



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výtvarné výchovy

Bakalářská práce

Výtvarné zpracování plastik týkajících se problematiky poruch příjmu potravy

Visual procesing of plastic concerning the issue of eating
disorders

Vypracovala: Monika Konečná
Vedoucí práce: Mgr. Josef Lorenc

České Budějovice 2016

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....
Podpis studentky

..

Poděkování

Mé díky patří především Mgr. Josefu Lorencovi za pomoc, cenné rady, připomínky a odborné vedení při realizaci této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a podporu během studia. A velké díky patří mému partnerovi Ondřeji Předotovi.

Abstrakt

Tato práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Jejím cílem je definice poruch příjmu potravy, popis jednotlivých poruch a v praktické části výtvarné zpracování této problematiky. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část zahrnuje charakteristiku, dělení a náhled do historie. Jsou zde popsány tři konkrétní formy poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, bigorexie) a obezita. V praktické části je provedena výtvarná transformace dvou hraničních poruch příjmu potravy, anorexie a bigorexie, ve formě keramické plastiky, která je doplněna kresbami.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, bigorexie, plastika, keramická hlína.

Abstrakt

This thesis deals with the problems of eating disorders. Objective of the thesis is definition of eating disorder, a description of the individual faults and as a practical part there is an artistic creation of specific disorders. Theoretical part includes characteristics, division and insight into history. There are described four forms of eating disorders: anorexia, bulimia, obesity and bigorexia. In the practical part is the visual processing of transformation of two excessive eating disorders- anorexia and bigorexia. It is treated as a sculpture ceramic including drawing.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, bigorexia, plastic, ceramic clay.

Obsah

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Poruchy příjmu potravy.....	10
1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	11
1.2 Možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy	12
1.3 Psychosociální rizikové faktory.....	13
2. Mentální anorexie	16
2.1 Diagnostická kritéria.....	16
2.2 Atypické a nespecifické formy.....	17
2.3 Průběh a prognóza.....	17
2.4 Historie mentální anorexie.....	18
2.4.1 První popsání případy mentální anorexie.....	19
2.4.2 Vývoj diagnózy.....	20
3. Mentální bulimie.....	21
3.1 Definice mentální bulimie	21
3.2 Předchůdci mentální bulimie	22
4. Obezita.....	23
4.1 Obezita jako choroba.....	23
4.2 Faktory ovlivňující vznik obezity	24
4.3 Konzumerismus a obezita	24
5. Bigorexie.....	26
5.1 Počátky vzniku	27
5.2 Posedlost vzhledem	27
5.3 Rizika této poruchy	28
5.4 Kulturstika	29
5.5 Anabolické steroidy	30

6. Vývoj ideálu lidské krásy v průběhu dějin	32
6.1 Ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem	34
6.2 Vliv sdělovacích prostředků	35
6.3 Měření tělesných parametrů	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST	39
7. Výtvarné provedení	40
7.1 Skici	40
7.2 Volba materiálu	40
7.3 Výchozí pozice	41
7.4 Figura 1	41
7.4.1 Charakteristické rysy anorexie	41
7.4.2 Postup práce	42
7.4.3 Výsledné provedení	42
7.5 Figura 2	43
7.5.1 Charakteristické rysy bigorexie	43
7.5.2 Postup práce	43
7.5.3 Výsledné provedení	44
Závěr	45
Seznam použitých zdrojů	46
Seznam zkratk	49
Seznam příloh	50
Seznam zdrojů obrazové dokumentace	63

„Proč spíte? Vzchopte se a usilujte, abyste se nedostali do všeobecné zkázy!“

Milan Machovec

ÚVOD

Téma této práce jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o jednotlivé poruchy příjmu potravy. Zajímal mě počátek vzniku některých poruch a možné příčiny, které jim mohly předcházet.

Dnes se objevuje mnoho odborné literatury, která se tomuto problému věnuje. Jejimi autory jsou většinou odborníci zabývající se léčbou poruch příjmu potravy, kteří pracují s takovými pacienty. Vytvářejí se i odborné publikace pro osoby, které těmito poruchami trpí a které jim mohou pomoci při léčbě a terapii, nebo jen pro začátek, přiznat si svůj problém a najít cestu k vysvobození a pomoci.

V teoretické části je popsán vývoj poruch příjmu potravy a charakteristika jednotlivých forem. Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění řadící se do oblasti psychiatrie. Ve značné míře se projevují mnohem více u dívek a mladých žen, ale výjimku netvoří ani děti a muži. Jsou považovány za moderní civilizační nemoc soudobé společnosti. Jejich výskyt se tak rozšířil, že se staly běžnou součástí našich životů. Následky se nedotýkají pouze nemocných, ale mají velký vliv i na nejbližší okolí. Nevhodné jídelní návyky nemocných jsou reakcí na prostředí, ve kterém se pohybují.

V této práci jsou zastoupeny jak známější formy, tak i méně známe. Objevuje se zde souvislost mezi jednotlivými poruchami, které jsou zde objasněny.

Tato práce se dále věnuje vývoji ideálu lidské krásy v průběhu dějin, kde jsou popsány proměny vnímání dokonalého těla v průběhu historie, z pohledu jednotlivých kultur.

V praktické části je popsán pracovní postup výroby keramických plastik.

Závěr práce je doplněn obrazovými přílohami postupu práce a jednotlivými skicami, které sloužily jako studijní materiál pro výrobu keramických plastik.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy příjmu potravy

Jedná se především o poruchy, které jsou spojeny s narušenou psychikou člověka a s jídelními návyky. Každý, kdo je zasažen nějakou formou z těchto poruch, je ovládán touhou po dokonalém těle, kterého se snaží dosáhnout pomocí drastických diet, zvracením, cvičením nebo dokonce omezením jídla na minimum. Většina z těchto lidí se postupem času uzavře do svého světa, ve kterém existuje jen zájem o vlastní tělo a jídelní návyky nebo sportovní aktivita, která se stává závislostí. Je velmi těžké tento svět opustit. Mnohdy se člověk při této nemoci může dostat na rozhraní boje o svůj vlastní život. Mnoho z nás si neuvědomuje křehkou hranici mezi zdravým životním stylem, dobrým stravováním oproti dietám, které stojí na hraně mezi zdravím a poruchou příjmu potravy. Tyto poruchy, i když nám v našem běžném životě zevšedněly, jsou stále přítomny a možná se rozšířily mnohem více, než jsme si schopni připustit.

Jako první starost člověka můžeme považovat snahu o to, aby neumřel hlady. Je to náš přirozený prvotní pud, který když je uspokojen, vede k dalšímu uspokojování vyšších potřeb člověka. V našem životě jídlo dostává různé psychologické a sociální významy. Můžeme ho použít jako odměnu, únik před samotou nebo problémy se kterými se neumíme vyrovnat, také může být určitým způsobem komunikace. V důsledku tlaku společnosti, která se velmi narcisticky zaměřuje na kult těla a na přehnanou péči zevnějšku, může vzniknout v průběhu života ženy v poměrně mladém věku strach z tloušťky a přílišná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Neustále se zaměřují na to, jak vypadají, kolik váží a snaží se snížit svoji tělesnou váhu.¹

Do PPP řadíme především mentální anorexii a mentální bulimii. Tyto poruchy jsou charakteristické snižováním tělesné hmotnosti a to je pro ně i společným pojítkem. Signály, které mohou onemocnění předznamenávat, jsou například únava a změna chuti k jídlu. Protikladem mentální anorexie je obezita, která sice nespadá do tabulek lékařské klasifikace PPP, ale úzce s nimi souvisí.²

¹ [Srov.] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). s. 13

² [Srov.] Tamtéž, s. 14

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Různé poruchy příjmu potravy jsou zaznamenávány už od starověku. V 5. století je Hippokrates nazývá pojmem asithia. Jako první pojem anorexie použil významný lékař a filosof Galén už ve druhém století našeho letopočtu. Pokud se jedná o pojem anorexie, tak jak si ho dnes popisujeme, dá se mezi prvotní záznamy řadit zmínka ze 17. století, o kterou se zasloužil anglický lékař Richard Morton. Název, nervová anorexie je známý převážně z francouzské literatury. O prvotní rozdělení anorexie se postaral v 19. století francouzský fyziolog Fleury Imbert, který ji rozdělil na gastrickou anorexiu, kterou charakterizoval jako poruchu trávení a nervovou anorexiu, pro kterou je charakteristické odmítání jídla.³

Roku 1860 francouzský lékař Louis Victore Marcé prezentoval článek o formě „hypochondrického deliria“. Pojem znamená stav, který je spojený se strachem o své zdraví.⁴ Marsé pozoroval několik dívek v adolescentním věku, pro které byla charakteristická nechuť k jídlu, a byly vyhublé téměř na kost, protože několik měsíců téměř nepozřely potravu. Whitey Gull se zasloužil o to, aby se této nemoci nepřisuzovaly somatické příčiny a současně s ním za tímto tvrzením stál francouzský klinik Ernest - Charles Laség. Prvotní použití termínu „anorexia nervosa“ je přisuzováno právě W. Gullovy, jemuž předcházela jeho přednáška z roku 1873 pod názvem „anorexie hysterica“, která byla o rok později publikována právě pod názvem „anorexia nervosa“. Do roku 1914 byla anorexie jednostranně považována za duševní poruchu. V tomto roce byly u některých nemocných zjištěny léze v hypofýze a mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou“, což je stav, pro který je typický výrazný úbytek váhy a celková slabost.⁵ Ve 40. letech minulého století se tato nemoc vrátila mezi poruchy duševní. Z roku 1946 z přednášky profesora Otakara Janoty vychází termín „mentální anorexie“.⁶

Ovšem tato označení „Anorexia nervosa“ a „anorexia mantalis“ nejsou mnohými považovány za nejuvýstižnější. Podle Platonova učení pojem anorexie značí osvobození od žádostivosti, u Hippokrata označuje tento termín

³ [Srov.] PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Vydání 1. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2010.s. 20

⁴ *Nemoci.estranky.cz* [online]. eStranky.cz: eStranky.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-06]. Dostupné z: <http://www.nemoci.estranky.cz/clanky/hypochondricka-porucha--hypochondrie-.html>

⁵ [Srov.] *Slovníky.cz: Velký lékařský slovník* [online]. Lékařský slovník on-line: Maxdorf, 2010, 2008 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/simmondsova-kachexie>

⁶ [Srov.] Tamtéž, s. 21

nedostatečný požitek z jídla a dnes tento pojem charakterizujeme jako ztrátu chuti k jídlu. U Hippokrata a Platona se nabízí vysvětlení tohoto pojmu jako nechutenství k jídlu.⁷

1.2 Možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Nejdříve, než se pustíme do analýzy problému z hlediska filosofie, stojí za zmínku, že na rozsáhlém rozšíření poruch příjmu potravy mají velký podíl média. Ze všech koutů, ať už je to z tištěných periodik, nebo internetových zdrojů, portálů, módních časopisů nebo televizního vysílání k nám denně putují informace, které ovlivňují naše myšlení, životní styl, chování a citění.

Jednou z hlavních příčin vzniku nebo velkého výskytu poruch příjmu potravy je ideál ženské krásy. Ideálem dnešní doby je postava prepubescentního chlapce s prsy, ve kterém není náznak ani jednoho přirozeného aspektu ženského těla. Možná z tohoto důvodu se žena cítí ve svém těle špatně, když se odmítá přizpůsobit tomuto ideálu a snaží se ho všemi možnými pokusy přeměnit.⁸

Pokud nahlédneme do historie, zjistíme, že se nacházíme ve světě, ve kterém po staletí panuje nadvláda patriarchátu. Tento obrat k mužské části světa souvisí s filosofií. Už sofisté provedli ve filosofii obrat pozornosti k člověku, od hledání pralátek. Vznik odklonu od světa přírody a kultu ženství se děje v době Sokratovi, vlastně už za doby sofistů, kdy se už jako člověk technik začal odklánět od rodu ženy, hodnot domova a intimity. Příroda se najednou v očích člověka stala materiálem. Sokrates vnímal přírodu jako kulisu. Začíná se formovat svět ducha, který se stává čistě mužským světem, staví se mimo přírodu, jako by na ni zapomněl. Ale právě kult ženství, jak už nám napovídá, ono zachování rodu, patří spíše do světa přírody, což je ale pro svět ducha nezajímavé a charakteristické pro tento svět. Z vnímání světa těchto intelektuálů se odcizuje ženství a sami se jim začínají vyhýbat. Tato kultura, která tak vysoce přehlíží ženství, její individualitu a přirozenost, zamezuje projevům a působnosti ženství na venek. Ve vrcholném období antiky se řecká společnost potýká s postoji opovržení vůči ženě a vnímá jí jako prototyp

⁷ [Srov.] Tamtéž, s. 22

⁸ [Srov.] JOHNSTON, Anita A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny: jak mohou ženy proměnit svůj vztah k jídlu a vlastnímu tělu prostřednictvím intuice, mýtů a prastarých příběhů*. Vyd. 1. V Praze: Rybka, 2011. s. 15

živočišnosti, nízkosti a sprostoty. Žena je vnímána jako něco, co není schopné být ušlechtilé a morální. I Sokratův svět je sám o sobě čistě mužským světem, ve kterém není pro ženu místo. Samotného Sokrata ani nenapadlo pečovat o ducha a lidství, které je přítomno v ženě. Muž si neuvědomuje, jak důležitý by mohl být zážitek ženskosti pro jeho ducha, pokud by chtěl život žít a procítit plnými doušky. Rozvíjí se společnost, ve které je žena aktem ukojení pouhého mužského chtíce, ale vnímání její duše, citu a osoby je mužem naprosto přehlíženo. To se však neodehrává pouze v řecké civilizaci, ale tento způsob mužského opovržení je přítomný i v naší soudobé společnosti. Už z tohoto důvodu bychom měli být na pozoru, protože jestli v nějaké společnosti není místo pro úctu k ženství, zachování rodu, úcty k přírodě, není tato společnost schopná obrany proti zkáze. Jako se vytratila řecká společnost v období, kdy byl každý muž velmi sebevědomý a zahleděný sám do sebe, tak se může vytratit společnost, ve které nyní žijeme i my.⁹

Ženy demonstrativně svým chováním reagují na svou pozici v tomto světě, protože se zde cítí ohroženy. -Z pohledu psycholožky Anity Johnstonové, u žen trpících poruchami většinou dominuje mužský aspekt. Přemnožení poruch příjmu potravy spatřuje v důsledku nerovnováhy mezi ženským a mužským aspektem, který převládá v naší společnosti a v nás samých.¹⁰

1.3 Psychosociální rizikové faktory

Rizikové faktory jsou události, se kterými se člověk v životě neustále setkává. Prvním krokem pro zjištění těchto faktorů jsou průřezové studie, které se zabývají situacemi, ve kterých se nemocné osoby na rozdíl od těch zdravých ocitají. Kromě toho se rizikovými faktory zabývají longitudinální studie, které zkoumají charakteristické znaky odlišující nemocné od zdravých.¹¹

Mezi psychosociální rizikové faktory řadíme pohlaví, věk a etnický původ. Nemůžeme je nijak ovlivnit. Pokud se jedná o pohlaví, je mnohem vyšší pravděpodobnost výskytu poruch u žen. Ženy onemocní anorexií dokonce 10 krát častěji než muži. Jsou většinou charakteristické pro ženy bílé pleti, proto

⁹ [Srov.] MACHOVEC, Milan a Vladimír SLUNEČKO (ed.). *Filosofie tváře v tvář zániku*. 2. vyd. Praha: Akropolis, 2006, s. 119

¹⁰ [Srov.] JOHNSTON, Anita A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny: jak mohou ženy proměnit svůj vztah k jídlu a vlastnímu tělu prostřednictvím intuice, mýtů a prastarých příběhů*. Vyd. 1. V Praze: Rybka, 2011. s. 26

¹¹ [Srov.] PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Vydání 1. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 36

je do psychosociálních rizikových faktorů zařazen také etnický původ. Podle výzkumů, které byly provedeny v USA, se ukazuje, že Afroameričanky jsou se svým tělem mnohem více spokojeny, než ženy bílé, ale podle určitých studií se u nich vyskytují více záchvaty přejídání.¹² Objevuje se určitá pochybnost označovat etnický původ za charakteristický faktor pro vznik poruch i přes to, že je označován za stálý znak. Dalším faktorem, který se pojí s touto skupinou, je věk. Poruchy se nejčastěji objevují v adolescentním období. Protože se v tomto období objevují i jiná duševní onemocnění, je věk charakterizován jako nespecifický rizikový faktor, neboť podléhá změně.

Další skupinou rizikových faktorů onemocnění jsou faktory osobnostní. Jedním z nich je impulzivita, lépe řečeno nedostatečná kontrola impulzů, u které hrozí záchvatovité přejídání. Je zde také možné propojení se zneužíváním návykových látek, po kterých následuje výskyt vzniku PPP.¹³ Dívky, které trpí anorexií nebo bulimií a dokonce i ty, které jsou vyléčeny, disponují zvýšenou úrovní perfekcionismu. Výskyt poruch roste u dívek, které mimo perfekcionismu trpí nízkým sebevědomím a nemají rády své tělo. I přes tyto důkazy zatím žádné longitudinální studie nepotvrdily vztah mezi PPP a perfekcionismem.

Dále se mohou vyskytovat ve vztahu s jinými poruchami. Například ženy, které trpí anorexií, mají nejčastěji tuto poruchu kombinovanou s obsedantně - kompulzivní poruchou a separační úzkostí. Pro pacientky s bulimií je nejčastější kombinací sociální úzkost. U osob, které trpí záchvaty přejídání, se často vyskytuje hraniční porucha osobnosti.¹⁴

Mnoho studií se zabývalo problematikou, jestli mohou nepříjemné a těžké situace v životě člověka způsobit vznik poruch. V těchto studiích byly srovnávány pacientky stejného věku, z nichž jedna byla zdravá a druhá trpěla poruchou. U obou se výzkumníci tázali na negativní prožitky v průběhu jednoho roku. Například od 14 do 15let. Některé studie přišly na to, že rozdíl mezi zdravými pacienty a pacienty trpící poruchou je v tom, že nemocní prožili během jednoho roku několik traumatických událostí.¹⁵ Pokud studie porovnávaly pacienty trpící PPP s pacienty trpícími jinými psychiatrickými diagnózami, tak se tento rozdíl vytrácel. Zkoumaný není jen počet zážitků, ale i to, jaké zážitky prožily. Pacientky trpící anorexií a bulimií měly téměř shodný počet negativních zážitků. U žen trpících anorexií jsou negativní zážitky často spojovány se

¹² [Srov.] Tamtéž, s. 37

¹³ [Srov.] Tamtéž, s. 38

¹⁴ [Srov.] Tamtéž, s. 39

¹⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 40

špatným sexuálním zážitkem a negativními zážitky v rodině. Pokud se jedná o negativní zážitky v rodině, může se jednat o disfunkční roli jednoho z rodičů, přílišný nátlak na dosažení vyšších cílů, než by mohla osoba zvládnout nebo například problémy se sourozencem. Také velmi záleží na tom, jak dotyčný tyto zážitky zvládá. „Trop a Treasure potvrzují, že ti, kteří v dětství reagovali na situace bezmocí, jsou k onemocnění PPP náchylnější, než ti, kteří byli schopni situaci zvládnout a najít řešení.“¹⁶ Dalším faktorem, který do značné míry ovlivňuje výskyt PPP je sexuální zneužívání, o němž se můžeme přesvědčit především v průřezových studiích. Tento faktor se vyskytuje mnohem více při bulimii. Podle Johnstonovi studie se sexuální zneužívání a zanedbávání v dětství prokazuje jako silný ukazatel PPP. Ženy, kterým se sexuální trauma přihodilo jak v dětství, tak i v dospělosti, mají velké problémy s jídlem. Existují zde i studie, které vztah mezi PPP a sexuálním zneužíváním nepotvrzují.¹⁷ Dalším bodem příznačným pro poruchy může být kontrola. Nacházíme se ve světě, kde nemůžeme události ovládat nebo ovlivnit a proto se některé ženy uchylují ke kontrole svého jídelníčku, hmotnosti a dobrovolně hladoví. Dalším faktorem, který by mohl být příčinou vzniku PPP je spojen se zážitky odloučení nebo s nutností přizpůsobit se jiné kultuře.¹⁸

¹⁶ Tamtéž, s. 42

¹⁷ [Srov.] Tamtéž, s. 42

¹⁸ [Srov.] Tamtéž, s. 43

2. Mentální anorexie

Pro tuto poruchu je charakteristické úmyslné redukování tělesné hmotnosti, které je ve většině případů doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Pacienti odmítají jíst jídlo, protože k němu mají averzi, o svém těle mají zkreslené představy a trpí úzkostlivým strachem z přibírání na váze.¹⁹

2.1 Diagnostická kritéria

Lidé, u kterých propukne tato porucha, udržují svou tělesnou hmotnost o 15 % níž, než je odpovídající norma. Snížení tělesné váhy si nemocný způsobuje sám v důsledku omezování jídla. Při takové redukci tělesné hmotnosti může využívat několika prostředků, jako například: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik nebo může nadměrně cvičit.²⁰ Následně se objevuje neustálý strach z přibírání na váze a zkreslená představa o svém těle. Při neustálém snižování váhy dochází v průběhu této nemoci u žen ke ztrátě menstruačního cyklu, u mužů se vytrácí sexuální zájem. Ženy často trpí amenoreou²¹, tedy stavem, při kterém dochází k periodě, pouze při podávání hormonů. Pokud se tato porucha projevuje v období před pubertou, dochází k opoždění pubertálních projevů nebo dokonce i k jejich ztrátě. Dojde – li k uzdravení, dochází sice k opožděnému, ale k normálnímu dokončení puberty.²²

Mentální anorexii můžeme rozdělit na dva specifické typy. První typ je nazýván nebulimický nebo také restriktivní. Jestliže žena trpí touto formou, nedochází u ní v průběhu nemoci k opakovaným záchvatům přejídání. Tento příznak je naopak typický pro druhý bulimický typ, jinak řečeno purgativní, který se neustále opakuje.

V lékařské klasifikaci je přednostně rozšířen restriktivní a bulimický typ mentální anorexie. U bulimického typu se vyskytuje mnohem více psychických poruch. Od poruch nálady až po závislost na alkoholu, drogová závislost, sebevraždy, sebepoškozování a emoční labilita. Bývá u nich velmi důležitá

¹⁹ [Srov.] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). s. 14

²⁰ [Srov.] Tamtéž, s. 14

²¹ [Srov.] *SCS.ABZ.CZ: SLOVNÍK CIZÍCH SLOV* [online]. scs.abz.cz: ABZ.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/amenorea>

²² [Srov.] Tamtéž, s. 15

hospitalizace. Při diagnostice je nezbytné vyřadit možnou přítomnost somatické nebo duševní poruchy, která by mohla být příčinou nechutenství, poruchy v jedení nebo nízké tělesné hmotnosti.²³

2.2 Atypické a nespecifické formy

Atypické a nespecifické formy se odlišují s přibývajícím počtem pacientů, kteří nesplňují všechna kritéria, typická pro základní formy mentální anorexie. První formou je atypická mentální anorexie, která byla určena na desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato charakteristika by se měla využívat jen u pacientů, u kterých se neprojeví jeden nebo více příznaků poruchy, ale jsou téměř totožné s typickou formou poruch.²⁴

Do termínu jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy, které spadají do kategorie DSM - IV patří například případy, kdy pacientka disponuje všemi příznaky mentální anorexie a má pravidelnou menstruaci nebo došlo k velkému snížení váhy, ale pacientka při své váze odpovídá běžné normě. Mezi známé, jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy, by bylo možné zahrnout i opakované epizody přejídání bez hladovek.²⁵

2.3 Průběh a prognóza

Mentální anorexie se nejčastěji rozvíjí kolem 13. až 20. roku. Může se však projevit i ve třicátém a někdy i ve čtyřicátém roce. Před rozvojem poruch většinou dochází k období zintenzívněných diet, ať už dobrovolných nebo určených lékařským nařízením. Někteří pacienti se těžko přizpůsobují nízké energetické potřebě. Tyto poruchy mají velmi pomalý a nenápadný nástup, schovávají se mezi dietami vrstevníků a nevhodným stravováním v rodinném kruhu. Celý život se najednou začíná přizpůsobovat jídelním návykům, kolem kterých se točí veškerý svět. Tyto poruchy mohou probíhat jen jako krátký příběh se zmizením příznaků nemoci, dále se může nemoc projevit

²³ [Srov.] Tamtéž, s. 16

²⁴ [Srov.] Tamtéž, s. 19

²⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 21

na dlouhodobé úrovni nebo následuje série opakovaných projevů, které se v průběhu let neustále vracejí.²⁶

Mezi faktory, které mohou mít vliv na vznik a průběh nemoci, řadí Garrinkel a Garner počátek onemocnění pohlaví, sociální postavení, manželství, zvracení, nízkou tělesnou hmotnost, obezitu v anamnéze nebo výsledky ve škole. Jako pozitivní aspekt byl považován brzký start poruchy a krátký časový úsek, ve kterém porucha trvala. Za špatná specifika byly například považovány deprese, mužské pohlaví, manželství nebo příslušnost k nízké společenské vrstvě.²⁷

2.4 Historie mentální anorexie

Po řadu století nebyla problematika odmítání konzumace jídla považována za poruchu. Extrémní dodržování půstu bylo zahrnuto v některých sebe trestajících asketických praktikách v křesťanství nebo buddhismu. Později se začaly tyto poruchy pokládat za projevy duševních chorob.²⁸

V pozdním středověku měl velmi významnou roli v životě věřící ženy přehnaný půst. Jako příklad mohou být uvedeny zázračné panny, což byly většinou mladé dívky, které se postily. Ony samy tvrdily, že skoro nic nejí nebo nejedí vůbec. K těmto dívkám přicházelo s dary mnoho poutníků, mnichů či králů. V průběhu 19. století se začalo odmítání jídla považovat za chorobu nebo jako nemožnou věc.²⁹

Devatenácté století můžeme považovat za důležité pro identifikaci a klasifikaci široké škály nemocí. Můžeme zde nalézt velmi podstatné pokroky v medicíně, jako byl například objev spály nebo břišního tyfu. Jména nemocí vznikaly ze jmen svých objevitelů a našli místo v lékařských spisech. Mentální anorexie se objevuje jako nová choroba v roce 1870. Je odrazem snahy najít jednotlivé odlišnosti mezi nemocemi. Anorexie se postupně stává samostatnou nemocí, za co vděčí intelektuálnímu tlaku nových nauk o třídění chorob. V roce 1865 se objevuje definice anorexie, ve které je popisována jako absence chuti k jídlu. V jednotlivých lékařských periodikách můžeme pozorovat

²⁶ [Srov.] Tamtéž, s. 21

²⁷ [Srov.] Tamtéž, s. 22

²⁸ [Srov.] Tamtéž, s. 24

²⁹ [Srov.] Tamtéž, s. 25

shodné názory lékařů na anorexii, jako jednoduchou a zřetelnou známku onemocnění, jako je například tuberkulóza nebo rakovina.³⁰

Počátkem 19. století se ve Francii objevuje odborný termín „nervová anorexie“. Roku 1840 francouzský fyziolog Fleury Imbert přidává k termínům bulimie a pica ještě dva odlišné typy anorexie. Prvním typem je gastrická anorexie a druhým typem je anorexie nervová. U prvního zmiňovaného typu se jedná o poruchu v zažívání. U druhého typu je odmítání jídla způsobeno mozkiem, který nevyvolává signály chuti k jídlu. Zde se objevuje například projevy jako nervozita, hněv, úzkost nebo melancholie. Roku 1874 britský lékař William Gull uvedl termín „Anorexie nervosa“, který se úspěšně začal používat. Pojmy blednička nebo také chloróza se objevují v 18. a 19. století. Tato choroba byla typická pro mladé a krásné ženy, které mimo jiné bledly a ztrácely chuť k jídlu. Richard Morton popisuje v roce 1689 nemoc zvanou „nervové opotřebení“ a proto je považován za prvního portrétistu anorexie nervosy.³¹

2.4.1 První popsané případy mentální anorexie

V roce 1859 William Stout Chipley popsal „sitiománii“, kterou lze vysvětlit jako chorobné nechutenství. Vedle tohoto typu objevil ještě jinou odlišnou formu této choroby, která byla zaznamenána u mladých dívek ve vyšších kruzích. Tyto dívky se snažily tímto způsobem upoutat pozornost. Nedokázali je však přesvědčit, aby začaly znovu jíst a dívky na tuto chorobu umíraly. V roce 1860 lékař původem z Francie L. V. Marcé vytiskl článek o pubertálních dívkách, které odmítají jíst, trpěly nechutí k jídlu a dokonce mnoho měsíců nic nejedly. Tento článek potvrzoval přítomnost mentální anorexie, ale nevznikly na něj žádné odezvy, protože na tuto nemoc nebyla lékařská obec připravena. Teprve po deseti letech se tato choroba začala brát na vědomí a byla přijímána v lékařských kruzích.

Roku 1873 francouzský lékař Ernest- Charles Lasegue publikoval článek o „anorexii nervose“ a poté vyšel anglický překlad od Sira Williama Witheye Gulla. V roce 1874 Gull publikoval svou přednášku o této chorobě.

³⁰ [Srov.] BRUMBERG, Joan Jacobs. *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. 1 edition. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1988, 366 p. 101

³¹ [Srov.] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). s. 26

2.4.2 Vývoj diagnózy

Ve Spojených státech Amerických, Německu či v Itálii bylo na anorexii nahlíženo jako na okrajový jev do 20. století.³² Nejdříve byla brána jako duševní porucha. V roce 1914 byla milně prohlášena Patologem Morisem Simmondsem za „Simmondsovu chorobu“. Toto tvrzení bylo bráno za pravdivé skoro 20 let, než se plně odmítlo.

Ve čtyřicátých letech pod vlivem psychoanalýzy byla přijata za duševní chorobu. v posledních desetiletích se z ní stala „módní porucha“, které propadá velké množství dívek a žen.³³

³² [Srov.] Tamtéž, s. 28

³³ [Srov.] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). s. 29

3. Mentální bulimie

Další poruchou příjmu potravy, o které bude v této kapitole pojednáno, je mentální bulimie. S mentální anorexií má podobné některé vlastnosti. Stejně jako u anorexie se zájem této nemoci postupně orientuje na jídelní návyky a hledání tělesné krásy. Ovšem rozdíl je v konzumaci potravy. Zatím co u anorektiček dochází k postupnému snižování konzumovaného jídla, u bulimiček dochází ke stále větší konzumaci mnoha potravin, které následně po snědení vyvrací. V této práci se jí nebudeme zabývat příliš do hloubky a zmíníme se o ní pouze okrajově.

3.1 Definice mentální bulimie

Tato porucha je typická častým přejídáním, na které následně navazuje vyvolávané zvracení, což se děje za účelem kontrolování tělesné hmotnosti.

Pojem „boulimos“ se objevuje u Hippokrata, který ho popisuje jako nezdravý hlad. Roku 1979 publikoval Angličan Gerard Russell článek, kde používá pojem „bulimie nervosa“. Tomuto vymezení připisuje základní charakteristické znaky, jako jsou velmi silná a nepřekonatelná touha přejídat se a následné zvracení, které je příčinou k zabránění zvyšování tělesné hmotnosti, z kterého vzniká u pacientů chorobný strach.

V roce 1980 byl termín mentální bulimie zařazen do DSM - III (Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch)³⁴ Americkou psychiatrickou komorou. Mezi projevy, podle kterých lze určit mentální bulimii, řadíme časté přejídání, které se opakuje dvakrát až třikrát týdně, pokud se tento proces opakuje po dobu 3 měsíců. Zřejmá je častá konzumace velkého množství jídla, při které je patrná snaha potlačit zvyšování hmotnosti za pomoci zvracení, projímadel, užívání anorektik a jiných prostředků. Společným znakem bulimie a anorexie je stále přítomný strach z možného přibírání na váze.³⁵ Poruchu lze rozdělit na dva specifické typy. Prvním z nich je typ purgativní, který je charakteristický opakovaným zvracením a užitím projímadel a diuretik

³⁴ [Srov.] *BehaveNet* [online]. BehaveNet® Inc: BehaveNet® Inc, 1995, 2015 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://behavenet.com/diagnostic-and-statistical-manual-mental-disorders-third-edition>

³⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 17

(močopudných prostředků)³⁶. Druhý, nepurgativní typ je charakteristický přísnými dietami, hladovkami a nadměrným fyzickým pohybem. Mezi pacienty, kteří se řadí do této poruchy, mohou být i ti, kteří nuceně nezvrací nebo je u nich charakterizována MA či obezita. Oproti anorexii není pro bulimii příznačné výrazné snížení tělesné hmotnosti a trvalá amenorea.³⁷ Stejně jako hladovění je přejídání historicky na stejné úrovni. Přejídání bylo typické spíše pro vyšší vrstvy ve společnosti.³⁸

3.2 Předchůdci mentální bulimie

Od starověku je medicíně známá takzvaná „Kynorexia“ nebo „famescanina“ neboli psí hlad. Toto označení je používáno až do 19. století. Psí hlad poroto, že se přirovnával k nenažranosti psa. Člověk se tedy nenasytně přejídal a po té následně toto pozřené jídlo násilně vyvrátil. Nejlépe charakterizovaná forma byla popsána švýcarským psychiatrem L. Binswangerem, který ji v roce 1944 chybně diagnostikoval jako schizofrenii. Od počátku 70. let se diagnostikovalo mnoho příznaků, které oddělily bulimii od anorexie a obezity. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.³⁹

³⁶ [Srov.] *Scz.abz.cz* [online]. web: scz.abz.cz, 2005, 2015 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/diuretikum>

³⁷ [Srov.] Tamtéž, s. 18

³⁸ [Srov.] Tamtéž, s. 29

³⁹ [Srov.] Tamtéž, s. 31

4. Obezita

Obezita měla být jednou z hlavních nemocí, které měla být věnována praktická část práce. V průběhu studia tematiky PPP se pozornost přesunula k jiné, méně známe formě, kterou je bigorexie. Přestože obezita není zařazena podle lékařské klasifikace do PPP, bude v této práci alespoň okrajově představena.

Obezita je podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů řazena do nemocí endokrinních, výživy a přeměny látek pod zkratkou (E00 - E90), kde se dále řadí mezi obezitu a jiné hyperalimentace pod zkratkou E65 - E68⁴⁰.

4.1 Obezita jako choroba

„Obezitu nelze vnímat jen jako zmnožení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí.“⁴¹

Obezita je chorobou, která je charakteristická nadměrným nárůstem tukové tkáně v organismu nad určitou normu. Taková nadměrná tuková tkáň se pro svého nositele stává velmi problematickou a omezující. Jednak svou hmotností brání plnému pohybu a opotřebovává kosterní klouby, jednak znemožňuje plný nádech. Mezi další charakteristiky a problematické rysy patří zhoršení vlastních fyziologických funkcí. Do organismu produkuje látky, které zhoršují stabilitu celého organismu. Mezi faktory, které ovlivňují stanovení hranice obezity, patří pohlaví, věk, predilekční distribuce tuku a velikost svalstva a rozhodující je poměr mezi svalstvem a tukovou tkání. Podle této diagnostiky se tvoří léčebné strategie. Do charakteristiky se dále zahrnuje míra obezity vypočtená vzorcem BMI indexem a měření obvodu v pase, zastoupení tělesného tuku a fyzická zdatnost jednotlivého pacienta.⁴²

⁴⁰ [Srov.] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-^{^^^}sv.*

⁴¹ [Srov.] *Obezita.cz: Obezita v ČR i ve světě* [online]. www.obezita.cz: obezita.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-19]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>

⁴² [Srov.] MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. 59

Na problematiku obezity můžeme také nahlížet pomocí společenských věd. Aktuální informace o obezitě a nadváze jsou nabízeny Světovou zdravotnickou organizací. Zde se můžeme dozvědět například informaci, že od roku 1980 počet obézních osob vzrostl dvojnásobně. V roce 2008 trpí nadváhou více jak 1.4 miliardy dospělých lidí nad 20 let, kdy 35 % disponuje nadváhou a 11 % je obézních. Nadváha a obezita v některých zemích způsobuje smrt více lidem než podvýživa.⁴³

4.2 Faktory ovlivňující vznik obezity

Mezi faktory, které ovlivňují hypokinezi, tedy nedostatek pohybu⁴⁴, patří změna životního prostředí, ve kterém žijeme. Souvisí se vznikem a rozrůstáním velkých měst, ve kterém je značně omezený pohyb pro obyvatelstvo. Také se rozvíjí technologie, které velmi usnadňují namáhavou práci a některé činnosti, které dříve zastávali lidé, jsou úplně technologií nahrazeny. Ať už se jedná o technologie informační, elektronické nebo v oblasti dopravy. Dále sem zapadají stoupající nároky na studium a vzdělávání mládeže, které prakticky zabírají veškerý volný čas. Mezi tyto problémy můžeme dále zařadit i sníženou schopnost organismu zvládat vyšší zátěž při pohybových aktivitách. Tato problematika Také souvisí s psychickým rozpoložením, kdy se například obézní člověk nemusí cítit dobře nebo se nedokáže vyrovnat s pozorností svého okolí. Tyto faktory jsou jedny z mnohých, které přispívají k obezitě.⁴⁵

4.3 Konzumerismus a obezita

Jako jeden z podstatných základů vzniku obezity bychom mohli jmenovat konzumerismus, což charakterizuje nadměrnou konzumaci zboží a služeb,⁴⁶ pro něž je osobitý nárůst masové výroby pro vyšší spotřebu. Je to způsob tržního

⁴³ [Srov.] HEJTMAN, Pavel a Helena PAVLIČÍKOVÁ. *Spotřební společnost a její reflexe ve výuce společenských věd a výchovy k občanství*. Vydání 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2014/11. s. 106

⁴⁴ [Srov.] *Slovník.cz: velký lékařský slovník* [online]. lékařský slovník on-line: Maxdorf, 2008, 2008 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/hypokineze>

⁴⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 107

⁴⁶ [Srov.] *SCS.ABZ.CZ: slovník cizích slov* [online]. scs.abz.cz: ABZ.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/konzumerismus>

uspokojování lidských potřeb, který značně podporuje spotřebu a nadspotřebu. V konečné fázi transformuje styl života v ekonomicky vyspělých zemích tak, že je charakterizován jako konzumní způsob života, který ve svých kladných důsledcích sice přináší hojnost ve spotřebě, která má ale bohužel negativní dopad na zdraví populace do kterého spadá právě nadváha a obezita.⁴⁷

Protože jíme víc, než potřebujeme, vzrůstá nadměrně počet obézních či lidí s nadváhou. Pro naši dobu je charakteristické kdykoliv mohu mít cokoliv, na co mám chuť.⁴⁸

⁴⁷ [Srov.] Tamtéž, s. 119

⁴⁸ [Srov.] Tamtéž, s. 129

5. Bigorexie

Jako další, ne příliš známou formu PPP, si popíšeme bigorexii nebo také muskulární dysmorfii.

Definice pojmu bigorexie poprvé vznikla roku 1997. Jedná se o poruchu, ve které vzniká nekonečná touha po vytvoření co nejobjemnější svalové hmoty bez tuku, v důsledku užívání všech možných prostředků. Touto poruchou mohou trpět obě pohlaví. Ovšem mnohem více k ní tíhnou muži. U žen se objevuje převážně v kulturistickém světě.⁴⁹

Bigorexie spadá podle lékařské klasifikace do poruch týkajících se jídla, stejně jako mentální anorexie a mentální bulimie. Ovšem zatím co posledně jmenované jsou zařazeny v tabulce jako psychogenní poruchy příjmu potravy, muskulární dysmorfie spadá pod tělesné poruchy.⁵⁰

Při této nemoci člověka ovládá myšlenka, že je nedostatečně svalově vyvinutý. Jedinci, kteří trpí touto nemocí, mají většinou představu, že jejich tělo je příliš hubené nebo malé, i když je ve skutečnosti nadměrně svalnaté. Tato nemoc se také někdy nazývá reverzní mentální anorexie. Vzniká zde posedlost zaměřená na vzhled a především na svalstvo. Jedinci přehnaně upínají svou pozornost na vnímanou vadu. Vnímání jejich vlastního těla mnohdy není v souladu s realitou.⁵¹

V posledních letech se zvedla vlna zájmu dnešního člověka o vlastní tělo, o vlastní vzhled. A nejen o jeho vzhled, ale také o jeho funkčnost a péči o něj. Lidé se najednou začali více zajímat o zdravou výživu, vyhledávat širší škálu pohybových aktivit a dokonce přicházejí s různými kosmetickými a chirurgickými zákroky.

Velmi často si zdraví spojujeme s tělesnou zdatností člověka. Postoj k vlastní osobě se zkoumá už několik staletí, ale i přes tento fakt neexistuje žádné pojetí

⁴⁹ [Srov.] NAVRÁTIL, Michael. *Bigorexie – tělesná zdatnost jako posedlost?*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Procházka Ph.D. s.9

⁵⁰ [Srov.] *Lékařské klasifikace- Online kalkulačky- Skóre- Tabulky- MKN v.2* [online]. www.mudr.org.cz: MUDr.org, 2010, 5. Září 2010 - 13:44 od Lambert [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/dsm-iv>

⁵¹ [Srov.] *Babylon: online Thesaurus* [online]. Babylon Translation Software: Babylon Software Ltd., 2015, 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://thesaurus.babylon.com/muscle%20dysmorphia>

sebe sama. Co se týká vnímání lidského těla, je tento pojem zkoumán jen několik desítek let. Tento aspekt může být příčinou vzniku této poruchy.⁵²

5.1 Počátky vzniku

Počátky vzniku bigorexie můžeme hledat již v dětství, kdy dochází ke vzniku poruchy působením tlaku na psychiku a rozvoj osobnosti pomocí vlastního úsudku. Ve výzkumu Groganové, kde byli testováni chlapci ve věku 8 až 13 let, bylo hlavním tématem zjištění pohledu na ideální postavu. Došlo zde k závěru, že ideální postava, kterou touží v dospělosti zkoumaný vzorek mít, je svalnatá a vypracovaná postava.⁵³ Příčinu můžeme hledat v mediálním odvětví, kdy je dětem pomocí TV seriálů předkládána ideální svalnatá postava a typické dospívající tělo není prezentováno jako zdravé a v pořádku.⁵⁴ U mnoho mediálních produktů se objevuje pohled na situaci, ve kterém je jedinec, který je zcela sám sebou prezentován jako osoba, která nemá pro kolektiv žádnou hodnotu a je z něj vyloučena, protože se odmítá přizpůsobit současným trendům. V důsledku toho se většina dospívajících rozhodne svou osobnost schovat za určitou životní masku a mají strach ji zahodit, aby nikdo neviděl jejich skutečnou podobu.⁵⁵ „Proto je zcela zásadní, pokud chceme předcházet problémům bigorexie, anorexie apod. aby se změnilo to obrovské množství signálů, které se dostávají každý den k dětem v agresivní podobě formou promyšlené strategie, kdy tyto děti nejsou schopny jim jakkoliv čelit.“⁵⁶

5.2 Posedlost vzhledem

I v České Republice narůstá množství jedinců, kteří věnují přehnanou pozornost svému vzhledu a pohybovým aktivitám.

⁵² [Srov.] FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. Psychologie pro každého. s. 17

⁵³ [Srov.] NAVRÁTIL, Michael. *Bigorexie – tělesná zdatnost jako posedlost?* České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Procházka Ph.D. s. 12

⁵⁴ [Srov.] Tamtéž. s. 13

⁵⁵ [Srov.] Tamtéž. s. 14

⁵⁶ Tamtéž. s. 14

Jak jsme již uvedli, bigorexie je novější formou dysmorfofobie. Její zařazení nalezneme v lékařské klasifikaci DSM - IV, v seznamu, pod bodem tělesné poruchy, vedenou jako muskulární dysmorfii.⁵⁷ Dysmorfofobie neznamena nespokojenost s vlastním tělem, ale jde o chorobnou posedlost nějakou částí těla, kterou na sobě člověk vnímá jako vadu. Pokud se jedná o bigorexii, tak ve většině případů na sebe postižení pohlížejí jako na malé, křehké a málo svalově vyvinuté. Tuto představu se snaží změnit za pomoci náročných posilovacích cvičení a užívání doplňků stravy nebo dokonce léků. Pokud se má člověk, postižený touto chorobou léčit, musí si nejdříve uvědomit svůj problém. Mnoho lidí si ani tuto poruchu nepřipustí. Důsledkem může být například názor okolí, že jejich chování je naprosto v pořádku nebo samotná spokojenost s jejich dosavadním životem.

5.3 Rizika této poruchy

Na bigorexii je pohlíženo jako na poruchu psychickou. Pokud se takový člověk objeví ve fitcentru, musí tuto poruchu pracovník fitness centra umět rozpoznat. Pokud dojde k takovému setkání, je velmi důležité vyhledat odbornou pomoc.

Lidem postiženým touto poruchou hrozí poškození pohybového aparátu v důsledku dlouhodobého přetěžování. Tyto osoby na sebe velmi často vyvíjí nátlak v podobě přehnaně náročných tréninků, na které nenavazuje dostatečné zotavení. Na tento přístup navazuje vznik mikrotraumat, která se většinou stupňují. Pokud nejsou tato mikrotraumata léčena nebo doléčena, hrozí poškození tkáně. Při nadměrné fyzické zátěži dochází také ke zvyšování příjmu energie v podobě stravy, které může vést k ukládání přebytečného tuku. Tento proces může vést tělo ke změnám, které jsou stejné jako v těle obézních jedinců. Ve vztahu k tělesným orgánům, jsou přetěžována játra, žaludek a ledviny. Hmotnost bývá ve většině případů překročena i o dvacet kilogramů. Při této zátěži hrozí přetěžování kloubů a páteře. Dalším negativním aspektem se stává sociální izolovanost. Volný čas je převážně věnován cvičením nebo debatám o cvičení, nákupům a přípravě potravin a doplňků stravy. Tímto přístupem přicházejí téměř o veškerý volný čas a sociální kontakty. V kritických případech

⁵⁷ [Srov.] *Drewi blog* [online]. drewi blog: drewi.blog.cz, 2008, 28. 9. 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://drewi.blog.cz/0805/muskularni-dysmorfie-bigorexie-vigorexie>

může vést až k rozpadu manželství nebo ztrátě zaměstnání. Bigorexie připravuje jedince o zdravé sociální vtahy a snižuje možnost prosadit se na trhu práce.⁵⁸

5.4 Kulturistika

„Zřejmě nejnáročnější a (ve více významech) nejstereotypnější způsob, jak se vyčlenit z davu průměrných lidí, je posilovat s činkami. Není to generační móda a povrchová změna, ale životní styl obnášející hlubokou vnitřní proměnu.“⁵⁹

Kulturisty si můžeme rozdělit do tří skupin. První skupinou jsou lidé, kteří se v kulturistice věnují soutěžím. Například soutěžím v naturální kulturistice, což je kulturistika bez steroidů, dále klasické, sportovní nebo amatérské. V České republice v současnosti můžeme jmenovat jako profesionální kulturisty například Pavola Jablonického nebo Tomáše Bureše. Druhou skupinou kulturistů jsou ti, kteří chtějí soutěžit. Hlavním důvodem čekání na vstup do soutěže je dostatečný nárůst a kvalita svalů. Tento proces trvá deset let a více, pokud si nepomohou užíváním chemických přípravků. A třetí skupinou jsou sparing partneři soutěžících kulturistů.⁶⁰ Sparing partner je „cvičný tréninkový soupeř“.⁶¹

V 90. letech 20. století se začala v České republice rozvíjet kulturistika. Tehdy bylo v Praze celkem 14 posiloven. Nyní je zde kolem 80 ti.

V dnešním světě se práce a její podmínky výrazně zjednodušily. Těžkou prací za nás vykonávají stroje, mnoho lidí usedá za stoly ve velkých kancelářích a veškerý pohyb v zaměstnání je omezen na minimum.⁶² Z tohoto důvodu se mnoho lidí ve volném čase rozhodne navštěvovat fitness centra, aby mohli pracovat na svém zevnějšku. Dnes je na území ČR přes 800 fitness zařízení. „Celkové příjmy z toho odvětví sportu jsou v rámci Evropy cca 20 mld. eur ročně.“⁶³ V dnešním světě máme, ale mnohem více možností. Nemusíme

⁵⁸ [Srov.] *Společnost pro výživu: Internetová poradna SPV* [online]. Poradna - Zásady správné výživy: Společnost pro výživu All Rights Reserved., 2015, 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/kde-najdu-materialy-o-bigorexii/>

⁵⁹ VLADIMÍR 518, a Karel VESELÝ. *Kmeny: [současné městské subkultury]*. 1. vyd. V Praze: Bigg Boss, 2011, 517 s. s. 80

⁶⁰ [Srov.] Tamtéž. s. 80

⁶¹ [Srov.] *SCZ.ABZ.CZ: SLOVNÍK CIZÍCH SLOV* [online]. scz.abz.cz: ABZ.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/sparingpartner>

⁶² [Srov.] NAVRÁTIL, Michael. *Bigorexie – tělesná zdatnost jako posedlost?*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Procházka Ph.D. s 10

⁶³ Tamtéž. s. 11

navštěvovat fitness centra, ale můžeme si potřebné vybavení pro konkrétní cvičení pořídit domů, pokud nejsme limitováni financemi.⁶⁴

Jestliže se rozhodneme pro kulturistiku, zjistíme, že se nejedná pouze o náročné posilovací cvičení, ale je zde kladen důraz i na výživu, která musí být vyměřena každému ojedinele, podle jeho potřeb a finančních možností. Při náročných cvičení, kdy je budována svalová hmota, zpracovává lidský organismus velké množství živin, bílkovin, sacharidů, tuků a dalších látek. Proto je nutné tyto živiny doplňovat podle potřeby. V případě, že cvičící klade důraz výhradně na maximalizaci vzrůstu svalové hmoty, dochází u něj k propuknutí poruchy příjmu potravy. U postiženého, který záměrně přetěžuje svůj organismus velmi přehnanou konzumací produktů za účelem zvyšování svalové hmoty, dochází k vylučování těchto přebytečných látek a přetěžování jednotlivých tělesných orgánů.⁶⁵ V případě bigorexie dochází k přehnanému užívání bílkovin, které působí na růst svalové hmoty, ale přehnané množství tohoto produktu je pro tělo a zdraví člověka velmi nebezpečné. Pokud ve střevech zůstane nestrávená bílkovina, začne hnit a to vede k ohrožení celkového zdraví člověka. Pokud by se jedinec rozhodl získat potřebné množství bílkovin pouze z potravin, bylo by to velmi finančně náročné. Proto ve většině případů dochází k užívání potravinových doplňků. Když se bigorektici snaží zvýšit co nejvíce schopnost regenerace, začnou se zajímat o anabolické steroidy a následně je užívat.⁶⁶

5.5 Anabolické steroidy

Jsou to syntetické látky, které mají velmi blízko k mužským hormonům. Tyto hormony slouží ke zvyšování růstu příčně pruhovaných svalů, které se nahází u kostí. Tyto látky jsou užívány za účelem změny vzhledu a fyzického výkonu. Člověk si na nich může vybudovat psychickou závislost. Vznikly ve čtyřicátých letech 20. století pro léčbu nedostatečné funkce mužských pohlavních orgánů nebo léčbu opožděné puberty. Když se objevil nárůst svalové hmoty na laboratorních zvířatech, na kterých byly látky testovány, začali je užívat kulturisté. Steroidy jsou k dostání na černém trhu nebo mohou být obsaženy

⁶⁴ [Srov.] Tamtéž. s. 11

⁶⁵ [Srov.] Tamtéž. s. 22

⁶⁶ [Srov.] Tamtéž. s. 23

v některých doplňcích stravy, které jsou na trhu legálně dostupné. Mohou se užívat jednak orálně, injekčním užitím nebo pomocí gelů a krémů. Konzument anabolických steroidů užívá látku v opakovaných intervalech, která je v kulturistickém světě nazývána „kúra“. Časové rozmezí kůry se pohybuje mezi několika dny až týdny. Po této kůře následuje přestávka a následně nastupuje nová kúra. U uživatelů dochází i ke kombinaci různých anabolických steroidů ve víře, že v důsledku této kombinace dochází v těle k umocnění nárůstu svalové hmoty. Také existuje pyramidové užívání anabolických steroidů. Pyramidové proto, že uživatel postupně zvyšuje podávanou látku, přidává jiné látky a snižuje dobu mezi jednotlivými dávkami. K nejvyšší dávce se dostává uprostřed kůry a následně její množství snižuje na prvotní úroveň. Tato procedura trvá šest až 12 týdnů.

V důsledku užívání anabolických steroidů dochází k rozvoji akné a růstu prsou u mužů. U některých druhů steroidů může dojít až k zástavě srdeční činnosti nebo ke vzniku rakoviny jater.

Užívání těchto látek způsobuje vratné i nezvratné změny v lidském organismu. Mezi vratné změny můžeme zařadit například snížení produkce spermatu nebo scvrkávání varlat. Plešatost nebo nárůst prsou u mužů se řadí do nevratných změn. V raném věku může dojít při užívání až k zástavě růstu. Dále se jejich užívání odráží na chování uživatelů. Tedy vyvolává časté záchvaty agrese, které mohou vést k rvačkám, znásilněním nebo krádežím. Neobjevuje se u nich standardní závislost jako u drog. Většinou jde o problém spojený s návratem k původní hmotnosti, kdy se uživatel odmítá smířit se snížením svalové hmoty a tak dochází k chorobnému užívání anabolických steroidů.⁶⁷

⁶⁷ [Srov.] *Extc: prevence zneužívání syntetických drog* [online]. extc.cz: extc.cz, 2009, 2009 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/anabolicke-sterodiy.html>

6. Vývoj ideálu lidské krásy v průběhu dějin

Vše, co souvisí s projevy člověka na venek, s jeho vzhledem je velmi propojeno s kulturou. V průběhu historie můžeme pozorovat, jak se v souvislosti s krásou rozvíjí jednotlivé trendy, které ovlivňují její hodnocení. V určitých společnostech se měnila definice krásy ruku v ruce s proměnou oděvů. Měřítka krásy přicházejí až s nástupem masových médií ve 20. století, díky kterým se přesně řídí móda. V současné společnosti je ideálem jak ženské tak mužské krásy štíhlost.⁶⁸

Vývoj ideální krásy v průběhu dějin lze nastudovat za pomoci výtvarných děl. V dějinách se s výjimkou starověkého Řecka zaměřovalo spíše na ženy než na muže. Prvně bude popsán ve zkratce vývoj ideálu krásy v Antice. V případě starořecké kalokaghatii, můžeme hovořit o zaměření se na harmonii těla a duše, kdy se do pojetí krásy odrážel nejen vzhled ale i vnitřní povahové rysy. Za mnohem přitažlivější bylo považováno mužské tělo už jen díky tomu, že krása ve starověkém Řecku představovala i tělesnou zdatnost. U mužů byl preferován svalnatý typ a u žen byly podporovány zaoblené tvary. Římané oproti Řekům dbali na rovnováhu tělesného vzhledu a charakteru. Negativně pohlíželi na obezitu a podporovali štíhlost, což vedlo až k takovému způsobu kontroly hmotnosti, který dnes nazýváme bulimický. Záměrně vyvolávali zvracení, aby zabránili zvyšování váhy, které zapříčinilo nadměrné hodování.⁶⁹ V gotice, ve které mělo značný vliv křesťanství, dochází k určitým změnám v pohledu na lidské tělo. Křesťanství dbalo spíše o duchovní život a k péči o tělesný vzhled se stavilo negativně. Jako hlavním modelem se stal Ježíš Kristus, který symbolizoval skromnost, utrpení a směřoval ke štíhlosti. Pokud jde o zobrazení žen v gotice, můžeme hovořit o štíhlejším typu jejich tělesných proporcí. Díky renesanci dospíváme zčásti k návratu do antiky, především v zaměření se na důraz svalových proporcí u mužů. V tomto období se zaměřují na hledání univerzálních principů při zobrazování „ženství“ a „mužství“. U mužů se klade důraz na rozvoj kostry a svalstva, u žen na širokou pánev a na zaoblené tvary těla. Podobný pohled na krásu lidského těla mělo baroko, v jehož pojetí nabývaly postavy na svalech o něco více než v renesanci, nicméně stále bylo dbáno na harmonii figury. U žen to byla plnost a kulaté tvary břicha. V klasicismu se

⁶⁸ [Srov.] FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. Psychologie pro každého., s. 21

⁶⁹ [Srov.] Tamtéž, s. 22

pohled na ženské tělo rozdvouje, zároveň však v obou typech dominují tenké pasy zvýrazněny korzetem.⁷⁰ V první polovině 19. století byla u žen obdivována křehkost a jemnost, krásný obličej a také byl kladen důraz na společenské postavení. V druhé polovině 19. století se do opozice stavějí ženy, které disponují lehkými a plnými tvary v bocích a prsou. Tyto ženy se ve větší míře objevovaly v nižších vrstvách, nevěstincích nebo mezi herečkami. V závěru devatenáctého století se zájem o štíhlost značně vytrácí díky medicínskému pohledu na krásu, který se přiklonil k plnějším tvarům ze zdravotní stránky. Na počátku dvacátého století se dostávají na povrch jisté tendence ke štíhlosti v pohledu na ženské tělo. Před první světovou válkou se stále objevovaly tendence k vnímání ženského těla z předchozího období, ovšem přibyla k nim ještě tendence ke štíhlosti a na objemu nabyla prsa a boky. S příchodem poválečného období dochází nejen ke zkracování sukni, ale také se snížil objem ženských tvarů a postava se začala přibližovat spíše chlapeckým rysům. V padesátých letech se v západní společnosti stává módní ikonou a ideálem ženské krásy postava Marilyn Monroe. Její postava byla charakteristická útlými boky a klenoucími prsy.⁷¹ Šedesátá léta jsou považována za období s největším výskytem poruch příjmu potravy, kdy se výrazně začala projevovat anorexie a bulimie u žen. Asi nejznámější postavou, která je charakteristická pro toto období je Leslie Hornby Armstrong, anglická dívka, která dostala přezdívku Twiggy. Tato dívka byla velmi hubená a v oblasti hrudníku nedisponovala příliš velkými tvary, což je typické pro ženy s velmi nízkou váhou. Od 80. let přetrvává požadavek na štíhlost, ale ne vyhublost, která byla pro mnoho žen velmi zdravotně náročná. Dnes vystupuje do popředí ideál svalnatějšího ženského těla. Ženské tělo zůstává převážně štíhlé, ale nabývá na objemu díky svalům. Dnešní honba za ideálními proporcemi jak v ženském, tak i v mužském světě je udávána vysokým nátlakem medií, které uvádí tón a řídí většinu rozhodnutí v našich životech. Další charakteristikou, která je přisuzována ideální bytosti, je bohatství. Kult ideální, štíhlé a krásné postavy hloubkově prorůstá s ekonomikou díky reklamě a prodeji výrobků. Zde se vytváří mýtus o ideální ženské i mužské postavě.⁷²

⁷⁰ [Srov.] Tamtéž, s. 23

⁷¹ [Srov.] Tamtéž, s. 24

⁷² [Srov.] Tamtéž, s. 25

6.1 Ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem

Mezi behaviorální ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem řadíme držení diet, estetickou chirurgii, cvičení, užívání anabolických steroidů a lidský růstový hormon.

Postupně budou popsány jednotlivé charakteristiky. Co se týče držení diet, jsou v případě mužů méně časté než u žen. Většina zdrojů se shoduje na tvrzení, že okolo 25 % mužů držela za svůj život někdy dietu.⁷³ Pokud se zaměříme na ženy, v jejich případě se počet velmi liší. U žen se s dietou ve svém životě setkala až 95 procent. Držení diet je tedy spíše záležitostí ženské části populace. Ženy se zaměřují výrazněji na snížení tělesné hmotnosti a nechtějí docílit svalnaté postavy jak je tomu u mužů, proto se ve větší míře zaměřují na držení diet. Muži se při snížení tělesné hmotnosti přikloní spíše k pokusu jíst zdravěji. Dalším behaviorálním ukazatelem je estetická chirurgie. Někdy se při změně svého zevnějšku muži přikloní ke kosmetické chirurgii. Velmi populární operací je plastika nosu nebo zvětšení prsou, které má zvýraznit prsní svaly. Pro snižování tělesné hmotnosti u mužů je typické cvičení. Ve studii Clare Donaldsové uvádí 65% respondentů fakt, že vykonávají nějakou sportovní aktivitu. Pokud hovoříme o mužích, převažuje zde především cvičení s činkami a kulturistika. Pomocí těchto cvičení se muži přibližují k ideálu mužské postavy, tvarují své svalstvo. Tímto způsobem se tak přiblíží k mezomorfnímu ideálu. Peter Baker popisuje muže z Velké Británie, kteří se věnují pravidelnému cvičení se závažím, jejichž počet se pohybuje okolo 500 000. S narůstajícím počtem cvičících narůstá i počet mužů, kteří užívají anabolických steroidů. Tímto způsobem se snaží urychlit účinky cvičení.⁷⁴ Jestliže hovoříme o dietě ve spojení s kulturistikou, je velmi důležitá pro ovlivňování poměru mezi svaly a tukem. Kulturisté před soutěžemi drží diety, protože se snaží snížit tělesné procento tuku na minimum, aby se jejich svaly zřetelně vykreslily. Z rozhovorů s kulturisty vyplynulo, že se na rozdíl od jiných mužů s vypracovanými těly cítí nedostatečně, a proto se kulturistice věnují mnohem tvrději.⁷⁵ Velmi často se kulturisté stávají terčem svého okolí v negativním slova smyslu. Barbara McGinnová dala najevo poznatek o rozdílné kulturní asociaci mezi mužností a svalnatostí. Uvádí, že ve společnosti existuje jistá hranice, ve které je svalnatost přijatelná. Tělo

⁷³ [Srov.] GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada). s. 62

⁷⁴ [Srov.] Tamtéž, s. 63

⁷⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 64

kulturisty je ve své podstatě hypermaskulinní, tedy nadměrně vyvinuté a ženské, protože mezi jednotlivými svaly se objevují křivky a rýhy. Kulturistika vede podobu těla k objektivizaci, což je typické pro ženské vnímání těla a proto je tělo kulturisty považováno za nepřirozené.⁷⁶

Posledním behaviorálním ukazatelem nespokojenosti se svým tělem je růstový hormon. Lidský růstový hormon je vylučován hypofýzou a stimuluje růst těla. Do roku 1985 byl tento hormon získáván jen z mrtvých těl, později v roce 1985, po rekombinační syntéze DNA se začal lidský růstový hormon vyrábět. Tento hormon napomáhá růstu tkání a syntéze bílkovin. Po jeho podání je urychlen růst a zvýšená tělesná hmotnost. Při užívání této látky se může vyskytnout mnoho vedlejších nežádoucích účinků, jako jsou srdeční choroby, impotence, ochablost svalů a kostní zvětšení čela, rukou nohou a čelistí. Tento hormon se nedá identifikovat v moči uživatelů a také není zakázaný mezinárodním olympijským výborem.⁷⁷

6.2 Vliv sdělovacích prostředků

Vědci, kteří se zabývají mediálními obsahy, předpokládají, že obsah má přímý vliv na diváka. Masová media posilní diváka dávkou sdělení, které má na něj standardní účinek. Tento proces je nazýván jako model účinku, který se soustředí na určitý aspekt mediální komunikace v působení na publikum všeobecně. Účastníci jsou vystavováni určitému obrazovému sdělení a jejich reakce na toto sdělení jsou prozkoumávány. Je zde předpoklad, že tyto výsledky lze zobecnit na situace v běžném životě. Dalším modelem, který se zabývá specifickými funkcemi jednotlivých médií, je model užitku a zisku. Zde je například zkoumáno využití médií u diváků za účelem získání informací o svém těle. Je dobré tyto dva modely kombinovat.⁷⁸ Psychologické teorie potvrzují, že diváci pro formování představy o svém těle aktivně využívají mediální obraz. Podle psychologických tvrzení lze pomocí médií ovlivňovat tělesné

⁷⁶ [Srov.] Tamtéž, s. 66

⁷⁷ [Srov.] *Extc: prevence zneužívání syntetických drog* [online]. extc.cz: extc.cz, 2009, 2009 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/anabolické-steroidy.html>

⁷⁸ [Srov.] GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada). s. 87

sebehodnocení u mužů a žen, ze kterých pak u diváků mohou vycházet negativní hodnocení své vlastní postavy.⁷⁹

Ke konci 20. století dochází psychologové k závěru, že se můžeme bránit proti negativním mediálním sdělením, když změním způsob své interpretace sociálních informací, které z médií přijímáme. Kdyby byli lidé vedeni ke zpochybňování přiměřenosti významu mediálních obrazů ve vztahu k sobě samému, pak by nedocházelo k negativnímu srovnávání. A modelky a modely by pro ně nebyli vhodnými vzory pro porovnání své postavy.⁸⁰

6.3 Měření tělesných parametrů

Pro objektivní posouzení vlastností ideální postavy musí člověk vycházet alespoň ze tří z těchto základních parametrů. Výškou, hmotností, proporcionalitou, délkou kostí, tělními vodami, podkožním tukem a tělesným typem. Pokud hovoříme o výšce, jedná se o údaj, který je nám dán převážně dědičně. Geneticky se jedná až o 80 %. Zbývající procenta se charakterizují jako vlivy prostředí. Tyto znaky růstu jsou velmi důležité při hodnocení vývoje zdravých jedinců nebo pro odhad vývoje tělesného či funkčního rozvoje.⁸¹ Tělesnou hmotnost můžeme zvyšovat pomocí rozvoje svalstva nebo nárůstem tuku. Pokud ale dochází k nárůstu svaloviny a současně ubývá výrazněji tuků, dochází ke snížení tělesné váhy. Pokud dochází k menšímu úbytku tuku a vyššímu přírůstku svalů, dochází ke zvýšení hmotnosti. Tělesná hmotnost není trvalá. V průběhu dne a týdne má tendenci klesat nebo se zvyšovat. Proto, když dochází ke kontrole tělesné váhy, je důležité provádět proces vážení v přibližně stejném čase každý den. Tyto údaje jsou užitečné pro zjišťování a počítání různých indexů, které charakterizují tělo. Takovými indexy jsou například Bodi mass index- BMI, Broccův index, Rohrerův index tělesné plnosti a jiné. Ideální tělesná hmotnost vzniká na základě mnoha počtů měření zdravých osob, prožívající konkrétní určitou kvalitu života v konkrétní skupině populace. Cílem charakteristik pro stanovení norem by mělo být dosažení optimálního souladu mezi stavem zdravotním, psychickým a fyzickým.⁸² Jak jsme již uvedli je celá

⁷⁹ [Srov.] Tamtéž, s. 93

⁸⁰ [Srov.] Tamtéž, s. 99

⁸¹ [Srov.] FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. Psychologie pro každého. s. 35

⁸² [Srov.] Tamtéž, s. 36

řada indexů vycházejících z výšky a hmotnosti. Podstatným indexem, který je mezinárodně uznávaným postupem, je body mass index. Tento index disponuje příslušnými nomogramy s ohledem na pohlaví a věk. Měří se podílem tělesné hmotnosti v kilogramech ve vztahu k tělesné výšce v metrech. Obsahuje klasifikaci váhy, která se řadí od podváhy, normální hmotnosti, nadváhy až po obezitu I. II. a III. stupně. BMI se pohybuje od 18,5 až k více jak 40. V posledním sloupci tabulky je popsáno riziko vzniku nemoci.

Za normální jsou považovány hodnoty od 20 do 24. Pokud hodnota klesne pod 18,5 jedná se o podvýživu. O nadváze hovoříme v případě, že se váha pohybuje nad hodnotou 25. Tento index nezobrazuje podíl tělesné hmoty a tělesného tuku. Při vzrůstajícím věku se zvyšuje i hodnota BIM, proto je dobré připojit k hodnotám věk a pohlaví.⁸³

Dalším parametrem, který slouží k objektivnímu posouzení ideální postavy je pohlaví a tělesný typ. Tímto parametrem se lidé zabývají odedávna. Prvním, který se zabýval tímto pojmem, byl Hippokrates, jež dělil postavy na typ habitus apoplecitus, což můžeme charakterizovat jako člověk malý, zavalitý a na druhý typ habitus plitiscus neboli člověk vysoký, štíhlý. V anatomii můžeme zaznamenat rozdíly mezi stavbou ženského a mužského těla. Velmi často byly mnohými umělci znázorňovány ženy. Jejich tělesný typ si můžeme podle Walkera rozdělit na tři typy. První je označován jako Minerva, což znamená krása duševní, druhým typem je Diana, tedy krása pohybu. Posledním typem je Venuše, která je symbolem dobré výživy. Kretschmer tvrdí, že podle stavby těla lze charakterizovat psychiku člověka.⁸⁴ Protože v průběhu let zvítězil názor, že pro ženské tělo je typickým znakem rozmístění podkožního tuku, byly tělesné typy rozděleny podle tohoto charakteru na tyto kategorie. Normální, pro který je typický harmonicky rozložený tuk, rubensovský, který má harmonicky rozloženou obezitu, dále superiorní s tukem uloženým v horní části těla. Dalším typem je inferiorní, který má tuk v oblasti boků a stehen.⁸⁵ Trunciální má tukem obalený trup, v extremitálním typu je tuk rozložen periferně na končetinách, u mammálního typu se tuk vyskytuje v oblasti prsou a nakonec je zde typ trochanterický, u kterého se tuk nachází v oblasti kyčlí.⁸⁶ Jelikož je důležité pro objektivní posouzení ideální hmotnosti vycházet minimálně ze tří parametrů,

⁸³ [Srov.] Tamtéž, s. 37

⁸⁴ [Srov.] Tamtéž, s. 38

⁸⁵ [Srov.] Tamtéž, s. 40

⁸⁶ [Srov.] Tamtéž, s. 41

postačí nám v této práci věnovaná pozornost parametrům, které jsme si zde popsali.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. Výtvarné provedení

Velký problém v praktické části nastal již při studiu ženského těla. Především ve vnímání vlastního těla žen, které trpí jakoukoliv poruchou příjmu potravy. Nejen, že nemají rády své tělo, ale také trpí nízkým sebevědomím a neúctou ke svému ženství. Bylo velmi obtížné, takřka nemožné sehnat model pro studijní kresby k této bakalářské práci. Nerada bych někomu způsobila psychickou újmu, nebo ho nutila, aby mi pózoval pro mé osobní účely proti své vůli. Právě z tohoto důvodu jsem se pro studium těla a k práci na studijních skicách zaměřila převážně na naučnou literaturu a fotografie z internetových zdrojů. Také jsem čerpala z anatomických knih pro výtvarníky.

7.1 Skici

K nastudování anatomie těla bylo nutné vytvoření několika skic a studií, než mohlo dojít k plastické tvorbě. Studie a skici vznikaly za pomoci fotografií dostupných z internetu. Jak jsem již v úvodu praktické části zmínila, nebylo pro mne morálně možné nastudovat anatomii žen trpících anorexií z reálného aktu. Tento způsob jsem prakticovala při zpracování obou figur.

7.2 Volba materiálu

V úvodu práce bylo důležité vybrat vhodný materiál. Materiál, který jsem zvolila, byla keramická hlína, díky které se dá velmi dobře vyjádřit plastičnost postav. Hlavními charakteristikami keramické hlíny je dobré držení tvaru, možnost dlouhodobé práce a změn v pracovním procesu. Po vypálení ji můžeme pomocí barev tónovat do různých odstínů. Tento materiál má tendenci se smršťovat, proto bylo nutné počítat i s touto vlastností.

7.3 Výchozí pozice

Po zvolení materiálu následoval výběr pozice, ve které bude figura provedena. Základní pozicí pro obě figury se stal kontrapost, ze kterého postoj obou figur vychází a v průběhu dochází k jeho proměně. Figura charakterizující anorexii má příznačnou vlastnost deformace stavby těla. Touto vlastností jsem se snažila naznačit nejen vnější, ale i vnitřní pocit nestability, nevyváženosti osobnosti. Figura charakterizující muskulární dysmorfii je provedena ve zpřímené poloze, která naznačuje napětí svalů, sílu, soustředěnost, bolest a odhodlání. Naznačuje patologickou pýchu ze svého těla.

7.4 Figura 1

První figura je zástupcem poruchy příjmu potravy, která má mnohem blíže k ženám než k mužům. Jedná se o anorexii, která byla zpracována na ženské figuře.

7.4.1 Charakteristické rysy anorexie

Mezi charakteristické rysy anorexie patří přehnaná pozornost k vlastnímu tělu, neustálá kontrola zevnějšku, strach z objemných tvarů a rysů postavy, který vede k neustálému snižování tělesné váhy. Tento způsob života může následně skončit smrtí. Tělesné parametry těchto osob jsou velmi podobné. Tělo nemocného se doslova stává pokryto kůží, proto se po celém těle objevují vystouplé kosti, jako v obličeji nebo hrudníku, pánevních kostí. Pro nedostatek výživy strádá celé tělo a dochází k mnoha zdravotním problémům celého organismu. Ochabuje svalová hmota, kosti nedostávají potřebné živiny a dochází k narušování celé kosterní soustavy.

7.4.2 Postup práce

Po kresbě skic a nastudování anatomie těla následovalo plastické provedení. Na stojan byla připevněna pomyslná kostra postavy pomocí drátů, na kterou byla následně, postupným vrstvením nanесena hlína. Výška figury byla zvolena do 70 cm. V další fázi došlo k formování základních charakteristických rysů postavy, pomocí fotografií a studijních skic. Po konečné modelaci objektu bylo provedeno jeho rozřezání. Bylo důležité nechat objekt vysušit takovým způsobem, aby se dal rozřezat a vydlabat, ale aby nebyla narušena jeho podoba. Rozřezávání probíhalo v několika etapách. Nejprve byly odstříhnuty končetiny, ze kterých byl vyndán drát, po té byly vydlabány a slepeny pomocí kašovitě hmoty, vytvořené z keramické hlíny a vody. Dále byla odstřížena hlava a trup a později byla celá figura spojena dohromady. V této podobě figura podstoupila zasychání, které trvalo dva až tři týdny. Po důkladném vysušení byl realizován první výpal při teplotě 930 °C. Následovalo glazování za pomoci oxidu mědnatého a bílé licí hmoty, která po výpalu dodala povrchu matný vzhled. Po glazování byla socha vypálena po druhé na 1200 °C. Kromě toho byly jednotlivé části figury slepeny transparentní hmotou, rozehřátou tavnou pistolí. Spojky byly retušovány sádrou. Po jejím ztvrdnutí byl povrch opracován šmirglovacím papírem a dobarven barvami. V závěrečné práci došlo ke zpracování kamenných podstav pro figuru. Podstava byla vyřezána z vápence, který byl namazán mastným produktem pro konečný charakter povrchu, a na něj byla figura umístěna.

7.4.3 Výsledné provedení

Deformace těla charakterizuje následky nemoci v téměř konečné podobě. Po celém těle této figury můžeme pozorovat vystouplé kosti. Postava působí téměř jako kostra potažená kůží. Toto zobrazení má vyvolat odstrašující dojem, zároveň je zpracována naivním způsobem. Některé prvky nám přinášejí pocit směšnosti. Žena má vystouplé klíční kosti, hrudní koš, pánev, lopatky. Na zádech vzniká hrb pro celkový dojem deformace. V obličeji ženy se zrcadlí napětí, smutek, vyčerpání. Nohy mají mezi sebou mnoho prostoru pro zdůraznění chybějící hmoty. V pohybu je zobrazena tíha, bolest a vyčerpání, které je ukryto

hluboko uvnitř. Vystouplá páteř má upozornit, že v této fázi může být život člověka téměř u konce. Propadlé tváře naznačují hladovění, beznaděj.

7.5 Figura 2

Druhá figura má mnohem blíže k mužům než k ženám. Jedná se o bigorexii neboli muskulární dysmorfii.

7.5.1 Charakteristické rysy bigorexie

Mezi charakteristické rysy této poruchy můžeme jmenovat stejně jako u předchozí poruchy přehnanou pozornost k vlastnímu tělu, kontrolu a pozorování vlastního zevnějšku. Zatímco u anorexie je viditelný strach z objemných tvarů, u této poruchy se klade důraz na jejich utváření. K docílení pevné, objemné a silné postavy je zapotřebí hlídání jídelních návyků a jídelníčku, pravidelného cvičení a užívání farmaceutických výrobků. Pokud se člověk v procesu této poruchy rozhodne ukončit tuto činnost, hrozí velmi vážné zdravotní problémy, které mohou vést až k celoživotním zdravotním následkům. Zatímco u anorexie byla věnována pozornost kosterní soustavě, u bigorexie byl kladen důraz na svalové provedení. Tělo těchto mužů vede, až k předimenzované postavě kdy svalstvo nabývá nepřirozených tvarů.

7.5.2 Postup práce.

Ze vzniklých kresebných materiálů započala tvorba plastického provedení. Stejně jako u předchozí práce byla nanesená hrubá kostra pomocí drátěné konstrukce, na kterou byla nanášena hlína. V průběhu práce byly formovány charakteristické rysy postavy. V neposlední řadě byla po potřebném vysušení figura rozřezána, vydlabána a spojena v jeden celek. Rozřezání začínalo u končetin a bylo zakončeno trupem. Po důkladném zasychání podstoupila výpal při teplotě 930 °C a po tomto výpalu byla plastika glazována oxidem kobaltnatým, přestříkána bílou licí hmotou a vypálena na 1200 °C. Pak zbývalo

její umístění na vybroušený vápenec, který byl namazán mastným produktem. Na konec byla socha nalepena na kvádr z vápence.

7.5.3 Výsledné provedení

Držení těla, jak jsme si mohli představit již v teoretické části, o nás mnoho vypovídá. Souvisí se společenským statutem a poukazuje na naše sebevědomí. Stejně jako u předchozí figury postoj vychází z kontrastu. Tělo kulturisty se nachází ve vzpřímené poloze se strnulým svalstvem. V celkovém postoji panuje napětí, ve kterém se kulturisté ocitají při cvičení a soutěžích. Svalstvo je předimenzováno pro utvoření celkového dojmu. Tato práce má varovat před nekontrolovanými cvičeními, které mohou vést až ke ztrátě sebekontroly a velkým zdravotním potížím. Barevnost povrchu má poukázat na nebezpečí nemoci, při které si dotyční zahrávají se svým vlastním zdravím na úkor vizuálním výsledkům.

Závěr

Cílem této práce bylo nahlédnout do problematiky poruch příjmu potravy a přiblížit se k jednotlivým poruchám, které jsou sami o sobě společností více či méně známé.

Průběh práce mě zavedl až k tématu ideálu krásy, jenž se neustále vyvíjí ruku v ruce s vývojem naší společnosti. Většina populace se snaží tomuto ideálu přizpůsobit, neboť je to v naší společnosti považováno za zcela normální nebo dokonce nutné.

Není divu, že reakcí na tyto proměny a stále se zvyšující nároky na člověka jsou vznikající poruchy příjmu potravy, ať už jsou v tomto světě přítomny dlouhou dobu nebo jsou nově vzniklémi. Žijeme ve společnosti, ve které se stále více klade důraz na tělesnou schránku člověka, nikoliv na jeho vnitřní kvality. Základ můžeme hledat v rozpadu tradiční společnosti, kdy člověk pomalu přerušoval širší rodinné vztahy, a rozpadla se velká tradiční rodina v důsledku vzniku průmyslových aglomerací. Výsledkem tohoto procesu může být proměna vztahu člověka k sobě samému. Tomuto faktu dále přispívá rychlý rozvoj mediální produkce, který přebírá vedoucí pozici v životě člověka a utváří pravidla, kterými se řídí většina životů populace.

Jako úspěch této práce považuji výsledek praktické části, kterým se staly dvě keramické plastiky, jež mají svým ztvárněním upozornit na stále více přítomné poruchy příjmu potravy a mají varovat před nebezpečím, které přináší následky těchto nemocí a donutit pozorovatele k zamyšlení.

Seznam použitých zdrojů

Monografické zdroje

518, Vladimír, a Karel VESELÝ. *Kmeny: [současné městské subkultury]*. 1. vyd. V Praze: Bigg Boss, 2011, 517 s. ISBN 978-80-903973-2-3

BRUMBERG, Joan Jacobs. *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. 1 edition. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1988, 366 p. ISBN 06-742-9501-3.

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9907-1.

HEJTMAN, Pavel a Helena PAVLIČÍKOVÁ. *Spotřební společnost a její reflexe ve výuce společenských věd a výchovy k občanství*. Vydání 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2014/11. ISBN 978-80-7394-475-9.

JOHNSTON, Anita A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny: jak mohou ženy proměnit svůj vztah k jídlu a vlastnímu tělu prostřednictvím intuice, mýtů a prastarých příběhů*. Vyd. 1. V Praze: Rybka, 2011, 244 s. ISBN 978-80-87067-33-8.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9627-7.

MACHOVEC, Milan a Vladimír SLUNEČKO (ed.). *Filosofie tváří v tvář zániku*. 2. vyd. Praha: Akropolis, 2006, 387 s. ISBN 80-869-0316-8.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-, ^^^sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

NAVRÁTIL, Michael. *Bigorexie – tělesná zdatnost jako posedlost?*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Procházka Ph.D.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Vydání 1. Praha 7: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

Internetové zdroje

Babylon: online Thesaurus [online]. Babylon Translation Software: Babylon Software Ltd., 2015, 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://thesaurus.babylon.com/muscle%20dysmorphia>

BehaveNet [online]. BehaveNet® Inc: BehaveNet® Inc, 1995, 2015 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://behavenet.com/diagnostic-and-statistical-manual-mental-disorders-third-edition>

Drewi blog [online]. drewi blog: drewi.blog.cz, 2008, 28.9.2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://derewi.blog.cz/0805/muskularni-dysmorfie-bigarexie-vigorexie>

Extc: prevence zneužívání syntetických drog [online]. extc.cz: extc.cz, 2009, 2009 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/anabolicke-sterodiy.html>

Lékařské klasifikace- Online kalkulačky- Skóre- Tabulky- MKN v.2 [online]. www.mudr.org.cz: MUDr.org, 2010, 5. Zář 2010 - 13:44 od Lambert [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/dsm-iv>

Leporelo.info [online]. leporelo.info: [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <https://leporelo.info/endomorfni-tyt>

Nemoci.estranky.cz [online]. eStranky.cz: eStránky.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-06]. Dostupné z: <http://www.nemoci.estranky.cz/clanky/hypochondricka-porucha--hypochondrie-.html>

Obezita.cz: Obezita v ČR i ve světě [online]. www.obezita.cz: obezita.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-19]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>

Scz.abz.cz: slovník cizích slov [online]. scs.abz.cz: ABZ.cz, 2015, 2015 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php>

Slovníky.cz: Velký lékařský slovník [online]. lékařský slovník on-line: Maxford, 2010, 2008 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>

Společnost pro výživu: Internetová poradna SPV [online]. Poradna - Zásady správné výživy: Společnost pro výživu All Rights Reserved., 2015, 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/kde-najdu-materialy-o-bigorexii/>

Seznam zkratk

PPP- poruchy příjmu potravy

MA- mentální anorexie

DSM- IV- diagnostický a statistický manuál mentálních poruch IV

DSM- III- diagnostický a statistický manuál mentálních poruch III

E00- E90- nemoci endokrinní výživy a přeměny látel

E65- E68- obezita a jiné hyperalimentace

BMI index- Body mass index- index tělesné hmotnoszi

DNA- deoxyribonukleová kyselina

Seznam příloh

Přílohy I.	Fotografie z internetových zdrojů	50
Přílohy II.	Fotodokumentace studií pro tvorbu keramických plastik	52
Přílohy III.	Fotodokumentace tvorby keramických plastik	56

I. Fotografie z internetových zdrojů



Obr. 1: Fotografie 1



Obr. 2: Fotografie 2



Obr. 3: Fotografie 3



Obr. 4: Fotografie 4



Obr. 5: Fotografie 5



Obr. 6: Fotografie 6

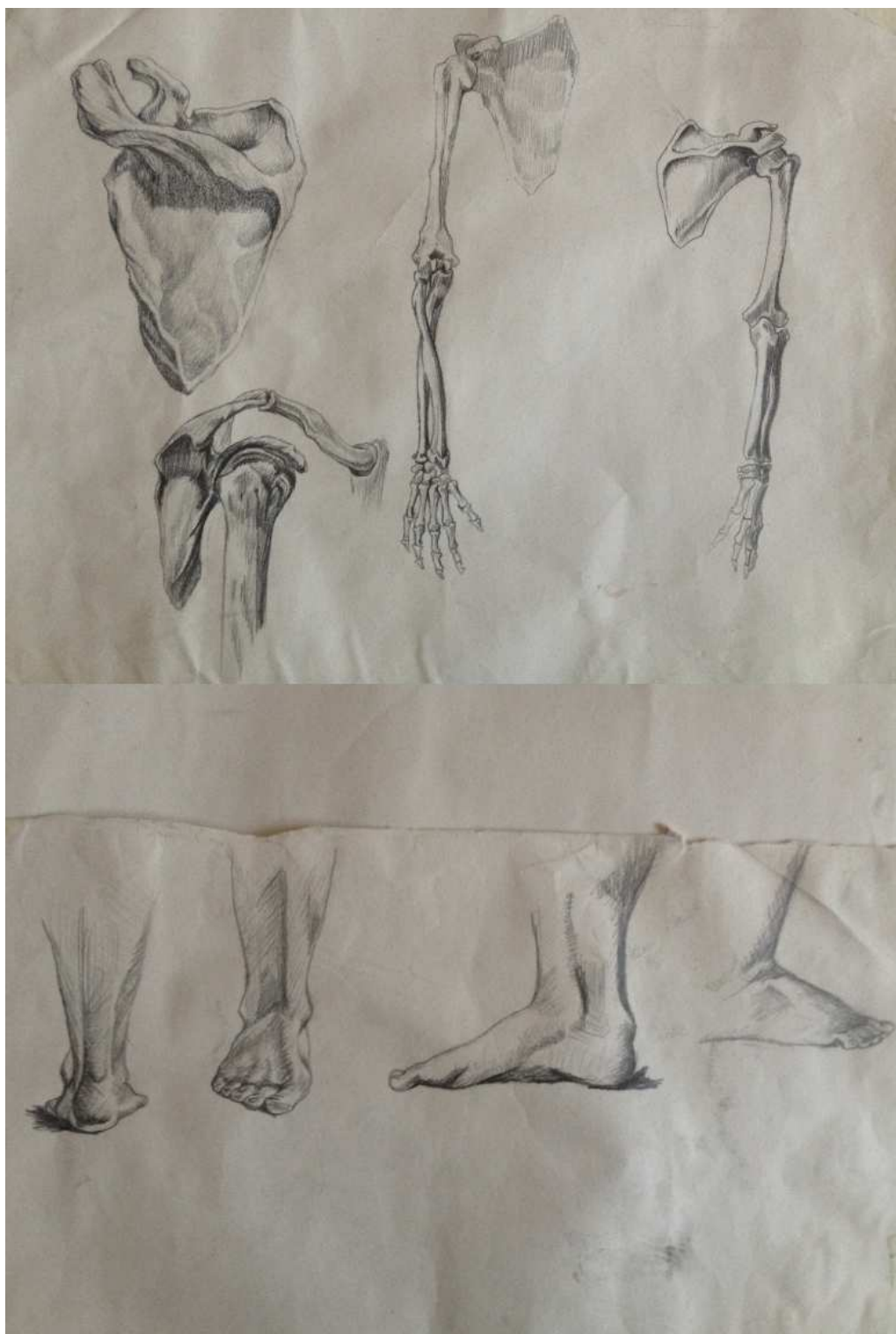


Obr. 7: Fotografie 7



Obr. 8: Fotografie 8

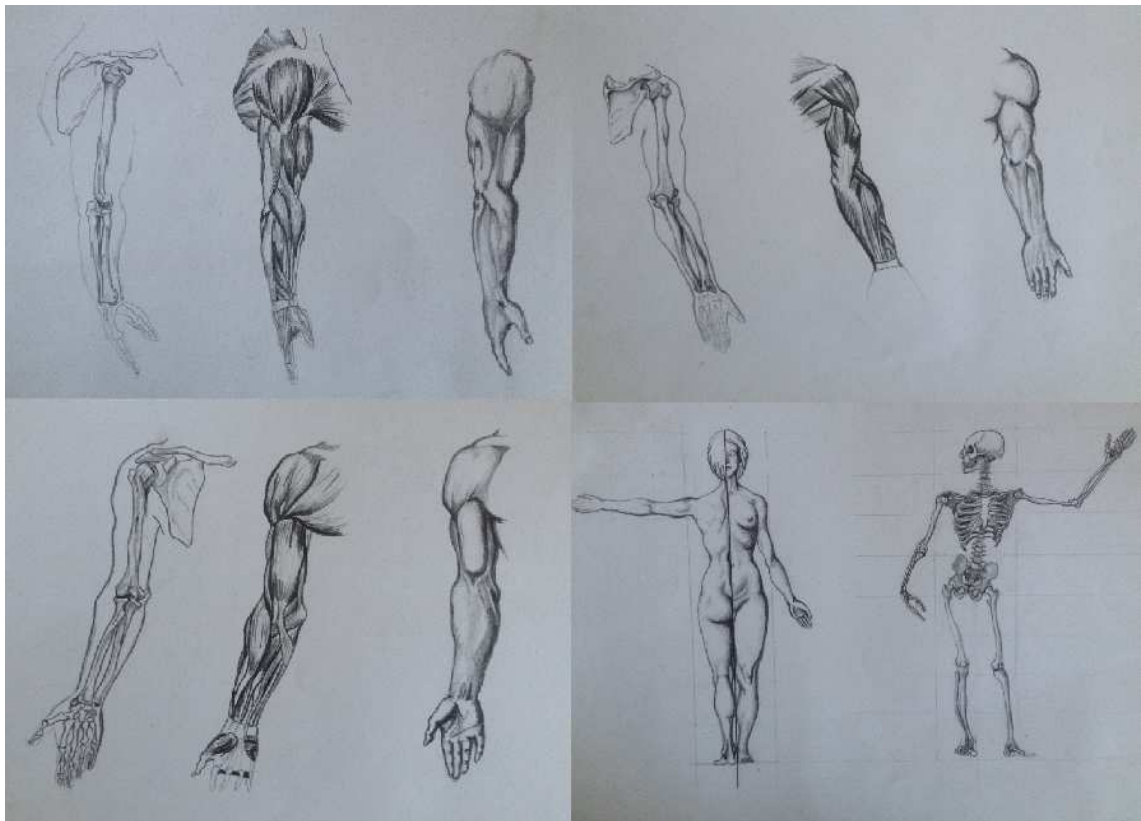
II. Fotodokumentace studií pro tvorbu keramických plastik



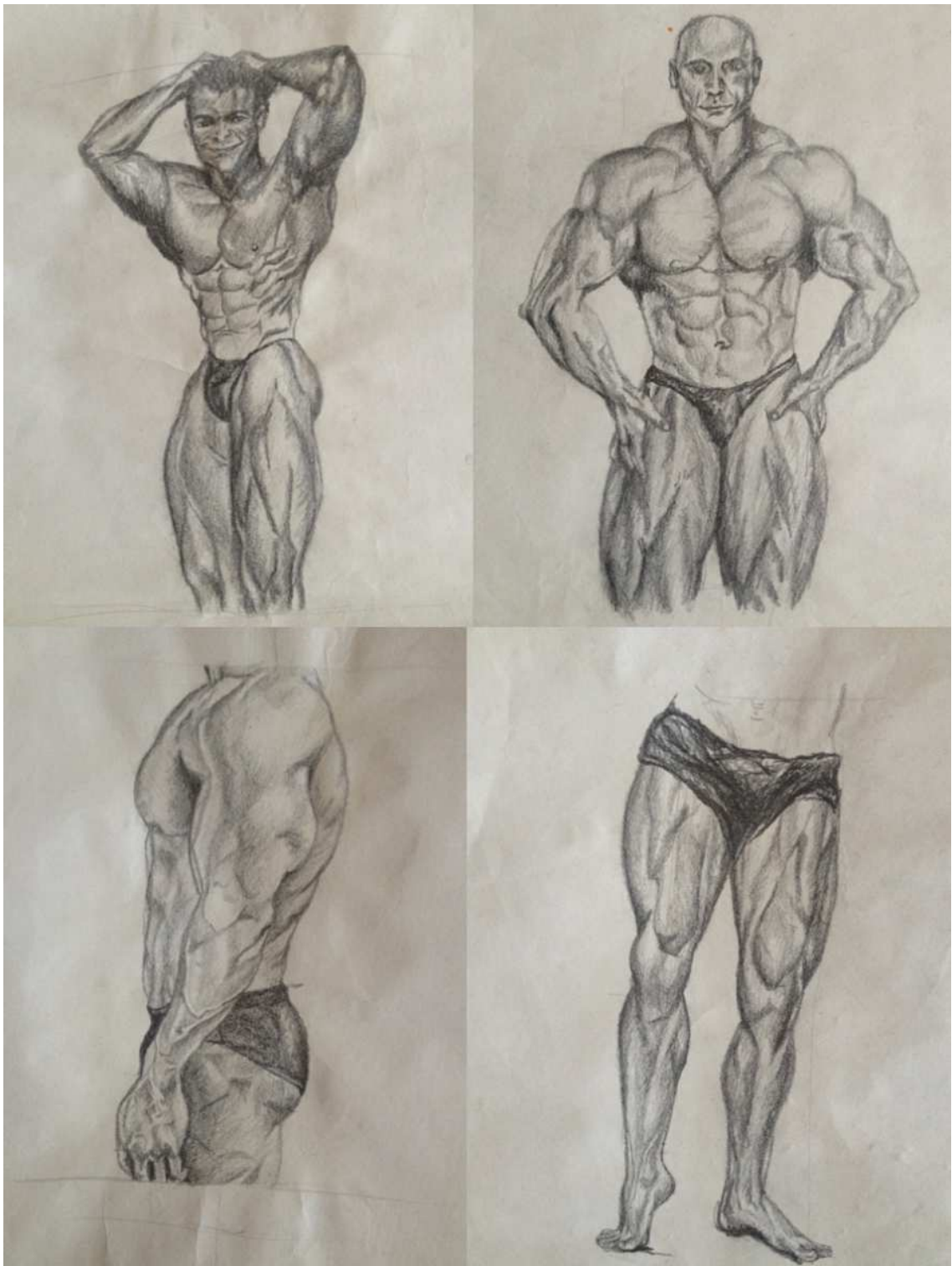
Obr. 9: Kresba 1



Obr. 10: Kresba 2



Obr. 11: Kresba 3



Obr. 12: Kresba 4

III. Fotodokumentace k tvorbě keramických plastik



Obr. 13: Pracovní postup anorexie – 1. fáze



Obr. 14: Pracovní postup anorexie – 2. fáze



Obr. 15: Pracovní postup anorexie – 3. fáze



Obr. 16: Výsledné provedení anorexie 1



Obr. 17: Výsledné provedení anorexie 2



Obr. 18: Pracovní postup bigorexie – 1. fáze



Obr. 19: Pracovní postup bigorexie – 2. fáze



Obr. 20: Pracovní postup bigorexie – 3. fáze



Obr. 21: Výsledné provedení bigorexie 1



Obr. 22: Výsledné provedení bigorexie 2

Seznam zdrojů obrazové dokumentace

I. Seznam příloh k praktické části

1. Obr. 1 fotografie 1. [online]. Dostupné: <http://brownstone.blog.cz/1307/pro-anorekticke-blogy>
2. Obr. 2 fotografie 2. [online]. Dostupné: https://www.youtube.com/watch?v=BbhT_DlaDzo
3. Obr. 3 fotografie 3. [online]. Dostupné: <http://www.livescience.com/45649-anorexia-symptoms-treatment.html>
4. Obr. 4 fotografie 4. [online]. Dostupné: <http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi/164378/anorekticka-vazila-30-kilo-od-smrti-ji-delily-hodiny.html>
5. Obr. 5 fotografie 5. [online]. Dostupné: <http://fitness7.webnode.cz/fitness-celebrity/lukas-osladil/>
6. Obr. 6 fotografie 6. [online]. Dostupné: <http://www.muscle-core.com/competition-information/1841-nac-universe-2009-hamburg-2.html>
7. Obr. 7 fotografie 7. [online]. Dostupné: <http://cz.depositphotos.com/35832041/stock-photo-profile-view-of-bodybuilder-torso.html>
8. Obr. 8 fotografie 8. [online]. Dostupné: <http://cz.depositphotos.com/43856863/stock-photo-bodybuilder-legs.html>
9. Obr. 9 kresba 1. Dostupné: SZUNYOGHY, András a György FEHÉR. *Anatomie pro výtvarníky: člověk, zvířata, srovnávací studie*. 2., opr. vyd. Praha: Slovart, 2006, 602 s. ISBN 80-720-9773-3.
10. Obr. 11 kresba 3. Dostupné: ZRZAVÝ, Josef a . *Anatomie pro výtvarníky*. 2. vyd., V SZdN 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, 429, [1] s. ISBN 08-017-77.

II. Seznam příloh pracovního postupu

1. Archiv autora, Obr. 9: kresba 1
2. Archiv autora, Obr. 10: kresba 2
3. Archiv autora, Obr. 11: kresba 3
4. Archiv autora, Obr. 12: kresba 4

5. Archiv autora, Obr. 13: Pracovní postup anorexie – 1. fáze
6. Archiv autora, Obr. 14: Pracovní postup anorexie – 2. fáze
7. Archiv autora, Obr. 15: Pracovní postup anorexie – 3. fáze
8. Archiv autora, Obr. 16: Výsledné provedení anorexie 1
9. Archiv autora, Obr. 17: Výsledné provedení anorexie 2
10. Archiv autora, Obr. 18: Pracovní postup bigorexie – 1. Fáze
11. Archiv autora, Obr. 19: Pracovní postup bigorexie – 2. Fáze
12. Archiv autora, Obr. 20: Pracovní postup bigorexie – 3. Fáze
13. Archiv autora, Obr. 21: výsledné provedení bigorexie 1
14. Archiv autora, Obr. 22: výsledné provedení bigorexie 2