatu.
- c) Zakončení epizody přejídání bolestmi v břiše, spánkem, přerušením sociálních kontaktů či samonavozovaným zvracením.
- d) Opakovaná snaha snížit svou váhu zvracením, užíváním laxativ a diuretik, dodržováním striktní diety, hladověním. Nadměrné cvičení slouží většinou jako prevence nadváhy.
- e) Časté kolísání váhy a úbytky větší, než 5 kg způsobené stálým opakováním stavů "binge eating" a hladověním.

Krch (1994) uvádí, že z diagnostického hlediska by měly být v případě výskytu onemocnění přítomny i některé tyto příznaky:

- V průběhu týdne minimálně dvě epizody "binge eating" po dobu nejméně tří měsíců.
- Neustálé zaobírání se svou tělesnou váhou, tvarem těla a jídlem.
- Vědomí, že způsob příjmu potravy není normální.

Faltus, Janečková a Papežová (1992) zkoumali na vzorku 72 pacientů (69 žen a 3 mužů), které symptomy jsou pro mentální bulimii nejtypičtější. Celých 100 % nemocných trpělo bulimickými záchvaty (vlčím hladem), 95,5 % následně potravu zvracelo, 78,5 % mělo strach z obezity a 74 % žen si svým chováním přivodilo poruchy menstruačního cyklu.

Pro názornost popsané poruchy jedna citace: "Cítím se stále příliš tlustá", nařikala Andrea při prvním pohovoru, ačkoli byla štíhlá jako proutek, "a nejrady bych vůbec nic

nejedla. Ale nedokážu to. Když na mne přijde záchvat žravosti, jsem vůči němu bezmocná a musím do sebe nacpat všechno, na co právě přijdu, až je mi špatně. Pak jdu na záchod a strčím si prst do krku, aby ze mne zase všechno vyšlo. Je to opravdu odporné... Nikdo to nesmí vědět, jak nesmírně jím, já se za to tak stydím. Proto se také musím vždy znovu a znovu nutit k tomu odpornému zvracení, jen tak totiž zůstanu štíhlá... Někdy dostanu jen jeden záchvat žravosti a pak mám několik dnů pokoj, potom ale přijdou dny, kdy musím stále střídavě jíst a zvracet... A co to všechno stojí peněz! U nás doma to všude přetéká potravinami, které nakupuji v obrovském množství a všude je ukládám pro případ, že mě přepadne jeden z mých záchvatů žravosti. Nekupuji pouze jídlo, ale také drahá projímadla a močopudné čaje, abych nebyla tlustá. Nemohu už ani jít do restaurace, mám pořád strach, že se u jídla nedokážu ovládat... Někdy si myslím, že pro mou rodinu by bylo lepší, kdybych se zabila, aby se o té hanbě nikdy nikdo nedozvěděl. " (Leibold, 1995, 33 - 34).

Při záchvatech vlčího hladu pacientky většinou konzumují pokrmy, které si při dietách odpírají - čokolády, dorty, klobásy, saláty... V literatuře se uvádí, že záchvaty trvají průměrně půl hodiny a člověk je schopen sníst potraviny v energetické hodnotě 10 až 30 tisíc kJ.

U bulimických pacientů vidíme často také návyk na alkohol a jeho nadměrné požívání, které pro ně bývá náhradou za jídlo (Krch, Faltus, 1988). Tito autoři také uvádějí, že u léčených alkoholiček se objevují bulimické epizody. Jídlo je tady jakoby náhradní drogou. Mnoho pacientek vypovídá, že s pomocí jídla tlumí nadměrnou úzkost a kompenzují nedostatek sociálních kontaktů nebo zájmů, s čímž se setkáváme i u alkoholiků.

6.2. Atypická mentální bulimie

V ICD - 10 (1992) je tato diagnóza uvedena pod kódem F50.3. V této příručce, která pomáhá lékařům v přesnějším určení diagnózy, se říká, že tento termín by se měl užít v případě jedinců, u nichž chybí jeden nebo více rysů mentální bulimie (F50.2.),

jinak však vykazují téměř typický klinický obraz. Neobvyklé také nejsou částečné syndromy spolu s depresivními příznaky.

Pokud ale depresivní příznaky vedou ke zvláštní diagnóze depresivní poruchy, stanovují se pak dvě samostatné diagnózy.

6.3. Typy mentální bulimie

Mentální bulimie se dělí na dva typy :

Typ 1 - "*purgativní*"

Tato skupina nemocných se vyznačuje používáním projímadel, diuretik a jiných medikamentů, které snižují tělesnou hmotnost. Velmi důležitým kritériem je pravidelné zvracení.

Je to vlastně bulimie s iniciální mentální anorexií.

Typ 2 - "*nepurgativní*"

Tito pacienti snižují svou hmotnost pomocí nejrůznějších diet a hladovek. Také pravidelně a velmi intenzívně cvičí.

7. Somatické změny u mentální anorexie a mentální bulimie

7.1. Somatické změny u mentální anorexie

a) Nejvýraznějším příznakem této poruchy je extrémní vyhubnutí (kachexie). Tělo i výraz tváře působí sešle. V důsledku ztráty tukové vrstvy i svaloviny bývají pod kůží výrazně viditelné kosti.

b) Bazální metabolismus klesá na 40 - 50 %, což se projevuje:

bradykardií (zpomalení srdeční činnosti)

hypotonií (snížené napětí svalstva)

obstipací (zácpa)

hypotermií (pokles tělesné teploty).

Bazální metabolismus je množství energie, které tělo vyžaduje v klidu (tzn. bez jakékoli fyzické aktivity) k udržení normálních fyziologických procesů. Vyžaduje to asi dvě třetiny celkové potřeby tělesné energie, zbytek je použit během fyzické aktivity.

c) Změny v laboratorních hodnotách:

- Katabolismus - rozklad bílkovin za účelem získání energie (glukoneogeneze). Postihuje nejen svalstvo kosterní, ale také svaly viscerální (útrobní), respirační i myokard (nebezpečí srdeční arytmie).

- Snížená buněčná imunita - projevuje se sníženou obranyschopností, poruchou fagocytózy leukocytů a tudíž i větší náchylností k infekci.

- Úbytek bílkovinných nosičů, enzymů, hormonů.

- Změny minerálů a jejich zásob - ztráta Na, K, Ca, P atd. Právě minerální rozvrat zvyšuje riziko vzniku osteoporózy, hypertenze, tetanie a také může být příčinou snížené koncentrační schopnosti ledvin. Tzv. hypokalemická ledvina se projevuje oligurií (snížená tvorba moči za 24 hodin).

- Metabolická acidóza

- Snížená tvorba plazmatických bílkovin

- Deplece (úbytek vitamínů)

(Hertlová a kol., 1994)

Faltus (1979) upozorňuje ještě na další změny:

- d) Nezřídka je přítomna tzv. vasolabilita, jejímiž projevy jsou studené ruce a nohy, zimomřivost a akrocyanóza (modravé zbarvení na okrajových částech těla spojené s výraznou potivostí).
- e) Dehydratace hrozí v případě omezování tekutin. Výjimečně vidíme naopak retenci tekutin s následnými otoky, zvláště, je-li výrazněji narušena funkce ledvin.
- f) Změny na kůži - suchost, vrásčitost, olupování, bledost. Objevuje se lanugo (jemné chloupky, chmýří) jako projev hormonálních změn.
- g) Častým jevem je pomalé a bolestivé trávení způsobené atrofií žaludeční sliznice z důvodu hladovění.
- h) Zuby se viklají a uvolňují.
- i) Amenorhea. Ta je jedním ze základních příznaků. Vzniká většinou jako následek většího váhového poklesu, může se však projevit ještě před projevením se patologického chování. Dělíme ji na primární (u prepubertálních anorektiček) a sekundární. Podle Faltuse (1979) a dalších vzniká však amenorhea následkem psychogenního stresu, později se příčinným faktorem stává sama hubenost. Tento stav může přetrvávat 1 - 2 roky po znormailizování váhy a jídelního chování.

Problémem těsně svázaným s chyběním menstruačního krvácení je samozřejmě neplodnost, která však těmto dívkám v době trvání nemoci, vzhledem k jejich momentálním názorům a touhám většinou nevadí.

Některé somatické změny vznikají jako následek častého zvracení. Nejvíce se objevují tyto problémy:

- eroze dásní a zubů (ztráta zubní skloviny)
- otok příušních žláz
- narušení sliznice hltanu a jícnu
- hypokalemická alkalóza
- tetanie
- svalová slabost

Anorektičky, které pravidelně užívají projímadla mají většinou sníženou střevní motilitu (hybnost) a tudíž problémy s vyprazdňováním stolice v podobě obstipace (zácpy) (Faltus, 1979).

Ne všechny somatické změny způsobené onemocněním po vyléčení zmizí. Jsou i takové, které přetrvávají, jsou tedy ireverzibilní a mají trvalé následky. Typické je poškození zubů, osteoporóza a potíže v oblasti reprodukce a těhotenství. U mentální anorexie je výrazně snížena plodnost, bulimie přináší zvýšené riziko spontánního potratu a abnormálního vývoje plodu.

Nejnovější světové statistiky upozorňují na 20% úmrtnost pacientů s desetiletým a delším trváním choroby. Nejčastěji tito lidé umírají na následky dlouhodobého polohladovění (Krch, 1994).

7.2. Somatické změny u mentální bulimie

Somatické změny jsou obdobné jako u pacientů s mentální anorexií, navíc se však často vyskytuje akutní dilatace žaludku a nápadné kolísání tělesné hmotnosti. Váha se ale obvykle pohybuje v okruhu průměrné váhy, někdy se vyskytují lehce obézní bulimičky.

Stejně jako anorektičky trpí také bulimičky komplikacemi, které pramení většinou ze špatných stravovacích návyků, zvracení apod. Vyskytuje se také snížený bazální metabolismus (hypotonie, bradykardie), trpí vazolabilitou (akrocyanóza), poruchami trávicích funkcí a některými dalšími komplikacemi. Menstruační cyklus je nepravidelný nebo úplně přestává. Vyhublost však nebývá častá (Cooper, 1995).

7.3. Postoje k tělu a tělesné hmotnosti u osob trpících poruchou příjmu potravy

Porušené vnímání vlastního těla (váhy, velikosti, tvaru) a intenzivní strach z přibírání na váze, dokonce i při značně nízké tělesné hmotnosti jsou charakteristické pro prožívání těla u pacientů s anorexií nervosou (Vandereycken, 1991).

Zájem o tělesnou hmotnost a postavu nabývá u osob trpících poruchou příjmu potravy velkého a zvláštního významu. Oceňují sebe sama především podle své

hmotnosti a postavy. Žádný jiný aspekt nehraje v jejich sebehodnocení tak významnou roli. Jejich život ovládají starosti o váhu a tvar postavy. Mnoho z nich je zcela pohlceno touhou zhubnout a být podle jejich měřítek štíhlá. Považují za naprostou katastrofu, jestliže se jim začne zdát, že přibraly na váze (Cooper, 1995).

Bulimičky v takovém případě upadají do deprese, vyhýbají se společnosti a přestávají se snažit o kontrolu nad jídlem. V důsledku toho se přejídají, pak zvrací, začínají znovu držet diety. A kruh se uzavírá.

Řada odborníků pracujících s poruchami příjmu potravy se domnívá, že právě pokřivené chápání těla a hmotnosti postavy je zde vlastně klíčovou poruchou.

Tato porucha má dvě podoby. Za první je to *nespokojenost s tvarem vlastní postavy*. Pacientky většinou vnímají určité části svého těla jako příliš silné (břicho, zadek, boky). Za druhé mají tendenci *přehánět rozměry vlastní postavy* nebo některých proporcí, to znamená, že vidí své tělo větší, než ve skutečnosti je. K tomu všemu je jejich ideálem nerealisticky drobná a štíhlá postava.

Změna způsobu, jakým pacientky vnímají své tělo je považována za prioritu v léčbě těchto onemocnění. Realistické sebehodnocení a přijímání svého těla jsou nezbytnými předpoklady uzdravení (Vandereycken, 1991).

"Nedokážu vůbec slovy vyjádřit, jak mne odpuzuje moje vlastní tělo. Přála bych si nosit takové oblečení, které by úplně schovalo tvar postavy. Nesnesu pohled na svoje tělo a v celém domě nemám žádné zrcadlo. Raději se sprchuji, než abych se na sebe musela dívat při koupeli ve vaně. Už víc, než tři roky jsem si nekoupila žádné oblečení." (Cooper, 1995, 35 - 36).

7.3.1. Výzkumy zaměřené na porušené vnímání tělesného schématu

Jak jsem již uvedla, osoby trpící mentální anorexií či mentální bulimií mají porušené vnímání tělesného schématu. Pro tuto poruchu tělesného schématu existují experimentální důkazy (Atkinsonová, 1995).

Autoři Garfingel a Garner provedli následující experiment. Osobám trpícím mentální anorexií a kontrolním osobám bylo v pokusu poskytnuto zařízení, které jim umožňovalo upravit fotografii dané osoby mezi -20% a +20% její skutečné šířky. Anorektičky častěji, než kontrolní osoby upravovaly vlastní fotografii tím způsobem, že byla širší, než její

skutečná velikost, neměly však sklon upravovat proporce jiných osob (Atkinsonová, 1995).

Porucha tělesného schématu může být do jisté míry rozšířena mezi mnoha ženami ve věku studia na vysoké škole, což může vysvětlovat, proč se v této skupině lidí v naší společnosti vyskytuje nejvíc anorektiček. Podporu tomuto názoru poskytuje následující experiment, který jsem se pokusila aplikovat ve výzkumné části své práce.

Vysokoškolským studentkám (n=248) a vysokoškolským studentům (n=227) byly ukázány kresby postav jejich vlastního pohlaví. Tyto kresby mužů a žen byly uspořádány na škále, sahající od velmi hubených postav k velmi tlustým. Pokusné osoby byly požádány, aby určily :

- a) postavu, která se nejvíc podobá jejich vlastním současným tvarům
- b) postavu, která nejvíce odpovídá tomu, jak by chtěly nejraději vypadat, jejich ideálu
- c) postavu, kterou vnímají jako nejvíce atraktivní pro druhé pohlaví.
- d) postavu, kterou vnímají u druhého pohlaví jako nejvíc atraktivní.

Výsledky se nápadně liší u mužů a u žen. Muži vybírali ve všech případech velmi podobné postavy, které odpovídaly jejich současným tvarům, jejich ideální postavě a postavě, kterou - podle jejich názoru - ženy shledávají atraktivní. To znamená, že muži se domnívali, že jejich současná hmotnost se blíží jak jejich ideálu, tak hmotnosti postavy, která je pro ženy atraktivní.

Ženy vybíraly velmi odlišné tvary pro svoji současnou postavu, pro svoji ideální postavu i pro postavu, o které se domnívaly, že je nejvíc atraktivní pro muže (ideální postava a postava atraktivní pro muže si byly relativně blízké). Z uvedeného je zřejmé, že ženy byly nespokojené se svou současnou hmotností a viděly se jako příliš tlusté na to, aby byly atraktivní pro muže. Z toho plyne, že se zřejmě jedná o porušené vnímání tělesného schématu. Pokud byli muži účastníci se experimentu požádáni, aby vybrali ženskou postavu, která by pro ně byla nejvíc atraktivní, jejich průměrná volba měla podstatně vyšší hmotnost, než postavy, které ženy vybraly buď jako ideální, nebo jako nejvíce atraktivní pro opačné pohlaví. Vysokoškolské studentky se tedy chybně domnívaly, že pro vysokoškolské studenty jsou atraktivní velmi hubené ženy (Fallon, Rozin, 1985).

8. Poruchy příjmu potravy v souvislosti s pohlavím

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou většinou považovány za nemoc populace dívek a mladých žen. V teoretických přístupech jsou většinou spojované s "ženskou" psychologií a s těžkostmi v akceptaci dospělé ženské role (Kocourková, Koutek, 1995). Jedním z důvodů je i neustálá propagace štíhlého ženského těla jako symbolu krásy, zdraví a úspěšnosti. Ženy a dívky jsou více ohroženy doslova terorem módního ideálu, který se v posledních letech přiblížil až k vyhublosti. Proto se některé dívky v době, kdy se jim tělo začíná zaoblovat, cítí zmateně. Připadají si ošklivé a od dnešního módního ideálu odlišné. Začnou držet diety, které často končí mentální anorexií. Hranice mezi onemocněním a normálem je těžko určitelná a pohybuje se na ní početná skupina dívek.

Ve velmi malé míře se poruchy příjmu potravy vyskytují také u chlapců. Zde bývá tato porucha z důvodu malého výskytu obtížněji diagnostikovaná. Obvykle se uvádí, že výskyt mentální anorexie u chlapců tvoří 5 až 10 % všech případů této poruchy (Kocourková, Koutek, 1995). Smolík (1993) uvádí poměr muži : ženy - 1 : 9, na rozdíl od Paclta (1990), který uvádí vyšší poměr 1 : 15 nebo až 1 : 30.

Podobnost klinického obrazu jídelní patologie u chlapců a dívek je zřejmá. Stejně podobná bývá reakce rodiny na onemocnění chlapce. Specifická psychopatologie spočívající v chorobném strachu z tloušťky a patologický jídelní styl, který má vést ke snížení hmotnosti, prakticky neodlišuje chlapce od dívek. Ale důvody k hubnutí popisují obě skupiny rozdílně a to tak, že ženy zdůrazňují štíhlost a atraktivitu, chlapci fyzickou zdatnost, svalnatost a sportovní vzhled.

Některé rozdíly v kontextu jídelní patologie u chlapců a dívek popisuje Anderson (Kocourková, Koutek, 1995). Uvádí, že v kontrastu k dívkám mělo signifikantně více chlapců premorbidně nadváhu nebo bylo obézních.

Dle Faltuse (1977) bývají emocionální poruchy u chlapců obecně hodnoceny jako hlubší. Většina z nich má nedostatečný vztah k otci (málo vzájemných styků, citová chladnost otce, nezáměr o dítě atd.) a femininní identifikaci. Matky jsou líčeny jako zahořklé a bývá na nich jasně patrné, jak jsou zklamané svými manžely a manželstvím. Podvědomě identifikují syna s manželem a nevidí rády, že jim vyrůstá v dospělého muže. Podporují u synů ženské rysy a snaží se v nich posilovat vědomí vlastní slabosti a bezmocnosti. V anamnézách chlapců s poruchou příjmu potravy se uvádí již od dětství řada neurotických symptomů, které je odlišují od ostatních dětí. V raném dětství se zjišťuje enuresis nocturna, sání prstů, okusování nehtů, úzkostné a depresivní rysy. Kocourková, Koutek (1995) uvádějí, že jeden z rodičů (častěji matka), bývá popisován jako velmi dominantní. Pokud je dominantní otec, bývá zřetelná orientace na úspěšnost členů rodiny. Otec má často až nereálné nároky, které ho od členů rodiny vzdalují. Vztahy se sourozenci, hlavně s bratry, bývají obvykle konfliktní. Rodiny většinou nenavozují mimorodinné vztahy a izolují se od okolí.

Zaujetí vlastním tělem bývá v naší kultuře hodnoceno spíše jako femininní charakteristika a narcistické obsazení fyzické atraktivity je připisováno obvykle dívkám a ženám. Chlapci a muži jsou spíše zaujatí fyzickou zdatností a silou jako maskulinní charakteristikou. V této souvislosti bývá diskutován vývoj sexuální identity u žen a mužů a většina souborů pacientů s jídelními poruchami ukazuje na těžkosti ve vývoji sexuální identity. U dívek bývá uváděn jejich strach z dospělé ženské sexuální role jako kauzální vzhledem k vývoji onemocnění. U mužů s jídelními poruchami nachází většina autorů obtíže v identifikaci s mužskou rolí a větší podíl homosexuální orientace (Kocourková, Koutek, 1995).

Existují teorie, jež se snaží vysvětlit častější výskyt tohoto chorobného syndromu u ženského pohlaví. Žádná z nich však nebyla bezpečně prokázána a žádná také nevysvětluje zcela jednoznačně ani uspokojivě tuto skutečnost (Faltus, 1977).

Nejčastěji bývají uváděny tyto:

1. Faktory sociokulturní s hodnotami a cíli zaměřenými na štíhlost, zdraví a úspěšnost, akcentující sebekontrolu, sebeovládání a osobní aktivitu působí více na psychiku žen. Ženy se často domnívají, že štíhlá postava je pro ně nezbytným předpokladem společenského úspěchu a osobní nezávislosti.
2. Fyziologické somatické změny, které se začínají v době puberty, jsou u žen kromě jiného charakterizovány vývinem prsů a zaoblováním postavy a projevují se tak u nich mnohem výrazněji a typičtěji než u mužů. Mohou tak snáze vyvolat dojem, že tloustnou.
3. Je mnohem obtížnější pro dívku než pro chlapce odpoutat se od matky. Vzniká skrytá agrese vůči matce, která může vyústit až v odmítání jídla.

Osobně si myslím, že spolupůsobí mnoho faktorů, ale nejvíc bych se přiklonila k faktorům sociokulturním.

Zde se otvírá široké pole k výzkumu, protože studií na toto téma je velmi málo a Paclt (1990) uvádí, že některé údaje v literatuře jsou rozporné. Podrobně dokumentovaných studií je zatím poskrovnu.

9. Vznik psychogenních poruch příjmu potravy – faktory

Etiologie mentální anorexie a bulimie byla zkoumána od doby, kdy se o nich začalo diskutovat v lékařských kruzích. Tato problematika je stejně složitá a ne zcela vyjasněná, jako u většiny duševních onemocnění a pokládám za obtížné určit pro tyto poruchy jednotlivé spolupůsobící faktory. Existuje celá řada hypotéz o vzniku, rozvoji a udržování zmiňovaných poruch. Některé jsou podepřeny konkrétními zjištěními, jiné jsou převážně hypotetického charakteru. Hovoří se o dispozici hypofyzární a hypotalamické, ale rozebírají se podrobně i vlivy psychogenní, sociokulturní a jiné.

"Jde o multifaktoriálně podmíněné poruchy, kde pátrat po jednoduché příčině může být zavádějící, i když přímočará kauzalita je velkým pokušením nejen pro pacienta (potřeba odpovědět si na otázku Proč?), ale i pro terapeuta." (Krch, 1994, 158).

9.1. Individuální predisponující faktory

9.1.1. Biologická etiopatogeneze

Dnes již víme, že centrum pro příjem potravy je v hypotalamu. Tam také dochází k biochemickým pochodům, na jejichž podkladě vzniká pocit hladu a nasycení. Okrajové, tzv. laterální oblasti hypotalamu obsahují tzv. potravní centra, jejichž poškození vede ke hladovění a žíznění. V přední střední oblasti hypotalamu, kterou také nazýváme oblastí ventromediální, se nachází centra sytosti. Dojde-li k poškození ventromediální oblasti, může dojít u člověka k přejídání (Faltus, 1977).

Všichni občas jíme více, než je naše fyziologická potřeba, jestliže je nám předložen chutně vyhlížející pokrm působící na naše smysly. V regulaci příjmu potravy u člověka má nesporně zásadní význam vyšší nervová činnost, volní mechanismy, poznávací procesy, motivace atd. Mecklenburg a Demoulin u pacientů s mentální anorexií předpokládali poškození hypotalamu (Faltus, 1979). Demoulin je přesvědčen, že anorexia mentalis je ve své podstatě funkční poruchou hypotalamu, jenž vzniká na podkladě psychogenních vlivů. Primární poruchy jsou často nejasného původu, sekundární pak mohou být způsobeny hladověním či psychickými poruchami.

Dle Ananda a Nonberga mohou zásahy v limbickém systému rovněž vést ke změnám příjmu potravy v pozitivním či negativním směru, i když ne v tak vysokém stupni jako zásahy v hypotalamickém systému. Nemají takový vliv na příjem potravy, ale spíše způsobují změny chuti k jídlu, hlavně její zvýšení (Faltus, 1979).

U anorektických pacientů se poukazuje na zpomalené vyprazdňování žaludku. Pacienti trpící poruchou příjmu potravy mají narušené vnímání signálů, jako jsou pocity hladu a sytosti, které přicházejí ze žaludku. Jak anorektičtí, tak bulimičtí pacienti spojují často pocity tloušťky a nausey s obsahem žaludku.

Vedoucí roli v regulaci pocitů chuti k jídlu, hladu a sytosti mají četné neurotransmiterové a neurohumorální systémy. Je rozšířen názor, že patologické chování bulimiček je způsobeno poruchou neurotransmiterů (serotoninu a noradrenalinu), což jsou chemické látky uvolňované z nervového zakončení, sloužící k přenosu impulsů a umožňující šíření podráždění a vyvolání určité reakce (Faltus, Heiner, 1995).

Poruchy příjmu potravy bývají také dávány do souvislosti s traumatickým zážitkem. Vzniku chorobného stavu mohou předcházet tělesná onemocnění, operace, ztráta milované osoby, rozchod s partnerem. Někteří autoři - Hall, Williams, Palmer (dle Vaněk, Raboch, Faltus, 1996) - zastávají názor, že mezi důležité psychotraumatizující faktory, jenž významně ovlivňují vznik onemocnění, patří i sexuální zneužití v dětství. S tímto tvrzením se však autoři článku neztotožňují. Jejich šetření prováděné na obou skupinách (anorektičky i bulimičky) neprokázalo častější výskyt pohlavního zneužití v dětství oproti běžné populaci. Nejčastějším psychogenním faktorem však bývá strach z tloušťky a u anorektiček také strach z dospívání.

V současné době také určitá skupina odborníků zastává názor, že existuje zřejmá souvislost mezi mentální bulimií a afektivními poruchami, protože bulimičtí pacienti i pacienti s afektivní poruchou mají symptomy deprese, vykazují vyšší výskyt depresí u rodinných příslušníků v anamnéze a také pozitivně reagují na antidepressivní léky.

9.1.2.Charakteristické rysy osobnosti s poruchou příjmu potravy

V osobnostní dynamice pacientek s mentální anorexií převládá úzkostnost a silný strach především před ztrátou kontroly nad regulací své hmotnosti, specifikovaný často

do dílčích obav před určitými složkami potravy. Zároveň pozorujeme i silnou ctižádost zaměřenou jednak na problémovou oblast jídla - chtějí být "první" v hladovění a štíhlosti a nesnášejí, když v jejich přítomnosti někdo při jídle také nejí či jí jen málo, jednak na soupeření v dalších oblastech - snaží se a skutečně pak i vynikají ve školním prospěchu i v jiných výkonových oblastech apod.

Objevuje se zde také tendence k izolování se od vrstevníků. Nejnápadnější a velice pravděpodobně etiologicky významné jsou zvláštnosti vztahů a vývoje nemocných v jejich původní rodině.

Osobnost lidí trpících mentální anorexií nebo bulimií je podle některých teorií velmi zasazena narušeným vývojem již v dětství. Bruchová (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989) tvrdí, že matky pozdějších anorektických pacientů jsou v zacházení se svými dětmi velmi svědomité, v péči o ně se však řídí svými představami o tom, co si dítě přeje a co potřebuje, namísto signálů, které jim poskytuje dítě. Tím ho zbavují vlastní iniciativy a snahy po sebeurčení. Zároveň se dítě učí nebrat ohled na vlastní tělesné signály jako ukazatele svých skutečných potřeb, nýbrž hodnotit sebe a své potřeby podle sdělení z okolí. Je mu tak "bráněno" ve vytvoření zdravé důvěry v sebeřídící mechanismy vlastního těla. Jeho chování a hodnocení je stále více určováno druhými a nemá příležitost získat vnitřní jistotu a sebevládu. Výsledkem tohoto vývoje je chybějící prožitek vlastní identity a hluboce zakořeněný pocit vlastní neúčinnosti. V tomto ohledu se pak projevy mentální anorexie jeví jako zoufalý pokus dosud přehnaně přizpůsobivého, snaživého, poslušného a přátelského dítěte získat uchvácením vlády nad svým tělem konečně svou vlastní identitu.

Masters (Kocourková, Hort, 1995) vyzdvihuje význam raného období vývoje dítěte a opírá se o teorii separačně - vývojových procesů dle Mahlerové. Ta udává, že dítě selhává ve fázi "reproachment" (znovupřiblížení), kdy vzdálení od matky znamená riziko opuštění a je zamezeno přiměřené separaci od mateřského objektu při zachování pocitu základního bezpečí. Dítěti hrozí, že u něj nebude dosažen vývojový úkol časného dětství, kterým je dosažení optimální emoční vzdálenosti od primárního objektu (matky).

Chrips (Kocourková, Hort, 1995) tvrdí, že mentální anorexie je vlastně anomální způsob adaptace na nemožnost projít normálním způsobem adolescentním vývojovým

obdobím. Vývojové způsoby adolescence (separačně - individuační, upevnění vlastní identity, akceptace sexuality) jsou pro anorektičku, ale i pro její rodinu těžké.

U pacientů s poruchami příjmu potravy se rozvíjí *zkreslené vnímání a prožívání vlastního těla*, které je stejně tak extrémně odmítáno jako přitahuje pozornost nemocné. V tomto případě může být odmítání potravy nevědomě spojeno s nechutí přijmout úlohu dospělé ženy. Hladovění je pro ně jakousi formou útěku či reakcí, kterou lze oddálit přechod do života dospělých. Leibold (1995) píše, že tito nemocní věří, že odmítáním jídla se stávají něčím výjimečným.

Anorektické pacientky, oproti bulimičkám, mívají pocit vlády nad svým tělem, což jim přináší uspokojení. U pacientek s bulimií se spíše setkáváme s pocity vlastního selhání spojené s úzkostí a depresí, neboť pacient se brzy ocitá v začarovaném kruhu. Tyto psychické problémy se u anorexia mentalis objevují zejména tehdy, jestliže se jedná o bulimický typ choroby. Zvracení mohou bulimičky někdy chápat jako očištění od něčeho špatného, zakázaného. Častým jevem je také sociální izolace, která jen prohlubuje únik do závislosti na jídle a alkoholu. Všeobecně se uvádí výskyt přecitlivělosti, emoční lability, lhavost, sklon k podvodům, nesamostatnost, nekritičnost k vlastnímu tělesnému vzhledu, egocentrismus, nespolehlivost (Faltus, 1979).

Faltus ve své monografii "Anorexia mentalis" (1979) cituje mnoho autorů zabývajících se anorexií. Např. Gull tvrdí, že osobnost těchto pacientek je z větší části nenápadná, vždy se však jedná o velmi citlivé osoby. Bruchová a Zutt je viděli jako velmi poslušné, tiché, nenápadné děti, které v pubertálním období nejevily žádné známky duševní poruchy. Jiní autoři (Meyer, Kay, Walther, Rüeggová) považují pacientky za tiché, plaché nespontánní osobnosti, avšak často s hysterickými, neurotickými a anankastickými rysy /anankasmus je termín pro nutkavé jednání či myšlení spojené s pocitem úzkosti/. Je jim připisována i infantilita a komplexy méněcennosti (Faltus, 1979).

Janota (1956) zahrnuje mentální anorexii do širokého pojmu psychopatie, vymezením premorbidní osobnosti se nezabývá.

Goleman (1997) uvádí studii, která byla prováděna v období několika let s více než devíti sty dívkami od sedmé do desáté třídy. Mezi zjištěné klíčové faktory vedoucí k poruchám příjmu potravy patřil i deficit emočních schopností. Nápadná byla zejména

neschopnost rozlišovat druhy vlastních negativních, stresujících emocí a také neschopnost tyto emoce ovládat. Příčinný řetězec, který tato prospektivní studie odhalila, začíná působením médií a společnosti na mladé dívky, které považují nepřirozenou hubenost za znak ženské krásy. Dnešní dívky si začínají uvědomovat svoji hmotnost už dlouho před pubertou.

9.2. Rodinné predisponující faktory

Skutečnost, že rodina může hrát podstatnou roli v etiopatogenezi onemocnění psychogenních poruch příjmu potravy, je zřejmá. Názory odborníků se ne vždy shodují v míře vlivu rodiny na vznik a rozvoj těchto poruch. Psychologové zkoumají zejména strukturu rodinných vztahů, postoj rodiny k vnějšímu světu a charakteristické vlastnosti matek a otců mentálně anorektických a bulimických pacientů.

9.2.1. Charakteristika rodiny pacienta trpícího psychogenní poruchou příjmu potravy

Rodiny pacientů s jídelními poruchami se svou charakteristikou velmi podobají rodinám psychosomatických pacientů. V obou případech se jeví jako nadměrně ochraňující, rigidní, bez schopnosti vyjadřovat své emoce a konflikty. Minuchin a Yates zastávají názor, že tyto rodiny se cítí ohrožené, zejména separačními procesy, které přicházejí s dospíváním jejich dítěte. Ty také nejvíce narušují "umělou stabilitu" takové rodiny. Přirozenost separačního procesu je pro ně ohrožující, protože přináší změnu, konflikty a zakázaná témata, jako je sexualita. Rodiny s tímto vzorcem chování nejčastěji nacházíme u anorektiček - restriktérek. (Kocourková, Hort, 1995). Rodiny pacientek s mentální bulimií jsou vnitřně méně organizované, nacházíme u nich častěji otevřenější konflikty, více otevřeného zanedbávání, odmítání a obviňování.

Před několika lety se o poruchách příjmu potravy hovořilo jako o nemoci ekonomicky vyspělých zemí, kde lidé žijí v blahobytu. Poukazovalo se také na fakt, že nejvíce pacientů pocházelo ze střední a vyšší společenské vrstvy žijící nejčastěji ve velkých městech.

Frekvence mentální anorexie i bulimie stále vysoce vzrůstá a čím dál více nemocných se objevuje i v nižších sociálních třídách. K tomuto problému se vyjadřují i autoři Niňajová, Tichá a Birčák (1994). Uvádějí, že za posledních 2,5 roku sledovali 25 pacientek ve věku od 8,5 - 18 roků, přičemž frekvence výskytu onemocnění oproti minulosti značně stoupla. Tito lékaři vyzorovali, že ve změnách rodinných vztahů se stále více uplatňuje podnikatelská aktivita, která se jako nový fenomén začíná podílet na patogenezi mentální anorexie. Novým jevem je prý také skutečnost, že pacientky nejsou jen ze střední a vyšší společenské vrstvy, ale stále častěji i z nižší.

Kocourková a Koutek (1993) charakterizují rodiny pacientek s poruchami příjmu potravy jako rodiny s typicky západní hodnotovou orientací, zaměřenou na úspěch, výkon a prestiž. K tomuto životnímu stylu se pojí i péče o tělo, jehož vzhled a fungování je dnes vysoce ceněno. Jde o jakousi "sociokulturní somatizaci", kdy je tělo viděno jako pudový nepřítel, kterého je nutné ovládat, omezovat a kultivovat. Autoři se také domnívají, že rodiny s takovouto orientací fungují navenek dobře, jsou hmotně zajištěny. Jejich život je však plný pravidel, které pro ně znamenají jakousi jistotu. V případě jejich ztráty projevují velkou úzkost. Faltus (1979) označuje rodinné prostředí a vzájemné rodinné vztahy u zkoumaného vzorku pacientů jako relativně harmonické, ale upozorňuje, že čtvrtina nemocných si stěžovala na nedostatek citového života v rodině.

Leibold (1995) tvrdí, že rodiče nemocných se mnohdy teprve vlastními silami vypracovali do tzv. vyšších společenských kruhů a proto kladou velký důraz na výkony, ale také na formálně zdravý rodinný život, aby v nové sociální vrstvě nebyli nápadní. Snad také proto se přehnaně přizpůsobují normám a pravidlům vyšší společenské vrstvy, v níž se často sami nenarodili a k této nadměrné přizpůsobivosti vychovávají i své děti, což podle autora přispívá rozhodujícím vlivem ke vzniku choroby. Tyto děti, stejně jako jejich rodiče, velmi dbají na to, aby i v době jejich nemoci zůstala zachována a neporušena "zevní fasáda".

Vazba na rodinu je u těchto dětí až patologická a jejich sebevědomí je často velmi nízké. Nároky ze strany rodičů jsou příliš svazující, hodnota dítěte je závislá na vnějších kritériích a přijímání dítěte je často vázáno na úspěch, poslušnost atp.

Faltus (1979) uvádí, že někteří odborníci (Kay, Leigh, Theander, Halminová) se shodují na tom, že průměrný věk matek dětí trpících mentální anorexií byl vyšší než průměr odpovídající populace.

Dle Faltuse (1980) lze rodinnou strukturu mentální anorexie zjednodušeně znázornit značně asymetrickým vzorcem : autoritativní otec - přepečlivá a ustaraná matka- dítě, projevující vůči oběma vzdor, averzi až nesnášenlivost. Ve více než 90 % těchto rodin je jeden z rodičů charakterizován jako velmi pečlivá, svědomitá osobnost s tendencí starat se o dítě přehnaně, neustále je vést, ochraňovat a nenechat v ničem rozhodovat (tzv. hyperprotektivní výchova). Tyto vlastnosti výrazně převládají u matek, v 60 % se ale vyskytují u obou rodičů.

Ve výzkumu Krcha a Faltuse (1983-1988) pacientky svou matku obvykle hodnotily jako zvýšeně úzkostnou, starostlivou, výbušnou, labilní, ambiciózní a hysterickou. V charakteristikách otce nápadně dominovala výbušnost, cholerický temperament, autoritativnost a dominance. V několika případech byla popisována otcova surovost vůči dětem a manželce. Převládaly extrémní výchovné přístupy, jako příliš autoritativní nebo velmi úzkostná výchova. Nezřídka vyrůstaly dívky v nápadně rigidním prostředí (nábožensky založené či "vojenské" rodiny) (Krch, Faltus, 1988).

Leibold si popisovanou nadměrnou starostlivost matky vysvětluje jejím původním podvědomým odmítáním dítěte. Autor píše: "Protože matka tento negativní postoj vůči dítěti většinou nedokáže přiznat a zpracovat, potlačuje své negativní pocity tím, že se výslovně obětuje. Tím nejen uklidňuje své špatné svědomí, ale může tak svému okolí demonstrovat, jak velmi se o své dítě stará a pečuje." (Leibold, 1995, str. 21)

Chování dívky, se kterou před onemocněním nebyly žádné výchovné problémy, je najednou pro rodiče zcela nepochopitelné, vzbuzující v nich až strach. Matoucí jsou pro ně také lži a podvádění dítěte v souvislosti s jídlem. Zaujímají vůči dítěti jakési omezující postoje. Tyto projevy kontroly pacienti často uvádí jako příčinu svého dalšího hladovění. Vzniká jakýsi boj rodičů a dítěte o jídlo, který většinou zákonitě končí hospitalizací dítěte na psychiatrii. Pro rodiče to bývá zraňující, neboť cítí zklamání z toho, že ho sami nedokáží přimět, aby jedlo (Kocourková, Koutek, 1993).

Počtu sourozenců a pořadí narození se rovněž připisuje jistý význam jako jednomu z etiopatogenetických činitelů. Zajímavé názory jednotlivých odborníků zachytil ve své

knize Faltus (1979). Např. Cobb tvrdil, že onemocnění se vyskytuje častěji u druhorozeného dítěte a zároveň mluví o problémech těchto dětí se starším sourozencem. Thomas píše, že nejstarší dítě bývá spíše méně aktivní a snaživé, zatímco prostřední bývá charakterizováno aktivním a ctižádostivým postojem k životu. Dally má dojem, že pořadí narození sourozenců nehraje při vzniku poruchy významnou roli. Theander a Halmiová došli po svých výzkumech k závěru, že mezi pacienty bylo nejvíce dětí prvorozených. Také Faltus dělal podobný průzkum. Nejvíce nemocných (31) zaznamenal mezi druhorozenými dětmi, přičemž 8 nemocných byli jedináčci, 39 pocházelo ze dvou dětí, 13 ze tří a pouze 3 nemocní byli ze čtyř a více dětí.

Krch s Faltusem sledoval takto v průběhu tří let (1985-1988) šedesát pacientek s jídelními poruchami a rovněž došli k zajímavým údajům. 60 % nemocných hodnotilo rodinné prostředí a dospívání jako konfliktní, z rozvrácených rodin jich bylo 28 % a 17 % bylo vychováno svými prarodiči. Sourozence mělo jen 22 % dívek, dvě pocházely z jednovaječných dvojčat, přičemž u jedné sestry z dvojčat byly pozorovány obdobné potíže (Krch, Faltus, 1988).

9.3. Sociální a kulturní vlivy

9.3.1. Společenské mýty

Pokud jde o příjem potravy, setkáváme se často s iracionálními tvrzeními, že tloušťka je nezdravá, skvělý zjev je nutným předpokladem sebedůvěry a sebenaplnění, nebo že vysokokalorická jídla jsou škodlivá. Řada těchto mýtů má společenský nebo kulturní charakter. Jde o lavinu předsudků, nepodložených pomluv a jednostranných tvrzení. Známý jsou předsudky týkající se například různých ras a národního charakteru, které do jisté míry určují jednání těch, jichž se týkají, ale i jejich okolí. Méně známy jsou mýty vázané na tělesný vzhled a příjem potravy. Například skutečnost, že řada tvůrčích osobností z řad umělců trpěla koncem 19. století tuberkulózou, vedla v té době k běžně rozšířenému předpokladu, že tvořivost je úzce spjata s tuberkulózou. Mnoho ambiciózních žen a mužů po celé Evropě se proto tehdy skrývalo před sluncem, nejedlo, týralo se pitím octa, aby dosáhlo vysněného ztýraného "kultivovaného" zjevu.

Současnost zná podobné mýty, že štíhlost je ctnost, vyhublost krásou, dieta znak sebekontroly a silné vůle. I když je v pozadí těchto tvrzení často věcné zjištění, že obezita, ale i určitá skladba potravy mohou představovat rizika vážných nemocí, zformovala se v průběhu posledních několika desetiletí určitá představa, která ve spojení s dalšími skutečnostmi (móda, změna životního stylu, emancipace ženy apod.) vedla k vytvoření určitého sociálního a kulturního ideálu, mýtu zdraví, krásy a úspěchu, který se stal nekriticky přijímanou normou a vzorem pro západní společnost. Masové sdělovací prostředky začaly vykreslovat krásné a úspěšné protagonisty jako štíhlé lidi. Štíhlost začala být spojována se sebekontrolou a úspěchem. Zvláště pro ženy se dodržování diety stalo populární formou sebekontroly.

9.3.2. Sociální a kulturní vlivy

Leibold (1995) rozděluje tyto vlivy takto :

1. Reakce na sociální krizi

Autor podrobně hodnotí společenské a kulturní faktory doby konce šedesátých let. V této době ztratily na významu některé hodnotové ideály, jenž po dlouhou dobu sloužily k orientaci a také vytvářely sociální podmínky života. Podle autora velmi hluboce zasáhla myšlení moderní společnosti energetická krize začátkem sedmdesátých let, neboť všem připomněla meze hospodářského průmyslu. Problémy se prohloubily s nástupem masové nezaměstnanosti, narůstající devastace životního prostředí a přetrvávají dodnes. To všechno vedlo u mnoha lidí k "náladě brzkého zániku světa", která podporuje únik do toxikománie a jiných psychických poruch. Poruchy jídelních návyků dle Leibolda představují jednu možnou formu reakce na sociální krizi, která žene velkou část lidí do nějaké psychické poruchy.

2. Hnutí za emancipaci ženy

Situace kolem tohoto hnutí vedla u obou pohlaví ke ztrátám jistot. Představy o úlohách muže a ženy byly zpochybněny, protože byly nepřátelské vůči ženám. Tím ale vzniklo určité "vakuum" ve stanovených modelových formách postojů a to komplikuje vztahy mezi oběma pohlavími a ovlivňuje i sexuální oblast. Leibold nabízí hypotézu, že

jedna z možných "únikových cest" je pro ženy chorobný vztah k jídlu, jímž v důsledcích může žena zrušit také svou sexuální přitažlivost a tak se vzepřít mužské "nadvládě".

3. Nepřátelství moderní společnosti vůči tělu

Rozmach přírodních věd a techniky v poslední době u člověka vyvyšuje především rozum nad city a tělesnými potřebami. Tím se u mnoha lidí vytratil bezpečný instinkt pro to, co jejich tělo potřebuje a to následně umožňuje rozvoj poruch příjmu potravy.

4. Ideál štíhlosti

Tento ideál zahájil v šedesátých letech kult manekýny Twiggy a je velmi nepřátelský vůči tělu, protože jej redukuje, bez ohledu na zdraví, na "minimum" nutné pro přežití. V módním světě jsou dnes vyhledávány vyhublé dětsky vypadající modelky. Americké kandidátky na titul Miss Amerika jsou čím dál tím vyšší a štíhlejší (průměrně o 20 kg ročně) (Krch, 1993). Také dnes tak oblíbená panenka Barbie dokumentuje tuto skutečnost. Vědci vypočítali, že tato panenka není pro holčičky zrovna ten pravý vzor. Pokud by se její míry převedly na lidské tělo, činily by 99-48-84 ! Dívka s takovými proporcemi by byla neplodná, nepociťovala by sexuální potřeby a její fyzická kondice by nebyla v pořádku (Dixonová, 1997).

Idealizace štíhlosti překročila všechny rozumné meze. Dle výzkumů už dívky na základní škole a většina dívek na střední škole zahajují hladové diety (Dixonová, 1997). Současné mladé dívky nejvíce touží po vysoké, štíhlé postavě s malými prsy, dlouhými nohama a chlapeckými úzkými boky.

5. Nadměrná nabídka potravin

Pouze tehdy, když je společnosti zajištěna denní potřeba potravin, může si jedinec vůbec dovolit vzdát se jejich příjmu anebo je náruživě pojídat v nadbytku a pak je opět úmyslně vyzvrátit. Právě bulimie, dle Leibolda, připomíná nadprodukcí potravin v evropské společnosti, kdy potraviny vyprodukované v nadbytku musí být následně opět ničeny, protože po nich není dostatečná poptávka.

6. Reklama

"Cheeseburgery přes celou šířku billboardu dráždí naše chuťové kalíšky a svádějí nás, abychom jedli, i když nemáme hlad. Barevné fotografie kaloriemi nabitých dortů nám kynou ze stánků s časopisy. Šťastní bohatí lidé jedí, jedí v televizních reklamách, aby byli vzápětí vystřídáni krásnými hubenými ženami, které nás vybízejí, abychom změnily barvu vlasů, užívaly jiný deodorant nebo vyzkoušely nový čistící přípravek. Vyšší úroveň jsoucna můžeme zakoušet, pokud budeme štíhlé a budeme se řídit jejich radami." (Dixonová, 1997, 31). Tak zní "poselství" dnešních reklam.

Prostřednictvím reklam se z dietního průmyslu stal celosvětový byznys s miliardovými zisky. Např. v USA v roce 1988 lidé vydali 36 miliard dolarů za prostředky na zhubnutí, které byly inzerovány prostřednictvím reklam ve sdělovacích prostředcích (Krch, 1996). Mezi pacientkami je mnoho dívek, u kterých se po absolvování některých reklamních kúr objevila porucha příjmu potravy.

Těmto sociálním vlivům jsme vystaveni my všichni, aniž bychom reagovali poruchami postoje k jídlu. Sociální vlivy vytvářejí proto jen obecné předpoklady, k nimž samozřejmě musí přistoupit ještě faktory individuální, než se chorobná porucha postoje k jídlu může skutečně rozvinout.

10. Aktuální problematika psychogenních poruch příjmu potravy ve světě a v České republice

Psychogenní poruchy příjmu potravy - eating disorders (ED) patří mezi prvořadá a módní témata světové psychiatrie. Svědčí o tom jak narůstající *incidence* (celkový počet nových případů onemocnění v populaci v určitém časovém období) mentální anorexie a zvláště bulimie, tak rostoucí zájem odborné i laické veřejnosti.

Současně s tím roste i zájem o zdravou výživu a dietní přípravky. Lidské tělo se stává předmětem až nezdravé posedlosti, která v některých případech může vést k vážnému poškození zdraví. Závažnost těchto poruch nespočívá v dramatickosti jejich průběhu, ale v tom, že jimi trpí desetitisíce převážně mladých nebo dospívajících žen, a v tom, že jde o poruchu nejzákladnější lidské potřeby obživného pudu.

Psychogenní poruchy příjmu potravy jsou často dávány do souvislosti s měnícím se životním stylem, hodnotovou orientací a hledáním nové identity v kontextu širších ekonomických, sociálních a kulturních změn. V současné době neohrožují jen baletky a britské studentky, ale i dívky z Japonska, Hong Kongu, České Republiky, Polska, Maďarska (Krch, 1994). Eating disorders stále ještě nedosáhly rozsahu předpokládané epidemie, ale postihují značnou část žen. Některé studie z USA hovoří až o 19 % výskytu těchto poruch v nejvíce ohrožené populační skupině dospívajících dívek (Krch, 1995). V Anglii patří poruchy příjmu potravy mezi třetí nejběžnější onemocnění dospívajících. Ve světle přísnějších diagnostických kategorií se výskyt eating disorders odhaduje na 3-5 % kritické populace.

Z tzv. postkomunistických zemí byly první epidemiologické studie realizovány v Polsku a Maďarsku. V Maďarsku činí prevalence ED u věkově rizikové skupiny 6,2 % a v Polsku trpí anorexií a bulimií dokonce 10,7 % středoškolaček a vysokoškolaček (Krch, 1994).

Varující je zejména rostoucí výskyt mentální bulimie, která postihuje kolem 3 % dívek a mladých žen v ekonomicky vyspělých zemích světa. Současně existuje i velký počet postižených, u nichž se po dosažení puberty objevuje tzv. "subklinická" mentální anorexie. Tato poměrně velká část dospívajících dívek (odhaduje se, že jde o 5-6 %) se

většinou nikde s poruchou příjmu potravy neléčí. Velmi významně přibývá nových případů bulimie.

Přestože ekonomicky vyspělé evropské země rychle doháníme, pokud jde o četnost nových případů poruch příjmu potravy, zaostáváme v oblasti léčebné péče a preventivního působení.

V oblasti primární prevence se ukazuje, že jedním z nejdůležitějších pozitivně působících faktorů mohou být komplexně a rozváženě koncipované programy redukce nadváhy a osvětové aktivity v oblasti tzv. zdravé výživy. Nepřiměřená dramatizace nadváhy a jednostranné dietní programy nabízející její redukci naopak výrazně zvyšují riziko poruch příjmu potravy. V tomto směru nelze přehlížet skutečnost, že podobné aktivity oslovují širokou veřejnost, nejenom obézní, a mohou vést k nezdravým výživovým postojům zejména u dospívajících (se svou tělesnou hmotností nejsou spokojeny téměř dvě třetiny normálně vážících žen) (Krch, 1995).

10.1. Incidence a prevalence poruch příjmu potravy v České republice

Krch (1995) uvádí zajímavé statistické údaje, týkající se České republiky:

Výskyt eating disorders v České republice

*** Incidence mentální anorexie v Praze (na 100 000 obyvatel)**

1973	-	1,08 případu
1985	-	4,10 případu
1992	-	> 4,10 případu (odhad)

***Prevalence bulimie v České republice**

(v populaci dospívajících dívek)

90. léta	-	3-5 % (odhad)
-----------------	---	----------------------

(Krch, 1995)

(*prevalence* - představuje aktuální počet případů či onemocnění v definovaném společenství v jistém časovém okamžiku. Prevalenční studie bývají nejčastěji zaměřeny na tzv. rizikové skupiny.) (Vokurka, Hugo, 1995)

Incidence mentální anorexie (počítáno pouze v Praze) na 100 000 obyvatel byla v roce 1973: 1,08. V roce 1985 to bylo 4,10 a v roce 1992 činila incidence více než 4,10 případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel.

Krch (1994) uvádí, že zatímco v roce 1983 u pacientů hospitalizovaných na jednotce specializované péče pro ED v Praze převažovala anorexie, v roce 1993 zde již výrazně dominovala diagnóza bulimie. Počet ambulantních pacientů se za stejné časové období (10 let) ztrojnásobil v případě obou poruch.

Existuje i velký počet postižených, u nichž se po dosažení puberty objevuje tzv. subklinická mentální anorexie. Tyto osoby se nikde s poruchou příjmu potravy neléčí. V roce 1994 se jejich počet odhadoval na 5-6 % (Krch, 1994).

V roce 1995 byla realizována rozsáhlá epidemiologická studie zaměřená na prevalenci ED u adolescentů. Z výzkumu, jenž byl proveden pomocí standardizovaného dotazníku EAT, EDI a výpočtu BMI, jsou patrně důležité hodnoty, jenž nám dávají informace o prevalenci subklinických případů poruch příjmu potravy v mladé populaci.

Prevalence poruch příjmu potravy (resp. narušených postojů k jídlu a svému tělu) u skupiny adolescentů činila celkem 7,4 %. Z toho prevalence mentální bulimie činila 5,7 % a prevalence mentální anorexie u adolescentních dívek v letech 1989-1992 je 0,5-1,0 % (Smolík, 1993).

V letech 1995-1996 dospěl Krch po svém pražském a vlašimském měření k závěru, že hodnoty z měření v porevolučních letech jsou sice stále aktuální, ale že se také mírně zvýšily - na 1,7 % (Krch, Drábková, 1996).

Počet epidemiologických studií různého druhu, které sledovaly výskyt poruch příjmu potravy v populaci mladých dívek a žen je velký (hlavně v USA a Velké Británii), nikoli však u nás.

V roce 1994 Krch a Málková zkoumali 1333 žen trpících obezitou v rámci programu "Hubnutí rozumným způsobem". Z této studie vyšlo najevo, že relativně vysoké procento žen užívá pravidelně patologické metody k hubnutí:

23,4 % pravidelně drželo hladovku

7,1 % užívalo projímadla

3,8 % bralo diuretika

2,3 % pravidelně zvracelo ve snaze redukovat svou váhu

Dále bylo zjištěno, že 30,6 % obézních žen trpělo záchvaty přejídání s následnými pocity viny a 26,2 % mívalo podobné záchvaty v minulosti. Pouze 28,4 % těchto žen uvedlo, že jí pravidelně se svou rodinou. 20 % z nich vyzkoušelo některou z komerčních diet. Aktuální průměrná hodnota BMI u těchto žen byla 29, přičemž věkový průměr činil 40,1 roku (Krch, 1996).

Tento výzkum ukazuje, že jídelními poruchami mohou být ohroženy i dospělé ženy, zejména, trpí-li nadváhou. Je známou skutečností, že 30 % českých občanů trpí obezitou, jejíž zvýšený výskyt ve společnosti patří bezesporu k rizikovým faktorům z hlediska epidemiologie poruch příjmu potravy.

10.2. Screeningová studie pražských vysokošolaček

Screeningová studie pražských vysokošolaček proběhla v roce 1991 a realizoval ji PhDr. F. D. Krch. Byla publikována v časopise Medica Revue (1994).

U 183 studentek průměrného věku 21,5 roku, které studovaly na různých fakultách Univerzity Karlovy, byl použit dotazník EDI (Eating Disorder Inventory) a EAT (Eating Attitudes Test). Jsou to standardizované americké dotazníky, které PhDr. F. D. Krch upravil pro naše podmínky. Zjišťují postoje k jídlu a prozrazují případné "jídelní poruchy" u dotazovaných osob. Oba tyto dotazníky jsem použila pro svůj výzkum.

Normální váhu vykazovalo 80 % studentek, 5 jich bylo obézních a 7 mělo výsledek BMI pod kritickou hodnotou 17,5, což naznačuje podváhu. 60 % dívek touží být štíhlejší a pouze 4,4 % silnější. 65 % studentek se již pokoušelo redukovat svou váhu dietováním apod.

Svou nespokojenost s tělem vyslovilo 65 % dotazovaných. Zejména se jim postava nelíbila od pasu dolů - stehna, břicho, hýždě, nohy. 21 % dotazovaných uvedlo, že se pravidelně přejídá, 12 % dívek často hladoví, 10 % drželo již někdy některou z komerčních diet, 4 % užívají projímadla a 3 % zvrací. 5 % studentek mělo vyšší než kritické skóre v testu EAT, což hovoří pro poruchu příjmu potravy. Jedna spontánně sdělila, že se léčí s mentální anorexií a u dalších pěti bylo velmi pravděpodobné, že trpí bulimií. Svou studii PhDr. F. D. Krch uzavírá

pravděpodobným odhadem 3,3 % výskytu poruch příjmu potravy u náhodně vybraného vzorku mladých dívek studujících vysokou školu.

Studie prováděné nikoliv pouze v ČR poukazují na skutečnost, že reálný počet případů bulimie nervosy a anorexie mentalis je patrně významně vyšší, než ukazují výsledky epidemiologických studií. V samotné diagnóze mentální anorexie a mentální bulimie je totiž jedním ze základních symptomů popírání chorobnosti vlastního stavu nikoliv pouze před okolím, ale i sám před sebou.

10.3. Epidemiologická studie prevalence poruch příjmu potravy u adolescentů (Praha - Vlašim)

Výzkum byl realizován v Praze a Vlašimi - pro přesnější výsledky měření byl vzorek zkoumaných osob z města velkého (61,7 % respondentů) i malého (38,3 % respondentů). Dívky i chlapci vyplnili dotazníky zaměřené na jídelní chování a postoje, vztah k vlastnímu tělu a snahu redukovat svou tělesnou hmotnost. (Dotazníky EAT, EDI a dotazník všeobecných postojů). Mezi těmito osobami, s průměrným věkem 18,5 roku, bylo 32,7 % vysokoškoláků, 52,1 % středoškoláků a 15,2 % učňů. Získaná data od 258 chlapců a 723 děvčat (celkem 981 osob) ukazují na zásadní rozdíly mezi pohlavími v postojích k jídlu a ke svému tělu, v jídelním chování, ale i ve strategiích užívaných ke kontrole tělesné hmotnosti. PhDr. F. D. Krch z pražské psychiatrické kliniky vyvodil z této své studie některé důležité závěry, které také publikoval (Krch, Drábková, 1996).

Výsledky zmíněné screeningové studie:

Tab. 1:

76,5 % dívek a 35,4 % chlapců nebylo spokojeno se svým tělem:

Počet osob spokojených či nespokojených se svým současným tělesným stavem:

<u>Nespokojenost se svým tělem</u>	Chlapci		Dívky	
	N	%	N	%
Ano	90	35,4	542	75,3
Ne	164	64,6	178	24,7
Celkem (odp.)	254		720	
Významnost	0,0000*			

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Tab. 2:

Porovnání spokojenosti a nespokojenosti respondentů se svou aktuální váhou:

Přání zhubnout

	Chlapci		Dívky	
	N	%	N	%
Ano	46	18,1	497	69,0
Ne	208	81,9	223	31,0
Celkem (odp.)	254		720	
Významnost	0,0000*			

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Nespokojenost se svým tělem a častější touha zhubnout se u sledovaných dívek projevila ve výsledcích testu EDI. Můžeme tedy předpokládat, že české dívky se statisticky významně častěji než chlapci zabývají tělesnou váhou, bojí se ztloustnutí,

jsou méně spokojeny se svou postavou a proto jsou i více zaujaty dietami a touhou zhubnout.

Tab. 3:

79 % sledovaných chlapců a 85,6 % dívek mělo normální tělesnou hmotnost. Pouze 3,9 % chlapců a 2,9 % dívek mělo nadváhu. Přestože dívky byly v průměru štíhlejší než chlapci, toužily po mnohem nižší tělesné hmotnosti než chlapci, kteří si naopak přáli zesílit.

Porovnání aktuální a (dle respondentů) ideální tělesné hmotnosti:

<u>Tělesná hmotnost</u>	Chlapci		Dívky	
	Průměr	interval	Průměr	interval
BMI aktuální	21,68	16-32,4	20,78	12,44-43
BMI ideální	22,65	17-34,7	19,35	15,21-29,5
Významnost	<i>BMI aktuální</i>	0,5529		
	<i>BMI ideální</i>	0,0000*		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Rozdíl mezi skutečnou a ideální hmotností byl s ohledem na pohlaví zkoumaných osob statisticky významný - ideální tělesná hmotnost byla u chlapců téměř o 1 bod BMI vyšší a u dívek více než o 1 bod BMI nižší, než aktuální váha.

Tab. 4:

Co respondenty nejčastěji vede ke snaze zhubnout?

<u>Důvody hubnutí</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
Zdravotní	9	3,5	42	5,8	0,1589
Estetické	15	5,9	258	35,8	0,0000*
Společenské	5	2,0	48	6,7	0,0045*
Nespokojenost se sebou	18	7,1	280	38,9	0,0000*
Tlak okolí	1	0,4	9	1,3	0,2444
Jiné důvody	8	3,1	34	4,7	0,2888
Celkem (odp.)	254		720		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Z tabulky se dovídáme, že nejčastěji mladí lidé hubnou pro nespokojenost s vlastním tělem a z estetických důvodů. Z toho je patrné, jak je i u nás rozšířen kult štíhlosti. Mnoho lidí si štíhlost spojuje s představou úspěchu a zdraví.

Tab. 5:

Jakým způsobem si zkoumané osoby hlídají svou tělesnou hmotnost?

<u>Kontrola tělesné hmotnosti</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
Úporné cvičení	4	5,5	204	28,3	0,0000*
Hladovky	1	0,4	16	2,2	0,0000*
Projímadla	0	0	16	2,2	0,0166
Zvracení	0	0	14	1,9	0,0253
Celkem (odp.)	254		720		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Tab. 6:

Pravidelnost ve stravování:

Vynechávají

<u>některé jídlo</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
Ano (pravidelně)	31	12,6	161	22,6	
Někdy	108	43,7	430	6,4	
Ne	106	42,9	120	16,9	0,0000*
Celkem (odp.)	245		711		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Tab. 7:

Kterým pokrmům dávají respondenti přednost?

<u>Kuchyně- preference</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
Tradiční	189	75,3	444	62,2	0,0000*
Exotická	45	18,1	124	17,3	0,7943
Vegetariánská	20	8,0	177	24,3	0,0000*
Makrobiotická	4	1,6	51	7,1	0,0012*
Bufet. typu	18	7,2	20	2,8	0,0020*
Celkem (odp.)	249		715		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Respondenti s vyšším nebo kritickým skórem v testu EAT (≥ 30 b.) kontrolují svou tělesnou hmotnost za pomoci úporného cvičení, hladovek atp. (viz. tab. č. 9) nebo vynechávají některé z hlavních jídel (viz. tab. č. 10) a statisticky významně dávají přednost vegetariánské kuchyni (viz. tab. č. 11). Také jsou více nespokojeni se svým tělem a trpí častěji pocitem tloušťky.

Tab. 8:

Respondenti, kteří udávají nadváhu u členů svých rodin:

<u>Nadváha v rodině</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
otec	39	16,5	145	20,5	0,1783
matka	27	11,4	163	23,1	0,0001*
Celkem (odp.)	251		717		

*statisticky významný rozdíl, $p > 0,001$

Tab. 9:

Posouzení zdravoti a nezdravosti některých jídel:

Existují jednoznačně zdravá a nezdravá jídla?

	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
Ano	145	58,3	492	68,3	
Ne	106	41,7	148	31,7	0,0037*
Celkem (odp.)	251		640		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Tabulky č. 8 a 9 ukazují, jak může strach z nadváhy ovlivňovat postoje člověka a zvyšovat citlivost sledovaných dívek na příjem potravy a tělesnou hmotnost. Proto dívky statisticky významně častěji než chlapci hodnotily své matky jako obézní (viz tab. č. 8) a některá jídla jako zásadně nezdravá (viz. tab. č. 9). Dívky se také častěji než chlapci obávaly tučných jídel, masa a sladkostí - tab. č. 10.

Tab. 10:

Určování "nezdravých" potravin respondenty:

<u>Jaká jídla to jsou?</u>	Chlapci		Dívky		Významnost
	N	%	N	%	
tučné maso, maso	41	16,1	201	27,9	0,0002*
tučky	20	7,9	175	24,3	0,0000*
sladká jídla	16	6,3	124	17,2	0,0000*
uzeniny	14	5,5	61	8,5	0,1281
kořeněná jídla	5	2,0	35	4,9	0,4580
fastfood	8	3,1	25	3,5	0,8070
tradiční kuchyně	4	1,6	20	2,8	0,2877
vajíčka	6	2,4	10	1,4	0,2941
další	98	38,6	227	31,5	0,0403
celkem (odp.)	254		720		

*statisticky významný rozdíl, $p < 0,001$

Pomocí položkové analýzy testů EAT a EDI, které jsou nejčastější užívanou screeningovou metodou i v zahraničních epidemiologických studiích na toto téma, se dále například zjistilo, že 19,2 % dívek a 10,7 % chlapců se pravidelně a nekontrolovaně přejídá, přičemž konec přejedení byl spojen s pocity viny zejména u dívek (18,6 %). Dívky také častěji uváděly, že se přejídají z nudy, stresu, deprese. Tato studie jednoznačně prokázala, nakolik jsou postoje, prožívání i každodenní život českých dívek ovládány strachem z nadváhy (Krch, Drábková, 1996).

Autor tvrdí, že výsledky šetření, kdy 7,4 % respondentek vykázalo v testu EAT poruchy postoje k jídlu a svému tělu ($EAT \leq 30$), jsou srovnatelné s výsledky obdobných studií v jiných postkomunistických zemích. Proto lze předpokládat, že EAT je v našich podmínkách poměrně citlivou metodou pro zjišťování narušených jídelních postojů v naší populaci.

11. Cíle a východiska výzkumu

Cílem výzkumné části mé diplomové práce je ověření předpokladu většího výskytu problému s tělesnou váhou, zabýváním se dietou, příjmem potravy a postavou u žen, než u mužů. Předpokládala jsem, že muži mají v této oblasti mnohem méně problémů a lépe vnímají své tělo.

Východiskem mé práce byly publikované názory různých odborníků na problematiku poruch příjmu potravy a těla, čerpala jsem poznatky z různých epidemiologických studií na toto téma. Na základě studia bohatých teoretických pramenů o zkoumané problematice jsem zformulovala následující pracovní hypotézy (jednostranné):

H1: Ženy mají významně více problémů s přijímáním potravy a dietním chováním, se vztahem k svému tělu než muži.

H2: Ženy jsou v průměru štíhlejší než muži a na rozdíl od mužů si přejí ještě zhubnout.

H3: Ženy jsou se svým tělem spokojenější než muži.

H4: Ženy považují ideální ženskou postavu za štíhlejší než je jejich současná postava.

H5: Muži mají spíše tendenci zesílit, což se projeví volbou ideální postavy, která je silnější než jejich současná postava.

H6: Ženy považují za atraktivní ženskou postavu štíhlejší ženskou postavu než muži.

12. Soubor a metodika

12.1. Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvořili vysokoškolští studenti a studentky Univerzity Palackého v Olomouci, studující na fakultách Filozofické a Přírodovědecké a Lékařské. Celkový počet osob byl 100, z toho bylo 50 žen a 50 mužů. Věkové rozmezí zkoumaných studentek bylo 19-25 let, jejich průměrný věk činil 22 let. Věkové rozmezí studentů bylo 19-27 let, průměrný věk činil také 22 let. Dotazníky byly sejmuty v měsících dubnu a březnu 1997.

Mým původním záměrem bylo zařadit také skupinu pacientek, léčených s poruchou příjmu potravy (anorexie a bulimie). Díky vstřícnosti MUDr. Stárkové z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci se mi podařilo sejmout dotazníky u vzorku deseti zde léčených dívek. Po prostudování jimi vyplněných dotazníků jsem se rozhodla nezařazovat je do výzkumu. Důvodem bylo to, že všechny dotazníky byly doslova "vzorově" vyplněny. Všechny dívky toužily přibrat, na škále postav označovaly jako svůj ideál postavu dokonce silnější než vysokoškolské studentky atd. Nabízí se několik vysvětlení. Možná to byly dívky, u kterých probíhá úspěšná léčba nebo se samy snaží změnit, ale je také možné, že už vědí, co a jak vyplnit, dostávají spoustu takovýchto dotazníků. Takové jednání by navíc odpovídalo klinickému obrazu mentální anorexie, neboť k diagnostickým kritériím patří sklon k lhavosti atd. Pokud jsou dívky hospitalizovány, často schovávají nesnězené jídlo do různých částí oděvu, pijí před vážením vodu, tajně intenzívně cvičí atd. , ale navenek projevují snahu o vyléčení.

12.2. Použité metody

Ke svému výzkumu jsem zvolila dotazníky EDI, EAT-26 a schéma mužských a ženských postav na číselné ose dle studie publikované v Journal of Abnormal Psychology 94, 1985, 102-105 pod názvem Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape, autoři A. E. Fallon a P. Rozin.

12.2.1. Dotazníky EDI a EAT

12.2.1.1. Dotazník EDI (The Eating Disorder Inventory)

Eating Disorder Inventory (EDI) - inventář poruch příjmu potravy byl vytvořen v roce 1983 Davidem M. Garnerem a kol. Byl konstruován k měření psychologických a behaviorálních rysů častých u anorexia mentalis a bulimia nervosa.

Obsahuje 63 sebehodnotících položek, tvořících 8 podškál (viz příloha):

- 1) *Nutkání být štíhlá/ý (Drive for Thinness)*
- 2) *Bulimie (Bulimia)*
- 3) *Tělesná nespokojenost (Body Dissatisfaction)*
- 4) *Inefektivita / neschopnost / (Ineffectiveness)*
- 5) *Perfekcionismus (Perfectionism)*
- 6) *Mezilidská nedůvěra (Interpersonal Distrust)*
- 7) *Interoceptivní cití (Interoreceptive Awareness)*
- 8) *Strach před dospělostí (Maturity Fears)*

Popis jednotlivých subškál:

1. *Nutkání být štíhlá/ý - Drive for Thinness*

- označuje excesivní soustředění na dietu, nadměrné zabývání se váhou, její redukci, extrémní usilování o štíhlost. Tento konstrukt je popisován jako hlavní rys anorexie. Položky odrážejí usilovné přání snížit váhu, stejně jako strach váhu získat a jedná se o položky č. 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49.

př. : "Po přejedení se cítím velmi provinile." (č. 7)

2. *Bulimie - Bulimia*

- označuje tendenci k epizodám nekontrolovatelného přejídání se, které může být následováno impulsem vyvolávat si zvracení. Přítomnost nebo nepřítomnost bulimie diferencuje podtypy mentální anorexie. Patří zde položky č. 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61.

př. : "Mívám záchvaty přejídání, kdy cítím, že nemohu přestat." (č. 28)

3. *Tělesná nespokojenost - Body Dissatisfaction*

- odráží domněnku, že pro poruchy příjmu potravy je typické nadhodnocování specifických partií těla, že tukové zaoblení postavy v pubertě je pro postižené poruchou příjmu potravy příliš velké (tj. boky, stehna, zadek). Tělesná nespokojenost se vztahuje k narušenému vnímání tělesného schématu. Tuto subškálu postihují položky : 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62.

př. : "Líbí se mi tvar mých hýždí." (č. 31)

4. *Inefektivita - Ineffectiveness*

- tato subškála měří pocit celkové nejistoty, bezcennosti, pocit, že pacient neřídí svůj život. Tuto subškálu zahrnují položky: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56.

př. : "Cítím se jistý/jistá sám/sama sebou." (č.37)

5. *Perfekcionismus - Perfekcionism*

- označuje excesivní očekávání osobního superiorního výkonu (úsilí žít podle perfekcionistačkých výkonových standardů). Rodiny, ve kterých se objevuje anorexia mentalis byly popsány jako vysoce orientované na úspěch, může jim tedy vyhovovat důraz na úspěch v naší kultuře. Tuto subškálu klasifikují položky : 13, 29, 36, 43, 52, 63.př. : "Těžko snáším, když nejsem nejlepší." (č. 36)

6. *Interpersonální nedůvěra - Interpersonal Distrust*

- odráží pocit odcizení a obecné nechuti vytvářet úzké vztahy. Je odlišována od paranoidního myšlení a vztahuje se na neschopnost prožít příjemné emoce vůči druhým. Patří zde položky : 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57.

př. : "Potřebuji si od lidí udržovat určitý odstup /necítím se dobře, když se chce někdo dostat příliš blízko/." (č. 54)

7. *Interoceptivní čítí - Interoceptive Awareness*

- tento konstrukt odráží nedostatek jistoty při poznávání a přesném identifikování emocí nebo viscerálních pocitů hladu či nasycení. Patří zde položky: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64.

př. : "Mám pocity, které nedovedu zcela přesně rozpoznat." (č. 60)

8. *Strach před dospělostí - Maturity Fears*

- tato subškála měří přání ustoupit do bezpečí preadolescentních let, neboť požadavky dospělosti jsou vnímány jako ohromující a nesplnitelné. Patří zde položky: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58.

př. : "Mám pocit, že lidé jsou nejšťastnější, pokud jsou dětmi. " (č. 48)

(Garner, 1983)

Jednotlivé položky EDI jsou hodnoceny na šestibodových stupnicích :
vždy-většinou-často- někdy-zřídka-nikdy.

Titulní strana dotazníku EDI obsahuje také položky týkající se současné a ideální váhy a současné tělesné výšky. Z těchto údajů jsem spočítala hodnoty BMI (reálný a

ideální). Index tělesné hmotnosti (BMI) = váha (kg) / [výška (m)]². K výpočtu reálného BMI se používá reálná váha a k výpočtu ideálního BMI váha, kterou si jedinec určí jako ideální. Tabulku pro srovnání hodnot BMI uvádím v příloze. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 24 u žen a do 25 u mužů. O poruše příjmu potravy hovoříme, pokud je BMI menší než 17,5. O obezitě hovoříme u hodnot vyšších než BMI 29 (u žen) nebo 30 (u mužů) (Krch, Málková, 1993).

Vyhodnocení dotazníku EDI se provádí podle sady klíčů, pro každou jednotlivou subškálu je určen klíč. Při interpretaci porovnáváme jednotlivé skóry, skóry jednotlivých subškál mohou být zaneseny do grafu, jehož profilové křivky umožňují srovnání se subškálami anorektiček (n=155) a vysokoškolských studentek (n=271), které představovaly validizační výběry. Podle testového skóre EDI nelze striktně stanovit, zda individuum splňuje podmínky pro diagnózu poruch příjmu potravy.

EDI je vhodným prostředkem např. pro screening, typologický výzkum, k doplnění klinického posudku u pacientů s jídelními poruchami. Běžně se užívá k posouzení a kvantifikaci kognitivních a osobnostních rysů příznačných pro poruchy příjmu potravy a ke srovnání narušených jídelních postojů u různých populačních skupin (Krch, Drábková, 1996). Neslouží jako přesný prostředek k diagnostice anorexia mentalis či bulimia nervosa (Garner, 1983).

12.2.1.2. Dotazník EAT (The Eating Attitudes Test)

Autorem tohoto dotazníku "jídelních postojů" je také D. M. Garner, dotazník byl publikován v roce 1979. Je nejčastěji užívanou metodou v zahraničních epidemiologických studiích.

EAT byl sestaven pro zachycení relativně hrubého rozsahu symptomů, chování a postojů typických pro poruchy příjmu potravy. Existují dvě základní verze tohoto dotazníku. Je to *EAT-40*, který obsahuje čtyřicet položek zaměřených na narušené postoje k jídlu a vlastní postavě. Jako jedna ze základních metod byl užit i při výzkumu v Maďarsku (Krch, Drábková, 1996). Dále je to *EAT-26*, který obsahuje 26 položek (viz příloha).

Každá položka (otázka) je dotazovaným zodpovězena na šestibodové stupnici:

1=vždy	4=někdy
2=velmi často	5=zřídka
3=často	6=nikdy

Při vyhodnocování dotazníku EAT se odpověď na otázku boduje v rozmezí 0-3 body. Kritický skór u EAT-40 je nyní 30 bodů, u EAT-26 je kritickým skórem 20 bodů.

Pro svůj výzkum jsem zvolila dotazník EAT-26. Skóry EAT-26 vysoce korelují s EAT-40 ($r=0,98$).

U EAT-26 rozlišujeme 3 faktory:

1. *dietní chování*

- položky č. 1, 2, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24.

př. : "Vyhýbám se jídlům s obsahem tuku." (č. 16)

2. *bulimie a trvalé zabývání se jídlem*

- položky č. 3, 4, 5, 6, 9, 18, 21, 25, 26.

př. : "Mám záchvat žravosti, přičemž cítím, že už nikdy nebudu moci přestat jíst."
(č. 4)

3. *orální kontrola*

-položky č. 8, 13, 15, 19, 20.

př. : "Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo." (č. 19)

Skór EAT nediodnostikuje sám o sobě mentální anorexii či bulimii. Vysoký skór nemusí nutně znamenat psychopatologii. Oba dotazníky jsou vhodné jako screeningové metody pro jídelní poruchy v široké populaci (Krch, Drábková, 1996).

Dotazníky EAT a EDI zatím nebyly standardizovány pro českou populaci, byl proveden dvojitý překlad a obě metody byly ověřeny v předvýzkumu u klinického vzorku a kontrolní skupiny vysokoškoláků (Krch, Drábková, 1996).

12.2.2. Schéma postav

Tato metoda byla použita ve studii, která byla provedena na University of Pennsylvania a publikována v Journal of Abnormal Psychology 94, 1985, 102-105. Autory jsou A. E. Fallon a Paul Rozin. Je také citována v Atkinsonová (1995) a Cooper (1995).

Studie mně velmi zaujala a protože u nás nebyla obdobná studie na českých studentech provedena, rozhodla jsem se realizovat podobný experiment v našich podmínkách.

Jedná se o kresby mužských a ženských postav. Postavy obou pohlaví jsou uspořádány na škále sahající od velmi hubených postav k velmi tlustým.

Ve studii bylo použito těchto postav 9, já jsem použila celkem čtyři postavy - od hubené po tlustou - dle Atkinsonová (1995, 405). Ukázka viz. příloha č. 2.

Tyto kresby jsou předloženy pokusným osobám a ty mají za úkol určit:

1. Nejprve na kresbách postav vlastního pohlaví:
 - a) postavu, která se nejvíce podobá jejich současným tvarům
 - b) postavu, která nejvíce odpovídá tomu, jak by chtěly nejraději vypadat, jejich ideálu
 - c) postavu, kterou vnímají jako nejvíce atraktivní pro druhé pohlaví
2. Na kresbách postav opačného pohlaví:
 - a) určit postavu, která je podle nich nejvíc atraktivní.

K záznamu údajů jsem připravila malé tabulky, do kterých zkoumané osoby zapisovaly jimi vybrané číselné hodnoty.

13. Realizace výzkumu

Dotazníky jsem snímala v průběhu měsíce března a dubna 1997. Data jsem získávala od studentů na vysokoškolských kolejích. Uvědomuji si, že tento postup snižuje reprezentativnost výběru a získaných dat, neboť není zaručena naprostá anonymita.

Sběr dat byl celkem náročný. Musela jsem vše potřebné k vyplňování vysvětlovat každému jednotlivci zvlášť. Menší problémy jsem měla pouze u dívek. Některé nechtěly vůbec dotazník vyplnit z důvodu neúplné anonymity, některé vyplňovaly jen s nechtí. U chlapců takový problém nenastal.

Z hlediska statistického zpracování získaných dat jsem použila:

u EDI : aritmetický průměr hodnot subškál pro každou skupinu
směrodatnou odchylku a rozptyl pro každou skupinu
t test pro zjišťování stat. význ. rozdílu mezi průměry skupin

u EAT: aritmetický průměr skóru EAT pro každou skupinu
směrodatnou odchylku a rozptyl pro každou skupinu
t test

u schémat postav: aritmetický průměr jednotlivých výběrů figur u dané skupiny
směrodatnou odchylku a rozptyl jednot. výběrů figur u každé skupiny
t test

Při ověřování statistické významnosti jsem zvolila hladinu významnosti $p < 0,05$.

V případě zjišťování statistické významnosti dvou nezávislých výběrů o stejném počtu měření $n = 50$ platí:

$$t_{0,95}(98) = 1,66$$

14. Výsledky výzkumu

14.1. Zpracování dotazníku EAT

Tabulka č. 1 nám ukazuje údaje o výsledcích dotazníku EAT. Průměr obou skupin je výrazně odlišný. Aritmetický průměr skóre žen je vyšší než u mužů. U skupiny žen pozorujeme rovněž výrazně vyšší hodnotu směrodatné odchylky a rozptylu než u mužů. Kritická hodnota celkového skóre v dotazníku EAT - 26 je 20 bodů. Kolem této kritické hodnoty se pohybovala většina skóre žen, přičemž tuto hodnotu překročily dvě respondentky. Kritickou hodnotu nepřekročil žádný z dotazovaných mužů, nejvyšší hodnotou v této skupině bylo devět bodů.

tabulka 1

Výsledky EAT

	ŽENY	MUŽI
počet osob	50	50
průměr	6,42	2,12
směrodatná odchylka	5,95	2,21
rozptyl	35,39	4,88
minimum	0	0
maximum	22	9

Ověřování první hypotézy (H1) dotazníkem EAT

Srovnáním obou skupin - žen a mužů byla prokázána platnost první hypotézy (H1). Mezi muži a ženami je statisticky významný rozdíl v soustředění na dietní chování, na váhu a tělesné rozměry. Ženy se významně více soustředí na oblast dietování a zabývají se tělesnou váhou a svými rozměry významně více než muži. Pro ověřování statistické významnosti jsem použila t test (pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry skupin). Viz. tabulka č. 2.

tabulka 2

Statistická významnost rozdílu mezi aritmetickými průměry a rozptyly skóru EAT

	ŽENY (n = 50)		MUŽI (n = 50)		t - test
	průměr	směr. odch.	průměr	směr. odch.	
EAT	6,42	5,95	2,12	2,21	4,79

t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

Dotazník EAT je možno pro jeho relativní krátkost a obsahovou jednoduchost položek velmi dobře využít pro screeningový výzkum s tím, že vysoké skóry pro jednotlivé respondenty je nutno dále analyzovat, protože nám nic neříkají o hlubší patologii, ani nerozlišují skupiny (jako např. EDI) podle závažnosti symptomů. Přesto však vysoký skór tohoto na rozdíl od EDI "hrubšího" metodologického prostředku "signalizuje" minimálně nadměrné soustředění zkoumaných osob na zmíněnou oblast dietování, zabývání se tělesnou váhou a tělesnými rozměry atd.

14. 2. Zpracování dotazníku EDI

Nespokojenost se svým tělem a častější touha zhubnout se u skupiny žen projevila vyššími průměrnými skóry v sedmi subškálách (DT - Nutkání být štíhlá/ý, B - Bulimie, BD - Tělesná nespokojenost, I - Inefektivita, P - Perfekcionismus, ID - Mezilidská nedůvěra, IA - Interoceptivní cití). Viz. tabulka 3.

tabulka 3

Výsledky EDI - ŽENY

	průměr	směr. odchylka	rozptyl	minimum	maximum
DT	3,34	4,54	19,82	0	16
B	1,04	1,64	2,69	0	7
BD	8,28	7,21	52	0	24
I	3,5	4	16,01	0	12
P	4,54	2,6	6,78	0	11
ID	2,98	2,73	7,45	0	9
IA	2,1	3,11	9,68	0	14
MF	3,6	3,73	13,92	0	12

tabulka 4

Výsledky EDI - MUŽI

	průměr	směr. odchylka	rozptyl	minimum	maximum
DT	1,16	2,25	5,08	0	9
B	0,42	1,11	1,23	0	5
BD	1,52	2,04	4,17	0	7
I	1,34	2,58	6,68	0	13
P	4,2	3,96	15,71	0	15
ID	2,9	2,94	8,62	0	10
IA	1,58	2,68	7,19	0	14
MF	4,84	5,05	25,52	0	18

Ověřování první hypotézy (H1) dotazníkem EDI

Při statistickém testování t testem jsem zjistila, že ženy se statisticky významně častěji než muži zabývají tělesnou váhou, bojí se ztloustnutí (DT), jsou méně spokojeny se svou postavou (BD), výše skórují ve škále bulimie (B). Častěji než u mužů se u nich objevují pocity nedostačivosti, nejistoty a neschopnosti kontrolovat svůj život (I).

tabulka 5

Statistická význ. rozdílů mezi aritm. průměry a rozptyly subškál EDI

	ŽENY (n = 50)		MUŽI (n = 50)		t - test
	průměr	směr. odch.	průměr	směr. odch.	
DT	3,34	4,54	1,16	2,25	3,08
B	1,04	1,64	0,42	1,11	2,21
BD	8,28	7,21	1,52	2,04	6,38
I	3,5	4,0	1,34	2,58	3,21
P	4,54	2,6	4,2	3,96	0,51
ID	2,98	2,73	2,9	2,94	0,14
IA	2,1	3,11	1,58	2,68	0,9
MF	3,6	3,73	4,84	5,05	1,4

t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

14.3. Zpracování hodnot BMI

Dle údajů od studentek a studentů o jejich aktuální tělesné výšce a skutečné i "ideální" hmotnosti jsem pomocí vzorce pro výpočet BMI spočítala jejich hodnoty reálného a ideálního BMI.

Jak ukazují tabulky č. 6 a 7, ženy byly v průměru štíhlejší (reálné BMI 20,7) než muži (reálné BMI 23,11), přály si být ještě štíhlejší (ideální BMI 19,79). Muži si naopak přáli trochu zesílit (ideální BMI 23,17). Ideální hodnoty BMI u žen jsou v průměru nižší než reálné. Tato skutečnost se projeví i při srovnání váhy. Jak ukazuje tabulka č. 8 průměrná váha žen je 58,6 kg a jejich průměrná ideální váha je o 2,3 kg nižší, tedy 56,34 kg. Tabulka č. 9 podává přehled o váze mužů. Průměrná hodnota jejich současné váhy je 74,38 kg a ideální 74,7 kg.

tabulka 6

Výsledky BMI - ŽENY (n = 50)

	BMI reálné	BMI ideální
průměr	20,7	19,79
směrodatná odchylka	2,09	1,48
rozptyl	4,4	2,21
minimum	17,85	17,85
maximum	26,73	23,43

tabulka 7

Výsledky BMI - MUŽI (n = 50)

	BMI reálné	BMI ideální
průměr	23,11	23,17
směrodatná odchylka	1,94	1,6
rozptyl	3,77	2,56
minimum	20,23	20,99
maximum	31,21	29,48

tabulka 8

VÁHA - ŽENY (n = 50)

	Váha současná	Váha ideální
průměr	58,6	56,34
směrodatná odchylka	7,35	5,48
rozptyl	53,96	29,98
minimum	47	45
maximum	80	70

tabulka 9

VÁHA - MUŽI (n = 50)

	Váha současná	Váha ideální
průměr	74,38	74,7
směrodatná odchylka	8,35	7,18
rozptyl	69,8	51,64
minimum	63	60
maximum	108	102

Ověřování druhé hypotézy (H2)

Rozdíl mezi skutečnou a ideální tělesnou hmotností byl s ohledem na pohlaví respondentů statisticky významný.

tabulka 10

Statistická významnost rozdílu mezi současnou a ideální váhou žen a mužů

	ŽENY (n = 50)		MUŽI (n = 50)		
	průměr	směr. odch.	Průměr	směr. odch.	
Váha současná	58,6	7,53	74,38	8,35	
Váha ideální	56,3	5,48	74,7	7,18	t - test
Rozdíl	2,3	3,15	0,32	3,21	4,05

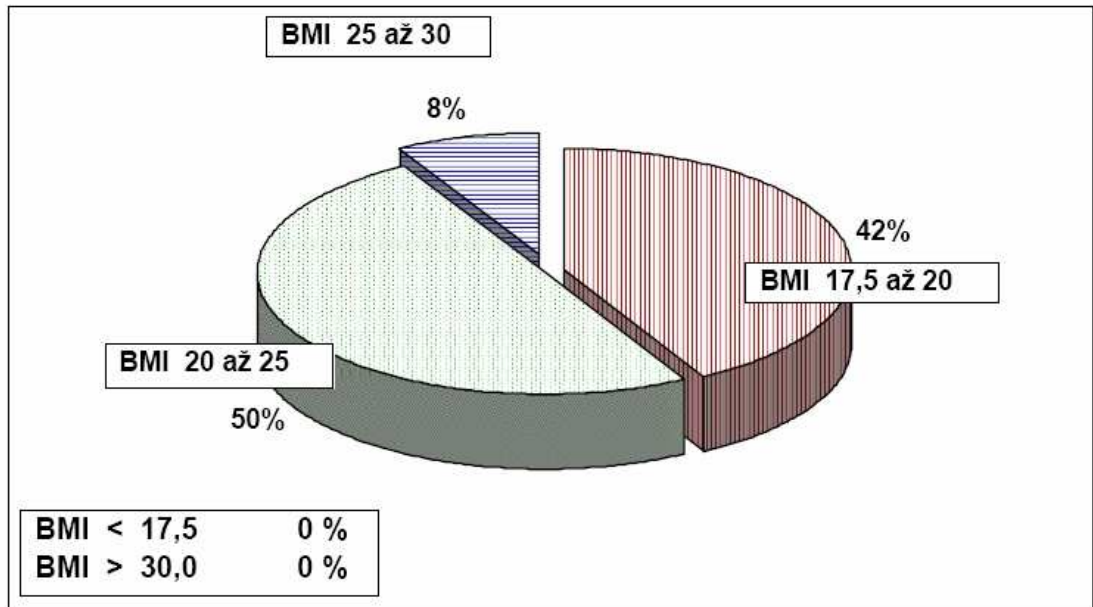
t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

Pro ilustraci přikládám přehledné tabulky. Tabulky č. 11 a 12 ukazují procentuální rozdělení skutečných a ideálních hodnot BMI u skupiny žen.

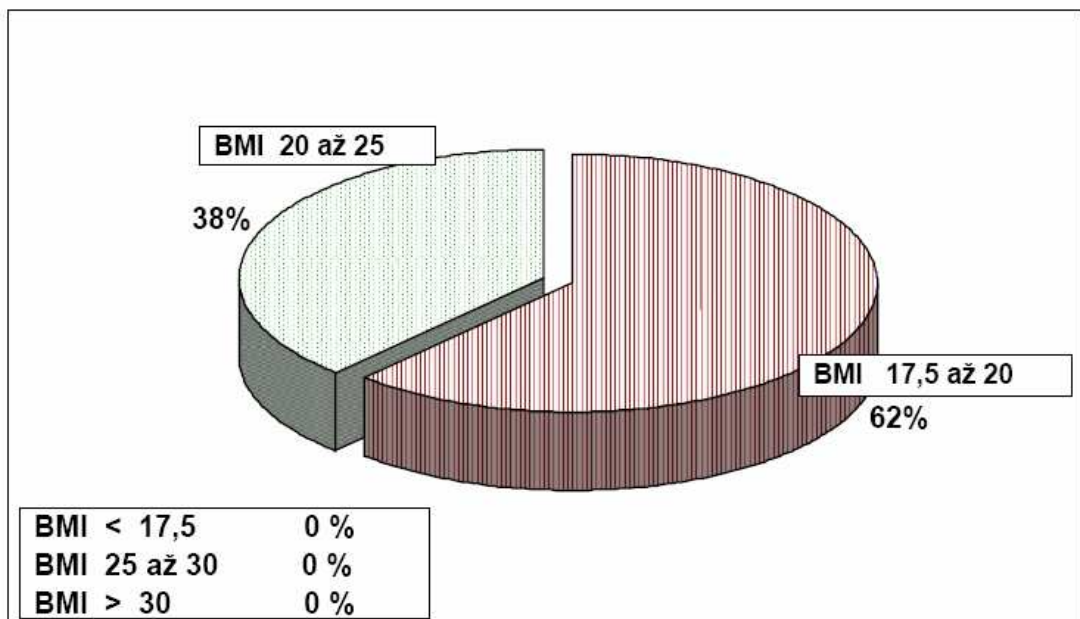
Tab. 11:

Skutečné hodnoty BMI u skupiny žen



Tab. 12:

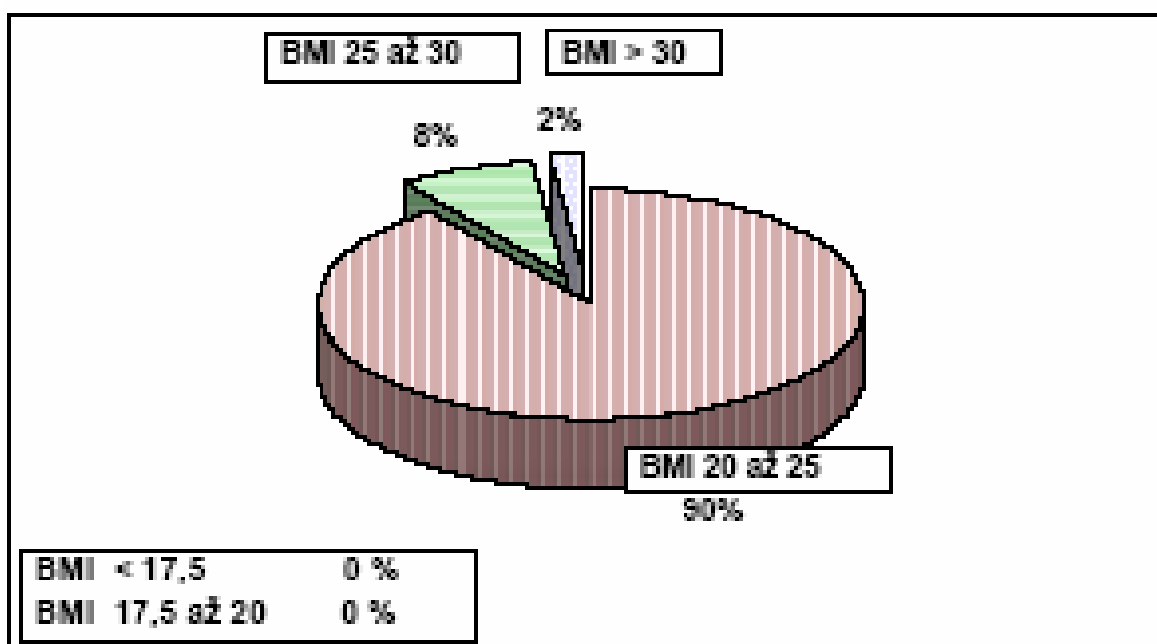
Ideální hodnoty BMI u skupiny žen



Tabulky č. 13 a 14 ukazují procentuální rozdělení skutečných a ideálních hodnot BMI u skupiny mužů.

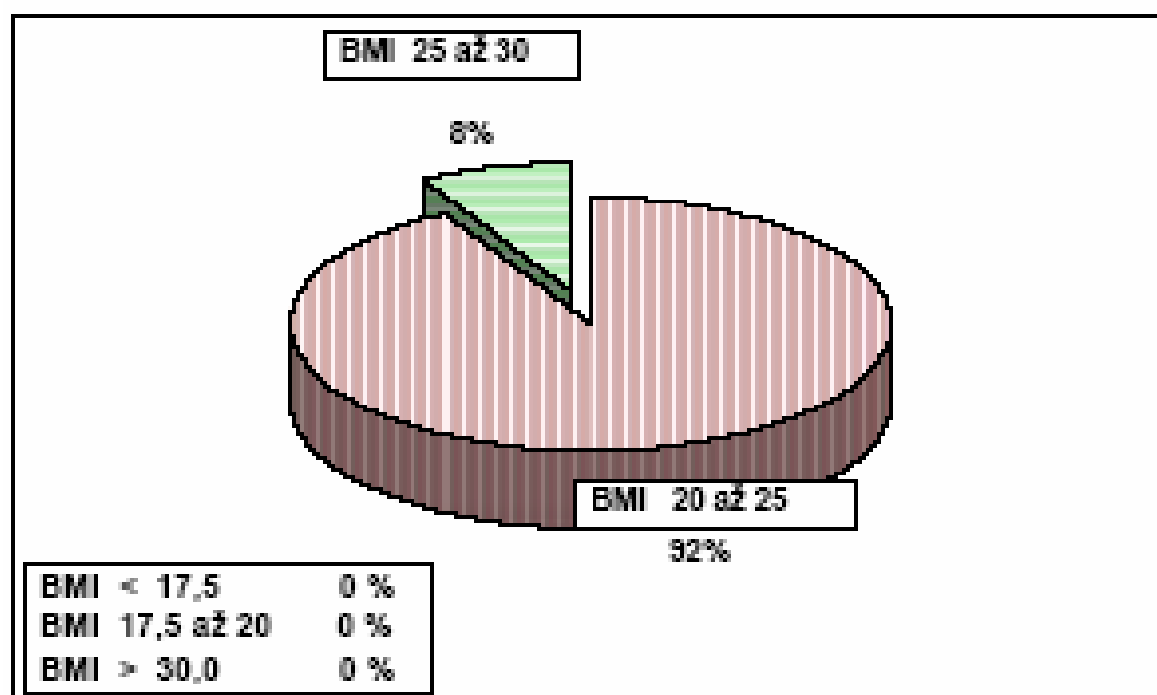
Tab. 13:

Skutečné hodnoty BMI u skupiny mužů



Tab. 14:

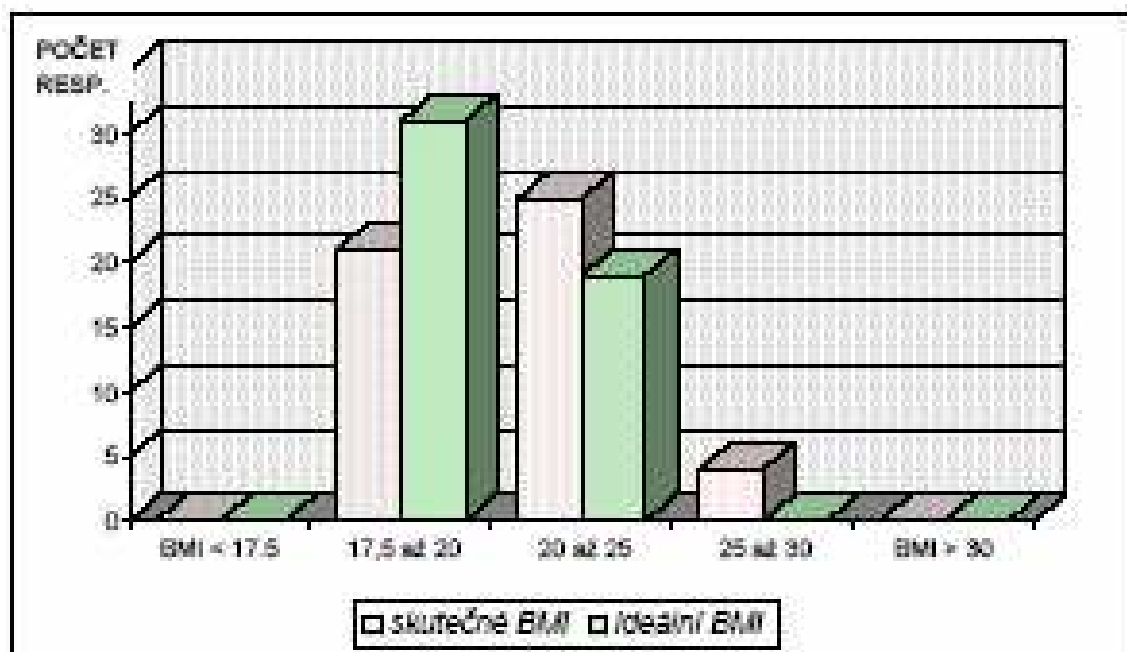
Ideální hodnoty BMI u skupiny mužů



Tabulky č. 15 a 16 porovnávají skutečné a ideální hodnoty BMI u žen a u mužů ve vztahu k počtu respondentů.

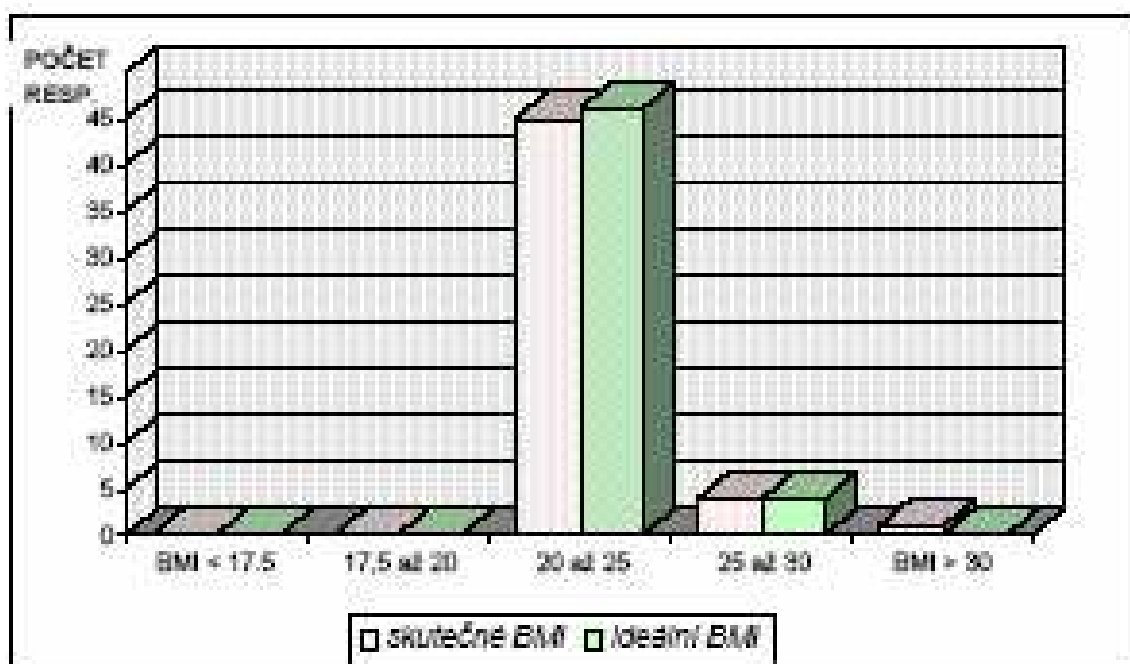
Tab. 15:

Porovnání skutečných a ideálních hodnot BMI u žen



Tab. 16:

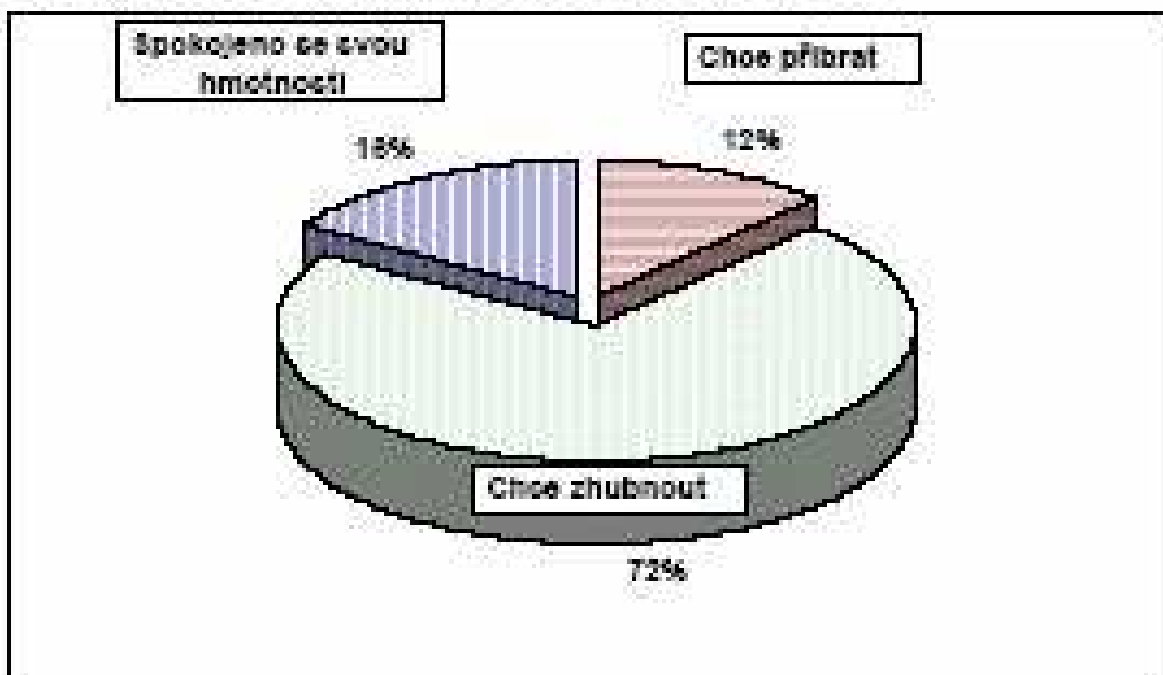
Porovnání skutečných a ideálních hodnot BMI u mužů



Převážná většina žen (72 %) je nespokojena se svou hmotností a chtějí zhubnout. Pouze 15 % je se svou hmotností spokojeno a 12 % by si přálo přibrat, jak ukazuje tabulka č. 17. Muži jsou převážně se svou hmotností spokojeni (48%), 34 % mužů si přeje přibrat a zhubnout chce pouze 18 %, jak ukazuje tabulka č. 18.

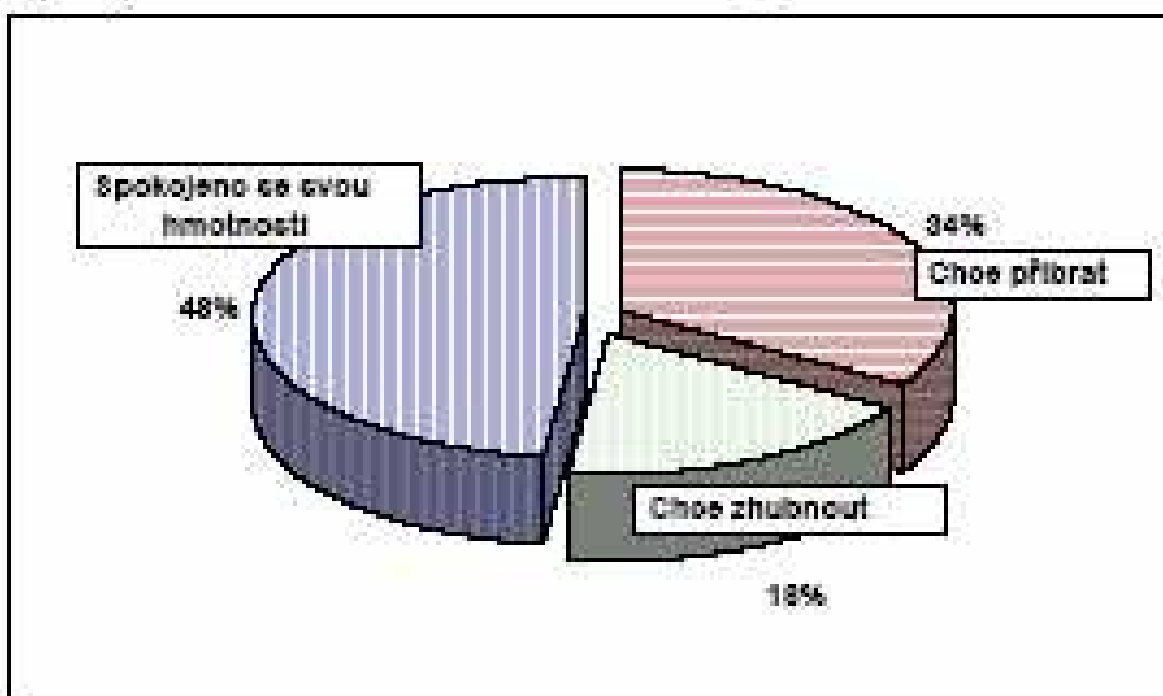
Tab. 17:

Spokojenost s vlastní hmotností u skupiny žen



Tab. 18:

Spokojenost s vlastní hmotností u skupiny mužů



Kvantitativní tendenci změnit svou hmotnost u mužů i žen ukazuje tabulka č. 19.

tabulka 19

Tendence změny vlastní hmotnosti

	MUŽI	n = 50	ŽENY	n = 50
Přibrat méně než 5 kg	11	22%	5	10%
Přibrat 5 až 10 kg	6	12%	1	2%
Zhubnout o méně než 5 kg	4	8%	26	52%
Zhubnout o 5 až 10 kg	4	8%	8	16%
Zhubnout o více než 10 kg	1	2%	3	6%
Spokojenost se svou váhou	24	48%	7	14%
Celkem	50	100%	50	100%

14.4. Zpracování schémat postav

Pro větší přehlednost uvedu ještě jednou, co respondenti na škálách zaznačovali.

1. Na kresbách postav vlastního pohlaví:

- a) postavu, která se nejvíce podobá jejich současným tvarům
- b) postavu, která nejvíce odpovídá tomu, jak by chtěly nejraději vypadat, jejich ideálu
- c) postavu, kterou vnímají jako nejvíce atraktivní pro druhé pohlaví

2. Na kresbách postav opačného pohlaví:

- a) postavu, která je podle nich nejvíce atraktivní

Výsledky šetření ukazují tabulky č. 20 a 21.

V tabulce č. 20 vidíme, že volby žen jsou velmi odlišné. Pozorujeme klesání hodnot a to tak, že současná postava je vnímána jako silnější (3,06) než ideální (2,55) a atraktivní (2,39). Zajímavé je srovnání volby *ženské atraktivní figury* volené muži a volené ženami. Muži průměrně zaznačovali výrazně vyšší hodnotu (3,13) oproti ženám (2,39). Ženy tedy mají zkreslené představy o tom, jaká ženská postava se líbí mužům.

Volby mužů mají naopak rostoucí tendenci, ze současné postavy (3,43) by muži chtěli zesílit - ideální postava (3,57). Atraktivní postava (3,65) má rovněž vyšší hodnotu než současná. Při srovnání volby *mužské atraktivní figury* volené muži (3,65) a volené ženami (3,13) již není tak velký rozdíl jako u ženské atraktivní figury.

tabulka 20

Schéma postav - ŽENY (n = 50)

	průměr	směr. odchylka	rozptyl	minimum	maximum
Figura ženská současná dle volby žen	3,06	0,62	0,38	2,1	5
Figura ženská ideální dle volby žen	2,55	0,38	0,14	2	3,2
Figura ženská atraktivní dle volby žen	2,39	0,36	0,13	2	3,5
Figura ženská atraktivní dle volby mužů	3,13	0,41	0,17	2	4

tabulka 21

Schéma postav - MUŽI (n = 50)

	průměr	směr. odchylka	rozptyl	minimum	maximum
Figura mužská současná dle volby mužů	3,43	0,59	0,32	2,5	4,5
Figura mužská ideální dle volby mužů	3,57	0,45	0,2	2,5	4,5
Figura mužská atraktivní dle volby mužů	3,65	0,45	0,2	3	4,5
Figura mužská atraktivní dle volby žen	3,34	0,45	0,2	2	4,2

Ověřování třetí hypotézy (H3)

Rozdíl mezi figurou současnou a ideální u žen a figurou současnou a ideální u mužů je statisticky významný, čímž potvrzují platnost hypotézy H3 - muži jsou se svým tělem spokojenější než ženy (viz. tab. č. 22). Platnost této hypotézy byla prokázána také srovnáním rozdílu mezi současným a atraktivním schématem žen a mužů (viz. tab. 23).

tabulka 22

Statistická významnost rozdílu mezi současným a ideálním schématem mužů a žen

	ŽENY (n = 50)		MUŽI (n = 50)		
	průměr	směr. odch.	průměr	směr. odch.	
Figura současná	3,06	0,62	3,43	0,59	
Figura ideální	2,55	0,38	3,57	0,45	t - test
Rozdíl	0,51	0,52	0,14	0,33	7,42

tabulka 23

Statistická významnost rozdílu mezi současným a atraktivním schématem mužů a žen

	ŽENY (n=50)		MUŽI (n=50)		
	průměr	směr. odch.	průměr	směr. odch.	
Figura současná	3,06	0,62	3,43	0,59	
Figura atraktivní	2,37	0,36	3,65	0,45	t - test
Rozdíl	0,67	0,62	0,22	0,4	8,61

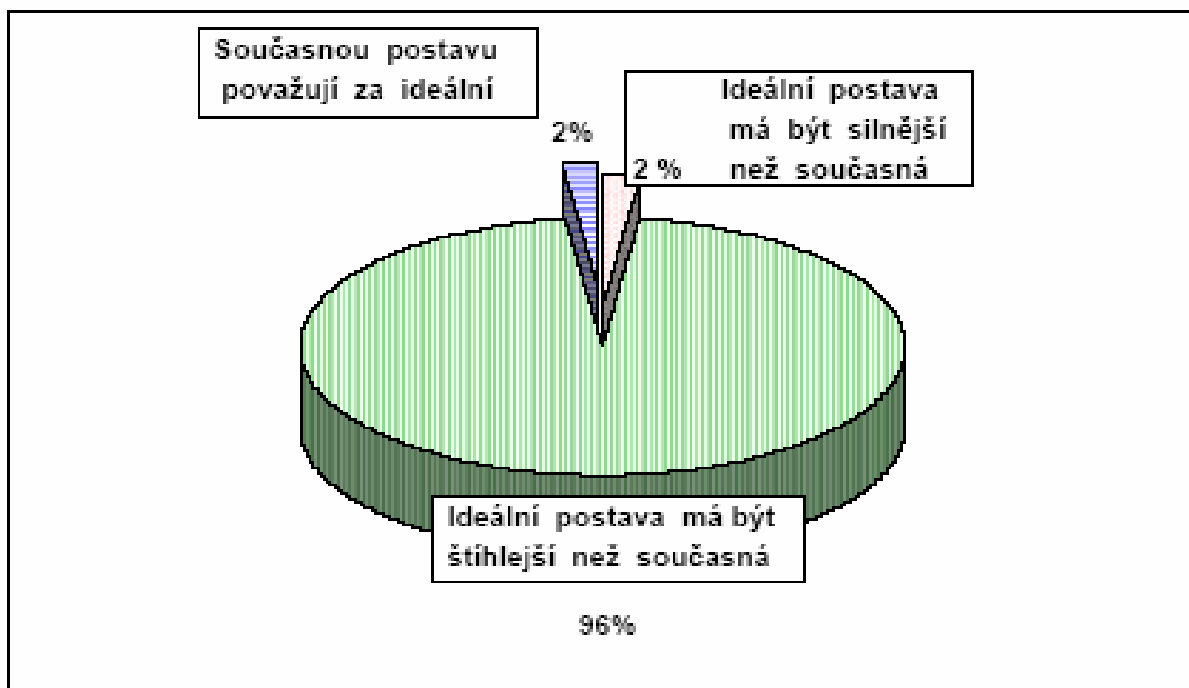
t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

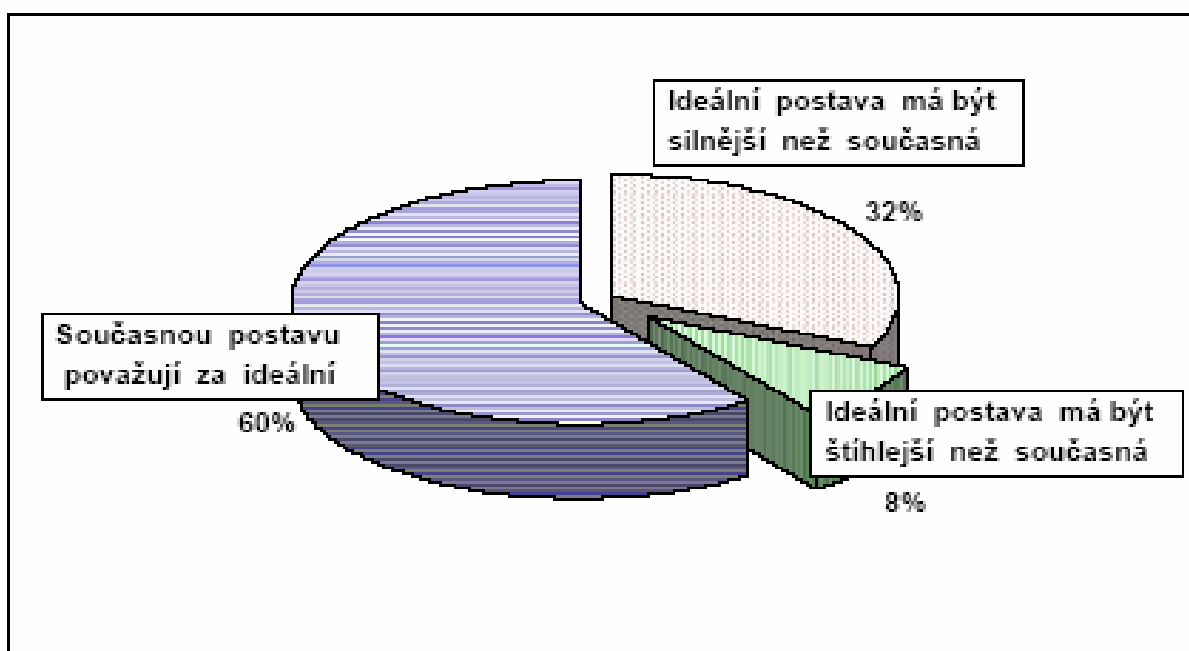
Pro názornost uvádím grafy, které v procentech ukazují, jak respondenti volili ideální a atraktivní postavu vzhledem ke své současné figuře. Tabulka 24, 25.

Tab. 24:

Rozdíl mezi současnou a ideální ženskou postavou



Rozdíl mezi současnou a ideální mužskou postavou

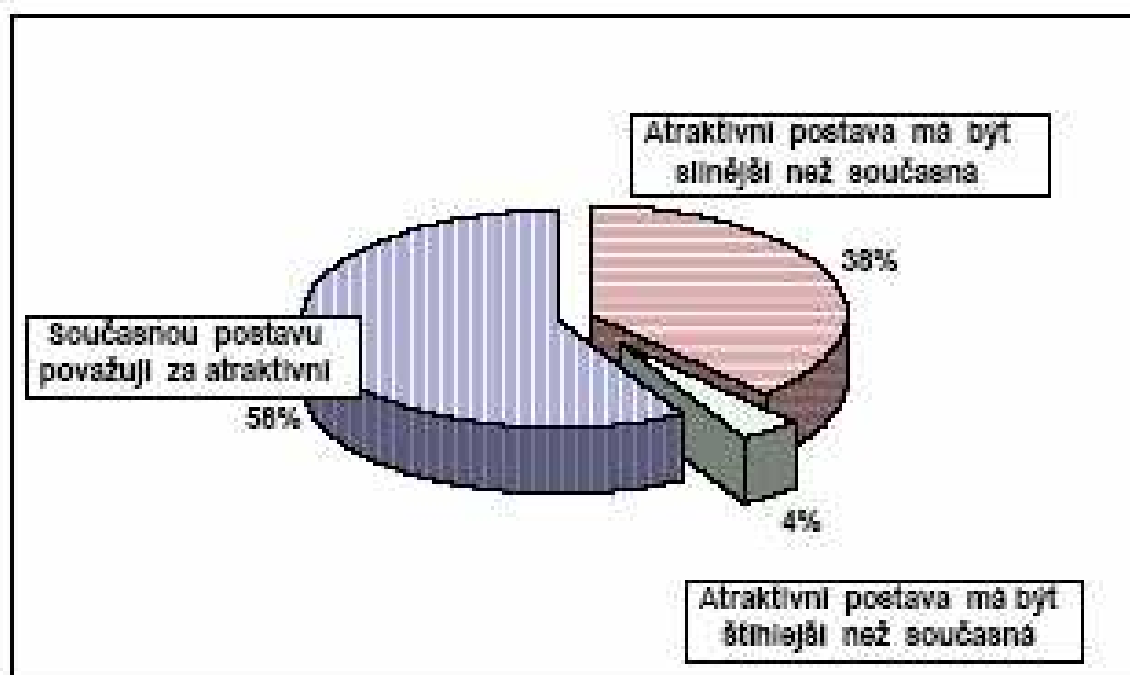


Tab. 25:

Rozdíl mezi současnou a atraktivní ženskou postavou



Rozdíl mezi současnou a atraktivní mužskou postavou



Ověřování čtvrté hypotézy (H4)

Byla potvrzena statistická významnost hypotézy o tom, že ženy považují ideální ženskou postavu za štíhlejší než je jejich současná postava. Viz. tab. 26.

tabulka 26

Statistická významnost mezi současnou a ideální postavou u žen

	Figura současná		Figura ideální		t - test
	průměr	směr. odch.	Průměr	směr. odch.	
ŽENY	3,06	0,62	2,56	0,38	4,89

Ověřování páté hypotézy (H5)

Statistická významnost hypotézy H5 nebyla potvrzena. Tendence zesílit (ideální postava silnější než současná) se u mužů neprokázala jako statisticky významná. Viz. tabulka 27.

tabulka 27

Statistická významnost mezi současnou a ideální postavou u mužů

	Figura současná		Figura ideální		t - test
	průměr	směr. odch.	Průměr	směr. odch.	
MUŽI	3,43	0,57	3,57	0,45	1,42

t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

Ověřování šesté hypotézy (H6)

Statistická významnost hypotézy H6 byla potvrzena. Ženy statisticky významně považují za atraktivní ženskou postavu štíhlejší figuru, zatímco muži považují za atraktivní ženskou postavu silnější figuru. Viz. tabulka č. 28.

tabulka 28

Statistická významnost atraktivní figury ženského pohlaví volené ženami a muži

	ŽENY (n = 50)		MUŽI (n = 50)		
	průměr	směr. odch.	průměr	směr. odch.	
Figura ženská atraktivní dle volby žen	2,39	0,36	X	X	t- test
Figura ženská atraktivní dle volby mužů	X	X	3,65	0,45	9,5

t - test testovací postup pro zjišťování statisticky významného rozdílu mezi aritmetickými průměry. $p < 0.05$

Statistická významnost je vyznačena tučným číslem.

15. Diskuse

V teoretické části mé diplomové práce jsem se pokusila popsat a shrnout jednotlivé názory a pohledy týkající se tělesnosti a dále zpracovat problematiku s tím související - oblast poruch příjmu potravy. Tato oblast je dnes již tak široká, že se mi zdaleka nepodařilo zpracovat vše. Velmi mně zajímá např. psychoterapie poruch příjmu potravy a to zejména metodami orientovanými na tělo (Body-oriented therapy), jež mají podle mého názoru velkou budoucnost při léčbě těchto poruch a kterým bych se chtěla v budoucnu věnovat. Tato oblast by si ale vyžádala samostatné pojednání.

Znalosti z prostudovaných odborných publikací a článků jsem doplnila konzultacemi s některými odborníky, specializujícími se na tuto problematiku. To vše položilo základ k mé práci.

Ve výzkumné části jsem se zabývala vzájemným srovnáním mužů a žen ve vztahu k této problematice. Z literatury i z osobní zkušenosti vím, že muži nejsou tak silně jako ženy orientováni na diety, starosti o váhu a postavu a že na tvaru postavy nezávisí jejich sebehodnocení. Chtěla jsem si tento poznatek ověřit experimentálně. Východiskem mi byly studie prováděné jak u nás, tak ve světě. Byly to především výzkumy prováděné naším předním odborníkem na tuto problematiku PhDr. F. D. Krchem, s kterým jsem svou práci konzultovala a dále studie autorů A. F. Fallona a P. Rozina, týkající se percepce tělesného schématu mužů a žen.

Výzkumný soubor tvořili studenti /n=50/ a studentky /n=50/ UP v Olomouci studující fakulty Filozofickou, Přírodovědeckou a Lékařskou. Domnívám se, že pro účely mé diplomové práce byla velikost zkoumaného vzorku dostačující. Jak jsem již uvedla, chtěla jsem ještě přidat vzorek dívek s diagnózou poruchy příjmu potravy (s mentální anorexií či mentální bulimií). Jimi vyplněné dotazníky jsem získala, nakonec jsem je nepoužila, protože byly naprosto "vzorově" vyplněné. Tento jev si vysvětluji tím, že tyto dívky vědí, jak mají "správně" odpovídat a tak také činí navzdory tomu, že nejsou přesvědčeny o tom, že by se jim líbila plnější postava, že by měly přibrat, více jíst atd. Není to nic neobvyklého, tendence ke zkreslování skutečnosti patří k základním

příznakům mentální anorexie. Možná jsou také jiná vysvětlení, např. že jsem narazila na skupinu dívek úspěšně léčených.

S výzkumem jsem měla problémy především u žen, které se nechtěly svěřovat z důvodu pro ně nedostatečné anonymity. Některé odmítly dotazník vyplnit. Muži naopak vyplňovali dotazník bez obtíží. Důvodem je zřejmě větší senzitivita žen k této problematice.

Výsledky mé studie, jež jsou uvedeny v empirické části diplomové práce mi umožňují potvrdit hypotézu H1, H2, H3, H4 a H6. Nepotvrdila se hypotéza H5.

Stejně jako ve studii Krcha a Drábkové (1996) se potvrdil větší výskyt problémů s potravou, dietním chováním a tělem u žen než u mužů. Na rozdíl od této studie se však v mém výzkumu v dotazníku EDI potvrdil u žen signifikantně faktor bulimie. Uvedená studie byla provedena z velké části na souboru středoškoláků, zatímco můj výzkum byl realizován na vzorku vysokoškoláků. U vysokoškolské studentské populace se často vyskytuje tzv. situační bulimie, která nemá vážné následky. Tím je možno tento odlišný výsledek vysvětlit. Výsledky dotazníku týkajícího se tělesného schématu (schéma postav) vyšly v hlavních rysech ve shodě s výsledky studie A. E. Fallona a P. Rozina, kromě tendence mužů zesílit. Tato hypotéza se v mé studii nepotvrdila, což bylo pravděpodobně způsobeno rozsahem výběru. Předpokládám, že u rozsáhlejšího souboru by statistická významnost této hypotézy byla signifikantní. Potvrdila se tendence žen hubnout, považovat své tělo za silnější než skutečně je a ideál vidět v postavě mnohem štíhlejší než jak ideál ženského těla vidí muži. Z výzkumu vyplývá, že současná, ideální a atraktivní mužská postava jsou pro muže téměř identické a že mužská volba atraktivní mužské postavy je téměř shodná s ženskou volbou. U žen je tomu naopak. Předpokládají, že jejich současná postava je silnější než ideální a atraktivní a chybně věří, že muži upřednostňují právě tyto štíhlejší postavy. Tato skutečnost pravděpodobně nejvíce vede k ženské nespokojenosti se svým tělem. Pochyby o správném tvaru svého těla způsobuje u žen také tlak různých reklam, ve kterých převážně vystupují štíhlé ženy. Štíhlost je spojována se zdravím, úspěchem, krásou, přitažlivostí. Diety se pro ženy staly populární formou sebekontroly.

Je varující, že spousta žen trpí obavami ze svého těla, strachem z obezity apod. Řešení tohoto stavu vidím v zesílení boje s ideálem štíhlosti např. větším množstvím pořadů s preventivním zaměřením a zlepšením informovanosti o této problematice, o rizicích přílišného dietování atd. Je nutné působit preventivně už na základních školách, vést mladé dívky k tomu, že krása neznamena ideální rozměry postavy, ale že často tkví především v kráse duše. Tady je obrovská úloha pedagogů a psychologů, kteří by měli šířit informace o této problematice a vracet pomalu měřítko krásy do přirozených kolejí.

16. Závěr

Výsledky použitých metod svědčí pro poruchu tělesného schématu u žen. Na základě získaných údajů lze považovat za charakteristické:

Ženy mají významně více problémů s přijímáním potravy a dietním chováním než muži. Rozdíly mezi skupinou žen a mužů zjišťované dotazníkem EDI jsou statisticky významné. Rozdíly v průměrném celkovém skóre dotazníku EAT skupiny žen a mužů jsou statisticky významné. Kritickou hranici dvacet bodů překročily 2 ženy.

Ženy jsou v průměru štíhlejší než muži a přejí si ještě zhubnout. Rozdíl mezi skutečnou a ideální tělesnou hmotností byl s ohledem na pohlaví respondentů statisticky významný.

Muži jsou se svým tělem spokojenější než ženy. Rozdíl mezi figurou současnou a ideální u žen a figurou současnou a ideální u mužů je signifikantní. Toto bylo potvrzeno také srovnáním rozdílu mezi současným a atraktivním schématem žen a mužů.

Ženy považují ideální ženskou postavu za štíhlejší než je jejich současná postava. Nepotvrdilo se, že muži mají spíše tendenci zesílit.

Ženy statisticky významně považují za atraktivní ženskou postavu štíhlejší figuru, zatímco muži považují za atraktivní ženskou postavu silnější figuru.

17. Souhrn

Diplomová práce v teoretické části pojednává o problematice těla a tělesnosti a o obecné problematice poruch příjmu potravy.

Úvodem je vymezena historie lidského snažení týkající se touhy po štíhlosti a problematika pojetí těla. Koncepte tělesnosti tvoří dvě navzájem kolmé roviny. Jednu tvoří souvislé kontinuum, jehož krajní póly reprezentují na jedné straně biologicky orientované názory, pojímající tělo jako organismus. Na druhé straně kontinua pak stojí teorie, které zdůrazňují sociální a kulturní determinovanost lidského těla. Druhou rovinu tvoří póly tělo jako subjekt (tělo já, personální tělo) a tělo jako objekt (tělo ono, tělo věc). I když se v současnosti prosazuje pojetí těla jako komplexního fenoménu, stále ještě převažuje somatické pojetí těla.

Z lékařského hlediska je tělo pojímáno jako soubor orgánů a orgánových soustav. Psychologické pojetí těla je zakotveno dvojitým vztahem. Za prvé je to *já jako činitel-hodnotící*, rozhodující, za druhé je to *já jako obraz sebe* (sebepojetí). Sebepojetí vzniká v procesu socializace jedince. Základ tohoto sebepojetí tvoří tělesné schéma. Podstatou tohoto schématu je vědomí těla jako strukturované a propojené soustavy orgánů a funkcí. Pro obranu sebepojetí často dochází k řešení problémů, stresů a konfliktů formou závažné nemoci, bolesti nebo obranným zkreslením skutečnosti. Filozofické pojetí vymezuje mnoho hledisek, dle Filozofického slovníku W. Bruggera je tělo oduševnělé těleso člověka a zvířete. Lidské tělo je základnou pro duši člověka, je jejím výrazovým polem a zvláštním předmětem prožívání. Veškerá činnost smyslové duše je vnitřně vázána na tělesné pochody. Psychosomatika chápe tělo a mysl jako navzájem spojené systémy, které se velmi významně ovlivňují. Základní teoretická východiska psychosomatiky tvoří psychoanalytická teorie, teorie stresu a kortikoviscerální teorie.

Tělo je vnímáno rozdílně v závislosti na pohlaví příslušné osoby. Ženské tělo je tradičně důležitější, tělesné proporce hrají jinou roli v životě muže a ženy. Již dvanáctileté dívky jsou úzkostnější ve vztahu ke svému tělu, mají více negativních sebedředstav a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou než chlapci. Na mladé dívky

působí mnohem více změny, které prodělávají v pubertě. Je to rychlý vývin sekundárních pohlavních znaků s ukládáním tukového polštáře v krajině boků, hýždí a prsou, který provokuje snáze jejich strach z tloušťky a který může vést až k poruše příjmu potravy. Velkou úlohu hrají také média. Ta sdělují jednoznačně: jste tím, jak vypadáte. Pro většinu dívek je ideálem chlapecká postava s velmi úzkými boky a malým poprsím. Vysoká estetická a sociální hodnota štíhlosti a předsudky spojené s tloušťkou nutí ženy, aby hladověly a držely diety. Pro ženy je na rozdíl od mužů tělesná hmotnost významným kritériem sebehodnocení. Muži naopak nadváhu nepociťují jako sociální problém, ani jako výraznější zdravotní nebezpečí.

Mentální anorexii poprvé popsal Francouz Laseque roku 1873. Až později byla popsána mentální bulimie a termín bulimia nervosa prosadil roku 1979 anglický psychiatr G. Russell. V této době také vznikají první specializovaná zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy. Anorexie i bulimie jsou diagnosticky vymezeny jako samostatné jednotky, ale dělící čára mezi nimi není zcela zřetelná. Klinický obraz mentální anorexie je pestrý. Typické je extrémní zaujetí postavou, váhou, jídlem. Je charakterizována formami jednání, které jsou cíleny na snížení tělesné hmotnosti. Diagnostická kritéria vymezuje ICD-10, mentální anorexie má kód F50.0. Pro nemocné s chorobným syndromem bulimie je charakteristická rychlá konzumace velkého množství jídla, neschopnost vůlí jedení zastavit a opakované pokusy snížit hmotnost pomocí drastických diet, zvracením, užíváním projímadel atd. V ICD-10 má kód F50.2.

Základní somatické změny u mentální anorexie jsou extrémní vyhubnutí, amenorhea, hypotonie, suchá, vrásčitá pokožka, vypadávání vlasů, defektní chrup. Tělesná teplota, tep a krevní tlak bývají sníženy, nemocný nesnáší chlad. U mentální bulimie jsou somatické příznaky obdobné jako u pacientů s mentální anorexií, navíc se vyskytuje akutní dilatace žaludku a nápadné kolísání tělesné hmotnosti. Pro osoby trpící poruchou příjmu potravy je typické porušené vnímání vlastního těla. Oceňují sebe sama především podle hmotnosti a postavy. Je pro ně typická nespokojenost s tvarem vlastní postavy a tendence přehánět rozměry své postavy. Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za nemoc populace mladých dívek a žen, u mužů se vyskytují velmi málo. Příčinou tohoto stavu jsou hlavně faktory sociokulturní s hodnotami zaměřenými na štíhlost, zdraví a úspěšnost, akcentující sebekontrolu, sebeovládání a osobní aktivitu.

Tyto faktory působí více na psychiku žen. Dále jsou to fyziologické somatické změny, které začínají v době puberty a které se u žen projevují nápadněji a výrazněji než u mužů a mohou tak snáze vyvolat dojem, že tloustnou.

Příčiny mentální anorexie a bulimie jsou multifaktoriální, pátrat po jednoduché příčině může být zavádějící. Vymezují se jednak individuální predisponující faktory - biologická etiopatogeneze, charakteristické rysy osobnosti s poruchou příjmu potravy, dále rodinné predisponující faktory a sociokulturní vlivy. Teorie biologické etiopatogeneze často vymezují mentální anorexii jako funkční poruchu hypotalamu. Osobnost s poruchou příjmu potravy je popisována jako úzkostná, ctižádostivá, se silným strachem ze ztráty kontroly nad regulací své hmotnosti. Dále se uvádí výskyt emoční lability, lhavost, sklon k podvodům, egocentrismus, nespolehlivost. Osobnost je podle některých teorií narušena již v dětství. Rodina pacientů s jídelními poruchami se jeví jako nadměrně ochraňující, rigidní, bez schopnosti vyjadřovat své emoce a konflikty. Často je charakterizována typicky západní hodnotovou orientací, zaměřenou na úspěch, výkon a prestiž. K tomuto životnímu stylu se pojí péče o tělo, jehož vzhled a fungování je dnes vysoce ceněno. Tělo je viděno jako pudový nepřítel, kterého je nutné ovládat, omezovat a kultivovat. Matky pozdějších anorektických pacientů jsou v péči o dítě velmi svědomité, v péči o ně se však řídí svými představami o tom, co dítě potřebuje, namísto signálů, které jim poskytuje dítě. Důsledkem toho je chybějící prožitek vlastní identity a pocit vlastní neúčinnosti. Z tohoto hlediska se projevy anorexie jeví jako zoufalý pokus přehnaně přizpůsobivého dítěte získat vládu nad svým tělem svou vlastní identitu. Mezi sociokulturní vlivy patří oblast společenských mýtů. Ty tvrdí, že štíhlost je ctnost, vyhublost krása, dieta znak sebekontroly a silné vůle. V posledních několika desetiletích se zformovala určitá představa, která ve spojení s dalšími skutečnostmi (móda, změna životního stylu apod.) vedla k vytvoření určitého sociálního a kulturního ideálu, mýtu zdraví, krásy a úspěchu, který se stal nekriticky přijímanou normou a vzorem pro západní společnost. Masové sdělovací prostředky začaly vykreslovat krásné a úspěšné protagonisty jako štíhlé lidi. Štíhlost začala být spojována se sebekontrolou a úspěchem. Jako další ze sociokulturních vlivů je uváděna reakce na sociální krizi. Podle ní se s rostoucí devastací životního prostředí, energetickou krizí a působením dalších negativních faktorů u lidí stále prohlubuje "nálada brzkého zániku

světa", která podporuje únik do toxikomanie a jiných psychických poruch. Z dalších faktorů se uvádí idealizace štíhlosti, která v současnosti překročila všechny rozumné meze. V módním světě jsou dnes vyhledávány vyhublé dětsky vypadající modelky. Kandidátky na titul Miss jsou čím dál tím vyšší a štíhlejší. Z dietního průmyslu se prostřednictvím reklam stal celosvětový byznys s miliardovými zisky. Reklama sděluje ženám jednoznačně: úspěch a štěstí zažijete jen tehdy, pokud budete štíhlé...

Frekvence mentální anorexie i bulimie stále vzrůstá. Psychogenní poruchy příjmu potravy patří mezi prvořadá a módní témata světové psychiatrie. Ačkoli ještě nedosáhly rozsahu předpokládané epidemie, postihují značnou část žen. Česká republika dohání vyspělé evropské země co do četnosti nových případů poruch příjmu potravy, ale zaostává v oblasti léčebné péče a především preventivního působení. V oblasti primární prevence se ukazuje, že jedním z nejvýznamnějších pozitivně působících faktorů mohou být komplexně a rozvážně koncipované programy redukce nadváhy a osvětové aktivity v oblasti tzv. zdravé výživy. Nepřiměřená dramatizace nadváhy a jednostranné dietní programy nabízející její redukci naopak výrazně zvyšují riziko poruch příjmu potravy.

Hlavním cílem empirické části bylo ověření hypotéz o vyšším výskytu problémů s potravou a postavou u žen než u mužů a o rozdílném vnímání těla u žen a mužů. Výzkumný soubor tvoří studenti UP v Olomouci, 50 žen a 50 mužů. Výzkumnou metodou byl dotazník EAT 26, EDI a schéma postav dle studie A. E. Fallona a P. Rozina (1986). EAT 26 - Eating Attitudes Test je sestaven pro zachycení relativně hrubého rozsahu symptomů, chování a postojů typických pro poruchy příjmu potravy. EDI - Eating Disorder Inventory je běžně používaným dotazníkem k posouzení a kvantifikaci kognitivních a osobnostních rysů příznačných pro poruchy příjmu potravy hodnocených v osmi základních škálách. Tento dotazník se nejčastěji používá k srovnání narušených jídelních postojů u různých populačních skupin. U metody "Schéma postav" respondenti určují na škále postav nejprve vlastního pohlaví svou postavu současnou, pak ideální a atraktivní. Na škále postav opačného pohlaví určují postavu pro ně nejvíc atraktivní.

Výsledky mé studie jsou v souladu s publikovanými studiemi. Ukázalo se, že ženy mají významně více problémů s přijímáním potravy, dietním chováním než muži. Ženy

jsou v průměru štíhlejší než muži a na rozdíl od nich si přejí zhubnout. Muži jsou se svým tělem spokojenější než ženy. Ženy považují ideální ženskou postavu za štíhlejší než je jejich současná postava. Dále ženy považují za atraktivní ženskou postavu štíhlejší ženskou postavu než muži. Nepotvrdila se tendenci mužů zesílit. Důvodem zřejmě byl rozsah souboru. Získaná data ukazují na zásadní rozdíly mezi skupinami žen a mužů v postojích k jídlu a ke svému tělu.

LITERATURA

- Anzenbacher, A.* : Úvod do filozofie. Praha, SPN 1991.
- Atkinsonová, R.L. a kol.* : Psychologie. Praha, Victoria Publishing 1995.
- Balcar, K.* : Úvod do studia psychologie osobnosti. Chrudim, Mach 1991.
- Baštecký, J. a kol.* : Psychosomatická medicína. Praha, Grada Avicenum 1993.
- Bovey, S.* : Zakázané tělo. Olomouc, Votobia 1995.
- Brugger, W.* : Filosofický slovník. Praha, Naše vojsko 1994.
- Březáková, A. - Březáková, J.* : Tělo, bolest a nemoc. Čs.psychologie 40, 1996, str. 522-528.
- Cooper, P.J.* : Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc, Votobia 1995.
- Crook, M.* : V zajetí image těla. Ostrava, OLDAG 1995.
- Dixonová, M.* : Miluj tělo, s nímž ses narodila. Praha, Práh 1997.
- Fallon, A. E. - Rozin, P.* : Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. Journal of Abnormal Psychology 94, 1985, str. 102-105.
- Faltus, F.* : O vzniku a výskytu mentální anorexie u mužů. Čs. psychiatrie 73, 1977, str. 110 - 115.
- Faltus, F.* : Řekni mi, co jíš. Praha, Avicenum 1977.
- Faltus, F.* : Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba. Praha, Avicenum 1979.
- Faltus, F.* : Pokus o stanovení prognostických kritérií u mentální anorexie. Čs. psychiatrie 75, 1979, str. 334 - 338.
- Faltus, F.* : První zkušenosti s jednotkou specializované péče pro mentální anorexie. Čs. psychiatrie 81, 1985, str. 374 - 380.
- Faltus, F. - Janečková, E. - Papežová, H.* : Intenzivní psychiatrická péče o nemocné s psychogenními poruchami příjmu potravy. Čs. psychiatrie 88, 1992, str. 91 - 96.
- Faltus, F. - Hainer, V.* : Anorektika v léčbě poruch příjmu potravy. Čs. psychiatrie 91, 1995, str. 291- 297.
- Garner, D. M. - Garfingel, P. E.* : The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine 9, 1979, str. 273 - 279.

- Garner, D. M. - Olmsted, M. - Polivy, J.:* Manual for Eating Disorder Inventory (EDI). Toronto, Psychological Assessment Resources, 1983.
- Garner, D. M. a kol. :* Psychoedukační principy v léčbě bulimie a mentální anorexie. In Garner, D. M. - Garfingel, P. E. : Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York, The Guilford Press 1985, 21. kapitola. Překlad.
- Goleman, D. :* Emoční inteligence. Praha, Columbus, 1997.
- Grebeníčková, R. :* Tělo a tělesnost v novověkém myšlení. Praha, Prostor 1997.
- Hajný, M. :* Bulimie a drogová závislost. Konfrontace 28, 1997, str. 7 - 10.
- Hartl, P. :* Psychologický slovník. Praha, Budka 1993.
- Helus, Z. :* Psychologické problémy socializace osobnosti. Praha, SPN 1973.
- Hertlová, M. - Lata, J. - Vodička, J. - Štaudová, M. :* Mentální anorexie - pohled internisty. Časopis lékařů českých 133, 1994, str. 759 - 761.
- Homola, M. :* Úvod do studia psychologie. Olomouc, FF UP, 1990.
- Homola, M. :* Dějiny psychologie. Olomouc, FF UP, 1992.
- Hort, V. :* Mentální anorexie - její realita a problémy. Čs. psychiatrie 87, 1991, str. 202 - 203.
- Channon, S. - Wardle, J. :* Poruchy příjmu potravy. In Scott, J. - Williams, J.M.G.: Cognitive Therapy in Clinical Practise. London, Routledge 1989, str. 127 - 156. Překlad.
- Chvála, V. - Trapková, L. :* O spících mužích a nenasytných ženách aneb o anorexii. In Růžička, J. : Psychoterapie IV. - sborník přednášek. Praha, Triton 1995.
- Jak vypadá nový ideál ženské krásy ?* Story 51, 1996, str. 34 - 35.
- Ježková, M. :* Anorexie a bulimie. Zdraví 42, 1994, str. 23.
- Kadlecová, B. :* Etiopatogeneze, klinický obraz a terapie mentální anorexie v dětství a dospívání. Čs. psychiatrie 88, 1992, str. 154 - 157.
- Kocourková, J. :* Přínos psychoanalytického myšlení pro diagnostiku a terapii mentální anorexie v adolescenci. Čs. psychiatrie 88, 1992, str. 48 - 50.
- Kocourková, J. - Hort, V. :* Psychodynamika a psychoterapeutická východiska u mentální anorexie v adolescenci. Čs. psychiatrie 91, 1995, str. 50 - 56.
- Kocourková, J. - Koutek, J. :* Psychoterapeutická skupinová práce s rodiči adolescentních pacientek s mentální anorexií. Čs. psychologie 37, 1993, str. 556 - 558.

- Kocourková, J. - Koutek, J. : Mentální anorexie a mentální bulimie u chlapců. Čs. pediatrie 50, 1995, str. 731 - 734.*
- Kocourková, J. : Mentální anorexie se zaměřením na ranný začátek onemocnění. Čs. psychologie 40, 1996, str. 62 - 68.*
- Kocourková, J. : Psychoterapie a psychogenní poruchy příjmu potravy. Čs. psychologie 41, 1997, str. 174 -177.*
- Komenda, S. : Úvod do metodologie zdravotnického výzkumu. Olomouc, Vydavatelství UP 1996.*
- Koutek, J. : Hubnout se dá až k smrti. Vital 3, 1996, str. 10.*
- Krch, F. D. - Faltus, F. : Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. Čs. psychiatrie 84, 1988, str. 384 - 391.*
- Krch, F. D. : Organizace svépomocné péče pro nemocné trpící psychogenními poruchami příjmu potravy. Čs. psychiatrie 87, 1991, str. 86 - 91.*
- Krch, F.D. : Bulimia nervosa - léčebné možnosti s důrazem na kognitivně behaviorální terapii. Čs. psychiatrie 89, 1993, str. 66 -70.*
- Krch, F.D. - Málková, I. : SOS nadváha. Praha, Granit s. r. o. 1993.*
- Krch, F. D. : Aktuální problematika psychogenních poruch příjmu potravy v České republice. Medica revue 4, 1994, str. 33 - 35.*
- Krch, F. D. : Prevence psychogenních poruch příjmu potravy. Čs. psychiatrie 90, 1994, str. 213 - 215.*
- Krch, F. D. : Psychoterapie psychogenních poruch příjmu potravy se zaměřením na kognitivně behaviorální terapii. In Skála, J. - Růžička, J. : Psychoterapie III. - sborník přednášek. Praha, Triton 1994.*
- Krch, F. D. : Problematika psychogenních poruch příjmu potravy. Praktický lékař 75, 1995, str. 87 - 88.*
- Krch, F. D. : Zasedání Evropské rady pro poruchy příjmu potravy. (Praha, 22. - 23. 10. 1993). Praktický lékař 74, 1994, str. 92 - 93.*
- Krch, F. D. - Drábková, H. : Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. Čs. psychiatrie 92, 1996, str. 237 - 247.*

- Krch, F. D. - Drábková, H. - Rathner, G. :* Vztah mezi nadváhou, psychickými obtížemi a závislostí na alkoholu v obecné populaci. *Čs. psychologie* 41, 1997, str. 39 - 48.
- Langmeier, J. - Balcar, K. - Špitz, J. :* Dětská psychoterapie. Praha, Avicenum 1989.
- Leibold, G. :* Mentální anorexie. Praha, Svoboda 1995.
- Maloney, M. - Kranzová, R. :* O poruchách příjmu potravy. Praha, NLN 1997.
- Mehler, P.S. :* Poruchy příjmu potravy - 1. mentální anorexie. *Hospital Practise* 15, 1996, str. 107 - 126. Překlad.
- Mehler, P.S. :* Poruchy příjmu potravy - 2. mentální bulimie. *Hospital Practise* 16, 1996, str. 107 - 126. Překlad.
- Mezinárodní klasifikace nemocí . 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha, Psychiatrické centrum 1992.*
- Mohapl, P. :* Vybrané kapitoly z klinické psychologie. Olomouc, FF UP, 1991.
- Mohapl, P. :* Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc, FF UP, 1992.
- Nakonečný, M. :* Lexikon psychologie. Praha, Vodnář 1995.
- Nakonečný, M. :* Psychologie osobnosti. Praha, Academia 1995.
- Niňajová, S. - Tichá, L. - Birčák, J.:* Vplyv rodinného prostredia na rozvoj mentálnej anorexie u dětí a adolescentov. *Československá pediatrie* 49, 1994, str. 48.
- Osecká, L. :* Rozdíly ve struktuře osobnosti hochů a dívek. *Psych. a patopsych. dítěťa* 18, 1983, str. 437 - 447.
- Paclt, I. :* Mentální anorexie u chlapců. *Čs. pediatrie* 45, 1990, str. 523 - 525.
- Pecová, V. :* Výzkum psychogenních poruch příjmu potravy u rizikových skupin. Diplomová práce. Olomouc, Filozofická fakulta, 1996.
- Procházka, V. :* Příruční slovník naučný - 4. díl. Praha, Academia 1967.
- Poněšický, J. :* Dynamika a struktura psychosomatických onemocnění. In Růžička, J. - Skála, J. : *Psychoterapie II. - sborník přednášek.* Praha, Triton 1997.
- Poněšický, J. :* Psychosomatické kazuistiky. In Růžička, J. - Skála, J. : *Psychoterapie III. - sborník přednášek.* Praha, Triton 1994.
- Rycroft, Ch. :* Kritický slovník psychoanalýzy. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1993.

Říčan, P. - Krejčířová, D. a kol. : Dětská klinická psychologie. Praha, Grada Publishing 1995.

Smolík, P. : ICD - 10, F5. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Poruchy příjmu jídla. Mentální anorexie. Statim 7, 1993, str. 21.

Smolík, P. : ICD - 10, F5. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Poruchy příjmu jídla. Přejídání a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Statim 2, 1994, str. 18.

Störig, H.J. : Malé dějiny filozofie. Praha, Zvon 1993.

Štaifová, A. - Sucharda, P. : Index tělesné hmotnosti BMI. Praha, Národní centrum podpory zdraví, 1991. (Propagační materiál k programu " Linie = zdraví + krása ").

Štědrá, M. : Pokřivený obraz vlastního těla je sám o sobě nemocí. Zdravotnické noviny 44, 1995, Lékařské listy str. 9.

Vandereycken, W. - Norré, J. - Meerman, R. : Mentální bulimie - diagnostika a léčba. In Vandereycken, W. - Meerman, R. : Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer, 1991. Překlad.

Vaněk, D. - Raboch, J. - Faltus, F. : Sexuální vývoj, pohlavní zneužití a poruchy příjmu potravy. Praktický lékař 76, 1996, str. 249 - 250.

Vokurka, M. - Hugo, J. : Praktický slovník medicíny. Praha, Maxdorf, 1995.

Vymětal, J. : Základy lékařské psychologie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1994.

Zamarovský, V. : Bohové a hrdinové antických bájí. Praha, Máj 1982.