

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Katedra psychologie



**Bakalářská práce**

Mgr. Věra Pivoňková Ph.D.

**Body image a nespokojenost s vlastním tělem**

**u pacientek s mentální anorexií**

Body image and body dissatisfaction in patients with anorexia  
nervosa

Praha 2018

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová CS.c.

Prohlášení:

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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 30.července 2018*

.....  
Věra Pivoňková

Poděkování:

*Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Tamaře Hrachovinové CS.c., za její cenné rady a podporu při tvorbě bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala celé své rodině, za podporu a toleranci, se kterou ke mně přistupovala v čase, kdy jsem se místo plnění svých domácích povinností či společného trávení volného času, věnovala studiu a psaní bakalářské práce. Bez této podpory a tolerance, by mé studium možné nebylo.*

**Klíčová slova (česky)**

body image, mentální anorexie, nespokojenost s vlastním tělem, distorze velikosti těla, attachment

**Klíčová slova (anglicky):**

body image, anorexia nervosa, dissatisfaction with own body, body size distortion, attachment

## **Abstrakt (česky)**

Bakalářská práce se věnuje tématu body image a nespokojenosti s vlastním tělem u pacientek s mentální anorexií. V teoretickém úvodu práce přibližuje konstrukt body image a dále se zaměřuje zejména na popis základních mechanismů jeho vzniku. Je zmíněna také dobová a kulturní podmíněnost tohoto fenoménu. V západních společnostech narůstá nespokojenost s vlastním tělem, kvůli všeobecně přijímanému ideálu štíhlosti. Tato skutečnost je dávana do souvislosti s nárůstem poruch příjmu potravy, mezi které patří i mentální anorexie. V práci jsou zmíněna specifika mentální anorexie ve vztahu k body image. Práce obsahuje návrh výzkumné studie zaměřené na porovnání body image (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ), nespokojenosti s vlastním tělem (test siluet podle Dosedlové), způsobu situačního sebeuvědomění (Situational Self-Awareness Scale, SSAS) a typu rodičovského attachmentu (Parental Bonding Instrument, PBI), mezi výzkumným vzorkem 40 pacientek s mentální anorexií ve věku 15-18 let a srovnávací skupinou žen z neklinické populace. Předpokládané výsledky studie jsou v závěru práce diskutovány s výsledky předchozích studií.

**Abstract (in English):**

The bachelor thesis deals with body image and dissatisfaction with own body in patients with anorexia nervosa. The construct of body image is described in the theoretical introduction and furthermore the focus is mainly on the description of the basic mechanisms of its formation. The historical and cultural conditionality of this phenomenon is also mentioned. In Western societies, the dissatisfaction with one's own body is growing, thanks to the universally accepted ideal of slenderness. This fact is associated with an increase in eating disorders, including anorexia nervosa. The paper mentions the specifics of anorexia nervosa in relation to body image and subsequently includes a proposal of a research study focused on comparison of body image (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ), dissatisfaction with one's body (Dosedlova test silhouette), state of situational self-awareness (Situational Self-Awareness Scale, SSAS) and type of parental attachment (Parental Bonding Instrument, PBI), among the sample of forty women's patients with anorexia nervosa at the age of fifteen-eighteen and a comparative group of women from the non-clinical population. The expected results of the study are discussed in the conclusion with the results of previous studies.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
1. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST.....	10
1.1 Charakterizace body image.....	10
1.2 Kulturní podmíněnost body image.....	10
1.3 Mechanismy vytváření body image.....	11
1.4 Nespokojenost s vlastním tělem.....	13
1.5 Mentální anorexie.....	15
1.5.1. <i>Charakteristiky mentální anorexie, diagnostika a prognóza</i> .....	15
1.5.2 <i>Mentální anorexie a body image</i> .....	20
1.5.3 <i>Léčba mentální anorexie pomocí zlepšení body image</i> .....	25
2. NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU.....	28
2.1 Výzkumná otázka a formulace hypotéz .....	30
2.2 Výzkumný vzorek a metody.....	34
2.2.1 <i>Popis vzorku</i> .....	34
2.2.2 <i>Popis metod</i> .....	37
2.3. Návrh statistické analýzy.....	47
3. DISKUZE.....	48
3.1. Diskuze předpokládaných výsledků.....	48
3.2. Limitace výsledků navržené studie... ..	55
4. ZÁVĚR.....	56
5. SEZNAM LITERATURY.....	59
6. SEZNAM ZKRATEK.....	65
PŘÍLOHY.....	66
PŘÍLOHA 1.....	66
PŘÍLOHA 2 .....	69

## ÚVOD

Cílem bakalářské práce je teoretické zpracování tématu body image ve vztahu k nespokojenosti s vlastním tělem u pacientek s mentální anorexií. V současné době je tématu body image věnována v odborné literatuře zvýšená pozornost v důsledku nárůstu nespokojenosti s vlastním tělem a to zejména mezi ženami v západních společnostech, kde je všeobecně rozšířený ideál štíhlosti. Tento ideál je však pro většinu žen, z důvodu jejich odlišné tělesné konstituce, prakticky nedosažitelný. Část žen se přesto snaží tohoto ideálu dosáhnout pomocí držení redukčních diet a tělesných cvičení. Toto chování se však v některých případech rozvine do patologického chování, kde místo redukční diety nastupuje dlouhodobé hladovění a odpírání potravy, vyvolávání zvracení, či používání laxativ, a dále také excesivní tělesná cvičení. Pokud ženy v tomto chování pokračují, mohou se u nich postupně rozvinout poruchy příjmu potravy, ke kterým řadíme mentální anorexii, bulimii či psychogenní přejídání. V případě mentální anorexie se jedná o závažné psychiatrické onemocnění, které má mezi psychiatrickými onemocněními nejvyšší mortalitu.

Moje práce se podrobněji zaměřuje na body image a nespokojenost s vlastním tělem u pacientek s mentální anorexií. Body image a nespokojenost s vlastním tělem je v případě těchto pacientek ovlivněna dalším specifickým faktorem, a to distorzí vnímání velikosti těla, která nespokojenost s vlastním tělem dále zvyšuje. Pacientky s mentální anorexií se obvykle vnímají jako silnější a rozložitější než ve skutečnosti jsou. Předložená práce se snaží zmapovat modely vysvětlující příčiny této distorze.

Výsledky předchozích studií a klinických pozorování dále ukazují, že v léčbě mentální anorexie nestačí pouze zvyšovat tělesnou hmotnost pacientek, neboť tato léčebná procedura u nich nespokojenost s vlastním tělem zhoršuje, což dále zvyšuje pravděpodobnost relapsu tohoto onemocnění. Je proto nutné do léčby zahrnout také metody, které pacientkám pomáhají snižovat nespokojenost s vlastním tělem a budovat pozitivnější body image. K těmto technikám patří například tělesné techniky, které pomáhají pacientkám zaměřovat pozornost spíše na tělesné prožívání, než na hodnocení těla, jako je např. jóga, masáže nebo techniky psychoterapie orientované na tělo. Dále se v předchozích studiích ukázalo, že typ emocionálně vřelého rodičovského attachmentu může sehrávat významnou preventivní úlohu jakožto ochranný faktor před internalizací ideálu štíhlosti, který stojí na počátku



rozvoje nespokojenosti s vlastním tělem a vzniku negativního body image. Z tohoto důvodu do návrhu výzkumu zahrnuji také faktor rodičovského attachmentu.

Součástí práce je návrh výzkumného projektu, který se zaměřuje na srovnání body image, nespokojenosti s vlastním tělem, stylu rodičovského attachmentu a způsobu situačního sebeuvědomění mezi výzkumným vzorkem pacientek s mentální anorexií a porovnávací skupinou zdravých žen obdobného věku. V návrhu výzkumného projektu předpokládám nalézt rozdíly mezi výzkumným a porovnávacím vzorkem ve všech výše zmíněných charakteristikách. Design výzkumu je koncipován kvantitativně metodou dotazníkového šetření. V závěru práce je uvedena diskuze předpokládaných výsledků studie a její limitace.

## 1. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

### 1.1 Charakterizace body image

Dnešní pojetí body image je daleko širší než původní definice německého sociálního psychologa Paula Schildera, která byla poprvé popsána v roce 1950 v knize Představa a vzhled lidského těla, jako obraz našeho těla, který si vytváříme v naší mysli. Chápání konceptu body image je v současném vědeckém výzkumu rozšířeno o další složky, tj. jakým způsobem své tělo daná osoba vnímá, jak o něm smýšlí a jaké emoce se pojí k vnímání jejího vlastního těla (Grogan, 2008). Problematice body image je v současné odborné literatuře a klinickém výzkumu věnována čím dál větší pozornost, neboť se v západních zemích zvyšuje prevalence nespokojenosti s vlastním tělem, a to zejména u mladých žen (Cash & Pruzinsky, 2002). Růst nespokojenosti s vlastním tělem je soustavně dokládán i v zemích bývalého východního bloku, tedy i u nás v České republice (Fialová, 2012). Negativní body image může vést k závažným psychologickým problémům a to jak u žen, tak i u mužů. Tyto potíže mohou zahrnovat poruchy příjmu potravy (Stice, 2002), sociální úzkostnost, depresivitu (Cash & Fleming, 2002a), poruchy sexuálních funkcí (Wiederman, 2002), nízký self-esteem (Fialová, 2012) a celkově sníženou kvalitu života (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004).

### 1.2 Kulturní podmíněnost body image

Mezipohlavní, mezietnické, mezikulturní, historické i věkové odlišnosti ve způsobu hodnocení a posuzování vlastního těla naznačují, že kultura a společnost hrají důležitou roli v konstruování a vytvoření body image jedince v průběhu jeho ontogenetického vývoje. Za velmi pravděpodobné zdroje těchto sociokulturních vlivů jsou považováni zejména rodiče, vrstevníci a média. V tomto procesu jedinci postupně internalizují sociální model ideálního body image. Sociálně reprezentovaný ideál je absorbován z kulturních reprezentací ideálů fyzické krásy. V západních společnostech je tento ideál nejsilněji prezentován prostřednictvím médií. Teoreticky se předpokládá, že ideál štíhlosti je internalizován, neboť jedinec přijme postoje, které jsou schválené důležitými a respektovanými jedinci z jeho okolí. Tento proces je označován jako sociální posilování. Internalizace ideálu štíhlosti následně vede ke vzniku nespokojenosti s vlastním tělem, protože tento ideál je pro většinu žen

nedosažitelný (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Tiggemann (2004) dále ukazuje, že sociokulturní tlak na to, aby ženy v západních společnostech dosáhly ideálu štíhlosti, je relativně stálý po celou dobu jejich života a vede k nespokojenosti s vlastním tělem, ke zdraví poškozujícím dietám (Keery, Van den Berg & Thompson, 2004), k poruchám příjmu potravy (Levine & Piran, 2004), ke kouření (King & Epstein, 2005) a k zákrokům plastické chirurgie (Sarwer & Crerand, 2004).

### 1.3 Mechanismy vytváření body image

Jak bylo zmíněno již výše, jedinec internalizuje sociální model ideálního body image. První sociální prostředí, které jedince v tomto smyslu ovlivňuje, je sociální prostředí jeho rodiny. Dále na jedince působí média a názory vrstevníků. Těmto faktorům, které také přispívají k rozvoji body image, však v práci nebudeme věnovat větší pozornost. Jsou navrženy dva základní mechanismy, jakými rodinné prostředí ovlivňuje vývoj body image u dětí: proces internalizace a proces identifikace (Cooke, 2002).

#### Mechanismus internalizace

Internalizace je definována jako neustálý postupný proces, v rámci něhož je interakce mezi jedincem a okolním světem nahrazena vnitřní reprezentací já (self) a těla. Očekávání rodičů vůči dítěti se vytváří v době po jeho narození a projevují se prostřednictvím postojů k němu, prostřednictvím komentářů a specifickým chováním vůči dítěti. Rodiče mají vliv na postoj dítěte k vlastnímu tělu, a dále ovlivňují i jeho sebe-obraz prostřednictvím vyvyšování či snižování určitých vlastností (Kolb, 1959). Dále bylo prokázáno, že rodičovské hodnocení hmotnosti u dětí a dospívajících (normální váha, nadváha a podváha) je daleko silnějším prediktorem sebevnímání vlastní hmotnosti než ostatní demografické charakteristiky nebo fyzické parametry dítěte (Levinson, Powell, & Steelman, 1986). Striegel-Moore and Kearney-Cook (1994) zjistili, že jak děti dospívají, rodiče zvyšují negativní percepce a postoje směrem k fyzickému vzhledu dítěte. Tento vzorec změny rodičovského pohledu je pravděpodobně příčinou postupného vývoje negativního tělesného schématu v případě dívek, neboť internalizují zvyšující se kritiku jejich rodičů. Děti internalizují způsob, jak jsou dotýkány, jakým způsobem je k nim hovořeno, zda

jsou akceptovány, či odmítány členy rodiny v celém průběhu jejich ontogenetického vývoje (Striegel-Moore & Kerney-Cooke, 1994).

### Mechanismus identifikace

Další mechanismus, který působí společně s přímými komentáři rodičů, a týká se vzhledu dítěte, je identifikace s rodičovským modelem. Tato identifikace se může týkat i toho, že se dítě identifikuje s rodičovskými obavami o tělesnou hmotnost, což může dále přispívat k problémům s hodnocením vlastního těla případě tohoto dítěte. Pro děti je totiž typické, že jejich rodiče jsou prvními osobami, se kterými se dívka nebo chlapec může identifikovat. Cooke (2002) předpokládá, že rodiče mohou mít určité poznámky na vzhled svého vlastního těla, mohou se zabývat redukčními dietami, nebo cvičením pouze z důvodů snížení hmotnosti. Skrze takovéto chování rodiče se může dítě naučit zaměřovat ve svém životě na tělesný vzhled a zároveň být nespokojené s tvarem svého těla. Tento fenomén je obecně označován jako proces identifikace. Podle Schildera (1950) interakce mezi matkou a dítětem ovlivňuje body image dítěte také proto, že dítě do jisté míry tělo rodiče inkorporuje a zároveň se identifikuje s rodičovským tělem jako s částí těla jeho samého. Dcery se s větší pravděpodobností identifikují se svými matkami, než se svými otci. Dívky se mohou identifikovat s mnoha aspekty matčiny postojů a s jejím chováním, což může zahrnovat i postoj matky ke svému vlastnímu tělu. Krátce řečeno, pokud matky kritizují své vlastní tělo, dcery se identifikují s tímto procesem a jsou vůči svému tělu také kritické (Chernin, 1985).

### Attachment a body image

Autoři Perry, Silvera, Neilands, Rosenvinge, & Hanssen (2008) ukázali, že typ attachmentu-tj. vazba mezi rodičem a dítětem, hraje klíčovou roli v procesu internalizace a identifikace. Ve své studii prokázali, že mladí dospělí, kteří udávali nízkou kvalitu emocionálních vazeb se svými rodiči, zároveň s tímto rozvinuli negativní self-koncept, který vede k nespokojenosti s vlastním tělem a k problémům v oblasti příjmu potravy. Další studie dokládá, že respondenti, kteří považují své rodiče za na emocionálně vřelé a vnímavé, jsou zároveň méně nespokojeni s vlastním tělem, na rozdíl od respondentů, kteří považují své rodiče za emocionálně chladné a

odměřené (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2006). Dále bylo prokázáno, že nejistý attachment je asociován s rostoucími obavami z tělesné hmotnosti a se zvýšeným rizikem vzniku poruch příjmu potravy (Sharpe, Killen, Bryson, Shisslak, Estes, & Gray, 1998). Slaton (2000) předpokládá, že proces internalizace sociokulturního ideálu krásy je mediován vztahem mezi vazbou matka-dítě a spokojeností s vlastním tělem. Respondentky, které udávaly vřelejší emocionální vazby s matkou, s menší pravděpodobností internalizovaly sociokulturní ideál štíhlosti a byly více spokojené se svým tělem. Jistý typ attachmentu podle výše uvedených autorů hraje zejména preventivní úlohu, pozitivně ovlivňuje sebejistotu dospívajících a ti jsou pak více odolní vůči společnosti propagovanému ideálu štíhlosti.

#### 1.4 Nespokojenost s vlastním tělem

Nespokojenost s vlastním tělem zahrnuje negativní myšlenky a pocity vztahující se k vlastnímu tělu (Grogan, 2000). Negativní body image (Body image dissatisfaction-BID) – nespokojenost s vlastním tělem zahrnuje fasetu hodnotového a emocionálního posouzení body image, a tímto způsobem poukazuje na postoj, který lidé zaujímají ke svému vlastnímu tělu (Thompson et al., 1999; Fialová, 2006). Nespokojenost s vlastním tělem by však neměla být považována pouze za subklinický ukazatel poruch příjmu potravy. Mnoho žen, které jsou nespokojené s vlastním tělem, nevykazuje symptomy poruch příjmu potravy (Tylka & Hill, 2004), ačkoliv nespokojenost s vlastním tělem bývá asociována s maladaptivním způsobem stravování (tj. méně „intuitivním“ stravováním, což je způsob stravování založený na konzumaci potravin na které máme chuť, v množství, které uspokojí hlad (Avalos & Tylka, 2006)), poruchami nálad (Thompson et al., 1999) a depresivními symptomy (Stice, Presnell, & Bearman, 2001).

Na výzkum body image u mužů a jejich možnou nespokojenost s vlastním tělem se doposud zaměřilo jen několik málo studií. Někteří z autorů jako např. Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, Jouvent, & Hudson (2000) poukazují na to, že v západních společnostech se zvyšuje se tlak na to, aby muži vybudovali štíhlé a zároveň svalnaté tělo. Další autoři spojují nespokojenost s vlastním tělem u mužů s problémy jako je nízký self-esteem, deprese a poruchy příjmu potravy (Cafri, Thompson, Ricciardelli, McCabe, Smolak, & Yesalis, 2005), nebo užívání anabolických steroidů (Wright, Grogan, & Hunter, 2000) a dalších anabolických

drog jako je růstový hormon. Toto chování je dále asociováno s vyšším rizikem přenosu nákazy krví přenosných chorob, v případě jejich injekční aplikace, a také s poruchami jater, ledvin a dalšími zdravotními problémy, které jsou spojené s užíváním těchto látek (Pope et al., 2000). Muži a chlapci si v průměru nejvíce přejí být svalnatější (Pope et al., 2000), na rozdíl od žen a dívek, které si v průměru přejí být štíhlejší (Tiggemann, 2004). Vzhledem k tomu, že se předložená studie zaměřuje pouze na ženy, problematika body image u mužů, nebude v práci dále podrobněji popisována.

### Nespokojenost s vlastním tělem a tělesná hmotnost

Na základě výsledků předchozích studií je v případě mladých žen s poruchami či bez poruch příjmu potravy nejsilnějším prediktorem nespokojenosti s vlastním tělem aktuální tělesná hmotnost (Grogan, 2000). Nicméně, důležitost nespokojenosti s vlastním tělem se ukazuje velmi komplikovaná, zejména u pacientů s MA, protože právě pokud jsou v nejzávažnějším stadiu rozvoje onemocnění, kdy dosahují nejnižší tělesné hmotnosti, je mnoho pacientů se svým tělem již poměrně spokojeno, nebo jsou dokonce na své vyzáblé tělo pyšní. V počáteční fázi onemocnění MA bývá nespokojenost s vlastním tělem impulzem pro snižování váhy, ale pokud je již dosaženo diagnostických kritérií mentální anorexie, tak průměrný pacient s MA může mít podobnou nespokojenost s vlastním tělem jako průměrná vysokoškolská studentka. Z tohoto plyne, že nespokojenost s vlastním tělem musí být vždy interpretována v kontextu aktuální tělesné hmotnosti, poněvadž stejná úroveň nespokojenosti s vlastním tělem může mít pro pacienty s rozdílnou tělesnou hmotností velmi rozdílné klinické dopady. Například u pacientek s MA může být nakonec nespokojenost s vlastním tělem pozitivním signálem v případě, že reflektuje touhu přibrat na váze. Pokud však nespokojenost s vlastním tělem indikuje přání ještě více zhubnout, pak může být signálem daleko závažnějšího rozvoje onemocnění (Garner, 2002).

Nárůst nespokojenosti s vlastním tělem je pak spojován s rozvojem poruch příjmu potravy. František Krch, přední český odborník na terapii PPP (Poruchy Příjmu Potravy), například píše: „Výskyt PPP se v poslední době rozšiřuje jak do nižších, tak vyšších věkových skupin. Nespokojenost s tělem a dietní tendence jsou zřetelné už u velké části dvanáctiletých děvčat a do ambulancí přichází stále častěji i ženy starší 30 let. Koncem puberty se některé anorektické příznaky mohou projevit až u 6

% děvčat. Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet se rozšiřuje výskyt PPP i mimo městskou populaci a zasahuje populační skupiny s nižším příjmem a vzděláním. Velká část mladých žen dnes zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim a neví, kolik by měly vážit“ (Krch, 2007).

Kulturní kontext touhy po hubnutí v souvislosti s diagnózou mentální anorexie

Výsledky studií ukázaly, že pacienti s MA dosahují extrémně nízké tělesné hmotnosti z různých psychologických důvodů. První popsání případů pacientů s MA v Evropě z počátku 19. století obavy z tloustnutí či nespokojenost s vlastním tělem vůbec nepopisují. První pravděpodobné popisy pacientů s MA z Číny a Indie také nezmiňují u těchto jedinců obavy z tloustnutí nebo nespokojenost s vlastním tělem. Tyto aspekty MA se zdají být proto specifické spíše pro pacienty ze Západních kultur. Některé výsledky studií, či klinická pozorování však ukazují, že i malá část pacientů s velmi nízkou hmotností ze Západních společností popírá nespokojenost s vlastním tělem, a to v jakékoliv fázi rozvoje onemocnění. Někteří z těchto pacientů uvádí, že omezili příjem potravy ze „spirituálních důvodů“, ze strachu z udušení, nebo kvůli averzi k textuře některých potravin, kvůli potravinovým alergiím, nebo ve spojení se vznikem somatického onemocnění. Tyto případy MA bývají potom označovány jako atypická anorexie, či nespécifická porucha příjmu potravy ( Garner, 2002). Někteří autoři proto navrhují změnit diagnostické kritérium PPP : „porucha body image“ na kritérium „přetrvávající odmítání příjmu potravy.“ Tato změna by pak natolik rozšířila diagnostická kritéria PPP, že by bylo možné, aby touto diagnózou byly popsány i případy onemocnění zaznamenané na území Evropy v odlišných časových obdobích nebo i v rámci neevropských kultur (Palmer, 1993).

## 1.5 Mentální anorexie

### 1.5.1. Charakteristiky mentální anorexie a její diagnostika a prognóza

Předchozí studie ukazují, že pouhá nespokojenost s vlastním tělem může vést k poruchám příjmu potravy, mezi něž řadíme i mentální anorexii. Mezi poruchy příjmu potravy kromě mentální anorexie, řadíme dále bulimii a psychogenní přejídání. Někteří jedinci jsou natolik nespokojeni se svým tělem, že prožívají nenávisť k sobě samému a ke svému tělu (*self-hate*). Ti se proto také snaží hubnout různými nežádoucími způsoby, které pak obvykle vedou k metabolickým poruchám,

psychiatrickým onemocněním a zhoršení mezilidských vztahů. (Björck, Clinton, Sohlberg, & Norring 2007). Vzhledem k tomu, že se předložená práce zaměřuje výhradně na mentální anorexii, ostatním poruchám příjmu potravy nebude dále věnována hlubší pozornost.

### Diagnostika mentální anorexie

Diagnóza mentální anorexie (MA) podle Mezinárodní Klasifikace Nemocí (MKN) -10. Podle aktualizované verze MKN 10 z 1.1. 2018 je uvedena mentální anorexie pod kódem F 50.0, jako porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN 10:

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.

C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

D. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.



E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

(MKN-10 , <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>).

Přední český psycholog Krch (2007), který se dlouhodobě věnuje terapii poruch příjmu potravy, doplňuje tyto diagnostické charakteristiky o své klinické postřehy: „Pro MA je příznačné zejména úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti ať už ve smyslu redukce energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdeje. Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst nemohou. V poslední době stále častěji argumentují tím, že chtějí být zdraví nebo výkonní. Omezování se v jídle je často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní). Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí a skladbě jídelníčku jsou i ke svému tělu, jeho proporcím a tělesnému výkonu.“

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) dále rozlišuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám zvracení, užívání laxativ nebo diuretik. Pokud například pacientka zvrací a její tělesná hmotnost je o 15 % nižší než odpovídá věku a výšce, jedná se o bulimickou formu anorexie (Krch, 2007).

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie, u depresivních poruch a některých typů závislostí (Krch, 2007).

## Prevalence

V této části práce vycházíme z textu, který byl publikován v roce 2017 ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky), Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016. Zde byly uveřejněny

statistické údaje pro celý okruh poruch příjmu potravy. Neboť text pracuje s procenty výskytu jednotlivých diagnóz, tedy jak s diagnózou mentální anorexie F50.0, tak i atypickou mentální anorexií, vůči výskytu všech diagnóz z okruhu Poruch příjmu potravy (PPP) uvádíme i procenta pro jiné diagnózy než F50.0 v celém rozsahu.

V roce 2016 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 419 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy (dg. F50). Téměř 65 % hospitalizací bylo pro diagnózu F50.0 - mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou F50.2 - mentální bulimie a 12 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie. Ostatní diagnózy z okruhu PPP byly příčinou desetiny hospitalizací pro poruchy příjmu potravy. Z hlediska věkové struktury bylo téměř 11 % z celkového počtu pacientů léčených pro dg. mentální anorexie F50 v roce 2016 ve věku 0–14 let, necelých 34 % ve věku 15–19 let a 56 % starších 20 let. Nejvíce pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo v roce 2016 léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy (105,0 pacientů na 100 tisíc obyvatel kraje), a to bylo o 3,1krát více než byl celorepublikový průměr (33,9). Průměr za ČR byl dále překročen v Libereckém (46,6), Královéhradeckém (36,3) a Jihomoravském kraji (35,9). Je ale nutné upozornit, že pacienti byli sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle jejich trvalého bydliště (ÚZIS ČR, 2017).

Smolík (1996) udává prevalenci mentální anorexie u mladých žen a dívek na území ČR ve výši 0,5–1,0 %. Dále dodává, že toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách. Krch (2007) ve svém článku uvádí prevalenci MA u žen ve věku 15-30 let ve výši 0,5- 0,8 %, což je plně ve shodě s předchozím odhadem.

### Incidence

Počet hospitalizací pro poruchy příjmu potravy v období 2010-2016 se zvýšil, a to z 363 hospitalizací v roce 2010 na 419 v roce 2016. Častěji byly hospitalizovány ženy, muži se v tomto období podíleli na celkovém počtu hospitalizací od 5 % do 10 %. V roce 2011 vzrostl podíl hospitalizací pacientů s diagnózou F50.0 (mentální anorexie) z 54 % v roce 2010 na 63 % v roce 2011, v následujících třech letech se počet těchto hospitalizací pohyboval kolem 62 %, v roce

2015 byl podíl téměř 64 % a v roce 2016 se zůstával téměř stejný. Podíl hospitalizací s diagnózou F50.2 (mentální bulimie) v letech 2010–2016 klesl z 25 % v roce 2010 na 13 % v roce 2016. Podíl diagnózy F50.1 (atypická mentální anorexie) ve sledovaném období pohyboval mezi 10–13 %, pouze v roce 2011 klesl podíl této diagnózy na 7 % (ÚZIS ČR, 2017).

V roce 2016 bylo v psychiatrických ambulancích v ČR léčeno s diagnózou poruch příjmu potravy (diagnózy F50.0–F50.9) celkem 3 580 pacientů, z toho bylo 90 % žen. PPP tvoří okruh onemocnění, kam patří jak mentální anorexie (odmítání jídla), bulimie (záchvaty přejídání a zvracení) a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 23 % z celkového počtu těchto pacientů. ( ÚZIS ČR, 2017) .

V roce 2016 byl tedy zaznamenán nárůst počtu pacientů s PPP ve srovnání s rokem 2015 o 823 případů. Není však uvedeno, kolik pacientů z tohoto celkového počtu trpí diagnózou mentální anorexie. Z tohoto důvodu zde nemůžeme podat přesnější informace o incidenci mentální anorexie nově zachycené v psychiatrických ambulancích v minulých letech na území ČR.

## Prognóza

Klinický obraz anorexie se ve 30 až 40 % případů mění v obraz bulimický a více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v anamnéze. U velké většiny bulimiček předchází přejídání období diet. Přibližně 10 až 20 % nemocných s poruchami příjmu potravy zůstává nezlepšeno a postupně přibývá další psychopatologie a zdravotních obtíží. O chronicitě se u PPP většinou hovoří po 10 až 15 letech trvání poruchy. Chronický průběh mentální anorexie je často spojen se sociální izolací a pracovní invalidizací nemocného. PPP mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobějším průběhu získávají určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Velké nebezpečí, především pro bulimičky, představují drogy a alkohol. V průběhu bulimie také přibývá depresivních příznaků a někdy může dojít i k vyhocení obsedantních rysů (Krch, 2007).

### *1.5.2 Mentální anorexie a body image*

#### Distorze vnímání velikosti vlastního těla

Pro mentální anorexii (MA) je typická přítomnost distorze ve vnímání velikosti vlastního těla, což je jedna s možných facet komplexnějšího body image. Pacienti obvykle uvádí, že se cítí silnější a rozložitější než skutečně jsou. Toto změněné vnímání tělesného schématu je hlavní klinický symptom MA, a také hlavní prognostický faktor, který zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem (Gardner & Brown, 2014). Nespokojenost s vlastním tělem pak vede u pacientů k obsesivní snaze o snížení váhy, která vede k restrikci příjmu potravy a intenzivním fyzickým cvičením. Empirické studie také potvrzují silné obavy plynoucí z fyzického vzhledu, které předcházejí vzniku onemocnění MA (Stice, 2002). Mentální anorexie bývá často vysvětlována ve smyslu výskytu zásadního deficitu ve vnímání a odhadu vlastní velikosti. Tento náhled na MA umožňuje částečně vysvětlit v mnohých případech až šokující prohlášení vyzábělých pacientek s MA, které tvrdí, že cítí velké obavy z tloustnutí, protože se „cítí příliš tlusté“ (Garner, 2002). Důležitost konstruktů body image v souvislosti s MA je reflektována jeho zahrnutím do diagnostických kritérií MA v DSM-IV, Americké psychiatrické asociace, 2000 jako: „intenzivní obava z tloustnutí, která se vyskytuje u pacientů s podváhou a porucha ve způsobu vnímání vlastní hmotnosti a hodnocení tvaru, nebo odmítání skutečnosti velmi nízké tělesné hmotnosti“ (Garner, 2002). Navzdory klíčové důležitosti těchto tendencí nadhodnocovat velikost a objem svého těla, bylo do nedávné doby jen velmi málo známo o příčinách a důsledcích tohoto fenoménu (Sadato, Morita & Itakura, 2008). V posledních letech se proto na tuto oblast zaměřila celá řada studií např. (Boehm, Fink, Tam, Fittig, Schol, Gantchev, & Ehrlich, 2016; Caspi, Amiaz, Davidson, Czerniak, Gur, Kiryati, & Stein, 2017).

Ve výzkumu, který se v posledních letech zaměřil na měření distorze ve vnímání velikosti vlastního těla u pacientů s MA, se objevují tyto základní směry:

- a) Výzkum předpokládá poruchu body image na úrovni percepce velikosti těla, kdy pacient nepřesně vnímá svou aktuální velikost.
- b) Výzkum předpokládá poruchu v kognitivně-evaluačním procesu, která je příčinou nespokojenosti s vlastním tělem a jeho dalšího znevažování.

Tyto dvě formy poruchy hodnocení body image jsou pak obecně považovány za dva nezávislé procesy a jsou dále zkoumány pomocí odlišné výzkumné metodologie. (Garner, 2002).

#### Měření distorze vnímání velikosti vlastního těla

Výzkum v této oblasti používá dvě výzkumné strategie. V rámci jedné se zaměřuje na měření odhadu velikosti celého těla, v rámci druhé strategie pak na odhad velikosti jednotlivých tělesných partií.

1. Techniky odhadu celkové velikosti těla za použití pozměněného obrazu vlastního těla pacienta (např. Caspi et al., 2017).

2. Techniky odhadu velikosti těla, které zahrnovaly odhad šířky a celkového objemu specifických partií těla ( tvář, hrudník, boky atd.) (např. Boehm et al., 2016).

Autoři Cash a Deagle (1997) ve své metaanalýze dospěli k názoru, že techniky využívající odhad celkové velikosti těla, vedly k přesvědčivějším výsledkům v porovnání s technikami odhadujícími velikost jednotlivých částí těla. Výsledky dále ukázaly, že průměrný pacient s poruchou příjmu potravy vnímá velikost svého těla v 73 % případů jako větší ve srovnání s průměrným zdravým jedincem ze srovnávací skupiny. Prozatím není dostatečně vysvětleno, proč jsou techniky používající obraz celého těla, z hlediska výzkumu odhadu těla, přesvědčivější. Existují úvahy, že tento aspekt souvisí s přímou konfrontací pacienta s jeho vlastním celkovým obrazem, na rozdíl od nepřímého odhadování šířky jednotlivých tělesných partií, což je vzdálené přirozené zkušenosti. Tuto úvahu podporují výsledky předchozích studií z oblasti percepce tváře, které byly interpretovány v tom smyslu, že tvář je pravděpodobně také vnímána a hodnocena holisticky, než aby byly odděleně vnímány její specifické části např. nos, oči, tvar obličeje atd. (Pivoňková, Rubešová, Lindová, & Havlíček, 2011). Způsob konfrontace s celým obrazem těla lze tudíž považovat za ekologicky validnější metodu, která je bližší přirozené zkušenosti. Může tak negativněji ovlivnit emocionální prožívání spojené s percepcí velikosti těla, což následně vede ke zvětšení velikost distorze. Výše zmíněná metaanalýza autorů Cashe a Deagla dále

ukázala, že rozdíly v distorzi vnímání velikosti těla mezi pacienty s MA a srovnávací skupinou nebyly způsobeny obecným deficitem ve schopnosti vizuální percepce, protože pacienti s MA se od srovnávací skupiny nelišili ve schopnosti odhadu velikosti jiných objektů (Cash & Deagle, 1997).

#### Nadhodnocování velikosti těla u pacientů s PPP a jeho možné příčiny

Nadhodnocování velikosti těla je u pacientů s MA běžné, nikoliv však specifické. Výsledky výše zmíněné metaanalýzy Cashe a Deagla dále ukázaly, že nadhodnocování velikosti těla je obecně rozšířené mezi pacienty s poruchou příjmu potravy, i když je relativně slabé, nestabilní a nemusí nutně vždy znamenat výraznou patologii. Pozorování, že nadhodnocování velikosti těla není specifické pouze pro pacienty s MA, by mohlo vézt k závěru, že distorze vnímání velikosti těla nemůže mít žádnou diagnostickou relevanci. Někteří autoři však dodávají, že by bylo předčasné vzdát se tohoto kritéria v případě MA, neboť se dále ukázalo, že míra distorze vnímání velikosti těla predikuje u pacientů s MA rozvoj další patologie, která zahrnuje další symptomy jako je deprese, anhedonie, atypické myšlení, problémy s jídlem, selhávání v léčbě a nepřítomnost klinického zlepšení (Junne, Zipfel, Wild, Martus, Giel, Resmark, ... & Herpertz, 2016). Ukázalo se také, že míra distorze ve vnímání velikosti těla je nestabilní v případě pacientů s MA a může být ovlivněna negativním emocionálním rozpoložením, prohlížením štíhlých žen v médiích, nebo aktuálním zážitkem vlastního přejedení (Loeber, Burgmer, Wyssen, Leins, Rustemeier, Munsch, & Herpertz, 2016). Cíle dalšího výzkumu v této oblasti by měly být zaměřeny na kvalitnější operacionalizaci měření odhadu velikosti těla a na větší porozumění předpokládaným psychologickým a neurobiologickým mechanismům, které tento jev způsobují.

#### Modely vysvětlující distorzi vnímání velikosti těla u pacientek s mentální anorexií

První model předpokládá, že nadhodnocený odhad velikosti těla pouze reflektuje nedostatky ve vizuální percepci. V tomto případě pacient/ka načítá rozložitější-objemnější obraz sebe sama ze své vizuální paměti, a proto odhad velikosti těla reflektuje spíše obraz z minulosti (Smeets, Ingleby, Hoek, & Panhuysen, 1999). To by však znamenalo, že se porucha distorze může objevit pouze u pacientek, které byly v minulosti rozložitější, silnější, a u kterých je tento obraz ve vizuální paměti k dispozici. Tato možná souvislost by měla být proto dále zkoumána.

Druhý model vysvětlující nadhodnocování velikosti těla dává tuto skutečnost do souvislosti s kognitivní rekonstrukcí vizuální reprezentace vlastního těla, založené spíše na způsobu smýšlení o svém těle a na pocitech s tělem spojených. V tomto případě, by tedy distorze vizuálního obrazu vlastního těla byla více ovlivněna pamětí pacienta na své pocity a myšlenky spojené s tělem, než jeho skutečnou vizuální percepcí. Někteří autoři uvažují také o tom, že neschopnost anorektických pacientů vnímat vlastní tělo adekvátně může být způsobena narušenou symetrií hemisfér v ukládání vizuálních reprezentací těla či narušenou interakcí hemisfér, která může souviset se sníženou aktualizací obrazu těla v pravé hemisféře prostřednictvím levé hemisféry, kde je obraz těla primárně uskladňován. V rámci tohoto pohledu je nadhodnocení velikosti těla chápáno jako záležitost týkající se spíše procesu zpracování informací, který reflektuje kognitivní posouzení zpracovávaných informací, než aby šlo o nepřesnou percepci velikosti těla. Z tohoto pohledu pak pacientky s MA mají spíše poměrně volnou a nestabilní mentální reprezentaci vlastního těla, která má sklony reagovat na kulturní ideály krásy a další kognitivní a afektivní proměnné, než aby měly reprezentaci těla stálou a nepřesnou (Garner, 2002).

Třetí model vysvětlující nadhodnocování velikosti těla u pacientů s MA může jednoduše souviset pouze s tím, že absolutní velikost těla pacientů/ek s MA je také obvykle menší. Podle tohoto názoru pak tito jedinci s relativně menší velikostí těla budou mít větší sklony k nadhodnocování své velikosti bez ohledu na přítomnost patologie v oblasti příjmu potravy. To může souviset s obecným faktem, že malé velikosti jsou již ze své podstaty hůře odhadnutelné (například šířka tužky se odhaduje hůře než šířka stolu), neboť je v tomto případě menší rozpětí pro distribuci chyb odhadu (Smeets et al., 1999). Obecně lze však říci, že ať již je mechanismus nadhodnocování velikosti těla jakýkoliv, tak ve výsledku vede ke zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem, což dále souvisí s možným rozvojem onemocnění MA, a případně i dalších patologických symptomů.

Další faktory ovlivňující nespokojenost s vlastním tělem u pacientek s mentální anorexií

Ve studiích byly dále popsány kulturní, vývojové, rodinné i osobnostní faktory přispívající k nespokojenosti s vlastním tělem u pacientů s MA. Kulturní vliv na formování názorů na vlastní tělo a také pocitů spojených s vlastní tělesností

v případě pacientek s MA je zdůrazňován zejména v pohledu feministické a kognitivně-behaviorální perspektivy na toto onemocnění. Z důvodu současného tlaku na štíhlost, není těžké porozumět tomu, že ženy, a to zejména ty, které o sobě neustále pochybují, mohou dospět k závěru, že osobní selhání je do určité míry spojeno s tělesnou hmotností, nebo že dosažení štíhlosti může zásadním způsobem zlepšit jejich sebedůvěru (self-esteem). Mentální anorexie je nejvíce rozšířená mezi ženami a objevuje se především v adolescenci, která je v případě žen spojena s velmi nápadnými změnami v distribuci tělesného tuku, a dále i s řadou výzev přicházejících ze sociálního i rodinného prostředí. Avšak tyto kulturní vlivy a nespokojenost s vlastním tělem vedou ke vzniku mentální anorexie pouze u malého procenta populace. Existuje proto předpoklad, že k rozvoji MA také přispívá určité kognitivní nastavení, které má svůj původ jak ve specifických osobnostních a temperamentových rysech, jako jsou sklony k obsesím, perfekcionismus, rigidita, nebo vyhýbání se zranění, tak i v určitých dalších charakteristikách nervového systému, které dále ovlivňují celkový kognitivní styl a způsob zpracování informací. Například jeden z význačných rysů diagnózy MA je připisování extrémní důležitosti fyzickému vzhledu, který je dále spojován s celkovým sebehodnocením pacientů. Onemocnění MA se často vyvíjí na základě osobního přesvědčení, že vnímaná fyzická nedostatečnost může být napravena pomocí restriktivních diet, cvičením a snížením hmotnosti. Prospektivní studie také ukázaly, že nespokojenost s vlastním tělem a držení diet je signifikantně spojeno s výskytem jednotlivých symptomů PPP, a rovněž s plným rozvojem MA. Nespokojenost s vlastním tělem je často převedena na dysfunkční přesvědčení spojené s tvarem těla jako např.: „Být štíhlá je známkou sebekontroly a sebedisciplíny“ nebo „Moje sebehodnota je poměřována tím, jak jsem štíhlý/á.“ Existuje proto předpoklad, že tato přesvědčení dále nastartují určitý způsob uvažování a podporují vznik chyb ve způsobu zpracování informací, jako jsou např. selektivní pozornost, konfirmační zkreslení a kognitivní rigidita, které tento způsob uvažování dále potvrzují. To má za následek, že tato určitá idiosynkratická přesvědčení se začnou neúprosně posilovat kvůli pozitivnímu či negativnímu zpevnění prostřednictvím náhodných událostí spojených s úspěchem nebo neúspěchem v kontrole hmotnosti. Pokud je snížení hmotnosti dosaženo, tento celý proces je dále udržován prostřednictvím postojových, emocionálních a fyziologických „symptomů hladovění“, což dále přispívá k udržení



idiosynkratických přesvědčení a k přetrvávání hmotnost kontrolujícího chování (Garner, 2002).

### *1.5.3 Léčba mentální anorexie pomocí zlepšení body image*

Léčebné přístupy k poruchám body image u pacientů s MA se dají rozdělit do dvou skupin podle toho, zda chtějí korigovat distorzi v percepce velikosti těla, či jsou zacíleny na kognitivní či postojovou poruchu body image.

#### Léčba distorze vnímání velikosti těla

Na korekci distorze vnímání velikosti těla u pacientů s MA se používá celá řada rozdílných metod. Jedna z metod je založená na poskytnutí korektivní zpětné vazby, s cílem zlepšit za určitý časový interval adekvátnost odhadu velikosti těla. Tento přístup může být realizován několika rozdílnými způsoby. Jedna ze strategií je poskytování zpětné vazby prostřednictvím standardizovaného měření velikosti těla. Jiná metoda spočívá v tom, že povzbuzuje pacienty k podrobnému studiu těla v zrcadle s cílem vyvinout objektivní a realistický náhled na jejich tělesnou hmotnost a postavu. Některé studie ukazují, že tato cvičení velmi dobře pomáhají překonat zejména odmítání závažnosti tohoto onemocnění (Garner, 2002). Některé techniky vycházející z KBT využívají metodu konfrontace pacienta se svým obrazem v zrcadle, která vyvolává silnou negativní emocionální reakci. Tato reakce je pak v terapii dále zpracovávána. V rámci terapie pak dochází k postupné desenzibilizaci pacienta na svůj vlastní obraz a k nárůstu spokojenosti s vlastním tělem ( Key, George, Beattie, Stammers, Lacey, & Waller, 2002). Nicméně mnohá klinická pozorování ukazují, že změna samotné percepce velikosti těla hraje pouze omezenou úlohu v léčbě MA. Není tedy ani příliš překvapivé, že konfrontace pacientů se samotnou distorzi vnímání sebe sama má pouze velmi omezený terapeutický dopad, neboť tyto pacienti již mají obvykle za sebou velmi dlouhou historii podobné zpětné vazby, kterou slyšali ze strany přátel, rodinných příslušníků či terapeutů, v tom smyslu, že jsou příliš hubení, a že by měli nabrat tělesnou hmotnost. V rámci terapie zaměřené na kognitivní přístup, který cílí na reinterpretaci smyslu nadhodnocování velikosti těla, spíše než na snahu měnit tuto distorzi přímo, se přistupuje k nadhodnocování velikosti těla jako k případu percepční anomálie s cílem působit na pacienty tím způsobem, aby tuto anomálii u sebe rozpoznali a jako takovou přijali. Poté jsou pacienti motivováni k tomu, aby se ve svých soudech o velikosti těla

nespoléhali na své vnímání, nýbrž svěřili svůj odhad velikosti těla vyšší složce posouzení percepčního vjemu - rozumové úvaze. V rámci tohoto přístupu jsou pacienti motivováni pohlížet na distorzi vnímání svého těla jako na nepříjemnou poruchu percepce, která se podobá situaci barvoslepeho člověka, který se snaží barevně sladit svůj šatník. Tato situace pak vyžaduje, aby se člověk v rozhodování o velikosti svého těla spíše spoléhal na objektivní data, nebo na názor důvěryhodné osoby, než na svoji vlastní percepci (Garner, 2002).

#### Změna hodnotícího přístupu k vlastnímu tělu směrem k jeho prožívání

V posledních letech došlo k významnému pokroku v oblasti vývinu strategií a technik pro léčbu pacientů s rizikem vzniku PPP nebo obezity. Aplikace těchto technik na léčbu MA je však podstatně méně rozvinutá. Jak jsme již výše zmínili, pacienti s MA jsou často se svým tělem spokojeni, pokud se jim podaří dosáhnout nízké hmotnosti. Léčba požadující nárůst hmotnosti, však neúmyslně, ale zároveň predikovatelně, zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem a to v poměrně v krátkém časovém intervalu. Kognitivistický pohled na mentální anorexii zdůrazňuje celou řadu kognitivních, emocionálních a interpersonálních adaptivních funkcí, kterým slouží restrikce potravy, hubnutí a další symptomy poruch příjmu potravy. Tudiž, kognitivní restrukturalizace se zpočátku soustředí na identifikaci idiosynkratických významů toho, co pro pacientku vlastně znamená „být štíhlá“ nebo „mít váhu pod kontrolou“. Cílem této metody je poté najít více elegantní osobní a interpersonální řešení, které dále nevyžaduje celoživotní udržování fyzické a psychologické a interpersonální nevýhody spojené s mentální anorexií. Klinická praxe ukazuje, že skupinová terapie zaměřená na reflexi těchto vnitřních přesvědčení spojených se vzhledem, může být obzvláště účinná jako část kognitivně-behaviorálního přístupu k terapii. Tento přístup zahrnuje i rodinnou terapii, v které se zpracovávají i další interpersonální témata. Především se ukazuje, že pro vytvoření pozitivnějšího body image je často potřeba zamezit pacientům vykonávat „sebetřýznivé“ praktiky jako je neustálé vážení, dívání se do zrcadla, nošení oblečení, které odhaluje určité části těla nebo vykonávání extenzivního cvičení. Tyto aktivity sice pacientům přinášejí krátkodobou úlevu, postupně se však stávají rituálem, který dále zvyšuje úzkostnost, nespokojenost a dysforii. Výše uvedené činnosti by proto měly být nahrazeny aktivitami, které body image zlepšují. K nim patří jóga, pohybové aktivity, příjemné procházky, poslech hudby, nebo například masáž od kamarádky, které pacientka

důvěruje (Hart, Field, Hernandez-Reif, Nearing, Shaw, Schanberg & Kuhn, 2001). Všechny tyto činnosti pak pomáhají pacientům přistupovat k vlastnímu tělu jako ke zdroji potěšení, a nikoliv jako k prostředku pro další kontrolu, jako k objektu, na kterém se demonstruje pacientčina dokonalost, mistrovství a způsob definování sama sebe. Výsledky studií dále ukazují, že i když se v průběhu léčky MA váha upraví, většina pacientů s MA si nepřestává dělat starosti o svoji hmotnost a tělesné proporce (Garner, 2002). Nespokojenost s vlastním tělem je hlavním prediktorem relapsu MA a pacienti, kteří se v průběhu léčby uzdravili, uvádí, že negativní postoj k vlastnímu tělu je jednou z hlavních překážek k udržení těchto, pro ně pozitivních, změn (Boehm et al., 2016).

## 2. NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Výsledky předchozích studií ukázaly, že pacienti kteří dosáhli diagnostických kritérií MA jsou výrazně nespokojeni s vlastním tělem a přáli by si být, navzdory své nízké hmotnosti, štíhlejší. Toto přání je obvykle spojeno s distorzí velikosti těla, neboť pacienti s MA obvykle odhadují sami sebe větší a rozložitější než skutečně jsou. Distorze percepce velikosti těla pak u pacientů s MA zvyšuje míru sebeposouzené tělesné hmotnosti s tím, že vnímaná nadváha přispívá ke zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem. Pokud byla v minulosti zkoumána spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem, přistupovalo se ke zjišťování postoje k vlastnímu tělu buď z hlediska hodnocení vlastní hmotnosti, či hodnocení spokojenosti s tvarem těla. Tyto charakteristiky dále poukazovaly na míru spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem. Hodnocení vlastní hmotnosti v kategorii podváha, normální váha a nadváha nebo posouzení tvaru těla jsou však jen některé z možných facet multidimenzionálního konstruktů body image. Do konstruktů body image se dále zahrnují i další aspekty postoje k vlastnímu tělu, ke kterým patří hodnocení tělesného zdraví nebo fyzické kondice (Cash, 2000). Těmto aspektům body image nebyla v předchozím výzkumu věnována dostatečná pozornost. Předložený návrh výzkumného projektu se proto zaměřuje i na tyto méně probádané oblasti výzkumu body image. V rámci navrženého projektu proto plánujeme použít Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), který zahrnuje kromě hodnocení vzhledu a hmotnosti i výše zmíněnou oblast hodnocení zdraví a tělesné kondice. Míra nespokojenosti s vlastním tělem je v rámci navržené studie navíc operacionalizována pomocí testu siluet podle Dosedlové. Tento test se zaměřuje zejména na určení spokojenosti s tvarem těla. Výsledky tohoto obrázkového testu budou srovnány s výsledky komplexnějšího dotazníku MBSRQ. Dalším záměrem plánované studie je zaměřit se na výzkum způsobu sebeuvědomění pacientek s MA. Výsledky předchozích studií naznačují, že pacientky s MA mají snížené interoreceptivní uvědomování a senzitivitu. Pacienti s MA nejenže obtížněji identifikují a rozlišují viscerální signály spojené s vnímáním hladu a sytosti (Fassino, Pierò, Gramaglia, & Abbate-Daga, 2004; Matsumoto, Kitabayashi, Narumoto, Wada, Okamoto, Ushijima, ... & Suhara, T, 2006; Pollatos, Kurz, Albrecht, Schreder, Kleemann, Schöpf, ... & Schandry, 2008), ale mají i poruchu taktilního vnímání (Keizer, Smeets, Dijkerman, Van den Hout, Klugkist, Van Elburg,

& Postma, 2011). Tyto potíže s vnímáním somatosenzorických signálů by mohly dále souviset i s celkovým způsobem sebeuvědomění. V předchozích studiích byla již použita Škála situačního sebeuvědomění (Situational Self-awareness Scale - SSAS), která rozlišuje dva stavy sebeuvědomění a to externí (public state) a interní (private state) sebeuvědomění. Toto rozlišení způsobu sebeuvědomění vychází ze studie Duvala a Wicklunda, (1972), kteří předpokládali, že pozornost je zaměřena podvojně a může být v rámci jednoho okamžiku zaměřena směrem na vnímání sebe-samého i na vnímání okolí (Auzoult, 2013). V předchozích studiích byla prokázána větší míra externího (public) sebeuvědomění u jedinců s vyšší mírou sociální anxiety (George & Stopa, 2008). Možné rozdíly mezi způsobem situačního sebeuvědomění u pacientů s diagnózou MA ve srovnání s jedinci ze vzorku neklinické populace doposud zkoumány nebyly. V návrhu studie se proto na tuto oblast výzkumu nově zaměříme. Dalším aspektem, na který se nově zaměříme, je možná souvislost mezi rozvojem diagnózy MA a typem rodičovského attachmentu. Výsledky předchozích studií ukázaly, že mladí dospělí, kteří udávali nízkou kvalitu emocionálních vazeb se svými rodiči, zároveň s tímto rozvinuli negativní self-koncept, který vedl k nespokojenosti s vlastním tělem a k problémům v oblasti příjmu potravy (Perry et al., 2008). Zároveň se prokázalo, že respondenti, kteří považují své rodiče za emocionálně vřelé a vnímavé, jsou méně nespokojeni s vlastním tělem, na rozdíl od respondentů, kteří považují své rodiče za emocionálně chladné a odměřené (Ackard et al., 2006). Na základě výsledků těchto studií byl formulován předpoklad, že jistý typ attachmentu by mohl mít zejména preventivní úlohu, neboť pozitivně ovlivňuje sebejistotu dospívajících, což zvyšuje jejich odolnost vůči ve společnosti propagovanému ideálu štíhlosti. Pokud je nám známo, tento předpoklad doposud nebyl testován v souvislosti s diagnózou mentální anorexie, která je charakteristická svým extrémním ztotožněním s ideálem štíhlosti. Z tohoto důvodu proto navrhujeme do výzkumného designu zahrnout dotazník na zjišťování rodičovského attachmentu (Parental Bonding Instrument) a ověřit, zda u pacientek s MA, bude převládat typ nejistého rodičovského attachmentu, což by bylo v souladu s výsledky výše uvedených studií.

V rámci navrhovaného výzkumu se zaměříme na testování předpokládaných rozdílů v typu body image, spokojenosti s vlastním tělem, způsobem situačního sebeuvědomění a rodičovského attachmentu mezi výzkumným vzorkem pacientek s MA a srovnávacím vzorkem zdravých žen. Body image bude operacionalizován

pomocí dotazníku Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), nespokojenost s vlastním tělem bude operacionalizována pomocí testu siluet podle Dosedlové, způsob sebeuvědomění, bude operacionalizován pomocí Škály situačního sebeuvědomění (SSAS) a typ rodičovského attachmentu bude operacionalizován pomocí retrospektivního dotazníku PBI (Parental Bonding Instrument). Design studie je navržen jako kvantitativní šetření. Předpokládané výsledky budou vyhodnoceny pomocí statistické analýzy.

Jako výzkumný vzorek bude sloužit skupina 40 pacientek s MA ve věku 15-18 let, které budou kontaktovány na počátku 3 měsíce trvající ambulantní léčby v Denním stacionáři VFN, Ke Karlovu, Praha 2. Srovnávací skupina žen z kategorie normální váhy bude získána prostřednictvím náhodného výběru jedné pražské Obchodní akademie a následného účelového výběru 40 studentek ve věku 15-18 let z kategorie normální váhy. Postup výběru respondentek je podrobněji popsán v kapitole popis vzorku.

V rámci výzkumu plánujeme, že respondentky z výzkumné i srovnávací skupiny budou vyplňovat obdobnou testovací baterii. Testy budou zadávány experimentátorkou vždy ve stejném pořadí: Situační škála sebeuvědomění, test siluet podle Dosedlové, MBSRQ dotazník, typ rodičovského attachmentu.

## 2.1 Výzkumná otázka a formulace hypotéz

V rámci plánované studie bychom chtěli odpovědět na otázku, zda nespokojenost s vlastním tělem, posouzená jako negativní body image je přítomna ve vyšší míře u pacientek s MA v porovnání s ženami z neklinické populace. Podle výsledků předchozích studií a diagnostických kritérií onemocnění MA předpokládáme, že budou nalezeny rozdíly ve všech ve studii sledovaných aspektů body image. Předpokládáme, že pacientky s MA budou více nespojené se svým vlastním tělem, v porovnání s ženami z neklinické populace. Předpokládáme tedy nalézt signifikantně větší nespokojenost s vlastním tělem měřenou pomocí dotazníku Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), a to zejména v případě subškál: Hodnocení vlastního vzhledu, Spokojenost s partiemi těla, Znepokojení z nadváhy a Sebehodnocené hmotnosti. Konkrétně předpokládáme, že v rámci subškály Hodnocení vlastního vzhledu budou pacientky s MA méně

spokojené s vlastním vzhledem ve srovnání s ženami ze srovnávací skupiny. V případě subškály Spojenost s partiemi těla předpokládáme, že pacientky s MA budou méně spokojené se svými partiemi, ve srovnání se skupinou žen ze srovnávací skupiny. V případě subškály Znepokojení z nadváhy předpokládáme, že pacientky s MA budou projevovat více z obav tloušťnutí a budou mít větší tendenci k obezřetnému sledování hmotnosti, k držení diet a odmítání jídla, než ženy s normální váhou z porovnávací skupiny. Dále předpokládáme, že se ženy s MA budou navzdory své nízké hmotnosti, hodnotit kritičtěji v rámci subškály Sebehodnocená tělesná hmotnost a budou mít tendenci se více hodnotit jako příslušnice kategorie velké nadváhy či nadváhy na rozdíl od žen ze srovnávací skupiny. Na základě výsledků předchozích studií formulujeme výzkumné hypotézy týkající se oblasti posouzení tělesné kondice a zdraví u pacientek s MA. Podrobněji tyto hypotézy uvádíme níže v textu.

Předpokládáme, že pacientky s MA budou vykazovat větší nespokojenost s vlastním tělem, měřenou pomocí dotazníku siluet podle Dosedlové, ve srovnání s ženami z porovnávací skupiny.

V případě proměnné způsob sebeuvědomění předpokládáme, že u pacientek s MA bude signifikantně vyšší míra externího (public) způsobu situačního sebeuvědomění ve srovnání s mírou externího (public) sebeuvědomění ve srovnávací skupině žen. Naopak v případě interního (private) způsobu situačního sebeuvědomění, předpokládáme nalézt signifikantně nižší hodnotu této subškály v případě pacientek s MA v porovnání s ženami z neklinické populace.

Na základě výsledků předchozích studií, které se zaměřovaly na výzkum typů rodičovské výchovy v souvislosti s nespokojeností s tělem, dále předpokládáme, že u pacientek s MA bude vyšší výskyt nejistého rodičovského attachmentu z kategorií: „Emocionálně chladná kontrola“ ( vysoká hyperprotektivita/kontrola, nízká péče/láska) a z kategorie „Zanedbávající rodičovství“ ( nízká péče/láska, nízká hyperprotektivita/ kontrola), ve srovnání s vyšším výskytem typu jistého rodičovského attachmentu ve srovnávací skupině žen, kde budou spíše převládat kategorie rodičovského attachmentu jako „Láskyplné omezování“ (vysoká péče/láska, vysoká hyperprotektivita/kontrola) a „Optimální rodičovství“ ( vysoká péče/láska, nízká hyperprotektivita/ kontrola).

Na základě výsledků předchozích studií a diagnostických kritérií onemocnění MA formulujeme těchto 14 nulových hypotéz.

Hypotéza H1:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Hodnocení vlastního vzhledu dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H2:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Orientace na vzhled dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H3:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Hodnocení kondice dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H4:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Orientace na kondici dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H5:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Hodnocení zdraví dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H6:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Orientace na zdraví MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

Hypotéza H7:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Orientace na nemoc dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.



#### Hypotéza H8

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Spokojenost s partii dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

#### Hypotéza H9:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Znepokojení z nadváhy dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

#### Hypotéza H10:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků subškály Sebehodnocená tělesná hmotnost dotazníku MBSRQ mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

#### Hypotéza H11:

Předpokládáme, že pacientky s MA nebudou mít vyšší rozdíl mezi ideální a aktuální siluetou než ženy ze srovnávací skupiny.

#### Hypotéza H12:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků měření stavu situačního sebeuvědomění měřenou subškálou externího (public) sebeuvědomění dotazníku Škála situačního sebeuvědomění (Self-Consciousness Scale-SSAS) mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

#### Hypotéza H13:

Není žádný signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot výsledků měření stavu situačního sebeuvědomění měřenou subškálou interního (private) sebeuvědomění dotazníku Škála situačního sebeuvědomění (Self-Consciousness Scale-SSAS) mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

#### Hypotéza H14

Není žádný signifikantní rozdíl v rodičovském attachmentu mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou.

## 2.2 Výzkumný vzorek a metody

### 2.2.1 Popis vzorku

Do plánované studie bude zahrnuto celkem 40 pacientek s MA a 40 zdravých žen obdobné věkové skupiny. Ženy zařazené do výzkumného a porovnávacího vzorku žen budou splňovat tato následující kritéria:

Výzkumný vzorek:

- a) diagnóza mentální anorexie
- b) věk 15-18 let
- c) v současnosti navštěvují Denní stacionář 1.LF UK pro pacienty s poruchou příjmu potravy VFN Ke Karlovu 11, Praha 2

Porovnávací vzorek:

- a) zdravé ženy
- b) věk 15-18 let
- c) BMI 18,5-22

Vzhledem k tomu, že plánujeme sběr dat ve věkové skupině 15-18 let, tak některé z respondentek nebudou dosud plnoleté. Z tohoto důvodu bude nutné oslovit také jejich zákonné zástupce-obvykle rodiče, a to ještě před začátkem testování, a požádat je o vyjádření souhlasu s účastí respondentky na naší plánované studii.

Metoda sběru dat

Výzkumný vzorek

Ženy z výzkumného vzorku budou kontaktovány prostřednictvím psychologa pracujícího v Denním stacionáři 1. LF UK pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že ve stacionáři se nachází maximálně 12 pacientek najednou, sběr dat bude muset proběhnout 4 krát v po sobě následujících turnusech. Na testování bude vyčleněna testovací místnost se stoly a židlemi tak, aby se respondentky vzájemně nerušily a nekonzultovaly odpovědi mezi sebou. U testování bude vždy přítomná experimentátorka, která bude dohlížet na standardní administraci. Na počátku experimentu bude respondentkám předložen informovaný

souhlas s výzkumem, ve kterém budou informováni o záměru studie a o možnosti požádat o vyjmutí svých dat ze závěrečného zpracování bez udání důvodů. Dotazníky budou administrovány v přesném pořadí za sebou metodou tužka papír. Každé pacientce bude přiděleno anonymní identifikační číslo. Dotazníky pak dále budou vyplňovat pod tímto kódem. V úvodním demografickém dotazníku respondentka uvede svůj věk, váhu a výšku a místo bydliště. Na první místo bude zařazena Situační škála sebeuvědomění (SSAS), neboť vyžaduje pokud možno co nejvíce neutrální kontext pro introspektivní povahu dotazníku, který se zaměřuje na sebereflexi aktuálního sebeuvědomění. Vyplnění tohoto dotazníku by mělo být co nejméně ovlivněno celkovou testovací procedurou. Dále bude zařazen test podle Dosedlové, na zjištění míry nespokojenosti s vlastním tělem, poté MBSRQ dotazník na zjištění postoje k vlastnímu tělu a jako poslední retrospektivní dotazník na zjištění typu rodičovského attachmentu. Pořadí dotazníků v testovací baterii: Situační škála sebeuvědomění (SSAS), test siluet podle Dosedlové, MBSRQ dotazník, typ rodičovského attachmentu (PBI). Vyplnění dotazníků zabere cca 60 minut.

#### Krátká charakteristika Denního stacionáře pro pacienty s poruchou příjmu potravy (DSPPPP)

DSPPPP je součástí Centra pro poruchy příjmu potravy, které zahrnuje lůžkové oddělení a ambulantní složku a umožňuje snazší přechod mezi jednotlivými formami léčby. Koncepce stacionáře vychází ze zahraničních zkušeností s komplexní předhospitalizační a posthospitalizační péčí. Pacienti (maximum 12) na DS docházejí denně v pracovní dny (8,00–16,30). Léčba trvá maximálně 3 měsíce. Stravu zajišťuje nemocnice a pacienti si ji hradí (50 Kč). Ergoterapeutický program (cvičné nákupy potravin a jiné nespecifické ergoterapeutické aktivity) zajišťují pracovníci oddělení rehabilitace. Stacionář vznikl v roce 2002 je otevřen 5 dní v týdnu od 8 do 16:30, v návaznosti na hospitalizační léčbu. Je zde podávána snídaně, oběd a 2 x svačina. V rámci stacionáře probíhají také tyto terapeutické programy: KBT, dynamická psychoterapie, arteterapie, práce s tělem, práce s manuály (jídelníčky, tabulky hmotností, plány na víkend atd.), skupiny se sestrou, psychoedukace, relaxace, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, psychoterapie zaměřená na prevenci relapsu, psaní deníků, komunitní režim. Chod oddělení v Praze zajišťují 4 stálí zaměstnanci

(2 psychologové, 1 psychiatr a 1 sestra plus externisté). Součástí přijetí do specializovaného programu je stanovení cílové „zdravé“ hmotnosti. Ideální nárůst hmotnosti je o 1,0–1,5 kg u hospitalizovaných a o 0,5 kg u ambulantních pacientů za týden. Tyto údaje tvoří základní součást terapeutické smlouvy mezi terapeutickým týmem a pacientkou. Dodržování smlouvy a její eventuální změny a porušení vždy tým s pacientkou diskutuje. Podle stavu výživy je konzultován nutricionista a dietolog (Papežová, 2010).

#### Porovnávací vzorek

Ženy z porovnávací skupiny budou osloveny tak, aby věkově odpovídaly ženám z výzkumného vzorku. Věk žen bude proto omezen na 15 až 18 let. Důležitým parametrem bude, aby tyto ženy byly zdravé a měly váhu v rozsahu BMI - Body Mass Indexu (tělesná váha v kg/ výška v metrech <sup>2</sup>) 18,5 – 24,99, který odpovídá kategorii normální váhy v naší populaci (Doleček, Středa, & Cajthamlová, 2013). Neboť předpokládáme existenci úzkého vztahu mezi BMI a všemi závislými proměnnými spojenými s body image, navrhujeme dále omezit hodnotu BMI u srovnávací skupiny žen na rozmezí od 18,5 do 22, což odpovídá dolní hranici rozmezí normální váhy. Smyslem tohoto zúžení je kontrola nezávislé proměnné BMI metodou její stabilizace.

Ženy do porovnávací skupiny budou vybrány metodou náhodného výběru školy ze seznamu pražských škol obchodní akademie, neboť tento typ střední školy navštěvují ženy požadované věkové kategorie. Z náhodně vybrané pražské obchodní akademie budou účelovým výběrem vybrány ženy, které splňují základní kritéria srovnávacího vzorku tj. věk v rozmezí 15-18 let a BMI v rozmezí 18,5-22. To bude provedeno následujícím způsobem tak, že k účasti na pokusu budou nejprve osloveny všechny studentky náhodně vybrané obchodní akademie. Každé studentce bude přiděleno anonymní identifikační číslo. Na počátku testování bude respondentkám předložen informovaný souhlas o účasti na výzkumu, ve kterém budou obeznámeny se záměrem studie, a dále o možnosti požádat o vyjmutí dat ze závěrečného zpracování bez udání důvodů. V případě neplnoletosti respondentky, budou osloveni její rodiče, kteří budou požádáni o informovaný souhlas. V úvodním demografickém dotazníku budou respondentky dále vyzvány, aby uvedly svůj věk, váhu, výšku a místo bydliště. Z udané váhy a výšky experimentátorka vypočte BMI respondentek a vytvoří seznam studentek, jejichž

věk a BMI splňuje kritéria výběru do srovnávací skupiny. Z tohoto seznamu pak bude vylosováno 40 žen, které budou zařazeny do srovnávací skupiny. Sběr dat bude probíhat ve školních třídách. Respondentky budou vyplňovat baterii testů metodou tužka-papír ve stejném pořadí, jako ženy z výzkumného vzorku. Pořadí testů v testové baterii: Situační škála sebeuvědomění, test siluet podle Dosedlové, MBSRQ dotazník, typ rodičovského attachmentu. U testování bude vždy přítomná experimentátorka, která bude dohlížet na standardní administraci. Vyplnění testů zabere cca 60 minut.

### *2.2.2 Popis metod*

Body image a nespokojenost s vlastním tělem budou operacionalizovány pomocí dvou psychometrických nástrojů. Pomocí dotazníku Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (Cash, 2000) a pomocí testu siluet podle Dosedlové (2008, převzato podle Fialová a Krch, 2012).

#### Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

MBSRQ je multidimenzionální 69 položkový sebesuzovací dotazník pro hodnocení postojů respondenta k vlastnímu tělu. Konstrukt body image byl vytvořen jako koncept vnitřní dispozice či postoje, který respondent zaujímá vůči vlastnímu tělu. (Cash & Pruzinsky, 1990). Jako každý postoj, tak i tato vnitřní dispozice zahrnuje jak hodnotící, tak i kognitivní a behaviorální komponenty. Je potřeba zároveň zdůraznit, že fyzické já (self) nezahrnuje pouze složku fyzického vzhledu, ale také i jiné tělesné kompetence jako je fyzická kondice (fitness) nebo biologická integrita, která je vnímána jako přítomnost zdraví či nemoci. MBSRQ je určen pro hodnocení body image u dospělých a adolescentních respondentů od věku 15 let. Dotazník MBSRQ byl již široce použit jak v rámci klinického výzkumu, tak i ve výzkumu neklinické populace. Autoři udávají, že byl již s úspěchem použit ve výzkumu efektivnosti na body image zaměřených terapií (Cash, 2000).

Dotazník MBSRQ zahrnuje těchto následujících 7 subškál:

#### Hodnocení vzhledu

Zohledňuje pocity spojené s fyzickou atraktivitou či neatraktivitou, spokojeností či nespokojeností s vlastním vzhledem. Jedinci s vysokým skórem se hodnotí většinou velmi pozitivně a jsou maximálně spokojeni se svým vzhledem. Jedinci s nízkým skórem jsou obecně nespokojeni a nešťastní ze svého fyzického vzhledu.

#### Orientace na vzhled

Zohledňuje investice do vlastního vzhledu. Pro jedince s vysokým skórem je typické, že dávají velkou důležitost tomu, jak vypadají. Věnují velkou pozornost svému vzhledu a extenzivně se zapojují do chování, které je zaměřeno na zlepšení vzhledu. Jedinci s nízkým skórem jsou velmi apatičtí ve vztahu k vlastnímu vzhledu. Jejich vzhled není pro ně důležitý, a ani nevěnují moc prostředků na to, aby vypadali dobře.

#### Hodnocení kondice

Zohledňuje pocity, zda se jedinec cítí fit, či nikoliv. Jedinci s vysokým skórem se považují za fyzicky zdatné. Cítí se v dobré fyzické kondici, považují sami sebe za sportovně nadané a ve sportu kompetentní. Jedinci s nízkým skórem se necítí v dobré fyzické kondici, považují se za sportovně nezdatné. Jedinci s vysokým skórem oceňují fyzickou zdatnost a sami se zapojují do aktivit, které udržují nebo zvyšují jejich fyzickou zdatnost. Jedinci s nízkým skórem obvykle do svého životního stylu pohybové aktivity nezahrnují.

#### Orientace na kondici

Zohledňuje míru investice do fyzické zdatnosti či sportovní kompetence. Jedinci s vysokým skórem oceňují fyzickou zdatnost a aktivně se zapojují do aktivit, které zvyšují nebo udržují jejich fyzickou kondici. Jedinci s nízkým skórem neoceňují fyzickou zdatnost a pravidelně nezařazují pohybové aktivity do svého životního stylu.

## Hodnocení zdraví

Zohledňuje pocity fyzického zdraví nebo absenci tělesného onemocnění. Jedinci s vysokým skórem pociťují, že je jejich tělo zdravé. Jedinci s nízkým skórem se pociťují jako nezdraví a aktuálně je trápí tělesné symptomy nemoci nebo se cítí nějakou nemocí ohroženi.

## Orientace na zdraví

Zohledňuje míru investice do zdravého životního stylu, který je prospěšný pro tělo. Jedinci s vysokým skórem jsou velmi „zdravotně uvědomělí“ a snaží se vést zdravý životní styl. Jedinci s nízkým skórem jsou více apatičtí ve vztahu ke svému zdraví.

## Orientace na nemoc

Zohledňuje reaktivitu jedince na to, že je nebo teprve začíná být nemocný. Jedinci s vysokým skórem jsou velmi ostražití vůči známkám fyzické nemoci a okamžitě vyhledávají lékařskou pomoc. Jedinci s nízkým skórem nijak zvláště nereagují na známky fyzické nemoci či objevení symptomu.

Dotazník MBSRQ zahrnuje 3 doplňkové subškály:

### Spojenost s partiemi těla

Je velmi podobná subškále Hodnocení vzhledu s výjimkou toho, že tato škála hodnotí spokojenost s konkrétními oblastmi těla. Jedinci s vysokým kompozitním skórem jsou obecně spokojeni s většinou svých tělesných partií. Jedinci s nízkým skórem, jsou nešťastní z velikosti či vzhledu několika svých tělesných partií.

### Znepokojení z nadváhy

Subškála hodnotí část konstruktů body image, který souvisí s výskytem strachu z tloustnutí, obezřetným sledováním hmotnosti, držením diet a odmítáním jídla.

### Sebehodnocená tělesná hmotnost

Tato subškála reflektuje, jak se jedinec vnímá a jak hodnotí svoji vlastní váhu, od kategorie velké podváhy do kategorie velké nadváhy (Cash, 2000).

Každá položka MBSRQ dotazníku představuje jednotlivé tvrzení týkající se způsobu prožívání tělesnosti či chování, které je tímto způsobem prožívání ovlivněno. Pro příklad uvádíme znění 22 prvních položek dotazníku: 1. Než jdu ven, vždy se podívám, jak vypadám. 2. V obchodě si pečlivě vybírám takové oblečení, ve kterém budu vypadat co nejlépe. 3. Zvládl/a bych většinu testů fyzické zdatnosti. 4. Je důležité, abych měl/a dobrou tělesnou kondici. 5. Mé tělo je sexuálně přitažlivé. 6. Nechodím pravidelně cvičit. 7. Starám se o své zdraví. 8. Mám dobrý přehled o věcech, které mohou ovlivňovat mé fyzické zdraví. 9. Dodržuji zdravý životní styl. 10. Stále se obávám, že jsem tlustý/tlustá anebo že bych mohl/a ztloustnout. 11. Líbí se mi, jak vypadám. 12. Kdykoliv mám možnost, kontroluji svůj vzhled v zrcadle. 13. Obvykle se dlouho připravuji, než jdu ven. 14. Mám dobrou fyzickou vytrvalost. 15. Nepovažuji za důležité účastnit se sportovních aktivit. 16. Nedělám nic pro to, abych se udržel/a fyzicky v kondici. 17. Mé zdraví je otázkou náhodných výkyvů nahoru a dolů. 18. Být zdravý/zdravá je jednou z nejdůležitějších věcí v mém životě. 19. Nedělám nic, o čem vím, že by to mohlo poškodit mé zdraví. 20. Věnuji pozornost sebemenší změně váhy. 21. Většina lidí si myslí, že vypadám dobře. 22. Je důležité, abych vždy vypadal/a dobře.

Na prvních 57 položek dotazníku respondenti odpovídají pomocí pětibodové škály podle toho, do jaké míry s daným výrokiem souhlasí (1-rozhodně nesouhlasím, 2-nesouhlasím, 3-ani nesouhlasím, ani souhlasím, 4-souhlasím, 5-rozhodně souhlasím). Na položku 58: „Zkoušel/a jsem zhubnout pomocí hladovění či drastických diet“ respondenti odpovídají výběrem nejpřiléhavější odpovědi z těchto 5 možností: 1 nikdy, 2 zřídka, 3 někdy, 4 často, 5 velmi často. Na položku 59: „Myslím, že mám:“ odpovídají respondenti pomocí výběru z následujících 5 možností: 1 výraznou podváhu, 2 mírnou podváhu, 3 normální váhu, 4 mírnou nadváhu, 5 výraznou nadváhu. Položku 60 představuje tvrzení: „Při pohledu na mě si většina lidí myslí, že mám:“. Respondenti dále vybírají z 5 možností nejpřiléhavější odpověď: 1. výraznou podváhu, 2 mírnou podváhu, 3 normální váhu, 4 mírnou nadváhu, 5 výraznou nadváhu. Položky 61 až 69 se týkají míry spokojenosti s jednotlivými částmi těla (tvář, vlasy, dolním torzem těla (hýždě, boky, stehna, nohy), středním torzem (pas, oblast kolem žaludku), horním torzem (hrudník nebo ňadra, ramena, paže), svalový tonus, váha, výška, celkový vzhled). Na tyto



položky respondenti odpovídají prostřednictvím pětibodové škály 1 velmi nespokojen/a, 2 nespokojen/a, 3 ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4 spokojen, 5 velmi spokojen/a (Cash 2000; Kernerová, 2016).

V předložené práci používáme český překlad originálního dotazníku MBSRQ převzatý z diplomové práce Anny Kernerové z roku 2016. Dotazník MBSRQ je uveden v příloze číslo 1 na straně 66.

Metoda vyhodnocení dotazníku MBSRQ

Položky sytící jednotlivé subškály (**Tučně** jsou zapsány položky dotazníku, které se započítávají **reverzibilně**) :

Hodnocení vzhledu: 5, 11, 21, 30, 39, **42, 48**

Orientace na vzhled: 1, 2, 12, 13, 22, **23, 31, 32, 40, 41, 49, 50**

Hodnocení kondice: 24, **33**, 51

Orientace na kondici: 3,4, **6, 14, 15, 16, 25, 26, 34, 35, 43, 44, 53**

Hodnocení zdraví: 7, **17, 27, 36, 45, 54**

Orientace na zdraví: 8, 9, 18, 19, **28, 29, 38, 52**

Orientace na nemoc: **37, 46, 47, 55, 56**

Spokojenost s partiemi těla: 61,62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Znepokojení z nadváhy: 10, 20, 57, 58

Sebehodnocená tělesná váha: 59, 60

Výsledky jednotlivých MBSRQ subškál vypočítáme jako průměr z hodnot odpovědí jednotlivých položek sytících danou subškálu, po převedení hodnot odpovědí těch položek, které byly konstruovány reversibilně a jsou označeny tučně (t.j. 1=5, 2=4, 4=2, 5=1) (Cash, 2000).

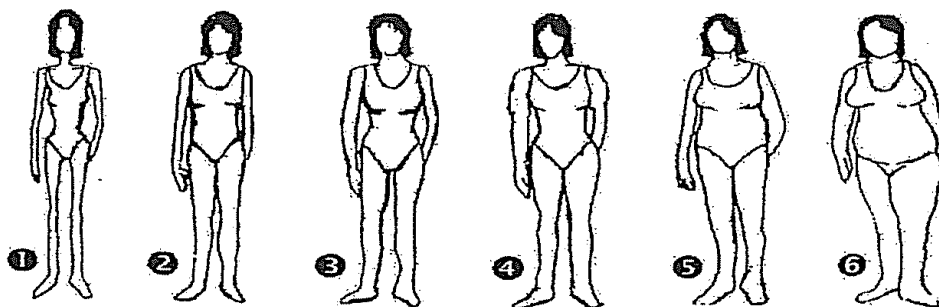
Výsledek MBSRQ dotazníku není jedno celkové číslo, ale 10 různých čísel od 1 do 5, které odpovídají průměrům pro každou výše zmíněnou subškálu tohoto dotazníku. Tato čísla numericky vyjadřují míru spokojenosti s danou oblastí v případě hodnotících škál (např. spokojenost se svým vzhledem v případě subškály Hodnocení vzhledu, nebo hodnocení svého zdraví v případě subškály Hodnocení zdraví). Výsledky subškál, mající v názvu výraz orientace na..., pak numericky vyjadřují míru významnosti, se kterou přistupuje respondent k této oblasti (například

výsledek subškály Orientace na kondici numericky vyjadřuje jak moc se respondent na tuto oblast ve svém životě zaměřuje a jak je pro něj důležitá).

Pro možné srovnání uvádíme normy pro ženy v rámci dospělé americké populace (průměr, SD) : Hodnocení vzhledu: 3,36; 0,87. Orientace na vzhled: 3,91; 0,60. Hodnocení kondice: 3,48; 0,97. Orientace na kondici: 3,20; 0,85. Hodnocení zdraví: 3,86; 0,80, Orientace na zdraví: 3,75; 0,70, Orientace na nemoc: 3,21; 0,84. Spokojenost s partiemi těla: 3,23, 0,74. Znepokojení z nadváhy: 3,03; 0,96. Sebehodnocená tělesná váha: 3,57; 0,73. V případě většiny subškál dotazníku MBSRQ byly tyto normy vytvořeny na základě dat získaných ve výzkumu (Cash et al., 1985, 1986) od celkem 1070 žen. Normy pro škály Spokojenost s partiemi těla a Sebehodnocená váha byly získány na základě dat získaných od 804 žen z více různých studií, které prováděl autor dotazníku (Cash, 2000).

#### Test siluet podle Dosedlové

Spokojenost se svým tělem bude operacionalizována pomocí testu siluet podle Dosedlové a kol. (2008, převzato podle Fialová & Krch, 2012)



Tento test měří míru nespokojenosti s tělem a vychází z klasického Stunkardova testu siluet (Stunkard, 1983). Tato přepracovaná verze zobrazuje ordinální škálu šesti siluet ženských postav. Je zde zobrazeno 6 ženských postav, a tyto siluety jsou zde zobrazeny ve směru zleva doprava od té nejtíhlejší po nejotylejší. Respondentky mají nejprve za úkol vybrat siluetu, která nejvíce odpovídá jejich aktuální postavě, a poté vybrat postavu, která podle nich odpovídá ideálu

krásky. Pod každou siluetou je umístěno číslo např. číslo 1 má nejtíhlejší silueta a číslo 6 silueta nejsilnější. Míru nespokojenosti s vlastním tělem udává rozdíl mezi číslem, které náleží siluetě, která byla vybrána jako silueta aktuálního vlastního těla a číslem siluety, která byla vybrána jako ideál krásy. Respondentka tedy například vybere siluetu číslo 4 jako tu, která odpovídá její aktuální postavě a siluetu číslo 2, která odpovídá ideálu krásy. Rozdíl mezi zvolenými siluetami je 2 (4-2), což je tedy numerický ukazatel míry nespojenosti s vlastním tělem. Jedná se tedy o jakousi matematicky vyjádřenou vzdálenost mezi „aktuálně pociťovaným“ a „ideálním já“. Tento test použijeme jako metodicky odlišný a jednodušší nástroj měření nespokojenosti s tělem, jehož výsledkem je jedno číslo, a to za účelem porovnání tohoto výsledku s výsledky komplexnějšího dotazníku MBSRQ, který poskytuje výsledky na 10 výše popsaných specializovaných škálách.

#### Škála situačního sebeuvědomění (Situational Self-Awareness Scale - SSAS)

Další faktor, který budeme ve výzkumu sledovat je pro jedince typický způsob situačního sebeuvědomění, který bude operacionalizován pomocí dotazníku Škála situačního sebeuvědomění-SSAS, který je tvořen dvěma subškálami. Subškálou externího (public state) způsobu sebeuvědomění a subškálou interního způsobu (private state) sebeuvědomění. Překlad jednotlivých subškál se nedrží doslovného významu originálních termínů (public, private), ale vychází spíše ze smyslu tří položek, které zahrnují jednotlivé subškály (viz strana 44). Externí (public) sebeuvědomění je vyvoláno přístupem k rozpoznatelné externí informaci o sobě sama, jako je vlastní tvář či tělo. Interní (private) sebeuvědomění je vyvoláno přístupem k interním osobním informacím jako jsou přání a myšlenky, které nelze přímo pozorovat. Interní (private) sebeuvědomění je propojené s pojmovým nebo abstraktním pocitem sebeuvědomění, které je pak podle některých autorů považováno za vyšší formu sebeuvědomění, než je tomu v případě veřejného sebeuvědomění (Morin, 2006). Škálu situačního sebeuvědomění (SSAS) vytvořili v roce 2001 autoři Govern a Marsch jako psychometrický nástroj k měření externího(public) a interního (private) způsobu sebeuvědomění. Škála SSAS zahrnuje soubor 9 položek zahrnující několik aspektů, např. senzitivitu na vnitřní pocity, introspekci (interní (private) sebeuvědomění), uvědomování si vlastního

fyzického vzhledu a sebe prezentace, uvědomění si posuzování ze strany druhých ( externí (public) sebeuvědomění) a nakonec uvědomění si objektů v okolí a vnímání celkového okolního dění (Govern & Marsch, 2001). Toto rozlišení způsobů sebeuvědomění vychází ze studie Duvala a Wicklunda z roku 1972, ve které autoři předpokládali, že pozornost je zaměřena podvojně a může být v rámci jednoho okamžiku zaměřena směrem na vnímání sebe-samého i na vnímání okolí (Auzoult, 2013).

#### Položky tvořící dotazník Škála situačního sebeuvědomění ( SSAS)

Položky jsou pro lepší přehlednost zařazeny do třech tematických okruhů podle toho, o jakém způsobu sebeuvědomění vypovídají. Respondenti na každou položku odpovídají pomocí 7 stupňové škály. Póly jednotlivých škál jsou popsány způsobem: 1 velmi nesouhlasím (strongly disagree); 7 velmi souhlasím (strongly agree). Položky dotazníku budou respondentům prezentovány v originálním pořadí od 1 do 9. (Číslo za položkou udává pořadí umístění této položky v dotazníku). Pro vyhodnocení dotazníku se sečtou čísla dosažená na hodnotících škálách, která jsou přeměněná na body, v rámci jednotlivých subškál (Auzoult, 2013).

#### Interní (private) sebeuvědomění

Právě teď jsem si vědom/a svých vnitřních pocitů. (2)

Právě teď přemýšlím o mém životě. (6)

Právě teď jsem si vědom/a svých nejvnitřnějších myšlenek. (8)

#### Externí (public) sebeuvědomění

Právě teď se zabírám způsobem, jak sebe sama prezentuji. (3)

Právě teď jsem si vědoma toho, jak vypadám. (4)

Právě teď se zabírám tím, jak o mně smýšlí ostatní lidé. (7)

#### Uvědomění si okolního prostředí

Právě teď si velmi dobře uvědomuji všechno v mém okolí. (1)

Právě teď jsem si vědom toho, co se děje kolem mě. (5)

Právě teď jsem si vědom všech předmětů kolem mě. (9)

Dotazník na zjišťování typu rodičovského attachmentu (Parental Bonding Instrument - PBI)

Pro ohodnocení typu rodičovského attachmentu použijeme český překlad dotazníku Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling, & Brown 1979). PBI je retrospektivní dotazník, který obsahuje celkem 50 položek. Pomocí těchto položek hodnotí již dospělý respondent na základě svých vzpomínek, emocionální vřelost a expresivitu chování matky a otce v období od nejranějšího věku do 16 let. Na každou položku respondent odpovídá tím způsobem, že vybírá mezi 4 možnostmi pravděpodobnosti výskytu popisovaného chování u otce či matky: velmi pravděpodobně ano, pravděpodobně ano, pravděpodobně ne, velmi pravděpodobně ne. Dotazník obsahuje 2 paralelní 12 položkové subškály. Tyto dvě subškály jsou pojmenovány jako škála – Péče (Lásky) a Přehnané ochrany (Kontroly) a měří základní rodičovské typy rodičovského attachmentu tak, jak ji vnímá dnes již dospělé dítě.

Pro ilustraci zde uvádíme alespoň některé z těchto položek, kde tučným písmem jsou zvýrazněné otázky, které se vztahují k subškále Péče/ lásky a ne zvýrazněné k subškále Hyperprotektivní péče/kontrola:

- 1. Mluvil/a se mnou vřelým a přátelským hlasem.**
- 2. Nepomáhal/a mi tak, jak jsem potřeboval/a.**
3. Nechal/a mě dělat věci tak, jak se mi to líbilo.
- 4. Zdál/a se mi emocionálně chladná.**
- 5. Zdálo se, že rozumí mým problémům a obavám.**
- 6. Byl/a ke mně láskyplná.**
7. Podporoval/a mě v mých vlastních rozhodnutích.
8. Nechtěl/a, abych dospěl/a.
9. Pokoušel/a se kontrolovat cokoliv, co jsem dělal/a.
10. Nerespektoval/a moje soukromí.

V práci používáme český překlad originálního dotazníku ( Parental body instrument PBI), který byl publikován v diplomové práci Petry Řezáčové v roce 2013. Českou verzi dotazníku PBI uvádíme v příloze číslo 2 na straně 69.

Vyhodnocení dotazníku na zjišťování rodičovského attachmentu:

Položky zahrnuté v subškále Péče/láska

Položky: 1, 5, 11, 12, 17 jsou vyhodnocovány tak, že odpovědi Velmi pravděpodobně ano jsou přiděleny 3 body, odpovědi Pravděpodobně ano 2 body, Pravděpodobně ne 1 bod, Velmi pravděpodobně ne 0 bodů.

Položky: 2, 4, 14, 16, 18, 24 jsou vyhodnocovány tak, že v případě odpovědi Velmi pravděpodobně ne jsou přiděleny 3 body, Pravděpodobně ne 2 body, Pravděpodobně ano 1 bod a Velmi pravděpodobně ano 0 bodů.

Položky zahrnuté do subškály Hyperprotektivní péče/kontroly

Položky: 8,9, 10, 13, 19, 20, 23 jsou vyhodnocovány tak, že v případě odpovědi Velmi pravděpodobně ano jsou přiděleny 3 body, odpovědi Pravděpodobně ano 2 body, Pravděpodobně ne 1 bod, Velmi pravděpodobně ne 0 bodů.

Položky: 3, 7, 15, 21, 22, 25 jsou vyhodnocovány tak, že v případě odpovědi Velmi pravděpodobně ne jsou přiděleny 3 body, Pravděpodobně ne 2 body, Pravděpodobně ano 1 bod a Velmi pravděpodobně ano 0 bodů.

Dále se podle počtu dosažených bodů v rámci jednotlivých škál rozdělují výsledky do dvou dalších kategorií vysokého a nízkého vyjádření daného typu chování, které popisují 2 subškály dotazníku.

Pro matky je tímto předělem v subškále Péče/lásky dosažený skór 27 a v subškále Hyperprotektivní péče skór 13,5.

Pro otce je tímto předělem v subškále Péče/lásky dosažený skór 24 a v subškále Hyperprotektivní péče skór 12,5.

Každý rodič tak může být na základě výsledků v tomto dotazníku zařazen do 4 rozdílných kategorií, které charakterizují jeho charakteristický typ rodičovského attachmentu:

„Láskyplné omezování“ ( vysoká péče/láska, vysoká hyperprotektivita/kontrola)

„Emocionálně chladná kontrola“ (vysoká hyperprotektivita/kontrola, nízká péče/láska)

„Optimální rodičovství“ (vysoká péče/láska, nízká hyperprotektivita/ kontrola)

„Zanedbávající rodičovství“ ( nízká péče/láska, nízká hyperprotektivita/ kontrola)

Tento způsob vyhodnocení dotazníku byl vyvinut na základě analýzy dat 150 respondentů z řad studentů a zdravotních sester a 500 pacientů z ordinace praktického lékaře (Parker et al., 1979).

### 2.3 Návrh statistické analýzy

Statistická analýza bude provedena standardními statistickými postupy. Možné rozdíly mezi jednotlivými proměnnými mezi výzkumnou skupinou pacientek s MA a srovnávací skupinou budou analyzovány pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Srovnání četnosti zastoupení kategorií typu rodičovského attachmentu mezi výzkumnou a srovnávací skupinou bude provedeno pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

### 3. DISKUZE

#### 3.1. Diskuze předpokládaných výsledků

V rámci této kapitoly budeme diskutovat předpokládané výsledky ve stejném pořadí podle pořadí formulovaných nulových hypotéz.

Diskuze předpokládaných výsledků subškál dotazníku MBSRQ

Hodnocení vzhledu (Hypotéza H 1)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Hodnocení vlastního vzhledu dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem patientek s MA a kontrolní skupinou v tom smyslu, že pacientky s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně nižší než ženy ze srovnávací skupiny. Výsledky předchozích studií ukázaly, že pacientky s MA jsou výrazněji nespokojené se svým vzhledem a přejí si být štíhlejší (Stice, 2002). Toto přání však není v korespondenci s jejich aktuální, již často velmi vyzáblou postavou. K tomuto nesouladu mezi odhadem velikosti těla a jeho aktuální velikostí přispívá distorze vnímání vlastního těla, v rámci které se pacientky s MA hodnotí, jako daleko silnější než ve skutečnosti jsou (Gardner & Brown, 2014). Někteří autoři dále uvádí, že pokud se pacientkám s MA podaří snížit tělesnou hmotnost na minimum, což odpovídá nejhoršímu stadiu rozvoje MA, tak mohou být se svým vzhledem již naopak poměrně spokojené (Björck et al., 2007). V průběhu léčby MA během hospitalizace patientek, a také v průběhu následné ambulantní péče, se však obvykle hodnocení vzhledu u patientek díky cílenému nabírání hmotnosti opět zhoršuje. Vzhledem k tomu, že náš výzkumný vzorek budeme testovat na počátku ambulantní léčby, která obvykle následuje po několikaměsíční hospitalizaci, předpokládáme, že hodnocení vzhledu u těchto patientek bude opět negativní, a to díky zvýšení tělesné hmotnosti, ke kterému cíleně dochází v průběhu léčby (Papežová, 2010).

Orientace na vzhled (Hypotéza H 2)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Orientace na vzhled dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem patientek s MA a srovnávací skupinou a to v tom smyslu, že pacientky



s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně vyšší než ženy ze srovnávací skupiny. Předchozí studie ukázaly, že pacientky s MA svůj vzhled hodnotí jako extrémně důležitý a jejich převažující nespokojenost s vlastním vzhledem je pro ně důvodem k chování, které jim má pomoci snížit tělesnou hmotnost. Jedná se zejména o excesivní cvičení, odmítání potravy, vyvolávání zvracení a používání laxativ (Stockford, Kroese, Beesley, & Leung, 2018).

#### Hodnocení kondice (Hypotéza H 3)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Hodnocení kondice dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem patientek s MA a srovnávací skupinou, a to v tom smyslu, že pacientky s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně vyšší než ženy ze srovnávací skupiny. Podle výsledků předchozích studií a klinických pozorování se ukazuje, že pacientky s MA často excesivně cvičí, což v některých případech vysvětlují spíše odkazem na zdravý životní styl a na nutnost zvyšování kondice, než aby uváděly svoji touhu po redukci hmotnosti (Manea, Milea, & Câmpean, 2018). Klinická pozorování také ukazují, že pacientky s MA mají tendenci k perfekcionismu, který by mohl dále u patientek s MA zvyšovat nárok na dokonalou fyzickou kondici (Krch, 2007).

#### Orientace na kondici (Hypotéza H 4)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Orientace na kondici dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem patientek s MA a srovnávací skupinou, a to v tom smyslu, že pacientky s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně vyšší než ženy z porovnávací skupiny. Pacientky s MA budou více investovat do své fyzické kondice ve srovnání se srovnávací skupinou, a to zejména v položce dotazníku, která reflektuje časovou investici do fyzického cvičení. Hlavním motivem fyzického cvičení u patientek s MA není však primárně zvýšení fyzické kondice, ale spíše snaha o zvýšení energetického výdeje za účelem redukce hmotnosti nebo jako prevence možného ztloustnutí. (Manea et al., 2018).

### Hodnocení zdraví (Hypotéza H 5)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Hodnocení zdraví dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem pacientek s MA a srovnávací skupinou, a to v tom smyslu, že pacientky s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně nižší než ženy z porovnávací skupiny. Rozvoj onemocnění MA je spojen s celou řadou psychických a fyzických potíží. U pacientek se vyskytuje vyšší míra depresivity, anxiety, apatie, sociální úzkostnosti, anhedonie, bolesti břicha. (Cash & Fleming, 2002a; Garder, 2002). Některé z těchto zdravotních komplikací jsou pacientkami s MA uvědomovány, zejména ty zdravotní potíže, které souvisí s fyzickým vzhledem, jako je onemocnění chrupu či vypadávání vlasů, a budou proto pravděpodobně negativně ovlivňovat hodnocení jejich aktuálního zdraví. Na druhou stranu je doloženo, že pacientky s MA obvykle nemají na své zdravotní potíže, které souvisí s jejich dlouhodobým hladověním, náhled. (Papežová, 2010 ; Krch, 2007). Je proto možné, že pacientky s MA budou své zdraví hodnotit podobně jako ženy ze srovnávací skupiny.

### Orientace na zdraví (Hypotéza H 6)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti střední hodnoty subškály Orientace na zdraví dotazníku MBSRQ mezi výzkumným vzorkem pacientek s MA a porovnávací skupinou, a to v tom smyslu, že pacientky s MA budou mít tuto hodnotu signifikantně nižší než ženy z porovnávací skupiny. Rozvoj MA je spojený s držetím drastických redukčních diet, vyvoláváním zvracení a používáním laxativ (Krch, 2007). Tyto aktivity rozhodně nepatří do aktivit, které jsou spojovány se zdravým životním stylem. Pacientky s MA se potýkají s celou řadou somatických onemocnění spojených s tímto nezdravým stravováním a dalším patologickým chováním. Potýkající se s celou řadou somatických symptomů, například se zvýšenou kazivostí chrupu, s bolestmi břicha, metabolickými poruchami či vymizením menstruace (Papežová, 2010). Objevení těchto patologických symptomů však pacientkám s MA obvykle nezabrání pokračovat v patologických vzorcích chování, navzdory jejich zhoršujícímu se zdraví. Ke svému zdraví pacientky s MA tedy přistupují buď zcela apaticky, nebo až sebedestruktivně.

Chronický rozvoj MA je typický rozvojem dalších závažných somatických onemocnění, např. kardiovaskulárních, endokrinologických, gastrointestinálních, metabolických či kožních potíží ( Papežová, 2010).

#### Orientace na nemoc (Hypotéza H 7)

Předpokládáme, že pacientky s MA budou mít střední hodnotu subškály Orientace na nemoc signifikantně nižší než ženy z porovnávací skupiny. Výsledky některých studií ukázaly, že pacientky s MA mají menší citlivosti k vnitřním somatosenzorickým signálům svého těla. Například k viscerálním signálům spojeným s vnímáním hladu či sytosti (Pollatos et al., 2008) nebo k fyziologickým signálům stresu jako je zvýšená tepová frekvence (Miller et al., 2003; Zonnevylle-Bender et al., 2005). Někteří autoři také poukazují, že pacientky s MA mají sklony k disociaci ( Yamamotová, Bednárová, & Papežová, 2009). Z těchto důvodů spíše předpokládáme, že pacientky s MA budou mít sklony méně reagovat na známky fyzické nemoci. Rozvinutí MA je také spojeno s rozvojem celé řady somatických onemocnění (Papežová, 2010). Tato sekundární onemocnění však nejsou obvykle pro pacientky důvodem, aby změnily svoje patologické chování. Míra ignorance k nepříznivému vývoji zdravotního stavu pacientek s MA může být v konečném důsledku příčinou jejich úmrtí v důsledku metabolického rozvratu organismu. Některé studie dokládají, že mentální anorexie má mezi psychiatrickými nemocemi nejvyšší mortalitu (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

#### Spojenost s partiemi těla (Hypotéza H 8)

Předpokládáme, že pacientky s MA budou mít střední hodnotu subškály Spokojenost s partiemi těla signifikantně nižší než ženy z porovnávací skupiny. Tato kompozitní škála je složená z hodnocení spokojenosti s 9 tělesnými partiemi. Skládá se z hodnocení partie obličeje, vlasů, spodní části těla, která zahrnuje hýždě, boky, stehna a nohy, dále střední části trupu, která zahrnuje pas a oblast žaludku a horní část trupu zahrnující prsa, ramena, paže. Dále se hodnotí pevnost svalů, váha, výška a celkový vzhled. Předchozí studie ukázaly, že pacientky s MA jsou nespokojené se svým tělem a přály by si být štíhlejší, zejména ty, které mají relativně vyšší BMI, i když stále splňují kritéria MA ( Cornelissen, Bester, Cairns, Tovée, & Cornelissen, 2015). Na druhou stranu i ženy ze zdravé populace jsou nespokojené se svým tělem a přejí si být štíhlejší (Grogan, 2000). V případě pacientek s MA pak

nespokojenost s vlastním vzhledem může zhoršovat porucha vnímání velikosti vlastního těla, neboť svoji velikost těla či velikost tělesných partií mají tendenci nadhodnocovat (Skrzypek, Wehmeier, & Remschmidt, 2001). Z tohoto důvodu předpokládáme u pacientek s MA celkově nižší hodnotu subškály Spokojenost s tělesnými partiemi.

#### Znepokojení z nadváhy (Hypotéza H 9)

Předpokládáme, že pacientky s MA budou mít střední hodnotu subškály Znepokojení z nadváhy signifikantně vyšší než ženy z porovnávací skupiny. Na základě výsledků předchozích studií a diagnostických kritérií MA předpokládáme, že pacientky s MA budou projevovat více obav z tloustnutí a budou mít větší tendenci k obezřetnému sledování hmotnosti, k držení diet a odmítání jídla, než ženy s normální váhou z porovnávací skupiny (Krch, 2007). Obavy z tloustnutí a obezřetné sledování hmotnosti při nízké hmotnosti patří k základním diagnostickým kritériím MA (MKN 10, <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> 15.7. 2018).

#### Sebehodnocená tělesná hmotnost (Hypotéza H 10)

Předpokládáme, že ženy s MA budou mít navzdory své nízké hmotnosti tendenci svoji váhu hodnotit kritičtěji. K tomuto by mělo docházet zejména v důsledku poruchy vnímání velikosti těla, která je prokázána u pacientů s poruchami příjmu potravy (Waldman, Loomes, Mountford, & Tchanturia, 2013). Otázkou však zůstává, zda adolescentky z výzkumného vzorku MA, které budou dosahovat hodnot BMI menších než 18,5, a tedy spadající do kategorie podvýživy (BMI 16-18,5 –podvýživa, BMI 15-16 vážná podvýživa, BMI méně než 15 -velmi vážná podvýživa) budou sami sebe hodnotit jako jedince s nadváhou či normální váhou. Výsledky předchozích studií však naznačují, že relativně vyšší BMI u pacientek s MA zvyšuje míru nadhodnocování velikosti těla (Cornelissen et al., 2015), proto předpokládáme, že se tyto pacientky budou hodnotit spíše v kategorii nadváhy. U žen ze srovnávací skupiny, které budou vybrány v rozmezí nižších hodnot BMI 18,5-22 z kategorie normální váhy (18,5-25), naopak předpokládáme, že se budou hodnotit jako jedince s normální váhou. Případnou neadekvátnost hodnocení

váhuvé kategorie u pacientek s MA budeme dále diskutovat v kontextu studií dokládajících distorzi vnímání velikosti těla u pacientek s MA (Caspi et al., 2017).

Předpokládané výsledky testu siluet podle Dosedlové

Nespokojenost s vlastním tělem (Hypotéza H11)

Předpokládáme, že nalezneme vyšší rozdíl mezi ideální a aktuální siluetou, tedy vyšší nespokojenost s vlastním tělem měřenou pomocí testu siluet podle Dosedlové u pacientek s MA v porovnání s ženami ze srovnávací skupiny. To znamená, že pacientky s MA budou vykazovat větší nespokojenost s vlastním tělem ve srovnání s ženami z porovnávací skupiny. Podle výsledků studií je nespokojenost s vlastním tělem typická pro pacienty z celého okruhu PPP (Levine & Piran, 2004). Jiné studie ukazují, že nespokojenost s vlastním tělem se vyskytuje i v neklinické populaci např. u vysokoškolských studentů (Hrachovinová, Csémy, & Chudobová, 2005; Řezáčová, 2013). V případě MA se však dále specificky ukazuje, že míra nespokojenosti s vlastním tělem je významným prediktorem úspěšnosti léčebné procesy a zároveň také zvyšuje riziko relapsu onemocnění po obnovení normální váhy (Boehm et al., 2016).

Předpokládané výsledky Škály situačního sebeuvědomění (Self-Consciousness Scale-SSAS)

Externí (public) sebeuvědomění (Hypotéza H12)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot ve výsledcích měření způsobu sebeuvědomění měřenou subškálou externího (public) sebeuvědomění dotazníku Škála situačního sebeuvědomění, v tom smyslu, že celková míra externího (public) uvědomění bude celkově vyšší u pacientek s MA ve srovnání s porovnávací skupinou zdravých žen s normální váhou. U pacientek s MA tedy předpokládáme, že budou mít výraznější složku externího (public) způsobu sebeuvědomění (důraz na fyzický vzhled, vědomí hodnocení od ostatních na základě fyzického vzhledu) ve srovnání s ženami ze srovnávací skupiny. Tyto výsledky by byly v souladu s klinickým pozorováním, že pacientky s MA mají tendenci odvozovat svoji hodnotu od svého fyzického vzhledu a dále s nálezy, které ukazují, že jejich identita je silněji propojena s fyzickým vzhledem (Garner, 2002). Je však také otázkou, zda pouze tři položky, které tvoří subškálu dotazníku Externí

(public) sebeuvědomění, jsou dostatečně silné na to, aby dokázaly diskriminovat mezi výzkumným a srovnávacím vzorkem. Studie, která zkoumala vztah mezi způsobem situačního sebeuvědomění a sociální fobií, však s použitím stejného psychometrického nástroje, dospěla k výsledku, že vyšší míra externího způsobu sebeuvědomění souvisí s vyšší mírou sociální fobie (Clark & Wells, 1995) a vyšší mírou sociální anxiety (George & Stopa, 2008). Na základě tohoto výsledku se můžeme domnívat, že tento psychometrický nástroj bude dostačující i v rámci našeho výzkumného designu.

#### Interní (private) sebeuvědomění (Hypotéza H 13)

Předpokládáme, že nalezneme signifikantní rozdíl ve velikosti středních hodnot měření způsobu sebeuvědomění měřenou subškálou interní (private) sebeuvědomění dotazníku Škála situačního sebeuvědomění, v tom smyslu že celková míra interního (private) způsobu uvědomění bude celkově nižší u pacientek s MA ve srovnání s porovnávací skupinou zdravých žen s normální váhou ze neklinické populace. Interní sebeuvědomění je založeno na uvědomění si svých vnitřních pocitů, myšlenek a na reflexi myšlenek o životě. Podle výsledků studií však pacientky s MA mají nejen potíže s vnímáním svých pocitů, ale i s vnímáním somatosenzorických signálů ( Fassino et al., 2004; Polattos et al., 2008). Například pacientky s MA, které se zároveň sebepoškozují, mají vysoký práh bolestivosti, který souvisí s jejich sklonem k disociaci (Yamamotová et al., 2009). Opět je také však otázkou, zda tři položky, které tvoří subškálu interního (private) sebeuvědomění, jsou dostatečně silné na to, aby dokázaly dostatečně diskriminovat mezi výzkumným a srovnávacím vzorkem.

#### Typ rodičovského attachmentu (PBI) (Hypotéza H14)

Předpokládáme, že u pacientek s MA nalezneme statisticky významně vyšší zastoupení typu rodičovského attachmentu v kategorii „Emocionálně chladná kontrola“ ( vysoká hyperprotektivita/kontrola, nízká péče/láska) a v kategorii „Zanedbávající rodičovství“ ( nízká péče/, nízká hyperprotektivita/ kontrola), ve

srovnání s typem rodičovského attachmentu udávaným ženami ze srovnávací skupiny, kde bude spíše převládat kategorie rodičovského attachmentu jako „Láskyplné omezování“ (vysoká péče/láska, vysoká hyperprotektivita/kontrola) a „Optimální rodičovství“ (vysoká péče/láska, nízká hyperprotektivita/kontrola). Podle výsledků předchozích studií respondenti, kteří udávali nízkou kvalitu emocionálních vazeb se svými rodiči, zároveň vyvinuli negativní self-koncept, který vedl k nespokojenosti s vlastním tělem a k problémům v oblasti příjmu potravy (Perry et al., 2008). Tyto výsledky potvrdily starší nálezy předchozích studií, které dokládaly, že nejistý attachment je asociován s rostoucími obavami z tělesné hmotnosti a se zvýšeným rizikem vzniku poruch příjmu potravy (Sharpe et al., 1998). Náš předpoklad, že u pacientek s MA bude převládat typ attachmentu z kategorie „Emocionálně chladná kontrola“ a „Zanedbávající rodičovství“, je také v souladu s výsledky další studie, která ukázala, že respondenti, kteří považují své rodiče za emocionálně vřelé a vnímavé, jsou zároveň méně nespokojeni s vlastním tělem, na rozdíl od respondentů, kteří považují své rodiče za emocionálně chladné a odměřené (Ackard et al., 2006).

### 3.2 Limitace plánovaných výsledků navržené studie

Nejvýraznějším omezením plánované studie je podle našeho názoru výhradní použití dotazníkových metod a použití obrázkového testu siluet na zjišťování míry nespokojenosti s vlastním tělem. Předchozí studie zaměřené na výzkum nespokojenosti s vlastním tělem, která je u pacientek s MA spojena s mírou distorze velikosti těla, používaly metody založené na hodnocení počítačově upraveného obrazu těla samotných respondentek. Tyto metody považujeme díky jejich vyšší ekologické validitě za vhodnější. Dalším omezením plánovaných výsledků studie je, že v rámci sběru nejsou zahrnuty údaje o výskytu dalších zdravotních parametrů respondentek a to jak ve výzkumném tak i ve srovnávacím vzorku. Tyto nežádoucí proměnné ve formě možných psychických či somatických onemocnění, by mohly nežádoucím způsobem ovlivnit výsledky plánované studie. K dalším limitacím studie patří omezená možnost její generalizace, vzhledem k tomu, že plánuje sběr dat pouze ve věkové skupině populace v rozmezí 15-18 let. Další možnou limitací plánované studie je motivace pacientek s MA k účasti na výzkumu.

#### 4. ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zaměřuje na oblast body image a nespokojenost s vlastním tělem u pacientek s mentální anorexií. Doposud se vysokoškolské práce zaměřené na oblast body image a nespokojenost s vlastním tělem orientovaly spíše na neklinickou populaci. V naší práci jsme se nově zaměřili na populaci pacientek s mentální anorexií, u které se již v patologické formě projevují důsledky ve společnosti narůstající nespokojenosti s vlastním tělem.

V literárně přehledové části práce je pojednána stručná charakterizace sociálně psychologického konstruktů body image a jeho kulturní podmíněnost. Následně jsou představeny dva základní mechanismy jeho postupného osvojování v průběhu dětství a dospívání, a to procesem internalizace a identifikace, kterými se prostřednictvím sociálního učení body image získává převážně ze strany rodičů. Ve spojitosti s rodiči a jejich výchovným stylem se dále ukazuje, že typ emocionální vazby mezi rodičem a dítětem, neboli typ rodičovského attachmentu, má spojitost s vytvoření pozitivního či negativního body image dítěte. Autoři předchozích studií předpokládají, že typ jistého rodičovského attachmentu, konkrétně emocionálně věrý vztah, se může uplatnit jako významný preventivní faktor vzniku negativního body image, který je dále spojován s nespokojeností s vlastním tělem. V našem návrhu výzkumného projektu je proto zohledněna i tato skutečnost. Na základě výsledků předchozích studií předpokládáme, že ve skupině pacientek s mentální anorexií nalezneme více respondentek s rodičovským attachmentem z kategorie Zanedbávající rodičovství či Emocionálně chladná kontrola v porovnání se srovnávací skupinou žen z neklinické populace.

Nespojenost s vlastním tělem v našem kulturním okruhu souvisí zejména s nespokojeností s vlastní tělesnou hmotností, a to kvůli ve společnosti všeobecně přijímanému ideálu štíhlosti, jehož dosažení je však pro většinu populace nereálné. Někteří jedinci se však přesto snaží tomuto ideálu krásy vyrovnat, a to způsobem, který může vést k rozvoji potíží spadajících mezi poruchy příjmu potravy. Pokud jedinec rozvine chování, jako dlouhodobé odmítání příjmu potravy, vyvolávání zvracení či excesivně cvičí, může dojít k dramatickému snížení hmotnosti až do stádia podvýživy. Tento stav, pokud splňuje i další diagnostická kritéria, je označován diagnózou mentální anorexie. Protože naše práce je zaměřena na



klinickou populaci pacientek s mentální anorexií ve vztahu s body image a nespokojeností s vlastním tělem, je diagnóza MA v rámci teoretického úvodu pojednána podrobněji. Jsou zmíněny základní diagnostická kritéria MA a další její charakteristiky jako prevalence, incidence a prognóza. Následně jsou popsána specifika mentální anorexie ve vztahu k body image. Mezi tato specifika se, kromě zvýšené nespokojenosti s vlastním tělem a zvýšených obav ze ztloustnutí, řadí zejména distorze vnímání velikosti těla. Pacienti s MA mají tendenci své tělo vnímat jako objemnější a rozložitější než ve skutečnosti je. Distorze ve vnímání velikosti těla pak u pacientů s MA zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem a také přispívá k popírání extrémně vyhublé postavy a k následnému odmítání závažnosti onemocnění. Práce se věnuje výkladu možných příčin tohoto nadhodnocování velikosti těla u pacientů s mentální anorexií. V literatuře jsou zmíněny dva možné modely, které vidí příčinu distorze velikosti těla buď v poruše percepce jako takové, či v kognitivně-evaluačním procesu zpracování informací o velikosti vlastního těla. Třetí model považuje distorzi velikosti těla u pacientů s mentální anorexií pouze za důsledek větší chyby odhadu velikosti těla v případě celkově menšího těla u těchto vyzábělých pacientů. V závěru literárně přehledové části jsme krátce pojednali o metodách léčby mentální anorexie pomocí technik, které jsou zaměřeny na vytvoření pozitivnějšího body image. Tyto léčebné metody spočívají zejména v zamezení uplatňování hodnotícího přístupu k vlastnímu tělu (např. neustálého vážení) a přivedením pacientů spíše k prožitkovému způsobu vnímání vlastního těla, například formou cvičení jógy, masáží nebo pomocí technik psychoterapie zaměřené na tělo.

V druhé části bakalářské práce je předložen návrh výzkumného projektu, který je zaměřen na porovnání body image měřeným dotazníkem MSBRQ, na porovnání nespokojenosti s vlastním tělem měřenou pomocí testu siluet podle Dosedlové, na porovnání způsobu situačního sebeuvědomění měřeným Škálou situačního sebeuvědomění a na porovnání typu rodičovského attachmentu měřeným pomocí dotazníku Parental Bonding Instrument mezi výzkumným vzorkem 40 pacientek s mentální anorexií ve věku 15-18 let a srovnávací skupinou 40 žen z neklinické populace v obdobného věku. V návrhu projektu jsme předpokládali, že u pacientek s mentální anorexií nalezneme zejména negativněji hodnocený body image, vyšší míru nespokojenosti s vlastním tělem, vyšší míru externího sebeuvědomění a nejistý rodičovský attachment s porovnáním se vzorkem žen ze

srovnávací skupiny. Součástí návrhu výzkumného projektu je také návrh metody statistického zpracování dat pomocí nezávislých t-testů, kdy porovnáme průměrné střední hodnoty výsledků jednotlivých subškál dotazníků získaných od respondentů z výzkumné a srovnávací skupiny. Typ rodičovského attachmentu mezi výzkumnou a srovnávací skupinou vyhodnotíme pomocí chíkvadrát testu, kterým otestujeme nezávislost zastoupení jednotlivých kategorií rodičovského attachmentu ve výzkumném a srovnávacím vzorku.

Námi předpokládané výsledky jsme dále diskutovali v kontextu výsledků předešlých studií. V závěru návrhu projektu zmiňuje také limitace navržené studie. Mezi hlavní limitace studie považujeme, kvůli výběru vzorku z věkové skupiny 15-18 let, omezenou možnost generalizace předpokládaných výsledků na celou populaci. Na druhou stranu tato věková skupina je nejvíce ohrožena rozvojem poruch příjmu potravy a výsledky navržené studie mohou přinést cenné poznatky o tomto, zejména pro dospívající ženy, náročném období. Je to období, kdy tělesně dozrávají a zároveň jsou silně konfrontovány se společensky přijímaným ideálem ženské krásy. A to zejména díky míře důležitosti, kterou dospívající ženy i jejich vrstevníci přikládají fyzické atraktivitě. Další závažnou limitací navrhované studie je skutečnost, že se zaměřujeme pouze na ženy, které sice převažují mezi pacienty s poruchami příjmu potravy, nicméně mezi pacienty mohou být i muži, i když výrazně menší měrou. V případě MA se jejich zastoupení pohybuje v poměru 1: 10-15 (muži/ženy) v celkovém počtu pacientů (Krch, 2007). Je otázkou, zda předpokládané výsledky studie pro pacientky s mentální anorexií, by bylo možné generalizovat i na mužské pacienty. Vzhledem k tomu, že v předchozích studiích byly prokázány značné mezipohlavní rozdíly ve vztahu k body image, tak bychom takovouto generalizaci považovali za nesprávnou. V budoucnosti by se proto měl výzkum také zaměřit na body image a nespokojenost s vlastním tělem v případě mužských pacientů s mentální anorexií.

## 5. SEZNAM LITERATURY

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent–child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American journal of preventive medicine*, 30 (1), 59-66.
- Auzoult, L. (2013). A French version of the situational self-awareness scale. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(1), 41-47.
- Björck, C., Clinton D., Sohlberg, S., Norring, C.: *Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up*. *Eating Behaviors* 8, 2007: 398–406.
- Boehm, I., Finke, B., Tam, F. I., Fittig, E., Scholz, M., Gantchev, K., ... & Ehrlich, S. (2016). Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, 25(12), 1319-1326.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical psychology review*, 25 (2), 215-239.
- Cash, T.F. (2000). MBSRQ users' manual. Third Revision.
- Cash, T.F., & Deagle III, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A metaanalysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2), 107-126.
- Cash, T. F. & Fleming, E. C. (2002a). Body image and social relations. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 277–286). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1081-1088.
- Cash T. F., & T. Pruzinsky (Eds.) (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Caspi, A., Amiaz, R., Davidson, N., Czerniak, E., Gur, E., Kiryati, N., ... & Stein, D. (2017). Computerized assessment of body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comparison with standardized body image assessment tool. *Archives of women's mental health*, 20(1), 139-147.
- Cornelissen, K. K., Bester, A., Cairns, P., Tovée, M. J., & Cornelissen, P. L. (2015). The influence of personal BMI on body size estimations and sensitivity to body size change in anorexia spectrum disorders. *Body Image*, 13, 75-85.

- Cooke A.K.(2002). Familial influences on body image development in Cash T. F. & T. Pruzinsky (Eds.) *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (99-107p. ), New York: Guilford Press.
- Chernin, K. (1985). *The hungry self: Women, eating, and identity*. New York: Time Books.
- Doleček, R., Středa, L., Cajthamlová, K. (2013). *Nebezpečný svět kalorií*. Praha: Ikar.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). A theory of objective self-awareness. New York: Academic Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37(4), 168-174.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kulturou štíhlého těla*. Praha: Grada.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla. Zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 295–303). New York: Guilford Press.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2014). Body size estimation in anorexia nervosa: a brief review of findings from 2003 through 2013. *Psychiatry research*, 219(3), 407-410.
- George, L., & Stopa, L. (2008). Private and public self-awareness in social anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(1), 57-72.
- Govern, J. M., & Marsch, L. A. (2001). Development and validation of the situational self-awareness scale. *Consciousness and Cognition*, 10, 366–378.
- Grogan, S. (2000). *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York: Taylor & Francis.
- Hart, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Nearing, G., Shaw, S., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2001). Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. *Eating Disorders*, 9(4), 289-299.
- Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*, 49(1), 9-18.
- Keery, H., Van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237-251.

- Keizer, A., Smeets, M. A. M., Dijkerman, H. C., Van den Hout, M., Klugkist, I., Van Elburg, A., & Postma, A. (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *190*(1), 115-120.
- Kernerová, A. (2016). *Sebehodnocení (self-esteem) a body image v souvislosti se somatotypy*. Nепublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(2), 185-190.
- King, A. C., & Epstein, A. M. (2005). Alcohol Dose-Dependent Increases in Smoking Urge in Light Smokers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *29*(4), 547-552.
- Kolb, L (1959). Disturbances of body images. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books.
- Krch, F (2007) . Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, *4*(10), 420–422.
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., Resmark, G., ... & Herpertz, S. (2016). The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*, *53*(2), 141.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, *1*(1), 57-70.
- Levinson, R. Powell B. & Steelman, L.C. (1986). Social location, significant others and body images among adolescents. *Social Psychology Quarterly*, *49*, 330-337.
- Loeber, S., Burgmer, R., Wyssen, A. Leins, J., Rustemeier, M., Munsch, S., & Herpertz, S. (2016). Short-term effects of media exposure to the thin ideal in female inpatients with an eating disorder compared to female inpatients with a mood or anxiety disorder or women with no psychiatric disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(7), 708-715.
- Manea, M. M., Milea, B. S., & Câmpean, A. (2018). Problematic exercise-a new behavioral addiction. *Palestrica of the Third Millennium Civilization & Sport*, *19*(1).
- Matsumoto, R., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Wada, Y., Okamoto, A., Ushijima, Y., ... & Suhara, T. (2006). Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the recovery process of anorexia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *30*(7), 1265-1270.
- Miller, S. P., Redlich, A. D., & Steiner, H. (2003). The stress response in anorexia nervosa. *Child psychiatry and human development*, *33*(4), 295-306.

- Morin, A. (2006). Levels of consciousness and self-awareness: a comparison and integration of various neurocognitive views. *Consciousness and Cognition, 15*, 358–371
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 47*(4), 70-84.
- Palmer, R. L. (1993). Weight concern should not be a necessary criterion for the eating disorders: A polemic. *International Journal of Eating Disorders, 14*(4), 459-465.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology, 52*(1), 1-10.
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors, 9* (1), 13-24.
- Pivoňková, V., Rubešová, A., Lindová, J., & Havlíček, J. (2011). Sexual dimorphism and personality attributions of male faces. *Archives of sexual behavior, 40*(6), 1137-1143.
- Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., ... & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating behaviors, 9*(4), 381-388.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry, 157* (8), 1297-1301.
- Řezáčová, P. (2013). *Vnímání vlastního těla u vysokoškolských studentek s ohledem na možný transgenerační přenos*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Sadato, N., Morita, T., & Itakura, S. (2008). The role of neuroimaging in developmental social psychology. *Brain Imaging and Behavior, 2*(4), 335-342.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body image, 1* (1), 99-111.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., & Crago, M. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 39–44.
- Schilder, P (1950). *The image and apperance of human body*. New York: International Universisties Press.

- Skrzypek, S., Wehmeier, P. M., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European child & adolescent psychiatry*, 10(4), 215-221.
- Slaton, K. D. (2000). *An investigation of the relationship between parental bonding and body image disturbance among male and female college students*. Unpublished dissertation, University of Southern Mississippi.
- Smeets, M. A., Ingleby, J. D., Hoek, H. W., & Panhuysen, G. E. (1999). Body size perception in anorexia nervosa: a signal detection approach. *Journal of psychosomatic research*, 46(5), 465-477.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Stice, E., Presnell, K., & Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental psychology*, 37(5), 608
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825
- Striegel-Moore, R. H., Kearney-Cook, A. (1994). Exploring parents attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 377-385.
- Stockford, C., Kroese, B. S., Beesley, A., & Leung, N. (2018, June). Severe and Enduring Anorexia Nervosa: The personal meaning of symptoms and treatment. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 68, pp. 129-138). Pergamon.
- Stunkard, A. J. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.*, 60, 115-120.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tylka, T. L., & Hill, M. S. (2004). Objectification theory as it relates to disordered eating among college women. *Sex Roles*, 51(11-12), 719-730.
- ÚZIS ČR (2017). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016, *Aktuální informace* (6).
- Waldman, A., Loomes, R., Mountford, V. A., & Tchanturia, K. (2013). Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 1(1), 17.

- Wiederman, M. W. (2002). Body image and sexual functioning. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 287–294). New York: Guilford Press.
- Wright, S., Grogan, S., & Hunter, G. (2000). Motivations for anabolic steroid use among bodybuilders. *Journal of Health Psychology, 5*, 566–572.
- Yamamotová A., Bednářová B., Papežová H. (2009). Mají negativní a pozitivní příznaky disociace vztah k nocicepční citlivosti u poruch příjmu potravy? VII. Mezioborová konference o poruchách příjmu potravy a obezitě s mezinárodní účastí. *Psychiatrie pro praxi. Supplementum B*, ročník 10.
- Zonneville-Bender, M. J., van Goozen, S. H., Cohen-Kettenis, P. T., Jansen, L. M., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2005). Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress. *Psychiatry Research, 135*(1), 45-52.

Internetové zdroje:

MKN 10, <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> 15.7. 2018)



## 6. SEZNAM ZKRATEK

BID - Body image dissatisfaction

BMI - Body Mass Index

DSM - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

DSPPPP - Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy

KBT- Kognitivně-behaviorální terapie

MA - Mentální anorexie

MBSRQ - Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

MKN- Mezinárodní klasifikace nemocí

SSAS -Situational self-awareness scale

PBI -Parental Bonding Instrument

PPP - Poruchy příjmu potravy

ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky

## PŘÍLOHY

### PŘÍLOHA 1 Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

#### INSTRUKCE – PROSÍM, ČTĚTE POZORNĚ

Na následujících stránkách najdete řadu výroků o tom, jak se lidé mohou cítit, co si mohou myslet nebo jak se mohou chovat. Ohodnoťte, prosím, nakolik vás každý výrok vystihuje.

Všechny vaše odpovědi jsou anonymní, nepište tedy do dotazníku své jméno. Každý výrok si pečlivě přečtete a pomocí níže uvedené číselné škály uveďte, nakolik se s ním ztotožňujete. Svě odpovědi zaznamenávejte pomocí výběru čísla vedle každého výroku.

#### **PŘÍKLAD**

\_\_\_ Obvykle mívám dobrou náladu.

Do prázdného políčka vedle výroku napište:

- 1, pokud s ním **rozhodně nesouhlasíte**;
- 2, pokud s ním **spíše nesouhlasíte**;
- 3, pokud **se nedá říct, že s výrokem souhlasíte, ale ani že s ním nesouhlasíte**
- 4, pokud **spíše souhlasíte**;
- 5, pokud **rozhodně souhlasíte**.

V tomto dotazníku nejsou správné ani špatné odpovědi. Zkrátka zvolte možnost, která vám nejvíce vyhovuje. Připomínáme, že vaše odpovědi jsou anonymní. Žádáme vás, abyste odpovídal/a pravdivě a na všechny výroky.

1	2	3	4	5
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Nedá se říct, že souhlasím, ani že nesouhlasím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Rozhodně souhlasím</b>

- \_\_\_ 1. Než jdu ven, vždy se podívám, jak vypadám.
- \_\_\_ 2. V obchodě si pečlivě vybírám takové oblečení, ve kterém budu vypadat co nejlépe.
- \_\_\_ 3. Zvládl/a bych většinu testů fyzické zdatnosti.
- \_\_\_ 4. Je důležité, abych měl/a dobrou tělesnou kondici.
- \_\_\_ 5. Mé tělo je sexuálně přitažlivé.
- \_\_\_ 6. Nechodím pravidelně cvičit.
- \_\_\_ 7. Starám se o své zdraví.
- \_\_\_ 8. Mám dobrý přehled o věcech, které mohou ovlivňovat mé fyzické zdraví.
- \_\_\_ 9. Dodržuji zdravý životní styl.
- \_\_\_ 10. Stále se obávám, že jsem tlustý/tlustá anebo že bych mohl/a ztloustnout.
- \_\_\_ 11. Líbí se mi, jak vypadám.
- \_\_\_ 12. Kdykoliv mám možnost, kontroluji svůj vzhled v zrcadle.
- \_\_\_ 13. Obvykle se dlouho připravuji, než jdu ven.
- \_\_\_ 14. Mám dobrou fyzickou vytrvalost.
- \_\_\_ 15. Nepovažuji za důležité účastnit se sportovních aktivit.
- \_\_\_ 16. Nedělám nic pro to, abych se udržel/a/ fyzicky v kondici.
- \_\_\_ 17. Mé zdraví je otázkou náhodných výkyvů nahoru a dolů.
- \_\_\_ 18. Být zdravý/zdravá je jednou z nejdůležitějších věcí v mém životě.
- \_\_\_ 19. Nedělám nic, o čem vím, že by to mohlo poškodit mé zdraví.
- \_\_\_ 20. Věnuji pozornost sebemenší změně váhy.
- \_\_\_ 21. Většina lidí si myslí, že vypadám dobře.
- \_\_\_ 22. Je důležité, abych vždy vypadal/a dobře.
- \_\_\_ 23. Na péči o vzhled používám jen několik málo přípravků.
- \_\_\_ 24. Snadno se učím fyzickým dovednostem.
- \_\_\_ 25. Není pro mne prioritou být fyzicky v kondici.
- \_\_\_ 26. Snažím se posilovat.
- \_\_\_ 27. Málokdy jsem nemocný/nemocná.
- \_\_\_ 28. Za své zdraví bych dal/a ruku do ohně.

1	2	3	4	5
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Nedá se říct, že souhlasím, ani že nesouhlasím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Rozhodně souhlasím</b>

- \_\_\_ 29. Často čtu časopisy o zdraví.
- \_\_\_ 30. Líbí se mi, jak vypadám nahý/nahá.
- \_\_\_ 31. Když nevypadám dobře, cítím se nejistě.
- \_\_\_ 32. Většinou nosím cokoliv, co je praktické a neřeším, jak vypadám.
- \_\_\_ 33. Nevynikám ve fyzických hrách a sportech.
- \_\_\_ 34. Příliš nepřemýšlím nad mými atletickými schopnostmi.
- \_\_\_ 35. Snažím se zlepšit svou fyzickou výdrž.
- \_\_\_ 36. Nikdy nevím, jak se budu po ránu fyzicky cítit.
- \_\_\_ 37. Pokud jsem nemocný/nemocná, nevěnuji příliš pozornosti fyzickým příznakům.
- \_\_\_ 38. Příliš se nestarám o to, zda jím vyváženou a výživnou stravu.
- \_\_\_ 39. Líbí se mi, jak mi sedí oblečení.
- \_\_\_ 40. Nezajímám se o to, co si lidé myslí o mém vzhledu.
- \_\_\_ 41. Dávám si záležet na úpravě vlasů.
- \_\_\_ 42. Nelíbí se mi, jak vypadám.
- \_\_\_ 43. Nemám potřebu zlepšovat své fyzické dovednosti.
- \_\_\_ 44. Snažím se být fyzicky aktivní.
- \_\_\_ 45. Často cítím, že jsem náchylný/náchylná k nemocem.
- \_\_\_ 46. Věnuji velkou pozornost možným tělesným příznakům nemoci.
- \_\_\_ 47. Pokud nastydnou nebo chytím chřipku, ignoruji to a funguji jako obvykle.
- \_\_\_ 48. Jsem fyzicky neatraktivní.
- \_\_\_ 49. Nepřemýšlím o svém vzhledu.
- \_\_\_ 50. Neustále se snažím zlepšovat svůj vzhled.
- \_\_\_ 51. Mám velmi dobrou koordinaci.
- \_\_\_ 52. Vím hodně o fyzické zdatnosti.
- \_\_\_ 53. Celoročně pravidelně sportuji.
- \_\_\_ 54. Jsem fyzicky zdravý/zdravá.
- \_\_\_ 55. Věnuji velkou pozornost i drobným změnám v mém zdraví.
- \_\_\_ 56. Jakmile zaznamenám příznaky nemoci, jdu k lékaři.
- \_\_\_ 57. Držím dietu, abych zhubl/a.

## PŘÍLOHA 2

### Dotazník rodičovského attachmentu (Parental Bonding Instrument)

Tento dotazník obsahuje popis různých typů rodičovského chování. Pokud si vzpomínáte na chování Vaší MATKY v době Vašeho dětství do doby Vašich 16 let, zaškrtněte prosím kolonky, které nejpřiléhavěji popisují její způsob chování.

	velmi pravděpodobně ano	pravděpodobně ano	velmi pravděpodobně ne	pravděpodobně ne
1. Mluvila se mnou vřelým a přátelským hlasem.				
2. Nepomáhala mi tak, jak jsem potřebovala.				
3. Nechala mě dělat věci tak, jak se mi to líbilo.				
4. Zdála se mi emocionálně chladná.				
5. Zdálo se, že rozumí mým problémům a obavám.				
6. Byla ke mně láskyplná.				
7. Podporovala mě v mých vlastních rozhodnutích.				
8. Nechtěla, abych dospěl/a.				
9. Pokoušela se kontrovat cokoli, co jsem dělal/a.				
10. Nerespektovala moje soukromí.				
11. Měla ráda si se mnou popovídat o různých záležitostech.				
12. Často se na mě smála.				
13. Měla sklony se ke mně chovat jako k „malému“ dítěti.				
14. Nezdálo se, že rozumí, co potřebuji a co chci.				
15. Nechala mi rozhodovat věci po svém.				
16. Vyvolávala ve mně pocit, že mě nechtěla.				

17. Pokoušela se mě uklidnit, když jsem byl/a rozčilený/á.				
18. Moc často se mnou nehovořila.				
19. Pokoušela se ve mně vytvořit pocit závislosti na její osobě.				
20. Měl/a jsem pocit, že se nemůžu starat sám/sama o sobe, pokud je mi nablízku.				
21. Dávala mi tolik svobody, kolik jsem chtěl/a.				
22. Mohl/a jsem chodit ven tak často, jak jsem chtěl/a.				
23. Příliš moc mě ochraňovala.				
24. Nechválila mě.				
25. Nechávala mě oblékat tak, jak mi to bylo příjemné.				

Pokud si vzpomínáte na chování Vašeho OTCE/ Ano x Ne (nebo adoptivního OTCE/ Ano x Ne) v době Vašeho dětství do doby Vašich 16 let, zaškrtněte prosím kolonku, která nejpřehledněji popisuje jeho způsob chování:

	velmi pravděpodobně ano	pravděpodobně ano	velmi pravděpodobně ne	pravděpodobně ne
1. Mluvil se mnou vřelým a přátelským hlasem.				
2. Nepomáhal mi tak, jak jsem potřeboval/a.				
3. Nechal mě dělat věci tak, jak se mi to líbilo.				
4. Zdál se mi emocionálně chladný.				
5. Zdálo se, že rozumí mým problémům a obavám.				
6. Byl ke mně láskyplný.				
7. Podporoval mě v mých vlastních rozhodnutích.				

8.Nechtěl, abych dospěl/a.				
9. Pokoušel se kontrovat cokoliv, co jsem dělal/a.				
10. Nerespektoval moje soukromí.				
11. Rád si se mnou popovídat o různých záležitostech.				
12. Často se na mě smál.				
13. Měl sklony se ke mně chovat jako k „malému“ dítěti.				
14. Nezdálo se, že rozumí, co potřebuji a co chci.				
15.Nechal mi rozhodovat věci po svém.				
16. Vyvolával ve mně pocit, že měnechtěla.				
17.Pokoušel se mě uklidnit, když jsem byl/a rozčilený/á.				
18. Moc často se mnou nehovořil.				
19. Pokoušel se ve mně vytvořit pocit závislosti na její osobě.				
20.Měl/a jsem pocit, že se nemůžu starat sám/sama o sobe, pokud je mi nablízku.				
21. Dával mi tolik svobody, kolik jsem chtěl/a.				
22. Mohl/a jsem chodit ven tak často, jak jsem chtěl/a.				
23. Příliš moc mě ochraňoval.				
24. Nechválil mě.				
25. Nechával mě oblékat tak, jak mi to bylo příjemné.				