

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Souvislost stylu výchovy v rodině a sebepojetí u osob s mentální bulimií

Tereza Pechová

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie (Bc.)

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



The relationship between parenting styles and self-concept in people with mental bulimia

Tereza Pechová

The Bachelor Thesis

Supervisor: PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková

Praha 2018

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Považuji za svou milou povinnost poděkovat své vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Haně Žáčkové za poskytnutí odborného vedení, cenných rad a připomínek. Dále všem, kteří mi při zpracování bakalářské práce pomáhali. Především Centru Anabell, z.ú. za zapůjčení odborné literatury a v neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které mi navzdory choulostivosti tohoto tématu ochotně vyplnily dotazník, a tím mi umožnily realizaci výzkumného šetření.

Abstrakt:

Bakalářská práce se věnuje aktuálnímu tématu mentální bulimie. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na tři hlavní oblasti: poruchy příjmu potravy, sebepojetí a způsob výchovy v rodině. Jednotlivé kapitoly jsou mezi sebou propojeny poznatky a výzkumy domácích i zahraničních autorů. Praktická část blíže popisuje výzkumné šetření, které mělo za cíl prozkoumat vztah mezi způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením, jakožto dynamické složky sebepojetí, očima specifické skupiny osob s mentální bulimií. Výzkumný soubor tvořilo 31 žen s mentální bulimií a 31 žen v kontrolní skupině. Ke sběru dat byl využit Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a Rosenbergova škála sebehodnocení. Důraz byl kladen především na subjektivní hledisko nemocných.

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, sebepojetí, sebehodnocení, styly výchovy

Abstract:

The bachelor thesis deals with the current issue of mental bulimia. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on three main topics: eating disorders, self-concept and parenting style. The chapters are interconnected by the knowledge and research of both domestic and foreign authors. The practical part contains a research survey that aims to explore and establish a relationship between the parenting style and self-esteem as a dynamic component of self-concept in the cohort of individuals with mental bulimia. The research group contained 31 women with mental bulimia and 31 women in the control group. Data were collected using “Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině” and the Rosenberg self-esteem scale. Patients subjective perception was emphasised.

Key words:

eating disorders, bulimia nervosa, self-concept, self-esteem, parenting styles

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy	11
1.2 Diagnostika mentální anorexie (F50.0)	12
1.3 Diagnostika mentální bulimie (F50.2)	13
1.4 Diagnostika atypických forem poruch příjmu potravy	15
1.4.1 Atypická mentální anorexie (F50.1)	15
1.4.2 Atypická mentální bulimie (F50.3)	16
1.5 Etiologie poruch příjmu potravy	16
1.5.1 Sociokulturní rizikové determinanty	16
1.5.2 Rodinné a genetické rizikové faktory	17
1.5.3 Biologické rizikové faktory	18
1.5.4 Individuální osobnostní rizikové faktory	19
1.5.5 Psychická komorbidita	19
1.5.6 Životní události	20
2 SEBEPOJETÍ	21
2.1 Úvod do sebepojetí	22
2.2 Sebeпоjetí, sebehodnocení a jejich vztah	23
2.3 Vývoj sebepojetí	25
2.3.1 Tělesné sebepojetí	27
2.4 Důsledky negativního sebehodnocení.....	27
2.5 Sebehodnocení u osob s mentální bulimií	29
3 VÝCHOVA V RODINĚ.....	31
3.1 Styl výchovy v rodině	31
3.1.1 Lewinův model	32
3.1.2 Dimenzionální modely způsobu výchovy	33
3.1.3 Model devíti polí způsobu výchovy	33
3.2 Vliv stylu výchovy na dítě	36
3.3 Možný vliv stylu výchovy v rodině na vznik mentální bulimie	37

PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	40
4.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz	40
4.2 Charakteristika vzorku respondentů	41
4.3 Metodika výzkumu	42
4.3.1 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině	42
4.3.2 Rosenbergova škála sebehodnocení	42
4.3.3 EAT-26	43
4.4 Sběr dat a jejich zpracování	43
4.5 Výsledky výzkumného šetření	45
5 DISKUZE	53
6 ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
SEZNAM PŘÍLOH	1
Příloha 1	1
Slovník zkratk	1
Příloha 2	2
Rosenbergova škála sebehodnocení.....	2
Příloha 3	3
Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině	3
Příloha 4	5
Dotazník EAT-26.....	5
Příloha 5	7
Dotazník způsobů výchovy – výroky MATKA.....	7
Příloha 6	8
Dotazník způsobů výchovy – výroky OTEC	8
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	9

ÚVOD

Důvodem ke zvolení tématu bakalářské práce související s poruchami příjmu potravy, je spatření příležitosti dále prohlubovat znalosti v oblasti, které se věnuji již pár let. Dalším důvodem byla snaha o lepší orientaci a průnik do problematiky mentální bulimie, u níž jsem v posledních letech sledovala v Centru Anabell, z.ú. značný nárůst.

Poruchy příjmu potravy vnímám jako velice komplexní a obsáhlou problematiku, která si vzhledem k velmi omezeným možnostem léčby na území České republiky zaslouhuje zvýšenou pozornost. Při práci se běžně setkávám s příběhy osob s poruchou příjmu potravy. Každý příběh je unikátní, poukazuje na rozmanitou etiologii a dynamiku rozvoje onemocnění. Z praxe vidím, že pouhý jeden přístup je silně redukcující a vzájemná spolupráce a různá odbornost členů týmu může léčbě velmi napomoci. Konkrétně u osob s mentální bulimií, často registruji snížené sebepojetí a opakující se narušené vztahy v rodině. Osobně vnímám rodinné zázemí jako jeden z nejpodstatnějších rizikových faktorů vzniku a udržování poruch příjmu potravy, což je dalším důvodem, který mne k tématu přivedl.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou částí. Teoretická část se zaměřuje na tři hlavní oblasti: poruchy příjmu potravy, sebepojetí a způsob výchovy v rodině. Jednotlivé kapitoly jsou mezi sebou propojeny poznatky a souvisejícími výzkumy domácích i zahraničních autorů.

Ve druhé, praktické části, blíže popisuji výzkumné šetření, které mělo za cíl prozkoumat vztah mezi způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením, jakožto dynamické složky sebepojetí. Vzhledem k ověřování souvislosti mezi dvěma jevy, byl ke zkoumání zvolen kvantitativní výzkum a jako výzkumný nástroj Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a Rosenbergova škála sebehodnocení. Výzkumný soubor tvořilo 31 žen s mentální bulimií a 31 žen v kontrolní skupině. Důraz byl kladen především na subjektivní hledisko nemocných.

V závěru práce hodnotím výsledná zjištění, případná omezení výzkumu a uvažuji nad směrem, který by byl přínosný pro další zkoumání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmy potravy (dále jen PPP) jsou starým, přesto velmi aktuálním onemocněním, které si pro svou zdravotní závažnost zaslouhuje velkou pozornost. Přestože představují komplikovanou problematiku, jednotlivé poruchy mají mnoho společného. Společným jmenovatelem je narušené vnímání tělesného vzhledu, hmotnosti, abnormální způsob regulace váhy a kontrola jídelního chování (Kaye, Klump, Frank & Strober, 2000). Hartl a Hartlová (2010, s. 423) definují PPP jako nemoc, kde „myšlenky a starosti spojené s jídlem, popř. s dietou a tělesnou hmotností se staly důležitější než vše ostatní“.

Mezi nejvíce diskutované představitele této skupiny patří mentální anorexie (dále jen MA) a mentální bulimie (dále jen MB). Přičemž nelze opomíjet ani jejich atypické, na první pohled méně zřejmé formy. Jednotlivé poruchy budou blíže popsány v následujících kapitolách.

Vzhledem k multifaktoriální etiologii a nemožnosti určit u PPP jeden konkrétní rizikový faktor podílející se na vzniku a rozvoji onemocnění, je orientace v této oblasti velmi obtížná. PPP významně narušují psychickou, tělesnou i sociální pohodu jedince a nezřídka zde dochází k ohrožení života. Z klinické zkušenosti se ukazuje, že u mentální anorexie dochází po pěti letech k uzdravení asi 50 % pacientů, 30 % má závažné zdravotní následky a 20 % nadále bojuje s podváhou a poruchou menstruace (Papežová, 2012). Nemocní s mentální bulimií vykazují dobrou prognózu a plné uzdravení zhruba z 27 %, přetrvávání některých příznaků je možné sledovat u 40 % a 33 % má nepříznivou předpověď (Praško & Látalová, 2013). Léčbu navíc komplikují časté přechody mezi jednotlivými poruchami. Mentální bulimii předchází epizoda mentální anorexie až v polovině případů (Papežová, 2012).

Následující kapitola si klade za cíl blíže seznámit s výše zmiňovanými poruchami, vymezit jejich diagnostická kritéria a nejčastěji uvažované příčiny vzniku. Důvodem jejich výběru je tematické zaměření práce, nikoliv předpoklad menší závažnosti či dopadu onemocnění na postižené osoby.

1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je standardem v klinické praxi, poskytuje diagnostická vodítka a pojednává o PPP pod označením F50. Termín PPP se v České Republice uchytil a je běžně využíván v odborné literatuře i odbornou veřejností. Spadají pod duševní onemocnění a poruchy chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.

Pro ucelenější přehled se dle MKN-10 pod diagnózu F50 řadí:

Mentální anorexie (F50.0)

Atypická mentální anorexie (F50.1)

Mentální bulimie (F50.2)

Atypická mentální bulimie (F50.3)

Přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4)

Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5)

Jiné poruchy příjmu potravy (F50.8)

Porucha příjmu potravy nespecifikovaná (F50.9)

Diagnostický přístup má však své nedostatky, které vždy neumožňují důkladné zachycení a léčbu nemocných, zvláště těch, balancujících na hranici patologie a normy. V těchto momentech se hovoří o tzv. skrytých, subklinických PPP. Jejich existence se vymyká podezření a jsou málokdy odhalena (Novák, 2010). Užívání diagnostických kritérií je důležité, přesto by měl odborník v rámci intervence prověřovat u rizikových věkových skupin i abnormální stravovací postoje a chování a registrovat míru váhového úbytku, která může mít větší výpovědní hodnotu než stupeň podváhy (Nicholls & Viner, 2005). V případech chronického průběhu se běžně stává, že se rozdíly mezi diagnostickými subtypy rozostřují a náhle narůstá počet i závažnost příznaků. Rozlišit následky hladovění od specifické psychopatologie doprovázející PPP je následně mnohem obtížnější (Praško & Látalová, 2013).

1.2 Diagnostika mentální anorexie (F50.0)

Pod pojmem mentální anorexie se rozumí psychická porucha charakterizovaná zřetelným váhovým úbytkem. V případě prepubertálních a pubertálních dětí pak také neadekvátním váhovým přírůstkem, hodnoceným dle percentilových grafů. Ke snižování hmotnosti dochází zcela vědomým omezováním příjmu potravy, které si osoby sami aktivně způsobují a úmyslně udržují (Kukla, 2016). Obvyklý nástup onemocnění lze sledovat u dospívajících dívek a žen v mladém dospělosti. Výjimkou nejsou ani adolescentní chlapci, mladí muži či výše zmiňované děti v období puberty a starší ženy až do menopauzy (MKN-10, 2009). Fraňková a Dvořáková-Janů již v roce 2003 zmiňují, že se jako nejnižší věková hranice u dětí s MA udává 6-7 let. Současný stav bohužel stále odpovídá tehdejším poznatkům.

Určení diagnózy MA podle MKN-10 podléhá následujícím kritériím:

- a) Tělesná hmotnost se nachází nejméně 15 % pod předpokládanou normou (ať již byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo má BMI (body mass index čili index tělesné hmotnosti) hodnotu 17,5 kg/m² a nižší. Během růstu není splňován nárůst hmotnosti.
- b) Prostředkem ke snížení váhy může být jeden nebo několik následujících způsobů: dieta, vyprovokované zvracení, užívání laxativ, diuretik, anorektik a nadměrné cvičení.
- c) Chorobu doprovází specifická psychopatologie v podobě strachu ze ztloustnutí při významné podváze a zkresleného vnímání vlastního těla, které vedou k vtíravé obavě z dalšího tloustnutí a ovládací myšlence na stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy způsobuje u žen amenoreu, u chlapců a mužů je určitou analogií ztráta sexuálního zájmu a potence. U žen maskuje závažnost situace užívání hormonální antikoncepce vyvolávající vaginální krvácení i při výrazné podváze.
- e) Počátek před pubertou vede ke zpomalení či dokonce zastavení tělesného vývoje a růstu, opoždění menarché a vývoje sekundárních pohlavních znaků (Papežová, 2010).

Předností klasifikačního systému Americké psychiatrické společnosti DSM-5 (2015) je rozdělení MA na 2 typy: restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický). Purgativní typ se odlišuje opakovaným objektivním či subjektivním přejídáním pacienta, dále například přítomností zvracení nebo jiných patologických kompenzačních mechanismů. Zároveň je u tohoto typu vnímán některými lékaři odlišný průběh a komorbidita onemocnění. Nápadná je větší impulsivita a emoční labilita, sklon k drogové závislosti, sebepoškozování a větší frekvenci sebevražedných pokusů (Krch, 2010a).

Ztráta chuti k jídlu (anorexie), může být navozena jednak psychicky nebo být projevem organické choroby. Nechutenství bývá častým doprovodným projevem například u onemocnění trávicího traktu nebo jater, onemocnění ledvin a endokrinních žláz. Objevuje se také jako jedno z prvních příznaků onkologických onemocnění. Anorexii může způsobit celá řada farmak a psychiatrických diagnóz (Klener, 2011). Termín „anorexie“ v souvislosti s PPP má ovšem jinou konotaci. Buď se objevuje až druhotně z důvodu dlouhodobého hladovění, nebo je kontrolované omezování se v jídle paradoxně doprovázeno zvýšeným zájmem o něj. Není to tedy tak, že by bylo přítomno nechutenství, ale oni vědomě jíst nechtějí. Neustále na jídlo myslí, shromažďují nejrůznější recepty, které si sami odpírají, ale rádi je uvaří pro ostatní (Krch, 2010a).

1.3 Diagnostika mentální bulimie (F50.2)

O mentální bulimii (dále jen MB) se v určité době hovořilo jako o nemoci „osmdesátých let“. V těchto letech bylo tiskem publikováno přes 1000 statí na její téma a Světová zdravotnická organizace vyhlásila MB za jeden z hlavních lékařských problémů s téměř epidemickým výskytem. Porucha je charakterizována stále se opakujícími atakami nekontrolovatelného jedení a až chorobným zaměřováním se na vlastní tělesné rozměry a hmotnost (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003). Pocit přejedení bývá konkrétně u těchto osob velice subjektivní. Jídelní záznamy někdy odkrývají zkreslenou představu o děsivém množství zkonsumovaného jídla, které spíše souvisí s překročením jejich komfortní zóny. Samotný pocit ztráty kontroly nad jídlem se proto ukazuje jako významnější znak přejedení než snědené množství (Krch, 2010a). Přejedení může být způsobem úniku od nepříjemných pocitů a zaběhnutou metodou k vyrovnání se s úzkostí. Před záchvatem se soustředí myšlenky pouze na jídlo, při pročištění následuje dočasný pocit úlevy a po záchvatu se objevuje stud, vina

a sebenenávist. Osoby trpící MB z velké části vidí svou poruchu jako osobní selhání a možnost léčby často přehlíží (Maloney & Kranzová, 1997). Prevalence u MB činí 1-3 %, nicméně vzhledem k povaze nemoci lze o údajích uvažovat pouze orientačně (Češková, Svoboda & Kučerová, 2006).

Diagnóza mentální bulimie podle MKN-10 vyžaduje splnění všech následujících vodítek. Někdy však může plně rozvinuté formě předcházet forma subklinická s výskytem nekompletního výčtu obtíží i poměrně dlouhou dobu:

- a) Opakující se epizody přejídání (nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v průběhu krátké doby zkonsumováno velké množství jídla.
- b) Neustálé myšlenky na jídlo a zabývání se jídlem, silná a neodolatelná touha po něm.
- c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla alespoň jedním z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, střídání období hladovění, zneužívání anorektik, tyreoidálních preparátů, diuretik. Diabetičtí pacienti mohou úmyslně manipulovat s inzulínovou léčbou.
- d) Nepřiměřený strach z tloušťky a pocit nespokojenosti s vlastní váhou. Častá předchozí epizoda MA nebo přísné dietní omezování (Praško et al., 2013).

DSM-5 u MB taktéž rozlišuje 2 typy. Typ nepurgativní kompenzuje energetický účinek jídla striktními dietami, hladověním či nadměrným fyzickým pohybem. Oproti tomu typ purgativní zneužívá laxativa, diuretika nebo zvrací (Bartáková, 2010).

Opakovaná zvracení nemusí poukazovat pouze na psychogenní poruchy příjmu potravy. Za tímto projevem se často skrývají poruchy horního gastrointestinálního traktu, které je nutné od MB odlišovat. Vyloučit se musí také primární neurologická porucha. Touha přejíst se a ovládací myšlenky spojené s jídlem někdy doprovází i osoby s obsedantním chováním a depresivní poruchou. Můžeme sledovat i opačný progres, kdy onemocnění bulimií rozvine depresivní symptomatiku a progreduje až k obsedantním rysům (Krch, 2007).

Informace ohledně výskytu MB v České Republice jsou značně znepokojivé. Udává se, že MB se týká 4 až 5 % mladých žen, což představuje zhruba každou 20. dívku. (Praško & Látalová, 2013). Tajemná povaha poruchy a neochota postižených osob vyhledat pomoc, vede k tomu, že je často skryta.

1.4 Diagnostika atypických forem poruch příjmu potravy

Stává se, klinické praxe to běžně potvrzují, že se vyskytuje absence jednoho a více klíčových rysů, které jsou podstatné pro stanovení diagnózy MA nebo MB. Proměna celkového klinického obrazu tedy neopravňuje k těmto diagnózám a vede k závěru, že jde pravděpodobně o případy atypických forem.

Literatura udává, že osoby s touto diagnózou tvoří značnou část pacientů s PPP. Zároveň tu část, která je ochotna vyhledat léčbu (6,5-36 %). K léčbě se přistupuje stejně jako v případě plně vyjádřených forem (Papežová, 2010).

1.4.1 Atypická mentální anorexie (F50.1)

Baraníková a Nesrstová (2005) rozlišují na základě zkušeností hned několik skupin atypických MA.

- 1) V první skupině osoby disponují všemi nebo pouze některými příznaky. Nicméně jejich intenzita je mírného stupně a pohybují se na hraně optimálního BMI. Typicky podnikají dietní opatření pramenící z obavy z tloušťky, často se zaměřením na „zdravou výživu“ či alternativní stravování.
- 2) Ve druhé skupině výrazněji vystupují doprovodné syndromy (depresivní a obsedantně kompulsivní syndrom) MA.
- 3) Pacienti spadající do třetí skupiny mohou mít pouze jeden z projevů, ale zato závažné klinické hloubky, který směřuje postiženou osobu do těžké podvýživy (kachexie).
- 4) Atypické formě MA předchází některá ze somatických chorob, jejichž součástí bývá ztráta chuti k jídlu a pokles hmotnosti. Zde ovšem hubnutí dále pokračuje.
- 5) Ačkoliv je nemoc залéčena, dochází k plynulému přechodu do atypické MA. Na poklesu váhy mají pacienti aktivní podíl a panuje zde strach ze ztloustnutí.
- 6) Komorbidita atypické MA s onemocněním zažívacího traktu je považována z diagnostického hlediska za velice obtížnou a představuje další unikátní skupinu.

Chybějícím příznakem může být amenorea nebo strach ze ztloustnutí, ale přesto se vyskytuje chování vedoucí k redukci hmotnosti, což potvrzuje značný váhový úbytek. Předcházet by mělo nejprve vyloučení somatických onemocnění souvisejících s nechutenstvím a poklesem hmotnosti (Praško & Látalová, 2013).

1.4.2 Atypická mentální bulimie (F50.3)

V případě přítomnosti pouze některých klíčových kritérií, například nadměrného užívání projímadel bez výrazného kolísání váhy, opakujících se záchvatů přejídání či přílišného soustředění se na vlastní tělesnou hmotnost a proporce, hovoříme o atypické mentální bulimii (Praško & Látalová, 2013).

1.5 Etiologie poruch příjmu potravy

Hypotéz okolo příčin vzniku PPP bylo vysloveno již mnoho. Aktuálně se odborníci shodují na multifaktoriální podmíněnosti onemocnění, která předpokládá konstelaci více vlivů (Bartáková, 2010). Z hlediska pochopení problematiky by se mělo vycházet z celkového kontextu nemoci. Biopsychosociální pojetí se jeví jako nejvíce vhodné pro své zohlednění širokého souboru faktorů působících na jedince, od kulturních, přes biologické, rodinné, sociální, osobnostní či kognitivní vlivy (Polivy & Herman, 2002). Poměr všech vnitřních a vnějších rizikových faktorů je tak u každé osoby jiný.

Následující kapitoly budou pojednávat o odborníky nejvíce uvažovaných rizikových faktorech.

1.5.1 Sociokulturní rizikové determinanty

Společnost dnešní doby je signifikantně zaměřená na výkon a na úspěch a poukazuje na poměrně jasnou představu, jak by takový jedinec měl vypadat. Módní trendy západního světa hlasují pro štíhlost, zalíbení v dietování a „zdravém životním stylu“. Společně s médii vytváří ideální podhoubí pro PPP (Koutek & Kocourková, 2013). Maloney a Kranzová (1997) uvádí, že většina naší společnosti si spojuje štíhlost s dosažením větší přitažlivosti, zdraví, síly a celkově s možností stát se lepším. Vnímání společenského tlaku se u osob s PPP prolíná do osobního života. Jsou-li spokojeni se svou postavou či váhou, pak se sociálním kontaktům nevyhýbají a jejich společenský život je bohatší. Stejně tak je ale nezvládaný pocit tloušťky může uvalit do izolace.

Z dalších psychických důsledků je možné zmínit pokles zájmu o okolí, zvýšení podrážděnosti, skleslá nálada, nárůst konfliktních situací a hodnocení i sebemenších překážek jako nepřekonatelných (Krch, 2000).

Vliv médií dobře vystihuje studie původních obyvatel Fidži, reflektující jejich jídelní postoje a chování před a po zavedení televize v roce 1995. Tradiční vnímání tělesného schématu se pojilo s oblými křivkami, jakožto projev bohatství a schopnosti postarat se o rodinu. Během tří let vzrostl výskyt PPP z jednoho případu na 69 %. Mládež udávala za svůj impuls k hubnutí oblíbené seriálové postavy (Becker, Burwell, Herzog, Hamburg & Gilman, 2002). Obecně ženy více touží po váhovém úbytku a menší konfekční velikosti, zatímco muži po větší síle a získání svalové hmoty, což je také možné zrcadlení mužského a ženského ideálu médií.

Přestože je vliv médií a ostatních sociokulturních faktorů markantní a vyrůstání v zemích hojnosti určitým způsobem zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PPP, se PPP u většiny lidí nerozvine. Zvnitřnění idealizace štíhlosti je tedy více závislá na dalších faktorech a sociokulturní vlivy nejsou příčinou nemoci samy o sobě (Polivy & Herman, 2002).

1.5.2 Rodinné a genetické rizikové faktory

Vysoká míra dědičnosti prokázaná zejména ze studií dvojčat dala základ názorům o familiární podmíněnosti PPP. Dědičnost mentální anorexie se v odborné literatuře pohybuje mezi 50-90 %, u mentální bulimie v rozmezí 35-83 % (Papežová, 2012). Žádná studie však neprokázala, že by genetický podíl sám o sobě vedl k PPP. Vliv prostředí je stále pokládán za důležitý faktor zmírňující nebo podněcující projevy znaků vedoucích k rozvoji PPP u geneticky citlivých osob (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000).

Někteří autoři vnímají silnou návaznost PPP na kulturní a sociální prostředí, zejména pak na prostředí rodinné, ať už pro rozvoj nebo udržování choroby (Novák, 2010). Hranice hubnutí a snaha o dodržování tzv. zdravé výživy je nepopíratelně velmi chatrná. Svými stravovacími návyky, postojem k jídlu, koncentrací na výkonnost a štíhlost, je rodina pro své členy významným vzorem (Krch, 2016), může dát základ pozdějším projevům psychogenních poruch příjmu potravy a podepsat se na vnímání tělesných rozměrů svých potomků (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003).

Z mnohých dostupných studií vyplývá určité zvýšené riziko rozvinutí PPP u dětí, jejichž matky nebo ženy v blízkém příbuzenském vztahu samy PPP trpí. Randomizovaný výběr dívek ukázal na spojitost patologických jídelních návyků u dívek pohybujících se v prostředí, kde jejich matka či sestra držely dietu. Sourozenci nemocných jsou výskytem některé z poruch ohroženi ze 3 až 10 % (Krch, 2008; Krch 2004).

Rodina může být jedním z významných faktorů podílejících se na genezi PPP, nicméně může být i pomocnou rukou z tohoto začarovaného koloběhu ven. Chvála a Trapková (2014) zde považují rodinnou terapii za stále nepostradatelnější část léčby. Setkání s rodinou má různorodou podobu, od věcného předání informací o postižené osobě, instrukcí až po opravdovou rodinnou terapii soustředující se na jádro problému PPP a transpersonální vztahy v rodinném systému.

Genetikou se vysvětluje pouze část náchylnosti ke vzniku choroby, a navíc se mezi odborníky uvažuje o pochybném přínosu prezentování genetického podílu pro léčbu (Ocisková & Praško, 2015). Polostrukturované rozhovory 50 amerických žen s anamnézou PPP (polovina byla aktuálně v léčbě, polovina byla zaléčena) přinesly následující výsledky. Většina žen by vnímala ujištění o genetické podmíněnosti onemocnění jako možnost sejmutí osobní odpovědnosti za nemoc a u poloviny z nich by mohla podporovat maření uzdravení využitím genetického zarámování jako důvodu, proč nemoc nezvládnout. Třetina dotazovaných by se obávala zlehčování závažnosti poruchy (Easter, 2012).

1.5.3 Biologické rizikové faktory

Prevalence PPP je u žen ve srovnání s muži mnohem vyšší a řadí se k nejzávažnějším problémům dospívajících dívek a žen v mladém věku. Krch (2016) udává, že koncem puberty vykazuje nějaké anorektické projevy zhruba 6 % dívek a mentální anorexií trpěla někdy během života skoro 4 % žen. U mužů propukají PPP v menším měřítku, představují méně než 10 % nemocných. Homosexualita se uvádí jako jeden z možných specifických rizikových faktorů. Nicméně některé studie zaměřené na muže poukazují spíše na rozvoj PPP ve vztahu s úrovní jejich feminity než se sexuální orientací (Anderson, Murray & Kaye, 2017).

1.5.4 Individuální osobnostní rizikové faktory

Odborníci se shodují, že již od dětství lze sledovat některé osobnostní rysy, které mohou jedince předurčovat k PPP. Anorexie je spojována především s perfekcionismem, úzkostností, obsedantním myšlením a sebekontrolou. Přičemž emoční zranitelnost, labilita a impulsivita je častěji shledávána u bulimických symptomů. Přesto je nutné počítat s tím, že vzhledem k jedinečnosti osobností, i osoby se stejnou diagnózou mohou vykazovat odlišné projevy (Wonderlich, Mitchell & Steiger, 2005).

Perfekcionismus má zde roli utěšitele negativního sebepojetí a zároveň zvýšené sebekritičnosti (Papežová, 2012). Výsledky studie 890 žen zachytily perfekcionismus jako rizikový faktor pro vznik MB u osob, které projevovaly nespokojenost se svou tělesnou hmotností (Joiner Jr, Heatherton, Rudd & Schmidt, 1997). Krch (2004) zároveň popisuje možnost opačného jevu, kdy se zkreslené vnímání tělesných proporcí a započetí dietování nabízí jako důsledek nezvládnutí pocitů selhání, nízkého sebevědomí a negativního sebehodnocení.

Krch (2008) dále dodává, že tendence přísně měřit lidské slabosti dohromady se striktními pravidly ohledně stravování akorát podněcují zhoršený vztah k vlastní osobě. V konečném důsledku je snaha o kontrolu emocí, chování a celkového sebeovládání směřována paradoxně k postupné závislosti. Výše zmíněné chování se připojuje k bludnému kruhu, který není snadné bez zásadních změn opustit a samotné uzdravení je doprovázeno kolísáním od extrému k extrému. Poněšický (2014) se u PPP v psychoanalytickém pojetí právem zmiňuje o naprostém potlačení pudovosti a v návaznosti s tím i citů, kde je na jejich místo nastolena vůle, rozum, fyzické a pracovní úsilí.

1.5.5 Psychická komorbidita

Onemocnění se již dlouho nespojují pouze s vyšší společenskou vrstvou, týkají se osob v různých socioekonomických podmínkách, různého věkového období a pojí se s přítomností řady komorbidit, což dělá z PPP těžce uchopitelnou problematiku.

Přehled shrnující výsledky evropských studií udává, že u více než 70 % jedinců s PPP se vyskytuje některá z následujících komorbidit: úzkostná porucha (přes 50 %),

porucha nálady (přes 40 %), sebepoškozování (přes 20 %) a užívání návykových látek (přes 10 %) (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

1.5.6 Životní události

Nepříznivé události v životě jsou dalším z diskutovaných témat ve vztahu ke vzniku PPP. Ve studiích se hodnotí jak kvantita prožitých událostí, tak jejich závažnost. Do kritických momentů, které často u pacientů zaznívají, se řadí zneužití, trauma a posměch. Vzájemné působení silných okamžiků vyvíjejících velký stres a např. nízká sebeúcta, úzkostnost nebo depresivní ladění se u MB mohou projevit obzvláště patogenně (Novák, 2010).

Některé hypotézy hovoří o možné souvislosti stresových situací jako spouštěči abnormálních jídelních návyků či až poruch příjmu potravy. Vzorku 148 středoškolských studentek byl třikrát předložen k vyplnění Eating Disorder Inventory, Multidimensional Perfectionism Scale, Penn State Worry Questionnaire a the Self Liking and Competence Scale. Porovnávaly se jejich výsledky mezi průměrným školním dnem, dnem podání testu a dnem obdržení výsledků z testu. Nízké sebehodnocení, společně s obavami a kritikou rodičů, byly ve stresové situaci asociovány s výskytem opatření objevujících se u poruch příjmu potravy (Sassaroli, 2005). Při spouštění choroby patrně hraje roli jak osobnostní nastavení, tak schopnost se s tíživými událostmi vypořádat (Papežová, 2012).

2 SEBEPOJETÍ

Sebepojetí představuje velmi složitý hypotetický konstrukt vyznačující se komplikovanou hierarchií. Přes svou obsahovou členitost vytváří sebepojetí smysluplný celek (Slaměník & Výrost, 2008), který ovšem nemá jednoznačnou definici a autoři se v jeho výkladu liší, což bude demonstrováno v nadcházející kapitole. Slabá přehlednost této problematiky mu přesto nemůže upřít významné místo v lidské psychice a vliv na života člověka v mnoha oblastech. V posledních letech se upouští od teoretizování vztahu k sobě, nýbrž se klade důraz zejména na rozvoj sebepojetí v sociálních interakcích (Nakonečný, 2009).

Uvažování o sebepojetí jako o postoji k sobě vedlo některé autory k jeho rozlišení do tří základních složek: kognitivní, afektivní a konativní (Blatný, 2010; Šulová, 1999, s. 65).

- 1) Kognitivní složka se odvíjí od poznatků, které o sobě máme a formy, kterou jim dáváme.
- 2) Afektivní neboli emocionální složka pojednává o vztahu, který máme sami k sobě. Zahrnuje sebehodnocení, sebeúctu, sebedůvěru a sebevědomí. Zde se hovoří o významném vlivu rodiny a vrstevnické skupiny. Fungují jako vzor pro formování postojů a chování, jsou zdrojem očekávání, srovnávání a vymezení. Na jejich základě se utváří představa o sobě a ladí se hodnotový systém.
- 3) Konativní složka vychází z přirozených potřeb člověka a touze po seberealizaci, ale míra angažovanosti a činnosti závisí na sebepojetí.

Sebesystém je velmi spleť a jednotlivé složky nelze libovolně oddělovat. „Prožívání a hodnocení je téměř vždy propojeno s nějakým kognitivním obsahem, který člověk vztahuje vůči vlastnímu já“ (Slaměník & Výrost, 2008, s. 99). Lidské chování tedy vždy odráží určitý emoční náboj a přesvědčení o vlastní osobě.

Snahou dalších kapitol bude vyjasnit propojenost kognitivní a emocionální složky sebepojetí, s bližší koncentrací na sebehodnocení.

2.1 Úvod do sebepojetí

Sebepojetí, jeden z nejužívanějších pojmů sociální psychologie a oblíbená oblast zkoumání vývojové psychologie a psychologie osobnosti, si své místo v literatuře našlo až s filozofy 17. století (Hayes, 2007, s. 21). Od té doby ho rozvíjela řada autorů. Ve starších zdrojích je možné se setkat s pojmy „Jáství“, „Self“ a „Já“, ale aktuální terminologie s nimi s ohledem na významovou souvislost pracuje pod označením sebepojetí (Blatný, 2010).

Ve vztahu k sebepojetí zdůraznil koncem 19. století americký psycholog William James roli sociálního srovnávání. Srovnávání především s těmi, ke kterým jedinec vzhlíží nebo je vnímá podobně. Pro významné osoby použil termín „significant others“ (Hayes, 2007). Na formování sebepojetí jedince se dále podílí jeho úspěchy i neúspěchy a neméně hodnocení přicházející z vnějšku. Blatný (2010) klade při definování rozvoje sebepojetí důraz na neopomenutelný kontakt dítěte se sociálním prostředím. Sebepojetí je pak výsledkem tohoto vzájemného působení. Načež Poledňová (2009, s. 81) uvádí, že nejcitlivější jsou děti na nepřijetí rodiči, vychovateli a dětmi stejného věku. Ti tvoří esenciální podmínku kladného sebepojetí. Z předchozích mínění je evidentní, že pro adekvátní formování vztahu k vlastní osobě má rodina svou nenahraditelnou roli.

Ve 20. století podpořili význam zpětné vazby od druhých osob C. H. Cooley a G. H. Mead. Cooleyho koncept sebepojetí jako „zrcadlového já“ předpokládá, že si na našem mínění o tom, co si o nás druzí myslí, stavíme smýšlení o sobě. Rozlišuje tři části. Zaprvé, jak se domníváme, že na nás druzí pohlíží. Zadruhé, podle čeho nás zřejmě posuzují a v poslední řadě pocit při uvědomění si vztahu těchto dvou částí. Mead vidí utváření sebepojetí ve zvnitřnění norem vhodného chování přijímaných lidmi ze sociokulturního prostředí (Hayes, 2007). Značný vliv hodnocení druhých na utváření pohledu na vlastní osobu je z teorií zjevný. Jedinec se jimi však nutně nemusí nechat ovlivnit, zvláště pokud hodnocení neodpovídá jeho vnímání sebe sama, které se vyvinulo ze sebehodnocení a sebereflexe (Nakonečný, 2009). Někteří odborníci pojednávají o sebehodnocení a sebepojetí jako o dílčí součásti sebereflexe, která se k nim staví do nadřazenějšího postavení (Slaměník & Výrost, 2008). Rostoucí množství výzkumů zdůrazňuje možnost změny sebepojetí skrze sebereflexi (Huitt, 2009).

Předchozí mínění naznačují jednak propojenost pojmů sebehodnocení a sebezpojetí, zadruhé určitý prostor pro vlastní uchopení názorů druhých. Složení sebezpojetí z dynamických prvků, jakým je sebehodnocení poukazuje na důležitou možnost jeho proměny (Huitt, 2009). Právě tyto prvky se podílí na úrovni celkové spokojenosti, tělesném a psychickém rozpoložení. Výrazná odchylka v obou pólech (příliš pozitivní nebo příliš negativní sebehodnocení) je potenciálním rizikem zdravotních komplikací a snížení kvality sociálního života (Cakirpaloglu, 2012). Vědomí, že lze vypěstovat kladný vztah k sobě, nebo jej alespoň zlepšit, i přes dosavadní nepříznivost podmínek, je pro léčbu mnoha psychických poruch velmi důležitá.

2.2 Sebezpojetí, sebehodnocení a jejich vztah

V literatuře se setkáváme s mnoha různými pojmy, kterými se vyjadřuje vnímání sebe sama. Sebezpojetí a sebehodnocení patří k těm nejvíce užívaným. Přesto dochází nejrůzněji k jejich záměně. Blatný (2010) dělá rozdíl mezi dvěma skupinami autorů, z nichž jedni se přiklání k nerozlišování těchto pojmů, jiní vnímají sebehodnocení jako dílčí prvek sebezpojetí. S jistotou můžeme říct, že koncept sebezpojetí je chápán velice nejednotně.

Hartl a Hartlová (2010, s. 515) definují sebezpojetí jako „vytváření úsudku o sobě, jež má hodnotící a popisný rozměr; na rozdíl od sebehodnocení je v sebezpojetí zdůrazňována kognitivní složka“. Sebezpojetí podává komplexní koncept toho, jak jedinec vnímá všechno to, co ho utváří (Fennell, 2014). Oproti tomu sebehodnocení představuje emocionální stránku sebezpojetí (Huitt, 2004). Vyjadřuje komplexní mínění a hodnotu, kterou si jedinec přisuzuje (Fennell, 2014). Přesto, jak již bylo řečeno v úvodní kapitole, se emoce od informací a znalosti sebe sama nedají separovat. Konativní složka sebesystému je příkladem nastavení člověka jednat s ohledem na své sebezpojetí a sebehodnocení (Slaměnik & Výrost, 2008).

Rosenberg (1965) rozlišuje sebehodnocení specifické (self-evaluation) a globální (self-esteem). Specifické je prezentováno pouze jednotlivými úseky sebehodnocení. Zatímco globální sebehodnocení je konceptualizováno jako obecný postoj jedince k sobě, který reflektuje jeho sebeúctu a více odráží obecnou psychickou pohodu (von Soest, Wichstrøm & Kvaalem, 2016; Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg,

1995). Zároveň je jedním z nejčastěji používaných konstruktů ve výzkumu. Rosenbergova škála je nejvíce administrovaným sebesupozovacím instrumentem k jeho zkoumání (Marsh, 1996).

Celkové sebehodnocení je ovlivněno dílčími emocionálními, sociálními, akademickými, fyzickými a dalšími komponenty, které mají podíl na jeho utváření podle toho, jaká je jim přisuzována subjektivní hodnota. Poměr jejich zastoupení se různí, nejedná se o jejich prostý průměr (Slaměník & Výrost, 2008).

Sebehodnocení disponuje jak kognitivní, tak afektivní složkou. Kognitivní, protože se k objektům vždy nějak vztahujeme, stávají se tím předmětem myšlení. Afektivní, jelikož vztahování může být orientováno pozitivním či negativním směrem, a navíc vykazovat odlišnou intenzitu (Slaměník & Výrost, 2008). Pozitivita, negativita a stabilita se ukazují být jedněmi z nejdůležitějších prvků sebehodnocení, kterým je věnována ve výzkumech velká pozornost (Blatný, 2010).

Cambell vysledoval, že lidé s nízkým sebehodnocením měli méně ucelené sebezpojetí. Měli by se také vyvarovat extrémním úsudkům o vlastní osobě, které se silně odvíjí od jejich vnitřní nejistoty (Baumeister, 2013). Ukazuje se, že kladný vztah k sobě buduje konzistentní sebezpojetí se schopností lépe pracovat s novými poznatky o sobě a možnostmi je pružněji zabudovat do vlastního sebesystému (Slaměník & Výrost, 2008).

Franken vnímá vztah sebezpojetí a sebehodnocení jako blízký, přesto odlišný. Názor demonstruje na lidech s dobrým sebehodnocením, kteří vykazují znatelně odlišné sebezpojetí (Huitt, 2004). Morin a Famira (2018) sebehodnocení obecně definují jako celkové hodnocení vlastního sebezpojetí, tedy kdo si myslíme, že jsme. Propojenost obou pojmů podporují dále ve svém článku, kde je nestálost a nekonzistentnost sebezpojetí dávána do souvislosti s nízkým sebehodnocením, chronickým sebeanalýzováním, vysokou mírou neuroticismu, nízkou životní spokojeností a až nekontrolovatelným negativním zaměřováním se na sebe. Mírná spojitost je viděna mezi nízkým sebehodnocením a rizikem vzniku duševních onemocnění a užívání návykových látek. Vysoké sebehodnocení je naopak asociováno s dobrým zdravotním stavem a životní spokojeností. Pro osobnost se tedy jeví dynamika sebehodnocení jako velmi důležitý prvek, propojený s tím, kým jsme a jak se vztahujeme k druhým a ke světu.

2.3 Vývoj sebepojetí

Vývoj sebepojetí se ukazuje být přímo úměrný získávání informací o vlastní osobě. S věkem se sebepojetí rozšiřuje, ale v jednotlivých vývojových obdobích je možné sledovat převahu jiných složek sebepopisu (Blatný, 2010). Přestože se problematika sebepojetí otevírá zejména až s nástupem dospívání, prvotní zkušenosti se sebou samým zasahují už do raného dětství (Poledňová, 2009). Obdobně jako u jiných složek osobnosti, i zde působí vývojové, biologické a sociální faktory. Sebepečení se vyvíjí v interakci s okolím, se zráním kognitivních a inteligenčních schopností a střetem se sociálními požadavky (Demo, 1992).

V prvním roce života zmiňuje Vágnerová (2012) několik zásadních mezníků ve vývoji sebepojetí dávající dítěti dobrý základ pro zdravý rozvoj osobnosti. Nejprve dochází k vymezení se v rámci prostoru. Nakonečný (2009) v této první fázi píše o vědomém vnímání polohy a pohybů těla. V souladu s tímto poznatkem Vágnerová (2012) říká, že v kojeneckém období je vývoj vztahu k sobě vázán především s dojmy založenými na propriocepti a kynestetice. Postupně vede na základě osobních zkušeností k odlišení vlastní osoby od okolního prostředí. Dalším důležitým prvkem je stabilita nejbližšího okolí jako prostředek k získání pocitu jistoty. Dává dítěti možnost získat lepší přehled o svém okolí, tím se pro něj stává více uchopitelné a smysluplné. Osoby blízké pomáhají utvářet základy sebepojetí svými zpětnými reakcemi, které utvrzují dítě v jeho samostatném bytí a ve smyslu sociálních vztahů. Pocit jistoty a bezpečí je zejména odrazem uspokojujícího vztahu s pečujícími osobami a vědomím stálosti jejich existence (Vágnerová, 2012).

O uvědomování identity lze však hovořit nejdříve ve věku necelých tří let (Nakonečný, 2009). Koncem batolecího období se po zpracování „tělesného já“ může rozvíjet tak zvané „sociální já“, kde zaujímá sebehodnocení významnou roli (Fialová, 2007). To se řídí porovnáváním sebe s požadavky nastavenými pečující osobou. Do tří let se jedná především o matku, s vyšším věkem se počet významných osob rozrůstá. V předškolním období se sebehodnocení odráží zejména od kvality vztahů s rodiči a je vzhledem k věku velmi proměnlivé. Nedostatečné důkazy zájmu a přijetí mohou vést k pochybnostem o vlastní hodnotě a negativnímu sebeobrazu (Poledňová, 2009).

Nástup do školy je pro děti střet s neznámem, kde je čeká otestování a vývoj vlastních dovedností spojený s hodnocením nové skupiny vrstevníků a autorit. Sociální

srovnávání může sebehodnocení kladně podpořit i negativně postihnout (Poledňová, 2009). Je hodně spjato se školními úspěchy, popřípadě selháními (Macek & Smékal, 2002) a tendencí dětí být soutěživé (Nakonečný, 2009). Objevuje se zde diskrepance mezi tzv. reálným já a ideálním já. Někdy to, co si o sobě myslíme a prožíváme, tedy tzv. reálné já, neodpovídá tomu, jací bychom být opravdu chtěli, tedy tzv. ideálnímu já. Větší nepoměr mezi reálným a ideálním já může způsobit silnou frustraci (Praško, 2007), nebo vést k potřebě uniknout realitě (Šulcová, 1999). Představa ideálního já je dále nastavena požadavky a očekáváním blízkých lidí, jejichž vnímání začíná být patrné u dětí školního věku a projevuje se snahou o jejich docílení. Dlouhodobější nezdary mohou vyústit ve snížení sebedůvěry a sebeúcty (Vágnerová, 2012). Časté „shazovačné“ komentáře okolí mají dopad také na sebedůvěru a sebejistotu dítěte (Poledňová, 2009). Pro pocit jistoty hraje i v mladším školním věku rodinné zázemí centrální roli. Dle výzkumů má jeho narušení největší vliv na vznik úzkostné osobnosti dítěte (Macek & Smékal, 2002). Osvojení nízkého sebehodnocení v již takto útlém věku se špatně odbourává a vykazuje se menší tvárností (Poledňová, 2009).

Dospívání je vrcholným obdobím formování osobnosti. Pro zdravou integraci je důležitá rovnováha jednotlivých složek, které se na ní podílí. Počátky sebepojetí jsou stavěny na základech velmi proměnlivého sebehodnocení, které se více ustaluje až koncem tohoto období. Konstruktivní kritika, nenucený zájem a objektivní hodnocení ze strany referenčních osob vede k budování vlastních nezávislých názorů a zvládnutí nepoměru reálného a ideálního já následně k lepšímu sebepřijetí (Čačka, 2003). V konečné fázi se ustaluje vztah k sobě a utváří se pocit autonomie a jedinečnosti (Thorová, 2015). Nejdůležitější sociální sférou je pro adolescenta rodina a škola (Macek & Osecká, 1996).

Dospělost se vyznačuje již plným zformováním identity, která vychází z jasně stanovených vlastních hodnot a tužeb (Thorová, 2015). Přesto podléhá sebepojetí v průběhu života neustálým změnám. Změny jsou způsobené vstupováním do nových rolí, situací (Demo, 1992) a jsou běžně pozorovatelné i v pokročilém stáří (Nakonečný, 2009).

2.3.1 Tělesné sebepojetí

Sebepojetí v sobě nese i subjektivně vnímaný obraz vlastního tělesného vzhledu (Praško, 2007). V této souvislosti se v psychologii užívá pojmu tělesné sebepojetí, jenž zvýrazňuje svůj vztah k sebepojetí a identitě (Stackeová, 2006). Je souborem všech představ vztahujících se k vlastnímu tělu, z tohoto důvodu obsahuje všechny tři složky sebepojetí.

Velký význam mají hodnotící postoje okolí, vývojově osvojené časněji (Fialová, 2007). Sebeocenění se odvíjí jednak od zpětné vazby od druhých, ale také od jejich výkonů, čímž jsou nám vštěpovány společenské normy a hodnoty pro subjektivní tělesné vnímání (Fialová, 2007).

Kulturně pojatý koncept ideální hmotnosti a tělesného vzhledu je dětmi přijímán poměrně brzy, již kolem předškolního věku. Od útlého věku děti vnímají kladná i záporná hodnocení tělesných rozměrů (body image, dále jen BI) a na jejich základě se učí samy hodnotit svoje vlastní tělesné schéma a vnímat rozměry svých vrstevníků. O BI se uvažuje jako o první možné charakteristice zařazené dítětem do svého sebepojetí (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003).

Tělesné sebepojetí se promítá do každodenní interakce s lidmi a je významným faktorem pro tvorbu sebeúcty, sebehodnocení, celkovému přístupu ke zdraví a životosprávě (Fialová, 2007).

2.4 Důsledky negativního sebehodnocení

Pochopení významu sebehodnocení je důležité pro svůj pronikavý a silný dopad na lidské poznávání, motivaci, chování a emoce. Již se vznikem psychoanalytické tradice se NS dávalo do souvislosti s depresivními příznaky. Někteří mu dokonce při vzniku deprese přisuzovali ústřední roli (Harter, 1993). Meta-analýza longitudinálních studií zkoumala roli NS na vznik deprese a úzkosti. Ačkoliv různé modely v průběhu let vykazovaly protichůdné výstupy, výsledky meta-analýzy hovořily pro výrazně větší účinek sebehodnocení na depresi než deprese na sebehodnocení. V případě účinku NS na úzkost byly výsledky relativně v rovnováze (Sowislo & Orth, 2013). Navíc se zdá, že osoby s NS mají s negativní náladou větší sklon k tvorbě negativních myšlenek (Heimpel, Wood, Marshall & Brown, 2002).

Časté negativní smýšlení osob s NS se pojí se zvýšenou sebekritičností. Ta, se může promítat do důvěry v sebe sama a následně oslabovat motivaci (Heimpel et al., 2002). Sebekritičnost se neméně odráží na sebeoceňování. Respondentům byla předkládána sada přídavných jmen. Úkolem bylo se jimi ohodnotit. Osoby s NS se v průměru vztahovali více k méně pozitivním nebo negativním přídavným jménům. Kdežto osoby s vysokým sebehodnocením s pozitivními přídavnými jmény rezonovali a negativní odmítali (Baumeister, 2013). Další průzkum vysledoval u osob s NS delší reakční čas při ohodnocování souboru svých vlastností, než tomu bylo při zhodnocení vlastností jejich přátel. Výsledky naznačují značnou nejistotu osob s NS, zvláště u sebeposuzování (Campbell & Lavalley, 1993).

Lidé s NS vnímají jakýkoliv neúspěch velmi intenzivně. Rozdíl je možné vidět například na přístupu k nezdaru. U sportovní dovednosti, která není jedincem s vysokým sebehodnocením subjektivně považována za jeho přednost, ani za cíl dosažení úspěchu, nebude mít selhání negativní dopad na jejich celkové sebehodnocení. Oproti osobám s NS, jsou schopni odmítnout důležitost dovednosti, ve které nejsou kompetentní (Harter, 1993). Vědomí, že vynikají v jiných sférách jim umožňuje horší výsledky překonat. Z výzkumů dále vyplývá, že lidé s NS reagují na prožití negativních zkušeností méně adaptivně. Nejenže selhání prožívají hůře než lidé s vysokým sebehodnocením, je také méně pravděpodobné, že vloží větší úsilí do lepšího zvládnutí těchto situací a budou zdokonalovat své silné stránky, které s oblastí neúspěchu nesouvisejí (Heimpel et al., 2002).

Další oblasti, ve kterých nás sebehodnocení provází a ovlivňuje, zahrnují: zvládnutí stresových životních situací, konformitu, soutěživost, přitažlivost, kauzální atribuci či úspěch (Campbell & Lavalley, 1993). Na první pohled zásadní oblasti pro společenské soužití.

Na základě výše popsaných poznávacích charakteristik osob s NS si lze dobře představit, že sami mohou reagovat způsobem poškozující jejich duševní zdraví. Z těchto důvodů, se jeví zkoumání problematiky sebehodnocení jako podstatné a její porozumění by mohlo posloužit k lepší komunikaci s těmito pacienty.

2.5 Sebehodnocení u osob s mentální bulimií

Sebehodnocení ovlivňuje každodenní fungování lidské bytosti. Negativní sebehodnocení v kombinaci s PPP může onemocnění značně komplikovat, což podporuje řada studií. Fennellův (2014) výzkum prokázal dopad dlouhodobého negativního přesvědčení o vlastní osobě na vznik některých onemocnění. Potvrdil se vztah k depresi, suicidálním myšlenkám, PPP a sociální fobii. Ačkoliv byla souvislost mezi NS a dietováním či záchvatovitým přejídáním mnohokrát potvrzena, občas se objevují diskuze, zda je NS prekurzorem nebo důsledkem bulimického chování (Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton & Joiner Jr, 2000).

Autoři Fairburn, Davies, Doll, O'Connor a Welch (1997) došli ve své studii ke zjištění, že MB doprovází vyšší míra premorbidního NS a přítomnost rodičovských problémů. Cohn a Hall vnímají NS, společenský nátlak a konflikty s původem v dětství jako nejvlivnější kombinaci příčin pro vznik MB a PPP obecně (Kvintová & Pugnerová, 2016). V návaznosti na rodinné prostředí bylo zjištěno, že vztah adolescentů s jejich otci více koreluje s jejich sebehodnocením než vztah s matkou. Přičemž dívky trpící MB vykazují problematickou komunikaci častěji se svými otci (Botta & Dumlao, 2002).

Ve zkušenostech odborníků lze sledovat u osob s MB některé shody. Vykazují tendence snažit se velmi usilovně o dosažení úspěchu a poutat na sebe pozornost. V logické návaznosti je pro ně hodně důležité hodnocení druhých. Jsou pyšní na svou sebekázeň a potlačování svých pocitů, ale jakmile svá pravidla jenom nepatrně poruší, strmě klesá i hodnota, kterou sami sobě přisuzují (Jedlička, 2003).

Výsledky Navarrské studie (Španělsko) podpořily tvrzení ohledně role neuroticismu a NS při vzniku PPP. Reprezentativním vzorkem bylo 2862 dívek ve věku 12-21 let. V metodologii byla využita kombinace Eyseneckova osobnostního inventáře, psychiatrického screeninku a 36 bodové sebehodnotící škály. Vysoká úroveň sebehodnocení se jevila jako protektivní faktor (Cervera, Lahortiga, Martínez-González, Gual, Irala-Estévez & Alonso, 2003). (abc Alonso, Cervera, Gual, Irala-Estévez, Lahortiga & Martínez-González, 2003). Podobný výstup má také studie pokoušející se o identifikaci psychosociálních a rodinných faktorů k predikci vývoje PPP. Poukázala na významný vliv patologické nespokojenosti s vlastním tělem a negativním vnímáním rodičovských postojů. Protektivním faktorem nespokojenosti s vlastními tělesnými

proporcemi bylo udáváno sebehodnocení (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004).

Studie 609 dívek ve věku 15–16 let prověřující dotazníkovým šetřením rozsah nesprávných stravovacích návyků ve vztahu k sebehodnocení, přišla s následujícími výsledky. 56 % dívek se cítilo příliš tlustých a využilo některou z kompenzačních strategií k redukci váhy. 43 % dívek mělo dle Rosenbergovy škály sebehodnocení NS. Doplnující rozhovory potvrdily, že ty dívky, které vykazovaly vyšší sklon k abnormálnímu stravování, disponovaly stejně tak celkovou nespokojeností s vlastní osobou a rodinnými vztahy (Button, 1997).

Téma sebehodnocení je ve spojitosti s MB stále prozkoumávanou oblastí. Z výše uvedených výzkumů také vystupuje možný vliv rodinného prostředí na jeho posilování či naopak snižování. Proto vnímám za užitečné, zaměřit následující kapitoly na význam rodinné výchovy na utváření jedince.

3 VÝCHOVA V RODINĚ

Nelze zkoumat vliv výchovy na sebepojetí a opomenout přitom sociální skupinu, která se nejvíce zaslouhuje o duševní vývoj dítěte. Rodina je prostředníkem k vytvoření si cesty k sobě a světu (Vágnerová, 2012) a uvádí se, že do nástupu dospívání má také ústřední vliv na utváření osobnosti a vštěpování chování, které je následně uplatňováno ve všech vztazích i vztahu k sobě (Macek & Smékal, 2002).

Rodina je primárním prostředím, kde dochází k výchově dítěte. Jakožto dynamický systém oplývá rodina bohatými interakcemi měnícími se během svého vývoje, nicméně způsob výchovy se jeví bez ohledu na změny jako poměrně stabilní prvek. Dává se do souvislosti se zkušenostmi, které si rodiče odnášejí z původní rodiny, výchovnými tradicemi a sociálně-kulturním prostředím (Gillernová, 2004).

Výchovné cíle si rodiče kladou na základě vlastního hodnotového žebříčku, který se mimo jiné odvíjí od jejich získaných zkušeností (Langmeier & Krejčířová, 2006). Svým přístupem dítěti ověřují vhodné a nevhodné chování a jak je přijímáno okolím. Vyhodnocením přijímaných informací dítě získává výstup v podobě vnímání vlastní hodnoty a následně sebepojetí (Sedláčková, 2009).

Jako obecně platné se ukazuje potřeba vychovávat děti v emoční a hodnotové jistotě, dále k toleranci a respektu odlišnosti druhých lidí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Rodina je základním výchovným prvkem a její adekvátní přístup k výchově má pozitivní dopad na sebereflexi a přispívá k harmonickému vývoji osobnosti (Sedláčková, 2009).

3.1 Styl výchovy v rodině

Pojem způsob či styl výchovy slouží k vyjádření vztahů v rodině a pochopení, jak se výchovné postupy odráží na dítěti. Zvolený styl výchovy není pouhým socializačním prostředkem k usměrňování jednání, výchova významným způsobem působí i na citové prožívání jedince (Čáp, 1999). Současně s teoretickými poznatky předchozích kapitol se ukazuje, že jednání a chování je kombinací jak aktuálního tělesného a psychického rozpoložení, tak sociálního učení, které je dítěti vštěpováno od narození až doposud.

K rozlišení rozdílů ve výchově byly formovány různé modely, které se snaží mnohotvárnost stylů výchovy vystihnout. Nejdůležitější z nich budou popsány v následující kapitole.

3.1.1 Lewinův model

Z minulosti je známa řada forem výchovy. Za jeden z nejznámějších modelů lze považovat model Kurta Lewina a jeho spolupracovníků, založený na výzkumu z první poloviny 20. století. Z výstupů bylo zpozorováno, že odlišné styly výchovy uplatňované na dětech se odrážely na jejich jednání vůči sobě, dospělým i k normám nastavenými společností. Dále měly jiný přístup k práci i prožívání. Lewin z experimentu vyvodil 3 styly výchovy: autokratický, liberální a demokratický (Čáp, 1999; Wedlichová, 2008).

a) Autokratický styl (autoritativní, dominantní) se zakládá zejména na příkazech, trestech a hrozbách. Tento, především dříve užívaný způsob výchovy v Evropě, byl charakterizován spíše negativním emočním vztahem k dítěti a velmi silným řízením. Tvaroval děti přizpůsobivé, bezpodmínečně poslušné, ale bez ohledu na jejich individuální potřeby (Wedlichová, 2008).

b) Liberální styl, někdy též označovaný jako „slabý“ nebo „laissez-faire“, je spjat s počátkem 18. století, kdy se vzhledem k časté kritice autokratického stylu začal prosazovat volnější styl výchovy (Wedlichová, 2008). Podporuje neomezování potřeb dítěte a dává jim plně volnou ruku ve stanovení vlastních cílů (Langmeier & Krejčířová, 2006).

c) Demokratický styl (sociálně integrační) je soudobou odbornou literaturou nejlépe hodnocen, ale vyžaduje od rodičů značné úsilí. Dává prostor jak pro vyjádření individuálních potřeb, tak pro trpělivé objasňování. Směřuje dítě k poslušnosti, která zde není podmíněna uvalením trestu nebo formou odměny (Jedlička, 2017). U adolescentů je převažující demokratický způsob výchovy spojován s dosažením pozitivního sebepojetí (Botta & Dumlaio, 2002).

Přehlednost této koncepce způsobů výchovy je ovšem v některých ohledech redukcující. Primárně postrádá zohlednění emočního vztahu rodiče k dítěti (Wedlichová, 2008). Druhotně byla typologie založena na zkoumání chování dětských skupin nikoliv rodičů, navíc samotný způsob výchovy každého z rodičů může být velmi rozdílný (Langmeier & Krejčířová, 2006).

3.1.2 Dimenzionální modely způsobu výchovy

V dalších desetiletích se objevovaly pokusy Lewinův model upravit a rozšířit. Jedním z prvních byl model dvou nezávislých dimenzí Schaefera, který rozlišuje dimenzi emočního vztahu k dítěti a dimenzi řízení. Ani s propracovanějším pojetím tohoto modelu však nelze obsáhnout všechny případy, především ambivalentní vztah mezi rodičem a dítětem (Čáp, 1999). Jako mylný se projevil i předpoklad nezávislosti dimenzí. Ukázalo se, že záporný postoj k dítěti se vztahuje ke krajně slabému a krajně silnému výchovnému řízení (Wedlichová, 2008).

Přestože se model přes své nedostatky neujal, dimenzionální pojetí bylo základem pro model čtyř stylů výchovy a model devíti polí, které jsou používány dodnes. Z hlediska emočního vztahu rozlišuje model čtyř stylů výchovy rodiče „odmítající“ nebo „akceptující“. Výchovné řízení se odvíjí od stupně požadavků a kontroly ze strany rodičů a rozděluje je na „náročné a kontrolující“ a „nenáročné a nekontrolující“. Výstup představuje jedna komplexní charakteristika způsobu výchovy. Výhodou, oproti předchozím modelům, je uvažování nad složitostí a možnou rozporností jednotlivých charakteristik, včetně jejich vzájemných vztahů (Gillernová, 2004; Wedlichová, 2008).

Četnost překrývání komponentů stylů výchovy vedla k názoru, že ani čtyři typy nejsou dostačující. Různá kombinování dvou navzájem spjatých aspektů, emočního vztahu a výchovného řízení, dávají vznik většímu počtu stylů výchovy (Čáp, 1999). Lépe brány v úvahu například v modelu devíti polí (viz kapitola 3.1.3).

Pro účely této práce bude v následující kapitole podrobněji představen model devíti polí způsobu výchovy od dvojice autorů Čáp a Boschek.

3.1.3 Model devíti polí způsobu výchovy

Při zkoumání stylů výchovy v rodině se obvykle využívá dotazníkových metod vyplňovaných dětmi. Záznam subjektivního prožívání rodičovského chování dětmi může být důležitější než skutečný výchovný styl rodičů. V českém prostředí se v pedagogicko-psychologických poradnách často předkládá Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, jenž pracuje s modelem devíti polí.

Model devíti polí neboli analyticko-syntetický model, vznikl v devadesátých letech minulého století. Přesněji odráží průnik emočního vztahu rodičů k dítěti a jejich

výchovného řízení. Děje se tak na základě dvou protikladných komponent. Komponent kladných a záporných pro dimenzi emočního vztahu. Komponent požadavků a volnosti v rámci dimenze výchovného řízení (Gillernová, 2004). Jmenované komponenty následně odpovídají jednotlivým výchovným postojům rodičů.

Ve významu emočního vztahu rodičů k dítěti se většina autorů shoduje. Kvalita samotného vztahu každého z rodičů má dopad i na volbu jejich výchovy, jaký zvolí přístup, nároky či potřebu kontroly dítěte. Dimenze emočního vztahu zrcadlí zejména míru, do jaké je dětem dáována najevo láska, přijetí a stejně tak i emoční odstup. Převládající postoj se promítá do výsledné formy emočního vztahu (Wedlichová, 2008).

Tabulka č. 1: Model devíti polí způsobu výchovy (Čáp, 1999)

Emoční vztah	Řízení silné	střední	slabé	rozporné
záporný	1 výchova autokratická, tradiční, patriarchální		2 liberální výchova s nezájmem o dítě	3 pesimální forma výchovy, rozporné řízení se záporným vztahem
záporněkladný	9 výchova emočně rozporná: jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním	6 laskavá výchova bez požadavků a hranic	7 rozporné řízení
extrémně kladný		a přiměřeným řízením	8 kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	relativně vyvážené kladným emočním vztahem

Míra požadavků a volnosti kladených rodiči na dítě sytí dimenzi řízení, která rozlišuje od formy silné, přes střední, slabou až k rozporné (Čáp, 1999).

Každé z polí odkazuje na některou ze základních forem způsobů výchovy, která utváří společně s dalšími faktory jedinečné prostředí pro vývoj jedince (Wedlichová,

2008). Jednotlivá pole jsou autory charakterizována takto (Čáp & Boschek, 1994; 1998; Čáp, 1999):

Pole 1: se vyznačuje silným řízením a záporným emočním vztahem. Potřeby a přání dítěte jsou zde upozaděny. V rodině jsou kladeny přísné zákazy, požadavky a je vyžadováno jejich bezpodmínečné plnění. Pochvalu dostává dítě pouze výjimečně nebo nikdy. Naopak je spíše zesměšňováno a poukazují na jeho chyby.

Pole 2: je charakterizováno slabým řízením a záporným emočním vztahem. Rodiče k dítěti zaujímají převážně lhostejný postoj s nedostatkem zájmu o jeho potřeby, bez velkých požadavků a nastavení hranic.

Pole 3: je kombinací rozporného řízení a záporného emočního vztahu. Rodiče se buď ve svém řízení viditelně liší, jeden vyžaduje silné, druhý se jej snaží vykompenzovat slabým řízením. Nebo jeden z rodičů vykazuje ambivalentní řízení. Na dítě jsou kladeny požadavky, ale není hlídáno jejich dodržení. Z těchto podmínek častěji vyrůstají děti nevytrvalé, málo svědomité a labilní a obecně nejsou považovány za příznivé pro vývoj dítěte.

Pole 4: se vyznačuje silným řízením a kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem. Dospělí zde umí naslouchat dítěti a jsou laskaví. Příkazy a požadavky se odvíjí od možností a přání dítěte, ale jsou také přísně kontrolovány.

Pole 5: je charakterizováno středním řízením a kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem. Nároky jsou kladeny přiměřeně, v laskavé podobě a dítě za ně přejímá přirozenou odpovědnost. Výchova je bez extrémů, rodiče s dětmi komunikují jako rovný s rovným a rádi si užívají společné chvíle. Představuje optimální podmínky pro vývoj dítěte, které se promítají do jejich vytrvalosti, svědomitosti a stability.

Pole 6: označuje slabé řízení a kladný emoční vztah. Rodiče buď nekladou požadavky žádné, nebo velmi nízké a nelpí na jejich splnění. Chovají se k dítěti láskyplně, ale bez jasných hranic.

Pole 7: je kombinací rozporného řízení a kladného nebo extrémně kladného emočního vztahu. Může se objevovat velký nesoulad v řízení obou rodičů, které je vyvažováno laskavým vztahem k dítěti.

Pole 8: se vyznačuje slabým řízením a extrémně kladným emočním vztahem. Na základě nenuceného dodržování požadavků a otevřeného až „kamarádského“ přístupu

v komunikaci, se dítě učí přijímat normy za své a při plnění není potřeba kontroly. Vnímá jednoznačné přijetí. Tento způsob se společně s pátým polem řadí mezi optimální formy výchovy.

Pole 9: je charakterizováno tím, že jeden z rodičů je vnímán jako kladný a druhý jako záporný, případně je chování rodičů vnímáno jako výrazně ambivalentní. Některé děti mohou pociťovat frustraci, u dívek se oproti chlapcům jevílo jako převážně příznivé.

3.2 Vliv stylu výchovy na dítě

Skrze interakce, které v rodině probíhají, umožňují členové rodiny dítěti zprostředkování mnohých zkušeností a víru v jeho schopnosti. Významně závisí na kvalitě vzájemného vztahu partnerů a vztahu rodičů k dítěti (Vágnerová, 2012, s. 18). Rodinné nastavení, které se promítá do stylu výchovy, má vždy určitý dopad na prožívání dětí, ale vzhledem k rozmanitosti stylů se může více či méně lišit. Výzkumy a zkušenosti odborníků z praxe poukazují na některé shody.

Rodiče s labilním chováním více inklinují k zápornému emočnímu vztahu k dítěti a silnému nebo rozpornému výchovnému řízení (Čáp, 1999). Přitom vysoká záporná komponenta byla shledána zejména u rodiče opačného pohlaví (Čáp & Boschek, 1994). Výzkum souvislosti mezi jednotlivými komponenty výchovy a úzkostí dětí potvrdil, že rozvoj úzkosti je výchovou významně ovlivněn. Úzkost je vyšší tam, kde rodina klade vysoké požadavky na dítě, vyskytuje se velký stupeň volnosti a záporný emoční vztah. Nižší je úzkost při kladném emočním vztahu k dítěti a nejnižší se projevuje při extrémně kladném emočním vztahu se silným řízením (Macek & Smékal, 2002, s. 111). Dále bylo vysledováno, že komponent požadavků se pojí především se stabilitou-labilitou, komponent volnosti s charakterem a temperamentem (Čáp & Boschek, 1994).

Rodiče s kladným emočním vztahem podporují ve svých dětech svědomitost a vytrvalost, efekt je výraznější zvláště při středním řízení. Opačný účinek má silně záporný emoční vztah se zejména rozporným výchovným řízením (Čáp, 1999).

Napříč kulturami se prokázal vztah sebehodnocení ke stylu výchovy s nízkou mírou přijetí dítěte a vysokou úrovní nadměrné ochrany. Vysoká míra přijetí přitom zvyšovala vnímání vlastní hodnoty, sebevědomí a sebehodnocení (Herz & Gullone, 1999). Stabilita osobnosti, zdravé sebehodnocení a sebepojetí je dle výzkumů

podporováno především kladným emočním vztahem k dítěti a středním řízením (Gillernová, 2004). Kladný a extrémně kladný emoční vztah se dále u dívek vztahuje k dobrému sebeovládání, podobně jako střední řízení, a k sebejistotě (Čáp & Boschek, 1994). Střední a silné řízení vyvolává v dívkách obavy, slabé a rozporné vnímají až s radostí (Čáp & Boschek, 1994).

Je třeba brát v patrnost, že žádná forma stylu výchovy není bezchybná a vždy se mohou objevit překážky. Naopak při pesimálním způsobu výchovy byl zjištěn pozitivní vliv na osobnost mladistvých v podobě větší nezávislosti na druhých, který je u optimálních forem absentní (Čáp & Boschek, 1998). Rodina je významným, přesto není jediným faktorem podílejícím se na rozvoji osobnosti dítěte. Vlastní iniciativa dítěte se jeví podobně důležitá jako jeho reakce vůči rodičům, které je zpětnovazebně ovlivňují (Čáp, 1999; Gillernová, 2004).

3.3 Možný vliv stylu výchovy v rodině na vznik mentální bulimie

Odborníci zkoumající problematiku PPP vysledovali u dívek před nástupem choroby určité společné charakterové rysy. Jejich přítomnost byla vztahována k jistému typu rodinného prostředí a výchovného řízení (Jedlička, 2003). Případové studie dvojice autorů Polivy a Herman (2002) hovoří o rodinách s výskytem PPP jako o hostilních s nezájmem o pacientovy citové potřeby, či naopak jako přehnaně pečujících. Rodinná dynamika a prostředí, zvláště její nízká koheze, expresivita a vyšší konfliktnost, se zdají být v rodinách pacientů s diagnostikovanou MB typické (Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka, 2003). Výsledek podporuje nejedna studie, kde sami bulimickí pacienti, potažmo jejich rodiče, vnímali, v porovnání s kontrolní skupinou nebulimických jedinců, své rodiny jako konfliktní, málo soudržné a emočně odtažené (Bardone et al., 2000). Oproti pacientům s mentální anorexií hodnotí své rodinné zázemí jako dysfunkčnější (Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik & Tocilj, 2005).

Ve studii 105 osob s MB se vysoká míra konfliktnosti zároveň pojila s omezenou možností vyjadřovat své pocity (Johnson & Flach, 1985). Řada významných českých psychoterapeutů se shoduje, že otevřený konflikt je v těchto rodinách často považován za nepatřičný, vyvolává obavu a tendenci potlačovat spontánnost projevu při hrozícím střetu názorů (Jedlička, 2003).

Neúspěch či selhání je v těchto rodinách vnímán většinou negativně, z čehož vyplývá pocit nutnosti plnit očekávání. Na jednu stranu je zde často citový odstup, na druhou stranu požadavek podílet se na obrázku spokojené rodiny. Z protichůdných signálů se obvykle začíná hromadit citové napětí (Maloney a Kranzová, 1997). Úzkost může být způsobena stupňujícím se vnitřním konfliktem a snahou vyhovět, plynoucí z důvodu přirozené závislosti na rodičích, na potřebě jejich péče a lásky. Zasloužení si lásky na základě poslušnosti může u dětí vést ke zvnitřnění názoru o její podmíněnosti. Děti si následně tvoří nerealistické ideály, se kterými se ztotožňují a ty, představují stavební kameny vlastního sebepojetí. Chování neodpovídající nárokům se může snadno evokovat s pocitem, že nebudou přijímány (Wedlichová, 2008).

Zkušenosti dívek s MB a jejich rodiči by se z řady studií zaměřených na psychopatologii těchto vztahů daly shrnout jako žárlivost, či vnímaná konkurence na straně matek, emoční odstup ze strany otců, kontrola a přehnané upírání pozornosti na stravování, tělesnou hmotnost a proporce od obou rodičů (Fassino, Amianto, Daga, Leombruni, Garzaro, Levi & Rovera, 2003). Od otců shledávají dívky s MB menší zájem, větší citový odstup a autoritativnější přístup, než jaký mají k jejich sestrám (Bonne, Lahat, Kfir, Berry, Katz & Bachar, 2003), dle poznatků kladou větší důraz na výkon a bývají nároční, přestože se na výchově příliš nepodílí (Maloney a Kranzová, 1997). Matka někdy bývá dívkami označována jako hlavní spouštěč nemoci. Buď je svým vzhledem odrazujícím příkladem, nebo se držním diet stává nevhodnou inspirací (Sládková & Vybíral, 2008). Zvláště od matek často postrádají bulimické pacienty dostatek zájmu a přisuzují jim své problematické dětství (Brownell & Walsh, 2017). Matky bývají popisovány na jedné straně jako ochranné, ale na druhé straně od nich dívky cítí méně vřelosti a přijetí (Bonne, Lahat, Kfir, Berry, Katz & Bachar, 2003), mohou se chovat nekongruentně a vnímaný nesoulad mezi vyřčeným a neverbálním projevem může vést u dívek k nedůvěře vlastním pocitům (Maloney a Kranzová, 1997).

Cyklus přejídání a očišťování je často spojován s vyrůstáním v hostilním a konfliktním rodinném prostředí, přesto může být rodina v těžkých chvílích i nápomocná. Randomizovaná kontrolovaná studie 80 pacientů s MB poukázala z hlediska statistického i klinického ve větší prospěch rodinné psychoterapie než psychoterapie podpůrné, která se zároveň pojila se znatelnější redukcí bulimických příznaků. Studie ukazuje na účinek přítomnosti rodičů na zmírnění závažného bulimického chování (Le Grange, Crosby, Rathouz & Leventhal, 2007). Některé

techniky mohou dokonce vést rodiče k náhledu na praktikovanou komunikaci v rodině a směřovat ji vhodnějším směrem (Čáp, 1999).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Teoretická část práce se zaměřuje na styl výchovy v rodině a sebepojetí. Řada výzkumů a odborných publikací poukazuje na významný vliv vztahu rodičů k dětem, což může mít následný dopad na jejich prožívání, chování a sebehodnocení i v dospělosti. Snahou výzkumného šetření bylo prozkoumat tuto oblast u specifické skupiny osob trpící mentální bulimií. Vzhledem k ověřování souvislosti mezi dvěma jevy, způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením, byl ke zkoumání zvolen kvantitativní výzkum, jehož jednotlivé části uvedu blíže v této kapitole. Účast na výzkumu byla dobrovolná a zcela anonymní. Všichni účastníci byli ujištěni, že získaná data budou využita pouze pro účely tohoto výzkumného šetření.

4.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem praktické části byla snaha o zjištění způsobu výchovy v rodině, jejích jednotlivých komponent a úrovně sebehodnocení u kohorty osob s mentální bulimií a následné prozkoumání vztahu těchto dvou jevů. Důraz byl kladen zejména na subjektivní pohled respondentů. Obecným záměrem byla snaha o lepší orientaci v této problematice a využití poznatků v praxi. Získaná data mohou být pilotní studií, která by mohla určit směr případného robustnějšího psychometrického šetření.

Na základě poznatků získaných studiem odborné literatury byly v rámci výzkumu vymezeny následující hypotézy:

H1: Respondentky trpící mentální bulimií vykazují nízkou úroveň sebehodnocení.

H2: V rodinách osob s mentální bulimií se vyskytují převážně výchovně styly nepříznivé nebo pesimální pro stabilitu i svědomitost jedince (odpovídající 1., 2. a 3 poli modelu devíti polí).

H3: Výchovné řízení otce má větší vliv na sebehodnocení osob s mentální bulimií než výchovný styl matky.

H4: Existuje souvislosti mezi subjektivně vnímaným způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením osob s mentální bulimií.

4.2 Charakteristika vzorku respondentů

Základní výzkumný soubor tvořily ženy ve věku od 18 let včetně. Horní věkový limit nebyl stanoven. Nejmladší ženě bylo 18 let, nejstarší 43 let. Věkový průměr ničil 26,5 let. K výzkumu byly ženy osloveny v Centru Anabell, z.ú., které se specializuje na pomoc osobám s poruchou příjmu potravy a jejich blízkým. Vybrány byly na základě osobní výpovědi a splnění diagnostických kritérií mentální bulimie dle MKN-10 (specifikována v kapitole 1.3).

Vzhledem k úzce zvolené cílové skupině a potřebě jistoty dobře vybrat respondenty, jsem se rozhodla vyvarovat volnému umístění dotazníku na sociální sítě a internetové blogy, které by mohly výzkumné šetření zkreslit. Nevýhoda tak může být spatřena ve velikosti výzkumného vzorku. Výzkumu se zúčastnilo celkem 31 žen (N=31) trpící mentální bulimií.

Tabulka č. 2: Věkové rozložení probandů

Věk	<20 let	20-30 let	>30 let	Celkem
Počet	3	22	6	31
Procent	10	71	19	100

Zdroj vlastní výzkum, N=31

Kontrolní skupinu tvořilo 31 žen (N=31) nad 18 let. Věkový průměr kontrolní skupiny byl 26,4 let. Snahou bylo co nejvíce se přiblížit věkovému rozložení zkoumaného souboru. U žádné z žen nebyla nikdy diagnostikována porucha příjmu potravy. V testu jídelních postojů (EAT-26) nebyla přesažena hodnota 20 bodů, jež je mezní hranicí symbolizující narušený vztah k jídlu, či nediodagnostikovanou poruchou příjmu potravy.

Návratnost dotazníků byla 100 %. Celkově bylo zpracováno 62 dotazníků.

4.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byla využita kvantitativní metoda a jako výzkumný nástroj byly zvoleny níže popsané dotazníky. Všechny ženy vyplnily Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Kontrolní skupina navíc obdržela test jídelních postojů – Eating Attitudes Test (EAT-26).

4.3.1 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině vytvořený autory Čápem a Boschkem (z roku 1994), jenž pracuje s modelem devíti polí (viz kapitola 3.1.3), je s oblibou využíván v pedagogicko-psychologické praxi. Jeho výhodou spatřuji v podávání informací nad rámec výchovného stylu rodiny. Umožňuje tak udělat si obrázek o vnímaných emočních vztazích či výchovném řízení v rodině z ryze subjektivního pohledu jedince a pochopit tak podstatu rodinných vztahů a dynamiky.

Dotazník obsahuje celkem 40 položek, stejných pro otce i pro matku, sloužících ke zjištění 4 komponentů výchovy (viz příloha 3.). Každý komponent (kladný, záporný, požadavků, volnosti) sytí 10 položek a je hodnocen na škále Ano – Zčásti – Ne (3-2-1). Kladný a záporný komponent určuje dimenzi emočního vztahu. Komponent požadavků a volnosti dimenzi výchovného řízení. Velkou výhodou je možnost pracovat s jednotlivými komponenty pro otce i matku odděleně. Data byla sbírána a vyhodnocována s pomocí příslušného manuálu.

4.3.2 Rosenbergova škála sebehodnocení

Ke zkoumání sebehodnocení byla zvolena Rosenbergova škála sebehodnocení (Self-esteem Scale) z roku 1965. Jedná se o časově nenáročnou metodu měřící globální vztah k vlastní osobě. Původně sloužila pro adolescentní věkovou skupinu, ale běžně se užívá u širší populace (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013). S výsledky jsem pracovala v souladu s originálním záměrem dotazníku jako unidimenzionálním ukazatelem sebehodnocení vypovídajícím o celkovém sebehodnocení (global self-esteem) jedince.

Škála je pouze desetipoložková a je na ní možné dosáhnout 30 bodů. Hodnota 10 je minimální dosažené skóre, hodnota 30 pak maximální dosažené skóre. Položky 1,2,4,6,7 jsou formulovány pozitivně, položky 3,5,8,9,10 jsou formulovány negativně.

Míra souhlasu s výrokem se vyjadřuje na 4 bodové škále (3-2-1-0) - naprosto souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, naprosto nesouhlasím. Bodové rozmezí 15-24 bylo hodnoceno jako normální sebehodnocení. Pod 15 bodů jako nízké sebehodnocení, nad 25 bodů jako sebehodnocení nadprůměrné.

4.3.3 EAT-26

Pro kontrolní skupinu byl zvolen test, navržený dvojicí autorů Garfinkel a Garner, zaměřený na zjištění postojů k jídlu. Zkrácená verze Eating Attitude Test (EAT-26) vznikla z původního originálu sestaveného v roce 1979 (Garner, 2011). Je jedním z nejužívanějších testů sloužících jako pomocná screeningová metoda k detekci poruch příjmu potravy. Ke stanovení diagnózy je však nutné podrobit osoby dalšímu vyšetření (Papežová, 2010).

Cílem využití EAT-26 bylo vyčlenit z kontrolní skupiny ženy inklinující k narušeným stravovacím návykům. Hranicí pro vyřazení ze skupiny bylo autory stanovené skóre nad 20 bodů včetně.

4.4 Sběr dat a jejich zpracování

Sběr dat probíhal v Praze od února 2018 do května téhož roku. Dotazníky v papírové podobě byly předány respondentům při osobním setkání. Z časových důvodů, některé účastnice preferovaly elektronickou formu dotazníku, kterou jsem vytvořila pomocí služby Survio. Všechny položky elektronického dotazníku byly nastaveny jako povinné, pro vyhnutí se případné absenci některých odpovědí. V průběhu jsem se nesetkala s žádnými dotazy ohledně nesrozumitelnosti zadání. Dotazníky byly vyplněny dobrovolně a zcela anonymně. Po skončení výzkumného šetření jsem participantkám poděkovala za jejich čas a ochotu při vyplňování.

Výzkumná data byla zpracována v programu SPSS s využitím testů, které jsou vhodné k práci s menším výzkumným vzorkem a porovnání dvou nezávislých skupin. Data byla pro lepší manipulaci nejprve převedena do digitální podoby v programu Microsoft Excel. Z psychometrických vlastností byla spočítána reliabilita dotazníků ve smyslu vnitřní konzistence na základě Cronbachova koeficientu alfa. Reliabilita Rosenbergovy škály sebehodnocení byla odhadnuta na 0.91, reliabilita dotazníku způsobu výchovy je

znázorněna v Tabulce č. 3. Relativně vysoké hodnoty zaručují dostatečnou spolehlivost jednotlivých subškál.

Statistiku jsem konzultovala a vyhodnocovala s nápomocí erudované osoby, která se profesně pohybuje v oblasti statistiky.

Tabulka č. 3: Reliabilita subškál dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

	Otec Cronbachovo α	Matka Cronbachovo α
Emoční vztah KLADNÝ	0.928	0.91
Emoční vztah ZÁPORNÝ	0,93	0,91
Výchovné řízení POŽADAVKŮ	0.864	0,81
Výchovné řízení VOLNOSTI	0,79	0,71

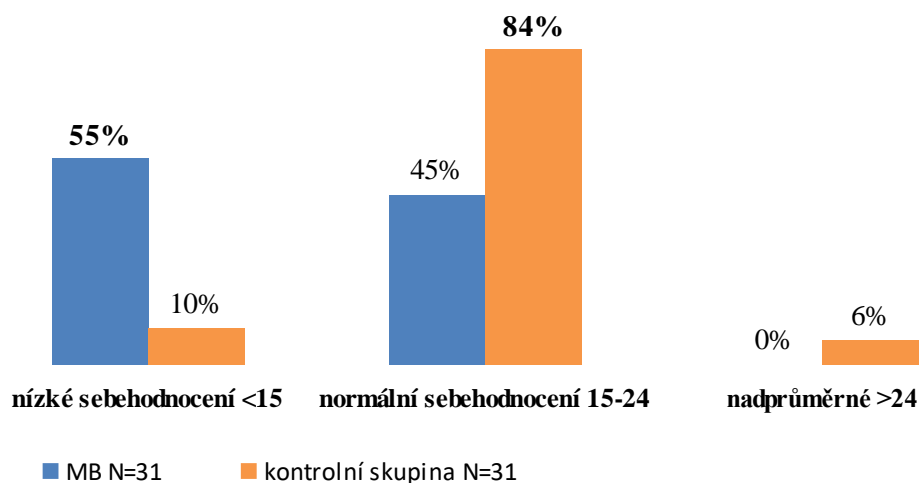
4.5 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola je věnována ověření stanovených hypotéz. Závěry vyplývají z výsledků výzkumu, z dat získaných pomocí dotazníkového šetření.

Sebehodnocení osob s mentální bulimií

H1: Respondentky trpící mentální bulimií vykazují nízkou úroveň sebehodnocení.

Graf č. 1: Sebehodnocení osob s mentální bulimií a kontrolní skupiny



Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Středem zájmu zde bylo posoudit úroveň sebehodnocení výzkumného vzorku. Průměrná hodnota sebehodnocení osob s mentální bulimií (MB) se pohybovala v pásmu podprůměru a činila 13 bodů. Průměrná hodnota sebehodnocení kontrolní skupiny (KS) byla 20 bodů. Nízké sebehodnocení se týkalo 55 % osob s MB oproti 10 % v KS. Normální úroveň sebehodnocení se vyskytovala u zbývajících respondentek s MB (45 %). Nadprůměrné sebehodnocení nevykazovala jediná osoba z výzkumného souboru. Přes malou robustnost vzorku bylo nízké sebehodnocení u MB statisticky významně ($p \leq 0,05$) nižší než u kontrolní skupiny. U tučně zvýrazněných hodnot v grafu č. 1 byla taktéž nalezena statistická významnost. Hypotéza H1 byla potvrzena.

Výchovný styl a jeho zastoupení v rodinách osob s mentální bulimií

H2: V rodinách osob s mentální bulimií se vyskytují převážně výchovné styly nepříznivé nebo pesimální pro stabilitu i svědomitost jedince (odpovídající 1., 2. a 3. poli modelu devíti polí).

Tabulka č. 4: Zastoupení jednotlivých forem způsobů výchovy v rodině

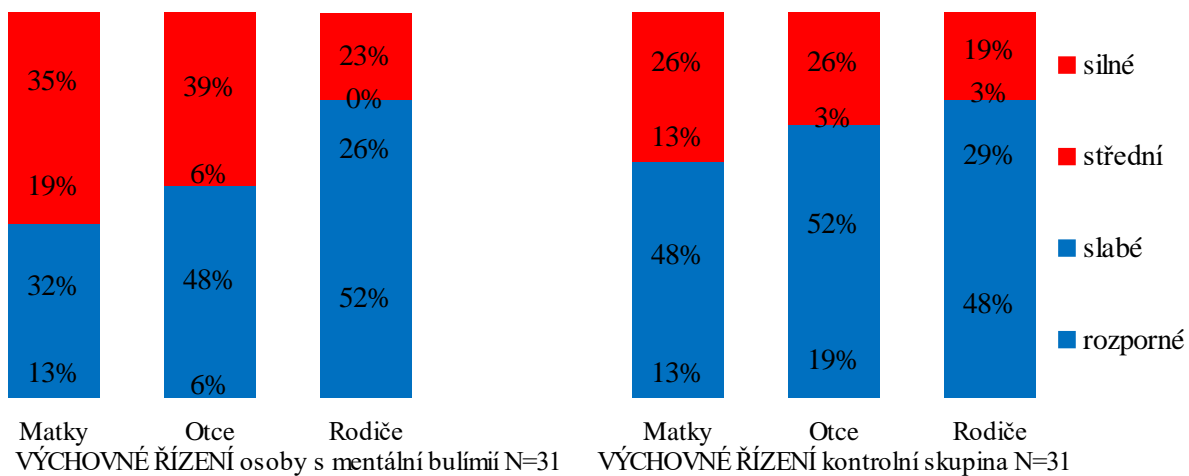
JEDNOTLIVÉ FORMY ZPŮSOBU VÝCHOVY V RODINĚ		MB	KS
1	výchova autokratická, autoritářská se záporným emočním vztahem	19%	16%
2	liberální výchova s nezájmem o dítě	10%	0%
3	problematická forma výchovy s rozporným řízením a záporným emočním vztahem	32%	26%
4	výchova přísná a přitom laskavá	3%	0%
5	optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	0%	3%
6	laskavá výchova bez požadavků a hranic	0%	13%
7	rozporné řízení relativně vyváжено kladným emočním vztahem	6%	10%
8	kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	6%	16%
9	výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný	23%	16%

Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Z výsledků zanesených do tabulky č. 4 si můžeme všimnout, že formy způsobu výchovy, které se vyznačují záporným emočním vztahem v rodině (odpovídající poli 1, 2, 3), byly zaznamenány u 61 % respondentů s MB. Způsoby výchovy v rodině označované autorem za příznivé nebo optimální pro svědomitost a stabilitu (odpovídající poli 4, 5, 8) byly vnímány 9 % osob s MB. Kladný a extrémně kladný emoční vztah v rodině (odpovídající poli 4, 5, 6, 7, 8) byl zachycen u 15 % výzkumné skupiny. Záporněkladný emoční vztah (pole 9) s výskytem 23 % ve skupině osob s MB měl spolu s polem 3 největší zastoupení. Společným znakem obou stylů je zároveň rozporné výchovné řízení. V přehledu výsledků samotného výchovného řízení, prezentovaných pro lepší přehlednost v tabulce č. 3, dominuje v rodině jako celku řízení rozporné z 52 %.

Pole 1 mělo poměrně vyrovnané procentuální zastoupení pro obě skupiny. Výsledek vhodný k prozkoumání je možné sledovat u pole 2 vyznačující se liberální výchovou s nezájmem o dítě, jehož zastoupení bylo 10 % oproti 0 % v KS.

Graf č. 2: Výchovné řízení matky, otce a v rodině jako celku



Zdroj: vlastní výzkum, N=31

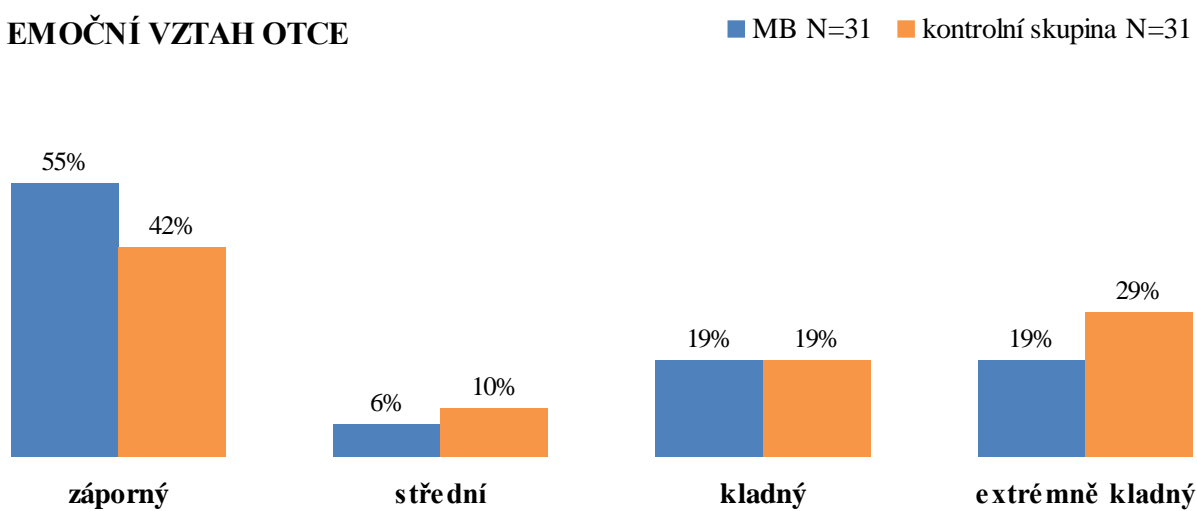
H2 nebylo možné vzhledem k velikosti vzorku a členitosti modelu statisticky potvrdit. V rámci výzkumného souboru tvoří výchovné styly nepříznivé nebo pesimální pro stabilitu i svědomitost jedince převažující většinu. (61 %).

Dimenze emočního vztahu a sebehodnocení

Nejprve se vyjadřuji k výsledkům dimenze emočního vztahu jednotlivých rodičů a rodině jako celku, posléze jsou výsledky dány do souvislosti se sebehodnocením zvolené cílové skupiny.

Graf č. 3: Emoční vztah otce

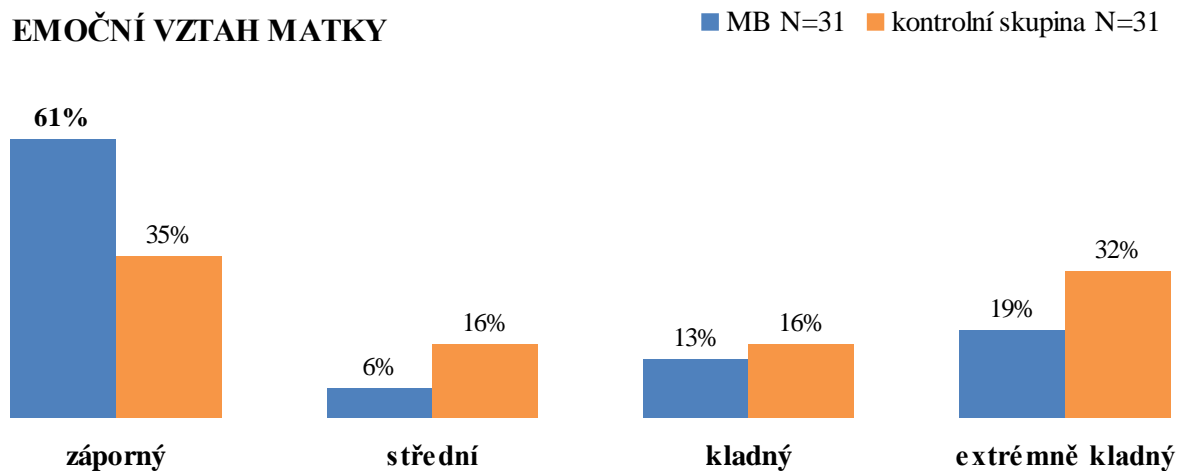
EMOČNÍ VZTAH OTCE



Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Z grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce registrovaným emočním vztahem otce byl vztah záporný (55 %), vztah kladný a extrémně kladný měl u skupiny MB vyrovnané zastoupení. Celkově se nenašel statisticky významný rozdíl, ženy z výzkumného souboru měly spolu s KS v dimenzi vypovídající o emočním vztahu otce relativně vyrovnané výsledky.

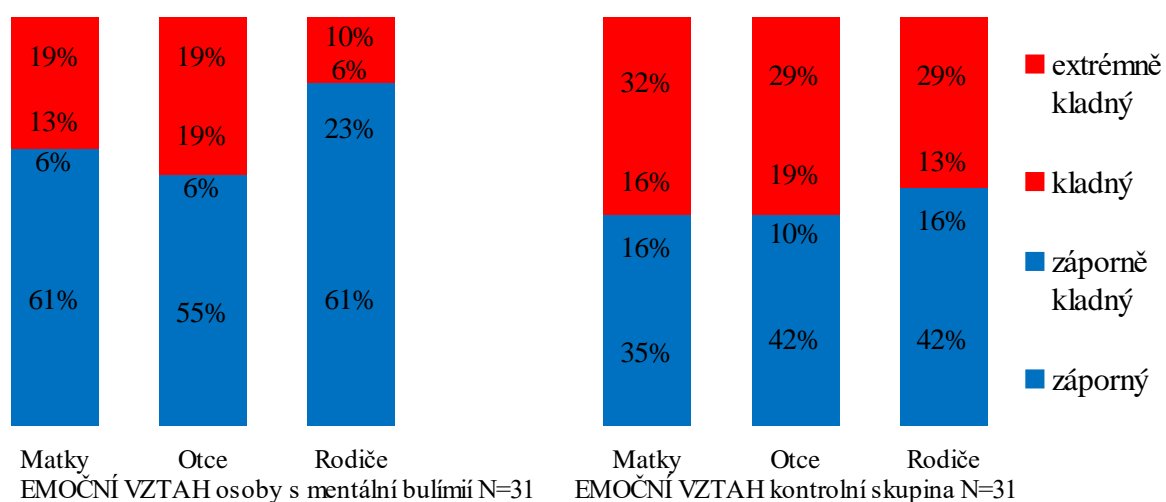
Graf č. 4: Emoční vztah matky



Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Ve skupině MB byl statisticky významně vyšší ($p \leq 0,05$) záporný emoční vztah matky (61 %) než u kontrolní skupiny (35 %). Vypovídají o tom výsledky prezentované v grafu č. 4.

Graf č. 5: Emoční vztah matky, otce a v rodině jako celku



Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Pro přehlednější srovnání výzkumné skupiny a KS slouží graf č. 5. Jak ve výzkumném souboru, tak v KS byl vždy procentuálně převažujícím emočním vztahem vztah záporný.

H3: Emoční vztah otce má větší vliv na sebehodnocení osob s mentální bulimií než emoční vztah matky.

Tabulka č. 5: Souvislost emočního vztahu a sebehodnocení

Emoční vztah	MB sebehodnocení			KS sebehodnocení		
	nízké	normální	nadprůměrné	nízké	normální	nadprůměrné
Matky						
záporný	13	6	0	1	10	0
střední	1	1	0	0	4	1
kladný	1	3	0	0	5	0
extrémně kladný	2	4	0	2	7	1
Otce						
záporný	10	7	0	2	11	0
střední	0	2	0	0	3	0
kladný	3	3	0	1	5	0
extrémně kladný	4	2	0	0	7	2
Rodičů						
záporný	12	7	0	1	12	0
střední	2	5	0	1	4	0
kladný	1	1	0	0	3	1
extrémně kladný	2	1	0	1	7	1

Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Z výše uvedené tabulky č. 4 vyjádřené v četnostech je možné usuzovat o větším vlivu matky na sebehodnocení než vlivu otce. Jako nejvýraznější je hodnocen jak u otce, tak u matky a rodiny celkově, průnik záporného emočního vztahu a nízkého sebehodnocení. H3 nebylo vzhledem k velikosti souboru a požadovanému třídění možné statisticky potvrdit.

O vnímaném emočním vztahu matky a otce lze dále uvažovat z posouzení individuálních výroků dotazníku způsobu výchovy v rodině (viz příloha č. 5). Tučně

zaznamenaná odpověď v jednotlivých výrocích byla statisticky významně vyšší ($p \leq 0,05$) než u KS. Níže jsou uvedeny tyto odpovědi respondentek s MB s výroky. Výroky sytí kladnou a zápornou komponentu emočního vztahu.

OTEC:

„Měl opravdový zájem o to, co dělám.“ - ne

„Důvěřoval mi.“ - ne

„Přál si, abych mu dala pokoj se svými problémy.“ - ano

MATKA

„Často jsme se spolu zasmály a měly dobrou náladu.“ - ne

„Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, brala ohled na moje návrhy a přání.“ - ne

„Důvěřovala mi.“ - ne

V položce „Důvěřoval/a mi.“ byla u obou rodičů shledána statisticky významně četnější odpověď ne než u KS. Odpověď na jmenované výroky, ať pozitivní nebo negativní, může mít určitý dopad na sebehodnocení respondentek. Lze tak soudit zvláště v případě, že jsou výsledky dotazníku založené na subjektivní výpovědi participantek.

Způsob výchovy v rodině a sebehodnocení

H4: Existuje souvislosti mezi subjektivně vnímaným způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením osob s mentální bulimií.

Tabulka č. 6: Způsob výchovy v rodině a sebehodnocení

ZPŮSOB VÝCHOVY V RODINĚ	MB sebehodnocení			KS sebehodnocení		
	nízké	normální	nadprůměrné	nízké	normální	nadprůměrné
1 výchova autokratická, autoritářská se záporným emočním vztahem	3	3	0	1	4	0
2 liberální výchova s nezájmem o dítě	2	1	0	0	0	0
3 problematická forma výchovy s rozporným řízením a záporným emočním vztahem	7	3	0	0	8	0
4 výchova přísná a přitom laskavá	0	1	0	0	0	0
5 optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	0	0	0	0	1	0
6 laskavá výchova bez požadavků a hranic	0	0	0	0	3	1
7 rozporné řízení relativně vyváženo kladným emočním vztahem	1	1	0	0	3	0
8 kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	2	0	0	1	3	1
9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný	2	5	0	1	4	0

Zdroj: vlastní výzkum, N=31

Největší zastoupení respondentek je možné spatřit na poli 3 (Tabulka č. 6), charakterizovaným problematickou formou výchovy s rozporným řízením a záporným emočním vztahem, při současném nízkém sebehodnocení. KS vykazuje téměř srovnatelné výsledky s tím rozdílem, že se pole 3 pojí s normální úrovní sebehodnocení. Druhý nejčastější způsob výchovy je dle zobrazení četnosti na poli 9 při současné normální úrovni sebehodnocení. H4 nebylo možné jednoznačně potvrdit. Výsledky nebyly staticky průkazné.

5 DISKUZE

Cílem mého výzkumného šetření bylo zmapovat oblast sebehodnocení a způsobu výchovy osob trpících mentální bulimií. Zpočátku u mne panovala obava, zda seženu dostatečné množství respondentek pro kvantitativní výzkum. S ohledem na choulostivost zkoumané problematiky vnímám celkový počet sebraných dat za čtvrtletní sběr dotazníků spíše jako alarmující. 31 respondentů je, bez volného uložení dotazníku na internet, poměrně velké množství a utvrzuje mne to v přesvědčení, že tato problematika je aktuální a rozhodně není zanedbatelná. 71 % respondentek byla ve věkovém rozmezí 20-30 let a s mentální bulimií bojovaly všechny již několik let. Právě dlouhodobý boj a zásah onemocnění do osobních vztahů bývá pohnutkou k léčbě. Jedna věc mě ovšem těší, rozdávání dotazníků probíhalo v Centru Anabell, z.ú., což značí, že si dané ženy šly aktivně pro pomoc a měly určitou motivaci ke změně.

Velkou výhodou jsem viděla ve využití dotazníků, které sledují subjektivní vnímání jak vlastní osoby, v případě Rosenbergovy škály sebehodnocení, tak ve vztahu k rodičům u Dotazníku Výchovy. Praxe mi odhaluje pouze část trápení této cílové skupiny, ale nízké sebehodnocení a komplikované vztahy v rodině se mi opakovaně jevily jako reálné pojitko. Hypotézy byly stanoveny na základě odborné literatury předložené v teoretické části.

V hypotéze H1 se shodovala má praxe s literaturou. Nízké sebehodnocení osob s mentální bulimií bylo i přes malý vzorek statisticky významně nižší (55 %) než u kontrolní skupiny (10 %). Často u dívek a žen s mentální bulimií vídám velké pracovní nasazení, které navenek velmi dobře maskuje hluboko zakořeněné nízké sebehodnocení. Usilovná snaha o dosahování úspěchu u nich ovšem často skrývá silnou vnitřní nejistotu.

Hypotéza H2 si všímá výskytu nepříznivých a pesimálních způsobů výchovy v rodině (pole 1, 2, 3), které mají dopad na stabilitu a svědomitost. Projevem tak může být například zvýšená úzkostnost, která je u osob s poruchou příjmu potravy velmi častá a dle výzkumu (Macek & Smékal, 2002) se pojí k právě oslovovaným prvním třem polím modelu. Tyto způsoby výchovy byly zachyceny z 61 %, z čehož lze vyvozovat, že převážná většina výzkumné skupiny pociťuje jistou nespokojenost s výchovným stylem, který byl vůči nim nastolen. Za další zaměření pozornosti stojí dle mého názoru pole s největším zastoupením – pole 3 (32 %) a 9 (23 %). Vyznačují se ambivalentním

přístupem rodičů, který si dávám do souvislosti s možnou narušenou komunikací v rodině. Podporuje to i řada výzkumů samotných rodin, jež samy hodnotí své rodiny jako konfliktní, málo soudržné a emočně odtažité (Bardone et al., 2000, Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka, 2003), což může přirozeně vést ke komunikační bariéře. Pole 2 se svými 10 % u skupiny s mentální bulimií oproti 0 % v kontrolní skupině, se jeví jako hodné dalšího zkoumání.

Při práci s osobami s mentální bulimií slyším poznámky, jak to bylo doma, co by si ten či onen rodič pomyslel o jejich chování a rozhodování. Naráží na téma váhy hodnocení od druhých, především ze strany rodiny a touhu splnit očekávání. Z těchto letmých komentářů je znát stále velký vliv rodičů na jednání, prožívání a sebehodnocení i v dospělosti. Přestože se v literatuře o mentální bulimii odkazuje na větší podíl otcovské role na dítě, výsledky šetření ukázaly statistickou významnost pouze u záporného emočního vztahu matky (61 %). Ve vztahu k sebehodnocení lze z četnosti opět uvažovat o větším vlivu matky než vlivu otce. Výsledky jsou v rozporu s hypotézou, ale v souladu s mou prozatímní praxí, což mě podporuje k dalšímu prozkoumávání této oblasti. Zajímavé dále je, že největší četnost mají jak výzkumná skupina, tak kontrolní skupina orientovanou u záporného emočního vztahu matky, otce i rodiny jako celku, pouze u skupiny s mentální bulimií je spjato s nízkým sebehodnocením a u kontrolní skupiny s normálním sebehodnocením. Dopad na sebehodnocení při totožném emočním vztahu k dítěti mě nutí uvažovat o možnosti snížené psychické odolnosti či vyšší iritabilitě osob s mentální bulimií, které jsou běžným doprovodem tohoto onemocnění.

Při vyhodnocování poslední hypotézy byla největším úskalím velikost výzkumné skupiny. Největší četnost mělo rozporné řízení se záporným emočním vztahem (pole 3) při současném nízkém sebehodnocení. Pro kontrolní skupinu taktéž pole 3 při normálním sebehodnocení. Výsledky jsou zajímavé, je ovšem nutné mít v patrnosti, že pro velikost vzorku nejsou zobecnitelné pro širší populaci.

Rodiče si často kladou otázku, co udělali špatně. Dávají si vinu. U výsledků si uvědomuji, jak obtížné musí být pro rodiče uchopit vhodný styl výchovy nebo změnit přístup, když způsob, který u jednoho dítěte může podporovat normální sebehodnocení, může mít u druhého podobu nízkého. Jsem si vědoma, že na onemocnění má vliv velké množství dalších faktorů, přesto se i s ohledem na studovanou literaturu přikláním

k názoru, že rodinné prostředí, a to zejména emoční vztahy v rodině, utváří ve významném měřítku hodnotu, kterou si osoby s mentální bulimií přikládají.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřovala na vnímaný styl výchovy v rodině a sebezpojetí u osob s mentální bulimií. Obecným cílem byla snaha o lepší orientaci v této problematice a možnost využití poznatků v praxi.

Teoretická část práce se věnovala třem hlavním oblastem. Úvod práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy, představuje základní pojmy, formy, diagnostiku a etiologii onemocnění. Následují kapitoly zasvěcené sebezpojetí, jeho vývoji a členění a závěrem způsoby výchovy s jejich vlivem na dítě. Jednotlivé kapitoly jsem mezi sebou propojila praktickými poznatky domácích i zahraničních autorů a souvisejícími výzkumy, tak aby utvářely přehledný základ pro výzkum.

V praktické části jsem blíže popsala své výzkumné šetření, které mělo za cíl prozkoumat vztah mezi způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením, jakožto dynamické složky sebezpojetí, očima specifické skupiny osob s mentální bulimií. Ke sběru dat byl využit Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a Rosenbergova škála sebehodnocení. Důraz byl kladen především na subjektivní hledisko nemocných, které má cennější výpovědní hodnotu než objektivní posouzení. Ze závěru navíc vyplýval rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou bez diagnostikované poruchy příjmu potravy.

Věřím, že zde bylo předneseno dostatečné množství podkladů k podpoření teorie o podílu způsobu výchovy rodiny na tvorbu sebezpojetí. Ač nebyly závěry v této podobě zobecnitelné na širokou populaci, vykazovaly řadu pro mne zajímavých zjištění. Výsledky šetření mi ukázaly, jakým směrem by bylo přínosnější se ubírat v případě dalších potenciálních výzkumů. Téma nízkého sebehodnocení by bylo možné pro svou statistickou průkaznost pravděpodobně opustit a systematičtěji a hlouběji bych se zaměřila na emoční vztah rodičů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní zdroje:

- Baraníková, Z., & Nesrstová, M. (2005). *Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů*. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 282-284.
- Bartáková, M. (2010). *Poruchy příjmu potravy*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 6(2), 24-25.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha, Česko: Grada.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha, Česko: Grada.
- Čačka, O. (2003). *Vývojové priority výchovy a duševní zdraví*. *Teachers And Health* 5, 5, 333-337.
- Čáp, J. (1999). *Styly rodinné výchovy*. *Psychologie Dnes*, 5(8), 23-25.
- Čáp, J., & Boschek, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině*. Brno, Česko: Psychodiagnostika, s.r.o.
- Čáp, J., & Boschek, P. (1998). *Způsob výchovy v rodině a osobnost dítěte*. *Psychológia A Patopsychológia Dieťaťa*, 33(1), 35-44.
- Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha, Česko: Portál.
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha, Česko: Karolinum.
- Fennell, M. J. V. (2014). *Jak překonat nízké sebevědomí: osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování*. Praha, Česko: Grada.
- Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů*. Praha, Česko: Grada.
- Gillernová, I. (2004). *Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek*. *Psychologické dny*, 5-6.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha, Česko: Portál.
- Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie* (Vyd. 4.). Praha, Česko: Portál.
- Chvála, V., & Trapková, L. (2014). *Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? Příspěvek k léčbě PPP*. *Psychiatrie Pro Praxi*, 15(1), 31-34. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>
- Jedlička, R. (2017). *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Praha, Česko: Grada.
- Klener, P. (2011). *Vnitřní lékařství* (4., přeprac. a dopl. vyd.). Praha, Česko: Karolinum.
- Krch, F. D. (2010a). *Poruchy příjmu potravy*. In *Vybrané kapitoly z klinické výživy I* (s. 161-168). Praha, Česko: Forsapi.

- Krch, F. D. (2010). Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In *Spektrum poruch příjmu potravy* (s. 343-350). Praha, Česko: Grada.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie-Jak bojovat s přejídáním* (3., doplněné a přepracované vydání). Praha, Česko: Grada.
- Krch, F. D. (2004). *Poruchy příjmu potravy–rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi, 1, 15-16.
- Kukla, L., & Velemínský, M. (2016). Děti a mladiství s psychickými poruchami a vývojovými nápadnostmi. In *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* (207-209). Praha, Česko: Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha, Česko: Grada.
- Macek, P., & Smékal, V. (2002). *Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno, Česko: Barrister & Principal.
- Maloney, M. & Kranz, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha, Česko: Nakladatelství Lidové noviny.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-) (2. aktualiz. vyd).* Praha: Bomton Agency.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie* (Vyd. 2. rozš. a přeprac.). Praha: Academia.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno, Česko: Akademické nakladatelství CERM.
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha, Česko: Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha, Česko: Psychiatrické centrum.
- Poledňová, I. (2009). *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy*. Brno, Česko: Masarykova univerzita.
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. Praha, Česko: Triton.
- Praško, J. (2007). *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha, Česko: Grada.
- Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha, Česko: Mladá fronta.
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha, Česko: Grada.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha, Česko: Hogrefe – Testcentrum.
- Sedláčková, D. (2009). *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha, Česko: Grada.

Sládková, I., & Vybíral, Z. (2008). *Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy*. *E-psychologie (E-psychology)*, 4(2), 13-23.

Slaměnik, I., & Výrost, J. (2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Praha, Česko: Grada.

Šulová, L. (1999). *Přijetí nové formy vlastního těla u dospívajícího jako základ sebepojetí*. In 7. Celostátní Kongres K Sexuální Výchově V ČR. Pardubice, 14.-16.10.1999. Sborník Referátů, 63-65. Praha, Česko: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu.

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha, Česko: Portál.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha, Česko: Portál.

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. 2., rozš. a přeprac.). Praha, Česko: Karolinum.

Wedlichová, I. (2008). *Sebepojetí dospívajících a způsob výchovy v rodině*. Ústí nad Labem, Česko: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.

Internetové zdroje:

Anderson, L. K., Murray, S. B., & Kaye, W. H. (Eds.). (2017). *Clinical Handbook of Complex and Atypical Eating Disorders*. Oxford University Press. Dostupné z <https://books.google.cz/books?id=uF0vDwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=Clinical%20Handbook%20of%20Complex%20and%20Atypical%20Eating%20Disorders&hl=cs&pg=PR5#v=onepage&q=Clinical%20Handbook%20of%20Complex%20and%20Atypical%20Eating%20Disorders&f=false>

Bardone, A. M., Vohs, K. D., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F., & Joiner Jr, T. E. (2000). *The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: Clinical implications*. *Behavior Therapy*, 31(2), 265-280. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80015-5

Baumeister, R. F. (Ed.). (2013). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. Springer Science & Business Media. doi: 10.1007/978-1-4684-8956-9

Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). *Risk factors for eating disorders in adolescents*. *European child & adolescent psychiatry*, 13(5), 287-294. doi: 10.1007/s00787-004-0407-x

Becker, A., Burwell, R., Herzog, D., Hamburg, P., & Gilman, S. (2002). *Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls*. *British Journal of Psychiatry*, 180(6), 509-514. doi: 10.1192/bjp.180.6.509

Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G., & Cierpka, M. (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 323-336. doi: 10.1348/147608303322362532

Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E. M., Katz, M., & Bachar, E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(3), 244-254. doi: 10.1521/psyc.66.3.244.25154

Botta, R. A., & Dumlao, R. (2002). How Do Conflict and Communication Patterns Between Fathers and Daughters Contribute To or Offset Eating Disorders?. *Health Communication*, 14(2), 199-219. doi: 10.1207/S15327027HC1402_3

Brownell, K. D., & Walsh, B. T. (Eds.). (2017). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Publications.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-Q

Campbell, J. D., & Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F. Baumeister (Ed.), *Plenum series in social/clinical psychology. Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 3-20). New York, NY, US: Plenum Press. Dostupné z: http://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4684-8956-9_1

Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D., & Alonso, Y. (2003). *Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study*. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.10147>

Demo, D. H. (1992). *The self-concept over time: Research issues and directions*. *Annual review of sociology*, 18(1), 303-326. doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001511

Easter, M. M. (2012). "Not all my fault": *Genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders*. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1408-1416. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495131/>

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, 54(6), 509-517. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830180015003

Fassino, S., Amianto, F., Daga, G. A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M., & Rovera, G. G. (2003). *Bulimic family dynamics: role of parents' personality—a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 70-77. doi: 10.1053/comp.2003.50007

- Garner, D. M. (2011, 20. června). *Eating Attitude test: Scoring and Interpretation*. Dostupné z: <http://www.eat-26.com/Docs/EAT-26IntpretScoring-Test-3-20-10.pdf>
- Harter, S. (1993). *Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents*. In *Self-esteem* (s. 87-116). Springer, Boston, MA. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_5
- Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 128. doi: 10.1037/0022-3514.82.1.128
- Herz, L., & Gullone, E. (1999). The relationship between self-esteem and parenting style: A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30(6), 742-761. doi: 10.1177/0022022199030006005
- Huitt, W. (2009). Self-concept and self-esteem. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University. Dostupné z: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/self.html>
- Johnson, C., & Flach, A. (1985). *Family characteristics of 105 patients with bulimia*. The American journal of psychiatry. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/record/1986-09559-001>
- Joiner Jr, T. E., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). *Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model*. *Journal of abnormal Psychology*, 106(1), 145. Dostupné z: http://sites.dartmouth.edu/thlab/files/2010/10/97_Joiner_etal_JAP_106.pdf
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W., & Strober, M. (2000). *Anorexia and bulimia nervosa*. *Annual Review of Medicine*, 51(1), 299-313. doi: 10.1146/annurev.med.51.1.299
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). *Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27662598>
- Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína Pro Praxi*, 4(10), 420-422. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/02.pdf>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2013). *Poruchy příjmu potravy vyžadují spolupráci odborníků*. *Medical Tribune*, 9(18). Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2013). High self-esteem prospectively predicts better work conditions and outcomes. *Soc. Psychol. Pers. Sci.* 4, 668–675. doi: 10.1177/1948550613479806
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). *A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482418>

- Macek, P., & Osecká, L. (1996). *Sebesystém adolescentů a jejich hodnocení rodičů: psychosémantický přístup*. Dostupné z: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114256/P_Psychologica_01-1996-1_7.pdf?sequence=1
- Marsh, H. W. (1996). *Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifactors?*. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 810. doi: 10.1037/0022-3514.70.4.810
- Mond, J. M., Myers, T. C., Crosby, R. D., Hay, P. J., & Mitchell, J. E. (2010). *Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still?*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 56-63. doi: 10.1007/s10880-009-9180-9
- Morin, A. & Famira, R. (2018). *Dynamic self-processes*. Department of Psychology, Mount Royal University, Calgary (Alberta), Canada. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323687893_Dynamic_self-processes
- Nicholls, D., & Viner, R. (2005). *ABC of adolescence: Eating disorders and weight problems*. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7497), 950. doi: 10.1136/bmj.330.7497.950
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). *Causes of eating disorders*. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi: 10.1515/9781400876136
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). *Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes*. *American sociological review*, 141-156. doi: 10.2307/2096350
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2005). *The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 135-141. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/8001750_The_Role_of_Stress_in_the_Association_between_Low_Self-Esteem_Perfectionism_and_Worry_and_Eating_Disorders
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). *Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies*. *Psychological bulletin*, 139(1), 213. doi: 10.1037/a0028931
- Stackeová, D. (2007). *Tělesné sebezpečení v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění*. *Psychosom*, 5(2), 47-55. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2007-2.pdf>
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). *Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders*. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. doi: 10.1002/erv.615
- von Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvaalem, I. L. (2016). *The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592. doi: 10.1037/pspp0000060

Wonderlich, S., Mitchell, J., & Steiger, H. (2005). *Annual Review of Eating Disorders 2005*. Radcliffe Publishing. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=3UxWDwAAQBAJ&pg=PT280&lpg=PT280&dq=Annual+Review+of+Eating+Disorders+2005&source=bl&ots=eI0fQw5th2&sig=AtDh-OKIEEK_g3BZuC9bc26r05c&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiZn6mfzKvcAhULBsAKHZGjCx4Q6AEIUjAF#v=onepage&q=bulimia&f=false

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Model devíti polí způsobu výchovy

Tabulka 2. Věkové rozložení probandů

Tabulka 3. Reliabilita subškál dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Tabulka 4. Zastoupení jednotlivých forem způsobů výchovy v rodině

Tabulka 5. Souvislost emočního vztahu a sebehodnocení

Tabulka 6. Způsob výchovy v rodině a sebehodnocení

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Sebehodnocení osob s mentální bulimií a kontrolní skupiny

Graf 2. Výchovné řízení matky, otce a v rodině jako celku

Graf 3. Emoční vztah otce

Graf 4. Emoční vztah matky

Graf 5. Emoční vztah matky, otce a v rodině jako celku

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1

Slovník zkratk

BI – body image, tělesný rozměr

EAT – Eating Attitudes Test

KS – kontrolní skupina

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

PPP – porucha příjmu potravy

Příloha 2

Rosenbergova škála sebehodnocení

Zaškrtněte prosím 1 políčko, které nejlépe vyjadřuje Váš postoj k danému výroku.

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
1. Mám pocit, že jsem jako člověk přinejmenším stejně hodnotný stejně dobrý, jako ostatní.				
2. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.				
3. Celkově mívám tendenci považovat se za neúspěšného člověka.				
4. Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře, jako většina ostatních lidí.				
5. Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdý.				
6. Mám k sobě kladný vztah.				
7. Celkově jsem se sebou spokojený.				
8. Chtěl bych si sám sebe více vážit.				
9. Občas mám dost pocit, že nejsem užitečný.				
10. Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožný.				

Příloha 3

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

V následujícím dotazníku vyznačte u každé otázky křížek (X) v jednom sloupci pro OTCE a v jednom sloupci pro MATKU. Nevynechejte žádnou řádku. Nepřemýšlejte dlouho, žádná odpověď není chybná.

OTEC

MATKA

Ano	Zčásti	Ne		Ano	Zčásti	Ne
			1. Měl(a) opravdový zájem o to, co dělám.			
			2. Vyčítal(a) mi, že jsem ho (ji) zklamal(a).			
			3. Podrobně mi určoval(a), jak mám co dělat.			
			4. Nechal(a) mě dělat, co mě baví, i když jsem měl(a) pomáhat v domácích pracích.			
			5. Jednal(a) se mnou přátelsky.			
			6. Přál(a) si, abych mu (jí) dal pokoj se svými problémy.			
			7. Chtěl(a) vždy přesně vědět, co a jak dělám.			
			8. Velmi málo kontroloval(a) splnění příkazů a dodržování zákazů.			
			9. Považoval(a) za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měl(a) rád(a).			
			10. Říkal(a) mi, že jsem nevděčný syn (nevděčná dcera).			
			11. Očekával(a), že ho (ji) okamžitě poslechnu.			
			12. Často se mi podařilo umluvit ho (ji) a tak se vyhnout povinnosti nebo trestu.			
			13. Bral(a) vážně mé názory a přání.			
			14. Říkal(a) často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já.			
			15. Snažil(a) se rozhodovat za mne.			
			16. Často jsem si mohl(a) dělat, co jsem chtěl(a).			
			17. Často jsme se spolu zasmáli a měli dobrou náladu.			
			18. Choval(a) se ke mně chladně, málo přátelsky.			

		19. Stále mi něco přikazoval(a) a zakazoval(a).			
		20. Byl ochoten (byla ochotna) zastávat se mne, když jsem něco neuměl(a) nebo něco provedl(a).			
		21. Když se mi něco nepovedlo, snažil(a) se mě povzbudit a pomoci mi.			
		22. Připomínal(a) mi, jak se pro mě obětoval(a) a kolik toho pro mne učinil(a).			
		23. Byl(a) ke mně velmi přísný(á).			
		24. Nechal(a) mě chodit, kam se mi líbí.			
		25. Bylo pro mě příjemné dělat s ním (s ní) společně nějakou práci.			
		26. Stěžoval(a) si na mne.			
		27. Často mluvil(a) o mých chybách.			
		28. Dával(a) mi hodně dárků nebo peněz.			
		29. Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, bral(a) ohled na moje návrhy a přání.			
		30. Často na mne křičel(a) a rozčiloval(a) se.			
		31. Přísně mě trestal(a).			
		32. Nechal(a) mě, abych chodil(a) k jídlu a spát v takovou dobu, kdy mi to vyhovovalo.			
		33. Důvěřoval(a) mi.			
		34. Zesměšňoval(a) mé názory.			
		35. Zakazoval(a) mi běhat venku s dětmi, a dělat to, co ostatní děti.			
		36. Omlouval(a) a chránil(a) mě, když mě druhý z rodičů huboval a chtěl mě potrestat.			
		37. Když ve volné čase něco podnikal(a) společně se mnou, působilo mu (jí) to radost.			
		38. Stále mě z něčeho podezíral(a).			
		39. Přísně požadoval(a), abych měl(a) jen nejlepší školní prospěch.			
		40. Spokojil(a) se s mou výmluvou i když šlo o něco vážného.			

Příloha 4

Dotazník EAT-26

Uveďte prosím možnost, která nejlépe vystihuje Vaše pocity (označte jedno okénko v každém řádku).

		vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.	Mám hrůzu z nadváhy.						
2.	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.						
3.	Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.						
4.	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.						
5.	Krájím jídlo na malé kousky.						
6.	Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7.	Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)						
8.	Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.						
9.	Po jídle zvracím.						
10.	Po jídle se cítím velmi provinile.						
11.	Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší.						
12.	Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.						
13.	Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).						
14.	Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.						
15.	Jídlo mi trvá déle než statním.						
16.	Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr.						
17.	Jím dietní jídla.						
18.	Cítím, že jídlo ovládá můj život.						
19.	Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.						
20.	Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.						

21.	Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.						
22.	Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.						
23.	Držím diety.						
24.	Mám rád/a prázdný žaludek.						
25.	Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.						
26.	Po jídle mívám nucení ke zvracení.						

Příloha 5

Dotazník způsobů výchovy – výroky MATKA

MATKA	MB			KS		
	Ne	Zčásti	Ano	Ne	Zčásti	Ano
1. Měla opravdový zájem o to, co dělám.	25%	30%	45%	6%	26%	68%
5. Jednala se mnou přátelsky.	10%	30%	60%	6%	29%	65%
9. Považovala za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měla ráda.	30%	30%	40%	13%	32%	55%
13. Brala vážně mé názory a přání.	35%	30%	35%	13%	29%	58%
17. Často jsme se spolu zasmály a měly dobrou náladu.	25%	25%	50%	6%	23%	71%
21. Když se mi něco nepovedlo, snažila se mě povzbudit a pomoci mi.	25%	30%	45%	3%	32%	65%
25. Bylo pro mě příjemné dělat s ní společně nějakou práci.	25%	10%	65%	6%	42%	52%
29. Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, brala ohled na moje návrhy a přání.	35%	15%	50%	10%	35%	55%
33. Důvěřovala mi.	20%	25%	55%	3%	29%	68%
37. Když ve volném čase něco podnikala společně se mnou, působilo jí to radost.	10%	25%	65%	0%	13%	87%
2. Vyčítala mi, že jsem ji zklamala.	65%	15%	20%	68%	19%	13%
6. Přála si, abych jí dala pokoj se svými problémy.	70%	20%	10%	84%	16%	0%
10. Říkala mi, že jsem nevděčná dcera.	55%	5%	40%	74%	10%	16%
14. Říkala často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já.	60%	25%	15%	77%	10%	13%
18. Chovala se ke mně chladně, málo přátelsky.	50%	25%	25%	84%	6%	10%
22. Připomínala mi, jak se pro mě obětovala a kolik toho pro mne učinila.	45%	20%	35%	65%	16%	19%
26. Stěžovala si na mne.	45%	25%	30%	71%	19%	10%
30. Často na mě křičela a rozčilovala se.	50%	20%	30%	68%	16%	16%
34. Zesměšňovala mé názory.	75%	10%	15%	81%	13%	6%
38. Stále mě z něčeho podezírala.	60%	25%	15%	74%	19%	6%
3. Podrobně mi určovala, jak mám co dělat.	40%	25%	35%	45%	42%	13%
7. Chtěla vždy přesně vědět, co a jak dělám.	45%	30%	25%	26%	48%	26%
11. Očekávala, že ji okamžitě poslechnu.	5%	40%	55%	23%	39%	39%
15. Snažila se rozhodovat za mne.	40%	50%	10%	52%	26%	23%
19. Stále mi něco přikazovala a zakazovala.	45%	40%	15%	65%	19%	16%
23. Byla ke mně velmi přísná.	55%	35%	10%	48%	39%	13%
27. Často mluvila o mých chybách.	55%	20%	25%	68%	23%	10%
31. Přísně mě trestala.	70%	15%	15%	77%	10%	13%
35. Zakazovala mi běhat venku s dětmi, a dělat to, co ostatní děti.	80%	15%	5%	84%	16%	0%
39. Přísně požadovala, abych měla jen nejlepší školní prospěch.	30%	40%	30%	35%	48%	16%
4. Nechala mě dělat, co mě baví, i když jsem měla pomáhat v domácích pracích.	30%	45%	25%	19%	39%	42%
8. Velmi málo kontrolovala splnění příkazů a dodržování zákazů.	45%	45%	10%	65%	23%	13%
12. Často se mi podařilo umluvit ji a tak se vyhnout povinnosti nebo trestu.	40%	35%	25%	39%	39%	23%
16. Často jsem si mohla dělat, co jsem chtěla.	35%	30%	35%	29%	48%	23%
20. Byla ochotna zastávat se mne, když jsem něco neuměla nebo něco provedla.	25%	40%	35%	19%	26%	55%
24. Nechala mě chodit, kam se mi líbí.	35%	35%	30%	42%	39%	19%
28. Dávala mi hodně dárků nebo peněz.	50%	30%	20%	52%	29%	19%
32. Nechala mě, abych chodila k jídlu a spát v takovou dobu, kdy mi to vyhovovalo.	55%	10%	35%	45%	39%	16%
36. Omlouvala a chránila mě, když mě druhý z rodičů huboval a chtěl mě potrestat.	50%	35%	15%	35%	39%	26%
40. Spokojila se s mou výmluvou i když šlo něco vážného.	60%	20%	20%	65%	26%	10%

Z-test (compare column proportions): Results are based on two-sided tests assuming equal variances with significance level 0.05. For each significant pair, the key of the smaller category appears under the category with larger mean.

Příloha 6

Dotazník způsobů výchovy – výroky OTEC

OTEC	MB			KS		
	Ne	Zčásti	Ano	Ne	Zčásti	Ano
1. Měl opravdový zájem o to, co dělám.	45%	15%	40%	16%	35%	48%
5. Jednal se mnou přátelsky.	10%	35%	55%	6%	35%	58%
9. Považoval za důležité vše, co mne zajímalo a co jsem měla ráda.	40%	10%	50%	16%	23%	61%
13. Bral vážně mé názory a přání.	30%	20%	50%	13%	39%	48%
17. Často jsme se spolu zasmáli a měli dobrou náladu.	10%	40%	50%	13%	29%	58%
21. Když se mi něco nepovedlo, snažil se mě povzbudit a pomoci mi.	35%	20%	45%	16%	32%	52%
25. Bylo pro mě příjemné dělat s ním společně nějakou práci.	20%	35%	45%	16%	35%	48%
29. Když se u nás doma uvažovalo o tom, co dělat v neděli nebo o dovolené, nebo co koupit, bral ohled na moje návrhy a přání.	30%	20%	50%	16%	42%	42%
33. Důvěřoval mi.	30%	25%	45%	3%	42%	55%
37. Když ve volném čase něco podnikal společně se mnou, působilo mu to radost.	10%	30%	60%	3%	10%	87%
2. Vyčítal mi, že jsem ho zklamala.	70%	5%	25%	74%	13%	13%
6. Přál si, abych mu dala pokoj se svými problémy.	60%	10%	30%	68%	26%	6%
10. Říkal mi, že jsem nevděčná dcera.	75%	10%	15%	71%	19%	10%
14. Říkal často o některém dítěti nebo o mém sourozenci, že je lepší než já.	70%	5%	25%	81%	10%	10%
18. Choval se ke mně chladně, málo přátelsky.	65%	10%	25%	68%	23%	10%
22. Připomínal mi, jak se pro mě obětoval a kolik toho pro mne učinil.	80%	5%	15%	71%	13%	16%
26. Stěžoval si na mne.	65%	15%	20%	74%	10%	16%
30. Často na mě křičel a rozčíloval se.	55%	25%	20%	55%	29%	16%
34. Zesměšňoval mé názory.	70%	15%	15%	77%	13%	10%
38. Stále mě z něčeho podezíral.	70%	20%	10%	74%	16%	10%
3. Podrobně mi určoval, jak mám co dělat.	55%	20%	25%	39%	35%	26%
7. Chtěl vždy přesně vědět, co a jak dělám.	55%	30%	15%	29%	55%	16%
11. Očekával, že ho okamžitě poslechnu.	20%	30%	50%	19%	19%	61%
15. Snažil se rozhodovat za mne.	50%	30%	20%	39%	39%	23%
19. Stále mi něco příkazoval a zakazoval.	70%	20%	10%	55%	19%	26%
23. Byl ke mně velmi přísný.	45%	30%	25%	42%	35%	23%
27. Často mluvil o mých chybách.	50%	35%	15%	71%	10%	19%
31. Přísně mě trestal.	70%	20%	10%	68%	26%	6%
35. Zakazoval mi běhat venku s dětmi, a dělat to, co ostatní děti.	90%	10%	0%	87%	10%	3%
39. Přísně požadoval, abych měla jen nejlepší školní prospěch.	50%	25%	25%	45%	39%	16%
4. Nechal mě dělat, co mě baví, i když jsem měla pomáhat v domácích pracích.	30%	25%	45%	19%	42%	39%
8. Velmi málo kontroloval splnění příkazů a dodržování zákazů.	45%	20%	35%	42%	32%	26%
12. Často se mi podařilo umluvit ho a tak se vyhnout povinnostem nebo trestu.	45%	25%	30%	32%	45%	23%
16. Často jsem si mohla dělat, co jsem chtěla.	35%	25%	40%	19%	52%	29%
20. Byl ochoten zastávat se mne, když jsem něco neuměla nebo něco provedla.	30%	40%	30%	19%	32%	48%
24. Nechal mě chodit, kam se mi líbí.	40%	40%	20%	35%	45%	19%
28. Dával mi hodně dárků nebo peněz.	35%	40%	25%	45%	39%	16%
32. Nechal mě, abych chodila k jídlu a spát v takovou dobu, kdy mi to vyhovovalo.	25%	20%	55%	39%	42%	19%
36. Omlouval a chránil mě, když mě druhý z rodičů huboval a chtěl mě potrestat.	50%	30%	20%	32%	45%	23%
40. Spokojil se s mou výmluvou i když šlo něco vážného.	55%	30%	15%	48%	39%	13%

Z-test (compare column proportions): Results are based on two-sided tests assuming equal variances with significance level 0.05. For each significant pair, the key of the smaller category appears under the category with larger mean.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Tereza Pechová

Studijní program: Psychologie (Bc.)

Název práce: Souvislost stylu výchovy v rodině a sebepojetí u osob s mentální bulimií

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková

Rok dokončení práce: 2018

Počty znaků hlavního textu práce: 61 250

Celkový počet znaků: 82 177

Přímé citace: s mezerami 359

Ostatní text: 20 927

Text práce ve formátu PDF: Pechová-Bakalářská-práce

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Tereza Pechová

Obor studia: psychologie

Název práce: Souvislost stylu výchovy v rodině a sebepojetí u osob s mentální bulimií

Vedoucí/oponent práce: PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 56

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 45 odborných publikací + 43 internetových zdrojů

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

1			
---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

1			
---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1			
---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1			
---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1			
---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1			
---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1			
---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1			
---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1			
---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1			
---	--	--	--

Naplnění cílů práce

1			
---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1			
---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1			
---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	2			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	2			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakou formu terapie byste zvolila u osob s MB se sníženým sebepojetím?

Jaká je optimální terapie u osob s MB s prokázaným pesimálním výchovným stylem v rodině?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka ve své bakalářské práci prokázala velmi dobrou schopnost orientace v odborné literatuře a v práci s ní, odborné poznatky vhodně propojila s praktickými vycházejícími z její odborné praxe. Teoretická část práce je velmi dobře strukturována, jednotlivé kapitoly jsou vyvážené a logicky na sebe navazující. Pozitivně hodnotím využití velkého množství odborné literatury naší i zahraniční. Praktická část je po stránce metodologické rovněž na odpovídající úrovni, velmi dobře zpracovaná, pozitivně hodnotím přehledné tabulky a grafy dokladující výzkumná zjištění. Autorka měla určité potíže se statistickou průkazností svých výsledků, vlivem menšího počtu respondentů, což je ale dané citlivostí zvoleného tématu. Zpracování zjištěných výsledků je stručnější, ale přehledné. Pozitivně hodnotím dobře zpracovanou diskuzi.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborně (1)

Datum, podpis: 6. 9. 2018



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Tereza Pechová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Souvislost stylu výchovy v rodině a sebepojetí u osob s mentální bulimií

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počty znaků hlavního textu práce: 61 250

Celkový počet znaků: 82 177

Přímé citace: s mezerami 359

Ostatní text: 20 927

Počet titulů v seznamu literatury:

Počet titulů české literatury a pramenů: nevedeno

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: nevedeno

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		x	.	
--	--	---	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Objasněte použití dotazníku pro zjišťování způsobů výchovy v rodině pro dospělou populaci bez standardizace

Uveďte překvapivé zjištění ve Vašem výzkumu

Návrh dalšího výzkum. záměru na základě Vašich výsledků

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka bakalářské práce se věnuje tématu: „Souvislost stylu výchovy v rodině a sebepojetí u osob s mentální bulimií“

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol: Problematika poruch příjmu potravy, Sebepojetí, Výchova v rodině.

Kapitoly jsou zpracovány precizně, systematicky. Oceňuji práci s odbornou literaturou a zpracování teorie s použitím informací o výzkumech k danému tématu.

Odborný text je čtivý a strukturovaný, kapitoly na sebe přirozeně navazují a dávají tak ucelený komplex. Po formální stránce je práce v pořádku až na malé nesrovnalosti.

V praktické části si dala autorka za cíl prozkoumat vztah mezi způsobem výchovy v rodině a sebehodnocením, jakožto dynamické složky sebepojetí. Na základě teorie a výzkumů byly stanoveny hypotézy. Respondentkami výzkumu byly ženy s dg. mentální bulimií ve věku 18-43 let.

V práci byly použity tři dotazníky: Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině a Rosenbergova škála sebehodnocení. A také dotazník pro kontrolní skupinu: Test jídelních postojů (EAT-26)

Praktická část práce je detailně zpracována, jasně vymezuje cíl, hypotézy, výzkumný vzorek, použité metody i způsob statistického zpracování dat.

Práce přináší zajímavé výsledky a celkově hodnotím bakalářskou práci jako zdařilou.

Bohužel jako kritické místo ve výzkumné části vnímám nesrovnalost, která není autorkou vysvětlena ani nijak interpretována ve výsledcích výzkumu. Autorka v práci uvádí - a také použila - standardizovaný dotazník – T-17 – Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy. Dotazník je standardizovaný pro děti a mladistvé. Autorka ho ale použila pro dospělé respondentky bez vysvětlení a možných rizik a chyb ve výsledcích a následné interpretaci dat a celkového ovlivnění metodologického designu.

Tuto skutečnost je nutné vysvětlit a obhájit před zkušební komisí.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2

Datum, podpis: 1.9.2018

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.