AKADEMIE MÚZICKÝCH UMĚNÍ V PRAZE

**HUDEBNÍ FAKULTA**

Taneční umění

Taneční věda

**DISERTAČNÍ PRÁCE**

# PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V TANEČNÍM PROSTŘEDÍ

MgA. **Barbara Mikysková**

Vedoucí práce: doc. Mgr. Václav Janeček, Ph.D.

Oponent práce:

Datum obhajoby: 10. 9. 2013

Přidělovaný akademický titul: PhD.

Praha 2013

ACADEMY OF PERFORMING ARTS PRAGUE

**MUSIC FACULTY**

Art of Dance

Science of Dance

**DOCTORAL THESIS**

# EATING DISORDERS IN DANCE ENVIRONMENT

MgA. **Barbara Mikysková**

Supervisor: doc. Mgr. Václav Janeček, Ph.D.

Opponent:

Date of defence: 10. 9. 2013

Given title: PhD.

Prague 2013

**P r o h l á š e n í**

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem

| Poruchy příjmu potravy v tanečním prostředí |
| --- |

vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího práce a s použitím uvedené literatury a pramenů.

V Praze dne 18. června 2013

Barbara Mikysková

**UPOZORNĚNÍ**

Využití a společenské uplatnění výsledků diplomové práce, nebo jakékoliv nakládání s nimi je možné pouze na základě licenční smlouvy tj. souhlasu autora a AMU v Praze.

**EVIDENČNÍ LIST**

Souhlasím s tím, aby moje disertační práce byla půjčována k prezenčnímu studiu v Knihovně Akademie múzických umění v Praze.

V Praze dne 18. června 2013

Barbara Mikysková

Uživatel stvrzuje svým podpisem, že tuto práci použil pouze ke studijním účelům a prohlašuje, že ji vždy řádně uvede mezi použitými prameny.

| Jméno | Instituce | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Abstrakt

Předkládaná práce zpracovává problematiku psychosomatického onemocnění poruchy příjmu potravy v tanečním prostředí. Zaměřuje se na specifické faktory, které působí v tanečním prostředí a zvyšují riziko vzniku a častost výskytu onemocnění. Práce se kromě studia odborné literatury (teoretická část) opírá také o výzkum, který byl v rámci práce proveden. Cílem práce je popsat rizikové faktory a navrhnout možnosti optimalizace stávající. Výsledkem práce jsou proto dva texty určené pedagogům- skupině, která byla v práci označena jako samostatný rizikový faktor, který ale navíc zesiluje působení ostatních faktorů. První manuál pro pedagogy popisuje jak rozpoznat a jak reagovat při podezření na poruchu příjmu potravy u studenta. Druhý text shrnuje konkrétní preventivní opatření proti vzniku dalších případů poruchy příjmu potravy u tanečníků.

Abstract

The doctoral thesis *„Eating Disorders in Dance Environment*"treats of specific factors that act in dance environment and increase the risk of eating disorders among dancers. Information for this thesis was obtained not only from specialized references but even form a survey made among dancers and teachers. The target of this thesis is to describe the risk factors in dance environment and to suggest an optimization of the current situation. The outcomes of this thesis are two texts dedicated to dance teachers. Teachers were found to be the factor, which increases the risk of eating disorders among dancers the most of all other factors. The first text describes how to recognize an eating disorder at student and how to act in this situation. The second text shows to teachers, what they can do to reduce the risk of developing even more cases of eating disorders among dancers.

Obsah

1. Teorie ..... 11

1.1. Poruchy příjmu potravy ..... 11

1.1.1. Historické formy PPP ..... 12

1.1.2. Faktory vzniku PPP ..... 19

1.1.2.1. Endogenní faktory ..... 21
1.1.2.2. Exogenní faktory ..... 31
1.1.2.3. Specifické faktory tanečního prostředí ..... 38
1.1.3. Typy PPP ..... 45

1.1.3.1. Latentní PPP ..... 46
1.1.3.2. Anorexia nervosa ..... 48
1.1.3.2.1. Anorexia nervosa- restriktivní (asketický) typ ..... 58

1.1.3.2.2. Anorexia nervosa- bulimický typ ..... 58

1.1.3.2.3. Anorexia athletica ..... 58

1.1.3.2.4. Bigorexie ..... 65

1.1.3.2.5. Ortorexia nervosa ..... 67

1.1.3.3. Bulimia nervosa ..... 69
1.1.3.4. Nárazové přejídání ..... 76
1.1.3.5. Další ..... 77
1.1.3.5.1. Pro-ana, pro-mia ..... 78

1.2. PPP u tanečníků ..... 80

1.3. Léčba ..... 85

1.3.1. Strategie léčby ..... 86

1.3.2. Typy léčby ..... 89

1.3.2.1. Ambulantní léčba ..... 89
1.3.2.2. Stacionární léčba ..... 89
1.3.2.3. Kombinovaná léčba ..... 91
1.3.3. Přístupy k léčbě ..... 92

1.3.4. Specifika léčby PPP u tanečníků ..... 96

1.3.5. Recidiva ..... 98

1.3.6. Smrt ..... 100

1.4. Tělo ..... 101

1.4.1. „*Tělo*"versus „*těleso*" ..... 102

1.4.2. Vývoj názoru západní společnosti na lidské tělo ..... 105

1.4.3. Body image a estetika těla ..... 112

1.4.3.1. Zkreslený obraz těla ..... 114

1.4.4. Tělo tanečníka ..... 116

1.5. Výživa tanečníků ..... 118

1.5.1. „Co" jíst? ..... 120

1.5.2. „Kdy" jíst? ..... 127

1.5.3. „Kde" jíst? ..... 130

2. Empirický výzkum ..... 132

2.1. Příprava výzkumu ..... 132

2.1.1. Stanovení hypotéz ..... 133

2.1.2. Výběr respondentů ..... 133

2.1.3. Výběr otázek ..... 134

2.1.3.1. Kategorie A ..... 134

2.1.3.1.1. Biologické faktory ..... 134

2.1.3.1.2. Psychologické faktory ..... 135

2.1.3.2. Kategorie B ..... 136

2.1.3.2.1. Znalost základních údajů o PPP ..... 137

2.1.3.2.2. Podstata PPP ..... 137

2.1.3.3. Kategorie C ..... 138

2.1.3.3.1. Taneční svět jako rizikové prostředí ..... 138

2.1.3.3.2. Konkrétní rizikové faktory v tanečním světě ..... 139

2.1.3.4. Kategorie D ..... 141

2.1.3.4.1. „Kdy" jíst ..... 141

2.1.3.4.2. „Co jíst" ..... 141

2.1.3.5. Kategorie E ..... 142

2.1.3.5.1. Reakce na konfrontaci ..... 142

2.1.3.5.2. Možnosti prevence ..... 143

2.2. Realizace výzkumu ..... 143

2.3. Vyhodnocení výsledků výzkumu ..... 144

2.3.1. Kategorie A ..... 144

2.3.1.1. Biologické faktory ..... 145
2.3.1.2. Psychologické faktory ..... 145
2.3.2. Kategorie B ..... 148

2.3.2.1. Znalost základních údajů o PPP ..... 148
2.3.2.2. Podstata poruch příjmu potravy ..... 153
2.3.3. Kategorie C ..... 156

2.3.3.1. Taneční svět jako rizikové prostředí ..... 156
2.3.3.2. Konkrétní rizikové faktory v tanečním světě ..... 156
2.3.4. Kategorie D (výživa) ..... 162

2.3.4.1. „Kdy" jíst ..... 162
2.3.4.2. „Co" jíst ..... 162
2.3.5. Kategorie E ..... 164

2.4. Závěry výzkumu ..... 168

3. Závěr ..... 172

4. Seznam použité literatury ..... 175

5. Přílohy ..... 179

6. Jak rozpoznat poruchu příjmu potravy? ..... 191

6.1. Porucha příjmu potravy (pozorovatelné symptomy) ..... 192

6.2. Poruchy příjmu potravy (ohrožení na životě) ..... 193

7. Jak reagovat při podezření na poruchu příjmu potravy? ..... 193

7.1. Co je třeba si uvědomit před rozhovorem ..... 193

7.2. Čeho se v každém případě vyvarovat ..... 194

7.3. Kdy a kde studenta oslovit ..... 195

7.4. Jak studenta oslovit ..... 195

7.5. Co by mělo být součástí rozhovoru ..... 195

7.6. Komunikace s rodiči ..... 196

7.7. Komunikace se studentem během léčby ..... 197

7.8. Kam se v ČR obrátit ..... 197

Seznam tabulek, schémat a grafů:

Tabulky:


1. *„Rizikové faktory v tanečním prostředí"*
2. *„Faktory body image sledované v dotaznících"*
3. *„Doporučované množství tekutin"*
4. *„Interpretace hodnot BMI podle WHO"*
5. *„Počty respondentů"*
6. *„Pravděpodobnost výskytu PPP"*
7. *„Výskyt PPP (prohlášení respondentů)"*
8. *„Průměr hodnot BMI u jednotlivých skupin respondentů""*
9. *„Nejznámější typy PPP"*


Schémata:


1. *„Typy PPP"*
2. *„Začarovaný kruh bulimie"*
3. *„Interakce v rámci ideální terapie"*


Grafy:


1. *„Procentuální zastoupení výskytu primární a sekundární ameorey"*
2. *„Přibrat 2kg by pro mě znamenalo…"*
3. *„Kdybych přibral(a) 2kg, tak by mé okolí…"*
4. *„Negativní pocity z tloušťky/ hubenosti"*
5. *„Která skupina je nejvíce riziková pro vznik PPP?"*
6. *„Porovnání typů závislostí"*
7. *„Které jsou nejčastější příčiny úmrtí u lidí trpících PPP?"*
8. *„Jakým chováním mohou rodiče přispět k rozvoji PPP?"*
9. *„V čem spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě I?"*
10. *„V čem spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě II?"*
11. *„Porovnání s jídelníčkem energetické hodnoty 2000kcal"*
12. *„Symptomy PPP (tanečníci a netanečníci)"*
13. *„Symptomy PPP (pedagogové)"*
14. *„Co byste doporučil(a) někomu, kdo trpí PPP?"*

# Úvod

Předkládaná disertační práce se zabývá tématem poruch příjmu potravy (dále jen PPP) u tanečníků.

V tanečním prostředí se PPP vyskytují velmi často. Informovanost o problematice PPP je mezi tanečníky a pedagogy velmi nízká. PPP jsou často dokonce brány jako *„normální"*, jako způsob života tanečníků. Přitom se jedná o vážné psychosomatické onemocnění, které dokonce ve 20% končí smrtí. Tanečníci trpící PPP jsou oproti ostatním pacientům vystaveni ještě vyššímu riziku, protože onemocnění bývá jednak zaznamenáno často pozdě a jednak terapie není přesně uzpůsobena specifikům onemocnění u tanečníků, což snižuje možnost úspěšného vyléčení. Na základě těchto východisek jsem rozlišila práci do následujících částí:

Teoretická část, která popíše PPP a zaměří se na specifické rysy PPP, které se vyskytují u tanečníků.

Výzkum, prostřednictvím kterého budou potvrzeny vybrané hypotézy postulované v teoretické části, zejména týkající se rizikových faktorů vzniku PPP týkajících se specifik tanečního prostředí.

Výsledkem celé práce bude vytvoření manuálu určeného především pedagogům tance, ve kterém bude popsán vhodný postup při setkání s PPP u studentů, resp. návod, jak poznat, že by se mohlo o PPP jednat. V rámci práce vznikne také text informující pedagogy o možnostech preventivních opatření a tím o zmírnění rizika vzniku PPP u tanečníků.

Zdroje informací pro tuto disertační práci byly čerpány zejména z odborné literatury (viz Seznam literatury), z internetových stránek zejména zahraničních poraden a institucí zabývajících se pomocí lidem trpícím PPP. Odborná literatura o specifických rysech PPP u tanečníků neexistuje. Dohledala jsem pouze zprávy z výzkumů PPP u tanečníků a publikace o PPP u sportovců. Zdrojem informací byly proto také konzultace s tanečníky a pedagogy, mé vlastní zkušenosti s tímto problémem, rozhovory s tanečníky, pedagogy a konzultace s odborníky na PPP formou otevřených dotazníků. Významným zdrojem informací bude také výzkum popisovaný v druhé části práce.

Informace uvedené v této práci nejsou určeny jako informační materiál o PPP pro širší publikum. Určité informace o PPP mohou u lidí ohrožených

vznikem PPP právě toto onemocnění rozvinout! Jako eventuálně publikovatelný informační materiál o PPP u tanečníků budou vytvořeny již zmiňované texty. Ty budou přímo určeny pedagogům, těm, kteří mají největší vliv na situaci PPP v tanečním prostředí.

# 1. Teorie

V první části práce budou vymezena hlavní témata a pojmy problematiky PPP. Zaměřím se na společné jmenovatele všech typů PPP, charakteristiky jednotlivých typů poruch, současných možností léčby a její úspěšnosti. Klíčové aspekty PPP u tanečníků budou definovány v podkapitolách věnovaných tělu a výživě.

## 1.1. Poruchy příjmu potravy

Téma poruch alimentace si v průběhu uplynulých několika desetiletí našlo cestu do médií a také téměř do všech literárních žánrů. Jedním z prvních beletristických zpracování tohoto tématu je *Der Hungerkünstler*[1] Franze Kafky. Jedná se o popis svědčící o autorově hlubokém porozumění tématu poruch alimentace. Z tohoto důvodu jsem zařadila na začátek své práce několik pasáží vystihující klíčové momenty poruch alimentace.

*„Nevěřili mu. Měli ho přinejlepším za skromného, ve většině případů ale za člověka toužícího po zviditelnění*."[2]

*„Zájem lidí o hladovějícího bylo možné udržet za pomoci gradující propagace maximálně 40 dní. Poté ale publikum ztratí zájem*."[3] „Když měl hladovějící po 40 dnech přestat hladovět, činilo mu to problém. ´Proč mám přestávat zrovna teď, když ještě to nejlepší hladovění ani nezačalo? ´"[4]

„Muž, který se nechával jako hladovějící vystavovat před publikem, měl i mimo dobu hladovění většinou špatnou náladu, byl melancholik. Trápilo ho, že ho nikdo nebere vážně.[5] Impresário před publikem chválil především jeho vysoké cíle, silnou vůli a velké sebeodříkání.[6]"

[1] „*Hungerkünstler*" je označení pro lidi, kteří byli vystavováni na poutích, kde předváděli své umění- hladovění. První zmínky o těchto úkazech jsou známé ze 17. století. (Cuntz, 2008. S. 56.) Kromě Kafky napsal román o případech, kdy bylo prezentováno hladovění na veřejnosti, také nizozemský spisovatel J. van Oudshoord (Laatste Dagen z roku 1927). (Vandereycken, 2003. S. 121)
[2] Kafka, 1924. S. 35.
[3] tamtéž S. 36.
[4] tamtéž S. 37.
[5] tamtéž S. 40.
[6] tamtéž S. 41.

„Kdo to necítí, tomu není možné vysvětlit, o co jde."[7]

Postupem času se zapomnělo, denně aktualizovat číslo na tabulce, uvádějící počet dní, jak dlouho muž v kleci hladoví. Postupem času se také zapomnělo na to, že tam hladovějící vůbec je. Když pak narazili na zdánlivě prázdnou, odstrčenou a tmavou klec, chtěli ji hned využít pro zvířata. Při vyklízení si ale všimli, že v seně leží vysílený hladovějící muž, který z posledních sil zašeptal: *„Odpusťte mi*!"

*„Odpouštíme t*i," odpověděl zaměstnanec a poklepal si přitom na čelo, aby ostatním přítomným naznačil stav muže.

„Pořád jsem chtěl, abyste mé hladovění obdivovali."

„Vždyť my jsme ho také obdivovali,"odpověděl zaměstnanec.

„Vy jste mé hladovění ale neměli obdivovat!"

„Tak jsme ho tedy neobdivovali. A proč jsme ho neměli obdivovat?" Ptal se nechápavě zaměstnanec.

„Protože si nemohu pomoct a hladovět musím. Nejde s tím přestat," přiznal hladovějící muž.

„No to mě podrž! A proč, prosím tě, nemůžeš přestat hladovět?"

*„Protože… protože jsem nemohl najít jídlo, které by mi opravdu chutnalo. Kdyby mi něco bývalo opravdu chutnalo, věř mi, nedělal bych takový rozruch s hladověním a prostě bych se najedl jako všichni ostatní*." To bylo poslední, co ve svém životě řekl. Zaměstnanec pak vyklidil klec a umístil do ní mladého energického pantera[8].

### 1.1.1. Historické formy PPP

Jak je patrné z výše uvedené ukázky, nelze v minulosti hovořit přímo o *„poruchách příjmu potravy*" tak, jak se s tímto pojmem setkáváme dnes. Historické formy odchylek v alimentaci nesly odlišné názvy, spočívaly na různých pohnutkách a mířily k rozličným cílům. I přes tuto nesourodost představují *„historické formy*" moderních PPP podstatný prvek pro pochopení podstaty tohoto současného fenoménu.

[7] tamtéž S. 48.
[8] tamtéž S. 50.

Případy restrikce potravy měly v minulosti buďto charakter eticko-racionální (filosofie, medicína) nebo nábožensko- mystický[9].

Příklady nábožensko- mystického aspektu restrikce potravy nacházíme konkrétně u Izraelitů, farizejských Židů, odkud se přenesly také do křesťanství. Půsty se v nábožensko-mystických tradicích váží na různé faktory a plní specifické funkce:

- Půsty vyznačují specifický čas (například postní měsíc ramadán v islámu, masopust v křesťanství).
- Půsty jsou spojovány s poutěmi (například v hinduismu).
- Půsty jako ochrana a izolace od zla a zlých duchů. Zlí duchové mohou, podle interpretace mnohých náboženství vstupovat do těla skrze potravu, zvláště skrze maso. O posedlosti zlými duchy se v souvislosti s odmítáním potravy hovořilo již ve starobaylonské říši a také inkvizice stíhala lidi zříkající se jídla za posedlost ďáblem. V tomto smyslu byly půsty také součástí exorcistických rituálů. [10]
- Půsty jako očista. Například jogíni chápou půst jako oproštění se od karmy. Egypťané drželi již ve starověku půsty před vkročením do posvátných chrámů a Řekové před vstupem do antických věštíren.
- Půsty jako prostředek koncentrace na duchovní nebo rozumovou stránku. Půsty s tímto cílem jsou známé v šamanismu. Staroegyptští faraóni se postili několik dní před důležitými rozhodnutími nebo před významnými náboženskými svátky. Mnohé mystické okamžiky (zvěstování, osvícení…) jsou spojené s půsty, které těmto událostem předcházely.[11]
- Specifický význam půstů zdůrazňovali církevní otcové. Viděli v nich nejen projev odříkání ale také prostředek, který lidi, křesťany, ještě více spojoval. Díky půstům zůstávaly ušetřeny potraviny, které mohly být rozdány chudým. Lidé si tak vzájemně pomáhali,

[9] Vandereycken, 2003. S. 34.
[10] tamtéž S. 31, 55 a 67.
[11] tamtéž S. 16

sdíleli hlad, nouzi a utrpení, což vedlo k hlubšímu pochopení a soucitu s ostatními, zejména s chudými.

- Půst měl a má svůj význam také coby utrpení (jak na rovině fyzické tak také na rovině psychické). V raných křesťanských dobách tak byl například vyjadřován smutek nad smrtí Ježíše, ve starověkém Egyptě po smrti faraóna, ve starozákonních dobách po smrti Saula, ve starověkém Řecku se postil Priamus po smrti svého syna Hektora nebo bohyně Démétér po ztrátě své dcery Persefony. Podobné reakce nacházíme i dnes (viz kapitola 1.1.2 PPP jako reakce na traumatizující zážitky).

Podle slov Ježíše měl člověk jíst a pít, co mu je nabízeno. Jídlo člověka neznečišťuje.[12] Slova Ježíše Krista nijak nehovořila ve prospěch půstů ani ve prospěch omezování se ve stravování.

I přesto se lidé po staletí uchylovali a uchylují k nábožensky podmíněným půstům, i v křesťanství. Mezi takové případy patří například Jan Křitel, ale i z 20. století jsou dochované zmínky o postních světcích. Skutečnost, že postní světci přežívali mnohdy i několik let zcela bez jídla (nebo jen o jedné hostii denně), byla interpretována jako výjimečný dar od Boha. [13]

Postupem času ale začalo zmínek o takovýchto postních světcích a světicích ubývat. Příliš často byly totiž za zdánlivými zázraky odhalovány podvody (například jedení v tajnosti) nebo tito lidé byli společností označovány za posedlé ďáblem. Podobná vyjádření existují i v současnosti. Někteří pacienti s mentální anorexií popisují nutkání omezovat příjem potravy jakoby na příkaz ďábla.

Pro kontext této práce z výše uvedených skutečností plyne, že případy odříkání si stravy a extrémní půsty v minulosti nemusely být pouze projevem zbožnosti, ale že mezi nimi mohly být *„ukryty*" i případy, které by dnes byly označeny jako PPP typu anorexia nervosa- asketický typ.

Kromě výše uvedených, spíše religiózně podnícených fenoménů, lze v historii sledovat také linii směřující k rigorózním vědeckému uchopení problematiky PPP.

[12] Vandereycken, 2003. S. 44.
[13] tamtéž S. 49.

Jako eticko-racionální příčiny restrikce potravy lze chápat zaprvé filosofické systémy, které preferovaly askesi. Výraz „*askesis*" v řečtině znamenal původně „*cvičení*",[14] trénink sebekázně. Askese byla aplikována v různých sférách života člověka, také v jídle. Askesi ve smyslu omezování se v jídle praktikovali v antice kynikové, stoikové a pythagorejci.

Druhým příkladem eticko-racionálních příčin restrikce potravy jsou studie evropské medicíny. Již v době Hippokratově byl znám léčebný účinek půstu.[15] Podobný názor měl v období renesance i Michel Nostradamus, který sám využíval pravidelné půsty k udržení zdraví a mládí. Renesance se diety a půsty dočkaly až v polovině 19. století díky výsledkům tehdejších vědeckých výzkumů v oboru medicíny.[16] Například Sir Francis Bacon viděl v dietách jediný prostředek k prodloužení života. Léčebný význam půstů byl oceňován také ve 20. století (případy „*vyhladovění*" rakovinových nádorů za pomoci půstů), a to nejen lékaři ale například také spisovatelem Utponem B. Sinclairem.[17]

Již před více než 300 lety, v roce 1689, popsal anglický lékař Richard Morton (1637-1698)[18] proslulý výzkumem tuberkulózy v díle "*Phthisiologica, or, A treatise of consumptions*"[19] duševní poruchu. Nazval ji „*nervózní atrofie*". V názvu onemocnění se Morton opírá o závěry, ke kterým došel antický lékař Aulus Cornelius Celsus (30 před Kristem- 45 po Kristu). Celsus se stejně jako Morton zabýval onemocněním tuberkulóza a na přelomu letopočtu popsal onemocnění „*tabes*" (dnešní překlad: tuberkulóza) jejíž formou byla tzv. „*atrophia*". Tuto formu popsal jako cílené odmítání potravy končící smrtí. V červenci 1684[20] prohlížel Morton osmnáctiletou Angličanku. Údajně kvůli starostem a neklidu vynechala u dívky pravidelná menstruace. Morton popsal setkání s touto dívkou slovy: „*Nevzpomínám si, že bych se kdy ve své praxi setkal pacientem, který byl natolik bez sil, podobajícím se kostře potažené kůží a který by ještě byl naživu*." ¨

[14] Lemaitre, 2002. S. 46. (heslo „*Askese*")
[15] Vandereycken, 2003. S. 143.
[16] tamtéž S. 144.
[17] tamtéž S. 146.
[18] tamtéž S. 156.
[19] http://en.wikipedia.org/wiki/Richard_Morton 13.8.2011 17:15
[20] Své závěry publikoval v roce 1689. Trapp, 2011. S. 5.

Frankfurtský psychiatr Heinrich Hoffmann popsal roku 1845 případ chlapce, který zemřel následkem vyhladovění organismu poté, co odmítal stravu jakožto protestní akci proti světu dospělých. Kreslený příběh se stal známým zejména v německém jazykovém prostoru pod jménem „*Suppenkasper*"[21].

Až v roce 1873, dvě stě let po záznamu Richarda Mortona, získává anorexia nervosa uznání v panteonu medicíny. Zasloužil se o to anglický dvorní lékař William Withey Gull (1816-1890) a francouzský internista a neuropsychiatr Ernest-Charles Lasegue (1816-1883)[22]. Charles Laségue a William Gull stanovují triadu symptomů mentální anorexie (anorexie-amenorrea- vyhublost) a vydali roku 1873 knihu „*De l´anorexie hysterique*". Anorexia nervosa zde je definována jako emocionální porucha s označením „*anorexia hysterica*"[23]. Přívlastek odkazující k hysterii se opírá o předpoklad, který byl běžný v 18. a 19. století. Předpokládalo se, že symptomy hysterie souvisí se změnami v děloze v důsledku sexuální abstinence nebo nedostatku libida.[24] Mezi hysterií a anorexií byla proto shledávána podobnost. V obou případech se jednalo o nedostatek chuti, apetitu. V současné době dokonce již existuje název pro výše myšlenou specifickou variantu mentální anorexie: sexuální anorexie.[25]

Na základě prací Mortona, Gulla a Lasegue bylo možné shrnout symptomy „*nového onemocnění*": ve většině případů se týká mladých žen (věk 15-25 let), lze pozorovat úbytek váhy, zácpy, amenoreu, hyperaktivitu, zapírání onemocnění před sebou i před ostatními a odmítání terapie. [26]

Postupně ale vycházelo najevo, že podstata hysterie se s „*novým onemocněním*" nepřekrývá a přívlastek „*hysterica*" se proto zdá být nevhodný. Od roku 1888 se proto začal oficiálně užívat název „*anorexia nervosa*". [27] Ve Francii se v roce 1883 navíc objevuje název „*anorexie mentale*"[28] blízký současnému českému názvu mentální anorexie. Současný

[21] Cuntz, 2008. S. 56.
[22] Liechti, 2007. S. 42. Kapitola „*2.1 Krankheit der Superlative*" a Vandereycken, 2003. S. 195-196.
[23] Trapp, 2011. S. 5.
[24] Vandereycken, 2003. S. 163-167.
[25] Hartl, 2009. S. 46.
[26] Vandereycken, 2003. S. 204.
[27] tamtéž S. 209.
[28] tamtéž S. 211.

název *„anorexia nervosa"* zdůrazňuje, že se jedná o onemocnění psychosomatické[29], tedy velmi komplexní.

O PPP se často také hovořilo a hovoří jako o módním onemocnění mladých žen na přelomu 19. a 20. století.

Ve druhé polovině 20. století se objevuje první kritika anorektického a bulimického chování a varování před zdravotními komplikacemi a následky těchto mechanismů.[30]

Téma PPP se stává tématem psychologů- psychoanalytiků. Interpretují je jako regresi k orálnímu stádiu vývoje. Od roku 1939 jsou k dispozici amfetaminové tablety. Představují první krok pro potravinářský průmysl obchodující s nízkokalorickými a dietními produkty[31].

20. století je doba, kdy jsou postní světci a hladovkáři z poutí a jarmarků nahlíženi jako nemocní. Už se nejedná o zázraky nebo o *„umění"*, ale o případy pro nově etablovanou psychologii.

Už v roce 1939 předpovídá anglický psychiatr Ryle na základě dosavadních klinických zkušeností nárůst případů PPP v západoevropské společnosti.

V roce 1982 je poprvé pořádán *„Týden boje proti poruchám příjmu potravy"*. První jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy je otevřena 1. 3. 1983 v Praze. Bulimia nervosa je v 80. letech 20. století Světovou zdravotnickou organizací (WHO) shledána jedním z prioritních problémů světové populace.

V uplynulých desetiletích byly PPP medializovány, vědění o nich se rozšířilo ve společnosti. Stalo se tak zejména prostřednictvím osobností, které PPP trpěly nebo dodnes trpí, konkrétně: [32]

- Významné osobnosti jako anglická princezna Diana[33], švédská korunní princezna Victoria, asturská kněžna Letizia, dcera psychoterapeuta Sigmunda Freuda- Anna Freud. Další historické osobnosti, které

[29] Trapp, 2011. S. 5.
[30] Vandereycken, 2003. S. 303.
[31] Srovnej: Skácelová, 1998. Kapitola 1.1 Stručná historie touhy po štíhlosti.
[32] Srovnej: http://www.lhup.edu/smarvel/Seminar/FALL_2004/Dwornitski_2/eatingdis. htm 31. 7. 2011 21:36 a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=86&catid=4 25. 7. 2011 18:14 a http://www.pure-ana.com/ node/10 24.7.2011 14:38
[33] Giddens, 1999. S. 138.

prokazatelně trpěly PPP, jsou například rakouská císařovna Sissi, Franz Kafka[34] nebo také Lord Byron. Například Lord Byron měl v dětství nadváhu, které se z důvodu významu, který přikládal vnějšímu vzhledu, radikálně zbavil (zhubnul 12kg). Strach z návratu do stavu nadváhy jej nutil jíst téměř výhradně zeleninu, cvičil a hlad zaháněl cigaretami. Sám se přiznal také k bulimickému chování. Byron dokonce otevřeně prohlašoval, že by žena, která jí nebo pije, neměla být viděna. Vzhledem k jeho popularitě v tehdejší společnosti byly jeho názory směrodatné a inspirací pro jiné.[35]

- Modelky jako například česká Miss 2008 Eliška Bučková,[36] (viz také kapitola 1.3.6 Smrt)
- herečky: Hana Vágnerová[37], Audrey Hepburn, Jane Fonda (ve své biografii přiznala, že během svého života strávila 30 let bojem s anorexií a bulimií), Christina Ricci, Kate Winslet, Calista Flockhart a také moderátorka Oprah Winfrey[38],
- zpěvačky Victoria Beckham[39], Geri Halliwell[40], Kelly Clarkson, Lady Gaga, Jannet Jackson, Alanis Morissette a zpěvák Elton John[41].

Medializace bývá z velké části chápána jako prostředek, jak informovat veřejnost a upozornit na nebezpečí PPP. Bohužel se ale ukázalo, že informace o PPP si někteří jedinci, zejména dospívající dívky, naopak vykládají jako návod *„jak na to*". Mnozí v poruchových typech chování našli řešení konfliktních situací, ventil přetlaku. Hilde Bruch (1904-1984) tento fenomén

---

[34] Vandereycken, 2003. S. 929.
[35] tamtéž S. 267, 280- 282.
[36] http://www.super.cz/161843-eliska-buckova-po-priznani-anorexie-varuje-vsechny-divky-nehubnete-jako-ja-znici-vam-to-zdravi.html 1.4.2013 13:27
[37] http://www.novinky.cz/zena/styl/245038-herecka-hana-vagnerova-anorexie-mi-vzala-tri-roky-zivota.html 23.7.2012 12:03
[38] http://www.edreferral.com/Celebrities_who_died_or_have_Eating_Disorders.htm 28.7.2011 11:09
[39] http://www.lhup.edu/smarvel/Seminar/FALL_2004/Dwornitski_2/eatingdis.htm 25. 7. 2011 16:10
[40] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=86&catid=4 25. 7. 2011 18:14
[41] http://www.edreferral.com/Celebrities_who_died_or_have_Eating_Disorders.htm 28.7.2011 11:09

nazývá „*me-too-anorexics*“ [42] . V reakci na toto zjištění byla radikálně změněna strategie preventivních opatření PPP.

### 1.1.2. Faktory vzniku PPP

Před popisem samotných typů PPP se budu věnovat faktorům, které lze chápat jako „*ingredience*“ PPP.

V současné době se odborníci shodují, že pro PPP neexistuje monokauzální vysvětlení [43] . Proto je diagnostikování problému velmi komplexním úkolem a výzvou.

Jako příklad uvedu „E*ating Attitudes Test*“, EAT (viz příloha č. 1). Pro možnosti snazšího a jistějšího diagnostikování PPP sestavil David Garner a jeho kolegové roku 1982 výše zmíněný EAT. Jedná se o systém následujících veličin, které jsou zkoumány u lidí s podezřením na PPP:

- Držení diet[44] (Mám obrovský strach z nadváhy),
- zabývání se jídlem a bulimie (Až do teď jsem jedl (a) a cítím, že nebudu schopen/schopna to zastavit. Nebo: Cítím, že jídlo řídí můj život.),
- orální kontrola (Nejím, když mám hlad).

Respondenti odpovídají na 26 otázek z výše zmíněných veličin prostřednictvím šestistupňové škály. Po sečtení bodů je u respondentů s hodnotou vyšší než 20 označována velká pravděpodobnost výskytu PPP. Když Garner metodu EAT použil na skupině tanečníků, došel k závěru, že jak muži, tak ženy- tanečnice dosahují hodnoty 24 body v testu EAT a tudíž 7,3% tanečnic a 7,6% tanečníků spadá do skupiny lidí, u kterých lze předpokládat PPP [45].

Garnerův EAT-test není jediný mechanismus k diagnostikování PPP. Zahrnuje však většinu veličin, se kterými pracují i jiné systémy. Pro srovnání

[42] Cuntz, 2008. S. 57.
[43] Hoffmann, 2009. S. 8.
[44] U 35% lidí, kteří drží (jakoukoli) dietu, nabude držení diety patologický charakterhttp://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:09
[45] Viz Nordin-Bates, 2011. S. 215.

zde uvedu výzkum odborníků při Robert Koch Institut v Berlíně a oficiální stanovisko WHO.

Robert Koch Institut v Berlíně prováděl výzkum, jehož cílem bylo, zjistit procento mladistvých ohrožených PPP. Pro tento účel byl sestaven dotazník o pěti otázkách, které měly identifikovat přítomnost PPP. Jednalo se o následující otázky:[46]

- Zvracíš, když se cítíš nepříjemně přejedený/á?
- Dělá ti starosti, že někdy nemůžeš přestat s jídlem?
- Zhubnul jsi v poslední době více než 6kg za 3 měsíce?
- Připadáš si tlustý, i když ostatní říkají, že jsi štíhlý?
- Řekl (a) bys, že jídlo významně ovlivňuje tvůj život?

Pro účely zmiňovaného výzkumu bylo stanoveno, že dvě kladné odpovědi jsou indikátorem PPP. [47]

Diagnostika PPP (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) se podle WHO opírá o následujících pět kritérií (ICD-10)[48]:

I. Tělesná hmotnost. Tělesná hmotnost je 15% pod očekávaným BMI,

II. Příčina snížení tělesné hmotnosti: záměrné vyhýbání se potravinám s vysokou energetickou hodnotou, záměrné užívání laxativ, zvracení, přehnaná fyzická aktivita, používání prostředků tlumících hlad a/nebo diuretik, a myšlenky na tyto postupy ovládají jídlo (a postupně pak i celý život) jedince,

III. narušená body image,

IV. endokrinní poruchy (primární nebo sekundární amenorea u žen, ztráta libida a potence u mužů, tedy snížená hladina pohlavních hormonů estrogenu a testosteronu),

V. u prepubertálního propuknutí nemoci se nevyvíjejí sekulární pohlavní znaky (a je ireverzibilně zastaven růst, dítě za rok vyroste méně než 4cm).

[46] Hölling, 2007. S. 795.
[47] tamtéž S. 795.
[48] ICD= International Classification of Diseases- mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1999.

Statisticky se v souvislosti s PPP vyskytují faktory[49], které jsem pro potřeby této práce rozlišila do dvou velkých skupin- na endogenní a exogenní.

#### *1.1.2.1. Endogenní faktory*

- Biologické faktory

PPP jsou v první řadě psychogenní onemocnění. I tak zde ale hrají roli i následující biologické faktory.

a. Věk

V 95% případů začíná PPP v pozdějším dětském a mladistvém věku.[50] U mentální anorexie je věk, kdy onemocnění propuká ve většině případů nižší, než u mentální bulimie a psychogenního přejídání.

Věk, kdy se nejčastěji setkáváme s PPP, představuje životní etapu, která je obzvláště náročná v současné západní společnosti. Zejména skutečnost, že hranice a struktury nejsou již tak jednoznačné a nezpochybnitelné, vyvolává nejistotu a chaos. Navíc se vyčlenila relativně nová a rozsáhlá skupina „*mladých dospělých*". Pro „*mladé dospělé*" je charakteristická dospělost po stránce biologické ale závislost a nesamostatnost po stránce ekonomické a sociální[51].

b. Pohlaví

Studie došly k odlišným číselným závěrům, avšak žádná nepotvrdila výlučnost PPP pro ženy. Poprvé byla mentální anorexie u muže popsána v 17. století[52]. Muži tvoří 10%[53] až 50%[54] postižených. Švýcarský odborník

[49] Liechti, 2007. S. 119.
[50] tamtéž S. 47 a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/ 27. 7. 2011 11:47
[51] Výskyt fenoménu „*mladý dospělý*" souvisí s inflací ve vzdělání, zejména v terciárním sektoru vzdělávání. Bakalářský stupeň vzdělání je často stavěn na roveň s ukončeným SŠ vzděláním, maturitou. Jako plnohodnotné VŠ vzdělání je chápáno magisterské nebo vyšší ukončení.
[52] Cuntz, 2008. S. 110.
[53] Matsumoto, 2010. S. 33.
[54] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00, Trapp, 2001. S. 15 a Höller, 2007. S. 795.

na PPP, Jürg Liechti, uvádí, že ženy trpí PPP osm až čtyřicetkrát častěji než muži[55], Rita Atkinson hovoří o dvacetkrát častějším výskytu PPP u mužů[56].
Mezi muži a ženami nejsou rozdíly v dispozicích pro PPP z hlediska genetické výbavy. V prepubertálním věku se PPP vyskytují stejně často u chlapců jak u dívek[57]. Častost výskytu PPP u chlapců s přibývajícím věkem spíše klesá. U dívek, zejména ve věku mezi 10 a 17 roky, stoupá.[58] U mužů, kteří onemocní mentální anorexií nebo bulimií je mnohem častěji než u žen s tímto onemocněním doložena předchozí fáze, kdy měl pacient nadváhu.
14% mužů-homosexuálů trpí mentální bulimií a 20% mužů-homosexuálů trpí mentální anorexií.[59] Homosexuálové ale netvoří většinu mužů trpících PPP. Stejně jako u žen je zde zvýšené riziko vzniku závislosti na alkoholu nebo drogách.
Protože jsou PPP u mužů vzácné, bývají v počátcích chybně diagnostikovány a léčeny z medicínského hlediska jako například potravinové alergie nebo pankreatitidy[60].
Ohrožené jsou tedy zejména skupiny mladých mužů, chlapců, sportovců, mužů trpících jinými onemocněními (gastritida, žaludeční vředy, průjmy…), případů s fází výrazné nadváhy v minulosti a sociálně izolovaných jedinců. U 80-90% anorektiků a bulimiků je výrazně nižší hladina testosteronu, libido a často se projevuje impotence[61].
Rizikovým faktorem se tedy nezdá být pouze pohlaví, ale především genderová specifika role, které jedinec přejímá během puberty, resp. se vstupem do dospělosti. Jak píše Claire Renzetti *„normativní standardy krásy jsou genderově podmíněny*." [62] Konkrétně to pro současnou západní společnost znamená, že zejména ženy jsou hodnoceny ostatními podle toho, nakolik se jejich tělo podobá ideálnímu obrazu krásné ženy, který vytvořila naše kultura, mnohem více než muži. Krásná žena sice zvyšuje prestiž svého muže, partnera, přináší mu užitek.

[55] Licheti, 2007. S. 47.
[56] Atkinson, 2003. S. 404.
[57] Cuntz, 2008. S. 111.
[58] Höller, 2007. S. 795.
[59] http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:09
[60] Cuntz, 2008. S. 111.
[61] tamtéž S. 111.
[62] Renzetti, 2003 S. 517

Během 19. století navíc vykrystalizovaly dva diametrálně odlišné obrazy, ideály ženy. Na jedné straně je žena vyšší společnosti, která je nositelkou žádoucích, sexuálně přitažlivých rysů. Na druhé straně ale stojí je žena nižších společenských vrstev, se kterou sexualita spojována není.[63]

Média prezentují ženské dětsky (pre-pubertálně), někdy až chlapecky vyhlížející tělo (pevné, hladce oholené). Naopak muži se, podle působících ideálů mají „*dovyvinout*" ve svalnatou a mužnou postavu[64].

Tyto skutečnosti spoludeterminují sebevědomí žen. Samy ženy ideálem krásy trpí. [65] Nároky na ideální postavy nejsou u mužů natolik proměnlivé a také tolik neohrožují (psychické i fyzické) zdraví, jako u žen. Proto se jedná zejména o ženy, které trpí a v nemalém počtu také umírají po cestě za dosažením ideálu krásy. [66]

c. Rasa

Dispozice pro PPP jsou vyšší u jedinců europoidní rasy. Dokázal to také výzkum prováděný na tanečnících. Podle tohoto výzkumu, provedeného Davidem Garnerem, trpělo PPP 75% europoidních, 10% míšenců, 5% negroidních a 10% mongoloidní rasy. [67]

d. Genetické dispozice

Názory odborníků na vliv genetických dispozic k PPP se pohybují mezi hodnotami 30%- 50%. Co konkrétně je sledováno při výzkumech genetických dispozic k PPP?

Zaprvé zde je pozorována možnost dědičného přenosu dispozic. Zvláště v případech mentální anorexie a mentální bulimie je výskyt u pokrevně příbuzných velmi častý. Číslo výskytu PPP je sedm až dvanáctkrát větší než u ostatních typů PPP.

Dosavadní výzkumy ukázaly, že u jednovaječných dvojčat je pravděpodobnost, že trpí-li poruchou jeden, bude PPP trpět i druhé dvojče mezi 50% a 90%[68]. A to také v případě, nevyrůstají-li spolu, ve stejném

[63] Klein, 1994. S. 88.
[64] Dietze-Cruse, 2011. S. 5.
[65] Renzetti, 2003 S. 517
[66] tamtéž S. 519.
[67] Viz Nordin-Bates, 2011. s. 214. a Atkinson, 2003. s. 404.
[68] Výsledky výzkumů: 50% Liechti, 2007. S. 48, 80%: Dietze-Cruse, 2011. S. 24., 90%: Cuntz, 2008. S. 58.

prostředí. U dvojvaječných dvojčat je tato hodnota pouze 25%[69] (podle jiného výzkumu jen 10%[70]).
U sourozenců tedy spolurozhoduje o možnosti propuknutí PPP tzv. „*nonshared environment*"[71], část prostředí, které individua vnímají odlišně. Každý ze sourozenců prožívá tutéž rodinnou realitu jinak.
Genetická výbava ovlivňuje pocity hladu přes neurotransmitery, které se v těle vyskytují.
Zadruhé jsou sledovány geny ovlivňující hospodaření těla s látkami spolu-ovlivňující alimentární chování (hormony a neurotransmitery). Hladiny neurotransmiterů mohou být ovlivněny prostřednictvím genů, ale krom toho také v důsledku předčasného porodu nebo komplikací při porodu.
Výzkumy se dále také soustředí na pozorování genu, který má vliv na stresový hormon noradrenalin. Pacienti trpící mentální anorexií jsou vlivem noradrenalinu náchylnější k podléhání stresu a strachu. [72]

e. Hypotalamus a hypofýza

Hypotalamus se nachází mezi velkým mozkem a mezimozkem. Velký význam má jádro hypotalamu, nucleus arcuatus, které se nachází na dně hypotalamu. Zde jsou integrovány a dále zpracovávány signály týkající se hospodaření s energií, které sem docházejí z těla[73].
Hypotalamus řídí homeostazi, reguluje endokrinní procesy, tvorbu hormonů a funkce udržující život (konkrétně: termoregulace, tlak, tep, metabolismus cukru v krvi, uhlovodíků a také tuků). Má také velmi těsnou vazbu na hypofýzu, která reguluje činnost žláz a limbického systému (řídícího centra pocitů). Hypotalamus ovlivňuje hypofýzu a tím emotivitu a sexuální chování. Poruchy v této oblasti znamenají ztrátu hormonálně řízené asertivity a agresivity. Mnohdy je pozorována pasivita, snadná manipulovatelnost a lhostejnost.

[69] Dietze-Cruse, 2011. S. 24.
[70] Liechti, 2007. S. 48.
[71] tamtéž S. 51.
[72] Cremer, 2011. S. 20.
[73] Cuntz, 2008. S. 30.

Kromě toho se v hypotalamu nacházejí centra zodpovědná za hospodaření s vodou, centra obrany a také centrum alimentárního chování. Hypotalamus bývá nazýván „*biologickým centrem mentální anorexie*".[74]

V roce 1914 popisuje anglický lékař Morris Simonds (1855-1925) případ jevící se jako mentální anorexie. Případ skončil smrtí. Autopsie ukázala, že se jednalo o hypofunkci a atrofii předního laloku hypofýzy, tedy tzv. hypofyzární kachexie.[75] Jeho popis otevřel diskusi o možnosti biologických příčin PPP. Tvrzení, že mentální anorexie představuje onemocnění vztahující se na poruchu funkce hypotalamu, zastává v současnosti podstatná část odborníků[76].

Nejstarší známé výzkumy z oblasti vnímání hladu, se zabývaly souvislostí míry plnosti žaludku a intenzity pociťovaného hladu[77]. Hypotéza, že by se hlad zmenšoval a rostl úměrně tomu, jak je naplněn žaludek, zde nebyla potvrzena. Další studie se již odebíraly jiným směrem. Pohled se obrátil na souvislost mezi funkcemi mozku a hladem. V roce 1902 vysledoval vídeňský lékař Alfred Frolich, že *„pacienti s nádory poblíž hypotalamu jsou často obézní*." [78] Později bylo dokázáno, že hypotalamus reguluje pocit hladu. Přesněji řečeno jeho dvě různé oblasti.

Laterální hypotalamus svou funkcí pocit hladu zesiluje. Poškození této části mozku může vést k nechutenství a následně až k úplnému vyhladovění.

Ventromediální hypotalamus pocit hladu naopak brzdí. Porucha ventromediálního hypotalamu tak má za následek zvýšený příjem potravy a nadváhu. [79]

V rámci mechanismů probíhajících v hypotalamu lze sledovat dva možné geneticky determinované faktory. Dědičně je totiž daný způsob, jak tělo syntetizuje protein leptin (přenašeč informací o hladu do hypotalamu) a také způsob, jakým receptory leptinu v hypotalamu kódují informace. Oba mechanismy mohou být dědičně nastaveny například tak, že člověk neovládá svůj příjem potravy.[80]

---

[74] Hartl, 2009. S. 203.
[75] Vandereycken, 2003. S. 224.
[76] Atkinson, 2003. S. 407.
[77] Například výzkumy harvarského fyziologa Waltera Cannona ( 1870-1945) z roku 1912. Viz: Plháková, 2003. Kapitola 11.1.1.1 Hlad.
[78] Plháková, 2003. S. 322.
[79] tamtéž S. 322.
[80] Hoffmann, 2009. S. 14.

- Osobnostní rysy (premorbidní stav psychiky)

a. Perfekcionismus.

Perfekcionismus je třeba chápat jako velmi komplexní psychický mechanismus. Jedinec si klade velmi vysoké standardy, má o sobě představu, že není dost dobrý(á), zpochybňuje své činy a zaobírá se vlastními chybami. V mnoha případech lze pozorovat perfekcionistická očekávání od rodičů. Perfekcionismus je podle schématu Roberta Hilla *„perfectionism inventory*" z roku 2004 rozlišován na snaživý perfekcionismus (extrémně silná orientace na plnění cílů a úkolů) a na sebehodnotící perfekcionismus (orientovaný na vnímání vlastních chyb a nedostatků)[81]. Nordin-Bates na základě výzkumu, který provedla, upozorňuje na skutečnost, že u žen trpících PPP převažuje perfekcionismus v negativním slova smyslu[82]. Dále platí, že čím menší tendence k PPP, tím silněji je zastoupen pozitivní aspekt perfekcionismu. Byla také vysledována souvislost mezi intenzitou perfekcionismu, sebedůvěrou, úzkostlivostí a narušeným vnímání postavy. [83]

b. Depresivita.

75%[84]- 90%[85] trpících mentální anorexií trpí současně depresemi. Existují teorie, které mentální bulimii chápou jako zvláštní typ deprese[86]. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) *„se během života setká s depresí třiapůlkrát tolik žen než mužů*." Tendenci k větší depresivně u žen lze sledovat již v období puberty. [87] U mužů deprese často ústí do zneužívání omamných látek, často do drogových závislostí[88]. Nezřídka vedou depresivní stavy k suicidním myšlenkám[89]. Po návratu k *„normální*" tělesné hmotnosti v 15-58% případech depresivita mizí[90].

---

[81]Nordin-Bates, 2011. S. 212.
[82] tamtéž S, 213
[83] tamtéž S, 212
[84] Dietze-Cruse, 2011. S. 22 a Liechti, 2007. S. 122.
[85] Cuntz, 2008. S. 60.
[86] tamtéž S. 75.
[87] Renzetti, 2003. S. 501.
[88] Nordin-Bates, 2011. S. 213.
[89] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[90] Cuntz, 2008. S. 60.

c. Další psychické poruchy, onemocnění.

Po depresích, závislostech a bipolárních poruchách osobnosti jsou PPP na čtvrtém místě mezi nejčastějšími duševními onemocněními.

Nutkavé jednání[91] se vyskytuje u 12,1, % lidí trpících mentální anorexií. Kromě nutkavého jednání orientovaného na alimentaci se často vyskytuje nutkavost v souvislosti s čistotou a úklidem[92] (často jsou mechanismy PPP pro postiženého jistou formou očisty či „*úklidu*"). Hlad nutkavé jednání ještě zesiluje a přivádí do extrémů[93].

Úzkostlivost, bojácnost, návaly panického strachu a další psychické poruchy jako anxieta nebo sebepoškozování[94] se vyskytují u 25,5% lidí trpících mentální anorexií.

Porucha osobnosti bývá rysem lidí trpících mentální anorexií ve 23-80%[95].

d. Nízká sebeúcta, nejistota, nízká sebedůvěra a sebejistota.

Nejistota je v těchto případech kompenzována přílišnou snahou o sebekontrolu a absolutní sebeovládání. Nízkou sebejistotu lze zaznamenat v 90 % případů lidí s tendencí k PPP[96]. Lidé s tendencí k PPP nemají důvěru v sebe, ve své schopnosti. Lidé, kteří mají pocit, že podávají nedostatečně kvalitní výkony, že nevyužívají maximum svých schopností. Nevěří si, ačkoli jsou vysoce výkonní a jejich výkony vynikají.[97]

e. Potřeba kontroly

Touha vše, a zejména sebe- své tělo, kontrolovat a ovládat souvisí s výše uvedeným aspektem „*nejistoty, nízké sebedůvěry a sebejistoty*", jedná se v podstatě o reakci na tyto postoje.

Skutečnost, že se nejvíce případů PPP rozvíjí v období puberty, bývá také interpretováno jako opatření zvyšující pocit sebekontroly. V období puberty totiž dochází v těle k nezadržitelným, neplánovatelným a nekontrolovatelným změnám. Zejména u dívek se během puberty tvar těla vzdaluje od ideálu

[91] Liechti, 2007. S. 50.
[92] Cremer, 2011. S. 45.
[93] tamtéž S. 45.
[94] Sebepoškozování je projevem, kdy se člověk snaží ucítit sebe sama, cítit vlastní tělo. PPP vede k tomu, že se člověk „ztrácí", ztrácí se před okolím, ale i sám před sebou. Viz Cramer, 2011. S 62.
[95] Cuntz, 2008. S. 60.
[96] Cremer, 2011. S. 21.
[97] tamtéž S. 21.

štíhlosti a dětskosti postavy. Restriktivní opatření alimentace pak představují pro mnohé zdánlivě jedinou možností, jak „*obstát*" ve společnosti, tedy jak si alespoň zčásti zachovat dívčí (dětský) tvar těla. Podobná potřeba kontroly byla zaznamenána také u chlapců v období puberty, kteří se omezováním přísunu energie prostřednictvím potravy, snažili regulovat libido.
Jedinci s tendencí k PPP mají (nebo s postupujícím onemocněním nabývají) pocit, že mají velmi omezenou nebo vůbec žádnou možnost rozhodovat o svém životě[98]. Také doba neustále se zrychlujících změn a zvratů dává vzniknout touhám po „zadržení změn" a potřebě se „*něčeho stálého a trvalého*" chytit[99]- například těla, které nás po celý život neopouští.
„*Musím své tělo kontrolovat, jinak si bude dělat, co chce- tedy tloustnout*!!" Podobné myšlenkové pochody vedou k zesílení strachu z tloušťky, k obezofobii. Obezofobie v dnešní společnosti sílí. Lidé pociťují povinnost být štíhlí. [100] Štíhlost se stává ekvivalentem upravenosti a respektu ke společenským pravidlům a ustanovením. Zevnějšku je v současnosti přičítán velký význam. Od toho, nakolik se postava člověka blíží stanovenému ideálu, se odvozuje úspěšnost jedince ve společnosti a podle velké části populace také spokojenost a šťastný život. Pod pojmem „*úspěšnost*" je v tomto ohledu míněna úspěšnost u druhého pohlaví, tedy sexuální atraktivita, a také profesní úspěch.

f. Orientace na výkon[101].

Pro lidi ohrožené PPP jsou typické vlastnosti jako snaživost, pedanterie, ctižádostivost, cílevědomost a houževnatost. Výkonu je přičítána velmi vysoká hodnota. Nesplnění výkonu a nedosažení (mnohdy nedosažitelných) cílů vede k negativnímu hodnocení sebe sama (pocity nevýkonnosti a méněcennosti)[102]. Lidé s tendencí k PPP bývají závislými na oceňování jejich výkonů a uznání, zejména od rodiny, od autorit, či obecně od okolí. V mnohých případech lze jejich postoj vystihnout citátem: „*Svůj život a lásku si musím nejdříve zasloužit.*"

[98] Hoffmann, 2009. S. 9 a Renzetti, 2003. S. 501
[99] tamtéž S. 122.
[100] Hartl, 2009. S. 45-46.
[101]Dietze-Cruse, 2011. S. 26.
[102] tamtéž S. 21.

g. Frustrace, nuda.

Diametrálně odlišným postojem od extrémní výkonnosti, dosahování cílů a překonávání mezí je situace, kdy nenaplněnost života ústí v nudu. Faktor znuděnosti a pocitu nenaplněnosti je uváděn jako riziková situace pro vznik PPP. [103]

h. Emoce

PPP znamená neschopnost přijímat, připouštět, zpracovávat, prožívat, opouštět a vypořádávat se s emocemi. U mnohých lidí trpících PPP se ukazuje, že jejich nemoc z části vznikla jako ochrana před emocemi, jako mechanismus, jak se s emocemi vyrovnat.

i. Polarita temperamentu

Introverze bývá pozorována u lidí s tendencemi k mentální anorexii. Naopak extroverze je častá u lidí s tendencemi k mentální bulimii)[104].

Podobnou polaritu lze pozorovat mezi úzkostlivostí lidí s tendencemi k mentální anorexii nebo naopak impulzivitou a labilitou lidí s tendencemi k mentální bulimii[105].

j. Větší duševní vyzrálost vzhledem k věku.

Větší duševní vyzrálost vede buďto k prohlubování sociální izolace nebo navazování kontaktů a přátelství s výrazně staršími nebo také výrazně mladšími osobami.

Přestože ve většině situací jedná velmi vyzrále a rozumně, doma, v rodině se chová často dětinsky[106].

k. Hranice a meze.

*„Co když pravidla, která jsou na místě v jednom kruhu, prosáknou do druhého, nebo co když se příliš rychle mění a jsou příliš neurčitá na to, abychom se jich mohli držet?*" [107] Potom se dostaví pocity nejistoty, zmatku a také strachu. Postoj k hranicím a mezím souvisí u lidí s tendencí k PPP jednak s výše zmiňovanou orientací na výkon (cílevědomostí) a jednak se

[103] Cremer, 2011. S. 27
[104] tamtéž S. 21.
[105] Cuntz, 2008. S. 61.
[106] Srovnej: Liechti 2007. Kapitola „*Erscheinungsbild und Diagnostik*" a tamtéž S. 50.
[107] Bauman, 2004. S. 118.

sociální izolací. Na jedné straně lze pozorovat mechanismy přesahování hranic, porušování mezí při snaze dosáhnout velmi vysokých cílů, tedy jakési překonávání sebe sama anebo také „*rozpouštění*" sebe sama, vlastní identity. Lidé s tendencí k PPP často potlačují agresivitu[108], obracejí jí sami k sobě. Zdají se být extrémně přizpůsobiví (překračují a narušují hranice vlastní osoby pro přizpůsobení se určitému cíli nebo druhé osobě a tím ztrácejí pojem o hranicích jejich vlastní identity).

Na druhé straně se ale velmi často projevují mechanismy vymezování se, odlišování, izolování a kladení pevných mezí a ohraničení. Odlišují a vymezují se od okolí, například alimentárním chováním, aktivitami, názory[109].

V současné západní společnosti člověk naráží na rizika nejistoty. Jedná se o společnost ne-tradiční, pro kterou jsou nevyřčená pravidla, nedávno zrušené hranice a snadno překročitelné meze typickým rysem. Tělo můžeme mít pod kontrolou a vnímat jej jako ostrov bezpečí a klidu. Proto si člen západní společnosti také hlídá, použiju-li název Zygmunta Baumana: „*hraniční body*", aby měl „*pohraniční styk*" mezi tělem a vnějším světem pod kontrolou[110]. PPP lze v jistém ohledu také chápat jako snahu o vymezení, ohraničení a kontrolu těchto hranic mezi vlastním tělem a vnějším světem[111]. Vyplývá tak další aspekt poukazující na PPP coby specifické onemocnění pro členy současné západní společnosti.

### l. Feminita.

V průběhu 19. století se žena v rámci emancipace postupně vyvazuje z tradiční role matky. Součástí tohoto procesu bylo také přiklánění se ke štíhlosti coby protestu a odvrácení se od tradiční role matky- rodičky s typickými zakulacenými tvary postavy. Tendence ke štíhlejšímu vzhledu byly patrné také na změnách v dámské módě. Na konci 19. století se upouští od kovových obručí v sukních a zeštíhluje se pas. Štíhlá postava byla ze začátku 20. století ve velmi mnoha případech symbolem emancipace a proto žádána a ceněna.[112] Je paradoxem, že se žena tímto vysvlékla z tradičního,

[108] Liechti, 2007. S. 50 a Dietze-Cruse, 2011. S. 21.
[109] Nordin-Bates, 2011. S. 229.
[110] tamtéž S. 123.
[111] tamtéž
[112] Vandereycken, 2003. S. 264.

svazujícího korzetu, ale nevědomě navlékla jiný korzet, srovnatelně svazující a navíc nepřirozený, tedy štíhlost.

Pod vlivem psychoanalýzy byly až do sedmdesátých let[113] PPP vysvětlovány tendencí k popírání ženství a záměrné maskulinizace těl (těl bez křivek) jakožto vzdoru proti vlastním matkám, nebo dokonce jako demonstrace pochybnosti o své sexuální orientací. Ani jedno z těchto vysvětlení nebylo dodnes potvrzeno.[114]

Příčinu větší míry ohrožení PPP u žen je dnes spíše třeba hledat v neslučitelnosti vládnoucího ideálu a biologických daností. Na jedné straně je tlak, odpovídat ideálu štíhlého, dětského-chlapeckého těla. Na druhé straně je však přirozená, geneticky zakódovaná tendence naplnit roli matky[115]. Tyto dva naprosto odlišné póly tak vedou buď k extrémům, tedy že se člověk rozhodne výhradně pro jeden z nich, nebo vedou k jakýmsi, dovolím si napsat, „*paskvilům*". Tímto označením míním model, který prezentují celebrity po celém světě. Během těhotenství se stravují přísně dietně, přibližně v 7. měsíci těhotenství nechávají provést plánovaný císařský řez, aby se vyhnuly posledním měsícům těhotenství, kdy tělo přibývá na váze, ve tkáních se ukládá voda, kůže se napíná, tvoří se strie… Po porodu pak míří jedna z jejich prvních cest k osobnímu trenérovi a dietologovi. Kojení a probdělé noci samozřejmě nepřicházejí v úvahu. K tomu jsou profesionální chůvy a umělá „*kojenecká*" výživa.

#### *1.1.2.2. Exogenní faktory*

Jaké rysy vykazuje prostředí, které je rizikové pro vznik PPP?

- Body image (viz kapitola 1.4.3)
- Alimentární chování.

Impulzem, který stojí u zrodu naprosté většiny případů PPP je dieta nebo jiný typ experimentování s alimentací.[116] Již výše byl zmíněn problém „*me-too-anorexics*", ze kterého lze vyvodit znalosti o PPP jako další faktor zvyšující riziko vzniku PPP.

[113] Cuntz, 2008. S. 56.
[114] Renzetti, 2003. S. 516.
[115] Cuntz, 2008. S. 46.
[116] Hoffmann, 2009. S. 8.

- Sociální prostředí (rodina)[117]

a. Konflikty (konflikty v rodině nebo konflikty s rodinou) [118].

Lidé ohrožení mentální anorexií silně touží po harmonii. Často dochází právě v důsledku nevhodně řešených konfliktů k zesílení nespokojenosti, nešťastnosti a napětí v člověku. Jako nevhodné zacházení s konflikty může být chápáno například velmi bouřlivé řešení konfliktů, ale častěji se lze setkat se zametáním problémů pod koberec, naprostým vyhýbáním se konfliktům nebo také zahrnování třetích osob do konfliktu. Tlaky a emoce, které v konfliktech vyvstávají a nejsou optimálně usměrňovány, bývají pak často ventilovány a „*zpracovávány*" prostřednictvím PPP. Zejména modely „*zametání konfliktů pod koberec*" a „*vyhýbání se konfliktům*" se zrcadlí v modelech chování pozorovaných u pacientů s PPP (nepřiznat ani sobě, že problém existuje; vymlouvat se a vyhýbat se konfrontacím s realitou nebo dialogem…).

b. Emoce.

Rizikovým faktorem pro vznik PPP může být způsob zacházení s emocemi v rodině. Jedná se o modely rodin, kde není obvyklé projevovat nebo jinak tematizovat emoce. Mnohdy také nejsou respektovány potřeby jedince. Ohrožená osoba nemívá dost prostoru na sebevyjádření[119]. Neschopnost rodin řešit konflikty a zacházet s emocemi vede k tomu, že některým rodinným členům nezbývá než tyto konflikty „*vyhladovět*", spolknout a vyzvracet.

V modelu nukleární rodiny, který se v evropské společnosti vyvíjel a etabloval od 17. století, jsou rozděleny role. Role finančního zabezpečení a živitele přísluší muži. Role v domácnosti přísluší vzhledem k biologickým danostem ženě. Ve stále anonymnější občanské společnosti představoval takovýto model nukleární rodiny optimální kompenzaci. V průběhu 19. století se význam a stabilita tohoto modelu proměnila. Na jedné straně vzrůstá význam emočních pout v rodinném systému (zejména mezi mužem a ženou), na druhé straně se ale členové v důsledku velké individualizace od sebe vzájemně distancují.[120]

[117] Dietze-Cruse, 2011. S. 24.
[118] Hoffmann, 2009. S. 9 a Dietze-Cruse, 2011. S. 24
[119] Cremer, 2011. S. 41.
[120] Vandereycken, 2003. S. 232.

c. Nároky, očekávání a výkony.

Problematika přístupu k výkonům v rodině úzce souvisí s výše zmíněným tématem „*emoce*". Čím větší je tlak na splňování očekávání a podávání výkonů, tím více je emoční stránka člověka vytěsňována z života. Vytěsněné a nakumulované emoce jsou pak často ventilovány patologickým alimentárním chováním[121].

V rizikových rodinách se často vyskytuje člen, většinou matka nebo otec, který sám na sebe klade neúměrně vysoké nároky. Tato vlastnost se automaticky přenáší na ostatní členy[122]. Ze stran rodiny tak bývají na ohrožené jedince kladeny neadekvátní nároky. Většinou se jedná o neúměrně vysoké nároky a očekávané perfektní výsledky. Nároky mohou být kladeny v různých oblastech. Z hlediska PPP jsou zvláště rizikové nároky a očekávání rodičů směrem k fyzickému vzhledu, postavě a způsobu oblékání dětí. [123]

Paradoxně ale může být ohrožující i opačný případ (opakované podceňování a nedoceňování ohroženého člena rodiny).

Tyto mechanismy si většina lidí fixuje již v dětství. Příkladem mohou být tresty nebo naopak odměny za známky ve škole, princip „*něco za něco*". Již v dětském věku si jedinec uvědomuje souvislost mezi podaným výkonem a odměnou v podobě uznání. V patologických případech se tento mechanismus přenáší i do emočních vztahů[124]. Vzniká tak přesvědčení, že si jedinec musí pozornost, náklonnost a lásku zasloužit podáváním co nejperfektnějších výkonů.

d. Hranice a meze.

V rodinách pacientů s PPP lze často pozorovat rigidní struktury v rodině. Jedná se například o struktury, kdy jedinci není umožněno mít vlastní názor. Dětem tak není umožněno skutečně dospět. Vztahy v rodině bývají extrémně chladné a odtažité.

Druhým extrémem jsou naopak velmi liberální rodiny, kde jsou hranice a meze velmi měkké a prostupné. Dochází pak k narušování soukromí členů rodiny a jejich identity („*odtud potud jsem to já*").

[121] Dietze-Cruse, 2011. S. 24.
[122] Cremer, 2011. S. 41.
[123] Hoffmann, 2009. S. 17.
[124] Dietze-Cruze, 2011. S. 25

Oba typy rodin neumožňují autonomii jedince. V důsledku výše popsaných mechanismů může mít jedinec potíže poznat a cítit své meze (například meze sytosti) a pravděpodobně právě proto urputně lpět na pravidlech svého stravování (rozlišovat potraviny na zakázané a povolené, vymezovat si přesné hranice, kdy se „*smí jíst*"…).

e. Kontakt s rodinou

Zejména mentální anorexie se ve většině případů projevuje u svobodných žen s úzkým kontaktem k původní rodině[125].

f. Starostlivost

Přílišná starostlivost, zejména ze strany matky, a také s modely sebeobětování jsou dalším exogenním rizikovým faktorem.[126] Tento aspekt bývá spojován s problémy s přechodem do dospělosti. Přílišná péče nenechá jedince dospět. Česká terapeutka, Ludmila Trapková, dokonce vnímá tento aspekt jako klíčový pro PPP: „PPP *je symptomem poruchy separačního procesu z původní rodiny*.[127]"

I v tomto případě je druhý extrém popisovaného mechanismu rovněž rizikovým faktorem. Pocit nedostatku pozornosti a péče, je rovněž častým rysem v rodinách lidí trpících PPP. Jsou popisovány modely rodin, kde například sourozenec jedince s PPP byl výrazně talentovaný, často či vážně nemocný nebo postižený a byla k němu proto směřována pozornost a péče.

U osob, u kterých se rozvinula PPP, byly v dětském věku pozorovány vyhraněné charaktery. Jednalo se buďto o velmi těžko zvládnutelný charakter (silný temperament, tvrdohlavost, boje o moc) nebo se naopak jednalo o děti, které byly výjimečně poslušné.[128]

g. Rodinná tajemství.

Život v prostředí skrývajícím tajemství vyvíjí mechanismy, které při rozvinutí PPP korespondují s jedením o samotě, jedením v tajnosti nebo také zvracením a jiných opatření o samotě.

[125] Cuntz, 2008. S. 63.
[126] Liechti, 2007. S. 52. a Trapp, 2011. S. 21.
[127] Ludmila Trapková, 21.1.2013
[128] Hoffmann, 2009. S. 16.

h. Alimentární chování v rodině.

Každý jedinec absorbuje většinu rysů svého alimentárního chování v rodině, zejména v období raného dětství. Jako rizikové rysy alimentárního chování mohou být považovány následující: [129]

- Nenechávat jíst malé dítě podle toho kdy a jak velký hlad má (například: pedantky lpět na naprosto přesných časech, kdy se jí, a nedovolit dítěti jíst dříve nebo později i když má už hlad nebo jej naopak ještě nemá).
- Nutit dítě při každém jídle sníst vše, co má na talíři, ať už má hlad nebo ne.
- Odměňovat děti za to, že snědli vše, co bylo na talíři.
- Za odměnu (za úspěch, za pomoc v domácnosti…) dávat dětem sladkosti nebo oblíbená jídla.
- *„Zabavovat"* děti jídlem, například když rodiče zrovna nemají čas nebo sílu se dítěti věnovat.
- Rizikové jsou také případy, kdy je při příležitostech, kdy se rodina sejde, například při rodinných oslavách, hlavním středobodem konverzace jídlo.
- U starších dětí se pak ukazuje jako zvláště riskantní nechávat je jíst o samotě (například, když jsou rodiče ještě v práci, nebo je nechávat jíst ve svém pokoji).

- <u>Sociální prostřední (společnost)</u>

a. Sociokulturní faktory.

V každé době existují vzorce jednání, které jsou brány jako *„normální"* a takové, které nikoli. 18. století je tak například považováno za období, kdy dominovala melancholie, v 19. století hysterie a 20. století je století strachů.[130] Filosof Karl Jaspers si všiml a transkulturní psychologie potvrzuje, že určité psychické jevy jsou vázané na specifický region nebo kulturu.[131] Psychické poruchy, které jsou považovány za typické pro západní společnost, jsou hysterie, agorafobie a PPP[132].

[129] Hoffmann, 2009. S. 17.
[130] Vandereycken, 2003. S. 24.
[131] tamtéž S. 24.
[132] tamtéž S. 19.

O PPP se hovořilo a hovoří jako o módním onemocnění mladých žen v moderní západní společnosti na přelomu 19. a 20. století. Jedná se tedy o onemocnění, do kterého prosakuje více sociokulturních specifik a trendů doby a místa než do ostatních onemocnění. Podle autorů Waltera Vandereyckena, Ulricha Cuntze a dalších zdrojů[133] jsou PPP kulturně specifickým fenoménem. Vyskytují se téměř výhradně v západní industriální, resp. postindustriální společnosti.

Zdá se, že PPP jsou kulturně specifickým fenoménem. Vyskytuje se téměř výhradně v západní industriální, resp. postindustriální společnosti[134]. Byl vypozorován nárůst PPP u lidí z odlišných kultur poté, co se přistěhovali do některé ze západních zemí. Cuntz uvádí jako příklad výsledek výzkumu, který dokládá, že mladé Řekyně žijící v Německu trpí PPP mnohem častěji než jejich vrstevnice v domácím prostředí, v Řecku[135]. Podobně se o vlivu západoevropského prostředí vyjadřuje událost, kdy poté, co byla na souostroví Fidži zavedena západní televize, mezi tamějšími enormně vzrostl počet lidí trpících PPP[136].

Které historické události byly směrodatné pro vznik základny těchto úvah? Od kterých momentů se odvozuje rizikovost sociokulturního prostředí? Agrární revoluce, demografická revoluce, průmyslová revoluce a sociálně-politická revoluce nechaly vystoupit vědu a racionalitu do popředí ve všech oblastech života člověka. Velkou roli v tomto posunu sehrál René Descartes, zejména jeho náhled na člověka jako na myslící stroj. Descartes tím nahlíží odděleně na tělo a duši a pokládá tím základy pro označení *„psychosomatický*", který se koncem 19. století etabluje a v současnosti dominuje studiu PPP.

Ve druhé polovině 19. století tedy dochází k výrazným změnám ve vyšší sociální třídě západoevropské a severoamerické společnosti. Viktoriánská doba s sebou přinesla stále se prohlubující propast mezi dvěma extrémy, mezi velmi kultivovanou a vysokou kulturou (nadbytkem) a mezi extrémní

[133] Vandereycken, 2003. S. 17. a Cuntz, 2008. S. 63 a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&catid=4 25.7.2011 22:22
[134] Vandereycken, 2003. S. 17.
[135] Cuntz, 2008. S. 63.
[136] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&catid=4 25.7.2011 22:22

chudobou a bídou (nedostatkem), které ve městech existovaly často těsně vedle sebe.
Od poloviny 19. století se také výrazně mění přístup k sexualitě. Lze předpokládat souvislost mezi (sexuálně atraktivním) ideálem štíhlého ženského těla a sexualitou. [137]

b. Socioekonomické faktory.

PPP se téměř nevyskytují v rozvojových zemích. Jedinou výjimkou, kdy se PPP v rozvojových zemích vyskytují, jsou bohaté horní vrstvy tamější společnosti[138]. PPP se proto zdají být rysem společnosti nadbytku.

c. Intenzita tlaku působícího v bezprostředním okolí jedince

Tlak jako například vysoké nároky, očekávaná kvalita výkonů, rivality, konkurence- porovnávání[139] zvyšuje riziko vzniku PPP, která pak představuje reakci na zmiňovaný tlak z vnějšku.
Navíc se v důsledku vyloučení kortikotropního hormonu z hypofýzy zvýší hladina adrenalinu v krvi, který tlumí pocit hladu. Jak se ale ukázalo na velmi odlišných výsledcích jednolitých výzkumů, nelze dojít k jednoznačným generalizacím, které by vypovídaly, jak se stres projevuje na hlad. Reakce na stres jsou velmi individuální, v alimentárním chování se však odrážejí nejčastěji (buďto tzv.„*stresovým hladověním*" nebo přejídáním…)[140].

- <u>Sociální izolace</u>

Sociální izolace může být jednou z příčin rozvoje PPP, na druhé straně ale může být také důsledkem. Erving Goffman pracoval s pojmem „*civil inatention*", kterým popisuje situaci konkrétního typu sociální izolace specifické pro současnou západní společnost. [141] Izolace může začínat již v raném dětství (omezený kontakt s vrstevníky, časté stěhování, odlišnosti…). Lidé trpící PPP vyhledávají často společnost starších nebo naopak výrazně mladších jedinců. Onemocnění jsou častější u svobodných a bezdětných.

[137] Vandereycken, 2003. S.227-232.
[138] Hoffmann, S. 11.
[139] Dietze-Cruse, 2011. S. 26.
[140] Cuntz, 2008. S. 37-38.
[141] Bauman, 2004. S. 56.

- Profese a aktivity (specifické faktory působící v tanečním prostředí)
- Biografické faktory.

Biografickými faktory zvyšující riziko PPP jsou například: úmrtí, rozvod rodičů, pohlavní zneužívání [142] (30% ambulantně a 50-80% stacionárně léčených bulimiček a bulimiků bylo dříve pohlavně zneužíváno[143]), šikana, nemoc, nešťastná láska, změna bydliště, změna školy nebo zaměstnání. Traumatizující zážitky se projevují na alimentárním chování u naprosté většiny lidí[144] podobným způsobem jako stres.

Lidé trpící PPP (zejména mentální anorexií), se shodují, že prožili:

- Pocit osamění,
- pocit bezvýznamnosti,
- pocit, že na ně nebyl brán ohled,
- nenaplnění touhy po útěše[145].

Jak ukazují předchozí odstavce, jedná se u mnohých rizikových faktorů o vyhraněné, polarizované extrémy. U mnoha skutečností je rizikem právě ta nejkrajnější varianta, největší extrém, situace nacházející se nejdál od zprůměrovaného normálu. Protikladem rizika, tedy z hlediska PPP se jeví jako ne-rizikovost, jako bezpečí průměrnost.

#### *1.1.2.3. Specifické faktory tanečního prostředí*

Podívejme se nyní na závěry této kapitoly z perspektivy tanečního prostředí. Kolik z uvedených rizikových faktorů pro vznik PPP jsou výrazně přítomné v tanečním prostředí, které rysy se často projevují u tanečníků?

Obecné rizikové faktory jsem porovnala s vlivy, které jsou specifické pro taneční prostředí. Jak ukazuje tabulka č. 1, vysoká relevance byla shledána u 56% procent faktorů a dále také velmi pravděpodobná relevance u dalších 9% faktorů. Dalších 35% faktorů je velmi individuálních, riziko tedy nelze generalizovat pro tanečníky.

---

[142] PPP, zvláště mentální anorexie, představuje často reakci na sexuální zneužívání. Jedinec se prostřednictvím omezení příjmu potravy a cílené redukce váhy snaží udržet, nebo získat zpět, dětskou postavu, tedy postavu, která nepůsobí přitažlivě a eroticky. Viz Cremer, 2011. S. 41.
[143] Cuntz, 2008. S. 79.
[144] tamtéž S.37-38, Liechti, 2007. S. 47 a Cremer, 2011. S. 41.
[145] Liechti, 2007. S. 35.

| Faktor | | | Je riziko u tanečníků? |
|---|---|---|---|
| Endogenní faktory | Biologické faktory | Věk | **Ano** |
| | | Pohlaví | **Ano** |
| | | Rasa | |
| | | Genetické dispozice | Možná |
| | | Hypotalamus a hypofýza | |
| | Osobnostní rysy | Perfekcionismus | **Ano** |
| | | Depresivita | Možná |
| | | Psychické poruchy | Možná |
| | | Nízká sebeúcta, sebedůvěra a sebejistota | **Ano** |
| | | Potřeba kontroly | **Ano** |
| | | Orientace na výkon | **Ano** |
| | | Frustrace a nuda (nenaplněnost) | **Ano** |
| | | Polarita temperamentu | **Ano** |
| | | Větší duševní vyzrálost | Možná |
| | | Hranice a meze | **Ano** |
| | | Feminita | **Ano** |
| Exogenní faktory | Body image | | **Ano** |
| | Výživa | | **Ano** |
| | Sociální prostředí-rodina | Konflikty | |
| | | Emoce | **Ano** |
| | | Nároky, očekávání a výkony | **Ano** |
| | | Hranice a meze | |
| | | Kontakt s rodinou | |
| | | Starostlivost | Možná |
| | | Rodinná tajemství | |
| | | Alimentární chování v rodině | |
| | Sociální prostředí-společnost | Sociokulturní faktory | **Ano** |
| | | Socioekonomické faktory | |
| | | Intenzita tlaku | **Ano** |
| | | Sociální izolace | **Ano** |
| | | Profese a aktivity | **Ano** |
| | | Biografické faktory | Možná |

Tabulka č. 1 *„Výskyt rizikových faktorů u tanečníků"*

Pro konkrétní praxi plynou z tabulky č. 1 následující závěry:

Většina aktivních tanečníků spadá do rizikové **věkové kategorie**. Navíc taneční svět již nějakou dobu trpí nedostatkem mužských tanečníků. Zejména mezi žáky tanečních škol je proto většina dívek, které jsou považovány za pohlaví náchylnější ke vzniku PPP. Vzhledem k častému výskytu PPP mezi tanečníky lze očekávat zvýšené riziko výskytu také u dětí z rodin tanečníků (**genetický faktor**). K rizikovým případům mohou patřit také děti rodičů, jejichž *„sny o tanci"* nebyly naplněny pro nedostatek fyzických dispozic, nevhodným proporcím postavy apod. Zde se jedná o

faktor, který by pedagog tance měl velmi pečlivě pozorovat už od prvních okamžiků výuky (např. případy, kdy maminka nebo babička přivedou dítě „*do baletu*" se slovy „*já jsem si vždycky tak přála tancovat, ale*…").

Geneticky podmíněná je i povaha endokrinních pochodů v těle. **Hormony** významně ovlivňují jak fungování tak také vzhled těla a jsou tudíž také významné z hlediska PPP. Pro dospívající tanečníky jsou důležitá zejména endokrinologická témata hormonální antikoncepce a vliv nadměrné fyzické zátěže na hladinu hormonů. Hormonální antikoncepce mimo jiné reguluje také hladinu gestagenu, který snižuje citlivost periferních buněk na inzulin. Hormon inzulin je odpovědný za zpracovávání glukózy. Je-li působení inzulinu gestagenem inhibováno, může se takto narušené hospodaření s cukrem v krevní plazmě projevit také jako přírůstek váhy.

Nadměrná fyzická zátěž u dětí a dospívajících se projevuje na růstové procesy. Zátěž může v těle vyvolat snížení hladiny pohlavních hormonů (zejména testosteronu a estrogenu). Čím vyšší hladina těchto hormonů, tím vyšší mineralizace kostí a tím dříve se uzavřou epifyzární štěrbiny, které umožňují růst kostí do délky. Čím vyšší hladina pohlavních hormonů, tím dříve se růst kostí do délky zastaví, tím kratší končetiny a tím větší svalový tonus. Nadměrná fyzická zátěž může vést ke snížení hladiny pohlavních hormonů, zpomalení tempa a prodloužení doby růstu kostí. To vede k dlouhým končetinám na jedné straně (tedy tvaru těla odpovídajícímu nárokům současných estetických norem), na druhé straně vede nízká hladina pohlavních hormonů také ke snížení mineralizace kostí a tudíž ke zvýšenému riziku osteoporózy.

Mezi osobnostními rysy je dominantní **perfekcionismus** coby vlastnost, která je u tanečníků vyžadována. Bez jisté dávky perfekcionismu nelze dosáhnout virtuozity a není možné obsáhnout detaily jednotlivých tanečních technik. Podobně tomu je s nutností **sebekontroly** coby rysu nezbytného pro tanečníka, zejména chápeme-li tanec jako cestu k absolutní kontrole nad vlastním tělem a pohybem. Sebekontrolu je nutné školit, u tanečníků více než u jiných profesí.

Hlavním článkem výuky taneční techniky je osvojení si sebekontroly, kontroly nad sebou, nad svým tělem. Čím vyšší technická úroveň, tím virtuóznější ovládání vlastního těla a vlastních pohybů, a tím také vyšší riziko vzniku PPP, zejména vyskytuje-li se v kombinaci s jinými rizikovými faktory.

U jedinců, u kterých je takto zvýšené riziko vzniku PPP, by proto v tanečním tréninku význam sebekontroly neměl být příliš zdůrazňován. V této situaci je například užitečné připomenout rizikovému studentovi, že *„zóna zvýšené sebekontroly*" má své meze a že existují i jiné sféry života, ve kterých si člověk bez špatného svědomí může dovolit se nekontrolovat. V tomto ohledu mohou pomoct redukovat riziko dalšího rozvoje PPP například metody, které nejsou založené na exaktní technice využívající pohyb intuitivně a kreativně (některé metody improvizace).

Riziko plynoucí z faktoru ***„psychické poruchy"*** nelze pro tanečníky generalizovat. Je ale třeba mít tento faktor na vědomí a všímat si odchylných rysů chování (například: absence radosti, strachy, úzkostlivá čistotnost, přehnané lpění na pořádku a nepřirozená pečlivost…). **Emoce** a přílišná emotivita jsou také brány jako rizikový faktor pro vznik PPP. Tanečník se s emocemi vypořádává jednak v osobním životě, ale zároveň podobně jako jiných typů umění jsou emoce také velmi významnou součástí jeho profese. Právě proto, že tanečníci jsou ve větší míře vystaveni vlivu silných emocí, mohou se u jedinců s dispozicemi pro psychické poruch tyto projevit- například jako PPP nebo deprese[146].

**Nízká sebeúcta, nejistota, nízká sebedůvěra a sebejistota** jsou rovněž faktorem, který je v tanečním prostředí, zejména v konzervatorním, velmi často posilován. Pro redukci rizika v této oblasti by bylo vhodné, aby pedagog provedl revizi svého vyjadřování a v něm zahrnutého přístupu ke studentům (například si položit otázky: Za co si mohu studenta nevážit, resp. *„nemohu vážit*"? Za co si mohu studenta vážit? Vážím si studenta/ studentů? Jak jim to mohu vhodně dávat najevo? K čemu vede nebo může vést situace, kdy si studenta nevážím?) (viz příloha č. 10).

V profesionální sféře se tanečník nebo pedagog neobejde bez toho, aniž by na taneční projev nahlížel jako na ***„výkon***" a aniž by si uvědomoval význam kvality výkonu v souvislosti s kariérní dráhou a existenčním zajištěním. I zde by bylo vhodné mít jasně stanovené priority a přistupovat v rámci možností k rozlišení profesního a osobního se zdravým nadhledem. Míra, až kam si tanečník dovolí zajít pro dokonalý výkon, se liší od tanečníka k tanečníkovi. Například sólistka souboru baletu Mariinského divadla v

[146] Deprese mohou být v některých případech vyvolány také nevhodnou stravou- viz kapitola 1.5

Petrohradě, Sofia Gumerova, odmítá lékařský dohled. Je toho názoru, že *„je lepší nevědět. Jen málokdy je v těle tanečnice vše v pořádku. Když člověk začne zdravotní problémy hledat, bude je donekonečna nacházet*."[147]

K významu výkonu a výkonnosti tanečníka přispěla v uplynulých staletích nemalou mírou konkurence mezi italským a francouzským tanečním prostředím. Zejména v závěru 19. století zastiňoval důraz na výkon jiné aspekty tance a tím se spolupodílel na vzniku proudu v tanečním umění, které *„výkon*" jako hodnotu svrhlo z trůnu a nahradilo ji jinými hodnotami (například proud iniciovaný činností Isadory Duncan). *„Druhá polovina 19. století ještě více podtrhla kult osobního výkonu. Vše se začalo točit kolem žen-sólistek… V první polovině století je žena duší baletu, nyní se stává jeho atrakcí*."[148]

**Duševní vyzrálost** jako další z rizikových faktorů je rys, který lze pozorovat například u mladých tanečníků, kteří se velmi brzy musejí osamostatnit od rodiny (od 11 let bydlet na internátě a jezdit domů pouze na víkendy nebo kvůli angažmá žít v zahraničí a rodinu vídat jen několikrát do roka).

**Výjimečnost a vyhraněnost charakteru** je u tanečníků, stejně jako u jiných lidí, kteří se rozhodnou věnovat se profesionálně umění, častým jevem. Mezi tanečníky tak lze pozorovat introvertní charaktery, náchylné k mentální anorexii, nebo extroverty, u kterých se častěji vyskytuje mentální bulimie.

Lidé náchylní ke vzniku PPP velmi striktně vnímají **hranice, meze**. Buďto je úzkostlivě a nekompromisně dodržují nebo se je snaží překonávat a nemilosrdně bořit. Tanec je ze své podstaty činnost, která člověku na jedné straně ukazuje jeho hranice a meze. Zároveň zde ale na druhé straně člověk může (někdy musí) své meze překonávat (pokračovat i přes energetickou mez- tedy přes únavu, zlepšovat a vyvíjet se a tím překonávat své vlastní hranice a omezení…). Od dob Ludvíka XIV. je tanec známkou výjimečnosti[149].

Na tento aspekt navazuje problematika **sebevědomí**. Sebevědomí ve smyslu vědomí sebe sama, uvědomování si *„kdo jsem*", vlastní identity. Jedinec se často dere za stanoveným cílem (například: *„být jako*…") až ztratí pojem o tom, kdo je on sám. Mezi typickými rysy lidí s PPP (zejména u

[147] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:19
[148] Kazárová In: Janeček, 1998. S. 19.
[149] tamtéž S. 11.

mentální anorexie) je, podle předního českého odborníka na PPP PhDr. Františka Krcha, uváděna přílišná obětavost, neschopnost vytyčit si své vlastní hranice („*odtud potud*") a nechávají se využívat ostatními, nechtějí způsobovat žádné problémy a obracejí agresi proti sobě.

V podobném smyslu se na psychiku jedince a náchylnost k PPP projevuje i skutečnost, o které vypovídá výrok umělecké vedoucí anglického národního baletu Tamary Rojo: *„Když je člověk členem souboru, často ztratí pojem o realitě. Jde do extrémů, aby na sebe upoutal pozornost, aby zaujal*.[150]"

Dalším rizikovým faktorem je **feminita**. Diskrepance mezi ideální postavou tanečnice a postavou ženy vzrostla během uplynulých dvou set let do velmi nezdravých dimenzí (viz také kapitoly 1.1.2.2 a 1.4). Žena v období romantismu *„přestává být pouhým svůdným doplňkem muže na jevišti*." Hovoří se o *„taglionizování*"nového aspektu ženy- éterické tanečnice. [151] Mladé tanečnice se dnes vypořádávají s velmi obtížným úkolem: najít svůj individuální obraz ženy- tanečnice. Při řešení tohoto úkolu jsou vystaveny dvěma diametrálně odlišným směrům tlaku: tlaku přirozené tendence k ženským tvarům a navýšení hmotnosti během puberty na jedné a tlaku odpovídat ideálu štíhlé ženy- tanečnice na druhé straně. V rozhovorech s mladými tanečnicemi ani v jejich vyjádřeních prostřednictvím dotazníků jsem nenašla zmínku o tom, že by mladé tanečnice měly k dispozici někoho, kdo jim s touto velmi těžkou úlohou pomůže. Jedním z nejvlivnějších faktorů se zde ukazuje být pedagožka, kterou mladé dívky mají denně před očima.

S výše popsaným problémem týkajícím se feminity souvisí také téma **body image**. Jedná se o velmi komplexní problematiku vnímání těla- jednak přirozeného, subjektivního vnímání vlastního těla, a jednak vnímání těla jako objektu. Tanec nutí vnímat a hodnotit tělo intenzivněji než jiné profese a aktivity, z čehož plyne zvýšené riziko PPP. Problematika body image bude blíže popsána v kapitole 1.4.3. Tělesné proporce a dispozice jsou velmi často hlavním kritériem posuzování a hodnocení tanečníka a to jak ze strany vedení (pedagogů, zaměstnavatele), tak také ze strany spolužáků a kolegů, případně i publika. [152]

[150] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 22:38
[151] Kazárová In: Janeček, 1998. S. 17.
[152] http://interactblogs.wordpress.com/2012/10/02/interview-mariafrancesca-garritano-my-good-fight-deserves-to-be-fought/ 26.1. 2013 23:15

Dalším z exogenních faktorů, který byl shledán rizikovým, je **alimentární chování** (viz kapitola 1.5).

Z exogenních faktorů jsou pro tanečníky rizikovými také faktory **sociokulturní**. Tanec (klasický tanec, moderní a současný tanec a také lidový tanec) je produktem sociokulturního prostředí novověké Evropy a jsou v něm implicitně obsažené hodnoty společnosti. Pro tanečníky tedy neplyne riziko pouze z prostředí, ve kterém žijí (městské prostředí, média…), ale navíc také ze specifik samotného tance, a to zejména z následujících faktorů:

- Populace tanečního světa představuje silně hierarchizovanou společnost. Jednotlivé skupiny jsou vůči sobě vymezeny. Kritéria hierarchie jsou dané buďto institucemi (rozlišení na základě absolvované školy nebo uměleckého tělesa, jehož členem tanečník je) nebo zaměřením na taneční techniku, styl apod. Tento aspekt prohlubuje situaci **sociální izolace** u tanečníků a tím tanečnímu prostředí přidává působnost dalšího rizikového faktoru pro vznik PPP.
- Existuje pevně daný a přesně definovaný kánon taneční techniky (pozic, póz a kroků), ke kterému je třeba mířit. Kánon taneční techniky západní společnosti se v základech opírá o taneční projevy antiky, jejich znovuzrození prostřednictvím působení renesance a systematizace v době baroka. Tělo bylo geometrizováno a takto geometrizované tělo *„zapracováno*" do systému taneční techniky.
- Západní společnosti dominuje typ tance *„pro podívanou*", kde hraje významnou roli publikum. Tanečníci jsou pak publikem hodnoceni podle jejich *„jevištního výkonu, což je srostlina technických, tj. anatomických a estetických, tj. optických, zákonitostí*." [153] Těmto kategoriím je pak přikládána odpovídající hodnota.
    - Oba výše zmiňované faktory v průběhu dějinného vývoje kontinuálně zvyšovaly nároky na tanečníka (technika, dispozice, zjev, osobnost…). Vědomé regulování příjmu potravy s cílem optimalizovat faktory, které se podílejí na úspěchu tanečníka, tedy redukovat váhu s cílem dosáhnout štíhlé postavy a dalších (zdánlivých) výhod (pro taneční techniku, scénický zjev…) lze v tomto případě nazvat dopingem.

[153] Kazárová In Janeček, 1998. S. 7.

Další exogenní rizikový faktor představuje **tlak a stres**, kterým okolí působí na jedince. Německá odbornice na PPP[154] tento faktor uvádí jako jeden z hlavních faktorů rizika vzniku PPP u tanečníků. Zdroje tlaku jsou individuální, ale právě u tanečníků se často jedná o tlak způsobený například konkurenčním bojem mezi spolužáky či kolegy, narůstající nároky na podávané výkony, na neustále se vyvíjející techniku nebo strachem o angažmá či o zdraví.

Tanec je profese, činnost, která zasahuje naprosto do všech sfér života jedince. Možnosti pro kontakty s lidmi mimo taneční svět se tak stávají omezenými. Sociální izolaci u tanečníků lze rovněž pozorovat v případě *„dříčů*", extrémních perfekcionistů, kteří například tráví čas tréninkem nad rámec osnov místo společných volnočasových aktivit se spolužáky nebo kolegy. Sociální izolace je u tanečníků také umocňována v důsledku toho, že společnost tanečního světa je silně hierarchizována. Právě tato těžko prostupná síť je dalším zdroje sociální izolace a dalším rizikovým faktorem pro vznik PPP.

Skutečnost, že taneční profese patří sama o sobě k rizikovým faktorům pro vznik PPP, je blíže popsána v kapitole 1.2.

**Biografické faktory**, ve kterých může být zakotveno riziko PPP, byly definovány výše. Ve vztahu k tanci lze zmínit konkrétní aspekt života tanečníka: pocit osamění (např. odloučení od rodiny kvůli vzdálenosti školy, pocit bezvýznamnosti předávaný stylem komunikace pedagogů, a další faktory…).

### 1.1.3. Typy PPP

V následujících kapitolách budou blíže popsány jednotlivé typy PPP rozsah, určující počet případů poruch. V textu budu používat rozlišení typů PPP vypracované na základě kompilace dostupných, publikovaných systémů, se kterými pracují současní odborníci, v první řadě WHO[155]. Typy PPP lze rozlišit na klasické a latentní PPP podrobnější rozlišení klasických PPP jsem shrnula do níže uvedeného schématu č. 1:

[154] Alexandra Hölzlein, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
[155] http://www.icd-code.de/icd/code/F50.0.html 18.1.2013 23:39

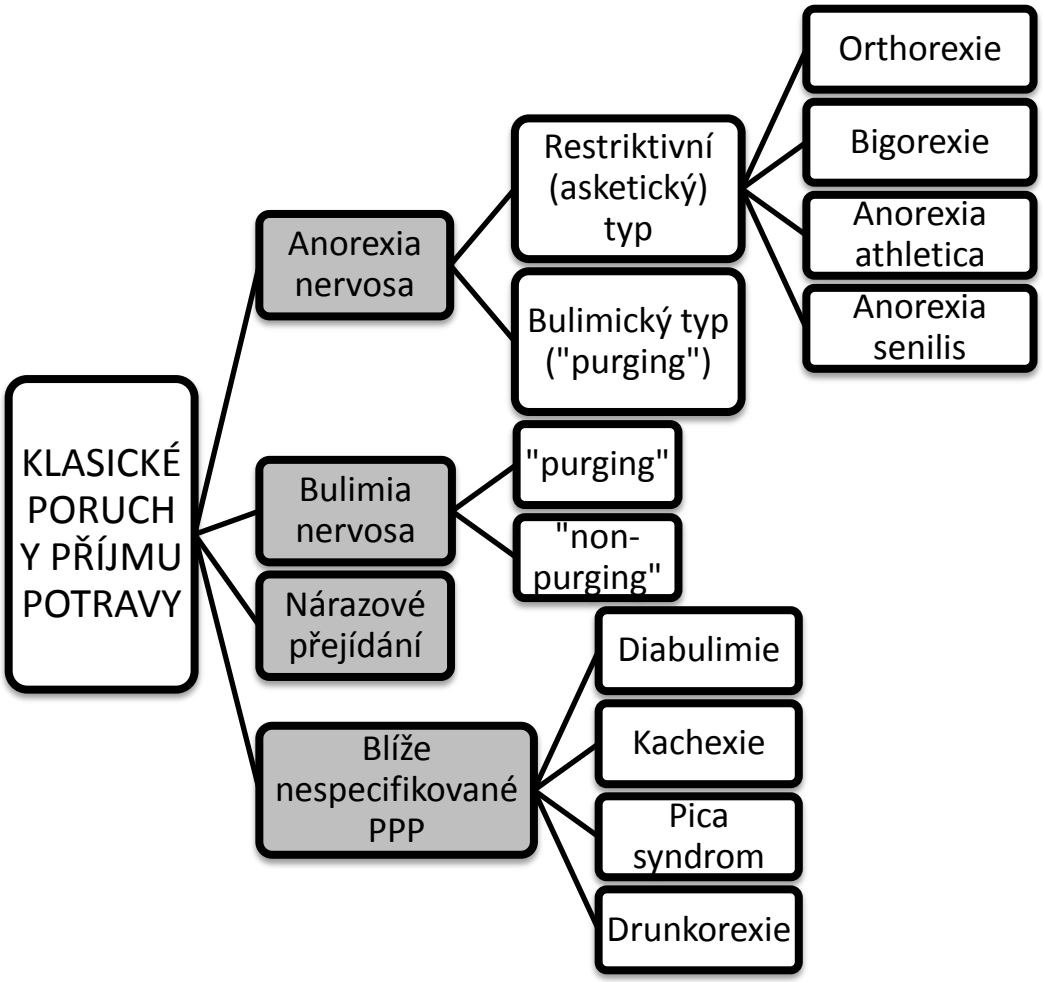



Schéma č. 1 *„Typy PPP"*[156]

Charakteristické rysy jednotlivých typů PPP jsou uvedeny v přehledu v příloze č. 2 a bližší popis v následujících kapitolách.

Na základě výzkumů došla odborná veřejnost k závěru, že oficiální čísla počtu onemocnění představují pouze špičku ledovce. U všech typů PPP se setkáváme s charakteristickým zapíráním a skrýváním nemoci.[157] Odbornou pomoc vyhledává údajně pouze desetina případů a navíc až v pokročilých stádiích onemocnění, kdy jsou vyhlídky na úspěch léčby velmi nízké. [158]

#### *1.1.3.1. Latentní PPP*

(někdy také označovány *„fáze bezprostředně předcházející PPP"*)

[156] Viz www.icd-code.de, Dietze-Cruse, 2011. a Trapp, 2011.
[157] Vandereycken, 2003. S. 14.
[158] http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:09

Postatu latentních PPP vystihuje jejich méně často využívaný název *„subklinické poruchy příjmu potravy"*. O latentních PPP se hovoří v případech, kdy PPP ještě nepropukla zcela, kdy lze pozorovat pouze určité varovné signály poukazující na předpoklady pro vznik PPP, ale patologické somatické symptomy ještě pozorovat nelze. I při latentních PPP by však měla být vyhledána pomoc odborníka.[159]

Očekává se, že se latentní PPP vyskytují u každého třetího ve věku 12-20let.[160] Výsledky jiného výzkumu hovoří o symptomech latentních PPP u 35% všech dívek, u 14% dívek již rozvinuté stádium latentních PPP[161]

Mnozí lidé vykazují v alimentárním chování odchylky od normálu. Často se jedná pouze o přechodnou fázi, tedy nikoli o PPP ve vlastním slova smyslu. Vyskytují-li se současně ještě další rizikové faktory pro vznik PPP, rapidně se zvyšuje pravděpodobnost, že se odchylka od normálu rozvine v PPP. Hranice mezi latentní PPP a *„skutečnou"* PPP je velmi křehká.

Typické rysy osobnosti se u lidí náchylných k latentním PPP z velké části překrývají s rysy poukazujícími na náchylnost k PPP obecně.

Konkrétní kritéria, která definují latentní PPP, jsou následující:

- Význam přičítaný tělesné hmotnosti (zaobírání se tělesnou hmotností, obezofobie[162]),
- nedůvěra ve vlastní potřeby a signály těla, neschopnost zacházet s pocity hladu a sytosti[163] a vychutnat si jídlo,
- racionalizace stravování:
    - rozlišování potravin na *„povolené- bezpečné"* a *„zakázané-nebezpečné"* (stanovení *„bezpečných"* potravin například kategorií: nízkokalorické, nízkotučné, *light*, *low carb*, bio, produkty označené *fit* nebo *fitness*),
    - řídit se ve stravování dietologickými pseudopravdami (například radami kamarádek, známých, tím, *„co někde zaslechli"*, tedy vědecky nepodloženými dietologickými tvrzeními),
    - počítání kalorií,

[159] http://www.bleibfit.at/latente_ess_stoerungen.phtml 22.12.2011 7:59
[160] Baeck, 2010. S. 16.
[161] Hoffmann, 2009. S. 7.
[162] Obezofobie= strach z přibrání na váze a/nebo z tloušťky a nadváhy. BM
[163] http://www.bleibfit.at/latente_ess_stoerungen.phtml 22.12.2011 7:59

- nepravidelné stravování (oscilace mezi krátkodobým hladověním, držením diet a konzumací velkých porcí jídla),
- „*vyprazdňovací mechanismy*" (viz kapitola 1.1.3.3) ale nikoli tak často a v takovém rozsahu jako při diagnóze bulimia nervosa (například: záměrné zvracení po jídle méně často než 2x týdně).

Ačkoli z této oblasti nebyly zveřejněné výsledky žádného výzkumu, který by se zabýval studiem výskytu latentních PPP u tanečníků, lze předpokládat velmi vysoké procento jejich výskytu.

#### *1.1.3.2. Anorexia nervosa*

Anorexia nervosa (diagnóza ICD s kódem F50.0 neboli „*mentální anorexie*") je nejnebezpečnější formou klasických PPP. Anorexia nervosa představuje nejčastější příčinu smrti pro ženy ve věku 15 až 24 let[164]. 15-20% lidí trpících některou z forem mentální anorexie zemře na následky této poruchy[165].

Anorexie patří k méně častým PPP [166], ale počet onemocnění v posledních desetiletích stoupá a očekává se, že nadále stoupat bude[167].

Mentální anorexií trpí (podle výzkumů univerzity v německém Ulmu) 0,5%- 1% všech žen ve věku od 11 do 20[168] resp. 25[169] let, v USA údajně až 15% dívek a žen ve věku mezi deseti a třiceti lety [170]. Podle informací Deutsches Institut für Erfahrungsmedizin und Diätetik[171] (D.I.E.T.) v Cáchách trpí v Německu 100 000 mladých žen mentální anorexií a 600 000 mentální bulimií.[172]

Případy bývají nejčastěji diagnostikovány mezi 12. a 20. rokem života (polovina případů ve 20 letech). V poslední době dokonce přibývá případů,

---

[164] Liechti, 2007. S. 47.
[165] tamtéž S. 52.
[166] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 23:25
[167] Trapp, 2011. S. 14.
[168] Dietze-Cruse, 2011. S. 12.
[169] Cremer, 2011. S. 17.
[170] Matsumoto, 2010. S. 33.ahttp://www.hungrig-online.de/cms/index.php/lehrer/informationen/43-informationen-und-uebersicht 13.1.2013 22:54
[171] „*Deutsches Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik*"= německý institut výživy a dietetiky. Překl. BM
[172] http://www.hungrig-online.de/cms/index.php/lehrer/informationen/43-informationen-und-uebersicht 13.1.2013 22:50

kdy je mentální anorexie diagnostikována u desetiletých a dokonce i u dětí mladších deseti let. Nejzávažnější stavy nastávají ve většině případů mezi 14 a 16. rokem života,[173] tedy v období puberty, období významných tělesných změn (tělesné proporce, hmotnost). S probíhajícími somatickými změnami je třeba se vyrovnat, smířit a akceptovat je. Problémy s tímto procesem velmi často ústí v narušená body image, jeden z předních faktorů pro vznik PPP.

Anorexia nervosa byla definována ze všech PPP nejdříve. Během uplynulého staletí navíc vyčlenily tzv. podkategorie mentální anorexie. Mezi tyto zvláštní formy onemocnění anorexia nervosa patří následující:

- Forma restriktivní- asketická[174],
- bulimická forma („*purging*"),
- anorexia senilis,
- anorexia athletica,
- bigorexie,
- orthorexie.

Pro přiblížení podstaty mentální anorexie se nyní zamřením na etymologii pojmu „*anorexia nervosa*".

Poprvé se objevuje v pseudoplatónském spisu z prvního století po Kristu.[175] Původ slova je odvozován od řeckého „*orexis*", které je překládáno „*žádost*"[176] a negativní předpony „*an-*", tedy nedostatek žádosti nebo také nedostatek snaživosti. [177] Latinský ekvivalent řeckého anorexia by byl „*inapetentia*[178]". Psychosomatické onemocnění anorexia nervosa je tedy stav „*bez žádosti*"? Podle etymologické analýzy slova ano. To by dále znamenalo, že člověk trpící mentální anorexií nic nežádá, nežádá jídlo, nežádá teplo, nemá potřebu sexuální aktivity a také další potřeby jsou utlumené nebo absentují.

Člověk, který trpí mentální anorexií, téměř nejí ve společnosti. Navenek se prezentuje, že nemá hlad, mnohdy o tom přesvědčí i sám sebe.

---

[173] Hölling, 2007. S. 794. a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:38 a Baeck, 2010. S. 6.
[174] Dietze-Cruse, 2011. S. 12 a 19.
[175] Vandereycken, 2003. S. 149.
[176] Benyovszky, 1998.
[177] Hartl, 2009. S. 45.
[178] Vandereycken, 2003. S. 149.

Ale na druhé straně člověk, který trpí mentální anorexií, má velmi vysoké cíle, chce jich za každou cenu dosáhnout a to co nejperfektněji. Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole: perfekcionismus a velký význam výkonu a jeho kvality jsou jedněmi ze základních rizikových faktorů a symptomů PPP.

Zde se ukazuje, že označení „*anorexia*" bylo odvozeno pouze na základě pozorování vnějších symptomů. Označení se objevuje v medicínské literatuře od začátku 18. století. Tehdy vzniklo několik disertací, které nesly název *„De Anorexia*"[179]. V průběhu více než sta let studia mentální anorexie se přístup k onemocnění, a všeobecně k PPP, změnil. Významnou změnou byl zejména vznik pojmu *„psychosomatické onemocnění*". Kromě somatických symptomů začíná být zohledňována i psychická dimenze problému, tedy to, co se odehrává *„uvnitř*" pacienta, v jeho mysli a emocích. V současné době je během léčby možné odhalit více, než pouze zdánlivou, navenek pozorovanou absenci žádosti. Psychologické faktory onemocnění jsou zahrnuty i v přívlastku *„nervosa*", který je používán od konce 19. století. Právě díky pokroku, který studium PPP udělalo díky psychologii, se v současnosti ví více o jádru PPP. Současní odborníci mentální anorexii již nevidí *„pouhou*" absenci žádosti. V současné době je proto název *„anorexia*" nepřesný a nevýstižný.

Kromě pojmu *„anorexia nervosa*" jsou v současnosti používány i jiné názvy. Němčina používá pro onemocnění anorexia nervosa pojem: *„Magersucht*"[180]. *„Magersucht*" označuje neovladatelnou žádost po štíhlosti. Jak bude přiblíženo v následujících kapitolách, onemocnění anorexia nervosa nelze redukovat na mechanismus dychtění po štíhlosti. Janina Trapp ve své práci navrhuje vhodnější označení: *„Hungersucht*"[181], tedy neovladatelná žádost, potřeba hladu, závislost na pocitu hladu. Při pohledu na pochody, které se při mentální anorexii odehrávají v psychice nemocného, se zdá označení *„závislost na pocitu hladu*" vhodnější než *„Magersucht*" nebo *„anorexia*". Jak bude rovněž blíže popsáno v dalších kapitolách, v současnosti se odborníci shodují, že v případě PPP se jedná o velmi komplexní celek interagujících faktorů, který navíc v každém jednotlivém případě funguje odlišně. Proto lze každému dosud existujícímu označení vytknout určité

[179] Vandereycken, 2003. S.151.
[180] Magersucht= *„mager*"= hubený, štíhlý; *„Sucht*"= neovladatelná a nekontrolovatelná žádost, závislost.
[181] Trapp, 2011. S. 5. Hunger= *„hlad*"

nepřesnosti. Dosud nenapadnutelným se ukazuje (pouze) obecný pojem *„porucha příjmu potravy"*.

Kromě příznaků vyskytujících se u lidí majících tendenci k PPP a příznaků uvedeným v kapitole 1.1.3 jako obecné příznaky PPP, jsou jako specifické *„absolutní"* symptomy onemocnění anorexia nervosa chápány následující[182]:

1) Podváha.

BMI je nižší než 17,5, tedy výrazná podváha. Pokles váhy se v jednotlivých případech liší. Může se jednat i o pokles váhy o 6kg za několik týdnů.[183]

2) Podváha je důsledkem vědomé restrikce potravy, příčinou není somatické onemocnění.

Relativní somatické a psychické symptomy mentální anorexie, tedy takové, které se nemusejí vyskytovat ve všech případech, jsou následující:

a. kosti[184]

- Organismus není zásoben dostatkem vitaminu D a vápníkem. Navíc zvracením, užíváním diuretik či laxativ tělo ztrácí vápník. Situace hypovitaminózy bývá navíc vážnější důsledkem skutečnosti, že většina vápníku se v těle, v kostech, ukládá v období puberty, maximálně do 25 let. Jedná se o období, kdy bývá průběh PPP nejdramatičtější a nedostatek vápníku a vitaminu D v potravě nejvážnější. Časté zlomeniny, zejména u sportovců únavové zlomeniny, jsou důsledkem postupující demineralizace kostí a osteoporózy. Současné výzkumy došly k závěru, že předcházet osteoporóze prostřednictvím potravinových doplňků obsahujících vápník a vitamin D nelze doporučovat. Jediná vhodná prevence osteoporózy je u lidí s podváhou rychlý návrat k *„normální"* tělesné hmotnosti.

[182] http://www.icd-code.de/icd/code/F50.0.html 18.1.2013 23:39
[183] Cremer, 2011. S. 26.
[184] Cremer, 2011. S. 44., http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42, Cuntz, 2008. S. 68., Hoffmann, 2009. S. 51. a Liechti, 2007. S. 122.

- Jak osteopenie tak osteoporóza jsou způsobené nedostatkem hormonu estrogenu. Nízká hladina estrogenu v mladém věku navíc zvyšuje riziko arteriosklerózy.
- Předpokládá se souvislost mezi výskytem osteoporózy a depresivity při onemocnění anorexia nervosa.

b. vlasy, kůže, nehty

- Suchá a někdy i nažloutlá kůže, celkově špatný stav kůže,
- dekubity, nejčastěji na hýždích[185],
- petechie[186],
- vypadávání vlasů a lámavost nehtů, která se však projeví po určité době v důsledku dlouhodobého nedostatku živin.

c. srdce a oběhová soustava[187]

- Bradykardie je důsledkem změny srdečního rytmu a projevem toho, že organismus funguje v *„úsporném režimu*", tedy omezuje své funkce na minimum.
- Hypotonie a v jejím důsledku se dostavují závratě a pocity malátnosti.
- Důsledkem špatné činnosti oběhové soustavy se tvoří edémy, i v životně důležitých orgánech. Edémy v mozku nebo srdci mohou být smrtelné!
- Nedostatek tukové tkáně má za následek hypotermii. Teplota se snižuje (prostřednictvím činnosti štítné žlázy) až na 35° (*„úsporný režim těla*"). Pozorovatelným symptomem hypotermie je akrocyanóza (namodralé rty, prsty na nohou a rukou). Přílišnému prochladnutí se tělo brání vznikem jemného ochlupení/chmýří, lanugo, po těle.

d. krevní obraz[188]

- Anémie,
- nedostatek erytrocytů,

[185] Dekubity= proleženiny. Srovnej: Liechti 2007. Kapitola *„Erscheinungsbild und Diagnostik*"
[186] Petechie= Krvácení pod kůží, které se projevuje jako malé červené tečky v povrchových vrstvách kůže.
[187] Cuntz, 2008. S. 81., Cremer, 2011. S. 43. a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[188] Fichter, 2012. S. 1.

- nedostatek trombocytů,
- nedostatek bílkovin v krvi snižuje obranyschopnost a bývá zdrojem velkého ohrožení infekcemi (jedna z častých příčin smrti u pacientů s mentální anorexií jsou infekce, často infekce, kterým by se organismus s normální váhou ubránil- viz kapitola).
- Hladina cholesterolu stoupá, protože tělo ve stavu podvýživy aktivuje tukové rezervy.
- V důsledku snížené glykémie nedostává Mozek dostatek potřebného paliva, glukózy, a tím jsou poznamenány mentální funkce, například koordinace a schopnost koncentrace.
- Vzhledem ke zpomalenému metabolismu a fungování trávícího systému se může v krvi hromadit bilirubin, kyselina močová, močovina nebo kreatinin. U podvyživených lidí ukazují krevní testy často zvýšené hodnoty jaterních enzymů a amylázy (enzymu slinivky břišní). Stává se, že tyto hodnoty v krevním obrazu jsou mnohdy mylně interpretovány jako symptomy pankreatitidy nebo hepatitidy. V extrémních případech mohou být toxiny v krvi i příčinou smrti.

e. trávicí soustava[189]

- Typickým projevem mentální anorexie je zácpa a nadýmání.
- Organismus si bere živiny (bílkoviny) z vlastních zdrojů. Dochází k natrávení vlastní svalové hmoty (úbytku svalové hmoty) a narušení metabolismu bílkovin. V místech, kde došlo k natrávení vlastní svalové hmoty se tvoří edémy.

f. ledviny[190]

- Poškození ledvin a narušení jejich funkce ledvin je důsledkem dehydratace při užívání diuretik, projímadel či zvracení a přetížení ledvin vlivem poruchy metabolismu bílkovin.
- Oteklé klouby, nepřiměřená žízeň a močení. Pacienti pijí buďto příliš málo (strach ze zvýšení váhy a pocitu *„oteklosti*"), nebo naopak příliš mnoho tekutin (zahnání hladu).

[189] Dietze-Cruse, 2011. S. 14.
[190] Liechti, 2007. S. 122. a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42

g. elektrolytická disbalance

(viz kapitola 1.1.3.3 bulimia nervosa)

h. endokrinní žlázy

- U podvyživených lidí se projevuje omezené vylučování pohlavních hormonů. Luteinizační hormon (LH) a folikuly stimulující hormon (FSH) jsou hypofýzou vylučovány v mnohem menší míře a tudíž i pohlavní hormony estrogeny a gestageny jsou v důsledku nedostatku LH a FSH zastoupeny nedostatečně. Mechanismus vylučování těchto hormonů je obdobný jako u dítěte a tento aspekt se odráží i v psychice pacienta.
- Zejména u dívek se subtilnější tělesnou konstitucí, tedy somatotypem žádaným u estetických sportů, se projevuje primární amenorea [191] (menarche po 16. narozeninách). Odborníci počítají s opožděním menarche o 5 měsíců za každý rok tréninku před nástupem puberty[192].
- Důsledkem sekundární amenorey (3x po sobě vynechaná menstruace) stoupá riziko demineralizace kostí, osteoporózy a tedy riziko fraktur. Již po šesti měsících amenorey je doporučováno aplikovat substituenty zabraňující osteoporóze. Výběr substituentu (například estrogenů) je však spojen s komplikacemi, protože s sebou často nese vedlejší účinky v podobě ukládání tuků, nárůstu tělesné hmotnosti a vyvinutí se dívčí postavy v ženskou[193].
- Důsledkem toho dochází k narušení hladiny růstového hormonu a také kortizolu (hormonu regulující stres a vzrušivost).[194]
- Další faktory spojené s endokrinními žlázami se odehrávají na úrovni hypotalamu a hypofýzy. Podváha znamená, že tělo mobilizuje energetické rezervy pro přežití a ostatní funkce těla jsou utlumeny. Tyto pochody jsou řízené hypotalamem a hypofýzou (stoupá hladina kortizolu, naopak klesá hladina hormonů štítné žlázy).

[191] Pohlavní hormon estrogen se tvoří v tukových tkáních. Když je tukové tkáně v těle ženy nedostatek (méně než 21%), jako tomu často bývá u tanečnic, bývá důsledkem amenorea. (Koutedakis, 1996. S. 77)
[192] Classing, Marx, 1998.
[193] tamtéž
[194] Wanke, 2007. S. 1.

- Štítná žláza je aktivátor většiny tělesných pochodů. Její snížená funkce tak snižuje aktivitu organismu na minimum, *„organismus funguje v úsporném režimu*“[195].
- U lidí s akutní podváhou se vyskytují zvýšené hladiny hormonů (konkrétně CRH, neuropeptid Y a vasopresin). Hladiny hormonů regulující vnímání bolesti (beta-endorfin a oxytocin) jsou naopak snížené. Po opětovném dosažení *„normální*“ tělesné hmotnosti se ve většině případů hladiny těchto hormonů upravují, normalizují[196].

i. mozek

- Mozková tkáň při podváze atrofuje a způsobuje změny osobnosti.[197] Výzkum Ruhr-Universität v Bochum ukázal, že u pacientek trpících mentální anorexií lze pozorovat výrazný úbytek šedých mozkových buněk v mozkovém centru odpovědném za vnímání tvarů těla.[198] Prostor po atrofovaných buňkách v mozku je zaplňován zvětšujícími se mozkovými komorami, které jsou vyplněny mozkomíšním mokem.
- Kromě mozkových center sytosti a hladu v hypotalamu se na vnímání restrikce jídla podílí také neurotransmiter serotonin. Serotonin je zodpovědný za regulaci nálady. Po konzumaci potravin bohatých na cukry nebo tuky stoupá hladina serotoninu v těle, člověku se zlepší nálada. Výzkumy ukázaly, že ale paradoxně i při hladovění hladina serotoninu zpočátku (v krátkodobém časovém horizontu) stoupá a serotonin navíc v těle zůstává déle. Tento stav, s vysokou hladinou serotoninu, se může podobat i požití drog. Člověk nepociťuje hlad a je také utlumeno vnímání bolesti.[199] Navíc ještě hladina serotoninu stoupá při fyzické aktivitě. V případě omezuje-li se tanečník v jídle je tedy hladina serotoninu zvýšena (pocit hladu a vnímání bolesti sníženo) zaprvé v důsledku hladovění a k tomu ještě zadruhé v důsledku fyzické aktivity. Hospodaření se serotoninem je narušeno v těle lidí s podváhou a lidí s

[195] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[196] Cuntz, 2008. S. 59.
[197] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[198] Dietze-Cruse, 2011. S. 24.
[199] Trapp, 2011. S. 23 a Hoffmann, 2009. S. 14.

psychickými poruchami spojenými se strachem a depresivitou[200]. V těle se při podváze vyskytují látky tlumící metabolismus zpracovávání serotoninu a neumožňují tedy jeho vstřebávání. U lidí s podváhou bývá hladina serotoninu v krvi zvýšena[201]. Nízká hladina serotoninu je naopak chápána jako dispozice pro mentální bulimii.[202] Pro navýšení hladiny serotoninu je zapotřebí buďto hladovění nebo konzumace (většího množství) sladkého nebo tučného, tedy obojí mechanismy, které představují hlavní rysy bulimie: hladovění a nárazové přejídání.

j. psychika

- Rysem mentální anorexie je podrážděnost a výkyvy nálad. Psychická labilita s sebou zároveň nese zvýšenou tendenci k sebevraždám.[203]
- Velmi vysoká výkonnost a snášení zátěže, která není úměrná fyzickému stavu- podvýživě[204].
- Změny v mozkové tkáni, pocit hladu, strach a myšlenky na alimentaci neumožňují kvalitní spánek a jsou příčinou poruch spánku[205].
- Pacienti trpící PPP mají utlumenější vnímání nociceptivních stimulů[206] a v důsledku působení serotoninu snížený práh bolesti (viz výše).
- Alexitymie[207], tedy situace, kdy pacienti nevnímají sebe sama, vytěsňují dojmy přicházející z vlastního těla. Příčiny těchto dojmů a pocitů (zejména pocity hladu) se tak stávají čím dál tím závažnější. V momentě, kdy si pacient pocity připustí, zdají se tyto nakumulované pocity být neúnosné[208]. Tento aspekt je relevantní zejména pro předmět této práce, pro taneční prostředí. Vytěsnění vjemů přicházejících z vlastního těla může vést jednak k nebezpečným situacím pro fyzickou stránku těla (člověk nevnímá či ignoruje únavu, vyčerpání a bolest, což může vést ke zraněním následkem dlouhodobého přetížení nebo tréninku navzdory zranění) a jednak ke zhoršení kvality celkového tanečního projevu a ochuzení prožitku tance.

[200] Hoffmann, 2009. S. 15.
[201] Cuntz, 2008. S. 60.
[202] tamtéž S. 74.
[203] Dietze-Cruse, 2011. S. 23.
[204] Vandereycken, 2003. S. 14.
[205] Nordin-Bates, 2011. S, 215.
[206] Hilbert, 2000. S. 41.
[207] Liechti, 2007. S. 50.
[208] Dietze-Cruse, 2011. S. 19.

k. sociální aspekty

- Sociální izolace je důsledkem extrémního zaobírání se jídlem, vyhraněného alimentárního chování a individuálních charakteristik (např. introverze). Jedince postupně přestává zajímat všechno kromě jídla (jedinci se často také zajímají o stravování, dietologii, sbírají recepty, často a ve velké míře vaří, ale jen pro druhé…[209]). Lze také pozorovat postupné zanedbávání zevnějšku.
- Nosí volné oblečení, aby zakryli vyhublost. Navíc pod volným oblečením často nosí ještě další vrstvy, protože v důsledku minimální nebo žádné tukové vrstvy pociťují chlad i v situacích, kdy je zdravému člověku horko[210] (např.: nosí dlouhý rukáv i v létě).

l. alimentární chování[211]

- Jedinec jí, ale velmi omezeně. Mýtus, že *„anorexie znamená, že člověk nejí*" je nepravda. Naprosté odmítání veškerého jídla se neslučuje s mentální anorexií ale spíše s akcemi typu protestních hladovek. Ve většině případů mentální anorexie alespoň nějaké stravování probíhá.
- Nejí v přítomnosti druhých. Jí o samotě, tajně. Vyhýbají se společnému jídlu a mají neustále nové výmluvy (jsem pozvaná na jídlo jinam, už jsem jedla, nemám hlad…).
- Když už jí pacient v přítomnosti ostatních, jí vždy odlišné pokrmy.
- Když je donucen (a) jíst, snaží se jídlo odsouvat na později, jí extrémně pomalu, velmi dlouho každé sousto žvýká v ústech, jí po nepřiměřeně malých kouscích, přemisťuje jídlo na talíři sem tam, aniž by ho snědl(a).
- Stravování ritualizuje.
- O jídle často mluví, jídlem se zabývá a myšlenky na něj zabírají s postupujícím onemocněním větší a větší část času.

[209] Liechti, 2007. S. 49.
[210] Dietze-Cruse, 2011. S. 23 a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[211] Dietze-Cruse, 2011. S. 23., Dietze-Cruse, 2011. S. 19., Kaldewey Kathi, 15. 1. 2013, Liechti, 2007. S. 103., Cremer, 2011. S. 26. a Vandereycken, 2003. S. 15.

- Při bulimickém typu mentální anorexie pacientům nestačí omezený příjem potravy. Pro dosažení vymezených cílů se navíc ještě uchylují k dalším prostředkům, „*vyprazdňovacím mechanismům*" (viz kapitola 1.1.3.3).
- Lidé trpící mentální anorexií jsou přesvědčení, že nepotřebují víc jíst, ale mají viditelnou podváhu[212]. Svému okolí tvrdí, že nemají hlad. Tvrdí to i sobě samým. Snaží se hlad vytěsnit a uchylují se k obranným mechanismům, kterými jsou například[213]:
  - „*Přebíjení*" negativních pocitů hladu pozitivními pocity plynoucí ze zvýšené hladiny endorfinů v krvi následkem (tanečního) tréninku,
  - pití velkého množství tekutin,
  - žvýkání žvýkaček,
  - uspokojováním hladu druhých (například: vaření pro druhé).

#### *1.1.3.2.1. Anorexia nervosa- restriktivní (asketický) typ*

U případů asketického typu mentální anorexie lze pozorovat výraznou restrikci potravy. V mnohých ohledech navazuje právě tento typ PPP na již zmiňované „*historické formy*" moderních PPP .

#### *1.1.3.2.2. Anorexia nervosa- bulimický typ*

Člověk trpící tímto onemocněním kromě omezování příjmu potravy ještě uchyluje k dalším opatřením s cílem urychlit a zintenzivnit úbytek váhy (viz kapitola 1.1.3.3). U PPP často dochází ke crossoveru, tedy k plynulému, často jen velmi stěží zachytitelnému přechodu z jednoho typu PPP ke druhému. Bulimický typ mentální anorexie je jedním z příkladů, kdy je onemocnění ve stádiu přechodu mezi anorexia nervosa a bulimia nervosa. 50% lidí trpících mentální anorexií přechází do stádia mentální bulimie[214].

#### *1.1.3.2.3. Anorexia athletica*

Anorexia athletica v současné době ještě není uznáváno jako samostatná psychiatrická diagnóza, ale je zahrnováno pod diagnózu anorexia nervosa.

Pojem „*anorexia athletica*" se poprvé objevil začátkem 80. let 20. století. Použili ho poprvé Smith (v roce 1980) a Pugliese (roku 1983). Zpočátku

[212] Kaldewey, Kathy. 15.1.2013
[213] Dietze-Cruse, 2011. S. 20.
[214] http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:49

takto označovali specifický typ mentální anorexie, který se projevuje hlavně u sportovců. Později symptomům přiřadili samostatný název. V němčině bývá používán také termín „*Sportanorexie*", tedy „*sportovní anorexie*".

V případě onemocnění anorexia athletica nepředstavuje štíhlost primární cíl. Štíhlost je zde pouze prostředkem pro dosahování lepších výsledků.

Jedinec záměrně redukuje svou tělesnou hmotnost (většinou o 5% pod „*normální*" váhu) s cílem zlepšit svůj sportovní výkon, dosáhnout úspěchu a také uznání od druhých[215].

Při fyzické aktivitě se zvyšuje hladina endorfinů v krvi. Tento stav bývá také označován „*runner´s high*" a vyznačuje se tím, že záplavou libých pocitů člověk vůbec nevnímá pocity hladu. K tomu se jako možné faktory zvyšující riziko zmutování sportovní anorexie v klasickou mentální anorexii uváděny následující aspekty[216]:

- Jedná se většinou o rizikovou věkovou skupinu,
- jsou vystaveni velkému tlaku, vysokým požadavkům na očekávané výkony,
- jedinci jsou posuzování v závislosti na úspěchu a kvalitě podaného výkonu,
- mezi rizikové faktory patří také tréninkové metody zahrnující tresty (fyzické či psychické), stereotypní opakování neustále stejných cvičení,
- únava a vyčerpání,
- sociální izolace,
- strach (například ze zranění, strach o angažmá a existenční zajištění…).

Odborníci odhadují výskyt poruchy u 25% všech sportovců[217] a nejnovější studie publikovaná německým olympijským svazem (Deutscher olympischer Sportbund) v únoru 2013 hovoří o 50% vrcholových sportovců trpících PPP. [218] Předpokládá se, že mezi tanečníky a sportovci z následujících, rizikových, skupin trpí PPP 62% všech žen a 33% všech mužů[219].

[215] Trapp, 2011. S. 12.
[216] Cuntz, 2008. S. 39.
[217] http://www.maja-langsdorff.de/medsport.htm 20.1.2013 13:53
[218] Michael Vesper v RTL Aktuell 21.2.2013.
[219] Srovnej: Matsumoto, 2010, a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7. 2011 20:00

U sportovců a tanečníků je s podvýživou spojené ještě větší riziko než u lidí s nižší fyzickou aktivitou. Následkem nevhodného složení a množství stravy a z toho plynoucí podvýživy je tělo mnohem náchylnější k jakýmkoli infekcím, elektrolytické disbalanci, poruchám srdečního rytmu, narušení menstruačního cyklu a osteoporóze[220], což jsou rovněž projevy tzv. atletické triády. Atletická triáda je komplex symptomů, který lze je pozorovat u níže uvedených rizikových skupin tance a sportu. Atletická triáda byla popsaná roku 1993 *American College of Sports Medicine*. Jedná se o trojici faktorů:

- PPP (u 62% sportovkyň),
- nepravidelná menstruace, amenorea (u 66% sportovkyň),
- osteoporóza.

Rizikové skupiny jsou zejména následující:

- Tanec a estetické sporty (moderní gymnastika, sportovní gymnastika, krasobruslení, akvabely, skoky do vody) [221].

Nižší tělesná hmotnost přináší kromě estetických výhod také výhodu zvýšené mobility a lepších fyzikálních vlastností pro skoky (krasobruslení, skoky do vody, zvedačky v tanci).

42% [222], podle jiného (amerického) výzkumu dokonce 60% [223] žen věnujících se tanci nebo estetickým sportům vykazují symptomy onemocnění anorexia athletica. U estetických sportů je riziko zdravotních komplikací při anorexia athletica ještě vyšší než u ostatních sportů v důsledku vyžadované zvýšené mobility kloubů a elasticity svalů. Známí sportovkyně, které trpěly nebo trpí sportovní anorexií, jsou například sportovní gymnastky Christy Henrich, Helga Brethan, Nadia Comaneci a Cathy Rigby. Cathy Rigby v důsledku sportovní anorexie, která přerostla v mentální anorexii, již dvakrát prodělala zástavu srdce. Příkladem další sportovkyně trpící sportovní anorexií je krasobruslařka Eva-Maria Fitze. Ukázkový příklad onemocnění anorexia athletica u tanečnice je následující vyjádření sólistky souboru petrohradského Mariinského divadla, Sofie Gumerové. Uvádí, že optimální

[220] http://www.maja-langsdorff.de/medsport.htm 20.1.2013 13:53
[221] Srovnej: Matsumoto, 2010, a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7. 2011 20:00
[222] Trapp, 2011. S. 16.
[223] http://www.maja-langsdorff.de/medsport.htm 20.1.2013 13:53

množství tréninku je 1h 15min a dvě přibližně devadesátiminutové zkoušky denně. Zkouší-li se méně, údajně přibírá a proto se omezuje v jídle. Potřebuje-li takto snížit hmotnost, koupí si 1kg ovoce jednoho druhu a za celý den nesní nic jiného než to. Gumerova rovněž dodržuje pravidlo nejíst po 18h.[224]

- Vytrvalostní sporty (plavání, běhy na dlouhou trať, biatlon, běh na lyžích, triatlon, silniční cyklistika).

Nízká tělesná hmotnost, přesněji řečeno nízký podíl tukové hmoty v těle sportovce [225], vede k lepším výsledkům v hraničních momentech fyzické zátěže a tudíž ke zlepšení vytrvalostní výkonnosti. Čím nižší je tělesná hmotnost, tím vyšší je maximální relativní příjem kyslíku na kilogram tělesné hmotnosti [226]. Množství kyslíku obsaženého v mililitru krve vztaženo na kilogram tělesné hmotnosti je určující pro relativní maximální příjem kyslíku a tedy pro schopnost podat výkon ve vytrvalostním sportu[227]. Při překonávání výškových rozdílů (například při běhu na lyžích nebo cyklistice) je nízká tělesná hmotnost výhodou. Naopak ale úbytek svalové hmoty znamená úbytek zásob energie uložených ve svalech v podobě glykogenu. Po devadesáti minutách zátěže jsou zásoby glykogenu ve svalech vyčerpány a tělo přechází do režimu získávání energie z tukových zásob. Po více než šesti hodinách zátěže přechází tělo k získávání energie z vlastních proteinů (natrávení vlastní svalové hmoty).

24% žen a 9% mužů věnujících se vytrvalostním sportům trpí sportovní anorexií.[228] Při výzkumu prováděném na členech německé reprezentace běhu na lyžích v letech 1990 až 1995 mělo 14% atletů BMI nižší než 19,2. U 25,3% lyžařek ve věku 16 a 17 let se vyskytovala sekundární amenorea[229]. Známými případy jsou například: Ellen Schöner (bavorská vytrvalostní běžkyně, která sama přiznává, že mentální anorexií trpěla již v období

[224] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:19
[225] Classing, 1998.
[226] tamtéž
[227] Hoffmann, 2009. S. 23.
[228] Trapp, 2011. S. 16.
[229] http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_athletica 23.1.2013 11:23

puberty, před začátkem sportovní kariéry a v současnosti se PPP, která se navázala na její fyzickou aktivitu, nemůže zbavit[230].),

- Sporty, kde existují váhové kategorie (zápas, džudo, box, vzpěračství, jezdecký sport, veslování).

Zde vykazuje poruchové chování 17% žen a 9% mužů věnujících se těmto sportům [231] . Všeobecně se PPP vyskytují častěji v nižších váhových kategoriích (68%). Studie prováděná na 162 veslařích prokázala u 20% žen a 12% mužů mentální bulimii. Výkyvy váhy spojené se závody se však častěji vyskytují u mužů (57%) než u žen (15%). Pro veslaře jsou předepsané přesné váhové limity. Každé přebytečné kilo v lodi zhoršuje výsledný čas. Vážení probíhá většinou dvě hodiny před závodem. Vzhledem k tomu, že většina závodníků má už tak váhu o 1 až 2 kg nižší než je minimální povolená váha pro danou kategorii, doplňují tuto váhu velkým množstvím tekutin, které před vážením vypijí. Během zbývajících 2 hodin před závodem tekutiny prostřednictvím diuretik vyloučí[232]. Známým případem je německý veslař Bahne Rabe, který ve svých nedožitých 38 letech zemřel na následky anorexie (zápal plic, kterému jeho tělo oslabené podváhou podlehlo)[233].

- Technické sporty (lehká atletika- kromě dlouhých tratí, skoky na lyžích, plavání- krátké tratě).

Velké riziko onemocnění anorexia athletica hrozí, zejména u mužů, v technických sportech uvedených v nadpisu tohoto odstavce. Výzkumy zde hovoří o 22% mužů trpících PPP [234]. Příkladem je například skokan na lyžích Christian Moser[235]. V průběhu uplynulých deseti let se v reakci na vyjádření tehdejšího člena německé skokanské reprezentace, Franka Löfflera, zpřísnila kontrola tělesné hmotnosti skokanů na lyžích. Löffler v roce 2003 upozornil v rozhovoru pro německý časopis *Der Spiegel* na tabuizované téma anorexie u skokanů na lyžích. Jemu samotnému byla stanovena hodnota, na kterou měl zredukovat svou váhu. Když Löffler, německému lyžařskému svazu

[230] tamtéž
[231] Trapp, 2011. S. 16.
[232] http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_athletica 23.1.2013 11:23
[233] http://de.wikipedia.org/wiki/Bahne_Rabe 25.1.2013 0:55, http://www.uli-sauer.de/laufen/stories/faz_bahne_rabe.htm 25.1.2013 0:58
[234] Trapp, 2011. S. 16.
[235] Cuntz, 2008. S. 39.

(DSV) oznámil, že toto nemůže splnit, byl suspendován. Jeho kariéra skončila[236]. Ačkoli svaz popírá nasazování praktik radikálně omezujících váhu sportovců, reakce na extrémně štíhlé postavy skokanů přicházejí i ze stran laické veřejnosti. V roce 2004 proto mezinárodní lyžařský svaz (FIS) stanovil pravidla pro minimální hodnotu BMI. Na olympijských hrách v Turíně tak už nesměli startovat skokani s BMI nižším než 20[237]. Sportovci, kteří trpěli nebo stále trpí PPP jsou například němečtí skokani na lyžích Rudi Tusch, Sven Hannavald[238] a Švýcar Stephan Zünd (při svých 181cm vážil jen 60kg, musel ukončit svou kariéru z důvodu nástupu léčby PPP) nebo také německá držitelka světového rekordu v plavání Franziska van Almsick[239].

Další sporty, ve kterých byly zaznamenány případy anorexia athletica jsou například plážový volejbal nebo tenis. Příčinou vzniku alimentární poruchy zde může být zejména přiléhavé a velmi sporé oblečení (dvoudílné plavky, velmi krátké sukénky tenistek). Estetický dojem z pohledu na sportovce často rozhoduje o sponzorských smlouvách. Sportovci tak jsou motivováni co nejpřesněji naplňovat estetický ideál současnosti. Takovýmto příkladem může být svěřenkyně Martiny Navrátilové nebo Daniela Hantuchova (se svými 181cm vážila necelých 50kg)[240].

Ačkoli se čísla v jednotlivých výzkumech odlišují, všechny závěry se shodují na tom, že mezi tanečníky a sportovci se PPP vyskytují mnohem častěji než u běžné populace (čísla se pohybují mezi 18%- 25% poruch u sportovců všech sportovních disciplín[241])

Anorexia athletica se v první řadě projevuje následovně:

- Jedinec velmi kriticky posuzuje vlastní tělo (proporce a hmotnost) a porovnává se tak konkurenty.

[236] http://www.schwarzwaldadler.de/news0323.htm 23.1.2013 11:50
[237] http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_athletica 23.1.2013 11:56
[238] http://www.sven-hannawald.de/pages/startseite/skispringen.php 31. 3. 2013 22:07
[239] http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_athletica 23.1.2013 12:01
[240] tamtéž
[241] Trapp, 2011. S. 17.

- Jedinec záměrně redukuje svou tělesnou hmotnost s cílem zlepšit svůj výkon, dosáhnout úspěchu a uznání od druhých[242].
- (primární) Amenorea vyskytující se zejména u dívek se subtilnější tělesnou konstitucí, tedy somatotypem žádaným u estetických sportů. Odborníci počítají s opožděním menarche o 5 měsíců za každý rok tréninku před nástupem puberty[243]. Ve výzkumu, který porovnával věk menarche u vrcholových sportovkyň různých sportovních disciplín a baletu, se ukázaly následující skupiny jako ty, jejichž členky dosahují menarche nejpozději: balet, moderní gymnastika, sportovní gymnastika, lehká atletika (běh).[244]
- Důsledkem sekundární amenorey stoupá riziko demineralizace kostí, osteoporózy. Osteoporóza je u sportovců a tanečníků odhalována hůře. Nárazy, které musejí kosti snášet při dopadech ze skoků, při běhu či jiných prvcích, v kostech vyvolávají automatickou reakci, jakousi „*sebeobranu*", v podobě zbytnění namáhané kosti. Proto tanečníci či sportovci dosahují „*zdravějších*" výsledků při vyšetření osteodensitometrie než stejně podvyživení jedinci bez fyzické aktivity.
- Klesá podíl tukové hmoty v těle (optimální podíl tukové hmoty v těle pro podávání tanečního/ sportovního výkonu je u žen 19-22% a u mužů 11-17%).[245]
- Mohou se již projevovat symptomy mentální anorexie, zejména změny v krevním obraze, onemocnění trávicího traktu apod.
- Tělesnou hmotnost snižují na 5% pod normálem (odpovídajícím výšce, pohlaví a věku).
- Tito tanečníci a sportovci přijímají denně jen 1200kcal, což představuje ani ne polovinu energetické hodnoty, kterou by měla jejich strava mít podle výživových poradců.

Konzumací stravy o hodnotě 1200kcal za den nemohou pokrýt energetickou spotřebu při takovéto fyzické aktivitě [246] . V krátkodobém horizontu sice dochází ke zlepšení výkonnosti. Dlouhodobě se však kvalita

[242] tamtéž S. 12.
[243] Classing, Marx, 1998.
[244] Hoffmann, 2009. S. 50.
[245] tamtéž S. 24.
[246] Bartl, 2010. S. 8.

výkonů zhoršuje, přibývá zdravotních komplikací a omezení. Hranice, která odděluje na jedné straně pozitivní efekty redukce hmotnosti a na druhé straně hrozbu dlouhodobých vážných zdravotních komplikací, je velmi jemná, těžko zaznamenatelná a hlavně: individuální. Jakmile se tělesná hmotnost dostane pod hranici podváhy, je velká pravděpodobnost, že se tendence redukovat váhu zautomatizuje a stane nekontrolovatelnou[247]. Při překročení hranice podváhy se mění i psychika, v naprosté většině případů aniž by si to pacient uvědomil. Průběh anorexia athletica se tak často nepozorovaně vymyká kontrole a sklouzává do zdraví ohrožující do patologické dimenze.

U sportovní anorexie symptomy mizí s koncem aktivní kariéry a také v období tréninkových pauz (období mezi sezónami, prázdniny…) [248] . Po skončení kariéry (nebo v období tréninkových pauz) tak běžně (a naprosto přirozeně) dochází k navýšení tělesné hmotnosti a návratu k přirozenému, normálnímu alimentárnímu chování.

Když ale jedinec pokračuje v restriktivních opatřeních alimentárního chování i po skončení kariéry, i v době tréninkových pauz, nejedná se již o sportovní anorexii, ale o klasickou mentální anorexii či bulimii. Jakmile tedy tanečníkovi činí potíže *„vypnout"* a nemít špatné svědomí, když si v době tréninkové pauzy dovolí s klidným svědomím jíst podle vlastního pocitu hladu a sytosti, jedná se o vážnou poruchu.

Nejdramatičtější průběh onemocnění anorexia athletica lze pozorovat u jedinců věnujících se tanečním stylům nebo sportům vyžadujícím určité fyzické dispozice, kterými jedinec nedisponuje a snaží se tento nedostatek prostřednictvím úpravy alimentace *„dohnat"*. Takovýmto porušováním přirozených daností těla dochází k závažným ohrožením zdraví a také života .

#### *1.1.3.2.4. Bigorexie[249]*

(někdy také: vigorexie, muskulární dysmorfie, dysmorfofobie[250], opačná anorexie[251], Adonisův komplex a *„přehnaný narcismus"*).

---

[247] Classing, 1998.
[248] Trapp, 2011. S. 12.
[249] *„Bigorexie"* odvozená od anglického *„big"*- velký, resp. *„vigorexie"* od *„vigorous"*- silný, energický. Viz http://www.muskelzone.de/article.php?id=160&Bigorexie_?_Die_Jagd_auf_gepumpte_Muskeln. 7.8.2011 10:25
[250] Markytánová, Piskáčková, 2010.
[251] http://cs.wikipedia.org/wiki/Muskul%C3%A1rn%C3%AD_dysmorfie 6.8.2011 21:22

Problém byl poprvé pojmenován a definován v devadesátých letech harvardským profesorem Harrisonem Popem[252], autorem knihy „*The Adonis Complex*".

Muskulární dysmorfie je jedním z typů poruch, kdy se člověk příliš zaobírá zdánlivou nedokonalostí svého těla[253], tedy narušeným body image.

Člověk s diagnózou bigorexie je přesvědčen o nedostatečnosti svého těla (např. asymetrický obličej, tvar nosu, křivé zuby, řídké vlasy, krátké ruce…), která však nemá své reálné opodstatnění. Nejedná se o nijak dramatické odchylky od průměru. Nejčastěji bývají bigorexií postiženi kulturisté, muži, ale i mezi ostatními sportovci a sportovkyněmi se může bigorexie vyskytovat.

Bigorektici si velmi dlouho nepřipouštějí, že poruchou trpí[254]. Pravidelné cvičení, dbaní o životosprávu je ze strany široké veřejnosti přijímáno jako zdraví prospěšné, vzorné a dobré. A navíc: hranice „*až kam*" je cvičení a hlídání přijímaných živin zdraví prospěšné je nepřesně definovaná. Následující symptomy se vyskytují v případě, kdy je hranice zdravého překročena:

a. pohybový aparát

Člověk trpící muskulární dysmorfií je závislý na posilovacích cvičeních. Při dávkách cvičení překračuje doporučované množství. Svalům tak není umožněna nezbytně nutná regenerace, což vede k jejich přetížení a následným mikrotraumatům. Hypertrofie svalů zároveň představuje přílišnou zátěž pro klouby.

b. srdce a oběhová soustava

V důsledku užívání anabolických steroidů je narušena srdeční činnost. Je tak zvýšeno riziko zástavy srdce nebo jiného život ohrožujícího stavu. Vedlejší účinky, následky a rizika užívání steroidů bigorektici často ignorují. Náklady za tento typ doplňků stravy a podobných prostředků jsou zanedbávány, stejně jako u jiných závislostí (například drogových závislostí). Bigorektik je schopen se pro získání finančních prostředků dopouštět i trestné činnosti[255].

---

[252] tamtéž
[253] http://www.körperdysmorphestörung.de/ 7.8.2011 10:28
[254] http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie 8.8.2011 16:02
[255] tamtéž

c. játra

V důsledku nadměrné konzumace bílkovin (nebo přímo aminokyselin), cholesterolu a nasycených tuků jsou poškozována játra.

d. ledviny

Potíže s ledvinami nastávají následkem zneužívání odvodňovacích prostředků, které kulturisté často používají pro dosažení lepších výsledků v soutěžích (svaly jsou více vyrýsované pod kůží, když ve tkáni není obsaženo tolik vody). Z tohoto hlediska se nadměrný příjem aminokyselin ukazuje být kontraproduktivní. Zatěžování ledvin vysokým příjmem bílkovin způsobuje zadržování vody v těle a nežádoucí vylučování vápníku z těla.

#### *1.1.3.2.5. Ortorexia nervosa*

Pojem orthorexie (řecky „*orthos*" znamená „*správný*") byl definován americkým lékařem Stevenem Bratmanem v roce 1997. Popsal tak onemocnění, kterým sám trpěl[256]. „*Orthorexie je patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě*."[257] Klasická anorexie nahlíží na potravu spíše z hlediska kvantity (Kolik kalorií daná potravina obsahuje? Kolik je v ní tuku?), ortorexie z hlediska kvality (Je daná potravina BIO? Je daná potravina „*zdravá*"?). Ortorexie se velmi často a mnohdy také nepozorovaně vyvine v anorexii[258].

Tendence k ortorexii v posledních letech stoupají. Jako jedno z možných vysvětlení lze uvést módnost a trend zdravé stravy propagovaný v médiích. Zájem o „*bezpečné*" a zdravé potraviny mimo jiné stoupá také v důsledku skandálních odhalení v potravinářství a katastrof v zemědělství, jaké představuje například nemoc šílených krav, těžké kovy obsažené v rybím mase, kuřecí maso znehodnocené užíváním přemíry antibiotik apod.[259]

*„Mezi ohrožené skupiny patří také ortodoxní vyznavači veganství, makrobiotiky, syrové stravy…*" frutariáni, výživy podle krevních skupin a

[256] http://de.wikipedia.org/wiki/Steven_Bratman 8.8.2011 21:16
[257] Markytánová, Piskáčková, 2010.
[258] http://www.allianceforeatingdis orders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00
[259] Donini, 2004. S. 151.

*„i umělci, u nichž je důležitý vzhled*."[260] Další profesí, kde je riziko vzniku ortorexie vysoké, je profese nutričního poradce[261].

Stejně jako klasická anorexie se i ortorexie rozvíjí často u jedinců, v jejichž blízkém okolí je osoba, která se buďto zabývá zdravou stravou, má zkušenost s vážnou nemocí nebo často ventiluje obavy z různých onemocnění.

Stejně jako u ostatních typů mentální anorexie se i u ortorexie setkáváme s rozlišením potravin na *„povolené- bezpečné*" a *„zakázané- nebezpečné*". V případě ortorexie jsou potraviny do těchto kategorií zařazeny na základě toho, nakolik jsou (podle *„odborníků*") zdraví prospěšné.

Znakem, podle kterého lze soudit, že ortorexie u jedince propukla, je skutečnost, že trpí výčitkami a pocity viny poté, co snědl potravinu, která nespadá do skupiny *„zdravých*" potravin.

Podle Stevena Bratmana, který jako první orthorexii definoval, byl pojmenován Bratmanův test pravděpodobnosti výskytu orthorexie. Čtyři až pět kladných odpovědí na následující otázky značí existující riziko PPP. Více kladných odpovědí pak poukazuje přímo na ortorexii. Otázky Bratmanova testu[262] zní:

1) Trávíte více než 3 hodiny denně přemýšlením o svém jídelníčku?
2) Plánujete své pokrmy několik dní předem?
3) Je pro Vás nutriční hodnota pokrmů důležitější než potěšení z jídla?
4) Snížila se kvalita Vašeho života se zvýšením kvality Vašeho stravování?
5) Stal (a) jste se postupem času přísnější sama k sobě?
6) Zvýšilo zdravé stravování Vaší sebeúctu?
7) Vyloučil (a) jste ze svého jídelníčku Vaše oblíbené pokrmy a nahradil (a) je *„správnými*"?
8) Působí Vám pravidla vašeho stravování potíže při jídle vedle jiných lidí?
9) Máte pocity viny, když zásady Vašeho jídelníčku porušíte?
10) Cítíte vlastní uspokojení, když se stravujete zdravě?

[260] Markytánová, Piskáčková, 2010.
[261] Srovnej Markytánová, Piskáčková, 2010.
[262] http://www.eufic.org/article/cs/health-lifestyle/eating-disorders/artid/orthorexia-nervosa-zdrave-stravovani-prestava/ 8.8.2011 21:33

#### *1.1.3.3. Bulimia nervosa*

Bulimia nervosa (diagnóza podle ICD: F50.2, česky „*mentální bulimie*") je nejčastěji se vyskytující PPP.[263] Oficiálně je uznávaná od roku 1979[264], kdy ji popsal anglický psychiatr Gerhard Russell coby variantu tehdy již známého onemocnění *anorexia nervosa*. Mentální bulimií trpí 1%- 3% všech dospívajících a mladých žen[265], 2-4% žen ve věku mezi 18 a 35 lety[266] a 0,2% a 0,3% mladých mužů[267]. 7% žen ve Spojených státech zažije během svého života bulimické období. Předpokládá se, že 5% populace Spojených států trpí nediagnostikovanou bulimií. Počet lidí trpících PPP je ve skutečnosti mnohem vyšší než závěry výzkumů. Zejména mentální bulimii lze na rozdíl od anorexie poznat velmi těžko pouze na základě vnějších tělesných symptomů (bulimici nemívají podváhu a své onemocnění promyšleně utajují). Ve většině případů se onemocnění projeví poprvé ve věku mezi 17 a 19 lety (podle Ulricha Cuntze mezi 19,7 a 21,2 lety) a oficiálně diagnostikováno bývá ve věku mezi 20 a 24 lety.[268] Jako riziková skupina je ale uváděna skupina žen ve věku 13 až 28 let[269]. Bulimia nervosa se v průměru projevuje v pozdějším věku než anorexia nervosa. V mnoha případech mentální bulimii předchází období mentální anorexie[270] nebo jiná forma restrikce potravy (diety, půsty apod.).

Tělo, které je po fázi odpírání potravy vyhladovělé, přirozeně žádá doplnit živiny, což vede lidi k často neovladatelným a pudově řízeným návalů jedení, přejedení. Následuje fáze výčitků svědomí a poté fáze „*vyprazdňovací*" (viz níže).

Kromě symptomů uvedených v kapitole 1.1.3, tedy obecných příznaků PPP, se onemocnění bulimia nervosa dále projevuje následujícími pozorovatelnými absolutními symptomy:

1) „*Normální*", přiměřená tělesná hmotnost

[263] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 23:26
[264] Cremer, 2011. S. 18.
[265] Hartl, 2009. S. 82.
[266] Cuntz, 2008. S. 80.
[267] Cremer, 2011. S. 18.
[268] Trapp, 2011. S. 8.
[269] Dietze-Cruse, 2011. S. 15 a Cuntz, 2008. S. 80.
[270] tamtéž S. 15. a Trapp, 2011. S. 7.

Bulimii lze navenek rozpoznat jen velmi špatně. Jen zřídkakdy lze pozorovat váhové výkyvy způsobené fázemi hladovění a fázemi přejídání.

2) Záměrně vyvolané vyprazdňovací mechanismy (purging) po jídle

O bulimii lze hovořit, uchyluje-li se člověk minimálně 2x týdně po dobu 3 měsíců k vyprazdňovacím mechanismům[271].

Bulimie znamená jednání, kterým se jedinec snaží dostat ven z těla to, co snědl. Postižený se tak zbavuje nesnesitelného pocitu plnosti, špinavosti a odporu k sobě samému, který se dostavuje po jídle. Po jídle se sám sobě hnusí, upadá do deprese a propadá silným pocitům viny[272].

Mezi vyprazdňovací mechanismy je zahrnováno: zvracení, užívání laxativ, diuretik, plivání a opakované žvýkání většího množství jídla a pouštění žilou.[273] Zpočátku je zvracení vyvoláváno záměrně. Později se v mnoha případech tento mechanismus v těle zautomatizuje.

U typu bulimie „*non-purging*"[274] se jedinec s neúnosnými výčitkami svědomí vyrovnává prostřednictvím užívání látek tlumících chuť, léků napomáhajících redukci tělesné hmotnosti[275], držení půstů nebo excesivní cvičení/ trénink. Trénink v těchto případech jde přes hranici únavy, až k vyčerpání. Chodí běhat sami, i ve tmě nebo za špatného počasí. Trénují i během nemoci nebo se zraněním[276] a často také se závažím. Místo sezení stojí (např. u počítače, v čekárně…). Místo chůze (do práce či do školy) běhají. Denně často absolvují několikakilometrové pochody (30 až 50 km), záměrně si prodlužují cestu z práce, ze školy, kde to je možné, chodí po schodech, záměrně nosí těžké náklady (např. kameny v batohu)[277]. Situace, kdy nemůže trénovat nebo cvičit (víkend, prázdniny, zranění) nebo i snížení

---

[271] http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/file/toolkits/NEDA-Toolkit-Coaches_07-2010.pdf 18.6.2011 8:57; Cremer, 2011. S. 56; Dietze-Cruse, 2011. S. 23 a tamtéž S. 15.

[272] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00

[273] Srovnej: Liechti 2007. Kapitola „*Erscheinungsbild und Diagnostik*"

[274] „*Non-purging*" typ bulimie je velmi podobný restriktivnímu typu anorexia nervosa. Rozdíl obou onemocnění spočívá v přejídání a záchvatech neovladatelného hladu a chuti k jídlu, který se projevuje u bulimie „*non-purging*".

[275] Cremer, 2011. S. 40.

[276] Matsumoto, 2010. S. 5.

[277] Srovnej: Liechti 2007. Kapitola „*Erscheinungsbild und Diagnostik*"

tréninkové dávky vyvolávají (podle pokročilosti onemocnění) stavy panické hrůzy.

Relativní [278] somatické a psychické symptomy onemocnění bulimia nervosa jsou:

a. pohybový aparát

- Důsledkem zvracení, užívání projímadel a diuretik bývá nedostatek draslíku. Draslík je zodpovědný za vzrušivost svalových buněk. Nedostatek draslíku proto vede k oslabení kosterního svalstva a také k ochrnutí svalstva žaludku a střev. [279] Zejména užívání projímadel (nebo konzumace velkého množství vlákniny) tento projev nedostatku draslíku zesiluje a vede k silnému nadýmání a poruchám resorpce vody. Mnozí bulimici a bulimičky na tyto symptomy reagují navýšením dávek projímadel, čímž se dostávají do stavu závislosti na projímadlech[280].

b. vlasy, kůže, nehty, zuby

- Častým symptomem mentální bulimie jsou kazivé a poničené zuby, rozleptání (demineralizace) zubní skloviny kyselými žaludečními šťávami, které se do úst dostávají při zvracení.
- Mozoly na rukách vznikají při velmi častém vyvolávání zvracení [281] (strkáním prstu do krku).
- Dalším symptomem je vypadávání vlasů a lámavost nehtů.

c. srdce a oběhová soustava

- Srdeční arytmie je častou příčinou smrti lidí trpících mentální bulimiií.[282] Jedná se o důsledek nedostatku draslíku.
- Stejně jako u anorektiků se u bulimiků projevuje hypotonie.

d. krevní obraz

[278] Relativní symptomy= nemusejí se nutně vyskytovat u všech případů.
[279] Cuntz, 2008. S. 81.
[280] tamtéž S. 83.
[281] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42
[282] Fichter, 2012. S.3.

e. trávicí soustava[283]

- Zvětšené tváře v důsledku zvětšení a zánětu slinných žláz, který je diagnostikován u 30-50% bulimiček hospitalizovaných k léčbě.
- Bolesti v krku, které jsou důsledkem podráždění sliznice příliš častým zvracením.
- Záněty hltanu, které vznikají neustálým drážděním sliznice hltanu při zvracení.
- Porucha svěrače žaludku v důsledku naleptání žaludečními šťávami při častém zvracení. Může dojít i k natržení sliznice trávicí trubice, ke zvracení krve a vést až k ohrožení života. Bolesti žaludku a žaludeční vředy jsou důsledkem častého zvracení.
- Dalším symptomem je pankreatitida.
- Střevní mikroflóra je narušována užíváním projímadel a v mnoha případech vede k zácpě[284]. Užíváním projímadel (a nedostatkem draslíku) dochází k ochabnutí střevní peristaltiky. Přes střevní stěnu se vstřebává podstatně méně živin a hypovitaminóze (vitamínů A, D, E, K, poruchám ledvin, změnám stavby kostí, kožní potíže, vypadávání vlasů, šeroslepost a poruchy srážlivosti krve).[285]

f. ledviny

- Zvracením, užíváním laxativ a diuretik se tělo odvodňuje. Riziko dehydratace je u tanečníků, kteří navíc ještě ztrácejí velké množství vody pocením, zvýšené.
- V reakci na velké ztráty tekutin vylučují ledviny hormon renin, který aktivuje činnost nadledvinek. Nadledvinky začnou vylučovat větší množství aldosteronu, který redukuje vylučování sodíku. Tím je chybějící voda zadržována v těle[286]. Otoky přetrvávají i v prvních fázích po ukončení užívání projímadel, diuretik či zvracení. Hmotnost vody zadržovaná v těle se projeví na tělesné hmotnosti. Pacient, který se snaží se vymanit ze začarovaného kruhu bulimie, se musí vypořádat s navýšením hmotnosti v počátku terapie, což představuje velkou výzvu.

[283] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00 a Dietze-Cruse, 2011. S. 23.
[284] Cuntz, 2008. S. 82.
[285] Fichter, 2012. S. 3.
[286] Cuntz, 2008. S. 81.

Člověk pozoruje, jak nabývá na hmotnosti i když konzumuje porce, které jsou úměrné situaci a činnosti jedince. Pocítit, jak „si tělo dělá co chce", jak jej nelze kontrolovat, je zvláště pro člověka trpícího PPP, nebo léčícího se z ní, velmi náročné.[287]

g. elektrolytická disbalance

- Elektrolytická disbalance je stav, kdy je v buňce narušen poměr iontů, a buňka proto nemůže plnit svou funkci. Nedostatek draselných, chloridových a sodíkových iontů, který ohrožuje činnost ledvin, srdce a může vést k náhlé smrti[288]. Nedostatek draslíku se u bulimiků projevuje pomalu a postupně. Je proto zaznamenáván mnohem hůře než v případě rychlého poklesu množství draslíku v těle. Přidá-li se ale u jedince s dlouhodobým nedostatkem draselných iontů, u bulimika navíc náhlý úbytek draslíku (např. průjmové onemocnění), dostává se jedinec do stavu ohrožení na životě[289]. Elektrolytickou disbalanci lze zaznamenat například také na EEG.

h. acidobazická rovnováha v těle

- Metabolická alkalóza: V důsledku ztráty žaludečních šťáv s nižším pH se po častém zvracení celkově zvyšuje pH extracelulární tekutiny v těle, a tělo se stává zásaditým. Projevy alkalózy jsou slabost a únava. Při výraznější alkalóze se také přidávají bolesti hlavy, poruchy termoregulace, neklid a pocity strachu. Tělo ve stádiu alkalózy je náchylnější pro rozvoj infekcí močových cest a posléze i ledvin.
- Metabolická acidóza: V důsledku užívání projímadel tělo naopak ztrácí množství zásaditých látek a pH extracelulární tekutiny se snižuje.

i. endokrinní žlázy

- V důsledku poruchy funkce hypofýzy se u 50% bulimiček vyskytuje (sekundární) amenorea. U těch bulimiček, které menstruaci mají, je

[287] tamtéž S. 82.
[288] Dietze-Cruse, 2011. S. 17.
[289] Cuntz, 2008. S. 83.

menstruace u poloviny anovulatorní[290], což následně vede k poruchám plodnosti[291].

j. sociální aspekty

- Finanční tíseň, zadlužení. Lidé trpící bulimií se dostávají do finanční tísně, protože náklady za ohromné množství zkonzumovaného (a vyzvraceného nebo jinak „*zneškodněného*") jídla často přesahují finanční možnosti jedince. Bulimici ztrácejí kontrolu nad svým jednáním, když se jedná o jídlo, stejně jako jinak závislí lidé (alkoholici nebo narkomani). Stává se tak i při nakupování potravin, kdy jedinec nakupuje potraviny vedený nekontrolovatelným hladem, ale bez ohledu na jejich cenu a množství. Finanční tíseň a zadluženost jsou častými symptomy bulimie.

k. alimentární chování

- Pacienti trpící mentální bulimií projevy svého jednání zpočátku schovávají a maskují. Momenty, kdy po sobě nechávají ležet neskrývané „*stopy*" svého bulimického počínání, poukazují na již velmi pokročilé stádium nemoci, na stav, kdy pacient sám sebe vzdává, kdy mu to „*je jedno*". [292]
- Přejídání následuje vždy po hladovění nebo odříkání si „*zakázaných*" potravin. Má vymezená tzv. „*zakázaná*" jídla. Ta se snaží vytěsňovat z jídelníčku, ale v návalech „*žravosti*" se naopak soustředí téměř výhradně na tuto kategorii, tedy potraviny s vysokou energetickou hodnotou[293].
- Jí v souvislosti se stresovými situacemi[294]. Jí rychleji než ostatní lidé. Jí tajně a o samotě.
- Lze pozorovat schraňování jídla vedoucí až ke krádežím potravin, někdy kleptomanii.[295] Členové obývající společnou domácnost pozorují mizení velkého množství potravin v krátkém časovém intervalu.

[290] Anovulatorní= během menstruace se neuvolňuje vajíčko z vaječníku.
[291] Cuntz, 2008. S. 84.
[292] Cuntz, 2008. 72.
[293] Trapp, 2011. S. 7.
[294] Dietze-Cruse, 2011. S. 23.
[295] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=_68&catid=81 25. 7. 2011 18:42 a Dietze-Cruse, 2011. S. 23.

- Stejně jako u jiných typů PPP lze u pacientů s bulimii často pozorovat sociální izolaci.[296] Jedinec jí sám/sama, protože se stydí za velké porce konzumovaného. Vyhýbá se společenským událostem, na kterých se podává jídlo. Navíc 20-50% pacientek s bulimií trpí strachem ze sociálních interakcí.[297]
- Lhaní a vytěsňování je jedním z rysů, který mají bulimikové společný s lidmi trpícími jiným typem závislosti. Bulimikové často vytěsňují vzpomínky na stresující nebo traumatizující situace a s nimi spojené pocity.
- Ztrácí sebekontrolu při jedení. Návaly lačnosti po jídle, *„žravosti"* jsou neovladatelné[298]. Jí více, než by zdravý člověk v této situaci jedl a co by zdravým selským rozumem považoval za přiměřené[299].

Pojem *„bulimie"* pochází ze dvou řeckých slov: *„bous"*= vůl a *„limos"*= hlad[300]. Původní význam výrazu *„bulimie"* tedy je: *„hlad jak vůl"*. Výraz poukazuje na animální charakter hladu, zejména při návalech přejídání. Hlad je pudový, iracionální a nezvladatelný.

Existují názory, které na bulimii nahlíží jako na *„nepovedenou anorexii"*[301]. Jak ukazuje schéma č. 2, vycházejí obě zmiňované poruchy z restriktivních opatření.

Schéma č. 2 *„Začarovaný kruh bulimie"*

[296] tamtéž S. 21.
[297] Cuntz, 2008. S. 75.
[298] Dietze-Cruse, 2011. S. 15.
[299] Cuntz, 2008. S. 69.
[300] Lebenstedt, 2004. S. 18.
[301] Cuntz, 2008. S. 77.

#### *1.1.3.4. Nárazové přejídání*

(mezinárodní označení: *„Binge Eating Disorder")*

Nárazové přejídání bylo definováno jako jeden z typů PPP v roce 1994[302]. Začátky tohoto onemocnění se ve většině případů projevují mezi 20. a 30. rokem života nebo pak mezi 45 a 55 lety. Nárazové přejídání bývá ale pozorováno i u dětí ve věku mezi 9 a 12 roky, někdy dokonce i u předškolních dětí[303]. Předpokládá se, že 0,7% až 4% občanů USA a 6% evropské ženské populace ve věku mezi 15 a 35 lety trpí nárazovým přejídáním.

V kapitole 1.1.3 byly uvedeny obecné příznaky PPP. Nárazové přejídání se navíc vyznačuje následujícími symptomy:

1) Nárazově se přejídá minimálně 2x týdně po dobu 3 měsíců

Ztrácí sebekontrolu při jedení. Přejídá se ve stresových situacích[304]. Jí pozdě v noci. Jí tajně. Jí rychleji než ostatní lidé. Jí v krátkých časových úsecích (méně než 2 hodiny pauzy mezi jídly). Jí velké porce, i když nemá hlad.

2) Nesnaží se zbavit se zkonzumovaného jídla.

Jsou sice známé případy držení diet i u lidí nárazově se přejídajících. Diety ale nikdy nejsou drženy konsekventně, člověk po krátké době od diety upouští a vrací se k původnímu stravování[305].

3) Nadváha a kolísání váhy (až 10kg za několik týdnů).

Relativní symptomy nárazového přejídání:

a. pohybový aparát: bolesti kloubů, někdy až artróza v důsledku nadváhy. Přetěžované jsou zejména meziobratlové ploténky, kyčelní a kolenní klouby[306].
b. srdce a oběhová soustava: přejídání představuje velkou zátěž pro oběhový systém[307]. Hrozí také riziko arteriosklerózy a hypertenze.

[302] Cremer,2011. S. 19.
[303] tamtéž S. 19.
[304] Dietze-Cruse, 2011. S. 23.
[305] Cremer, 2011. S. 75.
[306] tamtéž S. 77.
[307] Dietze-Cruse, 2011. S. 18.

c. krevní obraz: zvýšená hladina cholesterolu[308].
d. trávicí soustava: diabetes II. typu, žlučníkové kameny[309].
e. sociální aspekty: sociální izolace[310], schovává jídlo a vytváří si zásoby[311].

Typem PPP je také syndrom nočního jedení (také NES- *„night eating syndrome*" [312]). Stejně jako u nárazového přejídání se zde jedná o PPP z hlediska časového plánu jedení. Na rozdíl od nárazového přejídání, kdy jedinec jí ve velmi krátkých časových úsecích, znamená syndrom nočního jedení, že jedinec jí po relativně dlouhou dobu (celý večer, až do noci).

Lidé nárazově se přejídající většinou nesnídají a odkládají první denní jídlo na pozdější dobu. Více než polovinu denního energetického příjmu konzumuje člověk s touto diagnózou večer a v noci. Večer a v noci jí hlavně jídla bohatá na uhlovodíky a tuky[313]. V důsledku výše popsaného chování mají lidé trpící nárazovým přejídáním také problémy se spaním.

#### *1.1.3.5. Další*

Další typy PPP jsou podle ICD souhrnně označovány kódem F50.4.

- Kachexie je PPP, která se vyskytuje u těžce nemocných pacientů, například s onkologickým onemocněním. Pacient buďto vědomě odmítá přijímat živiny z potravy nebo je jeho onemocnění natolik vážné, že tělo samo potravu nepřijímá, neabsorbuje živiny z potravy[314].
- Diabulimie je kombinovaná PPP a diabetu. Lidé trpící touto poruchou záměrně regulují dávky inzulinu tak, aby snížili svoji váhu (zvyšují dávky inzulinu, aby urychlili metabolismus zkonzumovaného).
- V poslední době zejména u mladistvých stoupá nebezpečí onemocnění s názvem drunkorexie. Jedná se o kombinaci mentální anorexie a

[308] tamtéž S. 18.
[309] Dietze-Cruse, 2011. S. 18.
[310] tamtéž S. 23.
[311] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00 a Dietze-Cruse, 2011. S. 23.
[312] http://www.allianceforeatingdis orders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00
[313] tamtéž
[314] Viz http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/cachexia/ 29. 7. 2011 13:55 a http://www.mesothelioma.com/treatment/side-effects/cachexia-and-anorexia.htm 29. 7. 2011 13:57

alkoholismu. [315] Naprostou většinu denního energetického příjmu konzumují takto nemocní lidé ve formě alkoholu. Kromě alkoholických nápojů nekonzumují téměř žádnou nebo pouze minimální množství pevné stravy.

- Na rozdíl od ostatních (kvantitativních) typů PPP se v případě pica syndromu jedná o kvalitativní PPP. Nemocný preferuje požívání předmětů a materiálu, který není považován za stravu pro člověka (prach, popel, kameny, křída, papír, písek, odpadky…)[316].

#### *1.1.3.5.1. Pro-ana, pro-mia*

Specifickým aspektem PPP, který se v současnosti vyskytuje čím dál tím častěji, je zveřejňování těchto problémů, chlubení se jimi a zakládání svého image či celé kariéry na PPP, jak o tom vypovídá následující výrok: *„Bez anorexie bych nic neznamenala*."[317] Takovéto postoje lze řadit k hnutí pro-ana, resp. pro-mia.

Vzhledem k tomu, že například soutěžení ve snižování tělesné hmotnosti, soutěžení o co nejmenší porce konzumovaného jídla se podle výpovědi tanečníků často odehrává mezi studenty tanečních škol. Z tohoto důvodu je téma hnutí pro-ana a pro-mia relevantní i pro tuto práci.

Pojmy *„pro-ana*" a *„pro-mia*" byly vytvořeny z následujících pojmů:

- *„pro*"- *„ve prospěch*"
- *„ana*"- *„**an**orexi**a** nervosa*"
- *„mia*"- *„buli**mia** nervosa*"

Původ těchto sociálních hnutí se nachází ve Spojených státech amerických na začátku 21. století, odkud se velmi rychle rozšířila i do Evropy. Jedná se o internetové stránky nebo blogy, které vytvářejí a navštěvují postižení mentální anorexií nebo mentální bulimií. Základní přesvědčení členů těchto hnutí je, že PPP je dobrá, žádoucí a přínosná. Oficiální definice hnutí znějí následovně[318]:

---

[315] Matsumoto, 2010. S. 4.
[316] Liechti, 2007. S. 121.
[317] tamtéž S. 129.
[318] Srovnej: http://de.wikipedia.org/wiki/Pro-Ana#cite_note-Eichenberg-0 26. 7. 2011 18:22 a http:// www.pro-ana-nation.com/ v1/ index.php ?option=com_content&task= view&id=38&catid=4 26. 7. 2011 19:16

1. Pro-ana je hutí proudu antipsychiatrie. Jeho stoupenci neuznávají PPP jako medicínskou diagnózu. Hnutí může získat až náboženský charakter (členové se řídí *„desaterem přikázání*").
2. Pro-ana představuje útěchu a oporu pro postižené PPP (často například poté, co postižený absolvoval léčbu PPP a zjistil, že léčba nebyla účinná).
3. Pro-ana představuje prostor, kde si postižení PPP poprvé dovolí nahlas hovořit/ psát o svém problému, tedy poprvé prolomit izolaci, do které je PPP uzavírá, ještě dříve než jsou schopni o problému hovořit s rodinou, přáteli nebo lékařem.
4. Pro-ana jsou hnutí, která se snaží ospravedlnit lidi trpící PPP. Cílem hnutí je zde, akceptovat lidi i s jejich poruchou jako součást společnosti.
5. Pro-ana může být chápáno jako životní styl. V mnohých případech PPP lze sledovat utváření vlastní identity prostřednictvím přesného definování jídelníčku. Buďto se tím člověk snaží v první řadě začlenit do určité skupiny (jak tomu bývá v případě komunit pro-ana a pro-mia) nebo se naopak snaží od svého dosavadního okolí odlišit.
6. Podle další skupiny definic je pro-ana hnutí, které chce informovat společnost o pravé realitě PPP a zvýšit tak všeobecné povědomí o této problematice.
7. Další skupina definic pojmu *„pro-ana*" hovoří o hnutí v rámci třetí vlny feminismu.

Stránky jsou na internetu velmi snadno přístupné. Kdokoli se tak může dočíst tipy, triky a rady, jak ještě více zhubnout a své úsilí utajit před rodinou a lékaři, číst si motta a citáty posilující motivaci zůstat nebo být ještě více *„pro-ana*"nebo možnost soutěžit o nejnižší BMI.[319] Aby se člověk mohl počítat k hnutí pro-ana nebo pro-mia, musí splňovat stanovená pravidla navádějící k patologickému alimentárnímu chování. Příklad takovýchto pravidel je uveden v příloze č. 3.

Vzhledem k tomu, že jak tvůrci, správci, tak i návštěvníci těchto stránek jsou postižení PPP, je zřejmé, že tato hnutí představují velké nebezpečí. Proto už 5. 8. 2001 informuje deník Boston Globe o tom, že správce serveru

[319] Srovnej tamtéž

Yahoo se postaral o odstranění stránek propagujících anorexii a bulimii[320]. Správa sociální sítě Facebook pravidelně vyhledává a vymazává pro-ana skupiny [321] (v listopadu 2007 vyrušil čtyři španělské pro-ana stránky ze sítě[322]). Stránky hnutí pro-ana nebo pro-mia ale existují a vznikají stále. Společnost Optenet (celosvětová společnost zabývající se bezpečnosti v oblasti informačních technologií) zveřejnila výsledky výzkumu z období konce roku 2006 až konce roku 2007. V této době vzrostl počet internetových stránek a blogů hnutí pro-ana a pro-mia o 470%. Pro porovnání: v tomtéž časovém úseku narostl počet stránek propagujících násilí o 125%, podporujících rasismus o 70%, stránek nebádajících k užívání drog o 62% a počet stránek s dětskou pornografií o 18%.[323]

V roce 2007 byl počet stránek hnutí pro-ana v německy mluvících zemích odhadnut na několik stovek. Výsledky podobného výzkumu z oblasti České republiky nejsou k dispozici. Ale lze předpokládat, že se situace v Čechách příliš neliší od situace v německy mluvících zemích.

V návaznosti na kapitolu č. 1.1.1 si dovolím tvrdit, že hnutí pro-ana jsou projevem toho, co bylo v minulých stoletích chápáno *„posedlostí ďáblem*", který přikazuje a nabádá k pokračování a prohlubování patologického chování.

## 1.2. PPP u tanečníků

*„You can´t survive if you are obsessive or anorexic*."Jane Burn, sólistka anglického baletu

Mezi studenty tance v ČR dosud nebyl proveden vědecky relevantní výzkum, ze kterého by bylo možné odvodit spolehlivé závěry o častějším výskytu PPP u tanečníků. Česká terapeutka Ludmila Trapková není přesvědčena, že by byl výskyt PPP u tanečníků častější. *„Nemám pro takové*

[320] *„Yahoo removes Web sites promoting anorexia, bulimia from its server*" http://www.magersucht-online.de/index.php/magersucht-online/dossier-pro-ana/20-yahoo-entfernt-pro-anorexie-seiten- 24.7.2011.16:04

[321] http://www.newsweek.com/2008/11/22/out-of-the-shadows.html 26. 7. 2011 21:19

[322] http://www.iqua.net/?go=S3iJ27PQ09INywzsO3FyalSoH3yDxSSX+ 1VQGEz7Z jalk Pd WyhbnGEcwa7kvOKg= 26. 7. 2011 21:22

[323] http://www.optenet.com/mailing/pdfs/TrendReport.pdf 26. 7. 2011 21:02

*tvrzen*[324]*í žádné podklady, přestože s* PPP *pracuji už asi 30 let, občas také s tanečnicemi. Souvislost vidím nepřímou*."[325] Zahraniční odborníci na PPP jsou v tomto ohledu odlišného názoru. Po více než 30 letech studia se výsledky výzkumů shodují na tom, že výskyt PPP a jejich vzniku je mezi tanečníky vyšší.

K těmto výsledkům došli jako první prostřednictvím své studie David Garner a Paul Garfinkel (v roce 1980 v USA). Dalšími významnými studiemi PPP jsou studie Lindy Hamilton, Michelle Warren a Jane Brooks-Gunn z roku 1985. Výsledkem jejich studie bylo zjištění, že PPP lze u tanečníků odhalit zejména na základě sociokulturních faktorů. Konkrétně zde byl sledován postoj k vlastnímu tělu, množství nadměrného cvičení a konkurence s ostatními tanečníky[326]. Podobnou studií je studie Rebeccy Ringham z roku 2006[327]. Jiný výzkum, týkající se přímo tanečního prostředí, konkrétně taneční konzervatoře, byl proveden v roce 2004 na vzorku studentů taneční konzervatoře[328]. Ve výzkumu byl použit dotazník EAT[329] vytvořený odborníky ke zjišťování výskytu PPP. Výsledky ukázaly, že mezi studenty konzervatoře, kteří v dotazníku ke zjišťování výskytu PPP dosáhli hodnoty dvojnásobně převyšující kritickou hranici. Eva-Maria Kraft uvádí výskyt PPP u tanečníků desetkrát častější než populace netanečníků a vidí příčiny ve specifikách výživy tanečníků.[330] Další výzkumy, například výzkum Justine Reel z roku 2005, sice nepotvrzuje, že by PPP trpělo více tanečníků než vrstevníků-netanečníků, ale vypovídají o výrazně větším tlaku, který tanečníky nutí snižovat váhu a o výhodách, které pro ně plynou z nižší tělesné hmotnosti (obraz v zrcadle, výhody pro práci na scéně a větší šance být obsazen do

[324] Tvrzení „mezi tanečníky se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji než u netančících vrstevníků".
[325] Ludmila Trapková, 21.1.2013
[326] http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198511)4:4%3C465::AID-EAT2260040407%3E3.0.CO;2-0/abstract 27.1.2013 10:42
[327] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 22:38
[328] Viz kapitola 1.1. a také Skácelová, 1998.
[329] Dotazník EAT-26 se soustřeďuje na následující faktory: strach z tloušťky, alimentární chování, kontrola nad vlastním stravováním, míra zabývání se jídlem, postoje vůči stravování.
[330] http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 18.1.2013 0:23

rolí)[331]. Rané výzkumy PPP u tanečníků ukazují častější výskyt PPP u tanečníků specializovaných na klasický tanec, než na ostatní techniky a styly.

Mezi tanečnicemi, které trpí nebo trpěly PPP, jsou veřejně známé případy tanečnice Gelsey Kirkland (tanečnice New York City Ballet a současná ředitelka The G. Kirkland Academy v New Yorku) a také Jenifer Ringer (tanečnice NYC Ballet). Taneční kritik New York Times Alastair MacAuley se ve své kritice Louskáčka souboru New York City Ballet v roce 2010 zmiňoval o příliš silné postavě Jenifer Ringer. MacAuley nevěděl, že komentuje postavu tanečnice, která se ve svých 16 potýkala s mentální anorexií. Sama tvrdí, že tato porucha byla obranným mechanismem, který jí pomáhal vyrovnávat se a existovat v roli profesionálního tanečníka. Jenifer Ringer vyvrátila možnost, že by k restriktivním opatřením v alimentaci byla nucena vedením. Jenifer Ringer sama říká, že balet anorexii ani nevyžaduje ani neodměňuje[332]. Také choreografce Paule Abdul se podařilo zvítězit nad PPP a v současnosti je tisková mluvčí National Eating Disorders Association.

Podle Viki Westall, bývalé sólistky anglického Royal Ballet, současné Deputy Associate Director, Northern Ballet UK, dnes už není mezi profesionálními tanečníky tolik případů PPP jako dříve[333]. Žádný výzkum tento fakt však nepotvrdil. Výsledky všech výzkumů byly shrnuty do tabulky uvedené v příloze č. 4.

Čísla, ke kterým jednotlivé výzkumy dospěly, se ale výrazně liší. Rozptyl se pohybuje mezi 1,6% a 83%!

Jak interpretovat tento významný rozptyl?

Rozdíly ve výsledcích výzkumů s velkou pravděpodobností plynou z následujících skutečností.

- Práce nebyly založené na jednotných definicích, se kterými výzkum pracoval. (například definice pojmu „*porucha příjmu potravy*“).

---

331 http://books.google.cz/books?id=prTnltnNbC4C&pg=PA575&lpg=PA575&dq=Reel,+SooHoo,+Jamieson,+%26+Gill,+2005&source=bl&ots=Mla0PRanS5&sig=5imfttsfr9eLhCvK8n79WlYbxVs&hl=de&sa=X&ei=xOYEUYaqAcXftAbD04CYBw&ved=0CDUQ6AEwAg#v=onepage&q=Reel%2C%20SooHoo%2C%20Jamieson%2C%20%26%20Gill%2C%202005&f=false 27.1.2013 10:42

332 http://www.huffingtonpost.com/2012/02/07/mariafrancesca-garritano-fired_n_1260343.html 26.1.2013 22:34

333 http://www.bbc.co.uk/news/entertainment-arts-17738611#?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter 15.1.2013 22:22

- Časový rozptyl mezi jednotlivými výzkumy činí 26 let, tedy celou generaci tanečníků.
- Je velmi pravděpodobné, že i zde výzkumy neodhalily velké procento tanečníků, kteří o své PPP ještě ani nevědí nebo si jí nepřipouštějí. Určité testy pracovaly s přímými otázkami, jiné s komplexnějšími psychologickými mechanismy.
- Čtvrtým relevantním vysvětlením markantního rozptylu výsledků je skutečnost, že problematika PPP je v tanečním prostředí silně tabuizována a zamlžena.

PPP představují ve většině sfér tanečního světa tabu. Vypovídá o tom například událost, že přední italská tanečnice Mariafrancesca Garritano dostala výpověď z divadla *La Scala* v Miláně, kde celých 17 let, tedy od svých 16 let, působila. Stalo se tak bezprostředně poté, co se vyjádřila, že v jejich soubor je zaplaven onemocněním anorexia nervosa [334], že každá pátá tanečnice trpí některou z PPP a většina z nich je v důsledku toho neplodná[335]. Tyto informace zveřejnila v rozhovoru pro britský deník *The Observer* a ve své knize „*The Truth, please, About Ballet*" v lednu 2010. Výpověď dostala v červenci 2012[336]. Garritano ve své knize popisuje zacházení s dospívajícími studenty elitní taneční školy. Uvádí, že byla pedagogy přirovnávána k mozarelle nebo ke knedlíku, v důsledku toho omezovala příjem potravy. Ve svých 17 letech vážila 43 kg. Sekundární amenorea v té době trvala rok a půl. Sekundární amenorea byla podle Garritano běžným jevem u 7 z 10 jejich spolužaček v té době. Soutěžilo se, kdo sní méně. „*Vystačila jsem tehdy s jedním jablkem a jedním jogurtem denně. Spoléhala jsem na adrenalin, abych zvládla zkoušku… Někteří tanečníci museli být hospitalizováni a uměle vyživování, jiní skončili s těžkými depresemi a dodnes jsou v péči psychoterapeutů*. *Stále mě pronásledují bolesti břicha a časté zlomeniny, které jsou, podle mě, důsledkem špatné výživy*."[337] Garritano dále uvedla skutečnost, že si tanečnice nechávají operativně zmenšovat prsa, aby udrželi

[334] http://www.dailymail.co.uk/news/article-2130067/New-English-National-Ballet-chief-tells-dancers-weight-vows-stamp-anorexia.html 15.1.2013 23:13
[335] http://www.guardian.co.uk/world/2011/dec/04/ballerinas-la-scala-anorexic-claim 26.1.2013 15:49
[336] tamtéž
[337] http://www.guardian.co.uk/world/2011/dec/04/ballerinas-la-scala-anorexic-claim 26.1.2013 15:49

požadovaný tvar těla. Sama ale řekla, že ona je v první řadě žena, až ve druhé řadě tanečnicí. Jako důvod, proč se u ní PPP nerozvinula do takto extrémních stádií, Garritano uvádí svou tvrdohlavost a pozitivní *„vzpomínku na smažená jídla, která provázela její dětství*" [338].

Vedení školy při La Scale popřelo, že by na jejich škole probíhaly praktiky, které popisovala Garritano. Ostatní kolegové ze souboru se za Garritano také nepostavili, údajně ze strachu, že by se tím nepřímo přiznali k PPP [339].

Počin Mariafrancesca Garritano byl jedním z momentů, který, stejně jako film *„The Black Swan*" v roce 2010, upozorňuje veřejnost na výskyt PPP mezi tanečníky. Mariafrancesca Garritano navíc veřejně nabádá další tanečníky, aby otevřeně hovořili o tabuizovaném tématu PPP v tanečním světě. Na jedné straně je nutné, aby se o PPP v tanečním světě hovořilo, Na druhé straně je ale třeba maximální opatrnosti, citlivosti a promyšlenosti kroků *„detabuizace*" a také následků těchto kroků!!!

Osobně považuji například zveřejnění informace, že profesionální tanečnice vystačí s jedním jogurtem a jedním jablkem na den, za nezodpovědnost. Je velká pravděpodobnost, že se kniha této velké tanečnice dostane do rukou mladých studentek tance. Jak asi zareaguje mladá dívka, když bude vědět, že baletka, která to dotáhla k takovýmto tanečním úspěchům, jedla jen jogurt a jablko denně? Dovolím si tvrdit, že se jistě najdou dívky, které *to budou chtít také zkusit*.

Druhým argumentem, který v případě zveřejnění informací o alimentárním chování na taneční škole, zřejmě nebyl promyšlen do důsledků, je obraz tanečního světa v očích laické veřejnosti. Sama jsem se jako taneční pedagog již mnohokrát setkala s rodiči, kteří své dceři nedovolili navštěvovat taneční výuku (ani na úrovni volnočasové aktivity, například na ZUŠ), právě ze strachu, že by jejich dcera *„přestala jíst a spadla do nějakých těch bulimií*". Zveřejnit informace o nevhodném stravování na tanečních školách znamená riziko nárůstu počtu rodičů, kteří se o své děti v tanečním světě budou bát a budou jim tanec zakazovat nebo se snažit vymluvit.

[338] tamtéž

[339] http://www.danceinforma.com/magazine/tag/the-truth-please-about-ballet/ 27.1.2013 00:01

Detabuizace PPP v tanečním světě by právě z důvodu velkého množství rizikových jedinců neměla být prováděna ventilováním syrové reality. Vhodná forma detabuizace PPP v tanečním světě by měla být opřena o závěry a doporučení odborníků.

## 1.3. Léčba

*„Chodím k lékaři na pravidelná sezení. Ale nemyslím, že je někdo schopen lidem, jako jsem já, pomoci*," řekla pacientka, u které *„…lékaři diagnostikovali anorexii a alkoholismus (drunkorexii), do dvou let na následky onemocnění zemře, pokud se nebude léčit a léčba nebude úspěšná*." [340] Pouze jednomu z deseti lidí trpících PPP se dostane léčby. A z této desetiny postižených má možnost využít terapii v instituci specializované na PPP pouze 35%. [341] Mladistvým trvá mnohdy *„osmnáct měsíců až dva a půl roku, než si svůj problém s jídlem uvědomí, natož než se pokusí vyhledat pomoc…*[342]" V okamžiku, kdy si pacient problém připustí a vyhledá pomoc, je organismus po fyzické i psychické stránce poškozen dlouhodobým stavem podvýživy.

Lidé trpící PPP v určitém stádiu nemoci často již (teoreticky) vědí, co je špatně a také, co by měli udělat pro zlepšení situace. Tito lidé ale mnohdy už nejsou schopni sami změnit směr jízdy. Podvýživa s sebou nese také poruchu vnímání. Člověk může disponovat brilantními mentálními dovednostmi, ale v posuzování vlastního těla, obrazu o vlastním těle, se tyto mentální dovednosti neuplatňují. Zde popsaný mechanismus jsem schematicky vyjádřila v příloze č. 5. Vyproštění se ze spárů PPP je nepředstavitelněkrát těžší než cesta tam. Vypovídá o tom následující popis:

*…jsem v moři, v rozbouřeném moři. Místy ani nevím, kde je nahoře a kde je dole. Ze všech stran mě to někam tlačí, tahá, cpe a cloumá. Dělám, co můžu, ale nic nepomáhá. Jedna vlna za druhou… a pak, konečně! Břeh!*

*Začínám cítit, kde je dole, cítím písek pod sebou a vidím světlo nad sebou. Konečně!*

---

340 http://www.novinky.cz/zena/zdravi/273889-alkorexie-ohrozuje-stale-vice-mladistvych.html 23.7.2012 11:31

341 http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:09

342 http://www.novinky.cz/zena/deti/255002-mezi-vazne-nemocnymi-anorektickami-jsou-dnes-i-trilete-divky.html 23.7.2012 11:49

*Zvedám se. Chci vstát. Ale když se snažím vystrčit ruku z mořské pěny zvířené bouřkou, narazím. Nade mnou, kolem mě bublina, poklop. Zvedám ho, ale nejde s ním hnout. Snažím se ho rozbít, prolomit, ale zdá se být nerozbitný. Konečně vidím, kde je nahoře a kde je dole. Vidím, kudy chci a kudy mám jít, konečně vím, kudy vede ta správná cesta, ale nejde to! Nejde!*

Ve 40-50% případů se mentální anorexie vyvine v chronické onemocnění. Ve 20-30% sice léčba docílí navýšení tělesné hmotnosti do stavu „*normální váhy*", ale psychické a sociální poruchy přetrvávají.[343]

### 1.3.1. Strategie léčby

Prvním krokem na cestě k úspěšnému opuštění PPP je, aby si člověk svou nemoc uvědomil a připustil. Jak bude níže popsáno, ne ve všech případech léčby pacient s terapeuty (od začátku léčby) spolupracuje a svou nemoc neakceptuje. I přes odchylky v konkrétních jednotlivých případech, lze strategii léčby PPP zobecnit a shrnout do následujících kroků[344]:

1) Definování situace,

Cílem psychoterapie je v první řadě definování situace, a to na základě následujících faktorů:

- Odchylky od normálního[345] alimentárního chování (Od kdy jsou odchylky pozorovány? Kdy, co a kolik v současnosti jí? Jaká je kalorická hodnota stravy? Co v současnosti pije?),
- psychologické faktory,
- činnost (Kolik má fyzické aktivity?),
- sociální podmínky (rodina, sociální prostředí, kde žije),
- zdravotní stav těla: váha (vývojová křivka váhy, metody redukování tělesné hmotnosti, cílová váha), výška, puls, krevní tlak, zuby, krevní obraz- hladina cukru, obsah iontů, jaterní testy,

[343] Hoffmann, 2009. S. 4.a Cremer, 2011. S. 115.
[344] Rozlišení do jednotlivých kroků bylo provedeno na základě kompilace systému Jürga Liechtiho (Liechti, 2007. Kapitola 3 „*Exemplarische Therapieprozesse*") a systému amerického psychoterapeuta Kennetha I. Howarda z roku 1993 (re-moralizace, remediace, rehabilitace). BM
[345] Výraz „*normální*" v souvislosti s léčbou označuje stav, který je slučitelný se zdravým, tedy stav „*zdraví neohrožující*", běžný pro současnou společnost, přiměřený situaci.

enzymy slinivky, hormony štítné žlázy, růstové hormony, někdy EKG, EEG, CTG nebo osteodensitometrie[346].

2) medicínské zaopatření (v případě ohrožení na životě i bez aktivní spolupráce s pacientem),

3) re-moralizace (motivační fáze),

Realizace kroků č. 3-5 může následovat pouze v případě, že si pacient uvědomil, *že* zde problém je. Pro nalezení potřebné motivace pro další léčbu je často třeba radikálně a důsledně přehodnotit priority svého života, vzdát se dosavadních cílů, někdy i snů, a zvolit realističtější cestu, což obnáší mnoho velmi náročných dílčích úkolů, se kterými se pacient musí postupně vyrovnávat. Důležité otázky v tomto procesu jsou například následující:

- Které faktory mi brání v tom, abych se PPP vzdal (a)?
- Co mě motivuje vzdát se PPP?

4) remediace (vývoj přiměřeného alimentárního chování),

Pro návrat k normálnímu alimentárnímu chování je třeba, aby pacient přijal *„antidietní"* postoj. V tomto stádiu terapie je prováděna revize dietologických přesvědčení, která pacient má. Pacient se snaží upustit od rozdělování potravin na nebezpečné/ zakázané a bezpečné/ povolené. Bojuje proti iracionálnímu strachu z toho, že po snědení normální porce jídla *„nakyne jak knedlík"*. Cílem terapie je dosáhnout alimentárního chování řízeného pocitem hladu a sytosti. V důsledku dlouhodobého potlačování hladu trvá rovněž dlouhou dobu, než se přirozený pocit hladu a sytosti navrátí. Zpočátku pacientům činí velké potíže jíst *„normální"* porce jídla.

Součástí návratu k normálnímu alimentárnímu chování je také přijetí normálních[347] stolovacích návyků (tempo jedení, množství tekutin vypitých při jídle, množství a složení zkonzumované stravy…).

5) remediace (normalizace tělesné hmotnosti),

Pro lepší kontrolu hmotnosti a jídelníčku je veden protokol o tom, co pacient snědl. Od pacientů s podváhou je při terapii očekáván váhový

[346] Cremer, 2011. S. 111.
[347] Normální= takové, které by zvolila většina společnosti za stejných okolností. BM

přírůstek 500-700g za týden[348]. Aby byl zaručen (rychlý) výsledek léčby, jsou pacienti nuceni dojídat všechna jídla. Při nedodržování tohoto pravidla a při nepřibírání čekají pacienty sankce jako zákazy vycházek, klid na lůžku nebo dokonce propuštění z terapie.

Příkazy, zákazy, sankce a zacházení s pacientem jako s pasivním objektem, *„případem*", vede zaprvé k tomu, že pacient také zaujímá pasivní postoj. Nesnaží se sám na sobě a svém problému *„pracovat*". Zadruhé si (často velmi inteligentní) pacienti vymýšlejí triky, jak pravidla obejít (například pití velkého množství vody před vážením, nebo cvičení, běhání ve sprše nebo na záchodě, poté, co byl pacient nucen sníst celý oběd…). Léčba založená na pasivitě nebývá úspěšná, pacienti se i po zdánlivém úspěchu léčby (dosažení normální hmotnosti) opět uchylují ke starým vzorcům chování[349].

6) rehabilitace (stabilizace osobnosti),

Poté, co pacient dosáhl přiměřeného alimentárního chování a normální hmotnosti, přichází další problém vyrovnat se s tím, *„že*", *„co*" a *„kolik jsem toho snědl (a)". Pokusit* se na tom, že jsem najedený vidět také něco pozitivního (například: cítím teplo, mám sílu…), [350] stojí mnoho odvahy, odhodlání a vnitřní síly. Pacient se musí naučit přijímat se zcela jinak, než se dosud přijímal a než jak se dosud přijímat chtěl. Součástí tohoto procesu je také konfrontace s *„novým*" tělem (prostřednictvím fotografií, videonahrávek, dotýkat se vlastního těla…). Jedinec musí za sebe převzít zodpovědnost. [351]

7) reintegrace do společnosti, návrat do každodenního života a prevence recidivy.

V této fázi výuky je cílem reintegrace jedince do společnosti [352]. Je podporována sebevědomí a sebejistota ve svém *„novém*" těle ve společnosti.

V rámci prevence recidivy jsou hledány mechanismy, kterými pacient může ventilovat tlaky, stresy a emoce, které před terapií ventiloval prostřednictvím jídla.

---

[348] Cuntz, 2008. S. 95.
[349] tamtéž S. 100.
[350] tamtéž S. 97.
[351] http://www.bleibfit.at/latente_ess_stoerungen.phtml 22.12.2011 7:59
[352] Cuntz,2008. S. 103.

### 1.3.2. Typy léčby

Léčba může probíhat ambulantně, stacionárně, částečně stacionárně a částečně ambulantně a existují také zařízení společného bydlení osob trpících PPP nebo „*rekondiční pobyty*".

#### *1.3.2.1. Ambulantní léčba*

Ambulantní léčba zahrnuje v průměru 25 sezení, často více[353]. Výhody ambulantní léčby:

- Jedinec zůstává ve známém prostředí, doma,
- jedinec může to, co se naučí rovnou aplikovat v praxi,
- okolí (rodina a přátelé) se v přirozeném prostředí účastní léčby, což si většina pacientů v průběhu terapie dříve či později přeje, [354]
- náklady na léčbu jsou nižší.[355] Vzhledem k dlouhodobosti léčby PPP se ale i v případě ambulantní léčby jedná o nákladnou záležitost. V USA vychází stacionární léčba PPP na 30 000 dolarů za měsíc. Náklady na ambulantní léčbu mohou činit až 100 000 dolarů[356].

Nevýhody ambulantní léčby:

- Nelze aplikovat u komplikovanějších případů (nedostačuje),
- je náročné se vymanit ze zajetých stravovacích návyků, když jedinec nezmění prostředí,
- bývá dlouhá čekací doba (terapeuti jsou dosti vytížení),
- jedinec nemá po ruce odbornou pomoc 24h denně.

#### *1.3.2.2. Stacionární léčba*

Stacionární léčba je nezbytná, když se projevují následující symptomy a rizika:

- Kritická podváha,
- velmi časté zvracení,

[353] Cremer, 2011. S. 117
[354] Srovnej: Liechti, 2007. Kapitola „1.7 *Blick über den Gartenzaun*"
[355] Cremer, 2011. S. 117 a
[356] http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/ 27. 7. 2011 11:47

- se přidá další somatické onemocnění (podvyživený organismus je výrazně oslaben a mnohem hůře bojuje s běžnými onemocněními),
- riziko sebevraždy nebo vážného sebepoškozování,
- se projevuje závislost nebo další psychické onemocnění,
- se jedinec nachází ve velmi těžké životní situaci,
- se jedinec nemůže vyprostit ze zajetých stravovacích návyků,
- je rodina (zejména rodiče) vyčerpána a už nemá síly s nemocí bojovat (Když člověk trpící mentální anorexií hladoví, cítí se většinou „*dobře*", nebo spíš „*dobrý*", a rodině ne. Když jí, je rodině dobře a jemu ne.[357]),
- ambulantní léčba nepomohla,
- je nutné, aby jedinec radikálně opustil *staré* (a často *nemocné*) prostředí.[358]

Stacionární terapie probíhá buďto přímo v nemocnicích (na interních nebo dětských odděleních, v některých případech dokonce na jednotkách intenzivní péče), v psychiatrických klinikách nebo v klinikách specializovaných na závislosti nebo přímo na PPP. Léčba trvá 4-6 měsíců. Na stacionární léčbu navazuje léčba ambulantní. Doporučovaná délka následné ambulantní léčby je 12 až 24 měsíců[359].

Stacionární terapie zahrnuje také medicínskou péči. V případě ohrožení na životě, je zavedena žaludeční sonda s umělou výživou nebo podávána výživa prostřednictvím infuzí. Tato opatření sice znamenají záchranu života, ale pro psychiku pacienta s sebou často nesou zhoršení situace. Pacient v terapii zaujímá pasivní roli, což dlouhodobému úspěchu nepomáhá. Součástí stacionární terapie bývá v mnoha případech také podávání draslíku (ve formě rozpustných tablet, ve vážnějších případech prostřednictvím infuzí).[360] Dále umožňuje stacionární terapie snáze vystoupit z patologických alimentárních návyků. Pomáhají tomu jasně daná a striktně dodržovaná pravidla, pevný denní režim, naplněný denní program a neustálý dohled odborníků[361].

[357] Liechti, 2007. S. 95.
[358] Cremer, 2011. S. 118
[359] tamtéž S. 119
[360] Cuntz, 2008. S. 93.
[361] Cremer, 2011. S. 119

V rámci stacionární nebo kombinované léčby je odborným personálem dohlíženo na stravování pacientů. Při této metodě léčby PPP pacienta čeká dodržování pravidel, podle kterých musí:

- …jíst víc, než v poslední době jedli,
- … jíst i potraviny, které si zakazovali,
- … jíst víc, než je běžná energetická potřeba člověka vašeho věku,
- … jíst víc než ostatní,
- …smířit s tím, že se někdy budou cítit přejedení,
- …snažit se jíst i v případě, že na to nemá chuť a nemá hlad, musí jíst mechanicky,
- … nevyhýbat se jídlu s ostatními,
- …snažit jíst rychleji a dojídat bez ohledu na svoje pocity.[362]

Odborníci s tímto přístupem pacienty berou jako *„materiál ve zkumavce"*, metody léčby tak pacienty automaticky směřují k pasivitě, k pasivnímu následování rad a příkazů.

#### *1.3.2.3. Kombinovaná léčba*

Kombinovaná léčba znamená terapii, kdy pacient je v léčebném zařízení pouze přes den. Přespává doma a také víkendy tráví doma. Tento typ léčby je vhodný pro středně závažný průběh PPP. V ČR existuje pouze jedna instituce, která tuto formu terapie nabízí (Denní stacionář při Psychiatrické klinice Ke Karlovu na Praze 2).

Po skončení stacionární i ambulantní léčby je nutná další terapie. Smyslem dalších terapeutických sezení v delších časových rozestupech je:

- Zachování úspěchů původní terapie,
- Zabránění vzniku recidivy,
- Případné včasné odhalení recidivy
- Pomoc při reintegraci do pracovního (nebo studijního) procesu
- Pomoc při reintegraci do společnosti, navazování vztahů[363]

Délka trvání následné péče se pohybuje v řádu měsíců, častěji v řádu několika let[364].

[362] Krch, 2006. S. 39.
[363] Cremer, 2011. S. 115
[364] tamtéž S. 115

### 1.3.3. Přístupy k léčbě

Současná situace a přístupy k léčbě PPP je výsledkem staletého vývoje studia této problematiky.

V antice se setkáváme s vysvětlením popisujícím špatný poměr tělesných tekutin nebo nadbytek žaludečních šťáv. Byzantský učenec Trallianus v 6. století shrnul a zkompiloval antické vědění o alimentárních odchylkách. Nechutenství vysvětloval buď chybným poměrem tělních tekutin, nebo přebytkem žaludečních šťáv.[365]

Ve středověku byl náhled na PPP určován křesťanstvím. I v 17. století, byly případy odmítání potravy a extrémní vyhublosti vysvětlovány povětšinou buďto posedlostí ďáblem nebo působením nevysvětlitelných sil.[366]

18. století (například Diderotova Encyklopedie, Carl Linné nebo také Erasmus Darwin, dědeček Charlese Darwina)[367] přináší vysvětlení příčin PPP založené na tehdejším medicínském vědění. Jako příčiny PPP byla uváděna například přecitlivělost mozku na vzruchy ze žaludku, stav duše (smutek, strach, trudomyslnost, nešťastná láska- *„nemoc z lásky*"[368]), nedostatek nebo blokáda vzruchů od životních duchů v žaludku, nedostatek či přebytek žaludečních šťáv, nestrávená potrava a zánět nebo parazité v žaludku. Začátkem 20. století se vysvětlování příčin PPP stále řídilo medicínou. Velká váha byla přikládána teorii o příčině PPP v oblasti endokrinních procesů (porucha hypofýzy).

Po druhé světové válce však zesílil vliv psychiatrie a až do šedesátých let v terapii poruch PPP dominovala psychiatrie, jejíž přístupy se často opíraly o psychoanalýzu. [369] Až do sedmdesátých let 20. století byli lékaři a psychoterapeuti toho názoru, že se v případě PPP jedná o problémy dospívání, o problémy stát se fyzicky vyzrálou ženou.[370]

[365] Vandereycken, 2003. S. 150.
[366] tamtéž S. 65.
[367] tamtéž S. 153-154.
[368] tamtéž S. 176.
[369] tamtéž S. 225.
[370] Cuntz, 2008. S. 85.

1974 je (na univerzitě v Manchesteru) založena první svépomocná skupina pro lidi trpící poruchami příjmu potravy. O tři roky později vzniká podobné centrum v Kalifornii[371].

V roce 1982 je poprvé pořádán „*Týden boje proti poruchám příjmu potravy*". První jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy je otevřena 1. 3. 1983 v Praze. Bulimia nervosa je v 80. letech 20. století Světovou zdravotnickou organizací (WHO) shledána jedním z prioritních problémů světové populace.

V uplynulých desetiletích byly PPP medializovány, vědění o nich se rozšířilo ve společnosti. Stalo se tak zejména prostřednictvím osobností, které PPP trpěly nebo dodnes trpí [372] a jsou často prezentovány veřejnosti (anglická princezna Diana, [373] Eliška Bučková,[374] Hana Vágnerová[375]…).

Mezi přístupy lze v současnosti sledovat různé skupiny modelů. V prvním případě se jedná o kauzální modely, ve druhém o modely funkcionální. Do první skupiny patří systémy, které předpokládají konkrétní příčnu jevu, lze k nim tedy řadit „*historické*" přístupy, o kterých byla řeč výše.

Do druhé skupiny patří modely, které problém spatřují ve způsobu fungování celého systému a ke kterým se přiklání většina současných odborníků. PPP představují velmi komplexní psychosomatické poruchy, začarovaný kruh, ve kterém příčinu nelze jasně oddělit od následku a naopak. Jedná se o podobný závěr, ke kterému už došel Jacobus Willerus, který v roce 1715 napsal jednu z prvních prací majících v názvu pojem „*anorexia*". [376] V praxi bývají jednotlivé přístupy proto kombinovány s ohledem na specifika konkrétního případu, takže se jedná o terapii

---

[371] Srovnej: Skácelová, 1998. Kapitola 1.1 Stručná historie touhy po štíhlosti.

[372] Srovnej: http://www.lhup.edu/smarvel/Seminar/FALL_2004/Dwornitski_2/eatingdis. htm 31. 7. 2011 21:36 a http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=86&catid=4 25. 7. 2011 18:14 a http://www.pure-ana.com/ node/10 24.7.2011 14:38

[373] Vandereycken, 2003. S. 267, 280- 282.

[374] http://www.super.cz/161843-eliska-buckova-po-priznani-anorexie-varuje-vsechny-divky-nehubnete-jako-ja-znici-vam-to-zdravi.html 1.4.2013 13:27

[375] http://www.novinky.cz/zena/styl/245038-herecka-hana-vagnerova-anorexie-mi-vzala-tri-roky-zivota.html 23.7.2012 12:03

[376] Vandereycken, 2003. S. 151.

integrativní, multimodální[377]. Jsou tak využívány psychodynamické směry (soustředí se na podmínky vzniku onemocnění), terapie chování (navazuje se také na behavioristy a mechanismy pozitivního a negativního posilování[378]) a interpersonální terapie[379].

Pro psychodynamický přístup představují PPP následek raných pudových konfliktů, traumatických zkušeností, deficitů ve vývoji identit, individuace a separace od rodičů nebo také popírání sexuality nebo ženskosti.[380] Anorexie je nahlížena jako regrese na dřívější vývojovou fázi. Lze pozorovat mechanismy rozštěpení, zapírání, projekci nebo také sublimaci (úbytek hmotnosti jako způsob „*ztratit se ze světa*"). Interpretace tohoto přístupu sleduje mechanismy moci a kontroly. Absolutní kontrolou toho, co jí (v případě anorexie), nabývá pacient pocitu kontroly a moci. Ve skutečnosti se však jedná o regres do orální fáze, kdy se pacient stává závislým, nesamostatným a nutně tak získává také péči a podporu, většinou rodičů)[381].

Dalším z funkcionálních modelů, které jsou v terapii velmi často (a s úspěchem) využívány, je systemický přístup.[382]Systemický přístup studuje kontext, prostředí, ve kterém se pacient nachází. Většinou se jedná o rodinu[383]. Systemický přístup hledá souvislosti mezi „*vnějším*" prostředím, ve kterém pacient žije a „*vnitřním*" prostředím, nitrem samotné poruchy a propojeností všech faktorů. Konkrétní příklad systemického přístupu je Heidelberský systemický model, který se zaměřuje na řešení individuace v kontextu rodiny.

PPP bývají mnohdy nahlíženy jako forma závislosti (např. německé pojmy „*Magersucht*", „*Ess-Brech-Sucht*", „*Muskelsucht*"). Nejde o konkrétní alimentární chování (půsty či přejídání), které by zapříčinilo závislost. [384] Podobnost PPP a závislosti je vyvozován z následujících faktorů: [385]

- Permanentní pocity méněcennosti,
- pocity viny,
- zneužívání jídla a hladovění jako prostředku k regulaci emocí,

[377] Cremer, 2011. S. 111.
[378] Cuntz, 2008. S. 87.
[379] Cremer, 2011. S. 112.
[380] Hartl, 2009. S. 45-46.
[381] Cuntz, 2008. S. 61-62.
[382] Srovnej: Liechti, 2007.
[383] Cuntz, 2008. S. 62.
[384] Liechti, 2007. S. 130.
[385] Srovnej: Liechti, 2007. Kapitola „*5.3 Das Suchtmodell*"

- kognitivní fixace na potraviny,
- tajnosti, za které se jedinec stydí,
- potlačování nemoci- závislosti,
- strach ze ztráty kontroly,
- lpění na patologickém chování i přes znalost dlouhodobých následků a nebezpečí,
- stupňování dávek (množství zhubnutých kil).

Ulrich Cuntz se ale k tomuto srovnání staví kriticky a upozorňuje na to, že PPP jakéhokoli typu je mnohem komplexnější než závislost. Časté jsou také případy, kdy se současně s PPP vyvíjí závislost (14-50% bulimiček přiznává alkoholismus)[386].

V případě nahlíží-li se na PPP jako na fenomén propojený s depresemi, spočívá léčba v první řadě v podávání psychofarmak- antidepresiv [387]. Antidepresiva se v některých případech osvědčují jako pomoc pro pacienty trpící mentální bulimií. [388] Už v 18. století bylo například jako psychofarmakum v terapii anorexie používáno opium.[389]

Další psychická porucha, která často doprovází PPP je anxieta. Obvykle se člověk tomu, z čeho má strach, vyhýbá, ale zároveň platí, že čím více se člověk strachu vyhýbá, tím více strach roste. Které konkrétní „*strachy*" lze označit jako relevantní v souvislosti s PPP?

- Strach z přibrání na váze,
- strach z dospělosti a zodpovědnosti,
- strach ze ztráty kontroly,
- strach ze ztráty pravidel a zdánlivého bezpečí,
- strach ze sebe sama,
- strach z přirozenosti, z pudů, potřeb a života,
- (v pokročilejších stádiích onemocnění) strach ze změny.

Terapie anxiety probíhá na principu zmírňování strachu přímo ve stresových situacích, tzv. „*coping-model*". Pacient je konfrontován se situací, ve které pociťuje strach.[390] Postupně se učí „*vydržet to*", když snědl něco

[386] Cuntz, 2008. S. 76.
[387] Srovnej: Liechti, 2007. Kapitola „5.4 *Das Depressionsmodell*"
[388] Cuntz, 2008. S. 107.
[389] Vandereycken, 2003. S. 155.
[390] Srovnej: Liechti, 2007. S. 117

*„zakázaného*" (v případě anorexie), nebo když po jídle nezvracel (v případě bulimie).

Psychofarmaka sice při léčbě nejsou užívána přímo proti PPP [391]. Psychofarmaka užívaná při psychózách nejsou při chybném a nekorigovatelnému názoru na vlastní tělo u pacientek- anorektiček účinná.

I v současnosti ale převažuje, zejména u stacionární terapie náhled na pacienta jako na pasivní objekt. Jak bylo uvedeno výše, aktivní pacient zaručuje statisticky vyšší úspěšnost léčby než pasivní (v tradičním modelu stacionární léčby). Terapeut si uvědomuje, že expertem, odborníkem na danou situaci je pacient sám. Terapeut proto pouze umožňuje pacientovi aktivně nahlédnout problém a možná východiska z různých stran.

V terapii jde příliš často jen o *„mechanickou*" úpravu tělesné hmotnosti a přinucení k (navenek) přijatelnému alimentárnímu chování.

V souvislosti s tancem je třeba zmínit ještě jednu skupinu přístupů k terapii PPP. Arteterapeutické (mezi nimi také taneční terapie[392]) a kreativní metody v rámci terapie si získávají čím dále tím významnější zastoupení (dokonce i v rámci stacionární léčby). Narážíme zde na paradox: na jedné straně je tanec označován za rizikové prostředí a na druhé straně je tanec médium v rámci terapie. Vysvětlením tohoto paradoxu je skutečnost, že taneční terapie chápe tanec na základě zcela odlišných kritérií a hodnot než tomu je u akademického tance zprostředkovávaného na konzervatořích.

### 1.3.4. Specifika léčby PPP u tanečníků

Faktory, které vyvolávají a zesilují PPP u tanečníků, jsou vázané přímo na taneční svět. Radikální změna prostředí se proto jeví jako účinná forma terapie[393]. Bohužel ale zejména u denních studentů tance (konzervatoristů) má absence tréninku vážné, v určitém ohledu lze dokonce říct: *„fatální*", následky pro jejich kariéru a angažmá.

---

[391] http://www.bleibfit.at/latente_ess_stoerungen.phtml 22.12.2011 7:59 a Cuntz, 2008. S. 108.

[392] O vhodnosti a žádanosti tance coby terapeutické metody svědčí výrok české terapeutky Ludmily Trapkové, která říká, že *„mnohé pacientky s PPP si přejí tančit*."

[393] Srovnej: Piran, 1999. V Nordin-Bates, 2011. S. 224.

V případech, kdy je zvolena ambulantní léčba, tedy v lehkých případech PPP (když ještě nenastalo ohrožení na životě), není nutné přerušit trénink. Je ale sporné, nakolik může být léčba účinná, když se jedinec neustále nachází v prostředí, kde je postava a tělesná hmotnost neustále komentována a analyzována.

V rámci opatření, ke kterým se pedagog uchyluje poté, co nabyl podezření na PPP u studenta, se často přikračuje k zákazu tréninku. Zákaz tréninku u tanečníků, kteří dosahují výrazné podváhy má jednak výhodu, že do jisté míry chrání zdraví studenta. Trénink ve stavu podváhy je extrémní zátěží pro životně důležité orgány (hrozí zástava srdce) a ohrožení pro metabolismus. Vyřazením studenta s PPP z tréninku pedagog také do jisté míry chrání kolektiv. Student, který se už nemůže účastnit tréninků, je sice výstrahou a odstrašujícím případem pro ostatní, ale není dokázáno, že tento postup nemocnému studentovi pomůže k uzdravení.

Podle Evy-Marie Kraft, rakouské tanečnice, taneční pedagožky a výživové poradkyně, velká část terapeutů, odborníků na PPP, nemá zkušenosti a znalosti specifik tanečního prostředí. Tento aspekt terapii tanečníků bojujících s PPP ještě více ztěžuje a nechává vzniknout bizarní situace, kdy na jedné straně terapeut ambulantní léčbou pracuje proti PPP a na druhé straně taneční prostředí pracuje přesně opačným směrem, tedy podporuje PPP. Ideální situace léčby je načrtnuta ve schématu č. 3, tedy situace, kdy spolu všichni aktéři terapie společně komunikují a konzultují svou porci zodpovědnosti za tanečníka. Dalším aspektem ambulantní léčby tanečníků s PPP, který je nutno brát v úvahu, je skutečnost, že pacient nesmí v tréninku vidět jen prostředek formování těla. Je třeba, aby byly zdůrazňovány i jiné stránky a náhledy na taneční umění (konkrétně například: lidskost, emoce a zejména radost! [394] Bohužel je těžko představitelné, jak by tento aspekt mohl být zakomponován do současných metod výuky tance na konzervatořích. Většina metod taneční pedagogiky preferovaná na současných konzervatořích se v tomto ohledu jeví jako kontraproduktivní.

[394] Hoffmann, 2009. S. 54.

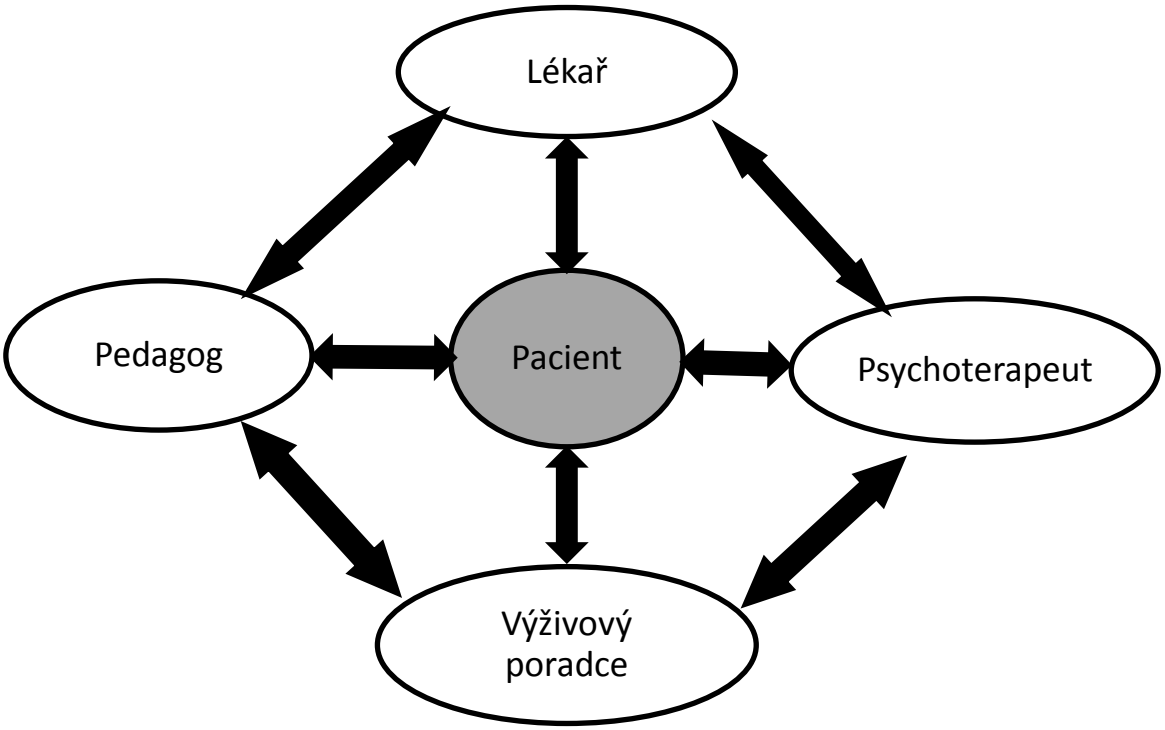



Schéma č. 3 „*Interakce v rámci (ideální) terapie*"

Shrneme-li vhodnost typů terapie pro tanečníky, ukazuje se ambulantní léčba jako málo účinná a stacionární terapie možná pouze při dlouhodobém přerušení tréninku (a následné ambulantní léčbě).

### 1.3.5. Recidiva

V odpovědi na otázku, jestli je možné vyléčit PPP, nejsou zajedno ani odborníci. Část jich hovoří o dlouhodobém nebo naprostém vymizení samotného problému. Druhá skupina odborníků, „*pesimistická*", naopak zastává názor, že lze dosáhnout pouze vymizení pozorovatelných symptomů v chování postižených, ale doživotně zde bude trvat riziko recidivy [395]. Statistické údaje reflektující realitu úspěšnosti léčby vypovídají spíše ve prospěch druhé, „*pesimistické*", skupiny odborníků (viz níže).

V současné společnosti je riziko recidivy PPP veliké, jednak protože se v současné společnosti projevuje příliš faktorů podporující vznik PPP. Dalším argumentem zvyšujícím rizika recidivy, je skutečnost, že „*tělo nezapomíná*",

[395] Matsumoto, 2010. S. 35.

a staré vzorce chování (například patologické alimentární chování) zůstávají uloženy v paměti.

Odborníci na PPP se shodují, že terapie, která trvá dlouho, je ve skutečnosti ta nejkratší[396]. Terapie, která má za cíl „*pouze*" dovést klienta k určité hodnotě tělesné hmotnosti, patří mezi ty zdánlivě krátké, které ale ve skutečnosti trvají mnohem, mnohem déle (vzhledem k velké pravděpodobnosti recidivy je třeba hovořit o letech, často i o desetiletích). Takovéto terapie neřeší ale samotný problém PPP, dovolím si říct, že pouze odvracejí pozornost od skutečného problému a plní v první řadě funkci „*zklidnění svědomí rodičů a blízkých přátel pacienta*".

Úspěšnost léčby se odvozuje od následujících faktorů:

- Závažnost případu,
- kvalifikace terapeuta,
- kvalita vztahu terapeuta a pacienta,
- motivace a sociální situace pacienta.[397]

U pacientů, kteří současně trpí ještě jinou psychickou poruchou, nebývá terapie PPP úspěšná. Pacienti s výraznou podváhou mají omezené kognitivní schopnosti a terapie tak musí probíhat strukturovaně,[398] postupy je třeba přizpůsobovat jejich kognitivním schopnostem.

Dlouhodobého vyléčení dosahuje pouze 30-50% všech pacientů, u mladistvých je počet vyléčených vyšší: 70%.[399] 59% po léčbě dosahuje normální váhy a udrží ji. 49% dokáže změnit své alimentární chování tak, že je „*normální*", tedy nevyčnívá ve společnosti, u 43% léčených pacientů se dále neprojevují žádné symptomy psychického onemocnění. I po absolvování terapie PPP 20% pacientů dále různým způsobem experimentuje s jídlem. Stejné množství trpí poruchou příjmu potravy chronicky- jejich alimentární

[396] Srovnej: Liechti, 2007. Kapitola „*Einführung*"Konkrétní hodnoty „*dlouho*" a „k*rátce*" se vztahují na časové údaje uvedené v kapitole 1.3.2.
[397] Cuntz, 2008. S. 89.
[398] tamtéž S. 90.
[399] tamtéž S. 65. a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/ 27. 7. 2011 11:47

chování se během terapie nelepší[400]. Recidiva se týká 12% až 22% léčených případů PPP. [401]

Větší šanci na vyléčení mají mladiství (věk do 20 let), pohybující se v relativně bezkonfliktním prostředí, kteří terapii nastoupili brzy po projevu prvních symptomů, a dále také jedinci, kterým náleží vyšší sociální status a mají vyšší vzdělání.

### 1.3.6. Smrt

Pacientům s PPP trvá dlouho, než si nemoc připustí. V okamžiku, kdy si člověk nemoc uvědomí, už většinou nemá sílu (motivaci) proces zastavit[402]. 5%- 20% PPP proto končí smrtí. [403] Podle výzkumu kolegia psychiatrů zveřejněném v American Journal of Psychiatry v roce 2009 umírá 5,5%[404] pacientů s mentální anorexií (v průměru ve věku 33 let[405]), 3,9% pacientů s mentální bulimií a 5,2% lidí trpících jinými formami PPP.[406]

Nejčastější příčiny smrti lidí trpících PPP:

- Vyhladovění,
- sebevražda,
- kardiovaskulární příčina (např. zástava srdce),
- sepse[407].

Následující známé osobnosti zemřely na následky PPP:

- Gymnastka Christy Henrich zemřela ve svých 22 letech na následky mentální anorexie poté, co jí rozhodčí dala podmínku snížit váhu, chce-li závodit na olympiádě. Christy Henrich následně zhubla na váhu 30 kg.
- Také tanečnici Heidi Guenther ze San Francisca řeklo vedení souboru, že by měla zhubnout. Zemřela také ve 22 letech na následky PPP.[408]

---

[400] Cuntz, 2008. S. 65.
[401] tamtéž a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/ 27. 7. 2011 11:47
[402] http://www.pro-ana-nation.com/ v1/ index.php?option=com_content&task= view&id= 55&catid=80 26. 7. 2011 20:47
[403] http://www.novinky.cz/zena/deti/255002-mezi-vazne-nemocnymi-anorektickami-jsou-dnes-i-trilete-divky.html 23:7.2012 11:51, http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/ 27. 7. 2011 11:47, Hartl, 2009. S. 45-46. a Cuntz, 2008. S. 65.
[404] Hölling, 2007. S. 794.
[405] http://hubnuti4you.cz/116-prubeh-a-prognoza.html 12.8.2011 18:10
[406] Crow, 2009. S. 1342-1346.
[407] Liechti, 2007. S. 63.

- Zpěvačka Karen Carpenter se snažila být atraktivnější, hubla, a ve 32 letech (s váhou 40kg) zemřela na zástavu srdce v důsledku mentální anorexie.
- Brazilská modelka Ana Carolina Reston byla už coby úspěšná modelka v šestnácti letech odmítnuta hongkongským návrhářem z důvodu příliš silné postavy. Od té chvíle jedla pouze jablka a rajčata, což jí dovedlo k BMI 13,2. Zemřela ve svých 21 letech, 15. 11. 2006[409]. O rok později, v červenci 2007, vstoupilo v platnost nařízení, že na módní přehlídky nesmějí být najímány modelky mající BMI nižší než 18. I přesto 17. 11. 2010 umírá francouzská modelka Isabella Caro, BMI 11.
- Kate Chilver zemřela 15. 12. 2011 s BMI 12. Její BMI byl v určitých fázích dokonce 9. Mentální anorexií trpěla od svých dvanácti let a léčila se od svých patnácti, tedy od roku 1995 do roku 2011. Léčba probíhala v anglických klinikách specializovaných na poruchy příjmu potravy. Tedy v zemi, která má dlouholeté zkušenosti s léčbou těchto poruch. *„Lékaři se jí snažili krmit trubičkou, ale marně. Léky u ní nezabíraly a psychoterapie nefungovala*.[410]" Kate Chilver zemřela v 31 letech.
- Američanka Terri Schiavo byla ve svých 27 letech nalezena doma se zástavou srdce následkem elektrolytické disbalance způsobené bulimií. V důsledku nedostatečného zásobení mozku kyslíkem byla od té doby ve vegetativním stavu. Po 15 letech v tomto stavu, v roce 2005, nařídil soud odpojení od přístrojů.

## 1.4. Tělo

Mezi přístupy k PPP lze nalézt dva odlišné názory na význam lidského těla. Jeden z možných přístupů lze vystihnout citátem Ludmily Trapkové: *„Tělo není příčinou poruchy příjmu potravy. Je jen komplikujícím faktorem v léčbě*." [411]

---

[408] http://www.sfgate.com/magazine/article/Heidi-Guenther-s-short-tragic-life-and-death-3490764.php 6. 4. 2013 23:44

[409] Liechti, 2007. Kapitola „2.2.1 Auf dem Laufsteg"

[410] http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/253672-jednatricetileta-britka-ktera-vazila-pouhych-28-kilogramu-podlehla-anorexii.html 23.7.2012 11:43

[411] Ludmila Trapková, 21.1.2013

Většina současných přístupů k PPP ale vychází z předpokladu, že jádrem problému je body image, přístup k vlastnímu tělu, vnímání a hodnocení vlastního těla.

Následující kapitola bude zaměřena na témata, která byla vybrána s ohledem na jejich význam pro PPP:

1. Tělo jako objekt a lidská subjektivita,
2. dějinný vývoj názoru na tělo,
3. názor současné společnosti na tělo (tělo coby zóna sociálního střetávání)[412].

### 1.4.1. „*Tělo*"versus „*těleso*"

České slovo „*tělo*" neslo ve staroslověnštině význam „*podoba, socha, stéla, oltář, stan*"[413]. Původ samotného slova „*tělo*" spočívá v řeckém výrazu „*telos*", v překladu do češtiny: „*cíl, splnění tužby, činnosti, snahy a to realizací také hmotnou, konkrétní, dosažený úspěch, např. dohotovený výrobek apod., tedy ztělesnění práce*." [414] Tělo tedy vždy představuje realizaci, ztělesnění ideje, myšlenky, přání. Tělo je výsledkem něčeho, co má svůj původ ve sféře idejí.

Vedle výrazu „*tělo*" existuje v češtině stejně jako v jiných jazycích [415] výraz označující předmět, „*těleso*". V dichotomii „*tělo- těleso*" pak vyvstává další aspekt pojmu „*tělo*". Oproti tělesu, objektu, jehož pohyb musí mít příčinu vně tělesa, se tělo hýbe „*samo ze sebe*", spontánně[416].

Je tedy rozdíl v tom, hovoříme-li o těle coby objektu, tedy tělese, nebo hovoříme-li o těle coby subjektu, tedy těle, přesněji řečeno „*mém*" těle.

Tělo jako těleso je možné definovat v souřadnicích Descartesova třírozměrného prostoru nebo například v Labanově kinesféře. A tělo jako „*moje tělo*"? Existuje také všeobecně platný systém kvantifikující subjektivně vnímané tělo individua?

---

[412] Liechti, 2007. S. 42. „*Ob exzessives Hungern, aus religiösen Gründen (Fastenheilige), zu exhibitionistischen (Hungerkünstler) oder politischen Zwecken ( Hungerstreik) oder aus Krankheitsgründen (psychogene Essstörungen) geschieht, der Blick Richter sich stets auf den traktierten Körper als eine soziale Begegnungszone*." Přel. BM

[413] Machek, 1968. S. 638.

[414] tamtéž S. 638.

[415] Například v němčině Körper X Leib.

[416] Viz Benyovszky, 1998. S. 279.

Pro zodpovězení této otázky začnu u antického filosofa Hérakleita. Hérakleitos říká, že *„všichni bdící mají jeden společný svět"*.[417] Bdí ten, který je při vědomí. Ten, jehož přítomnost není zastřena mlhou spánku, denního snění, zkrátka mlhou bez- vědomí. Tento *„společný svět"*, o kterém Hérakleitos mluví, je zobecnitelný (jako výše zmiňovaný Descartesův nebo Labanův systém) a proto je všem dostupný bdícím (Descartesovými slovy by výraz *„bdící"* byl nahrazen výrazem *„ratio"*). Vnímáme-li lidské tělo jako objekt, jako těleso, můžeme určovat kvantifikovatelné faktory pozorovatelné na všech tělech. Tento způsob náhledu na lidské tělo je nezbytný pro jakékoli vědecké zpracovávání lidského těla, mimo jiné i pro systematizaci taneční techniky a metodiky.

Z hlediska PPP se ale tento přístup k tělu jeví jako rizikový. Porovnáme-li výčet rizikových faktorů vzniku PPP uvedený v kapitole 1.2 se specifiky přístupu k tělu coby objektu- tělesu, vyplyne následující:

- Vidět tělo jako objekt je typické pro moderní, západní společnost (viz níže), tedy právě tu společnost, pro kterou jsou PPP typické.
- Chápat tělo jako objekt, stroj, s sebou nese vyšší riziko, že tělo bude chápáno jako prostředek pro podávání výkonů, tedy také pro kvantifikaci tance. Podobně je zde tendence chápat stravu jako palivo a stravování chápat jako pouhé doplňování paliva v závislosti na energetickém výdeji při podávání výkonu.
- Náhled na tělo jako objekt nezohledňuje emoce, přičemž neschopnost a nemožnost žít a realizovat emoce podle potřeb byla již výše zmíněna jako rizikový faktor pro vznik PPP.
- Do podobné situace se jedinec může dostat v případě, kdy sílí tlak okolí. Člověk je nucen plnit očekávání, obstávat náporu tlaku, což s sebou mnohdy nese zdánlivou nutnost potlačit emoce, subjektivní prožitky a dojmy.
- Vidět tělo jako objekt a sledovat jej jako soustavu kvantifikovatelných faktorů automaticky nabádá ke srovnávání, porovnávání a hodnocení takovýchto objektů- těles (například ve skupině studentů tance nebo členů tanečního souboru).

[417] Sokol, 2004. S. 26.

- Aspekt potřeby kontroly, který je typický pro lidi trpící PPP, také nabývá na významu, přistupuje-li člověk k vlastnímu tělu jako k objektu, jako k vlastněnému předmětu, nad kterým má (nebo se snaží mít) moc a ovládá ho. Člověk se snaží získat kontrolu nad pochody v těle, zejména váhou a zpracováváním stravy. Bohužel ale prostřednictvím mechanismů, kterými se snaží tělo opanovat, se ochromující bezmoc zvětšuje. Jedinec tak často má pocit, že má vše pod kontrolou (jí podle pravidel, kontroluje váhu…nebo jiná stanovená pravidla), je tomu, bohužel, právě naopak.
- Perfekcionismus, jeden z rizikových faktorů vzniku PPP, v sobě zahrnuje také orientaci na výkon, na jeho kvalitu a také na měřitelné, kvantifikovatelné veličiny, které lze na lidské tělo (-objekt) aplikovat (například veličina tělesné hmotnosti, veličina „*zdravé stravy*").

V návaznosti na poslední bod seznamu je třeba zmínit také taneční techniku. Jedná se o systém, ve kterém jsou jasně definované ideální, perfektní, parametry lidského těla. Perfekcionismus umocňuje tendenci vypracovávat tělo, aby naplňovalo podobu s ideálem. Perfekcionismus vede k tomu, že člověk s vlastním tělem (nebo těly žáků) zachází podobně jako sochař zachází s kamenem, tedy materiálem- tělesem.

Snažíme-li se o to, aby póza či taneční krok byl co nejpřesnější kopií ideální formy, ve které je shledávána krása, předkládá pedagog verbálně nebo prostřednictvím vlastní taneční demonstrace pohybový materiál, student/ interpret manipuluje (modeluje) své tělo tak, aby z něj vytvořil co nejpřesnější kopii zadaného. Tělo je v tomto případě **stroj**, hmotný materiál plnící funkci.

Snažíme-li se o to, aby tanečník ve svém těle viděl zadaný pohybový princip, pedagog vyhledává a definuje obecné fyzikální principy a formy jejich prezentace, student/ interpret implantuje popsaný princip do pohybu a formy svého těla. Tělo v tomto případě představuje **nástroj**, prostřednictvím kterého může člověk činit přímou zkušenost s fyzikálními jevy, s tělesností.

Snažíme-li se o to, aby se tanečník ve svém těle cítil, tento prožitek naplnil prostřednictvím tance, je rolí pedagoga motivovat interpreta k tomuto prožitku, na interpretovi pak je, aby se soustředil na dojmy a prožitky svého těla, ne-racionální. Tělo hraje v tomto případě roli **výstroje**, která umožňuje intenzivněji prožít a prezentovat navenek své dojmy. Rozhodující úlohu zde ale hraje subjekt, osobnost nikoli stroj-objekt.

### 1.4.2. Vývoj názoru západní společnosti na lidské tělo

Ve výše uvedeném textu bylo zmíněno, že současná, západní společnost je jedinou společností, ve které se PPP vyskytují. Které události se přičinily o vznik prostředí, které je z hlediska PPP tak rizikové? [418]

a) Ideál štíhlosti

Ideály v průběhu dějin oscilovaly mezi upřednostňováním přirozené biologické vlastnosti ženského těla, plodností a mezi éteričností a nedosažitelností víly, neobyčejné a křehké panenky na druhé straně. Při pohledu na jednotlivé etapy vývoje, lze pozorovat korelaci mezi potlačováním přirozeně zaoblených ženských tvarů a mezi rizikovostí sociokulturního prostředí takovéto společnosti z hlediska PPP.

Své kořeny má ideál štíhlosti v rozlišení tělesné a duchovní stránky člověka a z kvalit, které byly oběma stránkám připsány, tedy tělesné= nízké, špinavé a nežádoucí oproti tomu duchovní= vysoké, čisté a uznáníhodné (viz níže- add. e).

Období renesance vidí ženské tělo jako symbol plodnosti. Je žádoucí, aby bylo korpulentní. Na druhé straně ale v souvislosti s nárůstem vzdělanosti přibývá studií s dietetickou tematikou [419]. Baroko si stejně jako období renesance žádalo u žen plné tvary. Postava ženy měla ztělesňovat symbol plodnosti ale také bohatství a blahobyt.

Rokoko mění náhled na ženské tělo. Rokoko chce ženu křehkou, v některých případech dokonce s infantilními rysy, ženu, která potřebuje ochránce[420]. Plné tvary baroknì ženy byly sešněrovávány, aby bylo dosaženo štíhlého, vosího pasu.

Obezita byla v 19. století definována jako nervová porucha. Tehdy byly rokokové panenky vystřídány éterickými bytostmi, které se ještě více než předchozí ideál vzdalovaly od přirozené ženské postavy. Nikdo nereprezentoval tělesný ideál ženské postavy, éterické víly, lépe než romantické tanečnice! Rakouská císařovna Sissi ztělesňovala ideál štíhlosti,

[418] Podle: Skácelová, 1998. Kapitola 1.1 Stručná historie touhy po štíhlosti. Vandereycken, 2003. S. 31.
[419] http://it.wikipedia.org/wiki/Alvise_Cornaro 13.8.2011 17:27
[420] Dietze-Cruse, 2011. S. 5.

zrušila tradici kovových obručí v sukních, cvičila a tělesná cvičení veřejně propagovala[421]. Sissi také vlastnila sbírku obrazů éterických tanečnic své doby, které jí byly vzorem.[422]

Začátkem 20. století již lze hovořit o trendu, štíhlost se stává módou. Bohaté a vlivné osobnosti se ve dvacátém století se prezentují co nejštíhlejšími těly. Zatímco až do 18. století byly plné tvary ženského těla známkou blahobytu a bohatství, prezentují se bohaté a vlivné osobnosti ve dvacátém století co nejštíhlejšími těly, které byly dosud většinou spojovány s chudobou a nemocí.

Za spolupůsobení feministického hnutí se ženy vymaňují z tradiční role (plodné) matky. Emancipace přináší androgynní vzhled a tvary[423].

V té samé době se objevuje první kritika anorektického a bulimického chování a varování před zdravotními komplikacemi a následky těchto mechanismů. V roce 1905 se cambridgeský profesor medicíny Sir Thomas Clifford Allbutt vyjadřuje ke skutečnosti, že mnoho mladých žen má panický strach z nadváhy, zejména v období puberty. Popisuje, že vedeny těmito strachy omezují příjem potravy. [424] 20. století je doba, kdy jsou postní světci a hladovkáři z poutí a jarmarků nahlíženi jako nemocní. Už se nejedná o zázraky nebo o *„umění“*, ale o případy pro nově etablovanou psychologii.

Už v roce 1939 předpovídá anglický psychiatr Ryle na základě dosavadních klinických zkušeností nárůst případů poruch příjmu potravy v západoevropské společnosti.

Po hrůzách druhé světové války se na krátkou dobu vrací do povědomí lidí ideál plných tvarů coby symbol dostatku stravy a zajištění přežití. Krátce po druhé světové válce se však energeticky bohatá jídla stávají dostupná pro široké vrstvy společnosti. Stoupá zejména spotřeba tuku.

Ve Spojených státech, kde lidé v každodenním životě nebyli s válkou tak drasticky konfrontováni, Marilyn Monroe už v 50. letech ale vytváří ideál ženského těla (tvar přesýpacích hodin) a tím je opět navázáno na módu štíhlosti. Vzpomínky na strachy a hrůzy války bledly v čím dál tím rychleji se vyvíjející a měnící společnosti. Stravy se zdálo být pro všechny dost. Štíhlost se alel naopak začala stávat vzácností.

[421] Srovnej: Skácelová, 1998. Kapitola 1.1 Stručná historie touhy po štíhlosti.
[422] Vandereycken, 2003. S. 266.
[423] Dietze-Cruse, 2011. S. 5.
[424] Vandereycken, 2003. S. 303.

Ideál Marilyn Monroe je v roce 1966 přebit *"tváří roku*" ideálem anglické kadeřnické učnice Twiggy (165 cm a 43 kg). Vítězky soutěže Miss jsou od této doby čím dál tím štíhlejší. Módní průmysl významnou mírou přispívá k propagaci trendu štíhlosti. Například přední výrobce oděvů, značka Abercrombie&Fitch se otevřeně přiznala, že produkuje oděvy pouze pro atraktivní mladé lidi, tedy štíhlé (produkty jsou zhotovovány maximálně ve velikosti L, resp. 40).[425]

Od 20. let 20. století je vývoj vnímání body image u žen v západní společnosti determinován dvěma trendy: jednak trendem k čím dál tím větší míře štíhlosti[426] a jednak k čím dál tím větší míře nespokojenosti s vlastním tělem. Podle odborníků to lze přičíst i skutečnosti, že před 20 lety průměrná modelka vážila jen o osm procent méně než průměrná žena. Dnes už modelky váží v průměru o 23 % méně. [427]

Zaměříme-li se pouze na několik posledních desetiletí, jsou patrné velmi rychlé změny ve vnímání estetiky lidského těla a také míry významu, který je estetice lidského těla přikládán. O tom, jaký význam má štíhlost v očích dnešní společnosti, vypovídají také následující závěry:

- Průmysl produkující dietní a nízkokalorické výrobky představuje jen v USA roční výdělek v hodnotě 33 miliard dolarů.
- Dvě z pěti žen a jeden z pěti mužů by dali tři až pět let života za dosažení své ideální tělesné hmotnosti.
- Dospívající dívky se bojí více toho, že ztloustnou, než že onemocní rakovinou, než jaderné války a více než ztráty svých rodičů[428].

b) Tlak a nároky na ztělesňování ideální postavy a medializace

Hledáme-li odpověď na otázku, proč je v západní společnosti tak vysoké riziko PPP, je třeba zmínit masmédia jako jeden z nejvlivnějších faktorů.

---

[425] http://www.derhandel.de/news/unternehmen/pages/Modehandel-Abercrombie-%26-Fitch-foerdert-ungesundes-Koerperbild-9742.html 25.5.2013 22:23

[426] Pro 30% žen je jejich ideální tělo na hodnotě 20% podváhy, pro 44% žen je jejich ideální tělo na hodnotě 10% podváhy. http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&catid=4 25.7.2011 22:22

[427] http://www.novinky.cz/zena/deti/272152-az-81-desetiletych-divek-ma-strach-ze-ztloustnou.html 12.7.2012 22:46

[428] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&catid=4 25.7.2011 22:22

Od 50. let až do současnosti stále dramaticky stoupá počet článků o dietách v nejčtenějších časopisech (zejména časopisech pro ženy) [429], které u běžné populace posilují pocit nespokojenosti s vlastním tělem. Při pohledu na módní časopisy popadá 75% dívek ve věku 13-17 let úzkosti, depresím a pocitu studu za vzhled vlastního těla. [430] Dokonce 43 % dívek ve věku 6- 9 let touží být štíhlejší. 32% dětí normální tělesné hmotnosti si přeje být štíhlejší.[431] Polovina dívek ve čtvrté třídě drží dietu. 81% desetiletých dívek se bojí, že budou tlusté[432]. Intenzita preference štíhlosti narůstá dokonce ve věku mladšího školního věku. Děti, které měly na základě atraktivity posoudit jiné děti, umístily obézní děti na posledním místě a to i před dětmi na kolečkovém křesle, s deformovaným obličejem a také před zdravotně postiženými, ale štíhlými dětmi (např. s amputovanou končetinou). Když si měli předškoláci vybrat z několika panenek, které se lišily pouze tělesnými proporcemi, vybrali si tu hubenější.[433]

Ideální postava, kterou média předkládají západní společnosti, přirozeně ztělesňuje pouze 5% ženské populace ve Spojených státech amerických. V 50. letech se průměrná váha ideálu ženské postavy příliš nelišila.[434] Modelky, soutěžící miss a ženy objevující se v televizích, reklamách a časopisech jsou stále hubenější, ale obyčejná žena stále přibývá na váze[435].

c) Racionalizace

Se stoupajícím vlivem vědy stoupá od 16. století míra racionalizace stravování a přístupu k tělu a kvantifikace faktorů vnímatelných na těle. Největší podíl na vlivu tohoto aspektu mají vědní obory jako například

[429] Vandereycken, 2003. S. 303.
[430] http://www.novinky.cz/zena/deti/272152-az-81-desetiletych-divek-ma-strach-ze-ztloustnou.html 12.7.2012 22:46
[431] Hölling, 2007. S. 795 a http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:38
[432] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&catid=4 25.7.2011 22:22
[433] http://www.novinky.cz/zena/deti/272152-az-81-desetiletych-divek-ma-strach-ze-ztloustnou.html 12.7.2012 22:46
[434] Vandereycken, 2003. S. 304.
[435] http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/ 28.7.2011 19:09 a Liechti, 2007. S. 45.

biologie (lidského těla), chemie, medicína, psychologie nebo také dietologie[436], či estetika.

Konec 18. století znamenal velký přelom v náhledu na tělo a jeho fungování. Antoine-Laurent Lavoisier objevil možnost kvantifikovat pochody v těle, zejména spalování potravy, metabolismus látek v těle. Od 20. let 20. století začínají být v domácnostech osobní váhy a začíná se používat pojem *„kalorie*". V současné době již 18% dívek a 5% chlapců ve věku mezi 12 a 20 lety podle Deutsche Gesellschaft für Ernährung (německá dietologická společnost) absolvovalo dietu a 26% mladistvých ve věku mezi 13 a 16 lety se snaží (racionálně) redukovat energetickou hodnotu přijaté potravy a je současně nespokojena se svým tělem.[437] Podle údajů lékařské komory německé spolkové země Niedersachsen zrealizovaly dvě třetiny všech mladistvých žen před svými 18. narozeninami minimálně jeden pokus o redukci tělesné hmotnosti[438].

Racionalizace stravování jde ruku v ruce s nárůstem rizika vzniku PPP.

d) Objektivace

Tělo v moderní, západní společnosti přitahuje pozornost lidí. Lidské tělo bylo od 16. do 19. století předkládáno k obdivu, pro podívanou (záměrně hladovějící lidé na poutích, postní světci, lidé postiženi tělesnými anomáliemi[439] a také lidé tančící). Začátkem 20. století ale mizí zmínky o lidech veřejně prezentujících své hladovění coby umění na poutích a jarmarcích. Jako důvod uvádí Walter Vandereycken klesající zájem publika, zejména díky módnímu průmyslu[440] a také nově vzniklému filmovému průmyslu, možnostmi fotografie a dalších médií.[441]

e) Tělo X duše

Křesťanství s sebou přineslo výrazné změny v náhledu na lidské tělo. Inspirovalo se platonismem a striktně rozlišilo pojmy *„duše*" a *„tělo*".

[436] http://de.wikipedia.org/wiki/Christoph_Wilhelm_Hufeland 13.8.2011 17:26,
[437] Hölling, 2007. S. 795.
[438] http://www.hungrig-online.de/cms/index.php/lehrer/informationen/43-informationen-und-uebersicht 13.1.2013 22:46
[439] Vandereycken, 2003. S. 105.
[440] Po zhlédnutí obrázků z módních přehlídek propadá sedm z deseti žen depresím a hněvu. http://www.novinky.cz/zena/deti/272152-az-81-desetiletych-divek-ma-strach-ze-ztloustnou.html 12.7.2012 22:46
[441] Vandereycken, 2003. S. 105.

Každému z nich byla určena kvalita. Duše a duchovní stránka člověka byla označena za tu vznešenější, vyšší a *„čistší*". Naopak tělo bylo od dob raného křesťanství bráno jako to nízké a *„špinavé*". O ukotvení tohoto postoje se zasloužil jeden z nejvýznamnějších křesťanských spisovatelů přelomu 2. a 3. století, Tertullianus, že *„nic se nelíbí Bohu tak, jako hubenost. Vyhublé tělo projde nebeskou branou snáze. Vyhublé tělo také zůstává v hrobě déle zachovalé*."[442] K odsouzení těla o přibližně 200 let po Tertuliánovi přispěl také svatý Augustin.

f) Askese a odříkání

Askese jakožto životní styl byla jednou z nejvyšších hodnot již v řadě vlivných antických filosofických škol. Na ně navázalo křesťanství, kde byla askese ukotvena prostřednictvím instituce celibátu a také v opatřeních regulujících příjem potravy. Z hlediska křesťanské filosofie znamenaly půsty navíc také prostředek k podpoře křesťanstvím vyžadované solidarity, lásky k bližnímu a soucitu (soucitem s chudými a hladovějícími). Během středověku lidi sužoval nedostatek potravin a choroby. Upírat si potravu v situaci, kdy potravy bylo už tak velmi málo, riskovat tím podlomené zdraví bylo pro tehdejší dobu nepochopitelné. Dlouhodobé půsty a upírání si potravy bylo už ve středověku nahlíženo buďto jako zvláštní požehnání od Boha nebo ale jako *„posedlost ďáblem*" (dnes by se řeklo buďto *„podvod*" nebo psychická porucha). [443] Ve středověku zabíral počet dnů určených křesťanským kalendářem pro půst jednu třetinu roku a dodržování, resp. nedodržování půstů, bylo kontrolováno a trestáno. S postupující dobou se ale církevní nařízení k půstům přestávala dodržovat důsledně, bylo vynalézáno čím dál tím víc opatření, jak povinnosti postit se uniknout a to dokonce i mezi církevními hodnostáři. I mezi tzv. postními světci[444] byly čím dál tím častěji odhalovány případy, kdy půst pouze předstírali a tajně přijímali potravu.[445]

[442] Vandereycken, 2003. S. 31.
[443] tamtéž S. 45.
[444] Postní světec= člověk, který se dlouhodobě postil, nepřijímal buďto naprosto žádnou potravu nebo jen hostii denně. Schopnost přežívat bez stravy byla považována za požehnání od Boha, proto byli chápáni jako svatí. (viz Vandereycken, 2003)
[445] Vandereycken, 2003. S. 37 a 47.

g) Kostým

Německá taneční vědkyně Gabriele Klein chápe kostým jako „*formu na odlitky*". Kostým předem určuje formu těl, kterou určitá společnost vyžaduje.[446] Kostým má jednak vliv na optický dojem, který se publiku dostává z tanečního projevu interpreta na scéně. Jednak se ale typ kostýmu, oděvu, odráží na pocitu tanečníka samotného. Trend, který lze v průběhu vývoje sledovat, zde nazvu: individualizace. S postupující dobou se kostým měnil tak, že nechával vyniknout stále více a stále konkrétnějších forem tanečníkova těla. V polovině 18. století, v době Marie Camargo, již materiály umožňovaly větší amplitudy pohybu a tanečnice tak začaly používat „*calceon de précaution*" („*bezpečnostní spodní prádlo*"), což svědčí o tom, že sukně při obratech a skocích odhalovaly dosud důkladně zahalované části těla, které proto bylo třeba zakrývat prostřednictvím „*calceon de précaution*"[447].

Zatímco obruče v sukních a korzety mechanicky formovaly těla tanečnic do přibližně stejných tvarů. Zrušení výztuží v sukních, zkrácením sukně a zejména změnami kostýmu na přelomu 18. a 19. století divákovi umožnilo o něco více nahlédnout individuální specifika postavy tanečníka. Kostým byl v této době zjednodušen na „*druhou kůži*" z hedvábí a lehkou řízu přes ni[448] nebo na pletené punčochové kalhoty, které se kolem roku 1810 začínají používat při představeních a později se ustalují jako tréninkové oblečení.[449] Carlo Blasis popsal v roce 1837 tréninkové oblečení svých tanečníků, které opět ještě více odhalovalo individuální formy jednotlivých tanečníků (bílý mušelínový živůtek s šerpou kolem pasu pro ženy a přiléhavý černý kabátek a bílé kalhoty s pevně uvázaným koženým opaskem pro muže[450]). Ještě v 19. století jsou tehdy používané sukně popsány jako „*sukně, dělající z tanečnic neforemné bečky.*[451]" Za tvar těla už od 19. století nezodpovídá pouze kostým. Kostým sice přestává být „*formou na odlitky*", ale tělo není obnaženo, jen odhaleno. Zůstává nedosažitelné. S postupující dobou proto neustále více nabývají na významu dispozice pro jevištní vzhled.

[446] Klein, 1994. S. 89.
[447] Cohen, 2004. S. 240.
[448] Kazárová In: Janeček 1998. S. 16.
[449] Cohen, 2004. S. 241.
[450] tamtéž S. 241.
[451] Kazárová In: Janeček, 1998. S. 20.

Ve druhé řadě je třeba také zmínit individuální pocit tanečníků, který se s jistotou lišil v případě, musela-li tanečnice prezentovat těžké vyztužené sukně, dusící korzety nebo, mohla-li si dovolit kostým, který sám o sobě dýchal a létal.

h) Alimentární chování

Alimentární chování typické pro západní společnost je rovněž faktorem, který determinuje přístup k lidskému tělu. Alimentární chování bude blíže popsáno v kapitole 1.5.

### 1.4.3. Body image[452] a estetika těla

Pojmem *„body image*" v této práci označuji obecně obrazy těla v mysli člověka. Jedná se o komplexní hierarchizované systémy, do kterých se prolínají jak individuální zkušenosti, osobnostní faktory, tak také například sociokulturní hodnoty včetně estetických.

Jedná se o téma na pomezí dvou vědních oborů: estetiky a psychologie. Lze říci, že díváme-li se na problematiku body image z hlediska jednotlivce (vnímání vlastního těla), pohybujeme se spíše na půdě psychologie. Díváme-li se na problematiku body image z celospolečenského hlediska (vnímání těla někoho druhého), ocitáme se v diskursu estetickém.

Body image je jedním klíčových aktérů v problematice PPP a mechanismy, které body image zachycují, bývají využívány ve výzkumech mapující výskyt PPP nebo v terapii PPP. Pro popis body image u pacientů byly v průběhu 80. a 90. let 20. století vyvinuty následující systémy:

- Body Shape Questionaire (BSQ, dotazník o tvaru těla). Viz příloha č. 6
- Body Attitudes Questionaire (BAQ, dotazník o postoji k tělu). 44 otázek sestavených David I. Ben-Tovim a Kay Walkerem v roce 1991. Otázky v dotazníku se zaměřují na následujících šest okruhů: tloušťka, shazování

[452] V textu používám anglický výraz *„body image*". Český překlad by přicházel v úvahu například prostřednictvím sousloví *„obraz těla*" nebo *„tělesný obraz*", které ale nejsou natolik výstižná a vhodná jako anglický, mezinárodně používaný výraz *„body image*".

sebe sama, síla, význam tělesné hmotnosti, pocit atraktivity, povědomí o nižším množství tuku v těle[453].

- Body Esteem Scale (BES, dotazník o hodnotách vlastního těla). Viz příloha č. 7
- Body Cathexis Scale (BCS, osa rozložení zájmů týkajících se těla). Tento přístup je odvozen od psychodynamické koncepce Sigmunda Freuda, který se věnoval ekonomii psychických procesů a sledoval, kam míří psychická energie. Na základě množství psychické energie, která je směřována k tvarům těla, resp. postavě, byla sestavena „*Body Cathexis Scale*".
- Eating Disorder Inventory (EDI, inventář PPP). Jedná se o 64 otázek sestavených v roce 1984 Davidem M. Garnerem. David Garner otázky v dotazníku seskupil do osmi okruhů: tendence ke štíhlosti (excesivní zabývání se dietami, tělesnou hmotností a strach z navýšení tělesné hmotnosti-obezofobie), bulimie (přejídání se a zvracení nebo užívání laxativ), nespokojenost s vlastním tělem, neefektivnost (pocity nedostatečnosti, nejistoty, bezcennosti a absence kontroly nad vlastním životem), perfekcionismus, interpersonální nedůvěra (nechuť navazovat blízké vztahy), vnímání (například: schopnost rozlišovat vjemy hladu a sytosti), strach z dospělosti[454]. V roce 1991 byly přidány ještě tři další okruhy: askese (omezování pohlavního života), regulování vlastní impulzivity a spontaneity, sociální nejistota a strach.
- Eating Disorder Examination Interview (EDE, rozhovor vyšetření PPP) C. Fairburna z roku 1987[455] je polostrukturovaný rozhovor jehož otázky jsou rozvrženy do celkem čtyř okruhů: omezování, stravování, postava, tělesná hmotnost.
- Strukturiertes Interview für Anorektische und Bulimische Erkrankungen (SIAB, strukturovaný rozhovor pro anorexii a bulimii)

Faktory, které jsou v dotaznících studovány, byly shrnuty do následující tabulky:

[453] http://en.wikipedia.org/wiki/Body_Attitudes_Questionnaire 21.7. 2012 16:57
[454] http://en.wikipedia.org/wiki/Eating_Disorder_Inventory 21.7. 2012 22:39
[455] tamtéž

| | BSQ | BAQ | BES | BCS | EDI | EDE | SIAB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nespokojenost s vlastním tělem | | | | X | X | | |
| Starost o tělesnou hmotnost a postavu | X | X | X | | | X | X |
| Potřeba hubnout | | | | | X | | |
| Strach z tloušťky a pocit „jsem tlustý/á" | X | | | | | X | X |
| Hodnocení stavu vlastní kondice | | X | X | | | | |
| Vlastní atraktivita | | X | X | | X | | |
| Znevažování a ponižování vlastního těla | | X | | | | | |

Tabulka č. 2 „*Faktory body image studované v dotaznících*"

#### *1.4.3.1. Zkreslený obraz těla*

Zkreslený body image je bohužel velmi častým jevem v současné západní společnosti. Více než polovina dospívajících dívek, které mají přiměřenou váhu, se považují za příliš tlusté. Tři ze čtyř žen o sobě tvrdí, že mají nadváhu. Pouze jedna z těchto čtyř má ve skutečnosti nadváhu. Ženy mají pocit, že obvod jejich boků je větší o 16% a obvod pasu o 25% než ve skutečnosti je[456].

Zkreslený body image představuje komplexní konstrukt zahrnující perceptivní, afektivní, kognitivní aspekty[457] a aspekty týkající se chování souvisejícího se zkušenostmi s vlastním tělem a také širokou škálou fenoménů jakými jsou nespokojenost s vlastním tělem, investice do obrazu vlastního těla a nadměrné zaobírání se tělesnou hmotností a tvarem[458].

Diagnostikovat zkreslený body image lze prostřednictvím technologie[459] nebo na základě pozorování následujících projevů: vztah k vlastnímu tělu

[456] http://www.novinky.cz/zena/deti/272152-az-81-desetiletych-divek-ma-strach-ze-ztloustnou.html 12.7.2012 22:46

[457] Kognitivními aspekty jsou rozuměny kognitivní procesy (procesy zpracovávání informací, selektivní vnímání, paměť…) a působení kognitivních struktur (předpoklady nasbírané během života, systémy hodnot, mentální nastavení). Psychologie je označuje pojmem „*kognice*", kognitivní produkty (verbalizace sebe sama, představy, očekávání, spontánní myšlenky). Viz Hilbert, 2000. S. 45

[458] Pook, 2008. S. 68.

[459] Zkreslení lze dnes již přesně zachytit počítačovým programem, který byl vyvinut v roce 1976 Peterem Allebackem, Dagem Hallbergem a Stenem Espmarkem, prostřednictvím kterého je zjišťována odchylka toho, jak své tělo vnímá pacient a jaké je ve skutečnosti Pacient má prostřednictvím počítače upravit svou postavu, tak, jak ji vnímá. Vyhodnocení probíhá prostřednictvím porovnání reálných, objektivních proporcí (obvodů) těla a porovnání proporcí postavy, kterou klient vytvořil. Viz http://psycnet.apa.org/psycinfo/1977-24558-001 24.5.2013 23:01

determinovaný nespokojeností[460], nenávistí a nedůvěrou, obezofobie (panický strach z přibrání na váze a odmítání udržení váhy na minimální váze přiměřené pro věk a výšku)[461], tendencí k hyperaktivitě, zapírání nemocí, psychosexuální nezralost (narušení intimity, sexuality, neschopnost partnerského vztahu a sexuálního života v důsledku narušeného vztahu k vlastnímu tělu)[462], dřívější neúspěšná hospitalizace a nízká sebeúcta[463], negativně laděné poznámky směrem ke svému tělu, [464] neschopnost objektivních názorů na své vlastní tělo (i při podváze mít potřebu hubnout a neustále se srovnávat).[465]

Zkreslený body image není deficitem perceptivní či neurologické povahy. Jedná se o *„chybu"* kognitivní, afektivní, chybu v přístupu. Zjednodušeně řečeno, když o sobě štíhlý člověk říká, že je tlustý, neznamená to, že by v zrcadle viděl obézní postavu, i když tam *„ve skutečnosti"* je podvyživené tělo. Znamená to, že tato osoba sice vidí podvyživené tělo, ale její úsudky a osudy o tomto podvyživeném těle nejsou přiměřené. Chyba je tedy v tom, co si ona osoba o obraze v zrcadle myslí, nikoli v tom, co v zrcadle vidí.[466]

Hilde Bruch v roce 1962 označila zkreslený body image jako symptom PPP.[467] V současnosti jsou odborníci toho názoru, že zkreslený body image sám o sobě není projevem PPP, pouze rizikovým faktorem[468]. Zkreslený body image je symptomem PPP pouze, když jedinec zároveň cíleně omezuje svůj jídelníček. [469] Existují případy PPP, kdy pacient má reálný body image.

Jako příčina problémů s body image je uváděna vysoká míra objektivace, která je v současné západní společnosti běžná v důsledku využívání objektivizujících technologií (fotografie apod.). Míra zkreslení body image jsou rovněž prostředkem ke studiu míry zkreslení obrazu vlastního těla.

---

[460] Srovnej: Hilbert, 2000. Kapitola: *„3.3 Körperbezogene Einstellungen*
[461] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00
[462] Srovnej: Liechti 2007. Kapitola *„Erscheinungsbild und Diagnostik"*
[463] Liechti, 2007. Kaptiola: *„Erscheinungsbild und Diagnostik"*
[464] Matsumoto, 2010. S. 9.
[465] Cremer, 2011. S. 26 a Baeck, 2010. S. 10.
[466] Hilbert, 2000. S. 41.
[467] tamtéž S. 45-46, Pook, 2008. a Liechti, 2007. S. 50.
[468] Hilbert, 2000. S. 68.
[469] Srovnej:Hilbert, 2000. Kapitola: *„Verzerrungen in der Körperwahrnehmung"*

### 1.4.4. Tělo tanečníka

Tělo je pro tanečníka jeho kapitálem. *„Čím perfektnější tělo, tím jistější úspěch.*“[470] John White se ve své knize „*Teaching Classical Ballet*“ vyjadřuje k tomuto druhu sebe-překračování a nutnosti daných dispozic: *„In classical dance, possessing correct physical attributes is paramount… Without natural physical gifts, no matter how much innate talent, desire, and passion there is, it is impossible to give the public the performance that they pay for. Classical ballet is an art, not merely a craft that anyone can learn with time and effort. Therefore, with the exquisite natural gifts, the craft can be refined into art*.“[471]

Rysem současné západní společnosti je narůstající nespokojenost s vlastním tělem. U tanečníků je tento aspekt ještě silnější. Tanečník totiž musí a priori být se svým tělem do jisté míry "*ne-spokojený*", shledávat ho ne-dokonalým. Prostřednictvím tance je tělo cíleně a vědomě vzděláváno, trénováno, formováno a upravováno. Kdyby bylo uznáno za dokonalé takové, jaké je, nebylo by třeba tréninku a pokroku v taneční technice. K tomuto tématu je třeba poznamenat souvislost s rizikem PPP. Pro zdravý stav psychiky je třeba udržet v rovnováze pocity: *„mé tělo je dobré a krásné takové jaké je*“ (postoj vhodný pro civilní život) a *„mé tělo se liší od ideálního těla, nesplňuje parametry ideálního těla*“ (postoj typický pro mentalitu tanečníka).

Obecný ideál lidského těla je přenášen i do tanečního prostředí. Zde se k obecnému ideálu navíc přidávají další požadavky a tlak na jejich plnění stoupá. Tělo tanečníka je pozorováno, zkoumáno, posuzováno a souzeno denně a mnohem podrobněji a přísněji než tělo ne-tanečníka. Eva-Maria Kraft tuto skutečnost definuje blíže: *„Nároky na splňování přesně dané ideální postavy jsou nejsilněji kladeny na tanečníky klasického baletu a muzikálové tanečníky*“.

V průběhu 20. století se ideál ženského těla výrazným způsobem odklonil od tvaru postavy s plnými tvary (prsa, boky, stehna). I v tanečním světě je „*typicky*“ ženská postava odmítána. Období puberty tak představuje pro mladé tanečnice velmi obtížné období. Tanečnice (každý den v zrcadle) vidí,

[470] Stephanie Lange, terapeutka PPP (se zkušeností s léčbou tanečníků)
[471] White, 2009. S. 96.

jak se její tělo nezvladatelně mění, v mnohých případech se vzhled jejich těla v tomto období vzdaluje od ideálu. Vypořádat se s touto skutečností je často nad síly mladých tanečnic. Dokladem těchto procesů je výzkum Lindy Hamilton z roku 1997.

Jedním ze závěrů výzkumu Lindy Hamilton byl ten, že většina dívek, které byly (kvůli postavě) vyloučeny ze School of American Ballet byly dívky, které biologicky dospívaly dříve než jejich spolužačky. Zároveň byla vypozorována souvislost mezi PPP a časnou biologickou zralostí u dospívajících tanečnic. Čím dříve tanečnice biologicky dospívá, tím větší riziko vzniku PPP[472].

Současný ideál těla tanečnice lze stručně shrnout do následujících bodů:

a. BMI v oblasti (mírné) podváhy,

Tanečnice s BMI v oblasti průměrných a vyšších hodnot vytváří na jevišti více či méně provokativní, bizarní a rebelský obraz). „*Diváci chtějí vidět krásné a zdravě vypadající tanečníky. Zároveň zde stále je tlak vyžadující štíhlost*."[473]
Původ extrémní štíhlosti vyžadované po tanečnicích přibližně od poloviny 20. století vysvětlují následující tři názory:

I. Význam na extrémně štíhlém ideálu mají konkrétní tanečnice, které během 20. století spoluutvářely estetickou normu. Takovýmto případem je Sylvie Guillem. Sólistka souboru Mariinského divadla Sofia Gumerova přiznává, že vzor Sylvie Guillem přispěl k zeštíhlení ideálu těla tanečnice a zesílení tlaku působícího na tanečníky.[474]
II. Tamara Rojo, současná umělecká vedoucí Anglického národního baletu (Artistic Director, English National Ballet). Přesvědčení, že štíhlost je krásná, pochází, podle Tamary Rojo, ze světa módy.
III. Třetí názor zastává taneční kritička Ismene Brown. Tvrdí, že ideál kostnatých a šlachovitých tanečnic, ze kterých prosvítají kosti a svaly, zavedli především homosexuální choreografové, kteří preferovali androgynní vzhled tanečnic[475]. Choreografové se snaží prezentovat

[472] Nordin-Bates, 2011. S. 215.
[473] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 22:38
[474] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:49
[475] http://www.dailymail.co.uk/news/article-2130067/New-English-National-Ballet-chief-tells-dancers-weight-vows-stamp-anorexia.html 15.1.2013 23:18

tanečníky- atlety a publikum chce vidět tanečníky- umělce[476]. Navíc se požadavek štíhlosti postupem let neustále stupňuje. Porovnáme-li tanečnice na nahrávkách baletů z 50. let se současnými, je zde patrný rozdíl.

Dalším aspektem posilujícím tendenci k velmi nízké hmotnosti jsou limity tanečnic pro pas de deux (většinou 50kg, Sofia Gumerova přiznává dokonce limit 47kg bez ohledu na výšku! [477]). V důsledku existence těchto limitů bylo na tanečních školách zavedeno pravidelné vážení studentů. Jak bylo zmíněno v kapitole 1.2 představuje vážení jeden z velmi rizikových faktorů pro vznik PPP, což lze pozorovat například u sportů, kde fungují váhové kategorie (box) nebo váhová omezení (veslování).

b. dlouhé a štíhlé končetiny,

Nohy tanečníka by měly dosahovat minimálně poloviny výšky jedince.[478]

c. vyrýsovaný svalový tonus dlouhých svalů (astenický typ),
d. malá hlava a dlouhý krk,
e. maskulinizace (androgynní vzhled ideálu postavy),

U tanečnic je preferováno spíše nevýrazné poprsí, štíhlý pas (velký rozdíl mezi šířkou ramen a šířkou pasu) a úzké boky. Zejména od poloviny 20. století je patrný trend maskulinizace těl tanečnic. [479]

f. vysoký nárt.

## 1.5. Výživa tanečníků

*„Opakovaně v naší poradně slýcháme o případech učitelek baletu, které přímo zasahují do alimentárního chování svých žákyň. V nejhorších případech je dokonce přesvědčují o tom, že budou úspěšné pouze, když zubnou nebo že pro dobré tanečnice je PPP normální. Vyučující ale bohužel příliš často sami již léta trpí PPP a chápou ji jako cenu, kterou je třeba platit za úspěch v této*

[476] tamtéž
[477] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:49
[478] http://boysballet.wordpress.com/2009/03/10/student-life-at-the-renown-vaganova-ballet-academy/ 22.5.2013 22:28
[479] Matsumoto, 2010. str. 9.

*branži. Toto přesvědčení pak předávají dále svým žákyním*." Christa Brachatzek, terapeutka v klinice Charitas München

Příjem stravy pro člověka nabývá na významu nejen z hlediska tělesného, ale také sociokulturního, ekonomického a duchovního. Společné jídlo, jeho obstarání a příprava, od pravěku bylo a v současnosti stále je jedním z klíčových činitelů pro soudržnost západní společnosti.

Každá kultura má systém pravidel determinujících alimentaci. Pro pravidla západní společnosti byl nejvýznamnější vliv křesťanství, o kterém byla řeč již v předchozích kapitolách.

Současná západní společnost žije v nadbytku. Z hlediska stravování lze hovořit jednak o nadbytku co do množství potravin a jednak o nadbytku co do počtu možností. Lidé jsou **nuceni si vybrat** z dosud nevídaného množství nejrůznějších druhů potravin, od potravin exotických po domácí, od velmi drahých, luxusních, po velmi levné potraviny masové průmyslové výroby.

Někteří provádějí výběr intuitivně (například podle toho, *„na co mají chuť*"), jiní se rozhodují racionálně, resp. volí konkrétní výživový styl[480]. Hovoříme proto například o vegetariánství, veganství, frutariánství nebo také o makrobiotickém typu alimentace. Opět se zde projevuje mechanismus racionalizace stravování, který byl výše uveden jako jeden z velmi rizikových faktorů z hlediska vzniku PPP.

Přitom je ale naprostá většina výživových stylů svými tvůrci prezentována jako zdravá a lidé se z tohoto důvodu k danému typu alimentace uchylují. Tento trend lze sledovat již v období renesance, kdy byly publikovány první studie s dietetickou tematikou[481]. Vliv proudu racionalizace stravování vzrostl zejména koncem 18. století, kdy se k řeči o těle dostává také biologie[482].

[480] Giddens, 1999. S. 140.
[481] Alvise Luigi Cornaro vydává v roce 1557 "Discorsi della Vita Sobria" (O střídmém životě), kde podrobně popisuje dietu, díky které se dožil téměř 100 let, a která je založena na pravidelnosti a střídmosti stravování. http://it.wikipedia.org/wiki/Alvise_Cornaro 13.8.2011 17:27.
[482] Antoine-Laurent Lavoisier objevil možnost kvantifikovat pochody v těle, zejména spalování potravy, metabolismus látek v těle.

V historii západní společnosti lze mnohem častěji pozorovat formy restriktivního stravování než alimentární excesy [483] . Téměř ve všech náboženských systémech jsou například ukotveny různé typy půstů a jiná omezení (hinduisté nekonzumují hovězí, muslimové vepřové maso apod.). Pro stravování v západní společnosti je typická vysoká racionalizace alimentace ve většině případů vedená tendencí k dosažení co neoptimálnějšího zdravotního stavu. Vedle racionalizace jsou pro západní společnost typická také restriktivní popatření ve stravování.

Následující kapitoly se zabývají vybranými tématy z oblasti výživy, která jsou zvláště závažná u tanečníků a která zvyšují riziko vzniku PPP. Zevrubná dietologická analýza jídelníčku tanečníků by přesahovala rámec této práce. Problémy ve výživě tanečníků lze rozdělit do tří skupin podle následujících faktorů:

„C*o*" jíst (složení stravy)?

„*Kdy*" jíst (časový rozvrh)?

„*Kde*" jíst (alimentární chování)?

### 1.5.1. „Co" jíst?

Ve složení výživy tanečníků představují nejzávažnější problémy zejména následující témata:

a. Vědomosti o výživě

Jedním z faktorů, které mohou zapříčinit PPP je nedostatek informací o výživě nebo neúplné či zkreslené informace. Mnoho lidí, zejména tanečníků se řídí útržkovými informacemi, „*tipy*" od kamarádek nebo pedagogů nebo z médií, která v současnosti chrlí nespočet dietologických doporučení, často vědecky nepodložených. V některých případech vedou takováto doporučení dokonce ke vzniku PPP [484] . Příkladem mohou být mladí tanečníci, kteří od svých pedagogů (kteří sami nemají žádné odborné vzdělání v oblasti výživy)

[483] Příkladem excesivního alimentárního chování v evropských dějinách jsou římská sympozia. Lidé se přejídali a „přebytečné" jídlo pak zvraceli, aby mohli v excesivním hodování pokračovat. Viz Skácelová, 1998.
[484] Cuntz, 2008. S. 87

dostávají tipy ohledně stravování, kterými se pak pečlivě řídí… Jedná se o doporučení typu: jíst jen brokolici a dušenou rybu[485].

Eva-Maria Kraft uvádí, že jakmile rozsah tréninku přesahuje 10 hodin týdně, je třeba konzultovat způsob stravování a složení jídelníčku s výživovým poradcem [486]. Výzkum v rámci projektu Healthier Dancer Programme ukázal, že tanečníci (britští) získávají informace o výživě v první řadě z časopisů, ve druhé řadě od výživových poradců a významnou mírou také z televize [487]. Lze předpokládat, že tanečníci v ČR, kde tanečníkům nejsou k dispozici specializovaní výživoví poradci, čerpají informace pouze z časopisů a televize, tedy většinou vědecky nepodložených a hlavně útržkovitých zdrojů. Jen velmi malá část tanečníků má k dispozici ověřené, komplexní a specializované informace o výživě tanečníků.

Tanečníci jsou vedeni k racionalizaci stravy. Výsledkem toho jsou i případy, kdy se tanečník rozhodne například pro vegetariánský typ stravování. U tanečníků-vegetariánů vidí dietologové zvýšené riziko nedostatku určitého typu živin[488]. Sboristka Miami City Ballet, Chloe Freytag, se dokonce například rozhodla živit vegansky. Podle vlastních slov se tak cítila mnohem svěžejší, lehčí a méně unavená než s *„normální“* stravou. Konzumaci syrové zeleniny a ovoce nelze doporučit jako ideální typ výživy tanečníka. Jednak je zde problém absence či nedostatku některých živin v takto omezené skupině potravin a jednak je třeba zvážit individuální snášenlivost takovéto stravy. Konzumovat druhy ovoce (např. hrušky) nebo syrové zeleniny těsně před tréninkem či představením je spíše nevýhodné, protože u mnoha jedinců vyvolává např. nadýmání.

Výživová poradkyně Houston Ballet Roberta Andingová uvádí, že mnoho tanečníků ze svého jídelníčku škrtá potraviny obsahující lepek v domnění, že člověk po bezlepkových potravinách nepřibírá na váze[489]. Pro redukci váhy je ale třeba zohlednit konkrétní povahu pokrmu a také individuální specifika metabolismu jedince! Drastické škrty v jídelníčku, jakými je například veganství, se zejména u tanečníků neobejdou bez uměle vyrobených

[485] http://www.danceinforma.com/magazine/tag/the-truth-please-about-ballet/ 26.1.2013 23:48
[486] http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 17.1.2013 0:57
[487] Pacy, 1996. S. 94.
[488] Viz Classing, 1998.
[489] http://www.dance-teacher.com/2013/04/cut-it-out/ 26.5.2013 23:49

potravinových suplementů, které se ale mnohdy neslučují s pohnutkami, které jedince k takovémuto rozhodnutí vedly[490].

Metabolismus probíhá u každého jedince individuálně. I přesto se ale doporučení kvalifikovaných dietologů opírají o „*tabulkové*" normové hodnoty ve výživě. Jedním z nejdůležitějších témat ve výživě tanečníků je hospodaření s energií.

Palivem pro svaly je glykogen. Zásoby „*paliva*", glykogenu, se v lidském těle nacházejí jednak ve svalech a jednak v játrech. Je-li vyčerpán glykogen ze svalů, dochází ke ztrátě svalové síly. Je-li vyčerpán glykogen z jater, dochází ke změnám ve vnímání, poruchám nervosvalové koordinace, snížení krevního tlaku, závratím, snížení hladiny cukru v krvi a slabostí v důsledku nedostatečného množství glykogenu, který je k dispozici pro činnost mozku, řídícího centra pohybové soustavy[491]. Svalový glykogen vydrží při intenzivní fyzické aktivitě přibližně 45-90 minut. Po tuto dobu se jaterní glykogen nijak významně nevyčerpává. Už při vyčerpání 80% zásob svalového glykogenu, významnou měrou klesá kvalita výkonu.[492] Výkon tanečníka se proto odvíjí od momentálního stavu organismu.

Ve výkonnosti se naopak zrcadlí dlouhodobější časový horizont aktivit tanečníka. Díky změnám v biochemických pochodech v těle, které se odehrávají během tréninku, zlepšuje tělo způsob hospodaření s energetickým potenciálem. Trénovaný sval tak dokáže uskladnit o 20-50% glykogenu více oproti netrénovanému.[493] Tato glykogenolytická kapacita se ustaluje mezi 13-15 rokem života[494], tedy mezi 3. a 5. ročníkem taneční konzervatoře. Množství tréninku, které jedinec absolvuje v tomto věku, proto ovlivňuje jeho výkonnost v průběhu celé kariéry.

Kromě glykogenolytické kapacity je zejména pro tanečníky také významné téma obnovy glykogenu. „*Rychlost obnovy zásob glykogenu je přímo úměrná množství cukrů přijatých ve stravě a nepřímo úměrná intenzitě*

[490] Jedinec se například rozhodne k veganství jako možnost vyhýbat se průmyslově vyráběným pokrmům (polotovarům), nebo pro jeho ekologickou výhodnost anebo ohleduplnost k životnímu prostředí. Ve výsledku se takovýto člověka ale neobejde bez potravinových suplementů, tablet, které do původního úmyslu „*nezapadají*".
[491] Placáková, 2006. S. 33.
[492] tamtéž
[493] tamtéž
[494] tamtéž S. 34.

*a objemu tréninku*."[495] Pro optimální obnovu glykogenu je vhodná strava obsahující 60-70% sacharidů. Nejlépe je svalový glykogen doplňován v prvních dvou hodinách po zátěži. Až do osmi hodin po fyzické aktivitě se glykogen uskladňuje dobře[496]. Glykogen se nejprve obnovuje v játrech, poté ve svalech (dříve v rychlých svalových vláknech, později v pomalých). Glykogen ve svalech se bez zátěže obnoví až přibližně po 48 hodinách. Nedodržením této odpočinkové fáze dochází k vyčerpání glykogenu ve větších množstvích.

b. Stravitelnost a snášenlivost

Problém: Tanečníkům často nezbývá než jíst těsně před tréninkem nebo představením. Nelze dodržovat obvykle doporučované mezičasy na trávení potravy (1-2h).

Konzumace těžko stravitelných jídel vede k odkrvení svalu a přesunu krve do gastrointestinálního traktu. Pro tanečníky často přicházejí v úvahu pouze lehce stravitelná jídla, které tělo sice rychle zpracuje, ale které tělo zásobí energií často jen na krátkou dobu (maximálně 60minut[497]). Stravitelnost a snášenlivost se u každého jedince ale liší. Všeobecně bývá jako stravitelný a snášenlivý označován například banán nebo dětské piškoty.

c. Pitný režim

Problém: Málokterý tanečník přijímá tolik tekutin, kolik doporučují odborníci na výživu. Tanečníci jsou často ohroženi dehydratací v důsledku silného pocení.

Příčinou jsou mnohdy „*mýty*" a vědecky nepodložené „*pravdy*", kterými se tanečníci řídí (jako například: *Když budu pít, budu oteklá/ý, těžká/ý a budu vypadat tlustě*….) Symptomy dehydratace jsou například křeče ve svalech, závratě či slabost a únava (a z ní vyplývající zvýšené riziko úrazů). Proto by tanečníci měli mít možnost pít během delších tréninků či zkoušek. Po tréninku by tekutiny měly být zodpovědně doplněny. Vhodnými zdroji pro

[495] tamtéž S. 34.
[496] Placáková, 2006. Kapitola 7.3. Sacharidy a kompenzace.
[497] Placáková, 2006. Kapitola 7.2. Sacharidy před výkonem a Hoffmann, 2009. S. 33.

rehydrataci tanečníků jsou zejména voda (s vhodným složením minerálů), iontové nápoje, polévky nebo kvalitní zeleninové a ovocné šťávy. [498]

Tanečníci by měli být velmi opatrní při konzumaci alkoholických nápojů Výzkum v rámci projektu Healthier Dancer Programme ukázal, že 68% tanečníků, kteří se zúčastnili výzkumu, pije alkohol (přibližně 1 až 14 skleniček vína týdně).[499] Alkohol dehydratuje a má i další nežádoucí účinky na taneční výkon (např. zpomalená regenerace svalů).

V následující tabulce č. 3 je uveden objem tekutin, který by, podle doporučení odborníků na výživu sportovců měli tanečníci denně vypít.

| | Množství tekutin doporučované pro dospělého **bez** zvýšené fyzické aktivity | | Množství tekutin, které by člověk měl přijmout při dané zvýšené fyzické aktivitě **navíc** | Celkové množství tekutin |
|---|---|---|---|---|
| Minimum při 2 trénincích (180 min zvýšené fyzické aktivity) | 1 litr | + | 1,2 litru | **2,2 litru** |
| Maximum při 2 trénincích (180min zvýšené fyzické aktivity) | 2 litry | + | 2,4 litru | **4,4 litru** |
| Minimum při 3 trénincích (270 min zvýšené fyzické aktivity) | 1 litr | + | 1,8 litru | **2,8 litru** |
| Maximum při 3 trénincích (270 min zvýšené fyzické aktivity) | 2 litry | + | 3,6 litru | **5,6 litru** |

Tabulka č. 3 „*Doporučované množství tekutin*“[500]

Naprosté minimum tekutin (při pouhých 180min tréninku) činí 2,2 litru. Pije-li tanečník méně, vystavuje se nebezpečí dehydratace, při dlouhodobém podkračování této hranice i dalším zdravotním komplikacím.

d. Živiny

Problém: Častá (někdy i podvědomá) záměna pojmů „*výživová hodnota*“ a „*energetická hodnota*“.

Potravina, která má vysokou výživnou hodnotu, nemusí mít vysokou energetickou hodnotu! Tanečníci by měli upřednostňovat potraviny vysoké

[498] Srovnej: Bonci, L.: 2009, *Sport nutrition for coachess S.* 156. In: Matsumoto, 2010. S. 21.
[499] Pacy, 1996. S. 94.
[500] Hodnoty převzaté z Mannhart, 2008. S. 9.

výživové hodnoty, s vysokým obsahem vitaminů a minerálů, nikoli výživové doplňky![501]

e. Energetický příjem

Nedoporučuji, aby sami tanečníci počítali energetickou bilanci jídla zkonzumovaného během dne, natož počítat hodnoty každého jídla! Takovýto postup je přímou cestou k rozvinutí PPP.

Výživový poradce, který provádí analýzu jídelníčku tanečníka by měl být seznámen se specifiky jednání s rizikovými skupinami pro vznik PPP a při diskusi nad jídelníčkem komentovat energetické hodnoty diskrétně (viz kapitole 1.3.4). V současné době je dietology doporučovaná hodnota denního energetického příjmu pro zdravého dospělého člověka (průměrné váhy a výšky) 2000 kcal. Pro sportovce je stanovena průměrná hranice 3000kcal až 4500 kcal[502]. Tanečníci však často podkračují i hodnoty doporučované pro běžnou populaci bez sportovní aktivity (viz kapitola 1.1.3.2.3). Již v devadesátých letech byly zveřejněny výsledky výzkumu, které prokázaly, že tanečnice klasického tance denně přijímají pouze 70-80% doporučovaného energetického příjmu[503]. Z hlediska dodržení rad výživových poradců by bylo třeba navýšit energetickou hodnotu stravy tanečníků. Do rozhodování o množství přijaté potravy je však třeba také zahrnout signály těla a individuální snášenlivosti konkrétního množství potravy pro konkrétního jedince.

f. Sacharidy

Problém u tanečníků: Mezi tanečníky (zejména tanečnicemi) je rozšířeno příliš mýtů o sacharidech (zejména o souvislosti mezi nabýváním tělesné hmotnosti a konzumací sacharidů. Tanečnice ve svém jídelníčku často redukují příjem polysacharidů (příloh) a naprosto vyškrtávají příjem jednoduchých cukrů ( „*sladkého*“).

[501] Více než polovina tanečníků užívá výživové doplňky, zejména vitaminy, železo a vápník. (Pacy, 1996. S. 94)
[502] Hodnoty kolísají mezi 3000kcal (doporučení pro disciplíny lehké atletiky vyjma běhů) a mezi 9000kcal (doporučení pro cyklistiku prováděnou ve vysokohorském prostředí na profesionální úrovni).
[503] Koutedakis, 1996. S. 77.

Přitom jsou sacharidy jediným okamžitě využitelným zdrojem energie! Měly by proto mít nepostradatelné místo v rámci jídel konzumovaných v průběhu *„pracovního dne*" tanečníka[504]. Není-li zaručen dostatečný příjem sacharidů a tuků, je totiž energie získávána z bílkovin, tedy natrávením svalové hmoty.

Diety typu *„low carb*", které minimalizují obsah sacharidů ve stravě, tanečníkům nelze doporučit. Sacharidy jsou u těchto diet zčásti nahrazovány bílkovinami, kterých je ve výsledku v jídelníčku nadbytek. Nadbytek bílkovin zatěžuje ledviny, u mužů zvyšuje tvorbu svalstva, u žen ale snižuje aktivitu a působí celkový útlum[505]. Zejména tanečnice by se proto dietám s nízkým obsahem sacharidů měly vyvarovat, nechtějí-li riskovat snížení výkonnosti.

Žákyně akademie A. Vaganové Alexandra Somova ve svých 16 letech přiznává, že všichni žáci školy se omezují v jídle, její sladkosti (obsahující monosacharidy) a potraviny vyrobené z pšenice (obsahující polysacharidy).[506]

Sacharidy mají pro fyzický výkon velký význam, což bylo ukázáno již výše (glykogenolytická kapacita, glykemický index- GI). Například podle Derricka Browna, nizozemského tanečníka, pedagoga a výživového poradce, má metabolismus cukru v krvi, tedy GI, vliv nejen na taneční výkon nýbrž také na to, jak se cítí a na jeho náladu. Množství sacharidů ve stravě ovlivňuje psychické rozpoložení jedince.

Strava bohatá na sacharidy vede k vylučování inzulínu. Inzulin automaticky zvyšuje také hladinu neurotransmiteru serotonin a serotonin způsobuje stav uvolnění a zvedá náladu. Pokles hladiny serotoninu v období hladovění nebo konzumace stravy chudé na sacharidy způsobuje deprese[507].

Podle Brownova výzkumu je pro tanečníky nevýhodné vypouštět snídani z jídelníčku, zejména snídani obsahující polysacharidy. Brown doporučuje před prvním ranním tréninkem snídat energetickou tyčinku obsahující sacharidy s nízkým GI [508]. Potraviny s nízkým GI je vhodné konzumovat před

[504] Fořt, 1996. S. 24.
[505] Fořt, 1996. S. 49.
[506] http://boysballet.wordpress.com/2009/03/10/student-life-at-the-renown-vaganova-ballet-academy/ 22.5.2013 22:25
[507] Cruntz, 2008. Str. 30-31.
[508] http://www.academia.edu/1720179/The_impact_of_skipping_breakfast_on_dancers_measuring_glycaemic_factors_and_affect 27.5.2013 22:35

déle trvající fyzikou aktivitou (více než 60 min). [509] Zejména těsně před zátěží nebo během tréninku nemluví nic proti konzumaci potravin s vysokým GI. Konzumace potravin s vysokým glykemickým indexem méně než 20 minut před zátěží [510] nevyvolá hypoglykémii, protože organismus při fyzické zátěži nevylučuje do krve velké množství inzulínu a nedovolí tudíž vzniku hypoglykémie[511].

Rozhodujícím faktorem by měl být soubor individuálních specifik konkrétního jedince. Metabolismus se liší podle specifik konkrétního těla a navíc podle podmínek. Proto nelze stanovit naprosto spolehlivě a přesně, které potraviny mají jak vysoký GI.

Kapitola zabývající se složením jídelníčku tanečníka zdůraznila následující problémy, které vedou k rozvoji PPP, resp. latentních PPP:

Tanečník se bojí přírůstku váhy, proto se omezuje ve stravování. V důsledku nedostatečných nebo chybných informací provádí úpravy jídelníčku na nevhodných místech. Ve snaze o snížení energetické hodnoty přijímané stravy tak často dochází k dramatickému snížení výživové hodnoty, nedostatku důležitých živin ohrožujícím další funkce a orgány organismu, většinou takové, které jsou výše popsány jako symptomy PPP. Čím déle jsou tyto mechanismy aplikovány, tím větší je strach tyto vzorce chování opustit, a tím vážnější případ PPP, o který se jedná.

### 1.5.2. „Kdy" jíst?

Problémy s časovými možnostmi, se kterými se tanečníci potýkají a které zvyšují riziko vzniku PPP, jsou následující:

a. Doby mezi tréninky

Mnohé osobnosti tanečního světa, například Tereza Podařilová[512], se přiznávají, že se jim tančí lépe s prázdným žaludkem. Také pedagog Moshe Feldenkrais se vyjadřuje podobně jako Podařilová: *„Když se člověk zrovna*

[509] Placáková, 2006. Kapitola 7.2. Sacharidy před výkonem.
[510] Fořt, 1996. S.29.
[511] tamtéž
[512] http://ona.idnes.cz/primabalerina-tereza-podarilova-nejradsi-nosim-tenisky-p2b-/spolecnost.aspx?c=A060710_115012_ona_ony_jup 2.6.2013 17:09

*najedl, je práce, podle mého, škodlivá Když se před výukou najím a pak se slyším, říkám si, že jsem to neměl dělat. Když je člověk najedený nemůže cítit a rozeznávat jemné nuance*."[513]

Čas mezi tréninky, zkouškami a představeními často nestačí na dostatečný příjem živin, který je nezbytný pro získání energie a doplnění vypotřebovaných zásob živin v těle. [514]

V krátkých mezičasech tanečníkům nezbývá než sáhnout po rychlých a nutričně málo hodnotných potravinách. Jane Burn, sólistka anglického baletu, uvádí příklad z vlastního jídelníčku: čaj z bufetu s šesti cukry nebo banán, a upozorňuje také na častý problém, že tanečníci krátké pauzy ani nevěnují stravě, ale často kouření. [515] (Výzkum v rámci projektu Healthier Dancer Programme vyšlo najevo, že 35% tanečníků kouří.[516]) Mezi tréninky, když je organismus rozehřátý, člověk nepociťuje chuť k jídlu. Tanečníci proto vydrží i několik hodin, aniž by pocítili pocit hladu.

b. Pravidelnost a možnost plánování

Pauzy mezi tréninky a zkouškami jsou navíc nepravidelné. Tanečníci (na rozdíl od sportovců) se tak nemohou řídit plány dob na odpočinek a ani časovými plány v jídelníčku. [517]

c. Denní rozvrh stravování

Profesionální tanečníci a taneční pedagogové pracují často večer či pozdě do noci. Před představením nebo před výukou není možné jíst větší porce jídla a po představení nebo výuce je často už pozdě. Vypořádat se s takovýmto „*oříškem*", je i pro dietology těžko řešitelnou otázkou. Veškerá v současnosti platná výživová doporučení vycházejí ze zásady „*snídej jako král, o oběd se rozděl s přítelem a večeři dej nepříteli*". Jíst večer se v současnosti, a zejména ve střední Evropě, nedoporučuje.

Navíc je v povědomí společnosti zakotvena nepodložená domněnka o tom, že jíst večer vede k nárůstu tělesné hmotnosti, protože zkonzumované

[513] Feldenkrais, 1990. S. 23.
[514] http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 18.1.2013 0:23
[515] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:19
[516] Pacy, 1996. S. 94.
[517] http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 18.1.2013 0:23

kalorie tělo ve spánku nemá šanci spálit[518]. Zpracování tuků je v noci sice inaktivní ale na přibývání na váze má prvořadý vliv celkový energetický příjem během celého dne (24h). Vypouštění večerních jídel z jídelníčku může vést k redukci hmotnosti za toho předpokladu, že člověk jí večer, když má klid a čas, větší porce nebo energeticky bohatší stravu. Pravidlo „n*ejíst po 18h (nebo dokonce po 16h)*" tedy z hlediska současné vědy o výživě není třeba dodržovat.

Ale kdy má tanečník „*snídat jako král*", když se člověk málokdy dostane do postele před půlnocí a v 9 ráno (nebo i dřív) už opět musí být připraven na trénink?

Pro obnovu glykogenu ve svalech a játrech je vhodné konzumovat po fyzické aktivitě (po tréninku či představení) například těstoviny, brambory nebo rýži. Nejlépe 2 hodiny po skončení tréninku (maximálně 8h). [519]

Při řešení otázky „*kdy jíst*", se tanečník nemůže příliš řídit signály svého těla. Na jedné straně je skutečnost, že si tanečník nemůže odběhnout kdykoli pocítí hlad a na druhé straně stojí fakt, že pocit hladu a sytosti je u tanečníků velmi často zkreslen (například zahřáním organismu během tréninku nebo vlivem hormonů vyplavovaných při fyzické aktivitě, které tlumí pocit hladu). Celodenní hladovění nevede k ničemu jinému než návalům hladu, například večer nebo o víkendu, a k neúměrně vysoké konzumaci jídla, se kterou se tanečník při tendenci k PPP vyrovnává jen velmi obtížně (špatné svědomí nebo dokonce bulimické chování).

Vytvoření pravidelnosti ve stravování by proto tanečníkům přineslo stabilitu (metabolismu tak také v psychice). Pravidelnost by měla být vytvořena s ohledem na individuální možnosti tanečníka a jeho denního programu. Obecná výživová doporučení hovoří o pěti jídlech denně. Tolik prostoru pro jídlo ale tanečníci mají pouze zřídkakdy. Vhodná by byla alespoň tři jídla denně, nejlépe, aby jedním z nich byla snídaně.

---

[518] http://www.pro-ana-nation.com/v1/index.php?option=com_content&task=view&id=87&catid=4 26.7.2011 9:58

[519] Placáková, 2006. Kapitola 7.3. Sacharidy a kompenzace.

### 1.5.3. „Kde" jíst?

#### a. Gastronomická zařízení

Gastronomická zařízení v blízkosti učilišť a pracovišť tanečníků nejsou uzpůsobeny dietetickým potřebám a často ani finančním možnostem tanečníků. [520] Stravování studentů tanečních konzervatoří v ČR bohužel povětšinou probíhá v zařízeních nastavených na systém hromadného stravování běžné populace v 50. letech. Na specifika jídelníčku dospívajících s vysokou fyzickou zátěží není brán ohled.

Také regionální kuchyně má vliv na stravování tanečníků. Jane Burn například upozorňuje na nevhodnost britské kuchyně (bohaté na těžko stravitelné pokrmy vysoké energetické hodnoty) pro tanečnice a na zvýšené riziko vzniku PPP v důsledku této skutečnosti. Jako příklad lze porovnat denní jídelníček anglické tanečnice: toast (bílé pečivo) s máslem a banán k snídani, mezi tréninky a zkouškami přeslazený čaj, müsli tyčinky, bábovka nebo sendvič a po představení mnohdy společné jídlo v restauraci; a ruské kolegyně: tvaroh posypaný cukrem k snídani, dušené maso se zeleninou k pozdějšímu obědu a čokoládovou tyčinkou před představením. Tato ruská tanečnice, sólistka souboru Mariinského divadla v Petrohradě, Sofia Gumerova, uvádí, že po představení její jen výjimečně- když má *„veliký hlad*", tak jej zažene ovocem nebo syrovou zeleninou.[521] Tereza Podařilová popisuje svůj běžný denní jídelníček následovně: sušenka a káva k snídani, během dne jedno z následujících jídel (polévka, müsli tyčinka, banán, hroznové víno, suchý rohlík) a večer, po představení, *„normální jídlo*"[522].

#### b. Vlastní příprava jídla

Kromě otázky *„kdy jíst*" je třeba položit také otázku *„kdy vařit*", resp. kdy si připravovat jídlo. Večer jen málokdy zbude energie (a čas), aby si tanečník navařil na další den. Ráno jen málokdy zbude čas, aby si tanečník připravil jídlo na celý den a luxus, aby pro člověka vařili rodiče či partner, si může dopřávat málokdo. Kromě časových a energetických překážek zde představuje překážku také nedostatek znalostí a dovedností z oblasti

[520] http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 18.1.2013 0:23
[521] http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:19
[522] http://ona.idnes.cz/primabalerina-tereza-podarilova-nejradsi-nosim-tenisky-p2b-/spolecnost.aspx?c=A060710_115012_ona_ony_jup 2.6.2013 17:09

gastronomie[523]. Například sólistka souboru Mariinského divadla v Petrohradě, Sofia Gumerova, v článku o výživě tanečníků přiznala, že neumí uvařit ani základní jídla jako např. brambory, rýži či těstoviny![524]

c. Cestování

Tanečníci a taneční pedagogové často cestují (turné, stáže apod.).[525] Ochutnávat exotické speciality když tanečníka za několik hodin čeká představení, je dosti nezodpovědné. Přestože zejména tanečníci *„své tělo znají*", je třeba respektovat nevyzpytatelné reakce na nové prostředí, *jet lag* a do této kombinace rizik ještě přidat neznámé pokrmy. I pro tento účel je výhodné, když je tanečník vybaven informacemi o výživě nebo má přímo na místě k dispozici odborníka na výživu.

Česká kuchyně neodpovídá doporučované skladbě jídelníčku lidí se zvýšenou fyzickou aktivitou, což může být v některých případech také faktorem, který zvyšuje riziko vzniku PPP. Tanečník například začne eliminovat nevhodná jídla typu kynuté knedlíky, tučné maso, sladké pokrmy z bílé mouky… málokdy má pak možnost objem vyškrtnutého jídla v jídelníčku nahradit. Vzniká nedostatek (objemu, některých živin…), potraviny jsou rozlišeny na *„povolené*" a *„zakázané*", člověk se (sociálně) izoluje od těch, kteří jí *„vše*", tedy faktory, které odborníci chápou jako rizika nebo již konkrétní projevy PPP.

Neexistuje ideální jídelníček tanečníka. Nikdo tanečníkovi neřekne, kolik přesně a čeho by měl jíst a pít, aby dodal tělu potřebné množství látek ale, aby se na druhé straně cítil dobře a mohl podávat co nejlepší taneční výkony.

Závěrem kapitoly o klíčových problémech ve výživě tanečníků je třeba zkonstatovat, že čím dřív a čím lépe se tanečník naučí naslouchat svému tělu, respektovat a v rámci možností následovat[526] jeho signály, tím blíže bude tomu, co v jeho konkrétním případě lze nazvat *„zdravou stravou*".

---

523 http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/4702896/Tea-and-cake-or-tvorog-and-fruit.html 22.5.2013 21:19

524 tamtéž

525 http://www.evamaria-kraft.at/?page_id=135 18.1.2013 0:23

526 Rámec možností, ve kterém by tanečník měl následovat signály svého těla, například *„chutě*", by měl být kromě jiného vymezen také základními znalostmi o výživě, kterými by každý tanečník měl disponovat!

# 2. Empirický výzkum

V první kapitole byly zpracovány hlavní problémy práce teoreticky. Cílem druhé kapitoly bude ověřit, upřesnit a rozvést témata první části práce prostřednictvím empirického výzkumu

## 2.1. Příprava výzkumu

V rámci pilotní studie byly provedeny nestandardizované rozhovory s tanečníky a pedagogy tance, kteří během své profesní dráhy již udělali zkušenost s PPP. Bylo provedeno také přímé pozorování každodenního života tanečníků, pedagogů a vrcholových sportovců. Na odborníky jsem se obrátila prostřednictvím dotazníku s otevřenými otázkami (11. a 12. Ledna 2013). Cílem bylo oslovit větší množství odborníků (v České republice, Německu, Švýcarsku a Rakousku). Ze zahraničních terapeutů 37% výstižně odpovědělo na otázky, 16% odkázalo na kolegy nebo jiné zdroje, 21% nabídlo telefonickou konzultaci a 26% neodpovědělo. Z českých terapeutů odpovědělo 33%, 17% odkázalo na kolegy a 50% neodpovědělo. Informace od následujících terapeutů byly zahrnuty do práce: Ulrike Bock (poradna pro PPP Frankfurt nad Mohanem), Christa Brachatzek (specializované centrum pro PPP Charitas, München), Alexandra Hölzlein (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Kathi Kaldewey (specializovaná klinika na PPP-Klinik Sonnenhalde, Švýcarsko), Eva-Maria Kraft (výživová poradkyně a pedagožka taneční konzervatoře ve Vídni), PhDr. František Krch (Psychiatrická klinika 1. LF UK), Stephanie Lange (psycholožka v Kolíně nad Rýnem), Ludmila Trapková (česká terapeutka PPP) a Anita Schwitzer (poradna pro PPP LuCa v Heidelbergu, Německo).

Na základě studia pramenů a pilotní studie byl stanoven a analyzován referenční rámec témat výzkumu. Na základě této analýzy byly stanoveny hypotézy pro výběr otázek pro vytvoření následujícího dotazníkového výzkumu.

V pilotní studii byly použity převážně metody kvalitativního výzkumu (nestandardizované rozhovory, dotazníky s otevřenými otázkami, přímé pozorování…). Hlavní část výzkumu, dotazníkový výzkum, ale bude proveden

za použití převahy kvantitativních metod. Otázky v dotazníku budou standardizované, protože pouze *„standardizací otázek je možné testovat hypotézy*“[527].

### 2.1.1. Stanovení hypotéz

Výzkum bude pracovat s následujícími hypotézami:

I. Mezi tanečníky se PPP vyskytují častěji, protože zde působí specifické faktory, které vznik PPP podporují. Mezi tyto faktory patří zejména:
   - Pedagogové tance, jejich způsob a obsah komunikace s tanečníky,
   - stravování tanečníků,
   - současný ideál lidského těla (sociokulturní faktory).

II. V důsledku nízké míry informovanosti o problematice PPP není onemocnění odhaleno včas a šance na úspěch léčby se snižuje. A navíc klasické formy terapie nejsou dostatečně otevřené specifikům PPP u tanečníků.

### 2.1.2. Výběr respondentů

Dotazník bude vypracován v celkem čtyřech variantách, pro čtyři skupiny respondentů: pedagogové a trenéři estetických sportů, profesionální tanečníci, amatérští tanečníci a sportovci (kteří absolvují méně než 5 tréninků týdně), netanečníci.

Skupiny respondentů byly vytvořeny podle kritéria, kolik času respondent tráví v tanečním světě. Nejvíce *„ponořeni*“ do tanečního světa jsou profesionální tanečníci a vrcholoví sportovci estetických sportů, nejméně netanečníci. Pro výběr respondentů byla vybrána jedna z metod teoretického výběru, metoda *„snowball sampling*“. Metoda je vhodná právě pro tento výzkum z důvodu, o kterém hovoří Miroslav Disman. Podle Dismana se v případě *„snowball sampling*“ jedná o techniku identifikace populace[528], v tomto případě této práce půjde o identifikaci taneční populace. Výzkum se tedy zaměřuje cíleně jen na populaci tanečníků a pedagogů tance. Skupina *„netanečníků*“ byla mezi respondenty zařazena také, ale pouze z důvodu

[527] Disman, 2002. S. 127.
[528] Srovnej Disman, 2002. Kapitola 5.4 Když koruna nepracuje.

dokreslení situace v tanečním světě (metodou kontrastu). Cílem výzkumu není v první řadě porovnávat názory tanečníků a netanečníků.

### 2.1.3. Výběr otázek

Do dotazníku bylo vybráno celkem 44 otázek týkajících se témat uvedených již v teoretické části práce, zejména v kapitole 1.1.1. Otázky byly rozděleny do čtyř bloků, z nichž je každý tvořen dvěma tematickými podskupinami, které korespondují se stanovenými hypotézami.

Přehled všech otázek a jejich zařazení do bloků, tematických podskupin a také variant dotazníku, je uveden v příloze č. 8.

V následujících podkapitolách budou definovány jednotlivé otázky podle zařazení do bloků a stanoven způsob vyhodnocování, tedy specifikována výpovědní hodnota odpovědí.

#### *2.1.3.1. Kategorie A*

Kategorie A zahrnuje otázky, které mapují riziko PPP mezi respondenty (v současné době i v minulosti). Jak bylo uvedeno výše, pro definitivní diagnostikování PPP je třeba podrobných psychologických testů. Faktory, které lze sledovat online dotazníkem, představují pouze část faktorů, které by musely být splněny pro diagnostikování PPP. Pro tento účel byly vybrány tři otázky mapující biologické faktory, sedm otázek mapujících psychologické faktory a níže uvedená, otevřená otázka:

- *„Poruchou příjmu potravy netrpím, protože…*"

Otázky byly založeny na dobrovolném *„přiznání*" respondentů. Předpokládá se ale, že mezi respondenty je rovněž část tanečníků, kteří PPP trpí a tuto skutečnost (si) nechtějí přiznat. Pro zjištění podílu těchto případů by bylo třeba provést podrobné psychologické a medicínské testy.

##### *2.1.3.1.1. Biologické faktory*

- *„Uveďte zde, prosím svojí výšku a váhu.*"

Prvním mezi biologickými ukazateli poukazujícími na možnost existence PPP je poměr BMI. Hodnota BMI (Body Mass Index) je využívána pro

zjišťování poměru výšky a váhy podle vzorce: BMI= $\frac{váha\ (kg)}{výška\ (m)^2}$. Výsledek této rovnice,BMI, je podle WHO[529] v současnosti interpretován následovně:

| Kategorie | | Hodnota BMI |
|---|---|---|
| Podváha | Závažná podváha | méně než 16 |
| | Střední podváha | 16-16,9 |
| | Mírná podváha | 17-18,4 |
| Normální váha | | 18,5-24,9 |
| Nadváha | | 25-29,9 |
| Obezita | | více než 30 |

Tabulka č. 4 *„Interpretace hodnot BMI podle WHO"*[530]

Pracovní hypotéza: Čím více hodnot BMI se v určité skupině respondentů, nachází v oblasti podváhy, tím větší procento výskytu PPP.

Další otázky mapující možnost výskytu PPP jsou:

- Dostala jste svoji první menstruaci později než v 16 letech?
- Vynechala u Vás někdy menstruace více než 3x po sobě?

Amenorea, jak primární tak sekundární, poukazují na endokrinní poruchu, ke které velmi často dochází v souvislosti s podváhou, nedostatečnou výživou nebo (fyzickou a/nebo psychickou) zátěží neúměrnou biologickému věku. Pracovní hypotéza: Míra výskytu primární a sekundární amenorey koresponduje s mírou výskytu PPP.

#### *2.1.3.1.2. Psychologické faktory*

Respondentům byly položeny dvě otázky, které mapují výskyt obezofobie a pokřiveného body image u respondentů (viz kapitola1.1.2.1). Otázky k problematice obezofobie byly do dotazníku zařazeny dvě:

- Otázka *„Kdybych přibral(a) 2 kg, tak bych…"* vypovídá o míře nátlaku a očekávání od sebe sama v ohledu na vlastní váhu.
- Otázka „K*dybych přibral(a) 2 kg, tak by mé okolí…"* vypovídá o míře nátlaku a očekávání ze strany okolí a prostřední, ve kterém se respondent pohybuje.

[529] WHO (World Health Organisation)= Světová zdravotnická organizace (pozn. BM).
[530] Zdroj: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html 5. 3. 2012 7:06

Metoda otevřeného dotazování umožnila v tomto případě zjistit jednak, nakolik stresující je pro respondenta přibrat 2kg a jednak také, vnímá-li přibírání z hlediska "*vnějšího*" nebo "*vnitřního*" body image. V této souvislosti byly do bloku A dále zařazeny také otázky s možností odpovědi prostřednictvím binomické proměnné (ano- ne):

- Styděl (a) jste se někdy za to, že jste tlustý(á)?
- Styděl (a) jste se někdy za to, že jste hubený(á)?

Kde se strach a stud z přibrání na váze bere? Je strach z přibrání na váze, strach z tloušťky, v tanečním světě opodstatněný? Jak nahlíží taneční svět na „*tlusté*" lidi? A jak je v tanečním světě nahlíženo na „*tlusté*" tanečníky?

- Do dotazníku byla zařazena jednak otevřená otázka, ve které měli respondenti doplnit větu: „ *Tlustí lidé jsou*…".

Výše uvedené tři otázky vypovídají o postoji respondentů k přibrání na váze a tloušťce. Pracovní hypotéza: Pociťuje-li respondent strach z přibrání na váze, vyskytuje-li se v prostředí, ve kterém jsou tlustí lidé nahlíženi negativně a pociťuje-li stud v situaci, kdy se cítí být „*tlustý*", je vysoké riziko PPP.

Dalšími z rizikových faktorů,[531] jsou jednak nutkání ke zvýšené fyzické aktivitě a jednak potíže jíst ve společnosti jiných lidí. Poslední dvě otázky bloku A proto zněly:

- Nemít možnost trénovat, cvičit, by pro mě znamenalo stres, neklid.
- Dělá Vám problémy jíst v přítomnosti jiných lidí?

Pracovní hypotéza: Čím více stresující je pro člověka představa „*nemít možnost trénovat*", a čím více je člověku nepříjemné (pocity stresu, strachu a pocity viny), když nemá možnost cvičit a trénovat, tím je větší pravděpodobnost výskytu poruchy příjmu potravy.

#### *2.1.3.2. Kategorie B*

Kategorii B tvoří otázky, z jejichž odpovědí lze vyčíst míru obeznámenosti s problematikou PPP a jejich názory na tyto stavy.

Otázky jsou vystavěny na hypotéze, že v povědomí společnosti, i v povědomí taneční společnosti, panuje mnoho mýtů a dezinformace co se

[531] http://www.allianceforeatingdisorders.com/what-causes-eating-disorders 16.6.2011 23:00

týče PPP a společně s již zmiňovaným fenoménem „*me-too-anorectic*" představují zvýšené riziko vzniku PPP. První podskupinu bloku B tvoří otázky mapující informovanost respondentů o poruchách příjmu potravy. Druhou podskupinu tvoří kvalitativní otázky, především otevřené, které zachycují názory respondentů na podstatu poruch příjmu potravy.

#### *2.1.3.2.1. Znalost základních údajů o PPP*

V rámci mapování všeobecného povědomí veřejnosti a znalostí o PPP byly do dotazníků zahrnuty následující otázky:

- Které typy poruch potravy znáte?
- Které věkové skupiny jsou rizikové z hlediska vzniku a rozvoje PPP?

Respondenti měli porovnat věkové skupiny (8-12, 13-20, 21-34, 35-49, 50 a více).

V kapitole 1.3.6 byly uvedeny informace týkající se smrti následkem PPP. Cílem následující otázky bude, zmapovat, nakolik jsou respondenti informovaní o ohrožení života vlivem PPP.

- Co je nejčastější příčinou smrti u lidí trpících PPP?

PPP lze srovnávat se závislostmi, určité terapeutické přístupy je dokonce chápou jako typ závislosti. Způsob, jakým PPP ovlivňují život jedince, jsou srovnatelné s jinými závislostmi. Proto byly do dotazníku vloženy otázky:

- Seřaďte, prosím, následující typy závislostí podle naděje na (úplné, dlouhodobé) vyléčení.
- Seřaďte, prosím, následující typy závislostí podle míry ohrožení života postiženého/závislého.
- Seřaďte, prosím, následující typy závislostí podle zatížení/ohrožení pro rodinu a okolí.

Pracovní hypotéza: Respondenti jsou o PPP informovaní, blíží-li se jejich odpověď tvrzení odborníků. Nízká informovanost o PPP vede k pozdějšímu rozpoznání existující poruchy, většímu množství nevhodných reakcí a malé naději na pomoc postiženému, natož na prevenci před vznikem dalších případů.

#### *2.1.3.2.2. Podstata PPP*

Otázka po podstatě PPP je založená na myšlenkové operaci respondenta, který má najít rozdíl mezi sebou a někým, kdo trpí PPP. Z odpovědí bude patrné, co si respondenti myslí o lidech trpících PPP, např. čím se postižený PPP vyznačuje. Druhá otázka bude mapovat názor respondentů na možné příčiny PPP. Do následující podskupiny byly zařazeny dvě otázky:

- Doplňte, prosím, následující větu: PPP netrpím, protože…
- Proč někteří lidé trpí PPP?

#### *2.1.3.3. Kategorie C*

Kategorie C se zabývá specifiky PPP v tanečním světě. Prvním blokem proto jsou otázky, které zjišťují, jestli si respondenti v tanečním světě skutečně připadají více ohroženi PPP, resp. jestli je na taneční svět skutečně nahlíženo jako na rizikové prostředí.

##### *2.1.3.3.1. Taneční svět jako rizikové prostředí*

Odborníci řadí taneční svět k jedné z rizikovějších sfér z hlediska PPP. Následující otázka byla do dotazníku zařazena s cílem potvrdit kromě obecné rizikovosti u skupiny tanečníků také rozdíl mezi skupinou klasického a moderního/ současného tance. Na základě výzkumu, který dokázal, že podíl tukové hmoty v těle je u tanečníků věnujících se klasickému tanci 7% u žen (pro ženy je doporučována trojnásobná hodnota, tedy 21%!!) a 13% u mužů (odpovídá normálu). Naopak u tanečníků věnujících se modernímu tanci činí podíl tukové hmoty v těle 23% u žen (odpovídá normálním hodnotám) a 30% u mužů (horní hranice normálu)[532]. Tanečníci klasického tance by proto měli i ve výsledcích této otázky dosáhnout umístění coby rizikovější skupina než tanečníci moderního tance. V dotazníku budou respondenti hodnotit tanec v následujících kategoriích: studium taneční konzervatoře, tanečník specializovaný klasický tanec, moderní/současný tanec a navíc také činnosti jako moderní gymnastka, krasobruslení, kulturistika, hudba, volejbal. Podle umístnění budou disciplínám přiřazeny body, které určí celkové, výsledné umístění.

[532] Koutedakis, 1996. S. 77.

Další názory na „*rizikovost*" tanečního světa budou zjišťovány následujícími otázkami, ve kterých se respondenti rozhodovali pro jednu z binomických proměnných:

- Je, podle Vás, člověk v tanečním světě vystaven většímu riziku vzniku PPP než kdyby se tanci nevěnoval?
- PPP v současnosti neodmyslitelně patří do tanečního světa. Souhlasíte?
- Rodič sedmileté dívky se vyjádřil: "*Moje dcera balet dělat nebude. Nechci, aby z ní byla anorektička*." Je jeho obava oprávněná?

Cílem otázky týkající se názoru rodičů k tanečnímu umění je, vyvrátit nebo naopak potvrdit výše uvedenou hypotézu všeobecné mínění veřejnosti (např. rodičů), že taneční svět je nebezpečný právě rizikem vzniku PPP a obavy z tohoto nebezpečí mohou vést až k vyhýbání se tanci či zakazování tance (např. nepřihlásit z tohoto důvodu dítě k taneční výuce).

#### *2.1.3.3.2. Konkrétní rizikové faktory v tanečním světě*

Nyní se pozornost předsouvá k otázce „*co*" je příčinou vyššího rizika vzniku PPP v tanečním světě, tedy faktory, které byly analyzovány již v kapitole 1.2). Respondentům budou předloženy následující otázky:

- Uzavřená otázka „*V čem spočívají rizika vzniku poruchy příjmu potravy v tanečním světě*?" s následujícími možnostmi odpovědí:
  - Způsob, jak se pedagogové vyjadřují o postavách studentů. Souvislost mezi interakcemi mezi pedagogem a žákem a podhoubím pro rozvoj poruchy příjmu potravy předkládá také Monika Thiele, německá sportovní a kulturní vědkyně[533].
  - Vážení studentů.
  - Přiléhavé oblečení (trikoty).
  - Jednotné oblečení (které s sebou nutně nese srovnávání postav tanečníků).
  - Zrcadla na tanečních sálech. „*Více než zrcadla na sále působí zrcadla těch, kteří hodnotí*."[534]

Samostatná otázka byla věnována tématu vážení:

- Jaký je Váš názor na vážení studentů tance/ sportovců?

[533] http://www.maja-langsdorff.de/medsport.htm 20.1.2013 13:53
[534] Ludmila Trapková, 21.1.2013

Faktorem, který se ze své podstaty také podílí na riziku vzniku PPP v tanečním světě, jsou současné estetické normy a nepsaná pravidla, která platí v tanečním prostředí. Jako zástupce tohoto tématu byla do dotazníku zvolena následující otázka:

- Platí v tanečním světě nepsané pravidlo ´hubený tanečník= dobrý tanečník´?

Dalším faktorem je *„nakažlivost*" PPP. Následující otázka je proto postavena na hypotéze, že studenti vnímají svého pedagoga (ať už vědomě či podvědomě), kterého vídají téměř denně, jako vzor a v případě, trpí-li pedagog PPP, je riziko vzniku PPP u studentů zvýšené. Skutečnost, trpí-li pedagog PPP, mohou studenti zaznamenat:

- buďto na základě vnějšího vzhledu,
- podle způsobu komunikace se studenty a připomínek k tělesné konstituci[535],
- a pak také osobním vztahem pedagoga k jídlu
- a způsobem vyjadřování se o jídle.

Proto byly zvoleny následující otázky:

- Je riziko vzniku poruchy příjmu potravy u studentů tance větší, když pedagog sám má podváhu nebo je extrémně štíhlý?
- Denně se setkávám s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy.
- Otevřená otázka v dotazníku, ve které budou respondenti citovat výroky pedagogů týkající se postavy a hmotnosti studentů.
- Uzavřená otázka jen pro skupinu pedagogů: *„Který z následujících výroků nejspíše popisuje Váš vztah k jídlu*?" (jako nejvíce riziková z hlediska nakažlivosti je odpověď C, následuje odpověď A, a nejméně riziková je odpověď B)
    - A. Svůj jídelníček si hlídám a pokrmy si vybírám podle jejich prospěšnosti pro zdraví. Upřednostňuji zdravou stravu.

[535] Hodnoty, se kterými se u pedagogů setkáváme, jsou z velké části hodnotami, které byly pedagogům vštípeny během jejich aktivní taneční dráhy (připomínky typu *„Přes víkend zhubni*!", případně během akademické přípravy na práci pedagoga. Současní pedagogové se studenty v příliš mnoha případech jednají tak, jak s nimi bylo jednáno v době, kdy byli studenti oni. viz http://www.guardian.co.uk/world/2011/dec/04/ballerinas-la-scala-anorexic-claim 26.1.2013 15:49 a http://www.danceinforma.com/magazine/tag/the-truth-please-about-ballet/ 26.1.2013 23:50

- B. Jídlo příliš neřeším. Jím to, na co mám chuť. Jsou důležitější věci, kterými je třeba se zabývat, než je jídlo.
- C. Svůj jídelníček si hlídám. Na mé pozici si člověk musí hlídat linii.

- Uzavřená otázka pro skupinu pedagogů: *„Jak se před studenty vyjadřujete o jídle*?"
  - A. Studenti procházejí procesem dospívání a k tomu jsou ještě vystaveni vysoké fyzické i psychické zátěži. Je proto nutné, aby měli především dostatečný přísun kalorií a živin. Musejí si proto svůj jídelníček hlídat.
  - B. Nechávám studenty, aby se sami rozhodovali, co mají jíst. Věřím, že jejich těla "*si řekou, co potřebují*".
  - C. Studenti musejí svůj jídelníček hlídat. Musejí dbát na svou váhu, být štíhlí, jak to vyžaduje estetická norma v tanci.

Na základě výsledků otázek kategorie C bude možné hierarchizovat rizikové faktory pro PPP působící v tanečním prostředí, tedy odpovědět na otázku: Co činí taneční prostředí tak rizikové?

#### *2.1.3.4. Kategorie D*

Otázky kategorie D se týkají tématu výživy a stravování. Cílem bude získat bližší odpověď na otázku kompatibility stravování tanečníků se stravovacími doporučeními odborníků na výživu popsanými v kapitole 1.5.

##### *2.1.3.4.1. „Kdy" jíst*

Do dotazníku byla pro tuto podskupinu vybrána následující otázka:

- Tančí se Vám lépe, když máte spíše prázdný žaludek, nebo naopak, když jste spíše najedení a zasycení?

Otázka byla položena pouze skupinám tanečníků (profesionálů a amatérů). Pracovní hypotéza zní: Převaha odpovědí *„spíše prázdný žaludek*" bude vypovídat ve prospěch názoru, že se tanečníci nemohou řídit ani obecnými dietetickými radami ani těmi, které jsou určeny sportovcům.

##### *2.1.3.4.2. „Co jíst*"

Podle čeho si tanečník vybírá skladbu jídelníčku? Vybírá si vůbec? Jaké informace o konzumované stravě má? Míru racionalizace stravování bude zjišťovat první otázka:

- Víte, kolik kalorií mělo poslední jídlo, které jste jedl(a)?

Pracovní hypotéza zní: Čím více kladných odpovědí, tím větší význam je přikládán energetické hodnotě stravy, a tím větší riziko sklouznutí do *„patologické racionalizace stravování*", která může vést ke vzniku PPP.

- Jíst *„zdravě a hodnotně*" nebo omezovat kalorickou hodnotu?

Operační hypotéza zní: Snaha o zdravé zdravé stravování v sobě může skrývat tendenci sklouznout k ortorexii nebo rovnou k mentální anorexii.

- Třetí otázkou bude srovnání jídelníčku tanečníků.

Respondenti budou porovnávat jídelníček, který je vhodný pro zdravého dospělého člověka s minimální fyzickou zátěží, s tím, co průměrně za den zkonzumují oni. Následující jídelníček má kalorickou hodnotu 2 000 kcal (8 400 kJ), tedy naprosto nedostačující energetickou hodnotu pro tanečníka (člověka s vysokou fyzickou zátěží), navíc v období dospívání. Snídaně: ovesné vločky smíchané s jogurtem nebo mlékem a ovoce. Svačina: celozrnné pečivo se sýrem. Oběd: polévka, rýže, plátek masa, dušená zelenina, 4 kostičky čokolády. Svačina: müsli tyčinka. Večeře: těstoviny se zeleninou a sýrem. Cílem otázky bude zjistit množství tanečníků, jejichž jídelníček je na základně kritérií energetické hodnoty nedostačující.

#### *2.1.3.5. Kategorie E*

Následující blok otázek se zabývá situacemi konfrontace s lidmi trpícími PPP. Cílem tohoto bloku otázek je zaznamenat zkušenosti, které respondenti udělali s lidmi trpícími PPP. Následně budou otázky směřovány na vhodnost reakcí na setkání s lidmi trpícími PPP. Ve druhé podkapitole bude problematizována možnost prevence PPP.

##### *2.1.3.5.1. Reakce na konfrontaci*

Do této podskupiny byly vybrány následující otázky:

- Podle čeho poznáte, že někdo trpí poruchou příjmu potravy?
- Když jste se setkal (a) s někým, kdo, podle Vás trpěl PPP mluvil(a) jste s ní(m) na toto téma? Proč ne?

Pro skupinu respondentů z řad pedagogů byly učeny další otázky:

- Poznáte, že student (ka) trpí PPP? Podle jakých znaků?
- Ocitl(a) jste se už někdy v situaci, že Váš student(ka) trpěl(a) PPP?
- Jak jste v tomto případě postupoval(a)? (popř.: Jak by pedagog/trenér v takovémto případě měl vhodně postupovat?)

Další série otázek se bude týkat léčby PPP u tanečníků.

- Co byste doporučil(a) někomu, kdo trpí PPP?
- Je možné se po absolvování terapie vrátit k činnosti v tanečním světě (studiu, tréninku, tanci na scéně) aniž by do roka došlo k recidivě?
- Znáte adresu nebo jméno instituce nebo osoby, na kterou se v ČR může obrátit člověk trpící PPP nebo jeho rodinný příslušník?

*2.1.3.5.2. Možnosti prevence*

- Jakým chováním mohou rodiče přispět ke vzniku PPP?

Na rozdíl od minulých let už v dnešní době rodiče nejsou uváděni jako příčina pro vznik PPP. I přesto lze stanovit způsoby chování rodičů vůči dětem, které jsou z hlediska PPP spíše vhodné a které nikoli.

## 2.2. Realizace výzkumu

Respondenti měli možnost odpovídat na otázky online dotazníku v časovém horizontu mezi 4. 2. 2012 a 29. 2. 2012.

Odkazy na dotazník byly rozeslány na adresy současných a bývalých studentů HAMU (pedagogů, přes které se dále rozšířily mezi odbornou taneční veřejnost) a dále na adresy dalších pedagogů tance, tanečníků-amatérů, trenérů moderní gymnastiky, krasobruslení a jejich svěřenců.

Návratnost dotazníků byla vyšší než předpokládaná (viz tabulka č. 5). 374 odpovědí zaručuje vysokou výpovědní hodnotu odpovědí.

| Skupina respondentů | Počet vyplněných dotazníků |
|---|---|
| Pedagogové | 111 |
| Profesionální tanečníci | 79 |
| Amatérští tanečníci | 145 |
| Netanečníci | 39 |
| Celkem odpovědí | 374 |

Tabulka č. 5 „*Počty respondentů*"

## 2.3. Vyhodnocení výsledků výzkumu

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy, že *„mezi tanečníky se PPP vyskytují častěji*", byly sledovány faktory BMI, obezofobie, amenorey a výslovného přiznání PPP. Respondenti se vyjádřili následovně:

| | | BMI pod hranicí podváhy | Výslovné vyjádření | Obezofobie I | Obezofobie II | Amenorea (primární) | Amenorea (sekundární) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pedagogové | 6% | 12% | 49% | 7% | - | - |
| 2 | Profesionální tanečníci | 18% | 15% | 55% | 14% | 14% | 27% |
| 3 | Amatérští tanečníci | 15% | 6% | 59% | 12% | 5% | 13% |
| 4 | Netanečníci | 7% | - | 38% | 10% | - | - |

Tabulka č. 6 *„Pravděpodobnost výskytu PPP*"

Hodnoty v tabulce potvrzují, že nejrizikovější skupinou jsou ti, kteří se tanci věnují nejintenzivněji, tedy profesionální tanečníci. Ti dosáhli nejvyšších hodnot v 5 ze 6 kategorií. Jediným bodem, kdy se riziko výskytu PPP objevilo u jiné kategorie, byla kategorie *„obezofobie I*" (strach z toho, jak by člověk sám vnímal přibrání na váze o 2 kg) u skupiny respondentů- amatérů. Riziko výskytu PPP je velmi vysoké zejména u profesionálních tanečníků, ale i u skupiny amatérů není zanedbatelné.

### 2.3.1. Kategorie A

V následujících grafech je patrné, která část respondentů z jednotlivých kapitol uvedla/přiznala vlastní zkušenost s PPP.

| | Trpěl(a) PPP | Netrpěl(a) PPP | Trpí PPP |
|---|---|---|---|
| Pedagogové | 10% | 88% | 2% |
| Profesionální tanečníci | 11% | 85% | 4% |
| Amatérští tanečníci | 5% | 94% | 1% |

Tabulka č. 7 *„Výskyt PPP (prohlášení respondentů)*"

Největší ohrožení se opět týká profesionálů. Podstatné je také zdůraznit vysoké hodnoty u skupiny pedagogů. Fakt, že 10% pedagogů přiznává, že trpěli a 2% přiznávají, že trpí PPP, silně zvyšuje ohrožení PPP, kterému jsou vystaveni studenti tance, navíc, zvážíme-li, že je třeba počítat se skupinou, která se k PPP nepřiznala.

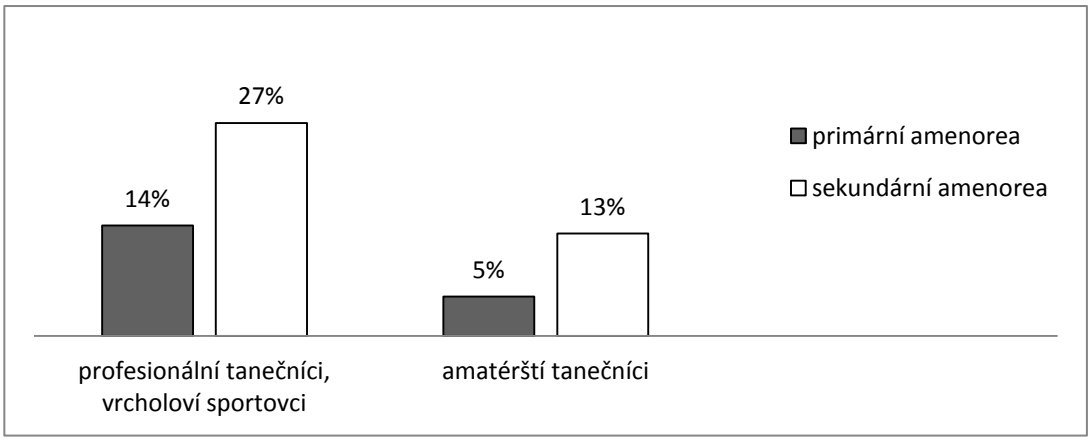
#### *2.3.1.1. Biologické faktory*

Na základě poměru výšky a váhy, kterou respondenti uvedli, byly vypočítány následující hodnoty indexu BMI, tedy u všech skupin hodnoty *„normální váhy*".

| | průměr BMI |
|---|---|
| Pedagogové | 21,52 |
| Profesionální tanečníci | 20 |
| Amatérští tanečníci | 21,39 |
| Netanečníci | 21,58 |

Tabulka č. 8 *„Průměr hodnot BMI u jednotlivých skupin respondentů*"

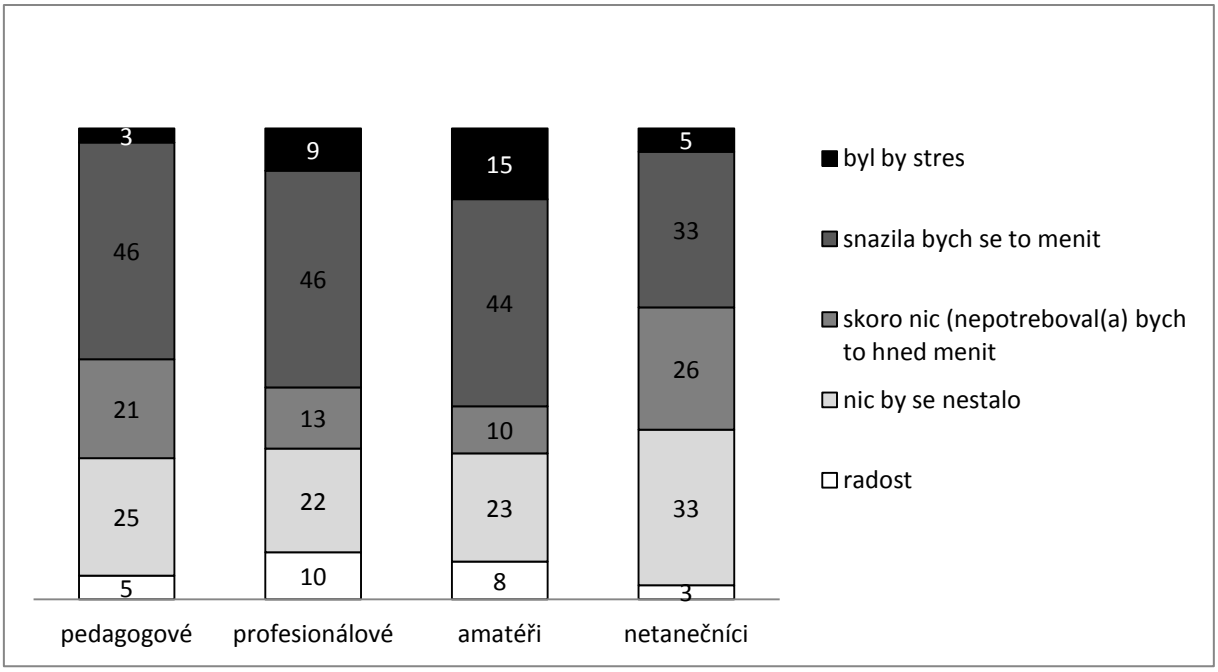
Z první otázky této podskupiny nevyplývá zvýšená možnost výskytu PPP u tanečníků. Naopak druhá otázka ukazuje podstatně zvýšený výskyt jak primární tak sekundární amenorey u profesionálních tanečníků oproti amatérům a tedy vyšší ohrožení PPP.




Graf č. 1 *„Procentuální zastoupení výskytu primární a sekundární ameorey*"

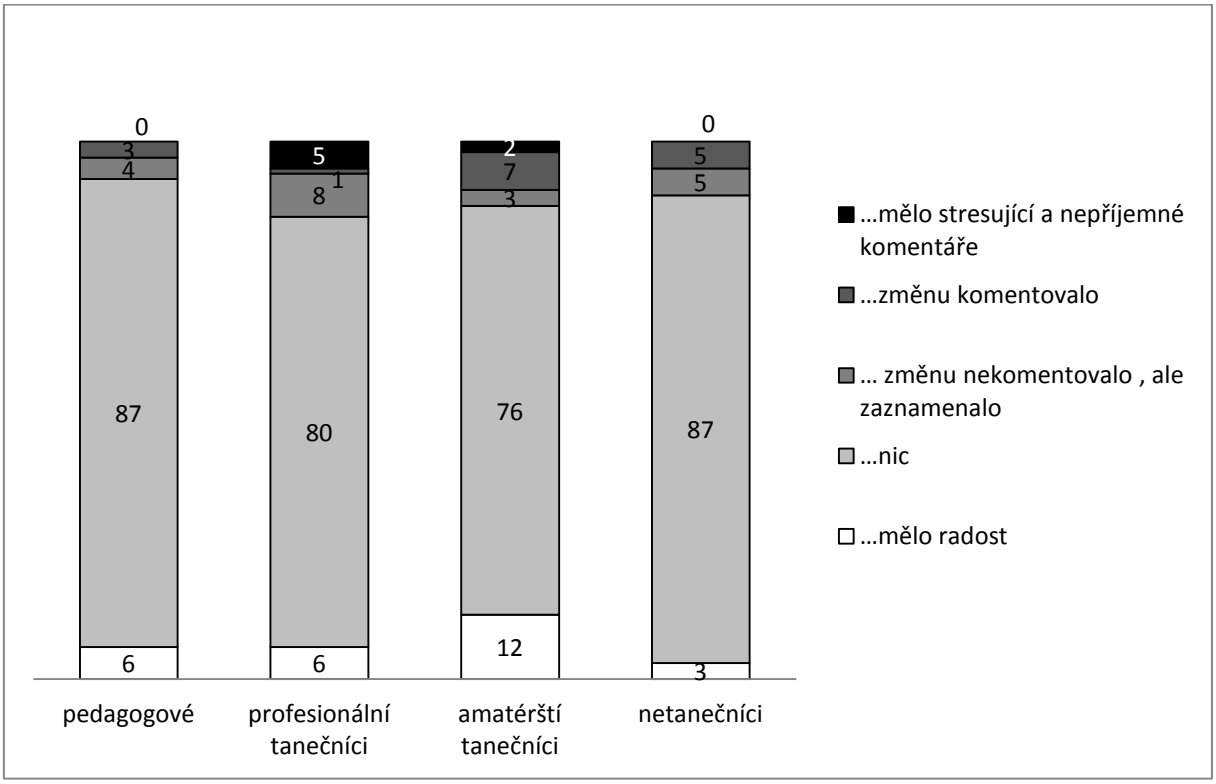
#### *2.3.1.2. Psychologické faktory*

Bližší odpovědi na otázky mapující obezofobii ukazují následující grafy:




Graf č. 2 *„Přibrat 2kg by pro mě znamenalo…"*

(číselné údaje vystihují procentuální podíl dané odpovědi)




Graf č. 3 *„Kdybych přibral(a) 2kg, tak by mé okolí…"*

(číselné údaje vystihují procentuální podíl dané odpovědi)

Z prvního grafu lze vyčíst, že nejsilnější pocity strachu zažívá skupina amatérů. Více jak polovina profesionálních tanečníků by se snažila situaci změnit, kdyby přibrala 2kg. Naopak z hlediska nároků, které respondenti pociťují od okolí, se na prvním místě nacházejí profesionální tanečníci.

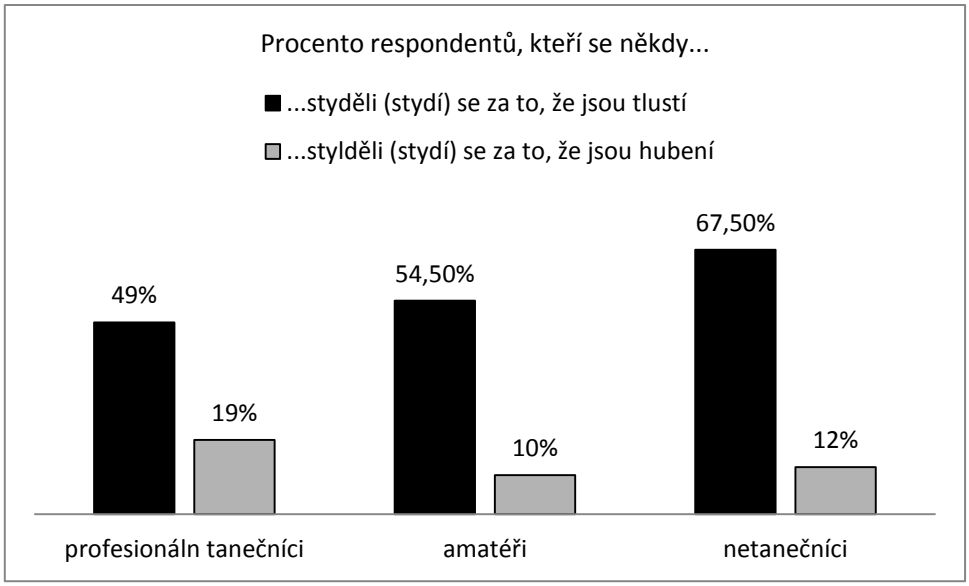
Problematika body image byla sledována prostřednictvím vyjádření respondentů o *„tlustých*" lidech. Nejvíce negativních, mnohdy až hanlivých vyjádření o *„tlustých*" lidech bylo zaznamenáno u tanečních pedagogů (67%). Naopak nejpozitivněji se o *„tlustých*" vyjádřili *„netanečníci*" (jen 47% negativně laděných odpovědí).

Mezi negativní odpovědi byly zařazeny následující: (Tlustí lidé jsou…) *„…buď nesmírně šťastní a nepřipustí si, že jsou tlustí,nebo mají trauma na celý život*", *„nechutní*", *„…společensky diskreditovaní*", *„…přítěží*", *„…chudáci*".

A mezi pozitivní byly zařazeny odpovědi: (Tlustí lidé jsou) *„…připraveni na hladomor*", *„…klidnější než vychrtlí.*"

Mezi pedagogy se vyskytuje velké množství osob, které o *„tlustých*" lidech smýšlejí negativně. To se projevuje v jejich jednání, rozhodnutích. Studenti tance a klienti tanečních studií jsou tedy příliš často konfrontováni s negativními názory a vyjádřeními vůči tlustým lidem. To vede zejména u mladých lidí na základě přejímání názorů a v tomto případě také například k obezofobii nebo jiným faktorům skrývajících riziko PPP. Mladým tanečníkům je proto příliš často prezentováno, že *„být tlustý, je špatné*" a také, že *„tlustí lidé jsou špatní*".

Zkreslený body image je zachycen i v následující otázce. I přestože BMI profesionálních tanečníků spadají ve většině případů do skupiny mírné podváhy, polovina z nich se stydí za to, že jsou tlustí.




Graf č. 4 „*Negativní pocity z tloušťky/ hubenosti*"

Symptomem PPP je nutkání k excesivnímu cvičení. Respondenti měli proto v dotaznících vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s tvrzením „*Nemít možnost trénovat, cvičit, by pro mě znamenalo stres a neklid*." Výsledky ukázaly, že ne-tanečníci by v 54% měli problém s výpadkem tréninku. U profesionálů a amatérů je tato hodnota 75%. Už i hodnota 54% je poměrně vysoká a vypovídá o tlaku společnosti vyvíjeném médii prostřednictvím modelu úspěšného, šťastného člověka žijícího zdravě, tedy v pohybu…

Jíst před ostatními může být v některých případech symptomem PPP. Na základě výsledků výzkumu ale nelze obecně říci, že by profesionální tanečníci měli potíže s jedením ve společnosti. V tomhle ohledu jsou „*dobrou školou*" například internáty nebo zařízení společného stravování, které mají ale jiné nevýhody. Mezi tanečníky je pouze 7% lidí, kteří uvedli, že jim dělá potíže jíst mezi lidmi. Naopak 14% netanečníků uvedlo, že potíže se stravováním ve společnosti jiných lidí má.

### 2.3.2. Kategorie B

#### *2.3.2.1. Znalost základních údajů o PPP*

V sadě otázek mapující povědomí veřejnosti o PPP vyšly najevo následující skutečnosti:

„*Které typy PPP znáte*?" Podle seznamu PPP, který byl popsán již v kapitole 1.1.3, byly odpovědi rozčleněny do kategorií uvedených v tabulce č. 9.

| Znalosti typů PPP | |
|---|---|
| Anorexie a bulimie | 75% |
| Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání | 15% |
| Bulimie | 3% |
| Anorexie | 2% |
| Víc než tři typy PPP | 2% |
| Anorexie, bulimie a ortorexie | 1% |
| Anorexie, bulimie a drunkorexie | 1% |
| Nezná žádné | 1% |

Tabulka č. 9 *„Nejznámější typy PPP"* [536]

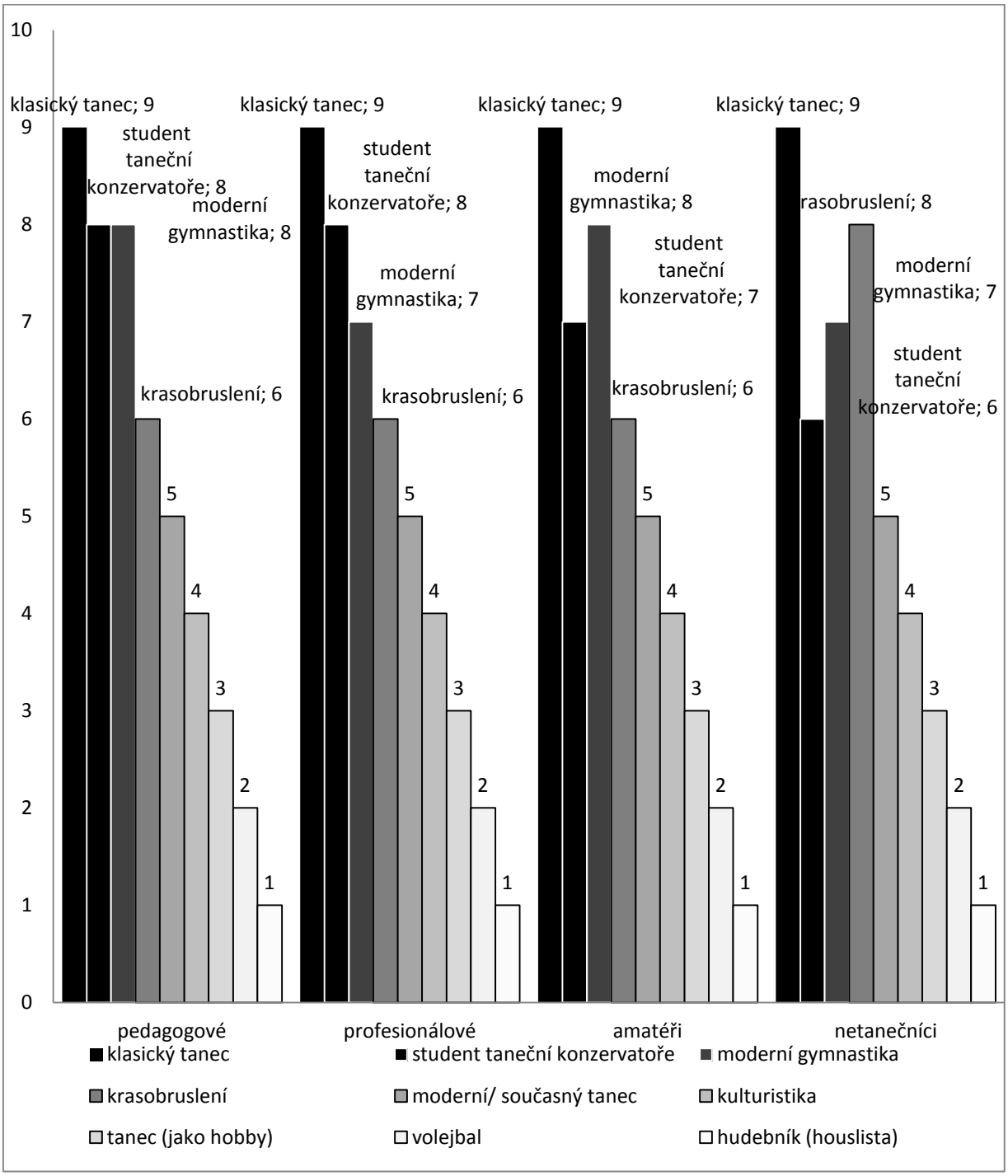
Výzkum přinesl závěr, že mezi respondenty jsou nejznámějšími typy PPP mentální anorexie a mentální bulimie. Celých 15% současně s těmito dvěma typy poruch uvedlo i psychogenní přejídání. Nejméně známé jsou PPP bigorexie, drunkorexie a ortorexie. 1% respondentů přiznalo, že nezná žádné typy PPP.

Podle odpovědi na otázku *„Které věkové skupiny jsou rizikové pro vznik PPP*?", bylo určeno, jestli jsou respondenti o PPP informovaní dobře. *„Dobrá informovanost*" znamená odpověď blížící se současnému názoru odborníků, tedy, že PPP se týkají všech věkových skupin, přibližně od osmi let až do důchodového věku (včetně). Za nejrizikovější skupinu je však považována skupina mezi 13 a 20 lety. Respondenti označili za nejrizikovější věkovou skupinu mezi 13 a 20 lety (66%), mezi (méně) rizikové byly však zahrnuty i všechny ostatní věkové skupiny. Respondenti jsou v tomto ohledu velmi dobře informováni o PPP.

Jedním ze závěrů teoretické části je, že u tanečníků věnujících se klasickému tanci jsou více náchylní ke vzniku PPP než tanečníci moderního/současného tance nebo jiných sportů. Jak lze vyčíst z grafu č. 5, označili respondenti klasické tanečníky jako nejrizikovější skupinu. Další místa v pořadí se však liší u jednotlivých skupin respondentů. Pedagogové tance a profesionální tanečníci, tedy respondenti, u kterých lze předpokládat osobní zkušenost se studiem na konzervatoři a znalost tamějších poměrů,

[536]Při vyhodnocování byly tolerovány následující synonymní výrazy:
nechutenství= anorexie,
zvracení/ užívání laxativ=bulimie,
obžerství, žravost= psychogenní přejídání.

uvedli skupinu studentů tanečních konzervatoří jako druhou nejrizikovější. Naopak skupiny respondentů, kteří se tanci věnují pouze volnočasově nebo vůbec, daly co do míry ohrožení přednost moderním gymnastkám a krasobruslařům před konzervatoristy.

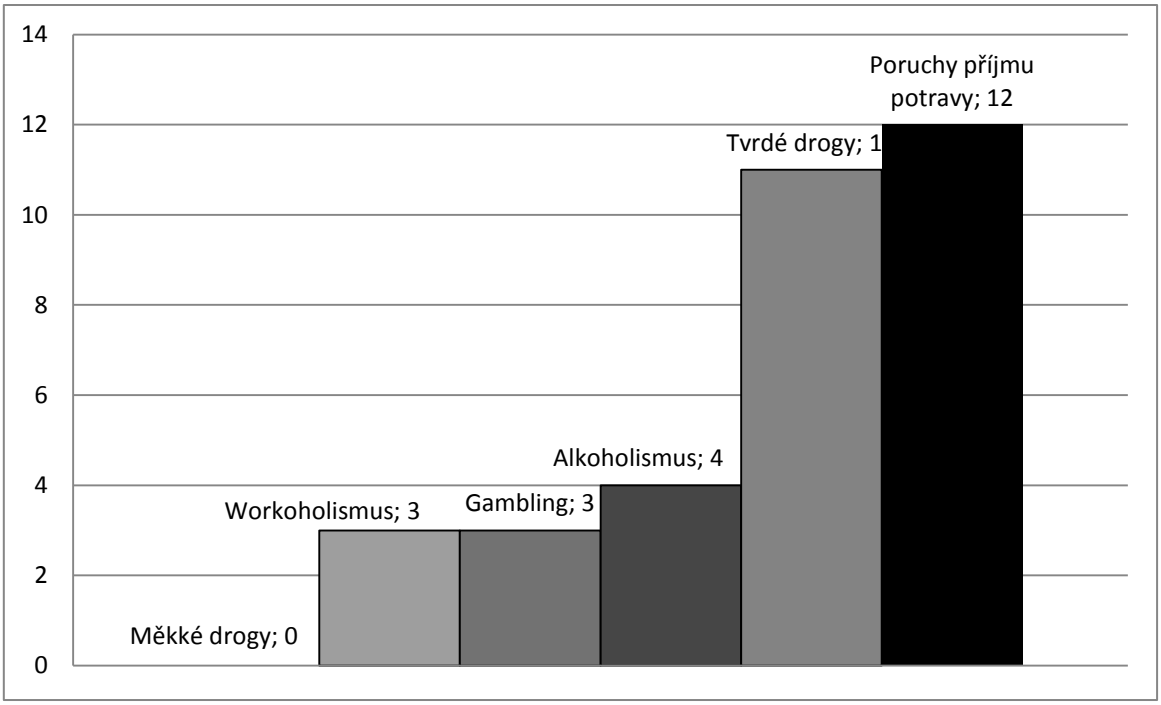



Graf č. 5 *„Která skupina je nejvíce riziková pro vznik PPP?"*

Umístění skupiny krasobruslařů jako druhé nejrizikovější z hlediska PPP u respondentů- netanečním lze odůvodnit medializací tohoto sportu. Média prezentují krasobruslení častěji a viditelněji než moderní gymnastiku a zejména také častěji než prostředí taneční konzervatoře. V očích veřejnosti není prostředí tanečních konzervatoří vnímáno tolik rizikové pro rozvoj PPP jako u insiderů (pedagogů a profesionálních tanečníků). Tento výsledek lze interpretovat jako pozitivní pro taneční svět. Konkrétně z toho hlediska, že eventuální obavy z nebezpečí vzniku PPP zřejmě nejsou v myslích rodičů tak častou překážkou hovořící v neprospěch umístění dítěte na taneční konzervatoř.

O názoru rodičů na tuto problematiku vypovídá výsledek otázky, ve které měli respondenti vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s výrokem: *„Rodič sedmileté dívky se vyjádřil: ´Moje dcera balet dělat nebude. Nechci, aby z ní byla anorektička. ´ Je jeho obava oprávněná*?" 40% respondentů odpovědělo *„ano*" a (pouze) 60% s výrokem nesouhlasilo. Výsledek vypovídá o skutečnosti, že rodiče z řad laické veřejnosti mají (často nepodložené) obavy z ohrožení svých dětí v tanečním světě. Tanečním školám (základním, středním nebo soukromým) z tohoto důvodu zůstávají upřeni žáci, kteří by sami třeba i chtěli navštěvovat taneční výuku, ale v důsledku výše zmíněného problému, jim to není umožněno.

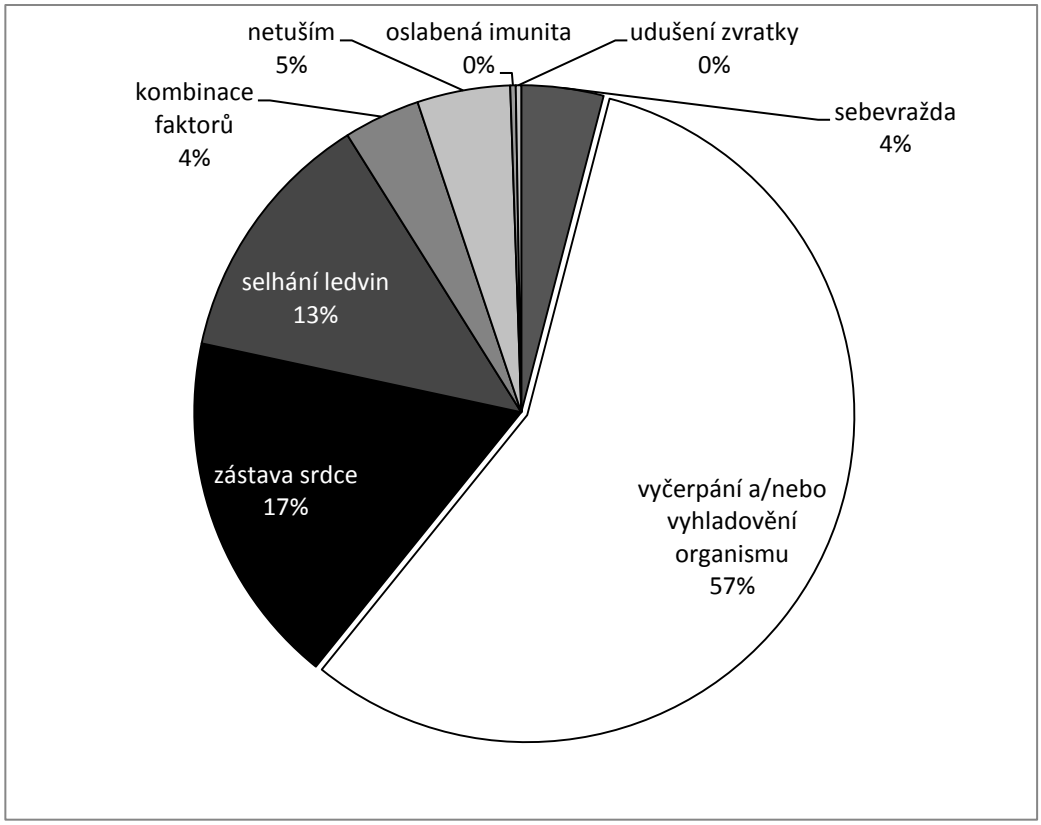
Nakolik závažný problém představuje PPP v očích respondentů, bylo zjišťováno prostřednictvím porovnání PPP s jinými typy závislostí, a to jednak z hlediska možnosti na (úplné) vyléčení, jednak podle míry ohrožení života závislého a jednak také podle míry ohrožení okolí závislého. Podle pořadí, kterého jednotlivé závislosti v porovnání dosáhly, jim byly přiřazeny body a výsledné sumy shrnuty do grafu č. 6.




Graf č. 6 „*Porovnání typů závislostí*"

Z grafu č. 6 je patrné, že v očích respondentů jsou PPP nejzávažnějším a nejvíce ohrožujícím typem závislosti. Respondenti shledávají PPP rizikovějšími než gambling nebo alkoholismus.

Skutečnost, jsou-li si respondenti vědomi nebezpečí PPP, mapovala i uzavřená otázka, ve které měli respondenti zatrhnout nejčastější příčinu smrti u lidí trpících PPP. Odborníci uvádějí jako nejčastější příčinu smrti zástavu srdce (zejména v důsledku elektrolytické disbalance). Také se ale shodují na tom, že PPP „*jsou pomalou sebevraždou*". Názory respondentů se neshodují s výsledky odborných studií a statistických údajů. Zástavu srdce uvedlo jako nejčastější příčinu smrti jen 17% respondentů a sebevraždu 4%. Z tohoto výsledku vyvozuji závěr, že respondenti nejsou dobře informováni co se týče závažnosti PPP.




Graf č. 7 „*Které jsou nejčastější příčiny úmrtí u lidí trpících PPP*?"

*2.3.2.2. Podstata poruch příjmu potravy*

Na základě myšlenkové operace byla podstata PPP v dotazníku zjišťována doplněním věty „*Poruchou příjmu potravy netrpím, protože…*" Jednotlivé odpovědi byly na základě společných jmenovatelů roztříděny do kategorií, které vypovídají následující:

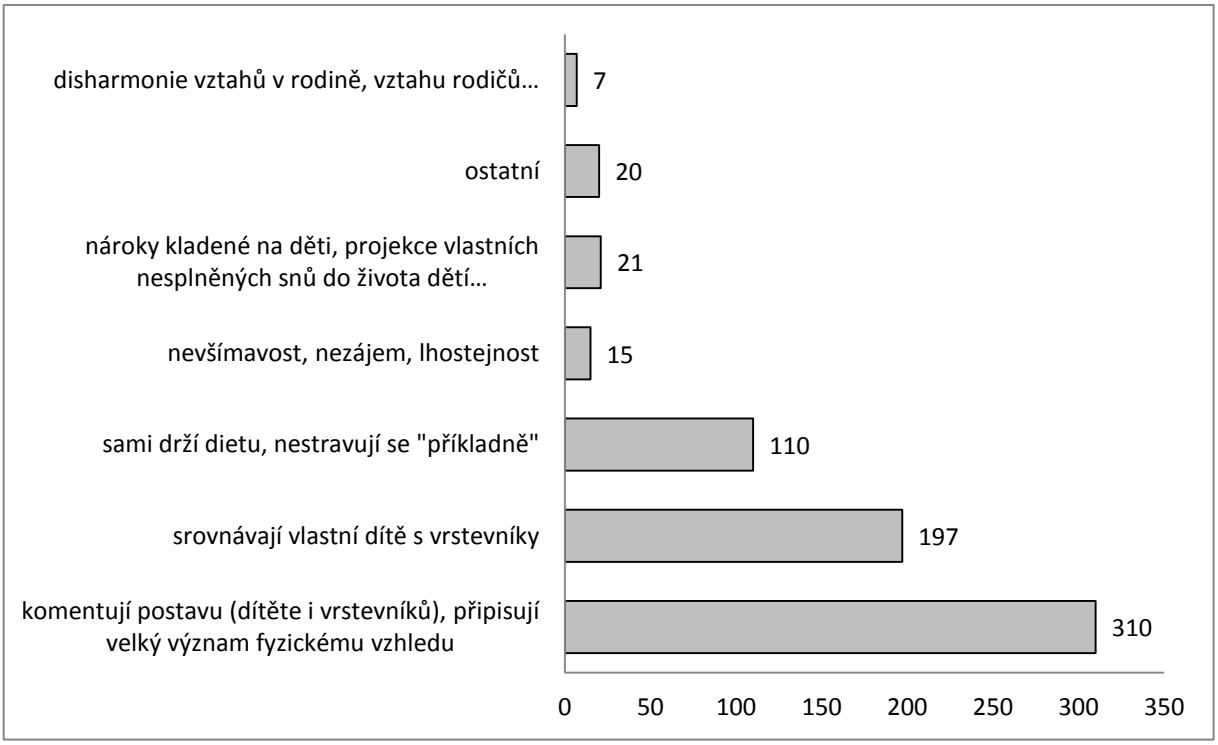
- „*Stravuji-li se **zdravě**, netrpím PPP*."
- „*PPP netrpím, když **jídlo ´neřeším´***" Jedná se stejně jako v prvním bodě o jinak vyjádřený rizikový faktor racionalizace stravování.
- „*PPP netrpím, když jsem spokojená/spokojený se svojí postavou*."Váže se na rizikový faktor body image.
- „*PPP netrpím, protože nejsem **cvok***." Předpokládá existenci psychické poruchy pro vznik PPP.
- „*PPP netrpím, protože mě tréninky zbaví přebytečných tuků*."
- Další aspekt představuje **vliv prostředí**, tedy rovněž faktor, který byl v předchozích kapitolách zmiňován jako rizikový. Odpovědi zařazené do této skupiny bylo třeba ještě rozdělit do podskupin. Vliv prostředí je v těchto případech odlišného charakteru, jednak vliv kontrolující („*PPP*

*netrpím, protože by to matka poznala*."), jednak vliv stabilizační („*PPP netrpím, protože ve mně rodina vypěstovala zdravé sebevědomí*.") a jednak vliv odstrašujících případů.

V následující otázce respondenti vybírali z níže uvedené nabídky odpovědí týkajících se možného „*jádra*" PPP:

- 58% takovýmto chováním se vyrovnávají s tlaky, buďto s tlaky z okolí nebo tlaky uvnitř sebe sama. (kategorie „*vliv prostředí*")
- 16% si myslí, že lidé trpí PPP, protože chtějí být štíhlí. (kategorie „body image")
- 11% tím, podle respondentů volá o pomoc. (viz první bod)
- 6% respondentů se shoduje s odborníky v tom, že PPP chápou jako individuální kombinaci faktorů.
- 7% podali jinou odpověď (např.: vztah k sobě sama, přílišné nároky na sebe sama, perfekcionismus, nespokojenost, problémy se sebepřijetím, chtějí na sebe upozornit a být něčím zajímaví, nervové onemocnění, lenost, nevědomost v oboru dietologie, rodina a dětství, neschopnost změnit zaběhnutý vzorec chování).
- a 2% nic neodpověděla.

Rizikové prostředí může představovat i rodina a specifické rysy přístupu ke stravování, které se v rodině vyskytují. Proto byla do dotazníku zahrnuta otázka mapující konkrétní rizikové faktory rodinného prostředí. Respondenti měli uvést nevhodné způsoby chování rodičů vůči dětem. Graf č. 8 prezentuje souhrn: (čísla u sloupců ukazují počty odpovědí):




Graf č. 8 *„Jakým chováním mohou rodiče přispět k rozvoji PPP*?"

Do skupiny *„ostatní*" byly shrnuty následující typy odpovědí:

- Rodiče nejsou přísní,
- rodiče jsou dítěti odstrašujícím případem (mají nadváhu),
- rodiče omezují jídelníček dítěte,
- rodiče se nechovají láskyplně,
- mezi odpověďmi bylo také uvedeno, že rodiče zvyšují riziko vzniku PPP tím, že jsou nerozumní a přihlašují dítě na taneční konzervatoř.

Je důležité zmínit, že se mezi odpověďmi také vyskytly názory, že rodiče nenesou vinu za PPP svého dítěte! Tento názor v současné době zastávají také odborníci na PPP. PPP představují velmi komplexní problém, do kterého se promítá velmi mnoho faktorů.

Shrneme-li výsledky otázek kategorie B, lze říci, že respondenti jsou relativně dobře informovaní o typech a nebezpečí, které PPP pro tanečníky skýtá. Jádro PPP se podle respondentů nachází v tématech racionalizace stravování, body image, psychické poruchy, v samé povaze tance a také v prostředí, ve kterém se jedinec nachází.

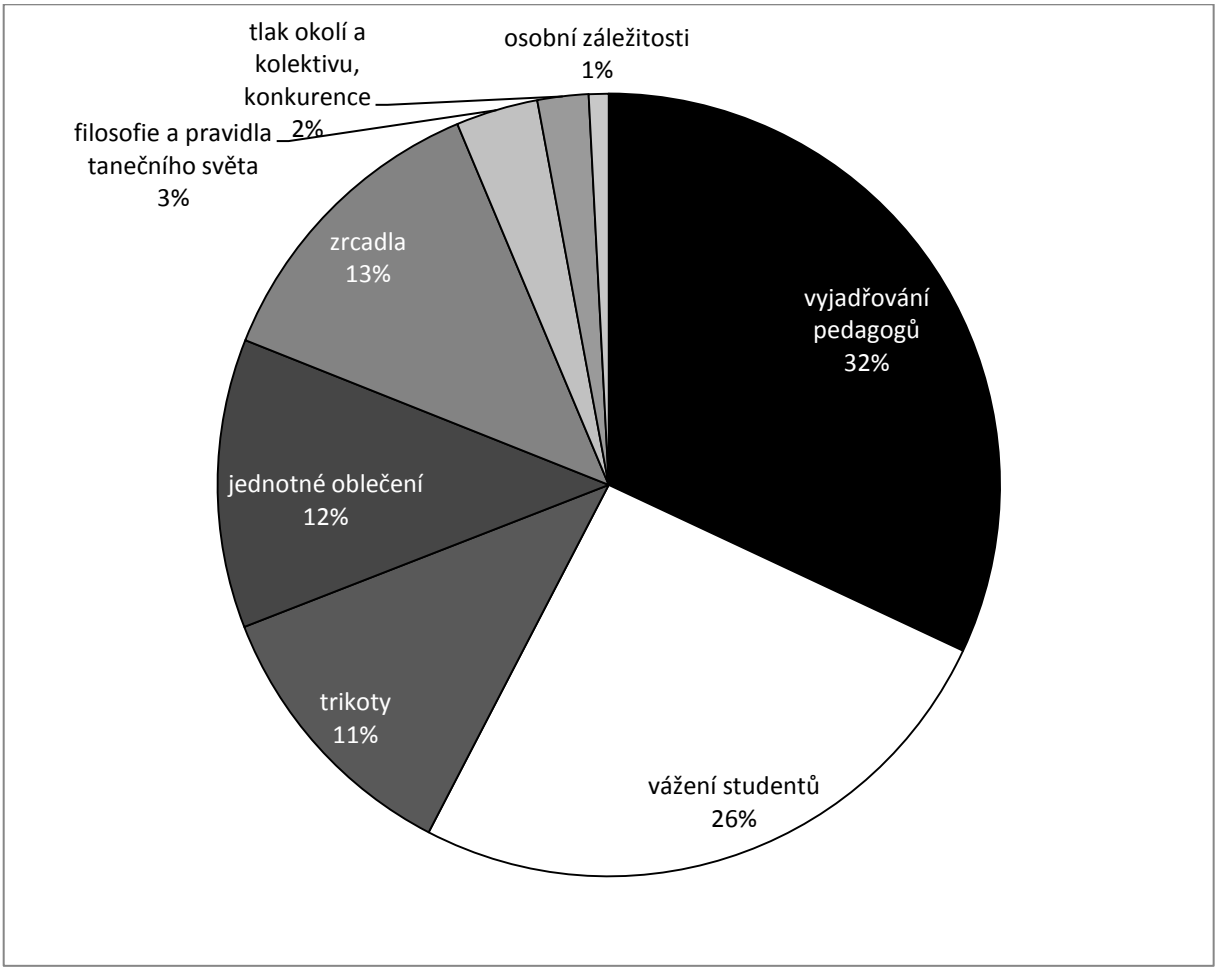
### 2.3.3. Kategorie C

#### *2.3.3.1. Taneční svět jako rizikové prostředí*

Odborné publikum vnímá taneční svět jako jednu z rizikových sfér pro vznik PPP. Respondenti se svými odpověďmi k tomuto tvrzení připojili. Skupina respondentů-amatérů souhlasila v 66%, pedagogové v 85% a profesionální tanečníci dokonce v 86%. Skupina profesionálních tanečníků se navíc v 57% přiklonila k tvrzení, že „*PPP neodmyslitelně patří do současného tanečního světa*". Pedagogové tento názor sdíleli z 50% a amatéři ve 49% odpovědí. Cílem následující podkapitoly bude, vymezit skupinu faktorů, které činí taneční svět zvláště nebezpečný z hlediska PPP.

#### *2.3.3.2. Konkrétní rizikové faktory v tanečním světě*

Respondentům byla položena uzavřená otázka „*V čem spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě*?" Výsledky všech skupin respondentů byly nejprve shrnuty do následujícího výsečového grafu:

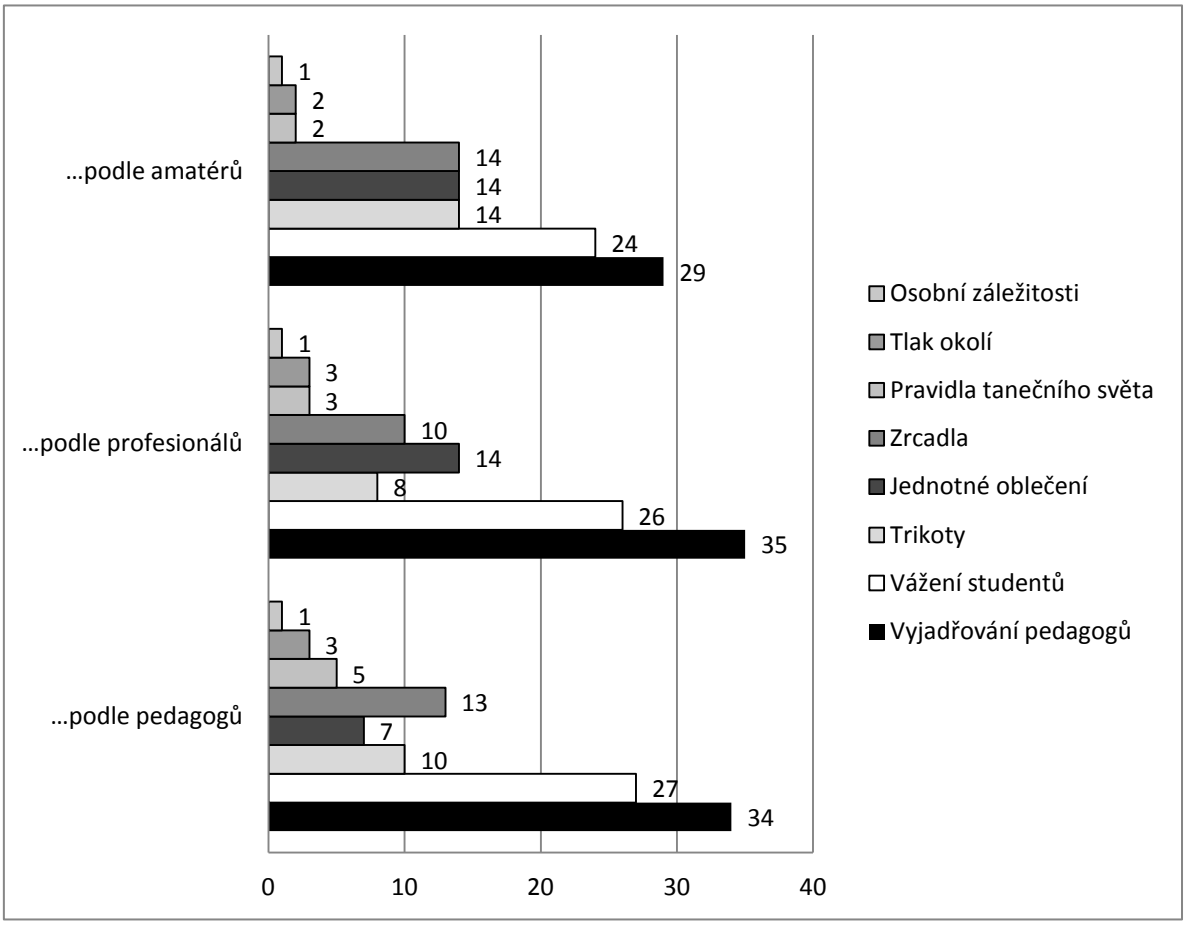



Graf č. 9 „*V čem spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě I*"

Kromě předem daných možností (viz kapitola 2.1.3.3), uvedli někteří respondenti také vlastní odpověď. Tyto byly v rámci vyhodnocování zahrnuty pod následující označení:

- Pravidla tanečního světa (filosofie, estetické normy, nepsaná pravidla a tradice…),
- tlak okolí, kolektivu a konkurence,
- osobní (psychické) záležitosti (viz výše: psychologické rizikové faktory PPP).

Vzhledem k tomu, že se jedná o centrální otázku celého výzkumu, a významné téma celé práce, byly výsledky studovány podrobněji- v rámci jednotlivých skupin respondentů. Závěry lze vyčíst z grafu č. 10.




Graf č. 10 „V čem *spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě II*"[537]

[537] Číselné hodnoty u sloupců vyjadřují procentuální zastoupení kategorie (uvedené v legendě v horní části grafu) mezi všemi odpověďmi konkrétní skupiny respondentů (uvedené na vodorovné ose).

Z grafu č. 10 lze vyčíst následující:

**Trikoty a přiléhavé oblečení** shledávají jako nejméně rizikové profesionální tanečníci (8%) na rozdíl od amatérů (14%). Tento závěr je třeba zdůraznit a upozornit na riziko, které trikoty a přiléhavé oblečení představuje. Zejména na úrovni tance coby volnočasové aktivity by bylo vhodné umožnit mladým tanečníkům mírný kompromis (například: sukénka přes trikot, svršek přes trikot po určitou část tréninku). Zejména v období nastupující puberty je třeba přistupovat k tomuto tématu citlivě.

Na rozdíl od pedagogů ale profesionálním tanečníkům (a studentům konzervatoří) „*vadí*" **jednotné oblečení** (14% jej shledává rizikovým). Toto riziko shledává pouze 7% pedagogů. Z hlediska zmírnění rizika vzniku PPP je vhodné postupovat opatrně při organizaci shodných kostýmů na představení (například zacházet diskrétně s informacemi o velikostech oblečení nebo mírách studentů).

Pedagogové shledávají rizika vzniku PPP v „***Pravidlech tanečního světa***" ve více případech (až dvojnásobku) než ostatní skupiny respondentů.

Nejzávažnějším faktorem bylo shledáno **vyjadřování pedagogů** (a to i ze strany samotných pedagogů- viz graf č.10). Výroky pedagogů týkající se postav studentů, vypovídají o naprosté nepřiměřenosti přirovnání (zkreslené body image), která pedagogové ve svém vyjadřování používají. Často se objevují konkrétní pseudodietetické rady a tipy pedagogů (např. „*Jezde jen jablka*!"), které do jisté míry připomínají popisy „*hlasu ďábla*", který slýchali lidé postní světci ve středověku či raného novověku (např. „*Jez jen polévku z chleba a vody…*").[538] Konkrétní výroky pedagogů o postavách studentů byly rozlišeny do následujících skupin:

- Komentáře vycházející z pravidel tance (taneční techniky), např.: „*Když budeš mít štíhlejší stehna, bude se Ti lépe zavírat V. pozice*.", „*S takovýmhle zadkem nesmíš na scénu*." Sice je pedagogovým úkolem estetické normy a požadavky techniky vyžadovat od studentů, ale je na pedagogovi nakolik vhodným způsobem to dokáže studentům zprostředkovat.
- Výroky „*běžné*", např.: „*tank*", „*ty mnogo tuku*", „*malý tlustý generál*".

[538] Vandereycken, 2003. Str. 67.

- Výroky negativní nebo vulgární, např.: *„hni tou prdelí"*, *„vůbec se nesnaž, stejně vypadáš jako slon"*, *„ty idiotik maly"*. Ale výroky tohoto typu představují mnohem více útok na osobnost tanečníka než podporu taneční techniky a estetiky. Tento typ výroků také snižuje kulturu komunikace a mezilidských vztahů.
- Poznámky obsahující příkaz k redukci tělesné hmotnosti či úpravě jídelníčku představují závažný problém. Pedagog tance v naprosté většině případů nemá kvalifikaci, tedy ani medicínské vzdělání ani vzdělání v oblasti výživy, k tomu, aby mohl dospívajícím dávat výživové tipy[539]. Dospívající studenti s vysokou fyzickou zátěží tak například obdrží pokyn: *„Zhubni*!" A když už jim pedagog dá také radu, jak zhubnout, jedná se o radu tipu *„pij pouze vodu"* nebo *„jez jen zeleninu"*.

Pomohlo by, kdyby si pedagogové častěji uvědomovali, že shazující a ponižující vyjadřování o postavě zraní a *„rozbije"* každého. Navíc je třeba si uvědomit, že žáci často moc dobře vědí, jaký význam hraje postava pro kariéru tanečníka, tedy pro realizaci jejich cíle, snu, pro možnost být s přáteli- tanečníky… Slyší-li takováto *„demoliční slova"* žák ze slov učitele na tanečním sále, *„jde to pod kůži"*, ať už vědomě či nevědomě. Studenti konzervatoří jsou ve věku, kdy ještě nedokážou oddělit profesní od osobního. Neumí si vysvětlit, že to, co slyší, se týká pouze jejich těla coby pracovního nástroje tanečníka a netýká se to jejich celé osoby!

Problematika příčin zvýšeného rizika vzniku PPP v tanečním prostředí byla rozvedena dalšími otázkami. Otázka *„Platí v tanečním světě nepsané pravidlo ´hubený tanečník= dobrý tanečník´*?" získala nejméně souhlasu mezi profesionálními tanečníky pouze 34%. O něco více kladných odpovědí vyšlo od skupiny amatérů (38%). Nejvíce kladných odpovědí, celých 48%, ale uvedli pedagogové tance. Téměř polovina pedagogů tance se ztotožňuje s názorem, že *„hubený tanečník je dobrý tanečník"*. Výsledek této otázky koresponduje s výsledkem otázky v kapitole ___, která mapovala postoj k *„tlustým"* lidem. V obou otázkách se ukázalo, že nejvíce negativně laděný postoj k *„tlustým"* lidem mají pedagogové. Prostřednictvím pedagogů se ve

[539] Pedagog tance není výživový poradce, a i když během své kariéry pro sebe možná vyvinul něco jako *„ideální jídelníček tanečníka"*, neznamená to, že tytéž výživové tipy budou dlouhodobě fungovat i u jiných jedinců.

velké míře do tanečního světa dostává, udržuje a zesiluje přesvědčení o výhodách štíhlosti a nevýhodách silnějších postav.

Druhá otázka rozvíjející výsledky grafu č. 10 byla otázka, která zjišťovala názory respondentů na vážení studentů tanečních škol a sportovců (prováděné samotnými pedagogy nebo trenéry). Odpovědi byly při vyhodnocování rozděleny do třech velkých skupin. Do první skupiny patří odpovědi, které se vážení zastávají (odpovědi „Má *to svůj smysl. Tanečník si musí svoji váhu hlídat*.", a *„Je to zaběhnutá tradice, patří to k tanci, akceptuji to*.") a byly zvoleny dohromady 13% respondentů.

Pro neutrálnější odpovědi (*„Váha není vždy směrodatný ukazatel, důležitější jsou proporce*." a *„Vážení přichází v úvahu jen pro zjišťování váhových kategorií u odpovídajících sportů*.") se rozhodla zbývající 2%.

Vyloženě negativní postoj k vážení (odpovědi *„Je to nesmysl. Ve výsledku, na jevišti, stejně v první řadě rozhoduje tvar těla, cit pro pohyb*…" a *„Zrušit!!! Přináší to jen stres, strach a napětí*.") uvedlo celých 85% respondentů[540].

Argument, který respondenti také uvedli proti vážení, byl ten, že ani pedagog tance ani trenér k vážení studentů nemá dostatečnou kvalifikaci, adekvátní vzdělání (medicínské ani psychologické), že mu tudíž nepřísluší vyvozovat z tělesné hmotnosti závěry. Vážení by měli provádět lékaři nebo certifikovaní výživoví poradci speciálně školení pro práci s lidmi se zvýšeným rizikem PPP.

S lidmi trpícími PPP se denně setkává 24% profesionální tanečníků a studentů konzervatoře, 11% amatérů a 18% netanečníků. PPP mohou v těchto případech působit buďto jako odstrašující případ, tedy preventivně, nebo ale naopak „*nakažlivě*" (viz fenomén „*me-too-anorectic*").

K eventuální „*nakažlivosti*" PPP se respondenti (skupiny profesionálních tanečníků a amatérů) vyjadřovali v otázce: *„Je riziko vzniku PPP u studentů tance větší, když pedagog sám má podváhu nebo je extrémně štíhlý*?"

Výsledek ukazuje, že pouze 47% profesionálních tanečníků, ale naopak celých 72% amatérů je přesvědčených, že extrémně štíhlý pedagog ovlivní

[540] Vzhledem ke své povaze, byla otázka položena pouze pedagogům a profesionálním tanečníkům. Při tvorbě dotazníků se předpokládalo, že jak *„hobby tanečníci*" tak také netanečníci osobní zkušenost s vážením nemají a problematiku tak nemohou dostatečně autenticky posoudit.

vznik PPP. Profesionální tanečníci se už tak často setkávají s lidmi trpícími PPP [541] a postava extrémně štíhlého pedagoga tyto tanečníky již více neovlivní. Naopak alarmující je výsledek ze skupiny amatérských tanečníků. Ti se většinu dne pohybují mezi běžnou populací a setkání s extrémně štíhlým tanečním pedagogem upoutá pozornost (i podvědomě), což může představovat riziko vzniku PPP.

Míru nakažlivosti PPP mapovala i otázka týkající se vztahu pedagogů k jídlu. Z nabízených tří odpovědí, koresponduje odpověď C s rizikem PPP, naopak odpověď B vystihuje (z hlediska PPP) *„zdravý"* přístup k jídlu. Pouze 3% pedagogů zvolila nejrizikovější odpověď C (*„ Svůj jídelníček si hlídám. Na mé pozici si člověk musí hlídat linii*."), 45% odpověď B (*„Jídlo příliš neřeším. Jím to, na co mám chuť. Jsou důležitější věci, kterými je třeba se zabývat, než je jídlo*.") a 52% odpověď A (*„Svůj jídelníček si hlídám a pokrmy si vybírám podle jejich prospěšnosti pro zdraví. Upřednostňuji zdravou stravu*.")

Vzhledem k nepříliš velkému rozdílu mezi podílem odpovědi A a B nelze činit jednoznačné závěry. Výsledek ale ukazuje velkou míru racionalizace stravování u pedagogů, která v kombinaci s jinými faktory představuje riziko vzniku PPP.

Poslední otázka k tématu rizikových faktorů v tanečním prostředí byla následující uzavřená otázka: *„Jak se před studenty vyjadřujete o jídle*?"

69% respondentů zvolilo odpověď A (*„Studenti procházejí procesem dospívání a k tomu jsou ještě vystaveni vysoké fyzické i psychické zátěži. Je proto nutné, aby měli především dostatečný přísun kalorií a živin. Musejí si proto svůj jídelníček hlídat*."), 30% odpověď B (*„Nechávám studenty, aby se sami rozhodovali, co mají jíst. Věřím, že jejich těla "si řekou, co potřebují*".) a jen 1% odpověď C (*„Studenti musejí svůj jídelníček hlídat. Musejí dbát na svou váhu, být štíhlí, jak to vyžaduje estetická norma v tanci*."). Ačkoli většinová odpověď pedagogů reprezentuje přístup ke stravování ovlivněný racionalizací (jedním z rizikových faktorů), stojí zde v popředí zdraví a snaha o optimalizaci jídelníčku takovým způsobem, aby dodával veškeré potřebné živiny.

[541] Viz předchozí analyzovaná otázka: 24% profesionálních tanečníků se denně setkává s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy. Naopak *„hobby tanečníci"* pouze v 11%.

Nyní shrnu závěry této kapitoly, tedy způsoby jednání a vystupování pedagoga tance, které lze nazvat jako rizikové pro vznik PPP:

- Pedagog je (byť podvědomě) přesvědčen, že ´hubený *tanečník= dobrý tanečník´.*
- Působení pedagoga velmi štíhlé postavy představuje zvýšené riziko vzniku PPP u žáků.
- Pedagog komentuje postavu tanečníka nahlas a v přítomnosti dalších osob.
- Pedagog používá v komentářích postavy tanečníka neadekvátní přirovnání svědčící o zkresleném body image pedagoga.
- Pedagog uděluje (nebezpečné) rady týkající se výživy, aniž by k tomu měl kvalifikaci (v oboru výživa tanečníků).
- Pedagog váží studenty, aniž by měli nutné medicínské a hlavně také psychologické znalosti zacházení s tímto choulostivým tématem.
- Pedagog nezachází s informacemi o velikosti oblečení a mírách studentů náležitě diskrétně.
- Pedagog nekompromisně lpí na maximálně přiléhavém oblečení za jakýchkoli podmínek.

### 2.3.4. Kategorie D (výživa)

#### *2.3.4.1. „Kdy" jíst*

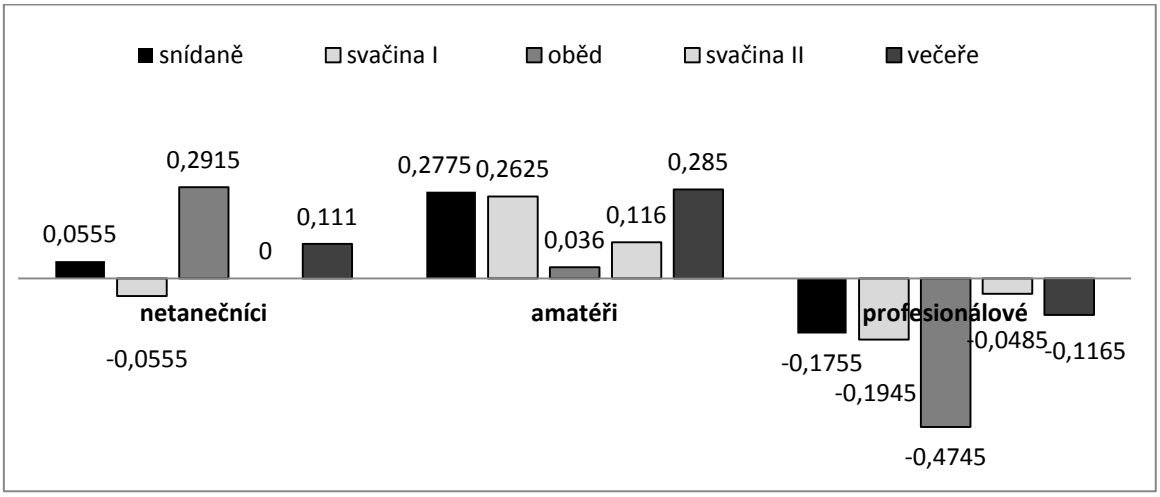
Jedním z hlavních problémů výživy tanečníků je aspekt časový. I zde se potvrdilo, že činnost tanečníka neumožňuje přirozené alimentární chování (podle toho, kdy má hlad) ani dodržování *„pravidelného stravování v malých porcích*", které doporučují dietologové. Těmito skutečnostmi se zvyšuje riziko vzniku PPP. 70% tanečníků (profesionálů i amatérů) ve výzkumu uvedlo, že se jim tančí lépe, když mají téměř prázdný žaludek.

#### *2.3.4.2. „Co" jíst*

Otázka *„Víte, kolik kalorií mělo poslední jídlo, které jste jed (a)*?" byla položena všem kategoriím kromě pedagogů. Výsledky vypovídají o míře racionalizace stravování a tedy i riziku vzniku PPP. Nejvyšší míra byla shledána v odpovědích profesionálních tanečníků (15%), nejnižší u

netanečníků (8%). Profesionální tanečníci tedy své jídlo nejvíce *„řeší"* a tím se vystavují zvýšenému riziku vzniku PPP.

Velmi závažným tématem je reálný jídelníček tanečníků. Pro potřeby tohoto výzkumu (kvantitativní metodou) bylo třeba vybrat kvantifikovatelnou veličinu pro srovnání. Byla vybrána energetická hodnota jídel[542].




Graf č. 11 *„Porovnání s jídelníčkem energetické hodnoty 2000 kcal"*[543]

Podle doporučení výživových expertů, by jídelníček osob se zvýšenou fyzickou zátěží, a navíc jedinců v období dospívání, měl být o čtvrtinu bohatší než jídelníček předkládaný v zadání otázky v dotazníku. Čísla v grafu ale ukazují pravý opak.

Zatímco výsledky skupiny amatérů vypovídají o optimální hodnotě jídelníčku těchto osob (energetická hodnota jídelníčku amatérských tanečníků převyšuje jídelníček o hodnotě 2000kcal určený pro dospělého bez fyzické aktivity), nacházejí se hodnoty, které uvedli profesionální tanečníci, pod hranicí nastavenou předloženým jídelníčkem. Vhodná energetická hodnota jídel pro profesionální tanečníky byla uvedena již v kapitole 1.5.1. Kromě nízké hodnoty výživnosti ukázaly výsledky této otázky také, že nutriční hodnoty obědů profesionálních tanečníků jsou výrazně pod uvedeným průměrem. V tomto momentě se stránka skladby jídelníčku tanečníků

[542] Podrobnější informace k otázce byly uvedeny v kapitole 2.1.3.4.2.
[543] Číselné hodnoty uvádějí odchylku množství potravin, který respondent běžně konzumuje jako stanovená jídla, od pokrmu v jídelníčku s energetickou hodnotou 2000kcal.

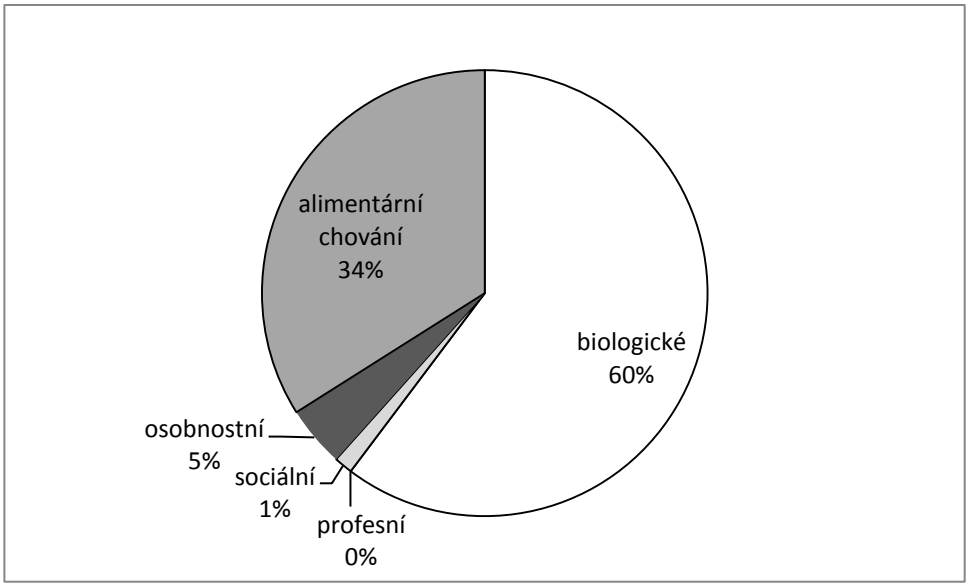
propojuje s časovým problémem, se kterým se tanečníci potýkají („*není čas na oběd…*"). Výsledky této otázky ukazují na jednoznačně nedostatečnou energetickou hodnotu v jídelníčku tanečníků. Na jedné straně se tanečník takto může přiblížit ideální postavě, která je v současnosti požadována, na druhé straně ale klesá zejména podíl tukové hmoty v těle, což například u žen má v dlouhodobém horizontu za následek amenoreu a v některých případech poté také neplodnost.

Závěrem této kapitoly lze shrnout, že tanečníci během pracovního dne preferují stav s téměř prázdným žaludkem. Zejména profesionální tanečníci mají přehled o energetické hodnotě přijímané potravy. I přesto ale hodnoty jídelníčku profesionálních tanečníků výrazně podkračují doporučení výživových expertů. Z těchto dvou faktů lze vyvodit závěr, že profesionální tanečníci energetickou hodnotu přijímané potravy často vědomě redukují. Vědomá redukce energetického příjmu je již projevem PPP (resp. latentního stádia). Jedná se o další aspekt, ve kterém se taneční prostředí, zejména profesionální jeví jako rizikové pro vznik PPP.

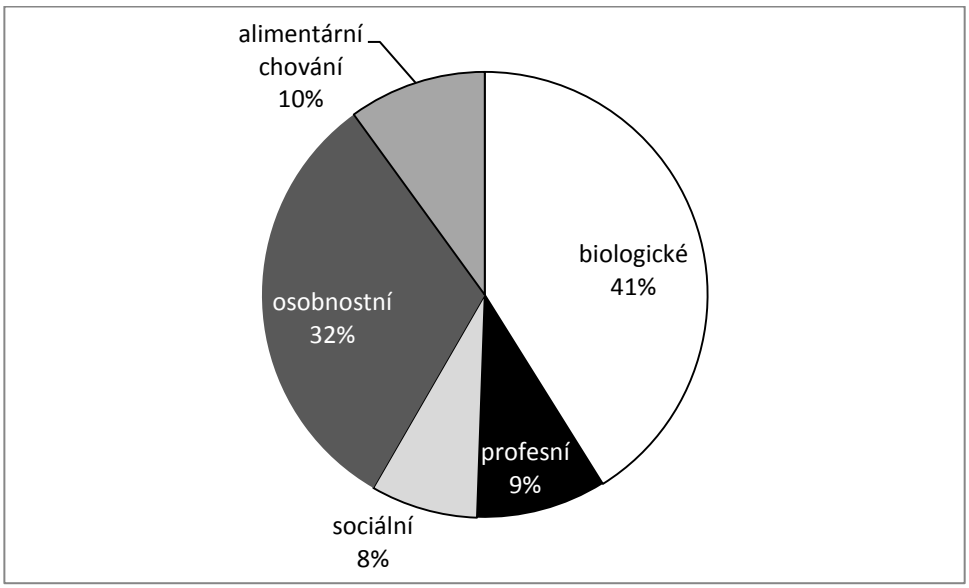
### 2.3.5. Kategorie E

Otázky následující kategorie mapují problematiku konfrontace s PPP a jednání v těchto situacích.

Jak vyplynulo z výše uvedených výsledků výzkumu, není jednoznačně definovatelné, na základě kterých symptomů lze poznat PPP. Tímto problémem se zabývala otevřená otázka, ve které respondenti doplňovali větu: „*Ze někdo trpí PPP poznám podle toho, že…*" Odpovědi byly rozděleny do pěti kategorií: biologické faktory (např. viditelná podváha), profesionální faktory (např. snížená koordinace, únava), sociální faktory (např. izolace), osobnostní faktory (např. absence projevů radosti, výkyvy nálady, nepřítomný pohled, poruchy koncentrace) a faktory poukazující na alimentární chování (jedinec jí o samotě apod.).




Graf č. 12 „*Symptomy PPP (tanečníci a netanečníci*)"




Graf č. 13 „*Symptomy PPP (pedagogové*)"

Výsledky jednotlivých skupin respondentů se liší. U tanečníků byly nejčastější odpovědi typu „*…je hubená a její*" (tedy biologický faktor a faktor poukazující na alimentární chování). U pedagogů byly v odpovědích zastoupeny také osobnostní (32%), profesní (9%) a sociální (8%) faktory.

Na otázku, jestli by oslovili osobu, u níž by měli podezření na PPP, uvedlo 59% respondentů, že by při podezření na PPP danou osobu oslovili. 20% by osobu oslovilo jen v případě, jednalo by se o blízkou osobu, na které mu

záleží („*Cizí hubené lidi neoslovuji*.“[544]). 21% respondentů ale uvedlo, že by při podezření na PPP danou osobu neoslovil. Důvody pro ignoraci nebezpečí PPP byly následující:

- Není to moje věc. Netýká se mě to!
- Nejsem si jistý(á), jestli bych poznal(a) správně, že se jedná o PPP.
- Bojím se (té osoby, její případné reakce, toho, že bych ho/jí mohla zranit, že by rozhovor odmítla …)
- Nemám na to kvalifikaci. Nejsem psycholog.
- Nevím, jak bych měl (a) reagovat.

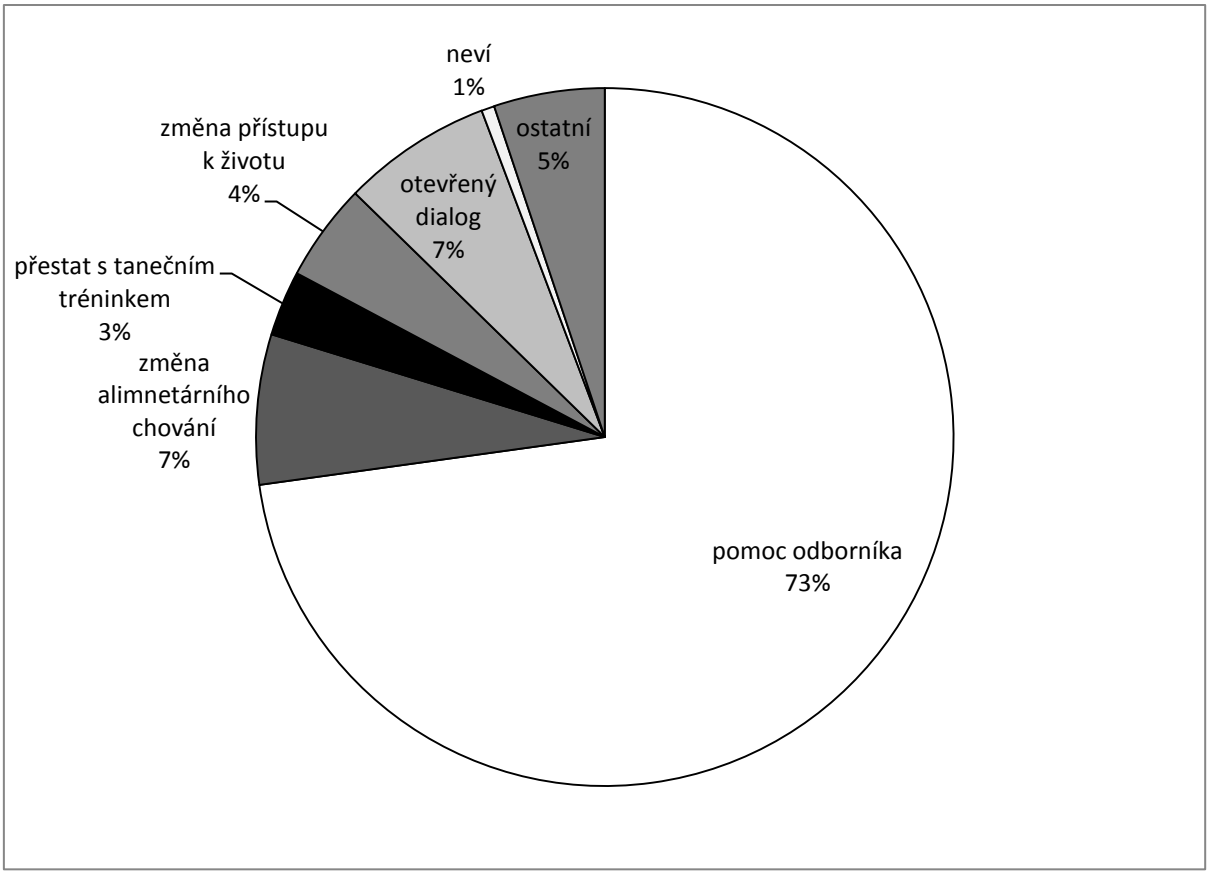
Pedagogům nebyla položena otázka „*jestli*“ reagovat, ale „*jak*“ reagovat.

42% pedagogů-respondentů, se během své kariéry již ocitlo v situaci, kdy student trpěl PPP. Otázka v dotazníku pro pedagogy zjišťovala, jak pedagogové v těchto případech jednali, nebo jako by eventuálně jednali. Mezi odpověďmi byly uvedeny následující varianty (seřazené od nejčetněji zastoupené po nejméně zastoupenou):

- Nejprve oslovit samotného studenta,
- nejprve informovat rodiče,
- nejprve kontaktovat odborníky,
- Snažit se pomoct a podpořit konkrétního studenta (pomoct nají vhodnou sféru v tanečním světě, informace výživě, možnosti další seberealizace a zvýšení kvality života…)

Na otázku „*Co byste doporučil (a) někomu, kdo trpí poruchou příjmu potravy*?“ byly k dispozici následující možnosti odpovědí: zajít k psychiatrovi, najíst se, omezit tréninky nebo přestat s tancem, přestat „*blbnout*“ a upozorňovat na sebe. V nabídce byla i možnost otevřené odpovědi. Odpovědi byly shrnuty do skupin, které tvoří jednotlivé díly výsečového grafu č. 14[545].

[544] Odpověď v jednom z dotazníků ze skupiny „*amatérů*“.
[545] Definice názvů skupin: pomoc odborníka (psycholog, psychiatr, lékař, výživový poradce, life coach, homeopat, alternativní metody), změna alimentárního chování („*začít jís*t“, najíst se), změna přístupu k životu („*přestat blbnout a upozorňovat na sebe*“), otevřený dialog (respondenti se v těchto odpovědích sami nabízeli, že „by si s tím dotyčným promluvili“ a „*vysvětlili by mu, jak je tato porucha nebezpečná*“*).*




Graf č. 14 *„Co byste doporučil(a) někomu, kdo trpí PPP*?"

Mezi otevřenými možnostmi odpovědi byla uvedena doporučení, která zdůrazňovala jednak význam přiznání si PPP jako problému a motivaci ke změně a jednak vyřešení vztahu k sobě samému, osobní situaci. Byla uvedena také odpověď *„změnit zaměření z klasiky na contemporary*". Mezi odpověďmi bylo také doporučení *„mluvit o problému*". Mít možnost svěřit se někomu, kdo PPP v souvislosti s tancem také prodělal, by pomohlo jak samotným tanečníkům, tak ale také pedagogům nebo rodičům postižených. Bohužel ale zatím takováto platforma kontaktů v ČR neexistuje. Podobně jako spolupráce tanečních škol s výživovým poradcem specializovaným na PPP zůstává i tento návrh ideou.

Ze specifického hlediska této práce je podstatné zdůraznit 3% odpovědí, které lidem trpícím PPP doporučují přestat s tanečním tréninkem coby krok k opuštění onemocnění PPP.

Následovala otázka v dotazníku: *„Je, podle Vás, možné se po absolvování terapie PPP znovu naplno vrátit k tréninku a studiu aniž by do roka došlo k recidivě*?"

85% pedagogů je toho názoru, že po absolvování terapie, je možné se vrátit k činnosti v tanečním světě (studiu, tréninku, tanci na scéně) aniž by do roka došlo k recidivě. Podle závěrů, které byly v této práci do této chvíle učiněny, je ale riziko recidivy PPP v tanečním světě extrémně vysoké! Názor 85% se zde ukazuje být nereálný a přehnaně optimistický.

Otázka mapující znalostí respondentů o možnostech odborné pomoci v případě PPP ukázala dost znepokojující fakt: 64% pedagogů neví, kam se v těchto případech obrátit!! 65% amatérských tanečníků a 70% netanečníků neví, kde hledat odbornou pomoc. A skupina, která je PPP ohrožena nejvíce, tedy profesionální tanečníci v 88% neví, kde v ČR hledat odbornou pomoc!!! Výsledky analýzy odpovědí vypovídají o kritickém nedostatku informací o konkrétních možnostech pomoci v případě PPP. Respondenti, kteří odpověděli, kam se člověk může obrátit pro pomoc, uvedli následující:

- 5% www.anabell.cz,
- 4% psychologické a psychiatrické ambulance,
- 3% lékaři (obvodní lékaři, kteří doporučí další odborníky),
- 3% internet,
- 2% konkrétní terapeuti[546],
- 13% konkrétní instituce[547].

## 2.4. Závěry výzkumu

Mezi profesionály se nachází největší počet respondentů, kteří sami přiznávají, že trpěli nebo trpí PPP. Počet pedagogů, kteří trpěli nebo trpí PPP, rovněž není zanedbatelný.

Vysoké riziko výskytu PPP u profesionálních tanečníků potvrdil i výzkum. Podle otázek, které zaznamenávaly hodnoty BMI a výskyt amenorey a obezofobie vyšlo najevo, že je riziko výskytu PPP velmi vysoké zejména u

[546] Respondenti uvedli následující terapeuty: MUDr. Hana Papežová, RNDr. Petr Fořt Csc., Marina Stejskalová, MUDr. Zdeňka Janková.
[547] Respondenti uváděli následující instituce: www.idealni.cz, psychiatrická oddělení Bohnice, Dobřany, FN Motol, Kroměříž, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Centrum zdravé výživy.

profesionálních tanečníků, ale i u skupiny amatérů není zanedbatelné. Profesionální tanečníci nejsilněji ze všech skupin respondentů pociťují nátlak okolí na udržování velmi štíhlé postavy.

Respondenti označili tanečníky zaměřené na klasický tanec jako nejrizikovější skupinu před ostatními typy tance. Studium konzervatoře shledávají rizikovým pouze ti, kteří s ním mají vlastní zkušenost. Tanečníci-amatéři a netanečníci nevidí ve studiu taneční konzervatoře riziko vzniku PPP. 60% všech respondentů ale souhlasí s oprávněním obav rodičů ze vzniku PPP v souvislosti s klasickým tancem.

Respondenti znají jednotlivé názvy různých typů PPP a také si uvědomují vysoké riziko PPP v porovnání s jinými typy závislostí. O konkrétních příčinách smrti v důsledku PPP však respondenti nejsou dobře informováni.

Otázka po podstatě PPP ukázala následující dílčí položky komplexu, který se nachází v jádře PPP: racionalizace stravování, body image, psychické poruchy, trénink, alimentární chování a vliv specifického prostředí.

Jedním z cílů této práce je zmapovat a popsat faktory, které zvyšují riziko PPP v tanečním světě. Na základě výzkumu byly definovány následující problémy zvyšující riziko: vážení, trikoty a přiléhavé oblečení, jednotné oblečení, pravidla a tradice působící v tanečním světě a zejména působení tanečních pedagogů. To se ukázalo být významným rizikovým faktorem z hlediska PPP. Mezi pedagogy se vyskytuje velké množství osob, které o „*tlustých*" lidech smýšlejí negativně. Pedagogové navíc velmi často prostřednictvím komentářů postav studentů prezentují, že jejich body image je zkreslená. Zkreslená body image se vyskytuje také u skupiny profesionálních tanečníků, což zvyšuje riziko u této skupiny.

Stravování tanečníků je vedle pedagogů dalším významným faktorem zvyšující riziko PPP. Konkrétně se jedná o časový problém a o problém složení stravy. Výzkum zde potvrdil, co bylo popsáno v kapitole 1.5.

Na rozdíl od tanečníků, kteří uvedli, že PPP u druhé osoby poznají podle biologických faktorů a faktorů poukazujících na alimentární chování, se mezi odpověďmi profesorů našly i takové, které zahrnují kromě alimentace a biologických faktorů také faktory osobnostní, profesní a sociální.

59% respondentů uznalo za vhodné oslovit člověka, který viditelně trpí PPP. Velká část, by takovouto osobu ale neoslovila, mnohdy z důvodu, že neví jak. Výzkum ukázal, že 42% pedagogů- respondentů se dosud již setkalo s PPP u studenta. V těchto situacích se rozhodli oslovit samotného studenta, rodiče, kontaktovat odborníky nebo jiné intervence. Bohužel ale celých 64% pedagogů neví, kam se v ČR obrátit pro odbornou pomoc! Dramaticky vysoké je také počet profesionálních tanečníků (88%), kteří neví, kam se v případě potřeby obrátit pro pomoc. Také 85% pedagogů je přesvědčeno, že je možné po prodělání stacionární léčby PPP se vrátit zpět ke studiu taneční konzervatoře. Tomuto přesvědčení protiřečí závěry učiněné v teoretické části práce.

Jak v teoretické části práce tak také ve výzkumu bylo poukázáno na skutečnosti, které by bylo možné realizovat a které by snížily riziko vzniku PPP u tanečníků. Tato preventivní opatření budou konkretizována pro taneční prostředí a shrnuta v příloze č. 10.

Oblast prevence PPP se rozvíjí již více jak jedno desetiletí. Zpočátku bylo za základní stavební kamen prevence považováno, informovat lidi o PPP. Odborníci dnes již vědí, že tato cesta je kontraproduktivní a v mnohých případech situaci PPP naopak zhoršila. Pro mladistvé představují konkrétní informace o jednání spojeném s PPP spíše návod, jak redukovat váhu, návod, jak ventilovat napětí nebo v některých případech dokonce návod, jak si zkrátit volnou chvíli, experimentovat (nezřídka ve skupině a s nádechem soutěživosti „*kdo zvládne víc*").

Prevence dnes již není orientována na poskytování informací. V současnosti stojí v popředí snaha posilovat zdravý stav jedince (zdravý přístup k tělu, body image, názory na ideály těla v dnešní době, vědomí vlastní identity, sebeúcta a zdravé sebevědomí). Klíčovými tématy v programech prevence PPP jsou podle německé organizace Cinderella[548] :

- Posílit hodnotu sebe sama,
- naučit se zacházet s potřebami, přáními a sny,
- řešení problémů a konfliktů,
- zacházení se vztekem a agresí,

[548] Cinderella je poradna specializovaná na PPP se sídlem v Mnichově v Německu. www.cinderella-rat-bei-essstörungnen.de

- zlepšení vnímání a přijetí těla,
- solidarita ve skupině,
- vypořádání se s ideály krásy a štíhlosti,
- vypořádání se s vlastním alimentárním chováním a přístupem k požitku.

# 3. Závěr

Cílem práce bylo popsat faktory, které zvyšují riziko vzniku PPP v tanečním prostředí, způsoby, jak jejich působení tlumit, jak zmírnit riziko vzniku dalších případů PPP u tanečníků, resp. jak při setkání s PPP jednat.

V teoretické části byly popsány PPP coby psychosomatické onemocnění, do kterého se promítá škála biologických, psychologických a sociokulturních faktorů. V rámci systematizace typů PPP lze o PPP u tanečníků hovořit jako o onemocnění typu anorexia athletica.

Jako rizikové faktory, které působí obzvláště významně v tanečním prostředí, byly shledány následující: věk, osobnostní rysy (perfekcionismus, potřeba kontroly, nízká sebeúcta a sebedůvěra, orientace na výkon, překračování hranic a vymezování se, feminita), body image, výživa, tlak na jedince (nároky a očekávání), sociální izolace, sociokutlurní faktory specifické pro současnou západní společnost a stravování tanečníků.

PPP jsou zde prezentovány jako jev, který je specifický pro současnou západní společnost. Příčina této skutečnosti je shledávána ve specifickém přístupu k lidskému tělu, který se v této společnosti vyvinul (tělo je nahlíženo jako objekt). Charakteristické rysy západní společnosti se zrcadlí i v tanečním umění (např. v estetických normách). Mezi těmito rysy se jako rizikové z hlediska PPP ukázaly zejména následující: estetické normy (jednoznačně definovaný a prosazovaný ideál velmi štíhlého těla), vážení tanečníků, trikoty a přiléhavé oblečení, jednotné oblečení a také stravování tanečníků. Stravování tanečníků byla věnována samostatná kapitola. Cílem této kapitoly bylo popsat nejzávažnější problémy ve stravování tanečníků, tedy složení jídelníčku, časový aspekt a problém konkrétních možností stravování. Jedná se konkrétně o: nedostačující energetickou hodnotu stravy tanečníků (poukazující na pravděpodobnost vysokého počtu výskytu onemocnění anorexia athletica), nedostatečný příjem tekutin, často nízký obsah sacharidů, nedostatek času na jídlo a strávení jídla před výkonem, nepravidelnost stravování, nevhodná nabídka gastronomických zařízení dostupných pro tanečníky, překážky při vlastní přípravě jídel (čas, energie, dovednosti).

Velká část rizikových faktorů je posilována působením tanečních pedagogů. Konkrétně se jedná o způsob vyjadřování pedagogů a obsah komunikace pedagogů se studenty (zejména témata spojená s postavou).

Tyto i výše zmíněné rysy se ukazují být při léčbě PPP kontraproduktivní. Navíc odborníci na PPP neznají specifika tanečního prostředí a léčba PPP u tanečníků probíhá prostřednictvím obdobných postupů jako u ostatních pacientů. Na základě toho lze konstatovat, že tanečníci mají menší šanci na úspěch při léčbě PPP.

Cílem výzkumu bylo ověřit platnost předem stanovených hypotéz. Hypotézy týkající se častosti výskytu a působení specifických faktorů v tanečním prostředí byly potvrzeny. Výzkum také ukázal, že obecná informovanost o typech PPP a o rizikovosti onemocnění je mezi respondenty dostačující. Nedostačující se ale jeví informovanost o vhodných typech reakce na setkání s PPP a povědomí o terapii v případě tanečníků.

Jak ze závěrů teoretické části tak také z praktické části, tedy z výzkumu, vyplývá význam role, kterou v rizikovosti tanečního prostředí z hlediska PPP hrají pedagogové. Proto byly závěry týkající se nejvýznamnějších témat práce (rizikové faktory, reakce na konfrontaci s PPP a prevence PPP) shrnuty do samostatných textů určených právě pro pedagogy.

Formou příloh disertační práce jsou její součástí manuály určené pedagogům konzervatoří, ZUŠ a dalších typů tanečně-pedagogických pracovišť. Jednak se jedná o manuál „*První pomoc při setkání s poruchou příjmu potravy u tanečníka*" (příloha č. 9) a „*Jak předcházet vzniku poruch příjmu potravy u tanečníků*" (příloha č. 10).

Tyto texty mohou být chápány jako první krok v rámci snahy optimalizovat situaci tanečníků vzhledem k PPP.

V rámci práce pak vyplynuly ještě následující dva kroky, které by bylo vhodné realizovat s cílem zvýšit kvalitu života tanečníků:

- Zajistit výživového poradce specializovaného na výživu tanečníků a zároveň vyškoleného v práci s lidmi vystavenými zvýšenému riziku vzniku PPP, který by byl k dispozici studentům konzervatoří a případně i profesionálům.
- V rámci možností rozšířit tuto poradenskou činnost na koordinaci komunikace při výskytu PPP v tanečním prostředí (kontakty na odborníky se zkušenostmi s léčbou PPP u tanečníků, zprostředkovat vhodnou

možnost komunikace mezi jedinci se zkušeností s PPP a také umožnit výměnu mezi rodinnými příslušníky tanečníků trpících PPP nebo těch, kteří s PPP udělali zkušenost v minulosti apod.).

Případy PPP se v tanečním prostředí vyskytovaly, vyskytují a jistě ještě vyskytovat budou. Případů, kdy onemocnění výrazně snižuje kvalitu života tanečníků, by však nemuselo být tolik. Největší moc něco na současné situaci změnit, tedy umožnit některým tanečníkům vyšší kvalitu života a dodat jejich tanečnímu projevu bohatší rozměr, mají v první řadě pedagogové tance.

# 4. Seznam použité literatury


Atkinson, Rita a kol.: Psychologie. Praha: Portál, 2003. 2. Vydání. ISBN 80-7178-640-3.

Baeck, S., Sidi-Jacoub, S.: Essstörungen- was ist das? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010. (dostupné na http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=243 15.2.2013 0:05)

Bauman, Zygmunt, May, Tim: Myslet sociologicky. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004.

Bartl, E.: Essstörungen im Leistungssport. Die Negation eines Tabuthemas. Hamburg: Diplomica Verlag, 2010.

Benyovszky, Ladislav: Filosofická propedeutika. Praha: Sofis, 1998. ISBN 80-902439-8-3.

Classing, D., Herpertz-Dahlmann, B., Marx, K.: Die essgestörte Athletin. Deutsches Ärzteblatt, 1998. Č. 30. Str. 94. (dostupné na http://www.aerzteblatt.de/archiv/7199 20.1.2013 13:49)

Cremer, Monika: Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011.

Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S., Eckert, E.D., Mitchell, J.E. (2009) Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 166**,** 1342-1346.

Cuntz, U., Hillert, A.: Essstörungen. Ursachen- Symptome- Therapien. München: Verlag C.H. Beck, 2008. 4. Vydání. ISBN 978 3 406 577 024.

Descartes, René: Meditace o první filosofii. Praha: Svobota, 1970.

Dietze-Cruse, M., Fleischer, H., Vogel, N., Kamp. N.: Essenslust und Körperfrust- Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule. Hamburg: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulenentwicklung , SPZ, 2011. (dostupné na http://li.hamburg.de/contentblob/2833842/data/pdf-essenslust-und-koerperfrust-leitfaden-zur-praevention-von-essstoerungen-in-der-schule.pdf 13.1.2013 22:40)

Disman, Miroslav: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2002.

Doninini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C.:Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eating, Weight Disorders Journal, 2004. č. 9. (červen) Str. 151-157. (dostuplné na http://www.orthorexia.com/wp-content/uploads/2010/06/Donini-Orthorexia-Nervosa-Dimension-of-the-phenomena.pdf 22.2.2013 0:11)

Evert, Kerstin: DanceLab. Zeitgenössischer Tanz und Neue Technologien. Würzburg: Verlag Königshausen und Neumann GmhH, 2003. ISBN 3-8260-2428-1

Feldenkrais, Moshe:Die Feldenkraismethode in Aktion: eine ganzheitliche Bewegungslehre. Paderborn: Junfermann, 1990. ISBN 3-87387- 019- 3

Fichter, M.M.: Körperliche Folgen und Risiken bei Essstörungen, München: Cinderella, 2011.

Fořt, Petr: Výživa. Pardubice: Svět kulturistiky, 1996.

Giddens, Anthony: Sociologie. Praha: Argo, 1999.

Hartl, M., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Praha: Portál, 2009. 2. vydání. ISBN 978-80-7367-569-1

Hegner, Jost: Training fundiert erklärt. Handbuch der Trainingslehre. Herzogenbuchsee: Ernst Ingold+Co AG, 2008. 3. vydání. ISBN-13: 978-3-03700-101-1

Hendl, Jan: Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005.

Hilbert, Anja: Körperbild bei Frauen mit „Binge Eating"- Störung (Disertační práce). Marburg: Philipps-Universität Marburg, 2000. 192s.

Hirtz P., Hotz A., Ludwig G.: Bewegungsgefühl. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 2003.

Hoffmann, Laetitia: Anorexia Athletica. Gesundheitliche Probleme bei magersüchtigen Sportlern. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH, 2009. ISBN 978-3-8366-2611-8.

Hölling, H., Schlack, R.: Essstörungungen im Kinder- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey.Berlin: Springer Medizin Verlag, 2007.

Chvatík, Květoslav: Strukturalistická estetika. Brno: Host, 2001

Janeček, Václav: Poetika v díle S. Mallarmého. In: Ozvěny tance. Praha: AMU, 1998. ISBN 80-85883-40-6

Kafka, Franz: Ein Hungerkünstler. Berlin: Die Schmiede, 1924.

Kazárová, Helena: Ohlédnutí za vývojem klasického tance. In: Ozvěny tance. Praha: AMU, 1998. ISBN 80-85883-40-6

Klein, Gabriele: Frauen, Körper, Tanz: Eine Zivilisationsgeschichte des Tanzes. München: Willhelm Heyne Verlag, 1994. ISBN 3-453-07032-1

Knop, Uwe: Hunger und Lust. Norderstedt: Books on Demand GmbH, 2009. ISBN 978-3-8448-8345-9

Koutedakis, Yiannis: The Male and Female Professional Dancer: Aspects Related to Injuries, Fitness and Nutrition. Nutrition to Fuel Dance: A Brief Review. Oxford: Dance Research, 1996. Ročník 14. Číslo 2 (zima). ISSN 0264-2875.

Kraft, Eva-Maria: Gesund essen. Darmstadt: TaMeD TanzMedizin Deutschland e.V., 2007.(Infoblatt 10)

Krch, František David: Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

Kuderová, Libuše: Nauka o výživě. Praha: Fortuna, 2005. ISBN 80-7168-926-2

Lebenstedt, M.; Bußmann, G.; Platen, P.: Ess-Störungen im Leistungssport. Ein Leitfaden für Athlet/innen, Trainer/innen, Eltern und Betreuer/innen. Bonn: Bundesinstitut für Sportwissenschaften, 2004.

Lemaitre, N., Quinson, M.T., Soto, V.: Slovník křesťanské kultury. Praha: Garamond, 2002. ISBN 80-86 379-41-8.

Leibold, Gerhard: Mentální anorexie. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0

Liechti, Jürg: Magersucht in Therapie. Heidelberg: Carl Auer Systeme, 2008. ISBN 978-3-89670-627-0

Machek, Václav: Etymologický slovník jazyka českého. Praha: Academia Nakladatelství československé akademie věd, 1968. 2. opravené a doplněné vydání.

Mannhart, Ch., Spahr, C.: Müesli und Muskeln. Essen und Trinken im Sport. Herzogenbuchsee: Ernst Ingold+Co AG, 2008. 2. Vydání. ISBN 978-3-03700-118-9

Markytánová, L., Piskáčková, Z.: Orthorexie a bigorexie- méně známé formy poruch příjmu potravy. Výživa a potraviny, 2010. Číslo 1.

Matsumoto, Nancy: Coach and Trainer Toolkit. National Eating Disorders Association, 2010. (dostupné na http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/ file/ toolkits/NEDA-Toolkit-Coaches_07-2010.pdf 18.6.2011 8:57)

Nordin-Bates, S.M., Walker I.J., Redding, E.: Correlates of Disordered Eating Attitudes Among Male and Female Talented Dancers- Findings From the UK Centres for Advanced Training. London: Eating Disorders, 2011. Ročník 19, číslo 3. Str. 211-233. (dostupné na http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2011.564976 26.1.2013 14:47)

Pacy, P., Khalouha, M., Koutedakis, Y.: Body Composition, Weight Control and Nutrition in Dancers. Oxford: Dance Research, 1996. Ročník 14. Číslo 2 (zima). ISSN 0264-2875.

Patočka, Jan: Tělo, společenství, jazyk, svět. Praha: Oikoymenh, 1995. ISBN 80-85241-90-0

Placáková, Eva: Nutriční aspekty sacharidů (Bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita, 2006. 52s.

Plháková, Alena: Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia. 2003. 1. vyd. ISBN 80-200-1086-6.

Plháková, A., Míčková, J.: Rozdíly v percepci tělesného schématu mezi muži a ženami. Č. a S. Psychiatrie, 6, 96, 2000. Str. 310-315.

Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Brähler, E.: Evaluation and Comparison of Different Versions of the Body Shape Questionaire.Psychiatry Research, 2008. Roč. 158, str. 67-73. (dostupné na http://www.nutrinfo.com/pagina/info/evaluation%20and%20comparison%20of%20different%20versions%20of%20the%20body%20shape%20questionnaire.pdf 20.7.2012 11:55)

Renzetti, Claire: Ženy, muži a společnost. Praha: Karolinum, 2003. Překlad: Petr Pavlík. ISBN 80-246-0525-2.

Richardson, Annie: An Aesthetics of Performance: Dance in Hogarths´s Analysis of Beauty. Dance Research, 2002, roč. 20, č. 2, s.38- 87.

Skácelová, Jana: Poruchy příjmu potravy a percepce tělesného schématu. (Diplomová práce) Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého, 1998.

Smith, Albert: The Natural History of The Ballett Girl. London: D. Bogue86 Fleet Street, 1847. (dostupné na http://archive.org/stream/naturalhistoryb00smitgoog#page/n6/mode/2up 17.2.2013 23:45)

Sokol, Jan: Malá filosofie člověka. Praha: Vyšehrad, 2004.

Stodolová, Jana: Tanečnice a poruchy příjmu potravy. Psychologie Dnes, 2004. č. 3 (dostupné na http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/14-vyzkum-v-oblasti-poruch-pijmu-potravy/179-tanenice-a-poruchy-pijmu-potravy 14.8.2011 15:30)

Trapp, Janina: Anorexia athletica, sportbedingtes Fehverhalten oder Essstörung? Eine Abgrenzung zur Anorexia nervosa. (Diplomová práce) Münster: Fachhochschule Münster Fachrichtung Ernährung und Hauswirtschaft, 2011. (dostupné na http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/sportmedizin/Downloadbereich/Ernaehrung/Anorexia_athletica.pdf 30.10.2012 12:35)

Vandereycken, Walter: Wundermädchen, Hungerkünstler, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-Störung. Berlin: Beltz Verlag, 2003. ISBN 3 407 22147 9

Virtue, Doreen: Der Hunger nach Liebe. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2008. ISBN 978-3-548-74326-4

Wanke, E.M., Dr. Med.: Ess-Störungen. Darmstadt: TaMeD TanzMedizin Deutschland e.V., 2007.(Infoblatt 6)

White, John: Advanced Principles in Teaching Classical Ballet. Gainesville FL: University Pres sof Florida, 2009. ISBN 978-0-8130-3297-9.

Internetové stránky:

www.aedweb.org (Academy for Eating Disorders)

www.allianceforeatingdisorders.com (The Alliance for Eating Disorders Awareness)

www.anabell.cz

www.anad.org (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders)

www.b-eat.co.uk (Beating Eating Disorders)

www.bzga-essstoerungen.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

www.hungrig-online.de

www.idealni.cz

www.nationaleatingdisorders.org (National Eating Disorders Association)

www.orthorexia.com (strana Stevena Bratmana)

www.rcpsych.ac.uk (The Royal College of Psychiatrists)
www.tamed.de (Tanzmedizin Deutschland e.V.)

Video:
http://www.bbc.co.uk/news/entertainment-arts-17738611#?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter 15.1.201322:19

# 5. Přílohy

Seznam příloh:

1. *„Přehled typů PPP*"
2. *„Pravidla členů hnutí pro-ana*"
3. *„Výsledky výzkumů PPP u tanečníků*"
4. *„Vývoj názoru na vlastní tělo v průběhu onemocnění*"
5. *„Body Shape Questionaire- dotazník o tvaru těla*"
6. *„Body Esteem Scale- dotazník o hodnotách těla*"
7. *„Schéma dotazníku*"
8. *„Eating Attitudes Test- test postojů k e stravování podle D. Garnera*"
9. *„První pomoc*"
10. *„Prevence PPP*"

## Příloha č. 1 „Eating Attitudes Test- test postojů ke stravování podle D. Garnera[549]“

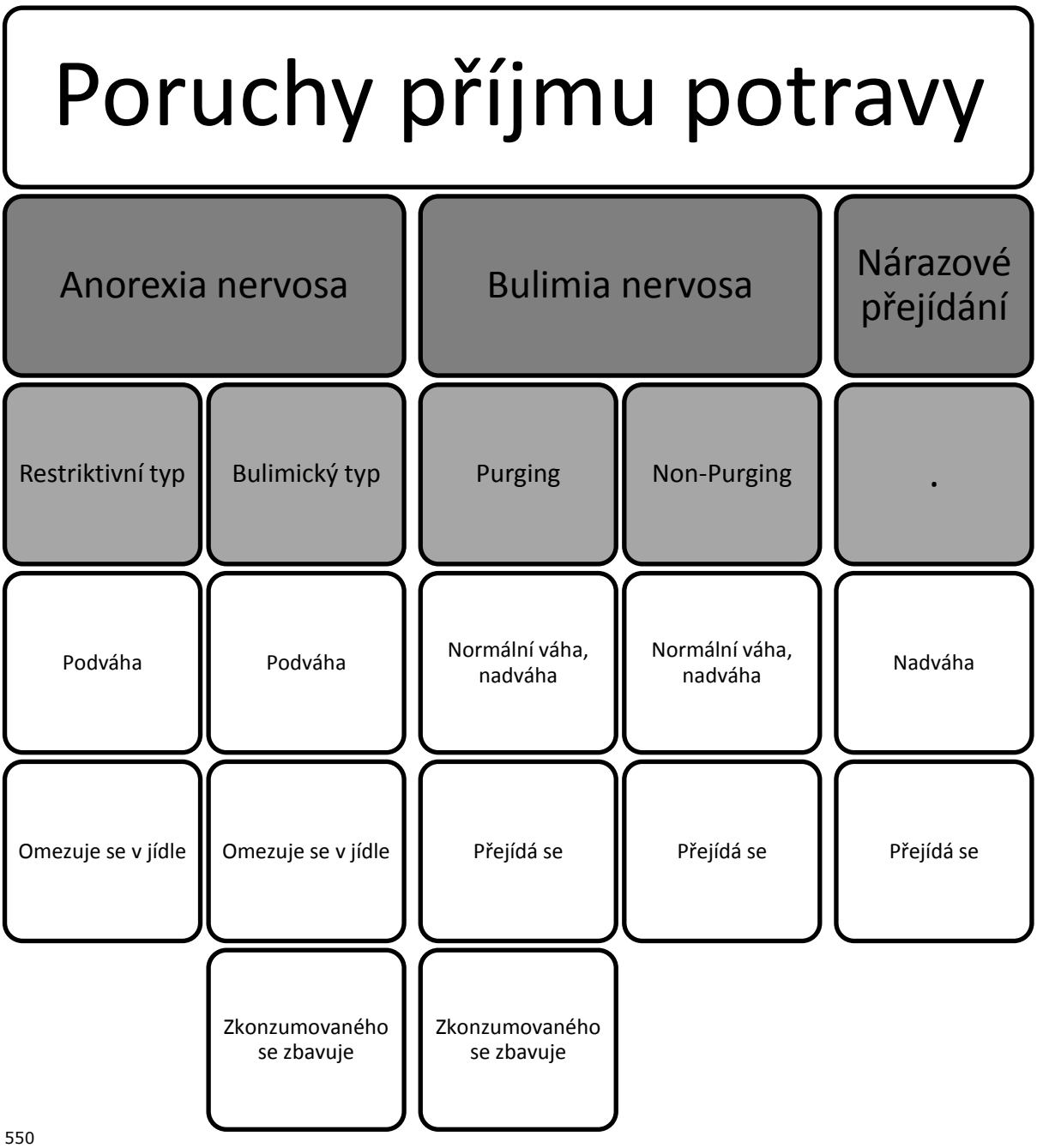
| | | Vždy | Obvykle | Často | Někdy | Zřídkakdy | Nikdy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Děsím se toho, že bych měl(a) nadváhu. | | | | | | |
| 2 | Vyhýbám se jedení, když mám hlad. | | | | | | |
| 3 | Řeším jídlo. | | | | | | |
| 4 | Přejídám se/ přejídal(a) jsem se a měl(a) jsem pocit, že nemohu přestat. | | | | | | |
| 5 | Krájím si jídlo na malé kousky. | | | | | | |
| 6 | Všímám si množství kalorií obsažených v jídle, které jím. | | | | | | |
| 7 | Zvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (chléb, rýže, brambory…). | | | | | | |
| 8 | Mám pocit, že by se ostatním líbilo, kdybych jedl(a) víc. | | | | | | |
| 9 | Zvracím poté, co jsem se najedl(a). | | | | | | |
| 10 | Po jídle se cítím provinile. | | | | | | |
| 11 | Mám silnou touhu být štíhlejší. | | | | | | |
| 12 | Když cvičím, myslím na spalování kalorií. | | | | | | |
| 13 | Myslím si, že jsem podle ostatních příliš štíhlá. | | | | | | |
| 14 | Zaobírám se myšlenkou, že mám tukové zásoby. | | | | | | |
| 15 | Jím pomaleji než ostatní. | | | | | | |
| 16 | Vyhýbám se jídlům s obsahem cukru. | | | | | | |
| 17 | Jím dietní jídla. | | | | | | |
| 18 | Mám pocit, že jídlo ovládá můj život. | | | | | | |
| 19 | V souvislosti s jídlem prezentuji sebeovládání. | | | | | | |

[549] Přeloženo z angličtiny. BM V angličtině dostupné na http://psychology-tools.com/eat-26/ 4. 3. 2013 23:07

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Cítím, že na mě ostatní vyvíjejí tlak k jídlu. | | | | | | |
| 21 | Věnuji jídlu příliš času a myšlenek. | | | | | | |
| 22 | Cítím se nepříjemně poté, co jsem snědl(a) sladkosti. | | | | | | |
| 23 | Držím diety. | | | | | | |
| 24 | Mám ráda pocit prázdného žaludku. | | | | | | |
| 25 | Mám nutkání zvracet po jídle. | | | | | | |
| 26 | Ráda ochutnávám nová tučná jídla. | | | | | | |

| | | Nikdy | Jednou za měsíc nebo méně | 2-3 krát za měsíc | Jednou za týden | 2-6 krát za týden | Jednou denně |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Přejídám se a mám pocit, že nemohu přestat. (jím více než by většina lidí v těchto podmínkách a neovládám se) | | | | | | |
| B | Zvracím, abych měl (a) váhu nebo tvar těla pod kontrolou. | | | | | | |
| C | Užívám projímadla, léky na hubnutí nebo diuretika, abych měl (a) váhu nebo tvar těla pod kontrolou. | | | | | | |
| D | Cvičím více než 60 minut denně s cílem zhubnout nebo mít váhu pod kontrolou. | | | | | | |
| | | ano | | | ne | | |
| E | Zhubnul(a) jsi 10kg a více za uplynulých 6 měsíců? | | | | | | |
| F | Léčil(a) ses někdy s poruchou příjmu potravy? | | | | | | |

## Příloha č. 2 „Přehled hlavních rysů typů PPP"




550

[550] Nárazové přejídání není spojeno se zvracením nebo se záměrnou kontrolou váhy. Od tohoto typu poruchy příjmu potravy se odlišuje „*non-purging*" typ mentální bulimie tím, že lze pozorovat fáze půstu.

## Příloha č. 3 „Pravidla členů hnutí pro-ana"

Aby se člověk mohl přidat ke skupině pro-ana, musí splňovat následující[551]:

1. Listy zeleného salátu si na talíři krájíš na malé kousky.
2. Nemáš menstruaci.
3. Už si několik měsíců nemažeš na chléb máslo.
4. Třikrát denně se svlékáš a vážíš a doufáš, že váha ukáže o něco méně. A pozoruješ se v zrcadle a počítáš, kolik žeber a ostatních kostí je už vidět na povrchu.
5. V supermarketu skládáš zboží do košíku, ale nic z toho nakonec nekoupíš.
6. Znáš kalorické hodnoty všech potravin.
7. Nebereš žádné léky, dokud se neujistíš o jejich obsahu kalorií.
8. I když je na obalu napsáno, že potravina má 120kalorií, raději počítáš, že jich má o 10 víc.
9. Naprosto přesně víš, kolik kalorií jsi zkonzumovala před pěti dny. Zapomněla jsi ale, kam jsi dala klíče.
10. Nápoj o hodnotě 30 kalorií nepřichází v úvahu.
11. Prášky na hubnutí jsou jediným zdrojem vitamínů.
12. Zdají se ti noční můry o tom, že jsi snědla něco kalorického.
13. Kdybys náhodou nesnědla něco *„bezpečného*" (s výrazně nízkým obsahem kalorií), okamžitě to horem nebo spodem zase vyjde ven.
14. Nevadí ti žádné práce v domácnosti, protože tím máš příležitost spalovat další kalorie.
15. Všechny hodinky ti jsou volné.
16. I když se všichni potí v krátkém tričku, tobě je zima ve svetru.
17. Piješ tolik vody, že by se tím dala zatopit celá zem.
18. I když spíš na velmi měkké matraci, cítíš, jak tě tlačí do vystouplých kostí.
19. Na spaní si musíš mezi kolena dávat polštář.
20. Schválně si kupuješ oblečení o číslo menší.
21. Auto parkuješ na nejodlehlejším místě, abys musela jít dál a více spálit.
22. Vedeš rozhovory sama se sebou ohledně toho, co smíš a nesmíš sníst. Nakonec stejně jen vypiješ sklenici vody.
23. Užíváš si pocit hladu, protože tě to ujišťuje, že jsi udělala správnou věc.
24. Nekontrolovatelný třes v důsledku hladovění je znamením toho, že jsi dobrá.
25. Televizní reklamy na potraviny jsou pro tebe totéž co horor pro ostatní lidi.
26. Tvoji hodnotu vyjadřuje číslo, které ukazuje váha.
27. Na otázku, jestli budeš něco jíst, odpovíš: *„Ne, děkuji, jedl(a) jsem včera*.", aniž by sis uvědomil(a), že jsi řekla něco neobvyklého.

---

*„Pica syndrom*" je porucha, kdy postižený konzumuje materiál, který není určen k výživě lidí (papír, kameny…). BM

[551] Preloženo z nj z http://www.pure-ana.com/node/48 30.7. 20:55

# Příloha č. 4 „Výsledky výzkumů PPP u tanečníků"

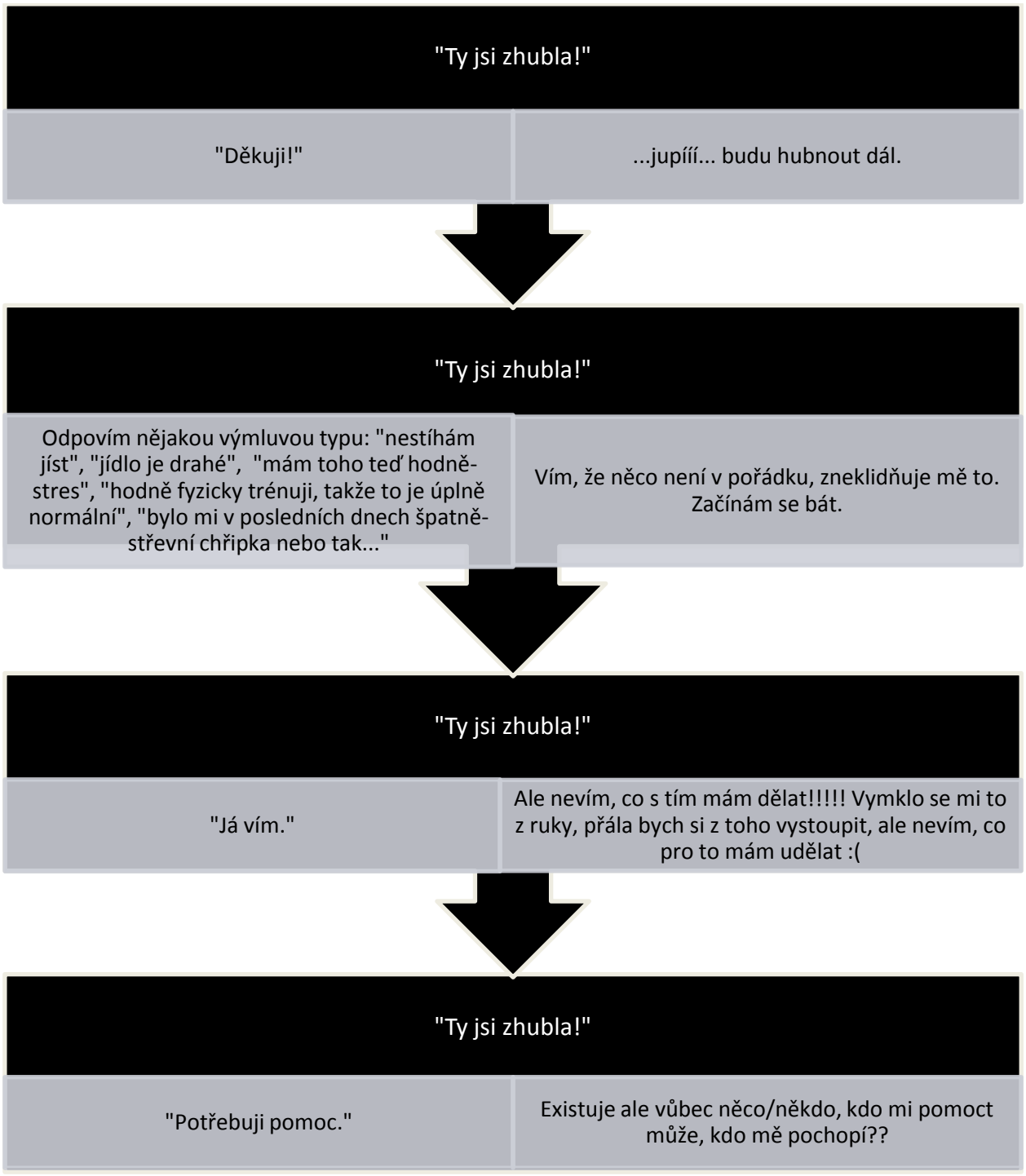
Výsledky dosavadních výzkumů PPP u tanečníků:

| Autor výzkumu | Rok | Místo provádění výzkumu | Vzorek (zkoumaná skupina) | | | Sledované faktory | Výsledek | Další závěry |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Pohlaví | Věk | Činnost | | | |
| Abraham, Suzanne[552] | 1996 | University of Sydney a oddělení pro PPP na The Northside Clinic, Greenwich | ? | ? | Studium klasického tance (*„konzervatoř"*) | Anorexia nervosa | 1,6% | Ve srovnání s vrstevníky je u tanečníků vyšší riziko vzniku PPP. |
| | | | | | | Bulimia nervosa | 1,6% | |
| | | | | | | Ostatní typy PPP | 4,2% | |
| Le Grange Daniel, Tibbs Jason, Noakes Timothy[553] | 1994 | University of Cape Town, South Africa JAR | F | 18,9 | 49 studentek klasického tance | Anorexia nervosa | 4,1% | |
| | | | | | | *částečná* anorexia nervosa | 8,2% | |
| David Garner a Paul Garfinkel[554] | 1980 | Universty of Toronto, Canada | | | 183 studentů tance, 56 modelek, 59 VŠ studentů, 35 studentů hudby | Anorexia nervosa | 6,5% | Případy anorexie byly shledány pouze mezi studenty tance. |
| Szmukler, Eisler, Gillies, Hayward[555] | 1985 | London, UK | | | 100 studentů klasického tance | Anorexia nervosa | 7% | Autoři upozorňují na obtížnost definování mentální anorexie. |
| Garner, Garfinkel, Rockert, Olmsted[556] | 1987 | Universty of Toronto, Canada | | | 35 studentů klasického tance | Anorexia nervosa | 25,7 % | |
| | | | | | | Bulimia nervosa | 14,2 % | |
| Hamilton, Warren Brooks-Gunn[557] | 1985 | | F | 24,9 | 66 členek tanečních souborů v Evropě a Americe | Anorexia nervosa | 15% | Tanečníci mají v průměru 12% podváhu. |
| | | | | | | Bulimia nervosa | 19% | |
| Ringham, Rebecca[558] | 2006 | University of Pittsburgh, Pennsylvania | | | | | 83% | |

[552] http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=284997 27.1.2013 10:58
[553] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8032351 27.1.2013 11:39
[554] http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5220024 27.1.2013 13:23
[555] http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395685900159 27.1.2013 13:44
[556] http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=288049&Ausgabe=251663&ProduktNr=223864 27.1.2013 13:46
[557] http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198511)4:4%3C465::AID-EAT2260040407%3E3.0.CO;2-0/abstract 27.1.2013 10:42
[558] http://balletnews.co.uk/ballet-business-you-are-what-you-eat/ 15.1.2013 22:38

## Příloha č. 5 „Vývoj názoru na vlastní tělo v průběhu onemocnění“

Následující schéma reprezentuje fáze vývoje názoru na štíhlost, kterými prochází člověk trpící restriktivním typem PPP. Ve většině případů trvá roky, než jednotlivými fázemi projde. V levém sloupci je uvedena odpověď na komentář. V pravém sloupci je uvedena myšlenková operace, která se v tom samém momentu odehrává uvnitř člověka.



# Příloha č. 6 „Body Shape Questionaire- dotazník o tvaru těla"[559]

Jedná se o 34 otázek publikovaných v roce 1992 v knize Sabine Waadt *„Bulimie. Ursachen und Therapie*". Klient má ohodnotit své pocity vztahující se k vlastnímu vzhledu v průběhu uplynulých 4 týdnů. Odpovědi na otázky může vybírat z následující škály, podle které jsou odpovědím také připisovány body.

1 Nikdy
2 Zřídkakdy
3 Někdy
4 Často
5 Velmi často
6 Vždy

| | Nikdy | Zřídka -kdy | Někdy | Často | Velmi často | Vždy |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Počet bodů | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Začal(a) jste se zaobírat svou postavou z dlouhé chvíle? | | | | | | |
| Znepokojovala vás vaše postava natolik, že jste cítil(a) nutnost přejít na redukční dietu? | | | | | | |
| Měl(a) jste pocit, že vaše stehna, boky nebo hýždě jsou příliš široké vzhledem ke zbytku vaší postavy? | | | | | | |
| Měl(a) jste strach z tloustnutí? | | | | | | |
| Měl(a) jste obavy, že vaše tkáň není dostatečně pevná? | | | | | | |
| Cítil(a) jste se po vydatném jídle tulstý/á? | | | | | | |
| Byl(a) jste ze své postavy natolik zoufalý/á, že jste plakal(a)? | | | | | | |
| Vyhnul(a) jste se běhání ze strachu, že by vaše tkáň při pohybu *„plandala*"? | | | | | | |
| Vyvolalo ve vás setkání se štíhlými ženami pocity nejistoty? | | | | | | |
| Rozčiluje vás, že se vaše stehna rozšíří, když sedíte? | | | | | | |
| Cítil(a) jste se tlustá, když jste snědla jen menší množství jídla? | | | | | | |
| Sledovala jste postavy jiných žen/mužů a hodnotil(a) pak svou postavu negativně? | | | | | | |
| Ovlivňují vaše myšlenky na postavu vaší schopnost koncentrace (odvádějí pozornost od sledování televize, čtení nebo účasti na konverzaci)? | | | | | | |
| Cítil(a) jste se tlustá, když jste byla nahá (například při koupání)? | | | | | | |
| Vyhýbal(a) jste se nošení takového oblečení, které | | | | | | |

[559] http://www.psyctc.org/tools/bsq/ 22.7.2012 16:42

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| zdůrazňuje vaší postavu? | | | | | | |
| Představovala jste si, že byste „osekala" části svého těla? | | | | | | |
| Cítil(a) jste se tlustá poté, co jste jedla sladkosti, dorty nebo pokrmy s vysokou energetickou hodnotou? | | | | | | |
| Odmítl(a) jste účast na společenských událostech (večírcích, plesech), protože jste měla negativní pocity ze své postavy? | | | | | | |
| Cítil(a) jste se příliš velká a zaoblená? | | | | | | |
| Styděl(a) jste se za své tělo? | | | | | | |
| Donutily vás starosti o svou postavu přejít na redukční dietu? | | | | | | |
| Byl(a) jste se svou postavou nejspokojenější, když jste měl(a) prázdný žaludek (například po ránu)? | | | | | | |
| Měl(a) jste pocit, že máte takovou postavu, jakou máte, protože máte nedostatek sebedisciplíny? | | | | | | |
| Myslel(a) jste na názor jiných lidí, když jste viděla „faldy" na vašem břiše? | | | | | | |
| Měl(a) jste pocit, že to není fér, že některé ženy/muži jsou hubenější než vy? | | | | | | |
| Zvracel(a) jste někdy, abyste se cítila hubenější? | | | | | | |
| Měl(a) jste někdy ve společnosti pocit, že zabíráte příliš místa (na gauči nebo v autobuse)? | | | | | | |
| Znepokojovalo vás, že vaše tkáň je „rozplizlá"? | | | | | | |
| Vyvolal ve vás obraz v zrcadle negativní pocit z vlastní postavy? | | | | | | |
| Štípal(a) jste se do určitých částí těla, abyste zjistil(a), kolik tuku máte pod kůží? | | | | | | |
| Vyhýbal(a) jste se situacím, ve kterých by ostatní mohli vidět vaší postavu (společné šatny, bazén…)? | | | | | | |
| Užíval(a) jste projímadla, abyste se cítil(a) hubenější? | | | | | | |
| Cítila jste se zvláště nejistá ohledně své postavy ve společnosti jiných lidí? | | | | | | |
| Donutily vás úvahy o vlastní postavě k pocitu, že musíte cvičit? | | | | | | |

Vyhodnocení:

| Počet bodů | Výsledek |
|---|---|
| Méně než 80 | Není problém s tvarem těla (postavou) |
| 80 až 110 | Mírný problém s tvarem těla |
| 110 až 140 | Má problém s tvarem těla |
| Více než 140 | Závažný problém s tvarem těla |

# Příloha č. 7 „Body Esteem Scale- dotazník o hodnotách vlastního těla"

Publikována v roce 1984 S. L. Franzoi a S. A. Shields[560]. Klient má ohodnotit své pocity vzhledem k uvedeným částem a funkcím na základě následující stupnice:

1 mám silně negativní pocity
2 mám mírně negativní pocity
3 nemám ani negativní ani pozitivní pocity
4 mám mírně pozitivní pocity
5 mám silně pozitivní pocity

| | Muži | | | Ženy | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fyzická atraktivita | Síla horní části těla | Fyzická kondice | Atraktivita pro druhé pohlaví | Zaobírání se tělesnou hmotností | Fyzická kondice |
| Tělesná vůně | | | | X | | |
| Chuť | | | X | | X | |
| Nos | X | | | X | | |
| Fyzická kondice | | | X | | | X |
| Reflexy | | | X | | | X |
| Rty | X | | | X | | |
| Svalová síla | | X | | | | X |
| Pas | | | X | | X | |
| Hladina energie | | | X | | | X |
| Stehna | | | X | | X | |
| Uši | X | | | X | | |
| Biceps | | X | | | | X |
| Brada | X | | | X | | |
| Stavba těla | | X | | | X | |
| Tělesná koordinace | | X | X | | | X |
| Zadek | X | | | | X | |
| Agilita | | | X | | | X |
| Šíře ramen | | X | | | | |
| Paže | | X | | | | |
| Hrudník | | X | | X | | |
| Vzhled očí | X | | | X | | |
| Lícní kosti | X | | | X | | |
| Boky | X | | | | X | |
| Nohy | | | | | X | |
| Postava | | X | X | | X | |
| Sexuální potřeba | | X | | X | | |
| Chodidla | X | | | | | |
| Pohlavní orgány | X | | | X | | |
| Vzhled břicha | | | X | | X | |
| Zdraví | | | X | | | X |
| Sexuální aktivita | | | | X | | |
| Tělesné ochlupení | | | | X | | |
| Tělesná kondice | | | X | | | X |
| Obličej | X | | | X | | |
| Tělesná hmotnost | | | X | | X | |
| Celkový počet | 11 | 9 | 13 | 13 | 10 | 9 |

[560] Dostupný na http://www.yorku.ca/rokada/psyctest/bodest.pdf 21.7.2012 21:30

# Příloha č. 8 „Schéma dotazníku"

Dotazník

Kategorie A:Mapování míry výskytu PPP v tanečním světě

- A1: Biologické faktory
- A2: Psychologické aspekty

Kategorie B:Analýza obeznámenosti s problematikou PPP

- B1: Znalost základních údajů o PPP
- B2: Podstata PPP

Kategorie C: Definice podstaty PPP v tanečním světě

- C1: Taneční svět jako rizikové prostředí
- C2: Konkrétní rizikové faktory v tanečním světě

Kategorie D: Stravování tanečníků

- D1: Kdy jíst
- D2: Co jíst

Kategorie E: Konfrontace s PPP

- E1: Reakce na konfrontaci
- E2: Možnosti

| Kategorie | Číslo otázky | Verze dotazníku[561] | | | | Znění otázky |
|---|---|---|---|---|---|---|
| - | 1 | | II | III | IV | Jaký je Váš věk? |
| A1 | 2 | I | II | III | IV | Uveďte zde, prosím svojí výšku a váhu. |
| | 3 | | II | III | IV | Dostala jste svoji první menstruaci později než v 16 letech? |
| | 4 | | II | III | IV | Vynechala u Vás někdy menstruace více než 3x po sobě? |
| A2 | 5 | I | II | III | IV | Přibrat 2kg by pro mě znamenalo… |
| | 6 | I | II | III | IV | Kdybych přibral (a) 2kg, tak by to pro mé okolí znamenalo… |
| | 7 | I | II | III | IV | Doplňte, prosím, následující větu: Tlustí lidé jsou… |
| | 8 | | II | III | IV | Styděl (a) jste se někdy za to, že jste tlustý(á)? |
| | 9 | | II | III | IV | Styděl (a) jste se někdy za to, že jste hubený(á)? |
| | 10 | | II | III | IV | Kdybych nemohl (a) trénovat, cvičit, znamenalo by to pro mě stres, neklid. |
| | 11 | I | II | III | IV | Dělá Vám problémy jíst v přítomnosti jiných lidí? |
| B1 | 12 | I | II | III | IV | Které typy poruch příjmu potravy znáte? |
| | 13 | I | II | III | IV | Která věková skupina je riziková z hlediska PPP |
| | 14 | I | II | III | IV | Seřaďte, prosím, následující závislosti podle naděje na (úplné, dlouhodobé) vyléčení. |

[561] Vzhledem k relevanci otázek, nebyly kladeny všechny otázky všem skupinám respondentů. Skupiny respondentů jsou kódovány následovně: I= pedagogové a trenéři, II= profesionální tanečníci a vrcholoví sportovci, III= amatérští tanečníci, IV= netanečníci

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 15 | I | II | III | IV | Seřaďte, prosím, následující závislosti podle míry ohrožení života postiženého/závislého. |
| | 16 | I | II | III | IV | Seřaďte, prosím, následující závislosti podle zatížení/ohrožení pro rodinu a okolí. |
| | 17 | I | II | III | IV | Co bývá nejčastější příčinou smrti u lidí trpících PPP |
| B2 | 18 | I | II | III | IV | Doplňte, prosím, následující větu: PPP netrpím, protože… (NEBO: Trpíte-li PPP, vepište "*ano*") |
| | 19 | I | II | III | IV | Proč někteří lidé trpí PPP |
| C1 | 20 | I | II | III | IV | Ohodnoťte, prosím, následující skupiny podle velikosti rizika pro vznik PPP. |
| | 21 | I | II | III | IV | Rodič sedmileté dívky se vyjádřil: "*Moje dcera balet dělat nebude. Nechci, aby z ní byla anorektička.*" Je jeho obava oprávněná? |
| | 22 | I | II | III | | Je, podle Vás, člověk v tanečním světě vystaven většímu riziku vzniku PPP než kdyby se tanci nevěnoval? |
| | 23 | I | II | III | | PPP v současnosti neodmyslitelně patří do tanečního světa. Souhlasíte |
| C2 | 24 | I | II | III | | V čem spočívají rizika vzniku PPP v tanečním světě? |
| | 25 | I | II | III | | Platí v tanečním světě nepsané pravidlo "*hubený tanečník= dobrý tanečník*" a "*tlustý tanečník= špatný tanečník*"? |
| | 26 | I | II | | | Jaký je Váš názor na vážení studentů tance/sportovců? |
| | 27 | | II | III | IV | Denně se setkávám s lidmi trpícími PPP |
| | 28 | | II | III | | Je riziko vzniku PPP větší, když pedagog/trenér má sám podváhu nebo je extrémně štíhlý? |
| | 29 | | II | | | S jakými konkrétními komentáři Tvé postavy jsi se od pedagogů/trenérů setkal (a)? V kolika letech? (uveďte, prosím, pokud možno doslovnou citaci) |
| | 30 | I | | | | Který z následujících výroků vyjadřuje Váš vztah k jídlu? |
| | 31 | I | | | | Jak se před studenty vyjadřujete o jídle |
| D1 | 32 | | II | III | | Tančí se Vám lépe, když... |
| D2 | 33 | | II | | | Tanečník se musí vypořádávat s různými tlaky, které jsou na něj vyvíjeny. Který z následujících "*tlaků*" je na Vás z Vašeho okolí vyvíjen silněji? |
| | 34 | | II | III | IV | Víte, kolik kalorií mělo poslední jídlo, které jste jedl (a)? |
| | 35 | | II | III | IV | Následující jídla, prosím, porovnejte s pokrmy, které během obvyklého pracovního dne jíte Vy. |
| E1 | 36 | | II | III | IV | Že někdo trpí PPP, poznám na základě toho, že |
| | 37 | I | | | | Poznáte, že student(ka) trpí PPP? Podle jakých znaků? |
| | 38 | I | | | | Ocitl (a) jste se už někdy v situaci, že Váš student/ Vaše studentka trpěla PPP? |
| | 39 | I | | | | Jak jste v tomto případě postupoval (a)? (popř.: Jak by pedagog/trenér v takovémto případě měl postupovat? |
| | 40 | | II | III | IV | Když jste (nebo: "*Kdybyste*"…) se setkal (a) s někým, kdo, podle Vás, trpí PPP, oslovil (a) jste ho/jí na toto téma? (Jestli ne, proč?) |
| | 41 | | II | III | IV | Co byste doporučil (a) někomu, kdo trpí PPP? |
| | 42 | I | II | III | IV | Znáte adresu nebo jméno instituce nebo osoby, na kterou se v ČR může obrátit člověk trpící PPP nebo jeho rodinný příslušník? |
| | 43 | I | | | | Je možné se po absolvování terapie vrátit k činnosti v tanečním světě (studiu, tréninku, tanci na scéně) aniž by do roka došlo k recidivě? |
| E2 | 44 | I | II | III | IV | Jakým chováním mohou rodiče přispět k rozvoji PPP? |

## Příloha č. 9 „První pomoc"

# První pomoc při setkání s poruchou příjmu potravy u tanečníka

Tanečník nesmí platit za kvalitu výkonu svým zdravím.

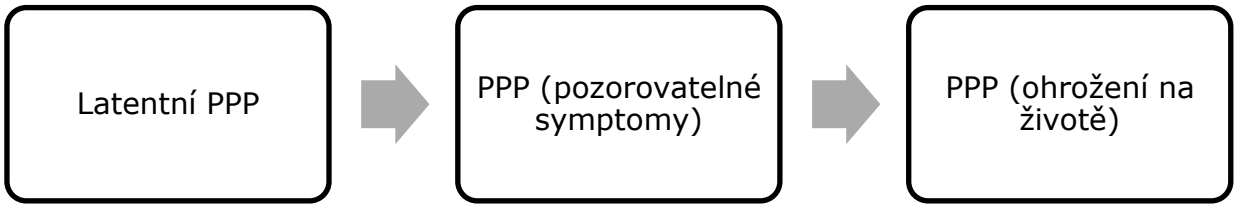
Tento text je určen především pedagogům tance, a to jak pedagogům konzervatoří, tak také pedagogům ZUŠ, lektorům soukromých tanečních studií, choreografům a případně také trenérům estetických sportů (moderní gymnastiky, tanečního sportu, krasobruslení, akvabel apod.).

Následující odstavce shrnou rysy, které mohou svědčit o přítomnosti poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) a popíšou způsob, jak vhodně reagovat při podezření na PPP u studenta.

Následující stránky v žádném případě nenahrazují terapii PPP! Jedná se pouze o první pomoc při setkání s PPP a o první krok na cestě k úspěšné terapii PPP.

## 6. Jak rozpoznat poruchu příjmu potravy?

PPP vždy představují běh na dlouhou trať. Než se začnou projevovat symptomy pozorovatelné navenek, má jedinec za sebou již dlouhou fázi (často několik let) „*latentní PPP*", kdy symptomy lze jen těžko pozorovat navenek. Následuje fáze PPP, kdy symptomy již lze pozorovat a bezprostředně po ní fáze ohrožení na životě:




V každé ze třech fází je třeba vyhledat odbornou pomoc. V prvních dvou fází je vhodné se pro pomoc obrátit nejprve na psychologa, psychoterapeuta či psychiatra. Ve třetí fázi je nezbytně nutné vyhledat lékaře (pediatra, obvodního lékaře či internistu)!

## 6.1. Porucha příjmu potravy (pozorovatelné symptomy)

Dospívající lidé testují vlastní hranice a hledají meze své identity. Procesy osamostatňování se odehrávají také na rovině stravování. Krátké fáze nenormálního stravování jsou u mladistvých, i u tanečníků běžné. Trvají-li ale déle a vykazují-li níže uvedené rysy, můžeme hovořit o podezření na PPP:

- Tanec jedinci nečiní radost,
- pokles energie a výkonnosti, zvýšená únava, student musí očividně vynakládat větší úsilí pro fyzickou činnost, ale i přes to se v tréninku velmi snaží (často víc než ostatní) a neodpustí si trénink navíc,
- extrémy (student vyčnívá ze skupiny svými výkony, schopnostmi, chováním…),
- častěji namožené svaly, častější zranění (výrony, zlomeniny),
- poruchy koncentrace a paměti, výkyvy nálady,
- nepřítomný výraz v očích, izolace,
- poruchy koordinace, desorientace, zhoršené rytmické vnímání,
- pomalost,
- závratě, bolesti hlavy nebo břicha,
- tanečník jí v tajnosti, o samotě, vyhýbá se společným jídlům.

Stav psychiky v této fázi onemocnění vystihuje následující seznam. S čím více výroky se student ztotožňuje, tím větší je pravděpodobnost již rozvinuté PPP:

1. Mé myšlenky se téměř neustále točí kolem jídla, spalování kalorií a váhy.
2. Znám kalorické hodnoty většiny jídel a nápojů.
3. Jídlo, kolik sním, je jedna z mála věcí, které určuji sám/sama.
4. Když jím, počítám kalorie.
5. Můj jediný cíl je dosažení ideální postavy.
6. Myslím si, že když budu štíhlá, budu také šťastný(á).
7. Váha určuje mou náladu a jestli se cítím dobře.
8. Necítím hlad.
9. Když jsem sytý(á), cítím se špatně.
10. Jídlo mám spojené se strachem a pocity viny.

11. Zvracím po jídle.
12. Bojím se situací, ve kterých se na mě jiní dívají, když jím.
13. Jsem často smutný(á) a bojím se, že z tohoto smutku neumím najít cestu ven.
14. Mám pocit, že musím neustále splňovat vysoká očekávání.

### 6.2. Poruchy příjmu potravy (ohrožení na životě)

Doba mezi situací, kdy se začínají projevovat první navenek pozorovatelné symptomy PPP, a situací, kdy je člověk přímo ohrožen na životě, bývá velmi krátká (několik týdnů). O ohrožení života lze hovořit v případech:

- Závažné podváhy (BMI 17,5 a méně),
- apatie,
- časté reakce jedince prostřednictvím pláče.

## 7. Jak reagovat při podezření na poruchu příjmu potravy?

Když je pedagog poprvé konfrontován s PPP v praxi, může být první reakcí strach, strach udělat něco špatně. Nejednat a zavírat oči před problémem je ale jedna z nejhorších věcí, co může okolí pro postiženého udělat.

**Při podezření na PPP se nejprve obraťte na studenta**. V současnosti se můžete setkat s výskytem PPP už i u žáků mladších 10 let. I v těchto případech by se měl první krok komunikace odehrát mezi pedagogem a žákem- i kdyby se mělo jednat o stručné oznámení žákovi, že budete informovat rodiče o změnách, kterých jste si u žáka všiml(a).

### 7.1. Co je třeba si uvědomit před rozhovorem

Než přistoupíte k rozhovoru se studentem, připomeňte si, že:

- PPP není „*blbá fáze*" nebo „*úlet*", je to nemoc, na jejíž následky se umírá.
- Příznaky PPP nelze přehlížet ani tolerovat.
- Nikdo od vás nečeká a ani čekat nemůže, že převezmete roli terapeuta a problém vyřešíte!

- Máte-li tu možnost, nejprve diskrétně (!) proberte problém (to, co jste zaznamenal(a) ) s kolegou, kolegyní.
- Dívky ohrožené PPP jsou velmi citlivé na vyjadřování mužů. Lze proto doporučit, aby rozhovor provedla pedagožka- žena.
- Není-li váš vztah se studentem dobrý a nemá-li ani student vás v oblibě, přenechejte rozhovor kolegyni, která má se studentem oboustranně dobrý vztah.
- Nebojte se studenta nebo jeho stavu či nemoci. Buďte ale připraven(a) na to, že student s velkou pravděpodobností nepřizná, že má problém s jídlem. Bude vám prezentovat přesvědčivé výmluvy a vaše slova bude vyvracet. Podle stádia onemocnění je možné, že studentova reakce bude agresivní.
- Jedná se o rozhovor dvou lidí. Nesnažte se působit *„profesionálně*" nebo znalecky. Vy jste (jen) člověk a ona/on je (jen) člověk.

## 7.2. Čeho se v každém případě vyvarovat

Jakýkoli rozhovor je lepší než nečinnost. I přesto je ale několik bodů, kterým byste se v rozhovoru se studentem měl(a) vyvarovat.

- Neoslovujte studenta na téma PPP před ostatními spolužáky.
- Nemluvte o svém podezření se spolužáky nebo přáteli studenta.
- Vyhněte se příliš přímým otázkám typu: *„Máš anorexii*?" *„Zvracíš*?" Nestanovujte diagnózy.
- Netvařte se, že o PPP víte všechno. Vyhněte se větám *„Já vím, jak Ti je…*" Nikdo toho o jeho problému neví tolik, co on sám! A i kdybyste sami měli za sebou zkušenost s PPP nebo o tomto problému byli dobře informovaní, nezapomínejte, že každý případ je unikátní.
- Vyhněte se poznámkám o úbytku váhy typu: *„Ty jsi zhubla*!" Ty mohou být přijímány jako kompliment a vést k další redukci váhy. V rozhovoru se zaměřte místo na úbytek váhy na pokles výkonnosti (který pramení z úbytku váhy).
- Neobviňujte a nekritizujte studenta. (např.: *„Ničíš si zdraví*!")
- Nepřenášejte problém do výuky či klasifikace. Zmínkami o PPP během vyučování tím pouze zvyšujete tlak působící na žáka.

- Neslibujte studentovi, že *„o tom nikomu neřeknete*". (stali byste se tím spoluodpovědným za případné vážné komplikace studentova stavu)

## 7.3. Kdy a kde studenta oslovit

- V klidu,
- v soukromí, pouze mezi čtyřma očima,
- co nejdřív, hned jakmile zaznamenáte podezření na PPP. Nečekejte, než problém dosáhne pokročilých stádií.

## 7.4. Jak studenta oslovit

- Klidně a trpělivě,
- srozumitelně,
- konkrétně,
- s pochopením a respektem k jeho celé bytosti,
- a důsledně. Když bude rozhovor odmítat, bojkotovat nebo jednat agresivně, nenechte se odradit. Nenuťte studenta k rozhovoru ani k odpovědím. Ale zkoušejte to znovu a znovu!
- Uvědomte si, že se student za svůj problém s jídlem stydí (zejména jedná-li se o chlapce).
- Nevyhýbejte se studentovi, tím se pouze prohlubuje jeho sociální izolace a zesiluje patologie stavu. V komunikaci je třeba v první řadě studenta „*zastihnout*".
- Berte studenta vážně. „*Lidé trpící poruchami příjmu potravy nepotřebují slyšet, že jsou blázni!*" Dianne Israel

## 7.5. Co by mělo být součástí rozhovoru

V rozhovoru používejte převážně otázky týkající se Vašich konkrétních dojmů a pozorování, například:

- *„Připadá mi, že… a ptám se sám sebe….*"
- *„Tedy mně by tahle porce nestačila k tomu, být fit.*"
- *„Dělám si starosti…*"
- *„Všiml(a) jsem si, že…*"
- *„Mám pocit, že se ti asi nedaří moc dobře…*"

- Studentovi můžete nabídnout, aby si prošel seznam psychických symptomů PPP (součást první kapitoly).
- Je-li to možné, tak se studenta zeptat na důvod jeho chování a tělesných změn. Další analýzy a otázky tímto směrem ale přenechejte terapeutovi!!
- Dejte studentovi čas přemýšlet o tom, co bylo řečeno, a poté jí/mu dejte možnost s vámi ještě jednou mluvit. Nedomlouvejte si však se studentem pravidelné schůzky, nehrajte si na psychoterapeuta! Odmítá-li student s jednoznačně rozvinutou PPP terapii, přikročte k zákazu tréninku. Ale pozor! Ultimáta typu: „*Dokud nebudeš vážit víc než … kg, neobsadím tě do choreografie připravovaného představení*!" bývají účinná pouze v krátkodobém časovém horizontu. Student se bude snažit dočasně upravit svoji váhu, aby se mohl účastnit představení (možná také proto, aby nebyl zcela vyloučen z kolektivu). Dlouhodobě však takovýto přístup problém nevyřeší.
- Zaujměte pouze pozici zprostředkovatele, který pomůže najít optimální formu odborné pomoci. Poskytněte studentovi konkrétní údaje (adresy, internetové stránky) poraden a odborníků na PPP, případně také odkazy na filmy či knihy. Ujistěte se, že tyto kontakty využil(a).
- Uznáte-li to za vhodné, nabídněte studentovi, že ho k terapeutovi doprovodíte.

## 7.6. Komunikace s rodiči

Rodiče je třeba v každém případě kontaktovat tak, aby o tom žák předem věděl!

Podobně jako v komunikaci se studentem, buďte připraveni na možnost, že rodiče nebudou ochotni o problému diskutovat (ani s Vámi, možná ani s terapeutem), že budou popírat existenci problému, že Vás budou obviňovat z vměšování se do rodinných záležitostí. I zde byste se neměli nechat odradit a pokus o rozhovor opakovat. Rodiče se často za problém svého dítěte stydí. Mnohdy si problém svého dítěte nepřipouštějí, v některých případech proto, že sami také trpí PPP.

Rodičům zprostředkujte kontakt na odborné poradny, terapeuty, popřípadě na další materiály pro blízké trpících PPP, například následující seznam „t*ipů pro rodiče*":

Nezlobte se na dítě a zkuste zůstat klidní. Nedramatizujte skutečnost, ale přiznejte si, že se jedná o onemocnění, nikoli o „*fázi*".

Mějte trpělivost! Rodiče mají jen malou moc s poruchou příjmu potravy u svého dítěte něco udělat. Je velmi těžké smířit se se skutečností, že můžete pomoct jen minimálně a že se problém pouze uvnitř rodiny nevyřeší, tedy že je třeba odborníka. Nehledejte viníka!

Nevyvíjejte na dítě tlak. Sliby a úmluvy mezi dcerou a rodičem typu *„už nebudu zvracet"* nebo *„už budu jíst"* bohužel v naprosté většině případů vydrží jen krátkou dobu a PPP neřeší. Vysvětlete dítěti, že jako jeho zákonný zástupce máte povinnost při podezření na ohrožení vážnou nemocí vyhledat odbornou pomoc. Ačkoli by se terapie neměla odehrávat proti vůli nemocného, v případě ohrožení života je jedinou možností na záchranu života hospitalizace proti vůli.

## 7.7. Komunikace se studentem během léčby

Je-li třeba stacionární léčby, motivujte studenta k léčbě. Nezmiňujte se o následcích dlouhodobé absence ve výuce.

Nastoupí-li student léčbu, podporujte ho, udržujte se studentem kontakt a zajímejte se o průběh léčby, ale nenuťte studenta poskytovat Vám informace. Snažte se studenta pochopit.

## 7.8. Kam se v ČR obrátit

(adresy a údaje jsou aktuální k 9. 6. 2013)

Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Ke Karlovu 11, Praha 2. Tel: 224 96 50 53.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5. Tel: 224 43 11 11.

Psychiatrická klinika FN Brno- Bohunice, Jihlavská 20, Brno. Tel: 547 19 20 78.

Kontakty na další terapeuty jsou uvedeny na internetových stránkách:

www.anabell.cz (linka Anabell: 848 200 210. Kontaktní centra: Praha, Brno, Ostrava, Plzeň, Zlín, Kladno)

www.idealni.cz

Seznam použité literatury

Výše zmíněná doporučení se v první řadě opírají o závěry disertační práce Poruchy příjmu potravy v tanečním prostředí. Témata byla také konzultována s následujícími odborníky na PPP: Ulrike Bock (poradna pro PPP Frankfurt nad Mohanem), Christa Brachatzek (specializované centrum pro PPP Charitas, München), Kathi Kaldewey (specializovaná klinika na PPP- Klinik Sonnenhalde, Švýcarsko), Eva-Maria Kraft (výživová poradkyně a pedagožka taneční konzervatoře ve Vídni), PhDr. František Krch (Psychiatrická klinika 1. LF UK),Stephanie Lange (psycholožka v Kolíně nad Rýnem), Anita Schwitzer (poradna pro PPP LuCa v Heidelbergu, Německo), Ludmila Trapková (česká terapeutka PPP). A využity byly také následující publikace:

Cremer, Monika: Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011.

Liechti, Jürg: Magersucht in Therapie. Heidelberg: Carl Auer Systeme, 2008. ISBN 978-3-89670-627-0

Matsumoto, Nancy: Coach and Trainer Toolkit. National Eating Disorders Association, 2010. (dostupné na http://www.nationaleatingdisorders.org/ uploads/ file/ toolkits/NEDA-Toolkit-Coaches_07-2010.pdf 18.6.2011 8:57)

A internetové stránky:

www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

http://www.hungrig-online.de

## Příloha č. 10 „Prevence PPP"

# Jak předcházet vzniku poruch příjmu potravy u tanečníků?

V tanečním prostředí působí faktory, které mohou vést ke vzniku poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Tyto faktory patří k tanečnímu prostředí. Sólistka baletu divadla La Scalla, Mariafrancesca Garritano veřejně prohlásila, že již není možné dále opakovat chyby svých profesorů a podporovat kulturu komunikace, která dosud dominovala mezi profesory a studenty tance.

Následující doporučení ukazují možnost, jak pozměnit způsob uplatňování výše zmiňovaných faktorů v tanečním prostředí a zmírnit tak riziko vzniku dalších případů PPP u tanečníků. Jestli se nějaká změna odehraje, záleží na vás, na pedagozích tance, na každém jednotlivém z vás.

Není-li to nezbytně nutné, **nezvětšujte tlak**, kterému jsou tanečníci vystaveni.

- Víte, kteří studenti jsou ve třídě vystaveni nejsilnějším tlakům konkurence?
- Kolik z vašich studentů si ve zdravé míře uvědomuje*„jsem dobrý(á) takový(á), jaký(á) jsem*" a že *„smím být takový(á), jaký(á) jsem*"?
- Které z následujících přesvědčení je *„zdravější*":

„B*ýt nejlepší*" = *„být nejlepším tanečníkem, který kdy vstoupil na jevišti.*"

Nebo:

„B*ýt nejlepší*" = *„být nejlepším tanečníkem, jakým já mohu být*"?

- Znají vaši studenti své meze? Vědí, na co mají a na co nemají? Mohou mít někteří studenti pocit, že nemají na to, zvládnout, co po nich požadujete?
- Mají vaši studenti pocit, že je vnímáte jako celistvou osobnost nebo si spíše myslí, že pro vás znamenají pouze *„materiál*"?

- Chováte se jinak ke studentům, kteří podávají perfektní výkony, a jinak k těm, kteří podávají slabší výkony?

Ve výzkumu, který jsem prováděla, se ukázalo, že mezi pedagogy tance je velké množství těch, kteří mají velmi **negativní názor na *„tlusté"* lidi**. Pedagogové své názory a postoje často (nevědomě) přenášejí na studenty.

- Jaký vztah ke svému tělu máte vy? Spíše *„spokojený"*, *„zdravě nespokojený"* nebo *„nespokojený"*? Mohl by váš vztah k vlastnímu tělu, být vzorem pro ostatní?

**Vyjadřujete** se o postavách studentů? Dospívající jsou extrémně citliví na komentáře týkající se jejich těla.

- Komentoval(a) jste někdy před studenty štíhlost, snížení hmotnosti pozitivně? Je možné, že jste tím posílil(a) také snahy o redukci hmotnosti u jiných studentů, kteří pochvalu slyšeli.
- A komentoval(a) jste někdy před studenty tloušťku, navýšení hmotnosti negativně? Je možné, že jste tím posílil(a) strach z negativní kritiky postavy nejen u žáka, ke kterému jste mluvil(a), ale i k některému z těch, jejichž hmotnost se pohybuje na spodní hranici přijatelnosti.

Pečlivě zvažujte, jaké vyjadřovací prostředky používáte v komunikaci se studenty a v jakých situacích postavy studentů komentujete. Vyhýbejte se komentářům postavy před celou třídou.

Vaše kritika studentů by měla zohledňovat vyzrálost studentů. Mladí tanečníci málokdy chápou rozdíl mezi *„**profesním**"* a *„**osobním**"*, neuvědomují si například, že poznámky o jejich postavě se týkají pouze jejich těla coby (pracovního) *„nástroje tanečníka"* a netýkají se jejich celé osoby. Uvědomujete si tento rozdíl, když soudíte postavu tanečníka?

- Co si myslíte o tanečnících, kteří nemají podváhu (takoví, kteří mezi lidmi na ulici vypadají naprosto normálně, ale v trikotu jsou příliš silní)?
- Víte, které studentky ve třídě či skupině jsou biologicky vyspělejší a které méně? Jaké klady a jaké zápory s sebou nese dřívější biologické dospívání? Může to studentka sama ovlivnit?
- Ceníte si individuality svých studentů?

Neposilujte ve studentech přesvědčení, že na tom, nakolik je ideální jejich postava, závisí i jejich úspěch a kariéra tanečníka/tanečnice. I přesto, že postava profesionálního tanečníka musí odpovídat platným estetickým normám, měli by si tanečníci být vědomi toho, že v jiných historických obdobích a v jiných kulturách bylo a někde stále je štíhlé tělo považováno za ošklivé a je známkou chudoby a nemoci. Existují různé ideály krásy.

Používejte **zrcadel s rozvahou**. Všímejte si, kteří studenti se hodnotní především podle obrazu v zrcadle a jaký význam obrazu v zrcadle přikládají. Kompenzujte využívání zrcadel tréninkem **vnímání těla** (čas od času zakryjte zrcadla, otočte studenty tak, aby se neviděli v zrcadle, nechejte studenty korigovat držení těla a pohyb prostřednictvím vnímání těla nebo dotyku apod.)

Přesuňte cíle své absolutní důslednosti jinam než na vynucování naprosto **přiléhavého oblečení** za každých okolností, zejména nejedná-li se o konzervatoristy či profesionály. Zvažte, nebylo-li by možné povolit v určitých situacích například sukénku místo pouhého trikotu nebo přijatelný typ teplákových kalhot místo pouhých punčocháčů.

Zacházejte s informacemi o velikosti oblečení a mírách studentů diskrétně (např. při organizování **jednotných kostýmů**), nemluvíte o nich nahlas nebo neumisťujete viditelně seznamy velikostí a jmen studentů.

Přenechejte odborná témata **kvalifikovaným odborníkům**.

Nejste-li lékař nebo specializovaný výživový poradce, nehodnoťte hmotnost studentů (natož podíl tukové hmoty či podobné veličiny, které v současnosti lze měřit lehce dostupnými přístroji). Víte, že vážení vede v první řadě k podvádění, lžím a ke zvyšování tlaku, kterému jsou mladí tanečníci vystaveni?

Nejste-li kvalifikovaný výživový poradce, nezasahujte do jídelníčku studentů. Chcete-li předejít dalším případům PPP, je nejvhodnější jídlo „*neřešit*". Když už se tanečník ale svým stravováním zabývat musí, tak by se měl řídit v první řadě svými pocity (hlad, sytost, chuť) a zároveň doporučeními odborníka na výživu tanečníků. Je nebezpečné, když se

tanečník řídí výživovými tipy z časopisů, televize, internetu nebo radami od kamarádek nebo pedagogů, když nejsou vzděláni v oboru výživy!

Zmírnění rizika PPP je možné tím, že na studenty tance, na jejich výkony nebude vyvíjen větší tlak, než je nutné, že pedagogové budou citlivěji a s rozvahou přistupovat ke komentářům postav tanečníků, že ze strany pedagogů nebude do tanečního prostředí vnášeno více negace vůči silnějším postavám, než je nutné, že pedagogové budou uvážlivěji zacházet s rizikovými tématy (přiléhavé oblečení, jednotné oblečení, zrcadla) a že pedagogové přestanou vážit své studenty a dávat jim neodborné výživové rady.

Možnost začít postupně realizovat první kroky změny mají v první řadě pedagogové.

---

Seznam použité literatury

Preventivní doporučení se v první řadě opírají o závěry disertační práce Poruchy příjmu potravy v tanečním prostředí. Témata byla také konzultována s následujícími odborníky na PPP: Ulrike Bock (poradna pro PPP Frankfurt nad Mohanem), Christa Brachatzek (specializované centrum pro PPP Charitas, München), Kathi Kaldewey (specializovaná klinika na PPP- Klinik Sonnenhalde, Švýcarsko), Eva-Maria Kraft (výživová poradkyně a pedagožka taneční konzervatoře ve Vídni), PhDr. František Krch (Psychiatrická klinika 1. LF UK),Stephanie Lange (psycholožka v Kolíně nad Rýnem), Ludmila Trapková (česká terapeutka PPP), Anita Schwitzer (poradna pro PPP LuCa v Heidelbergu, Německo). A využity byly také následující publikace:

Cremer, Monika: Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011.

Matsumoto, Nancy: Coach and Trainer Toolkit. National Eating Disorders Association, 2010. (dostupné na http://www.nationaleatingdisorders.org/_uploads/_file/_toolkits/NEDA-Toolkit-Coaches_07-2010.pdf 18.6.2011 8:57)