

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Aneta Vopálková

Body image a nespokojenost s vlastním tělem u klinické populace

Body image and dissatisfaction with own body with clinical population.

Praha, 2017

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce PhDr. Tamaře Hrachovinové za její odborné vedení, ochotný přístup a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a bratrovi za bezmeznou podporu, kterou mi poskytovala v průběhu celého studia a poskytuje stále.

.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.7.2017

.....
Aneta Vopálková

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá fenoménem negativní body image, čili nespokojeností s vlastním tělem u klinické populace. Teoretická část obsahuje poznatky o tělesném sebepojetí, přičemž se soustředí na biologické, psychologické, sociokulturní faktory, které ho významně ovlivňují. Souhra těchto rizikových faktorů často způsobuje nespokojenost s vlastním tělem, která může vyústit až v poruchu mentální anorexie, kterou popisují v dalším bodě této práce. Závěr teoretické části věnuje některým vybraným metodám měření tělesného sebepojetí. V empirické části je navržen výzkum, jehož cílem je zmapování rozdílů tělesného sebepojetí mezi muži a ženami, trpící mentální anorexií. Zaměřuje se na to, jaké jsou mezi nimi rozdíly v osobnostních charakteristikách, v sebehodnocení a ve frekvenci navštěvování sociálních sítí.

Klíčová slova:

tělesné sebepojetí, tělesná nespokojenost, negativní body image, mentální anorexie.

Abstrakt:

This bachelor thesis deals with the phenomenon of negative body image, or dissatisfaction with its own body in the clinical population. The theoretical part contains knowledge about physical self-concept, focusing on the biological, psychological, socio-cultural factors that influence it significantly. The interference of these risk factors often causes dissatisfaction with your own body, which can cause a mental anorexia disorder that I have described in the next part of this work. Conclusion of the theoretical parts devotes some selected methods of measuring body self-concept. In the empirical part, research is proposed to map the differences in physical self-conception between men and women suffering from mental anorexia. It focuses on differences in personality traits, self-esteem, and frequency of social networking.

Keywords:

Physical self-conception, bodily discontent, negative body image, anorexia nervosa.

Obsah

Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Klinická populace	10
1.1 Mentální anorexie.....	10
1.2 Příznaky mentální anorexie.....	11
2 Tělesné sebepojetí (Body image).....	13
2.1 Rizikové faktory.....	15
2.1.1 Biologické rizikové faktory	16
2.1.2 Psychologické rizikové faktory	17
2.1.3 Sociokulturní rizikové faktory	18
2.1.4 Rizikové faktory spojené se vztahy	20
3 Tělesná nespokojenost (Negativní body image).....	21
3.1 Tělesné sebepojetí ženy.....	22
3.2 Tělesné sebepojetí muže	23
4 Body image a mentální anorexie	25
4.1 Percepční zkreslení vlastního těla	25
4.2 Odhady velikosti těla.....	26
4.3 Muži versus ženy.....	27
5 Metody měření tělesné spokojenosti.....	28
5.1 Objektivní hodnocení proporcí těla.....	28
5.2 Měření percepční komponenty.....	29
5.3 Subjektivní hodnocení těla	29
5.3.1 Dotazníkové metody	30
5.3.2 Studie siluety.....	31
5.3.3 Rozhovor.....	32
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	33

1	Úvod.....	33
2	Výzkumný problém, cíle, a výzkumné otázky	34
2.1	Výzkumný problém.....	34
2.2	Cíle	34
2.3	Výzkumné otázky.....	35
3	Metodologie výzkumu	36
3.1	Výzkumný soubor	36
3.2	Metody	36
3.3	Administrace	39
3.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	40
4	Diskuze	41
5	Závěr	43
1	Seznam použité literatury	45

Seznam použitých zkratk:

ASI - Appearance Schemas Inventory

BIAQ - Body Image Avoidance Questionnaire

BMI - Body Mass Index

BSQ - The Body Shape Questionnaire

EDI - Eating Disorder Inventory

NEO-FFI - NEO Five-Factor Inventory

SIBID - Situational Inventory of body-Image Dysphoria

SLCS - The Self-Liking/Self Competence Scale

WHO - World Health Organization

Úvod

V moderním světě chybí pochopení pro jedinečnost a hodnotu každé jedinečné bytosti. Lidé chtějí být čím dál více štíhlejší, opálenější, mladší a nebojí se kvůli tomu podstupovat drastické chirurgické úpravy, úmorná cvičení nebo diety (Procházková & Ševčíková, 2017). To, jak člověk vypadá ovlivňuje celý jeho život a lidské tělo je jeho velmi důležitou součástí. Crook (1995) poukazuje na fakt, že spousta žen se snaží udržovat svá těla bez ohledu na svůj věk či na to, co již zakusila. Nespokojenost se svým tělem je problém, který se vyskytuje téměř po celém světě a nevyhýbá se nikomu. Negativní body image trpí lidé napříč všemi věkovými kategoriemi, kulturou, rasou nebo genderem. I když existují rizikovější skupiny, s negativním sebenazíráním může mít problém kdokoli.

Předkládaná práce se zabývá fenoménem negativní body image u klinické populace. První, teoretická část je věnována definici klinické populace, tj. mentální anorexii a jejím příznakům. Pozornost také zaměřuji na obecné vymezení tělesného sebepojetí, na rizikové faktory, které se podílejí na vzniku nespokojenosti s vlastním tělem, přičemž ovlivňují také vznik mentální anorexie. Rizikové faktory jsou rozdělené do čtyř skupin, podle cesty, kterými na lidi působí – biologické, psychologické, sociokulturní a na rizikové faktory spojené se vztahy. Hlavní pozornost ve své práci věnuji tělesné nespokojenosti a genderovými rozdíly v sebehodnocení u osob s diagnostikovanou mentální anorexií. Jelikož je téma tělesné nespokojenosti častým zkoumaným jevem, je i mnoho možností, jak jej měřit. Proto jsem svou poslední kapitolu teoretické části věnovala metodám měření tělesné spokojenosti. Snažím se popsat několik metod, které jsem shledala nejvhodnějšími vzhledem k účelu této práce. Mým cílem není podat vyčerpávající přehled dosavadních studií této problematiky, ale stručně shrnout nejdůležitější poznatky, pro pochopení problematiky negativní body image u populace s mentální anorexií, ze kterých pak vychází i návrh výzkumu.

V druhé, empirické části podávám návrh na výzkum rozdílů mezi ženami a muži, trpící mentální anorexií, v míře tělesné nespokojenosti, osobnostních charakteristikách a ve frekvenci sledování sociálních medií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická populace

Pro tuto práci jsem klinickou populaci pojala jako populaci s poruchami příjmu potravy. Ty byly roku 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhadem je na celém světě kolem osmi milionů lidí, kteří trpí nějakou formou poruch příjmu potravy (Procházková & Ševčíková, 2017).

Tato populace je charakteristická intenzivním úsilím o dosažení štíhlé postavy, vedoucí k omezování energetického příjmu a zvyšování energetického výdeje. Dále je typický strach z tloušťky a nadměrná pozornost jídlu, vlastnímu vzhledu a vlastní váze (Krch & Švédová, 2013). Postupem času si tito lidé vytvoří nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu, což je důsledkem dlouhodobého hladovění. Nemocní poruchami příjmu potravy si svou tělesnou váhu snižují nebo alespoň udržují na abnormálně nízké hmotnosti, což je po 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk. To u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI. Ke snížení dochází pomocí cvičení, vyhýbání se jídlům po kterých se „tloustne“, navozují si zvracení, užívají projímadla nebo jiné prostředky na hubnutí (Krch, 2010).

Jak píše František D. Krch (2002, str. 36): „*Strach má velké oči a je nenasytný.*“ Nemocní totiž velmi často pozorují své určité partie, a zkrlesně o nich usuzují. Říkáme tomu narušené vnímání svého vlastního těla.

1.1 Mentální anorexie

V této práci nebudu pracovat s celým spektrem poruchy příjmu potravy, ale pouze s mentální anorexií. Dle Navrátilové a kol. (2000) je pro mentální anorexiu charakteristické ubývání hmotnosti, které je úmyslně vyvoláno a udržováno. Důležitým jevem u této poruchy je přítomnost specifické patologie – obavy z tloušťky. Tato obava se vyznačuje ovládacími až nutkavými myšlenkami, které je nutí k nízké hmotnosti různými způsoby. Nejčastějšími způsoby jsou hladovění, vypuzování – zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, klyzmat (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

Krch (1999) anorexiu definoval jako poruchu, která je charakterizována úmyslným snižováním váhy. Lidé trpící anorexií odmítají jídlo, protože nechtějí, ne proto, že by neměli

hlad, a tak trpí nesnesitelným hladem (Crook, 1995). Dle Hagmana a kol. (2015) je mentální anorexie porucha příjmu potravy s vážnými psychickými a fyzickými následky. Patří k němu odmítnutí udržení hmotnosti, intenzivní strach z nabývání hmotnosti a poruchy ve vnímání tělesné velikosti nebo tvaru (Hagman, Gardner, Brown, Gralla, Fier, Frank, Gardner, a kol., 2015).

Mentální anorexie, patří mezi nejčastější a současně nejzávažnější problém dospívajících. Přibývá odborných prací, ale i bulvárních článků a osobních zpovědí nemocných. Skupina onemocněných je velmi různorodá, a i problém mentální anorexie se neustále vyvíjí (Krch & Švédová, 2013). Postihuje zejména dívky a mladé ženy, přičemž poměr mezi ženami a muži je nejčastěji 1:10 ve prospěch ženského pohlaví (Novák, 2010). Fakt, že riziko onemocnění anorexií u ženského pohlaví je desetkrát vyšší než u pohlaví mužského potvrzuje i Hoek (1993) se svými výzkumy. Anorexie u mužů je téměř vzácná, a proto vznikly domněnky, že tito muži jsou homosexuálně orientovaní nebo, že mají jinak sexuálně narušený život, avšak Stárková (2002) uvádí, že například mezi bulimickými pacienty je pouze 20 % mužů homosexuální orientace.

Incidence mentální anorexie od 60. do 90. let 20. století stoupla ze dvou onemocněných na 100 000 obyvatel téměř na šest až osm onemocněných na 100 000 obyvatel. Nejčastější začátek mentální anorexie bývá mezi 14.–15. a 17.–18. rokem (Koutek, 2011). Podle studie v časopise Pediatrics se už 40% dívek ve věku 9-10 let snaží vědomě zhubnout (Novák, 2010).

1.2 Příznaky mentální anorexie

Prvním příznakem mentální anorexie je změna jídelníčku. Nejprve vymizí jídla označovaná za energeticky příliš vydatná, popřípadě nezdravá. To znamená, že jako první vymizí sladkosti a tučná jídla. Později redukce přechází na bílé pečivo, knedlíky, maso, až nakonec zbydou dietní potraviny (Navrátilová a kol., 2000). Změnou prochází i jídelní režim. Nemocní nejedí, když není správný čas na jídlo. Přestává na něj být čas, přibývají výmluvy, podvody kolem jídla a když jedí, jsou značně napjatí. U stolu vyžadují nejmenší porce, velmi často svůj příděl porovnávají s ostatními a ověřují si, že mají opravdu nejméně. Jejich jídelní tempo se mění, jedí pomalu, jídlo si rozdělují na velmi malé kousíčky, jsou vybíraví. Některá jídla jim přestávají chutnat, protože se mění i jejich chuť. Často se tedy vyskytuje nadměrné solení, pití kávy, nadměrné pití vody, časté žvýkání žvýkaček nebo uždibování jídel či kouření

(Krch, 2010). Aktivita lidí s mentální anorexií se zvyšuje, snaží se vydávat co nejvíce energie, běhají, chodí, skáčou, často nosí neprodyšné oblečení, aby shodili co nejvíce váhy. S postupem času, jak jejich váha klesá, začíná se projevovat únava, apatie, vyčerpanost. I přes úspěšnou redukci váhy, pozorování své postavy a hmotnosti je pořád vyšší. Neustále se váží, poměřují v zrcadle, nosí těsné oblečení, nebo naopak nosí hodně volné oblečení, aby zakryli svou postavu. Dle Františka D. Krcha (2002) je počáteční hubnutí spojeno se vzrůstem sebevědomí a vzrůstem nálady. První období je charakteristické velkou společenskou i fyzickou aktivitou. Později však toto období přechází do období zaměřené pozornosti na sebe, svůj vzhled a jídlo. Nemocní lidé se postupně začínají vyhýbat svým přátelům, rodině, společnosti a uzavírají se do sebe. Zhoršuje se jim nálada, cítí se podráždění a přecitlivělí a skrze onemocnění si pak uspokojují své citové potřeby. Jsou přesvědčeni, že šťastní a spokojení budou pouze tehdy, když budou velmi štíhlí (Crook, 1995). Mentální anorexie nemá jen dopady na psychickou stránku, ale také na fyzickou. Ze zdravotních potíží se může projevit zácpa, zimomřivost, u žen porucha menstruačního cyklu (Krch, 2010).

Příznaky nemoci jsou mezi muži a ženami prakticky stejné. U obou se vyskytuje úbytek váhy, intenzivní zabývání se vlastním tělem, odmítání jídla, případně přehnaná fyzická aktivita. (Striegel-Moore, Garvin, Dohm, Rosenheck, 1999). Crisp s Toms (1972) uvádí, že muži mají horší prognózu než ženy. Bohužel u nás vzhledem k malému počtu hospitalizovaných mužů nemůžeme přímo srovnat úspěšnosti léčby v závislosti na pohlaví.

Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí).

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností, kdy BMI činí 17,5 nebo méně.
2. Snížení a nízkou váhu si pacient způsobuje sám.
3. Je přítomna specifická psychopatologie, strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitárně-gonádovou osu, která se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu.
5. Jestliže je počátek onemocnění před pubertou, pak jsou pubertální projevy opožděny a zastaveny.

Pokud je stanovena diagnóza mentální anorexie, měla by být všechna výše popisovaná kritéria všechna zastoupena. Pokud chybí jeden nebo více projevů, ale jinak je klinický obraz téměř typický, hovoříme o atypické mentální anorexii potravy (Baraníková, Nesrstová, 2005).

2 Tělesné sebepojetí (Body image)

Moderní západní společnosti jsou charakterizovány procesy individualizace, které jsou doprovázeny rostoucím podvědomím o vlastním těle (Mrazek, Fialová, Rossiyskaya, Bykhovskaya, 2004).

Tělo je považováno za jednu z nejdůležitějších částí celkového sebepojetí. Veřejností je prezentováno jako symbol úspěchu a stalo se produktem i objektem, do kterého musí být investováno (Fialová, 2001). Zvyšuje se počet osob, kteří vynakládají velké částky na zdravotní, sportovní a jiné fyzické aktivity, taktéž na kosmetiku nebo estetickou chirurgii (Mrazek, kol. 2004). Obrázek těla je vícerozměrný, subjektivní a dynamický koncept, který zahrnuje vnímání, myšlenky a pocity člověka. Obraz těla se neomezuje pouze na jeho estetickou stránku, ale také na jeho zdravotní stav, dovednosti a sexualitu. Neodráží pouze biologickou dotaci jedince, ale i zpětnou vazbu získanou od významných dalších (Neagu, 2015).

Je mnoho autorů, kteří se tělesným sebepojetím zabývají, ač každý trochu z jiné stránky. Pro přehled uvádím několik definic, se kterými tito odborníci pracují. Schilder (1999) definoval body image jako obraz našeho vlastního těla, který si vytváříme v naší mysli, tedy způsob, jakým se nám tělo jeví. Fisher (2014) popisuje tělesné sebepojetí jako systém, který můžeme chápat jako souhrn názorů o rozměrech těla a emocí, jež jsou s rozměry a jejich podobou propojeny. Podle Fialové (2007) je body image postojem k vlastnímu tělu, který máme na základě obrazu vlastního těla, vzhledu a jeho funkčnosti. Stackeová (2007) uvádí, že tělesné sebepojetí jsou všechny mentální reprezentace jedince, které se vážou k jeho vlastnímu tělu.

Tělesné sebepojetí je možné rozdělit na tři komponenty, kognitivní, emocionální a konativní (Fialová, 2010).

- **Kognitivní složka** zahrnuje představu o rozměrech těla, jeho částí a jejich poměru mezi sebou.
- **Emocionální složka** zahrnuje vztah k tělesným částem a celkově ke svému tělu. Je komplikovaná a je formována různými vlivy.
- **Konativní složkou** rozumíme veškeré aktivity, které nám dopomáhají ke změně těla. Můžeme sem zahrnout držení různých diet, cvičení, estetické zákroky (Stackeová, 2007).

Fialová (2001) tento koncept doplňuje ještě třemi základními složkami tělesného sebezpojetí, za které považuje zdraví, vzhled a zdatnost.

Vzhled – to, jak člověk vypadá a jak sebe sám hodnotí má výrazný vliv na celkové sebezpojetí. Snaha o zdokonalení svého tělesného vzhledu může být motivací pro spoustu aktivit jako zdravý způsob života, větší množství pohybu, jiné stravovací návyky nebo podstoupení zkrášlovacích procedur. Péče o krásu je dnes součástí kultury.

Zdraví – je dle nové definice WHO (Světové Zdravotnické Organizace) relativně optimální stav tělesné, duševní, a sociální pohody, při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí (Baštecká, 2001). Zdraví dle Fialové (2001) můžeme rozdělit na objektivní, subjektivní a zdraví tělesné a duševní, přičemž subjektivní aspekt je založený na vnitřních pocitech a vlastním přesvědčením o jeho zdravotním stavu. Objektivní aspekt je dán názorem jiných lidí na zdravotní stav jedince. Fyzické zdraví často přímo souvisí se zdravím psychickým, což znamená, že když jsme šťastní, máme tendenci být i zdraví.

Zdatnost – schopnost těla fungovat s optimální účinností a hospodárností. Zdatnost má celkem 6součástí, kterými se projevuje.

- Kardiorespirační vytrvalost
- Svalová síla
- Svalová vytrvalost
- Neuromuskulární koordinace
- Rychlost svalové kontrakce
- Kloubní pohyblivost

K těmto třem komponentům sebezpojetí připojuje Fisher (2014) ještě složku tělesné hmotnosti. Tělesné sebezpojetí má podle něho dvě důležité vlastnosti: subjektivitu, jež nemusí se nemusí shodovat s objektivními parametry a elasticitu, která se může v sociální interakci měnit. Hrachovinová s Chudobovou (2004) popisují vnímání těla v řadě aspektů:

1. **Tělo jako zvláštní objekt** – tělo je podmínkou lidské existence. Člověk „je svým tělem“, ale také „má své tělo“. Jedinec se svým tělem nějak manipuluje, a zároveň

chápe sám sebe ve vztahu ke svému tělu (Fialová, 2001 podle Hrachovinová, Chudobová, 2004).

2. **Tělo jako prostředek komunikace** – prostřednictvím těla vstupuje člověk do sociální komunikace s ostatními lidmi a předává tak informace o sobě.
3. **Tělo jako objekt hodnocení druhými a objekt prestiže** – Tělo člověka, jeho tvar, hmotnost, proporce, oblečení je posuzováno a konfrontováno s druhými lidmi a stávajícím ideálem, reprezentovaným médií.
4. **Tělo jako objekt péče** – Tělo je vizitkou člověka. Člověk o své tělo pečuje, formuje jej, přetváří ho (často pomocí chirurgických zákroků), a to vše dle soudobého ideálu krásy.

2.1 Rizikové faktory

Výzkumy dokazují, že body image je multidimenzionální koncept, který zahrnuje neurologické, psychologické a sociokulturní elementy (Fisher, 2014). Rizikové faktory jsou v současné době jedno z nejsledovanějších témat jak u nespokojenosti s vlastním tělem, tak s poruchami příjmu potravy (Rašticová, 2009). Jak píše Hana Papežová (2010), rizikovým faktorem označujeme vesměs vlastnosti, které zvyšují výskyt nežádoucích jevů, v tomto případě poruch příjmu potravy. Rizikový faktor není příčina choroby, pouze zvyšuje pravděpodobnost jejího výskytu. Rizikovými faktory nazýváme ty okolnosti, o kterých víme, že se vyskytly dříve než onemocnění. Rizikové faktory můžeme označit podle cest, kterými působí na výslednou nemoc. Dále pak můžeme rozdělit faktory na zesilující a udržovací. Zesilující faktor podporuje negativní vliv rizikového faktoru, naproti tomu faktor, který se nepodílí na vzniku choroby a pouze ji udržuje, je nazýván faktorem udržovacím. Díky tomuto rozdělení zaměřujeme prevenci právě na faktory rizikové a léčbu na faktory udržovací. Kocourková a kol. (1997) mluví o rizikových faktorech pro vznik nespokojenosti s vlastním tělem a mentální anorexii jako o souborech různých vlivů sociokulturních, rodinných, genetických, biologických faktorů, nepříznivých událostí a osobnostních rysů (Kocourková, Koutek, Lebl, 1997). Tompson a Smolak uvádějí pouze tři základní skupiny: **individuální faktory**, mezi které řadíme i faktory biologické, dále **sociokulturní faktory** a **faktory rodinných vztahů** (Tompson, Smolak, 2001 podle Rašticová, 2009).

Rizikové faktory mohou ovlivnit úroveň spokojenosti s tělem, ale rozhodující při vzniku nespokojenosti s vlastním tělem je způsob, jak je hodnotí a interpretuje samotný subjekt, tedy člověk sám. Konečný výsledek tak závisí na kombinaci těchto faktorů a na osobních rysech jedince (Neagu, 2015).

2.1.1 Biologické rizikové faktory

Mezi biologické faktory můžeme zařadit genetické predispozice, neurobiologické faktory a počátek dospívání (Rašticová, 2009). Samotné biologické predispozice nabývají ve významu u rozvoji patologické nespokojenosti s tělem až ve **souhře s dalšími psychosociálními faktory** (Papežová, H. 2010).

- **Faktor ženského pohlaví** - Podle Papežové (2010) je ženské pohlaví nejvýznamnějším faktorem pro vznik nespokojenosti s tělem a mentální anorexie. Z biologického hlediska mají totiž ženy už od přírody tendenci tloustnout. Ženy během svého vývoje nabírají tukovou tkáň, převážně na bocích, stehnech, hýždích a břiše, kdežto muži přibírají svalovou hmotu. Není to jen rozdíl ve fyzickém vývoji, ale i v osobnostních rysech.
Ženy jsou mnohem více nejistější oproti mužům, mají větší obavy, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší sebevědomí a také nižší úctu k vlastnímu tělu (Krch, 1999).
- **Fyzické projevy puberty** – Nárůst tukové tkáně s nástupem puberty u žen mohou rozvíjet pocity nespokojenosti s vlastním tělem, které mohou vyústit až k patologickým stravovacím návykům (Rašticová, 2009). V bezpočtu případů se potvrdil vliv počátku dospívání na rozvoj nespokojenosti s vlastním tělem a na vznik poruch příjmu potravy. Existují ale studie, které tuto souvislost nepotvrdily (Attie, Brooks-Gunn, 1989, Keel a kol., 1997, Leon a kol., 1995, podle Rašticová, 2009).
- **Nebezpečný věk** - Většina autorů považuje čtrnáctý rok za kritický (Krch, 1999). Toto období dospívání provází určité hormonální změny, které se mohou odrážet v negativních emocích. V průběhu dospívání se hledá vlastní identita, vlastní jedinečnost, autentičnost, vlastní já, a to vede k touze se co nejvíce lišit od svého okolí

(Erikson, 2015). Dospívající jsou vnímavější, zranitelnější, soupeřivější a labilnější (Krch, 1999).

- **Obezita** - definuje obezitu nadměrným uložením tuku v organismu. Obezita je stejně jako štíhlost denně probíraná v médiích. Mezitím co se štíhlost vyzdvihuje, obezita se skandalizuje. Lidé s nadváhou jsou zesměšňováni, spojují se s přejídáním, leností, špatným životním stylem. Fairburn a kol. (1998) identifikovali obezitu v dětství potažmo v rodině jako jeden z významných rizikových faktorů. Podle Crookové (1995) rodiče své děti učí, že být tlustý je špatné. Děti si tak tento strach zařadí to svého systému hodnot a mají tak větší obavy, že ztloustnou.

2.1.2 Psychologické rizikové faktory

Mezi psychologické rizikové faktory patří deprese, negativní pocity, míra, s jakou jsou lidé schopni překonávat problémy, copingové strategie, stres a traumatické zážitky. Podle Hsu (1990) až dvacet procent onemocněných splňuje v průběhu onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Výzkumy soustředěné na muže s poruchami příjmu potravy, zjistily komorbiditu s depresí a užíváním návykových látek (Striegel-Moore, a kol., 1999). Jak píše Cooper (1995) v době, kdy se lidem daří mít jídlo pod kontrolou, deprese ustupují, avšak úzkost často přetrvává dokonce se ještě zvyrazňuje. V průřezových studiích Buttona a kol. z roku 1997 prováděných na adolescentních dívkách ve věku patnáct až šestnáct let, byl potvrzen za rizikový faktor také nižší sebehodnocení, nespokojenost se sebou a svým vzhledem (Rašticová, 2009).

Dalším důležitým psychologickým faktorem jsou osobnostní vlastnosti člověka. Vlastnosti, které se často vyskytují u dívek nespokojených s vlastním tělem, náchylným ke vzniku poruch příjmu potravy jsou například **ctižádostivost, perfekcionismus, nízké sebevědomí, nejistota, potřeba kontroly a sebeovládání, úzkostnost, neuroticismus** (Krch, 2005). Woodside a kol. (2002) tvrdí, že vysoká úroveň perfekcionismu je často zaznamenána jako klíčový klinický rys jedinců s mentální anorexií. Snahou být ve všem nejlepší a mít vše v naprostém pořádku se může člověk snažit získat respekt a obdiv od svého okolí (Ladish, 2002).

Vztah mezi nízkým sebehodnocením, nespokojeností se svým tělem a s poruchami příjmu potravy potvrdilo mnoho studií. Groganová (2000) tvrdí, že lidé s vysokým

sebevědomím mají většinou dobrý pocit z vlastního těla. Také uvádí studii, kterou provedli Furnham a Greavesová v roce 1994 na vysokoškolských studentech. Ti zkoumali vztah mezi sebevědomím, pocitem sebekontroly, a spokojeností s tělem. Výsledkem tohoto šetření bylo zjištění, že vysoké sebevědomí koreluje s vysokou spokojeností s tělem, přičemž ženy měly nižší skóre než muži. Nové výzkumy ale ukazují, že kauzalita těchto dvou proměnných není zcela jasná. Není jasné, zda vysoké sebevědomí vede ke spokojenosti se svým tělem, nebo zda spokojenost vede k vyššímu sebevědomí. Je ale vysoce pravděpodobné, že sebevědomí a spokojenost s tělem jsou ve vzájemně příčinném vztahu (Grogan, 2000).

I když je nepravděpodobné, že negativní emocionální naladění vede k disfunkčnímu tělesnému sebepojetí a poruchám příjmu potravy, často jsou jím doprovázeni. Studie, která se negativním naladěním zabývala, dospěla k zajímavému výsledku. Lidé, jimž byla experimentálně snižována nálada, uváděli, že se začali cítit těžší, na rozdíl od druhé skupiny probandů, kterým byla nálada zlepšována. Ti uváděli pocity tělesné lehkosti (Novák, 2010).

2.1.3 Sociokulturní rizikové faktory

Tělesné sebepojetí je, jak jsem již zmínila, subjektivní a otevřené ke změnám prostřednictvím sociálního vlivu (Grogan, 2006), kde důležitou roli sehrávají média, rodina a přátelé (Fialová, 2001).

Pomocí vysvětlit problémy s nazíráním na své tělo může teorie sociálního učení. Podle této teorie se většinou sociálního chování učíme sledováním chování druhých, jež pak sami zařadíme do našeho budoucího chování. Ve společnosti jsou masmédiá jedním z nejvlivnějších zdrojů. Sociální učení zde probíhá prostřednictvím používání verbálních a vizuálních symbolických modelů, které ukazují lidem, jak provádět žádoucí chování (Bandura, 1977, 1994, podle Sheldon, 2010). Podobně, jako Bandura, vyvinul Festinger teorii sociálního srovnávání. Podle této teorie se lidé srovnávají s lidmi, kteří podle nich reprezentují realistické a dosažitelné cíle. Člověk se tak dopouští bezděčného srovnávání. Čím více se lidé navzájem srovnávají, tím více nenávidí svá těla a uchylují se k poruchám příjmu potravy (Novák, 2010). Z tohoto tedy vyplývá, že média velice ovlivňují, jak vnímáme naše tělo tím, že nám sami vybírají ideály krásy (Garner, 1997 podle Sheldon, 2010) a kladou na nás a naše tělo náročné požadavky, podle nichž by mělo být štíhlé, zdatné, opálené, bez tuku a zdravě vypadající (Fialová, 2001). Podle Koudelky (2009) v současnosti neexistuje jednotný koncept ideálu

krásné postavy, i když se dají najít silnější směry. Obecně je za krásný obličej považován ten, který disponuje úzkou tváří s bronzovou pletí, vysokými lícními kostmi, s plnými rty a výrazným obočím.

Bylo uskutečněno mnoho studií, který potvrzuje účinek sociálního srovnávání (Novák, 2010). Výzkumníci například zjistili přímý vztah mezi vystavením ultratenkých modelů a celebrit v televizi a jiných médiích a zvyšováním úrovně tělesné nespokojenosti a poruch příjmu potravy u mladých žen (Goodman, 2005, Stice, Schupak, Neuberger, Shaw a Stein, 1994, podle Sheldon, 2010).

Mezi další významný sociokulturní faktor patří **konflikt genderových rolí** (Rašticová, 2009). Genderová identita se vytváří v dětství. S dívkami je zacházeno, jako s křehkými bytostmi, je svými rodiči a ostatními dospělými chráněna. Jsou odměňovány za to, že jsou oddané, závislé a jsou zrazovány od rizikových aktivit. To je učí nespolehat na tolik na sebe a vede k nižší nedůvěře, zatím co chlapci jsou povzbuzováni k nezávislému chování. Jejich sebevědomí není závislé na přijetí druhými lidmi. Dívkám důvěra se na rozdíl od té chlapecké vytváří na základě uspokojivosti vztahů s druhými lidmi. Ač se to zdá nepravděpodobné, nemalý vliv mají na vývoj tělesného sebepojetí i pohádky v nichž vystupují princezny, jejichž dominantním rysem je fyzická atraktivita. Stejně tak jako pohádka o Popelce, která díky tomu, že jako jediná obuje malý střevíček, získá prince, potvrzuje důležitost dívčího vzhledu (Novák, 2010).

Martinová roku 1996 prováděla výzkum s 50 dospívajícími a zjistila, že i dospívání se u žen a mužů liší. Dle výsledků vnímají dívky pubertu více úzkostlivě, na rozdíl od chlapců, kteří se těší na svou dospělost. Změny, které jim dospívání přinese, jako mutace, růst vousů a jiné vnímají kladně. Důvod, proč ženy s muži vnímají dospívání odlišně, je zapříčiněno vlivem rozporu s kulturními ideály krásy. Kdežto u mužů jsou dospívající změny v souladu se společenským ideálem přitažlivosti (Rašticová, 2009). I když v současné době se hlavně ve Spojených státech a v zemích západní Evropy se objevuje trend, který kromě touhy po štíhlosti zaznamenává i touhu po nárůstu svalové hmoty jak u chlapců, tak i u dívek (Grogan, 2006).

2.1.4 Rizikové faktory spojené se vztahy

Rodina je důležitým faktorem, který přispívá k poruchám stravovacích návyků a body image (Rašticová, 2009). Vývoj mentální anorexie je úzce spjatý s abnormálními vzorci rodinné interakce. Rodina, v jejímž častým obsahem komunikace je jídlo, diety, štíhlost, nese na dítě neblahý vliv (Kocourková a kol., 1997), stejně tak jako tlak, který vyvíjejí rodiče na dítě s odhodláním ho dovést k nadměrným výkonům (Papežová, 2010). Výzkumy ukazují, že lidé, kteří vyrůstají v milující rodině, poskytující jim pocit přijetí a vlastní jedinečnosti, mají i zdravější tělesné sebepojetí.

Negativní body image se vytváří, pokud jsou jedinci vystaveni časté kritice ze strany rodičů nebo sourozenců (Curtis & Loomans, 2014). Celkově posměch, komentáře a kritika ze strany druhých (Thompson, 1989, podle Rašticové, 2009) výrazně ovlivňuje pozitivní sebepřijetí, spokojenost s vlastním tělem a stravovací návyky. Toto tvrzení bylo potvrzeno výzkumem Baileyové a Ricciardelliové (2010), kde vyšlo najevo, že mladé ženy, dostávající negativní komentáře ke svému tělu a své váze, mají tendenci se negativně srovnávat s ostatními a mají větší pravděpodobnost rozvoje tělesné nespokojenosti (Curtis & Loomans, 2014).

Za zmínku určitě taktéž stojí zjištění Shroffové a Thompsona, která poukazují i na vliv přátel, kteří drží diety nebo se až přehnaně zajímají o svůj vzhled, jako na rizikový faktor při rozvoji nespokojenosti a snaze být štíhlejší (Grogan, 2006).

3 Tělesná nespokojenost (Negativní body image)

Nespokojenost se svým tělem může být definována jako nesoulad s tím, jak člověk vnímá své tělo a jak by chtěl, aby jeho tělo ideálně vypadalo (Maxwell & Cole, 2012, podle Curtis & Loomans, 2014). V současné době má image pro člověka velký význam. Cítění se atraktivně má přímý vliv na naše sebehodnocení. Není vzácností, že lidé posuzují ostatní podle toho, jak vypadají, a proto se snaží alespoň přiblížit svému ideálu (Fialová, 2001). Tělesná nespokojenost je něco, co postihuje obě pohlaví, i když je převážně rozšířena mezi mladými ženami (Hardit & Hannum, 2012; Salk & Engeln-Maddox, 2012, podle Curtis & Loomans, 2014).

Někteří lidé jsou znepokojeni s určitými fyzickými charakteristikami, jako jsou kromě váhy například tvar těla nebo obličejové rysy. Často se stává, že i když jsou lidé spokojeni s nějakou částí svého těla, i přesto jiný aspekt svého vzhledu hodnotí negativně, nebo naopak, jsou lidé, kteří nemají rádi svůj nos, ale dokáží si zachovat celkový pocit atraktivity nebo fyzické akceptace (Cash & Pruzinsky, 2002). Porucha přiměřené body image se může projevit jako přeceňování nebo podceňování své hmotnosti nebo jako nespokojenost s tvarem těla. Výzkumy prokázaly, že tělesná spokojenost potažmo nespokojenost souvisí s depresemi a poruchami příjmu potravy a taktéž je úzce spjata s nízkým sebehodnocením (Fisher, 2014). Nespokojenost s vlastním tělem se potvrzuje již u dětí v prepubertálním věku. Dle výzkumů, které proběhly v devadesátých letech 20.století, se nespokojenost s tělem objevila už u šestiletých dětí (Fisher, 2014). Studie Lowesové a Tiggemannové se dostaly ještě dále a zjistily, že se nespokojenost vyskytuje již u dětí ve věku 4 let. (Schur, Sander and Steiner, 2000 podle Rašticová, 2009). Harrison tvrdí, že již v takto útlém věku vzniká podhoubí pro vznik poruch příjmu potravy, jelikož dochází k přejímání dominantních kulturních názorů ohledně přijatelného a nepřijatelného tvaru těla. Předškoláci mají tendenci k negativní stereotypizaci tlustých lidí a k preferenci štíhlého těla, jako svého vzoru (Novák, 2010). Graberová a kol. (1996) zjistili, že dívkám se změnilo nazírání na své tělo nejen během nástupu pubertálních změn, ale spíše po prodělaných pubertálních změnách. Dívky, které přišly do puberty dříve, byly mnohem více nespokojenější v porovnání s těmi, u kterých puberta nastala později (Jaffa & McDermott, 2007). Dixtonová (2015) a kolektiv studovali spokojenost se svým tělem na studentech ve Spojených Státech Amerických. Ze vzorku studentů bylo nespokojeno se svým celkovým vzhledem 42% žen a 33% mužů, přičemž 65% mužů a 60% žen uvádělo největší nespokojenost s dolní částí trupu, převážně s hýžděmi a boky. 68% žen a 51% mužů také uvedlo

velkou nespokojenost se svou váhou. Zajímavostí na tomto výzkumu ale je, že pouhých 25% mužů a 26% žen jsou nespokojeni se svými obličejovými rysy (Dixon, Esslinger, Yen & Grimes, 2015). Rinderknechtová a Smithová prováděli podobný výzkum na vzorku 155 mladistvých a zjistili, že 41% chlapců a 61% dívek vyjádřilo touhu být tenčí. Z výsledků tedy vyplývá, že významným faktorem pro nespokojenost se svým tělem je tělesná hmotnost (Rašticová, 2009).

Jedním z vysvětlení, proč je především pro ženy váha tak důležitá, by mohlo spočívat v tom, že soudobá společnost dává mezi krásu a štíhlost rovnítko. Muži totiž ve srovnání s ženami, při výběru partnera jak pro sexuální, krátkodobý, tak pro dlouhodobý vztah, mnohem více zdůrazňují fyzickou atraktivitu. Obezita je při výběru partnerky tím nejzásadnějším negativním faktorem (Novák, 2010).

3.1 Tělesné sebepojetí ženy

V moderní společnosti je štíhlost u žen brána jako žádoucí vlastnost. Štíhlost je vizitkou sebekontroly, elegance, společenské přitažlivosti, vitalitou a mládím (Fialová, 2001). Je spojována se štěstím, úspěchem, a společenskou přijatelností. Nadváha je vnímaná jako fyzicky neatraktivní a je spojována s řadou dalších nežádoucích vlastností, například se špatnou morálkou, nedostatkem vůle, neschopností (Grogan, 2000). Různé studie dokumentovali západní trend ke štíhlosti u žen. Většinou snahy o redukci váhy narůstají s nástupem adolescence, kdy se ženy učí, že štíhlost je základní dimenzí jejich ženské role, i když tlak na štíhlost je na ně vyvíjen již v období před pubertou. Touha po štíhlosti je pak živena společenským zdůrazňováním štíhlosti, jako fyzické atraktivity a ideálem krásy od něhož se pak odvíjí nespokojenost s vlastním tělem (Fisher, 2014).

Ve vývoji lidstva se ženy vždy přizpůsobovaly soudobým trendům (Gila, Castro, Cesena & Toro, 2005). Ženy se snažily napodobovat společenské ideály, pro získání uznání, obdivu, prestiže, protože to, jak lidé vypadali, mělo přímý vliv na jejich sociální zařazení, a proto se to stalo tradicí, dědicí se z generace na generaci (Koudelka, 2012). Muži byli vždy závislejšími na fyzickém vzhledu svých potenciálních partnerek (Novák, 2010), proto není divu, že byly ženy vždy vedeny k tomu, aby měnily a přizpůsobovaly své tělo, jeho tvar a hmotnost soudobým trendům (Grogan, 2000). A protože dnešním výrazem pro krásu je štíhlost, je stále více žen,

které bojují s negativním sebehodnocením a se symptomy poruch příjmu potravy (Novák, 2010).

Výzkumy, které se zabývaly měřením spokojenosti s vlastním tělem, došly k závěru, že většina žen v západních společnostech je se svou váhou nebo vzhledem nespokojena. Většina žen udává nespokojenost zejména s břichem, boky, stehny a chce být štíhlejší, než ve skutečnosti je (Grogan, 2000). Taktéž velikost prsou značně ovlivňuje nazírání na své tělo. Koff a Benavage zjistili, že vnímaná velikost prsou výrazně ovlivňuje tělesnou spokojenost, a i další psychologické funkce jako sebedůvěru, sebeoceňování. Vnímala-li žena svá prsa jako příliš malá nebo velká, pak byla častěji nespokojena se svým tělem. Parekh a Schmidt zjistili, že ženy, které jsou sami se svým tělem nespokojeny, si mnohem více všímají reklam, kde vystupují fyzicky atraktivní a štíhlé ženy. Obsahová analýza časopisů západní společnosti ukázala, že 22% časopisů pro ženy nabádá k redukci váhy (Novák, 2010). V roce 2010 byla v České Republice také provedena obsahová analýza čtyř posledních ročníků dívčího časopisu *Dívka* z let 2005-2009, ale za účelem zjištění tělesného ideálu žen. Výsledkem této analýzy byla žena/dívka, která je střední či vyšší normální postavy a hmotnosti s rovnými dlouhými vlasy, bez brýlí, se světlejšíma očima zelené nebo modré barvy, s plnějšími rty a rovnými bílými zuby, s výraznější kulatou bradou (Koudelka, 2012).

3.2 Tělesné sebepojetí muže

Problematika vnímání vlastního těla není v dnešní společnosti pouze ženská záležitost, ale setkávají se s tím i muži. Dříve se výzkumy omezovaly pouze na ženy, jelikož ženské tělo se v médiích ukazovalo více a častěji, ale moderní kultura se začala pomalu více zaměřovat i na muže a mužská těla, která začala být viditelnější (Grogan, 2000).

Pro většinu mužů je ideální svalnatá, středně velká postava, s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou, pažích, mající štíhlý pas (Fialová, 2007). Svalnatá postava je tak ideálem mužnosti, jelikož je úzce spojena se západní kulturní představou mužnosti, jež představuje moc, sílu, agresi, aktivitu, smělost, bojovnost. I přes to, že je svalnatost v moderní kultuře vysoce žádanou, mimořádně vyvinuté svalstvo, jakým disponují například kulturisté, už není společensky přijatelné (Grogan, 2000). Ricciardelli a McCabe tvrdí, že obliba svalnaté, urostlé a mohutné postavy se u mužů objevuje již kolem 6-7 let a s věkem se zvyšuje, přičemž vrcholí začátkem dospělosti (Novák, 2010). Muži nespokojení se svým tělem se na rozdíl od žen, které

se snaží hubnout, pokoušejí být silnějšími a štíhlejšími. Dalším rozdílem, který je mezi muži a ženami při dosahování svých ideálů krásy, je to, že na rozdíl od žen, které se brání příjmu energie, muži často podporují růst svalové hmoty prostřednictvím výživových doplňků (Fialová, 2007). Také často podléhají dojmu, že jsou příliš slabí, malí, drobní, a proto touží po vypracované postavě (Koudelka, 2012). Většina mužů považuje za problémové partie oblasti břicha, bicepsy, ramena, hrudník a svaly obecně (Fialová, 2001). Vedle touhy mít vypracovanou a svalnatou postavu, identifikovali psychologové další důležité aspekty obrazu mužského těla (ačkoli jsou často zanedbávané ve výzkumu): **Výška** (důležitější pro muže než pro ženy); **Vlasy** (plešatí muži se vnímají jako méně atraktivní a předčasně staří, i když paradoxně je holení pokožky hlavy úspěšnou strategií tuto situaci zvládat); Ochlupení (tradičně bylo spojené s mužností, nicméně e v poslední době se stává neatraktivní, zejména pokud se jedná o hrudník, záda nebo hýždě); **Velikost penisu** (studie z roku 2005 provedená na vzorku 25 000 amerických mužů hlásila procento nespokojených subjektů). Ne všechny tyto aspekty vytvářejí stejnou nespokojenost, protože některé z nich jsou postaveny mimo individuální kontrolu. Velikost penisu, i když není viditelná, ani kontrolovatelná, je považována za hlavní symbol mužnosti a způsobuje značné utrpení a vysokou tělesnou nespokojenost (Neangu, 2015).

Obsahová analýza mužských časopisů z roku 2011 sledovala nejčastější prvky mužské body image. Analýze byly podrobeny čtyři kompletní ročníky časopisu ForMen z let 2007-2010 se 324 muži, na jejichž základě se přišlo na prototyp ideálního muže. Výsledkem analýzy byl muž s normální až sportovní postavou, s úměrně dlouhými nohy k tělu, delšími prsty, delším krkem, přirozenou barvou pleti, s tváří trojúhelníkového tvaru, výrazným čelem, rovným obočím, nejlépe s modrýma očima bez brýlí v přiměřené vzdálenosti od sebe. Ideální muž by měl mít normální lícní kosti, normální až plné rty, výraznější bradu, normální nos, bílé zuby, krátké, případně středně dlouhé, tmavě hnědé vlasy a hladce oholenou tvář, popřípadě elegantní strniště (Koudelka, 2012).

4 Body image a mentální anorexie

Existuje určitý počet lidí s výraznějšími obavami o postavu, než má ostatní část populace. Některé empirické studie potvrzují, že silné obavy o fyzický vzhled předcházejí vzniku a rozvoji poruchy obrazu těla, jež je jedním z nejběžnějších klinických rysů, připisovaných mentální anorexii. Studie prováděné mezi studentkami SŠ a VŠ potvrdili významný vztah mezi tělesnou nespokojeností a problematickým vztahem k jídlu (Grogan, 2000). Zellnerová a kol. ale ve svých výzkumech došli k závěrům, že nespokojenost s tělem u žen s mentální anorexií se příliš neliší od nespokojenosti s tělem jiných žen (Zellner, Harner, Adler, 1989), což bylo popřeno ve výzkumu Wilsons a Smithové (1989), kteří zjistili, že se tyto dvě skupiny liší v míře obav o svou hmotnost. Jejich studie zjistila, že ženy trpící mentální anorexií, se bojí o svou váhu signifikantně více než ženy, u kterých nespokojenost s vlastním tělem nedospěla až ke stravovací patologii (Grogan, 2000). Pohled na negativní body image a mentální anorexii je tedy značně kontroverzní. Na čem se ale výzkumníci shodují, fakt, že mentální anorexie je spojena s dysfunkčním přesvědčením o své vlastní hmotnosti nebo tvaru (Cash, 2002).

4.1 Percepční zkreslení vlastního těla

Rozdíl mezi pacientovým aktuálním vzhledem a jeho mentálním obrazem doprovází přesvědčivé klinické důkazy o přítomnosti percepční poruchy. Navzdory tomu, že pacient rozumí, že má podváhu, i přes to nadhodnocuje svou velikost těla (Cash, 2002). Dle Gilaové a kol. (2005) je deformace tělesného obrazu u pacientů s mentální anorexií sporná. Obecně je uznáváno, že pacienti s mentální anorexií mívají větší zkreslení obrazu svého těla, než je to u normální populace, což potvrzuje původní studie Sladea a Russela (1973) která zjistila, že pacienti trpící mentální anorexií, více nadhodnocují svou tělesnou velikost než lidé v kontrolní skupině. V posledních letech byla tato studie replikována jinými autory, kteří zjistili, že nadhodnocení těla není specifické pouze pro anorektickou populaci (Hrachovinová, Chudobová, 2004). To potvrzuje i Cash (2002), který dle svých analýz usuzuje, že obě tyto skupiny se nijak významně neliší při hodnocení velikosti, a že rozdíly ve zkreslení mezi lidmi, kteří trpí poruchami příjmu potravy a kontrolní skupinou neodrážejí obecný senzorio-percepční deficit. Jeho analýza dat naznačuje, že odhad velikosti těla je poměrně slabý,

nestabilní a u pacientů s poruchami příjmu potravy patologický, přičemž může být spuštěn například špatnou náladou, prohlížením obrázků hubených žen v mediích nebo přejídáním.

Tato zjištění, že nesprávné vnímání velikosti těla není pro mentální anorexii jedinečné, vedla k závěru, že nesprávná interpretace velikosti vlastního těla není významná pro diagnostikování poruch příjmu potravy, i když někteří odborníci oponují, že tato špatná interpretace předpovídá vyšší úroveň patologie včetně ztráty kontroly, nízkého ega, síly, vyšší stupně deprese, introverze, úzkosti, fyzické anhedonie, atypického myšlení a problémů s jídlem (Cash, 2002).

4.2 Odhady velikosti těla

Smeetová a její kolegyně navrhly tři různá vysvětlení odhadu velikosti těla u pacientů s mentální anorexií.

1) Nadhodnocení své velikosti je čistým odrazem špatné vizuální interpretace.

V tomto případě pacient načte obraz z vlastní vizuální paměti, přičemž jeho odhady velikosti odrážejí tento obraz.

2) Rekonstrukce špatné vizuální interpretace velikosti je založena na konkrétních myšlenkách a pocitech.

Zde je zkreslení velikosti vizuálního tělesného obrazu spíše funkcí paměti než vnímání. Neschopnost anorektických pacientů se vnímat přesně, reálně, může být spojený se zhoršenou hemisférickou symetrií při ukládání vizuálních reprezentací těla nebo zhoršení interhemisferické interakce.

3) Nadhodnocení velikosti svého těla je pouhým umělým výtvozem, který je odvozený od absolutní velikosti, která je menší.

Dle této úvahy mohou být ženy s menšími těly náchylnější k nadhodnocování bez ohledu na úroveň jejich stravovací patologie. Nejspíše to může být způsobeno tím, že menší velikosti jsou obtížněji odhadnutelné. Je to důkaz, že nadhodnocení velikosti těla je spíše v kognitivním úsudku než v percepci. Znamená to, že anorektičtí pacienti mají spíše nestabilní a slabou duševní reprezentaci svého vlastního těla (Cash, 2002).

4.3 Muži versus ženy

Různé studie dokumentovali západní trend ke štíhlosti u žen. Většinou snahy o redukci váhy narůstají s nástupem adolescence, kdy se ženy učí, že štíhlost je základní dimenzí jejich ženské role, i když tlak na štíhlost je již v období před pubertou (Fisher, 2014). Za poslední dvě desetiletí tělesná nespokojenost vzrostla i u mužů. Někteří chtějí být tenčí (obzvláště se chtějí zbavit břišního tuku), zatímco jiní si přejí zvýšit svalovou hmotu a využívají k tomu různé proteinové doplňky, popřípadě steroidy. Tyto dva zdroje nespokojenosti představují důležitý rizikový faktor pro rozvoj mentální anorexie nebo svalové dysmorfie. Odborníci se domnívají, že mužské pokolení netouží ve skutečnosti po vyvinuté muskulatuře, ale po tom, co svalnatá postava znamená. Dobře vyvinutá svalová hmota zvyšuje vnímání toho, že člověk je dominantní a konkurenceschopný, což jsou důležité atributy maskulinity (Neangu, 2015).

Je jsem již zmínila v předchozích kapitolách, kulturní, vývojové, rodinné a osobnostní faktory jsou definovány jako determinanty nespokojenosti těla a rozvoji mentální anorexie (Cash, 2002). I když je tělesná nespokojenost a mentální anorexie spíše ženskou doménou, u obou pohlaví existují zranitelnější skupiny, pokud jde o nespokojenost a související patologie. U žen jsou to převážně sportovkyně, baletky, gymnastky, které mají vyšší riziko rozvoje mentální anorexie. Patologii obrazu těla jsou poměrně méně vystaveny lesbičky, ženy jiné barvy pleti, ti, kteří nedodržují genderové stereotypy například feministky. U mužů jsou nejvíce ohroženi sportovci, neboť svalnatá muskulatura zahrnuje stereotyp vítězství a také homosexuálové, kteří své tělo monitorují a porovnávají častěji než heterosexuálové. Menší výskyt onemocnění patologie obrazu těla je potvrzen u mužů černé pleti, kteří jsou se svým tělem ve většině případů spokojeni (Neangu, 2015).

Podle Crispa a Tomse (1972) je u mužů významná psychiatrická anamnéza deprese a dalších úzkostných poruch u někoho z rodičů pacienta. Dalším výrazným jevem, o němž muži vypovídali, byla hyperprotektivita ze strany matky. U depresivních žen se mnohem častěji vyskytuje velmi štíhlý standart atraktivity, a snaha se přizpůsobit ideálu štíhlosti, kdežto u depresivních mužů se vyskytuje přání být těžší a snaha výrazně vylepšit svou postavu (Novák, 2010).

5 Metody měření tělesné spokojenosti

Jak jsem již dříve zmínila, tělesná spokojenost či nespokojenost je subjektivním postojem k sobě samému. Čím více v naší kultuře roste zájem o tělesno, tím více se tento fenomén dostává do popředí různých výzkumů a studií. Většina lidí ale nedokáže objektivně posoudit svou velikost těla a hodnotí se nerealisticky. V současné době můžeme míru tělesné nespokojenosti s vlastním tělem měřit díky širokému spektru metod.

5.1 Objektivní hodnocení proporcí těla

Ideály proporce těla se liší podle toho, za jakého hlediska na něj pohlížíme. Můžeme na ně tedy nazírat z pohledu módy, sportu, zdraví nebo z pohledu běžného života. I když jsou často lidé znepokojeni svou vahou, nelze pouze z tělesné hmotnosti určit, zda jsou tělesné proporce jedince ideální či nikoli. Proto se k váze přidávají další parametry, které určují optimum. Mezi tyto parametry řadíme výšku, hmotnost, pohlaví, tělesný typ, kožní rasy, tělesné obvody, epikondyly a proporcionalitu (Fialová, 2001).

Nejčastěji využívanou objektivní metodou je výpočet Body Mass Indexu (BMI index). BMI index se vypočítá dle vzorce: tělesná váha (kg) / tělesná výška²(m). Výsledné číslo se pak porovnává s BMI hodnotami, jež nám reprezentují ideální tělesnou hmotnost (Grogan, 2000).

- BMI pod 18,5 - podváha
- BMI 18,5- 24,9 – normální váha
- BMI 25,0 – 34,9 – obezita I. stupně
- BMI 35,0 – 39,9 – obezita II. stupně
- BMI nad 40,0 – obezita III. stupně

Řada odborníků ale namítá, že BMI index není ideální hmotnost nýbrž optimální hmotnost, kde bychom měli brát v úvahu i odlišnosti tělesné stavby, míru aktivity, dědičnost (Fialová, 2001). Jak uvádí samotná WHO, hodnoty BMI jsou nezávislé na věku a stejné pro obě pohlaví. BMI však nemusí odpovídat stejnému stupni tloušťky v různých populacích, kvůli rozdílným tělesným poměrům. Stejně tak se může lišit interpretace BMI ve vztahu ke zdravotnímu riziku. (WHO © 2017). Pro upřesnění BMI můžeme použít **waist/hip-ratio**, což

je nejjednodušší, ač nejméně používaná metoda zjišťování míry obezity. Výsledný poměr by měl být u žen menší než 0,8 a u mužů menší, než 1 (Fialová, 2001). Dle výzkumů, které byly doposud prováděny se prokázalo, že čím vyšší má člověk BMI, tím více stoupá jeho nespokojenost s vlastním tělem (Hagman, 2015).

Mezi další objektivní metody měření těla je tzv. měření kožních řas. Díky **změření kožních řas** pomocí kontaktního měřidla kalipera se zjišťuje množství podkožního tuku na různých místech těla, přičemž pro orientační vyšetření stačí změřit pouze jednu až dvě řasy (Fialová, 2001).

5.2 Měření percepční komponenty

Lidé mají tendence nadhodnocovat velikosti svého těla. Pomocí měření percepční komponenty se může sledovat přesnost odhadu velikosti těla. Úkolem jedince u těchto metod je určení šířky určité části svého těla na určeném měřítku a následné srovnání odhadu s realitou. Jedna z metod měření je technika **posuvného měřítka** zkonstruovaná Sladem a Russellem. Tato metoda se sestává z horizontální tyče se dvěma propojenými světly, na které jedinec nastaví šířku mezi světly podle toho, jak odhaduje svou šířku v dané tělesné partii (Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Druhá kategorie technik pro odhadování tělesných rozměrů jsou metody pro zjištění celkového obrazu. Zde je jedinec konfrontován se svým poněkud pozměněným obrazem v životní velikosti, kdy má člověk za úkol určit, jak by vypadal obraz, který ho ve skutečnosti vystihuje (Hrachovinová, Chudobová, 2004).

5.3 Subjektivní hodnocení těla

Jak jsem se již zmínila v předchozích kapitolách, v soudobé společnosti se často setkáváme s poruchami vnímání svého vlastního těla. Pro zjištění spokojenosti nebo nespokojenosti s vlastním tělem byly zkonstruovány dotazníky, které ukazují její kvantitativní míru. Tyto metody zjišťují kognitivně emocionální aspekty vnímání svého těla a stanoviska k němu (Fialová, 2001).

5.3.1 Dotazníkové metody

Ve většině dotazníků jsou respondenti žádáni, aby vyznačili stupeň souhlasu nebo nesouhlasu s tvrzením, které se vztahuje ke spokojenosti s různými částmi těla nebo s jeho celkem (Grogan, 2000). Cash a kol. (2002) uvádí celou řadu dotazníků, které rozděluje na dotazníky globální, afektivní, kognitivní a behaviorální. Pro jejich velké množství představím pouze některé z nich.

1) **Globální dotazníky:** Tyto dotazníky byly vytvořeny pro měření celkové subjektivní spokojenosti těla (Cash, 2002).

- **Body cathexis scale** – tento dotazník je jeden z nejstarších metod pro zjišťování stupně spokojenosti s tělem, vytvořený Secordem a Jouardem 1953. Respondenti odpovídají na sedmi bodové škále jak jsou spokojeni s jednotlivými částmi těla (Secord, Jouard, 1953 podle Fialova, 2001). Výsledný skór pak určuje jeho spokojenost s tělem (Hrachovinová, Chudobová, 2004).
- **Eating Disorder Inventory (EDI)** – je zaměřený na posouzení vnímání příjmu potravy a vlastního těla u osob s problematickým vztahem k jídlu (Grogan, 2000). Tento dotazník byl vytvořen Garnerem a kol. v roce 1983 a měří rysy osobnosti, které jsou typické pro lidi, trpící poruchami příjmu potravy (Cash, 2002) celkem na osmi subškálách: Zaměření na štíhlost, nespokojenost s tělem, chorobná hladovost, neefektivnost, perfekcionismus, nedůvěřivost, uvědomování si svých pocitů a strach z dospělosti (Garner, Olmsted, Polivy, 1983).
- **Body Shape Questionnaire (BSQ)** – dotazník, který se zaměřuje na spokojenost s tvarem postavy. Byl vytvořený k tomu, aby zkoumal vnímání těla u pacientek s poruchami příjmu potravy. Dotazník je tvořen 34 otázkami, které se ptají co předcházelo zájmu o tvar a proporce postavy a co následovalo potom (Grogan, 2002).

2) **Afektivní dotazníky:** Tento typ dotazníků byl vyvinut výzkumnými pracovníky s úmyslem řešit postojoyvý konstrukt (Cash, 2002).

- **Situational Inventory of body-Image Dysphoria (SIBID)** – 48 položkový dotazník, kterým posuzují přítomnost negativních emocí vůči tělu ve 48 odlišných společenských a osobních situacích (Cash, 2002).
- 3) **Kognitivní dotazníky:** Kognitivní měření se snaží zachytit velmi specifickou dimenzi obrazu těla: víru, myšlenky, přisuzování, nebo jiné kognitivní narušené části (Cash, 2002).
- **Appearance Schemas Inventory (ASI)** – inventář schémat obsahuje 14 položek, které měří stupeň dysfunkčního kognitivního schématu, týkající se vzhledu člověka. Zabývá se zaměřením se na sebe, emocionální investicí do vzhledu, přesvědčení o vývojových vlivech ve vzhledu, internalizace sociálních stereotypů (Argyrides, Kkeli, 2013).
- 4) **Behaviorální dotazníky:** Obraz těla je intrapsychický fenomén, kde je upřednostňován přímý přístup k dotazování účastníků o jejich zkušenostech. Je již známo, že hlavní složkou narušeného obrazu těla je vyhýbavé chování, a proto byly vytvořeny behaviorální dotazníky, které se zaměřují především na vyhýbání se situacím a na kontrolu svého těla a váhy (Cash, 2002).
- **Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)** – tento 19ti položkový dotazník je rozdělen na čtyři subškály, týkající se oblékání, sociálních aktivit, jídla, kontrol těla (vážení, pozorování se v zrcadle). Respondent pak na šestibodové škále určí, jak často se chovají určitým způsobem (Rosen, Srebnik, Saltzberg, Wendt, 1991).

5.3.2 Studie siluety

Technika siluety je jeden z neužívanějších kvantitativních metod měření tělesného sebepojetí (Fialová,2001). Na škále devíti ženských postav, které jsou seřazeni od nejtíhlejší po nejsilnější, má proband za úkol určit, která silueta nejlépe vystihuje její tělesnou sebepercepci, dále tu, která se nejvíce blíží jejímu vlastnímu tělesnému ideálu a nakonec tu,

kteřá vyjadřuje „objektivní“ hodnocení vlastní postavy („Vyberte postavu na obrázku, jak si myslíte, že vás vnímá vaše okolí.“) (Léblová, 2010). Rozdíl mezi první a druhou položkou je hodnota spokojenosti s vlastním tělem. U proměnné adekvátnost/neadekvátnost body image vycházíme z předpokladů, že i když člověk své tělo zveličuje nechybuje v odhadu velikosti neutrálního objektu (Stárková, 2005 podle Lébové, 2010). Studie, které pracovali s touto metodou dokázaly, že ženy vykazují tendenci volit ideální postavu štíhlejší, než je jejich vlastní postava a svou reálnou postavu hodnotit poněkud silněji, než ve skutečnosti je (Grogan, 2000). Huonová se domnívá, že ženy, které chtějí být štíhle jsou spíše ovlivněny tím, co si myslí, že preferují ostatní ženy než tím, co podle nich preferují muži (Huonová podle Grogan, 2000).

Dle výzkumu prováděného v letech 2008-2009 na 46 dívkách v České Republice s diagnózou ze skupiny poruch příjmu potravy ve věku 14 – 48 let se zjistilo, že 56,52 % pacientek vykazuje adekvátní body image, avšak 43,48 % vnímá své tělo jako hubenější či silnější, než je ve skutečnosti. Oproti tomu celých 93,48 % žen z porovnávací skupiny vykazuje adekvátní body image, čili jen 6,52 % neadekvátní. V průměru si přáli být pacientky s PPP o dvě siluety štíhlejší či silnější, než byli v současnosti, oproti porovnávací skupině, která byla nespokojená pouze o jednu necelou siluetu. Bohužel rozdíly mezi jednotlivými siluetami nejsou konstantní, je zde proto omezení ve využití a ve zpracování výsledků (Léblová, 2010).

U mužů se také využívá technika siluety. Výsledky z výzkumů se od v porovnání od výsledků žen poněkud liší. Při výběru ideální siluety si ženy vždy vybírají štíhlejší, než ve skutečnosti jsou, zatím co muži si za svůj ideál vybírají jak štíhlejší, tak silnější siluetu. Znamená to tedy, že i významná část mužů je se svou postavou nespokojena (Grogan, 2000).

5.3.3 Rozhovor

Kromě kvantitativních metod se častěji začínají zařazovat do výzkumu i metody kvalitativní. Jednou z nich je rozhovor, který nám pomáhá zkoumat problematiku tělesné nespokojenosti více do hloubky. Je tak možné dát prostor i svým pocitům a zjistit, co si sledovaná osoba o svém těle a svých proporcích myslí (Fialová, 2001). Rozhovory můžeme rozdělit na strukturované, polostrukturované nebo nestrukturované (Grogan, 2000).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1 Úvod

Empirická část této bakalářské práce vychází z poznatků, které jsou předloženy v teoretické části. Je zaměřena na nespokojenost s vlastním tělem u žen a mužů trpící mentální anorexií. I když je tělesná nespokojenost a mentální anorexie spíše onemocněním, které postihuje převážně ženy, nevyhýbá se ani mužům, u kterých incidence této patologie stoupá. Z předešlých výzkumů se ukazuje, že jsou ženy mnohem více nespokojené se svým tělem než muži (Koudelka, 2009). Ve svém výzkumu tedy zjišťuji rozdíly v míře nespokojenosti s vlastním tělem, osobnostními rysy, sebedřívěním, vlivem sociálních sítí a médií u mužů a žen s již rozvinutou mentální anorexií, přičemž předpokládám signifikantní rozdíly ve výsledcích testů mezi pohlavími.

V následujících kapitolách je popsána metodologie navrženého výzkumu. V úvodní části je specifikována výzkumná otázka, cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky. Dále je popsán výzkumný soubor, metody jeho výběru, metody sběru dat a samozřejmě způsob administrace. Závěr je věnovaný způsobu zpracování dat a diskuse nad navrhovaným výzkumem s jehož možnými limity.

2 Výzkumný problém, cíle, a výzkumné otázky

V následujících kapitole je popsán výzkumný problém, cíle mého výzkumu a otázky, na které navrhovaný výzkum zjišťuje odpovědi.

2.1 Výzkumný problém

Jak dokazuje mnoho výzkumů, se svým tělem jsou mnohem více znepokojeny ženy. Předpokládá se, že na vznik negativního sebepojetí a mentální anorexie mají vliv některé osobnostní vlastnosti. Často se vyskytuje: ctižádostivost, vysoké ambice, zaměřenost na výkon a úspěch, svědomitost, perfekcionismus, nízké sebevědomí, nejistota, potřeba sebekontroly a sebeovládání, úzkostnost, neuroticismus (Krch, 2005). Cash (2002) k výše zmíněným přidává obsesivnost a rigiditu, přičemž upozorňuje, že nejvyšší důležitost je dána fyzickému vzhledu. Porucha se tak vyvine z osobního přesvědčení o fyzické nedokonalosti, kterou jedinec může odstranit omezením, cvičením, úbytkem hmotnosti. Podle výzkumů Gilové a kol. (2005) jsou mezi muži s mentální anorexií a ženami rozdíly v některých osobnostních aspektech, například v perfekcionismu, obavě z dospívání a jak dodává Novák (2010) i v míře sebevědomí. Taktéž je potvrzeno, že ženy jsou více než muži vystaveny kulturnímu tlaku a očekávání okolí v oblasti vzhledu (Cash, et al., 2002).

Jelikož nemáme mnoho výzkumů, které by zkoumaly rozdíly mezi ženami a muži s již diagnostikovaným onemocněním mentální anorexie a negativním tělesným sebepojetím, tato práce by měla přispět k rozšíření poznatků v této oblasti.

2.2 Cíle

Cílem navrhovaného výzkumu je zjistit, jaký je rozdíl mezi ženami a muži, jejichž tělesná nespokojenost vyústila až k onemocnění mentální anorexií. Sleduji, jaký je rozdíl mezi oběma pohlavími, trpící touto poruchou, v míře tělesné nespokojenosti, osobnostních charakteristikách (Perfekcionismus, Neuroticismus, Extraverze, mírou sebevědomí aj.) a ve frekvenci sledování sociálních medií (Facebook, Instagram).

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Existuje rozdíl mezi mírou nespokojenosti s vlastním tělem u žen a mužů s MA ?

Výzkumná otázka č. 2: Existuje rozdíl mezi osobnostními vlastnostmi měřenými pomocí NEO-FFI u žen a mužů s MA ?

Výzkumná otázka č. 3: Existuje rozdíl mezi sebepřijetím a kompetentností, zjišťovanou testem SLCS-R u žen a mužů s MA?

Výzkumná otázka č. 4: Existuje rozdíl ve frekvenci navštěvování sociálních sítí (Facebook, Instagram) mezi ženami a muži s MA?

3 Metodologie výzkumu

Tato kapitola je věnována popisu výzkumného souboru, metodám, pro zjištění výzkumných otázek, dále proces administrace a postup zpracování získaných dat.

3.1 Výzkumný soubor

Pro tento výzkum je hlavním kritériem pro výběr respondentů diagnostikovaná mentální anorexie s negativním tělesným sebehodnocením. Z výzkumného souboru budou vyřazeni lidé, kteří trpí mentální anorexií v důsledku somatického onemocnění, spojené běžně s nechutenstvím, úbytkem hmotnosti a jejichž hubnutí nadále pokračuje (Baraníková, Nesrstová, 2005). Věkový limit pro výzkum je nastaven na 15-55 let, z důvodu toho, že zhruba 90 % onemocnění propuká v tomto věkovém období (Hartl, Hartlová, 2000). Dalším limitem je čas, který uplynul od diagnostikování. Předpokládám totiž, že po diagnostikování je ihned nasazena léčba, která by mohla ovlivnit výsledky výzkumu. (Vzhledem k tomu, že osobnostní charakteristiky se u člověka mohou změnit v období 3 měsíců, 3 měsíce jsou i pro můj výzkum hraniční). Základní soubor budou tedy tvořit muži a ženy ve věku 15-55 let s diagnostikovanou MA v uplynulých 3 měsících.

Sběr dat bude proveden nenáhodným výběrem v ambulantních zdravotnických zařízeních a v psychiatrických lůžkových zařízeních v největších městech České Republiky: Praha, Plzeň, Karlovy Vary, Ústí nad Labem, Liberec, Hradec Králové, Pardubice, České Budějovice, Jihlava, Brno, Olomouc, Zlín, Ostrava. Mým cílem je sebrat genderově vyvážený vzorek celkem 200 respondentů.

3.2 Metody

Pro tento typ výzkumu jsem zvolila kvantitativní design výzkum pro efektivní sběr velkého počtu informací.

Pro sběr dat bude použita baterie dotazníku, obsahující:

- *Úvodní dotazník – základní údaje o respondentech*
- *Dotazník NEO-FFI*
- *Škálu SLCS – The Self-Liking/Self Competence Scale*
- *Dotazník Figure Rating Scale*
- *Dotazník frekvence využívání sociálních sítí*

Úvodní dotazník

Úvodní dotazník mi složí pro rozdělení výzkumného vzorku pro vyhodnocení a porovnání mužů a žen s onemocněním mentální anorexie. Zjišťuji ním základní údaje o respondentech: pohlaví, věk, místo bydliště, datum diagnostikování mentální anorexie. Taktéž obsahuje otázky zaměřené na další psychiatrické onemocnění, čímž pomůže eliminovat nevhodné respondenty.

Dotazník NEO-FFI

NEO dotazníky patří mezi nejznámějšími dotazníky pro měření jednotlivých osobnostních dimenzí Big Five, vytvořený Costou a McCraem. Nejprve byl vytvořen model zahrnující Neuroticismus, Extroverzi a Otevřenost vůči zkušenostem. Později byly do osobnostního modelu zahrnuty i další dvě dimenze – Přívětivost a Svědomitost. NEO-FFI je zkrácená verze revidované formy NEO a řadí se mezi vícerozměrné inventáře založené na pětifaktorovém modelu osobnosti, jež vychází z faktorové analýzy přídavných jmen, které jsou používány k popisu osobnosti.

Tento test zjišťuje míru individuálních odlišností a poskytuje údaje o pěti osobnostních dimenzích: 1. Neuroticismus reflektující anxieta, hostilitu, depresi, vědomí sebe, impulzivitu a zranitelnost; 2. Extroverzi zahrnující vřelost, družnost, asertivitu, aktivitu, vyhledávání vzrušení a pozitivní emoce; 3. Otevřenost vůči zkušenostem poukazující na fantazii, estetické prožívání, orientace na ideje a hodnoty; 4. Přívětivost obsahující altruismus, empatii, důvěru, péči o jiné a 5. Svědomitost vyjadřující systematickosti, přesnost, cílevědomost a čestnost. České vydání testu je původním autorským dílem M. Hřebíčkové a T. Urbánka. V České republice byl test revidován na vzorku více než 2000 osob (Hřebíčková, Urbánek, 1997)

Administrace metody: NEO – FFI obsahuje 60 položek, které jsou rozděleny do pěti škál (Neuroticismus, Extroverze, Otevřenost vůči zkušenostem, Přívětivost a Svědomitost). Každá z pěti škál je tedy tvořena 12 položkami, na které respondenti odpovídají prostřednictvím pětibodové škály.

Škála SLCS

Škála SLCS byl vytvořena Tafarodem a Swannem, pro rozlišení dvou dimenzí sebehodnocení. Původně dvacetipoložkový test byl v roce 2001 revidován a vznikl tak dotazník SLCS – R, který má v současnosti 16 položek. V České republice ověřovala psychometrické vlastnosti dotazníku Machanová na souboru 221 SŠ a VŠ studentů (Machová, 2009).

Administrace metody: 16 položkový test je rozdělen na škálu sebestřetivost a kompetentnosti. Každá škála má osm položek, z nichž jsou čtyři položky formulovány pozitivně a čtyři negativně. U každé otázky vyjadřuje respondent míru svého souhlasu na pětibodové škále. Maximum subškály je 40, minimum osm a teoretický průměr je 24. Rozsah celé škály je od 16 do 80 a teoretický průměr je 48.

Dotazník Figure Rating Scale

Jak jsem již tento test popsala v teoretické části práce, jedná se o nestandardizovanou metodu sloužící ke zjištění subjektivní spokojenosti/nespokojenosti s vlastní tělem, vytvořený Stunkardem a kol.

Administrace metody: Proband v tomto testu určuje na škále 9 ženských (v případě mužů na 9 mužských) postavách, které jsou seřazeny od nejtíhlejší po nejsilnější, která nejvíce odpovídá jeho představě o svém těle, dále tu, která se nejvíce blíží jeho ideálu, a nakonec ještě jednu, která podle něj reprezentuje to, jak ho vidí a hodnotí okolí. Diskrepance mezi první a druhou položkou určuje hodnotu proměnné spokojenost/nespokojenost s vlastním tělem.

- Hodnota 1 = adekvátní body image. Sebestřetivost (položka 1.) a objektivní ukazatel (položka 3.) mají stejnou hodnotu nebo se liší maximálně o jeden stupeň a odpovídají BMI.

- Hodnota 2 = neadekvátní body image. Sebepercepce a objektivní ukazatel se liší o dva a více stupňů, nebo o méně ale hrubě neodpovídají BMI (Léblková, 2009).

Dotazník využívání sociálních sítí

Tento mini dotazník je vytvořen přímo pro účely tohoto návrhu výzkumu a obsahuje celkem pět mapujících otázek, na které respondent odpovídá výběrem jedné z nabízené možnosti, popřípadě volbou „jiné“ a slovním doplněním odpovědi.

Dotazník využívání sociálních sítí slouží jako zdroj informací, jak často respondenti navštěvují sociální sítě (Facebook, Instagram, Pinterest aj.), jak dlouho na nich denně tráví, v jakou denní dobu se k nim připojují, k čemu tyto sítě využívají, co na nich vyhledávají.

3.3 Administrace

Základem pro získání dat je domluvení spolupráce s ambulantními zdravotnickými zařízeními a s psychiatrickými lůžkovými zařízeními v uvedených městech. Předem vybrané instituce seznámím se záměrem výzkumu, jeho cíli, a navrhnou možnost spolupráce. Jelikož nemocnice nemohou poskytovat údaje o pacientech, poprosím ošetřující lékaře/psychology/psychiatry o zjištění zájmu o spolupráci na výzkumu u svým pacientů, kteří splňují má kritéria výběru. Pokud pacienti budou s výzkumem souhlasit, domluví si s nimi termín testování. Dotazníky budou předkládány respondentům v papírové podobě osobně. Nebudu testy zapůjčovat domů z důvodu možného zkreslení zvláště u mladších ročníků (vliv rodičů, vrstevníků, apod.). Před samotným testováním představím respondentům cíl výzkumu, na kterém se svými odpověďmi podílejí, popíši průběh celého testování, způsob zaznamenávání odpovědí, informuji je o jejich právech – kdykoli výzkum ukončit nebo neodpovídat na otázky, na které nebudou chtít odpovědět a ujistím je o anonymitě.

3.4 Metody zpracování a analýzy dat

Nejdříve ze všech vybraných dotazníků provedu formální a logickou kontrolu dat, poté získám hrubé skóry respondentů u jednotlivých dotazníků. U demografických otázek bude provedena základní deskriptivní statistika. Pro vyhodnocení NEO-FFI, SLCS a Figure Scale Rating použiji nepárový test. Pro zjištění statisticky významných rozdílů mezi ženami a muži, použiji Mann – Whitneyho test. Tyto testy budou prováděny na hladině významnosti 0, 05. Díky analýze výsledků získáme také řadu popisných dat, například, jak dlouho tráví lidé času na sociálních sítích, jaké sítě preferují, jaké osobnostní charakteristiky převažují u lidí s mentální anorexií, jaký mají k sobě tyto lidé vztah apod. Pro přehlednost tyto výsledky zaznamenám do tabulek v přílohách.

4 Diskuze

Body image a nespokojenost s vlastním tělem se v posledních několika desetiletí stala velmi frekventovaným pojmem. Stala se objektem bezpočtu studií, výzkumů, ale taktéž objektem médií, potravinářského a farmaceutického průmyslu.

V teoretické části, jsem se pokoušela zmapovala oblast tělesné nespokojenosti u mužů a žen s mentální anorexií. Tělesné sebepojetí je multidimenzionální koncept, jehož úroveň spokojenosti je snadno ovlivnitelný různými faktory a jejich souhrou. Nejpočetnější a nejvíce ohroženou skupinou jsou mladé ženy, jež jsou vystaveny největšímu tlaku okolí, převážně tlaku médií. V soudobé společnosti se čím dál častěji vyskytuje negativní body image i u mužů. Rozdíl, proč je nespokojených žen stále více než mužů je dle autorů fakt, že muži mají jiné osobnostní a biologické předpoklady, a i média jsou na ně méně zaměřena. Z negativní body image ke vzniku mentální anorexie dochází v případě, že rizikové faktory, jako osobnostní rysy, sociální a rodinné charakteristiky, nevhodně zvýší zájem o tělo, příjem potravy, sebekontrolu, které vedou k úmyslnému snižování váhy.

Cílem empirické části bylo zjistit, jaké jsou rozdíly mezi ženami a muži v různých psychologických a sociokulturních oblastech u lidí trpícími touto poruchou. V rámci diskuze nastíním možné limity a přednosti navrhovaného výzkumu.

Respondenti byli vybíráni nenáhodným výběrem v ambulantních zdravotnických zařízeních a v psychiatrických lůžkových zařízeních v České Republice, aby byla zajištěna kritéria výzkumu – diagnostikovaná mentální anorexie v uplynulých třech měsících, genderově vyvážených. Dle průzkumů Ústavu zdravotnických informací a statistiky z roku 2015 byl celkový počet ambulantních pacientů s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy 3561, z toho pouhých 418 mužů a zbytek žen. S přesnou diagnózou mentální anorexie bylo v ten samý rok hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 14 mužů a 259 žen (Nechanská, 2016). Z těchto údajů vyplývá, že sehnat genderově vyvážený vzorek bude při počtu 200 lidí téměř nemožný, nebo sběr dat bude probíhat po několik let. V takovém případě bude muset být brán ohled na aktuální kult krásy a nově vzniklé sociální sítě, případně při zpracování a interpretaci dat brát tuto nevyváženost v úvahu. Stejně tak tomu bude u věkového rozvržení, dle ÚZIS je nejvíce hospitalizovaných pro poruchu příjmu potravy ve věku 15-19 let, druhou nejvíce početnou skupinou jsou děti ve věku 10-14, ale ty již nezapadají do mého kritéria (Nechanská, 2016). Jelikož je věkové rozpětí celkem široké, je zapotřebí vzít v úvahu

při interpretaci dat i vývojové změny, kterými člověk prochází, některé osobnostní vlastnosti se pravděpodobně budou odlišovat v závislosti na věku. Dalším limitem toho výzkumu může být i to, že všechny testy jsou sebeposuzovací. Lidé se mentální anorexií mají časté tendence manipulovat s ostatními lidmi (Krech, 2010), proto je možné očekávat jistou stylizaci při vyplňování této baterie testů.

Je známo mnoho studujících, které se zabývají rozdíly mezi ženami a muži ve vztahu s negativním sebepojetím, co ale již není moc zkoumáno je rozdíl mezi pohlavím, jež jejich tělesná nespokojenost dospěla až k mentální anorexii. Což by měl být přínos výše navrhovaného výzkumu. Kromě zjištění rozdílů mezi pohlavím se získá mnoho popisných dat, které mohou být podnětem k dalšímu výzkumu. Zajisté by bylo vhodné doplnit dotazníkové šetření i rozhovorem, který by ujasnil a prohloubil získané informace.

5 Závěr

Tato bakalářská práce shrnuje dosavadní poznatky o nespokojenosti s vlastním tělem u klinické populace. Jsem si vědoma, že v rámci rozsahu bakalářské práce jsem nemohla pokrýt celou šíři tohoto fenoménu a vybrala tak pouze ty, které mi přišly nejvhodnější pro její vypracování.

Cílem této práce bylo blíže představit problematiku nespokojenosti s vlastním tělem u mužů a žen s mentální anorexií. V literárně přehledové části jsem pro potřeby této práce okrajově představila onemocnění mentální anorexie a jeho příznaky. Následně jsem se v práci zaměřila na tělesné sebepojetí a rizikové faktory, které ovlivňují spokojenost se svým tělem. Na základě přečtené literatury jak od českých, tak zahraničních autorů, kteří se tímto tématem zabývají, jsem se rozhodla svou pozornost nejvíce zaměřit na tělesnou nespokojenost u žen a mužů s mentální anorexií. V poslední kapitole teoretické části jsem blíže přiblížila několik metod, pro měření tělesného sebepojetí. V empirické části jsem představila návrh výzkumu, který je zaměřen na zjištění rozdílů v míře tělesné nespokojenosti, osobnostních charakteristikách a ve frekvenci sledování sociálních medií mezi ženami a muži s diagnostikovanou mentální anorexií.

V úplném závěru této práce bych ráda vyjádřila své stanovisko, které k této problematice sama zaujímám. Z uvedených zdrojů je patrné, že tělesná nespokojenost je velmi rozšířená po celém světě a velmi ovlivňuje život mnoha lidem. Někteří lidé svou nespokojenost zvládnou, jiní ne. Záleží na osobnosti člověka, jeho okolí a v podstatě i na tom, jak on sám je ochoten naslouchat mediálnímu kultům krásy. Je to široké spektrum rizikových faktorů, které mohou vyústit až k patologickému vnímání svého těla a přispět tak ke vzniku mentální anorexie. Takovou příčinou se může stát i pouze jedna špatná věta, která zafunguje jako spínač a obrátí člověku život vzhůru nohama. Člověk začne o sobě uvažovat jinak, začne mít potřebu změnit své nedostatky, přičemž jeho motivací je touha po dokonalosti a s tím spojenými benefity, které krásné, štíhlé, popřípadě vypracované tělo nabízí. Člověk je tvor společenský (Aristoteles) a touží po společenském uznání a ocenění. Bohužel člověk, který se začne až příliš zajímat svým tělem, začnou přicházet o své pravé já. Obvykle optimistický, veselý a otevřený člověk se stane uzavřenějším, smutnějším. Smích se vytrácí, nálada se zhoršuje, často přechází do deprese, přestane vyhledávat společnost, i když paradoxně pro ni to všechno dělá. Neustálé myšlenky na to, jak člověk vypadá mu berou jak psychickou, tak fyzickou sílu.

Myslím si, že na samé hranici, kdy už je člověk vyhublí až na kost, nebo zohyzený různými plastikami, si začne pomalu připouštět, že něco nemusí být v pořádku. Sám sebe ale stále vidí jinak, a proto je tak těžké začít s tím něco dělat. Navíc v současné době je kladen opravdu velký tlak na to, jak člověk vypadá. Médii nám jsou vybírány naše vzory, do kterých se snažíme stylizovat, protože tak je to přece nejlepší a zaručí nám to spokojený a šťastný život ve všech sférách života.

1 Seznam použité literatury

Argyrides, M., Kkeli, N. (2013). Appearance Schemas Inventory - Revised: Psychometric Properties of the Greek Version in a Female Sample. *North American Journal of Psychology*, 15(3).

Baraníková, Z., Nesrstová, M. (2005). Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 6, [cit. 22.07.]. Dostupný z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf>.

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

BMI classification [online]. World Health Organization (WHO). [cit. 07.7.2017]. Dostupný z: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.

Cooper, P., J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia.

Crisp, A., H. & Toms, D., A. (1972). Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report on 13 Cases. *British Medical Journal*. [online]. 1, [cit. 22.07.].

Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1787291/pdf/brmedj02188-0026.pdf>.

Crook, M. (1995). *V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image*. Ostrava: OLDAG.

Curtis, C., & Loomans, C. (2014). Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction. *Women's Studies Journal*, 28(2).

Dixon, D., Esslinger, K., Yen, W., & Grimes, A. (2015). Body Image Perception and Body Dissatisfaction Gender Differences. *Kapherd Journal*, 53(1).

Erikson, E., H., (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál.

Fairburn, Ch., G., Doll, H., A., Welch, S., L., Doll, H., A., Davines, B., A., O'Connor, M., E. (1998). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. [online]. 55(5), [cit. 22.07.].

Dostupný z: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/203880>.

Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů*. Praha: Grada.

Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.

Fialová, L. (2010). Fyzické a psychické aspekty sebepojetí ženy. *Tělesná kultura*, 33(1).

Fisher, S., Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: Závažné sociální patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Polivy, J., (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int'l journal of eating disorders*, 2(2).

Gila, A., Castro, J., Cesena, J., & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of Adolescent Health*, 36.

Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.

Grogan., S. (2006). *Body Image and Health. Contemporary Perspectives*. *Journal of Health Psychology*, 11(4).

Hagman, J., Gardner, R., Brown, D., Gralla, J., Fier, J., Frank, G., Gardner, R. M., et al. (2015). Body size overestimation and its association with body mass index, body dissatisfaction, and drive for thinness in anorexia nervosa. *Eating*, 20(4).

Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5.

Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci). *Československá psychologie*, 48(6).

Hřebíčková, M., Urbánek, T. (2001) *Neo pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.

Hsu, L., K. (1990) *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

Jaffa, T. & McDermott, B. (2007). *Eating Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.

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

Koudelka, J. (2012). Marketingový význam body image. Zlín: Verbum.

Koutek, J. (2011). Poruchy příjmu potravy. Česlo-slovenská pediatrie, 66(4).

Krch, F., D. (1999). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada.

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

Krch, F., D. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada.

Krch, F., D. (2010). Mentální anorexie. Praha: Portál.

Krch, F., D., Švédová, J. (2013). Příručka pro zdravotníky aneb různé tváře poruch příjmu potravy. Brno: Anabel.

Ladish, L., C. (2006). Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, Jak jim předcházet, Jak je léčit. Ružomberok: EPOS

Léblová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. E-
psychologie [online]. 4(3), [cit. 7.07.]. Dostupný z:
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ece747aa-1ec3-428e-8cec-a55ec357a703%40sessionmgr101>

Mrazek, J., Fialová, L., Rossiyskaya, N., Bykhovskaya, I. (2004). Health and physical activity in Central and Eastern Europe. [online], [cit. 7.07.]. Dostupný z: https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&id_artikel=ART100543&uid=frei

Navrátilová, M., Češková, E., Sobotka, L. (2000). Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti. Praha: Maxdorf.

Neangu, A. (2015). BODY IMAGE: A THEORETICAL FRAMEWORK. The publishing house of the romanian academy. [online]. 3(1), [cit. 7.07.]. Dostupný z : <http://www.acad.ro/sectii2002/proceedingsChemistry/doc2015-1/Art04Neangu.pdf>

Nechanská, B. (2016). Poruchy příjmu potravy v ČR v letech 2009-2015.[online], [cit. 12.07.]. Dostupný z : <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-poruchami-prijmu-potravy-cr-letech-2009-2015>

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

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

Procházková, L., Ševčíková, J. (2017). Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Praha: Pasparta.

Rašticová, M. (2009). Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. E-psychologie [online]. 3(1), [cit. 7.06.]. Dostupný z : <http://www.epsycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>. ISSN 1802-8853.

Rosen,C., Srebnik, D., Saltzberg, E., Wendt, S. (1991). Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(1).

Sheldon, P. (2010). Pressure to be perfect: Influences on college students' body esteem. *Southern Communications Journal*, 75(3).

Schilder, P.(1999).The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche.London: Routledge.

Stackeová, D. (2007). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *Psychosomatická medicína*, 5.

Stárková, L. (2002). Mentální bulimie u mužů. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 5, [cit. 12.07.]. Dostupný z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/05/09.pdf>.

Striegel-Moore, R., H. & Garvin, V. & Dohm, F., A. & Rosenheck, R., A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders*, [online]. 25, [cit. 12.07.].

Dostupný z: www.onlinelibrary.wiley.com.

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., a kol. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, [online]. 31(3), [cit. 14.07.].

Dostupný z: https://www.researchgate.net/publication/11444200_Personality_perfectionism_and_attitudes_toward_eating_in_parents_of_individuals_with_eating_disorders

Zellner, D., Harner, D., Adler, R. (1989). Effects of eating abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*. [online]. 98 (1), [cit. 19.07.]. Dostupný z : http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41175178/Effects_of_Eating_Abnormalities_and_Gender.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500831217&Signature=F2rlEDX6vS3Y2PclQWQDDWE28QY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEffects_of_Eating_Abnormalities_and_Gend.pdf