

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**Stravovací poruchy v pubescentním věku**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Markéta Lukasová**

*Výchova ke zdraví*

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

**Plzeň, 2014**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 13. dubna 2014

.....  
vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala zejména paní PhDr. Lence Novotné za odborné vedení a pomoc při vypracování této bakalářské práce, dále pak také všem respondentům, kteří s ochotou vyplnili dotazníky a dívce, která s ochotou poskytla kazuistiku.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta pedagogická  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta LUKASOVÁ**  
Osobní číslo: **P11B0127P**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Výchova ke zdraví**  
Název tématu: **Stravovací poruchy v pubescentním věku**  
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Shromáždění odborné literatury o zkoumané problematice.
2. Zpracování teoretické části práce se zaměřením na koncepci poruch příjmu potravy, etiologii a symptomatologii.
3. Příprava předvýzkumu, stanovení cílů a hypotéz.
4. Předvýzkum, ověření zvolených technik.
5. Výzkum a jeho realizace na vybraném vzorku respondentů.
6. Závěr.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: **90**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**  
Seznam odborné literatury:

1. **KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.**
2. **PEPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.**
3. **GERHARD, Leibold. Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.**
4. **NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.**
5. **KRCH, František David. Bulimie – Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2130.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lenka Novotná**  
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **19. dubna 2013**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**

Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.  
děkanka

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.  
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. května 2013

**OBSAH**

ÚVOD.....	8
1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ JAKO TEORETICKÝ VSTUP DO PROBLEMATIKY .....	10
1.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ .....	10
1.2 OBDOBÍ PUBESCENCE .....	13
2 VYMEZENÍ STRAVOVACÍCH PORUCH .....	16
2.1 SPECIFICKÉ STRAVOVACÍ PORUCHY .....	18
2.1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	18
2.1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE .....	20
2.2 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ STRAVOVACÍ PORUCHY .....	22
3 HISTORIE STRAVOVACÍCH PORUCH .....	25
3.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	25
3.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE .....	28
4 ETIOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH.....	30
4.1 INDIVIDUÁLNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY.....	31
4.2 BIOLOGICKÉ A GENETICKÉ DETERMINANTY.....	32
4.3 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY.....	33
5 SYMPTOMATOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH .....	37
5.1 PŘÍZNAKY A PRŮBĚH MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE..	37
5.2 PSYCHICKÉ, SPOLEČENSKÉ A ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	39
6 LÉČBA STRAVOVACÍCH PORUCH.....	43
6.1 OBECNÁ VÝCHODISKA, CÍLE A CHYBY V LÉČBĚ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	43
6.2 LÉČEBNÉ PŘÍSTUPY A PROGNÓZA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	45
7 PREVENCE STRAVOVACÍCH PORUCH .....	49
8 EPIDEMIOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH.....	52
8.1 PŘEHLED STRAVOVACÍCH PORUCH V POPULACI.....	52
9 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	55
9.1 CÍLE VÝZKUMU .....	55
9.2 METODY VÝZKUMU.....	55
9.2.1 KAZUISTIKA .....	56

9.2.2	DOTAZNÍK.....	56
9.3	POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU .....	57
9.4	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	58
9.4.1	KAZUISTIKA: DÍVKA, 14 LET, KTERÁ PRODĚLALA MENTÁLNÍ ANOREXII.....	58
9.4.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU EAT 26.....	61
9.5	OVĚŘENÍ TVRZENÍ .....	87
9.5.1	STANOVENÁ TVRZENÍ.....	87
9.5.2	OVĚŘENÍ TVRZENÍ.....	87
	ZÁVĚR.....	88
	RESUMÉ.....	90
	SUMMARY .....	91
	REFERENČNÍ SEZNAM .....	92
	SEZNAM GRAFŮ .....	94
	SEZNAM TABULEK .....	96
	SEZNAM PŘÍLOH .....	I
	PŘÍLOHY .....	II

## ÚVOD

*„Vše, co je v člověku krásné, je očima neviditelné.“*

(Antoine de Sainte – Exupéry)

Volba daného tématu bakalářské práce pro mne nebyla složitou. Problematika stravovacích poruch mne zajímá již delší dobu. Vzhledem k zaměření mého studia na výchovu ke zdraví jsem zpracování této práce vnímala jako přínosnou zkušenost, díky které budu moci lépe pochopit svět jedinců s poruchou příjmu potravy.

Hlavním cílem bakalářské práce a předpokládaným přínosem je nahlédnout hlouběji pod povrch této zákeřné a nevyzpytatelné poruchy a současně tak získat odborné a užitečné poznatky o této problematice a lepší orientaci v ní. Tato práce má své teoretické a praktické zpracování. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na koncepci stravovacích poruch, tedy na všechny důležité aspekty a etapy této poruchy, zejména pak na klasickou formu mentální anorexie a mentální bulimie, které jsou nejčastější. Pozornost zde bude ve zkratce věnována také atypickým a nespecifickým formám stravovacích poruch. Práce do dané problematiky vstupuje obdobím dospívání, jako teoretickým východiskem při vzniku poruch příjmu potravy. Následně jsou vymezena diagnostická kritéria klasické formy mentální anorexie a mentální bulimie současně s jejich širokým spektrem příčin, projevů, ale rovněž také jejich léčby, prevence a výskytu v populaci. Opomenuta není ani historie těchto poruch.

Praktická část bakalářské práce realizovaná na základě výzkumného šetření u žáků základní školy ve Třemošné je soustředěna na samotný výzkum, jehož hlavním cílem je zjištění jídelních postojů a míry spokojenosti s vlastním tělem u daných respondentů v pubescentním věku, s následným porovnáním tohoto zjištění u dívek a u chlapců. Rovněž je zde uvedena jedna kazuistika pubescentní dívky, která prodělala mentální anorexii, se zhodnocením příčin daného případu v oblasti stravovacích poruch. Následně jsou uvedeny možné návrhy na řešení rizikových jídelních postojů.

Problematika stravovacích poruch je v současné době velmi aktuální a stále více diskutovaná. Veřejnost se s touto problematikou, která se nyní začala objevovat i v nových souvislostech, setkává stále častěji. Na štíhlost se v dnešním světě klade velký důraz. „Čím štíhlejší, tím lepší“ - , to je současný trend ve světě krásy. Právě tento svět a tlak ze



strany médií značně přispívá k rozvoji této především vážné duševní, ale stejně tak ve svém důsledku tělesné nemoci. Pokud se vlastní stravování stane posedlostí, kdy je počítána každá kalorie přijímaného jídla a v hlavě se vytvoří jistá „kalkulačka“, snadno lze pak přejít od „pouhých diet“ až k poruše úplného přijímání potravy.

# 1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ JAKO TEORETICKÝ VSTUP DO PROBLEMATIKY

## 1.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Jak mnoho autorů a odborníků uvádí, období dospívání je stěžejním obdobím v životě člověka. Svůj počátek má okolo jedenáctého až dvanáctého roku a končí obvykle okolo dvacátého až dvacátého druhého roku života jedince. Toto období se vyznačuje dvěma fázemi. Jako první z nich nastupuje období pubescence, které kolem patnáctého roku přechází v období adolescence. Obě tyto fáze jsou provázeny četnými změnami a individuálním vývojem v celé koncepci jedince, tedy v oblasti biologické, psychologické a také sociální (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 38).

Je to složitý a klíčový časový úsek v životě člověka, který má výrazný vliv na budoucí život. Dochází zde k postupnému formování a utváření osobnosti jedince. Je to zejména fáze přechodu z dětského do dospělého věku, čímž je právě toto období náročné. Zdravý dospívající jedinec postupně nabývá stálého pocitu vlastní identity, ví, kým je vůči sobě i okolnímu světu. Tato identita určuje směr životní cesty a je základním předpokladem pro vytvoření osobních vztahů, jak k vlastní osobě, tak k druhým lidem (Barker, 2007, s. 11).

Současně se také vyvíjí pocit sebeúcty, která je stejně nezbytná jako uvědomění si vlastního já, jako základ zdravé a pozitivní psychiky. Dále pak je to například schopnost soběstačného jednání a uvědomění si vlastních myšlenek ve vztahu k zdůvodnění osobních úsudků, schopnost poskytnutí péče a pomoci druhým, utvoření vlastních životních hodnot, přijetí a osvojení dospělé sexuální role a sexuálního života v pozdější době tohoto období. Tyto důležité znaky a schopnosti jsou jedním z ukazatelů normality osobnosti (Barker, 2007, s. 11).

Období dospívání právě pro jeho náročnost z hlediska mnoha změn často souvisí s různými problémy v chování mladistvých. Hlavním poselstvím tohoto složitého období by měla být schopnost jedince vyrovnat se s těmito změnami a přizpůsobit se jim. Charakteristický bývá například vzdorovitý postoj jedinců vůči okolí, například rodičům,

stejně jako hledání vlastního já, smyslu naší existence, života a smrti, někdy jistá vnitřní uzavřenost k vnějšimu světu.

Existují různé poruchy chování a emocí v dospívání, které mohou být pouze dočasné, jež přetrvávají v tomto časovém úseku. Naproti tomu mohou některé z poruch, vytvořených v tomto období nebo ještě dříve, přetrvávat celý život a být známkou dlouhodobého odchýlení vývoje osobnosti. V tomto období je psychika velice nestálá, je zde jakási citová labilita. Důležité jsou zejména determinující faktory a vlivy, které se ve velké míře podílejí na formování osobnosti a určují směr jejího celkového vývoje (Barker, 2007, 15-18).

Jsou to vlivy vnitřní, tedy genetické a biologické faktory a vlivy vnější, tedy vlivy životního prostředí a podmínek a mezilidských vztahů. Následný vývoj jedince v tomto období závisí tedy na společné souhře těchto vlivů. Genetické faktory a biologická výbava je již daná, vrozená a může být tedy jistou predispozicí k nějaké vývojové poruše či poruše chování a emocí. Naopak vlivy prostředí a vzájemných osobních vztahů jsou záležitostí získanou v průběhu života. Jsou tak do jisté míry ovlivnitelné oproti vlivům vnitřním (Barker, 2007, s. 15-18).

Mezi tyto vnější vlivy patří v první řadě rodina. Je to primární socializační prostředí, se kterým člověk přichází do styku. Probíhá zde prvotní sociální učení a adaptace na přítomnost druhých lidí. Je proto důležité, aby rodina plnila všechny své funkce a úkoly, aby tak mohla co nejlépe připravit dítě na budoucí život. Velice podstatná je například pozitivní a jistá citová vazba dítěte k rodičům. Nejistá citová vazba totiž vede k citové deprivaci, kterou si pak jedinec může nést sebou celý život a jejímž důsledkem jsou následné komplikace v osobním, ale i pracovním životě (Barker, 2007, s. 18).

Z počátku je dítě na druhých plně závislé, nedokáže se samo o sebe postarat a to je jeden z prvotních úkolů rodiny naučit své dítě postupně samostatnosti. Právě jedním z nejdůležitějších úkolů v pozdním dospívání je schopnost dospívajícího separovat se od své primární rodiny, žít vlastním životem a založit později rodinu vlastní. Tato separace je samozřejmě závislá na vzájemném vztahu dospívajícího k rodičům a typu rodiny (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 38).

Je zapotřebí, aby měl jedinec v době vývoje k dispozici mnoho podnětů a byl vystaven bohaté škále různých situací a emočních prožitků. Není vhodná ani nedostatečná, ale ani přehnaná péče, jak v období raného dětství, tak v období dospívání. U přehnané

péče by tak mohlo dojít k opožděnému procesu osamostatnění, nepřiměřené závislosti na rodičích, což by pak u jedince mohlo vést ke zhoršené adaptaci například ve školním prostředí. V případě nedostatečné péče a nestability v rodině je zde větší riziko vzniku psychické a emoční poruchy (Barker, 2007, s. 19).

Dalším socializačním prostředím je škola. Školní prostředí, jako sekundární socializační prostředí, má též velký význam v procesu celkové socializace a adaptace stejně jako rodina, na které ve značné míře závisí schopnost adaptace jejich dítěte ve škole. Jedinec se zde setkává se zcela novými lidmi, novými pravidly, zkušenostmi a zážitky. Utváří si nové osobní vztahy, které mohou přetrvat po celý život. Zpočátku to jsou spíše jen kamarádské vztahy, později se objevují i vztahy párové. V období dospívání si již dospívající dokáže budovat hluboké vztahy. V této fázi dospívající také pomalu přestává sdělovat svá citová úskalí a problémy své rodině, ale naopak je raději sděluje svým vrstevníkům, kteří jsou mu v tomto období v těchto soukromých záležitostech bližší, dokážou lépe porozumět vzhledem ke stejnému věku (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 38).

Škola je prostředí, kde se také jedinci setkávají s jistými rozdíly. Jsou to rozdíly mezi jimi samotnými. Rozdíly mentální úrovně, vzorců chování, emočního prožívání, fyzických rozdílů. Někteří jsou více nadaní, jiní méně, někteří mohou být jiné národnosti či etnika. Dále pak existuje odlišnost v rodinách majících jiné zvyklosti, někteří mohou být problémoví a podobně. V každé sociální skupině existuje určité rozdělení jistých rolí, které se dějí přirozeně. Jsou to jedinci oblíbení, a jedinci, kteří jsou spíše nestranní, nebo se přidružují k silnější skupině a nakonec outsideři, jedinci zůstávající na okraji skupiny, o které se ve skupině nikdo nezajímá. To může být pro dotyčného nebezpečná situace, která může opět znamenat vznik emoční poruchy nebo poruchy chování, kdy se například ve snaze upoutat pozornost jedinec začne chovat nějakým způsobem rizikově, ať už k sobě či ke svému okolí.

Školní prostředí, stejně jako rodinné prostředí, pomáhá dospívajícímu najít cestu sám k sobě, zjistit kým je, jaký je, co umí, v čem vyniká, nebo kde jsou naopak jeho nedostatky. Jedině tak může dotyčný jedinec zjistit, jakou cestou v životě se dál ubírat a kam a k čemu směřovat.

Na vývoji osobnosti se také samozřejmě neméně podílí celková společnost a kultura, v níž jedinec vyrůstá. Každá taková společnost a kultura je něčím

charakteristická a podle toho se také utváří výchovný a socializační proces. Například ve vyspělých zemích jsou na dospívající kladeny jiné nároky, než například v jednoduše uskupených zemích. Ve vyspělých společnostech jsou kladeny čím dál vyšší nároky, naopak v těch méně vyspělých se období dospívání nezohledňuje, je zde přímý přechod z dětství do dospělosti. Období dospívání je však důležitým přechodem mezi těmito životními etapami a jistě by mu měla být věnována nemalá pozornost (Krejčířová, Langmeier, 2006, online, cit. 2014-03-02).

### 1.2 OBDOBÍ PUBESCENCE

Pubescentní věk se vymezuje okolo jedenáctého až patnáctého roku. Započíná fází prepuberty, která obvykle trvá v rozmezí jedenáctého až třináctého roku a vyznačuje se zrychleným tělesným růstem a také se objevují prvotní sekundární znaky pohlavního dospívání, tedy příchod první menstruace u dívek a prvního výronu semene u chlapců, čímž následně prepuberta končí. Poté následuje období tzv. „vlastní puberty“, která končí kolem patnáctého roku. U dívek tento sekundární pohlavní znak většinou přichází dříve než u chlapců. Velice důležitý je vzájemný vztah mezi úrovněmi pubertálních změn a psychosociální stránky jedince (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 38; Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

Jak již bylo zmíněno, tato etapa souvisí s mnoha vývojovými změnami v oblasti fyzické, psychické a sociální. Vývoj v jednotlivých oblastech však mnohdy neprobíhá souběžně. Fyzický vývoj probíhá většinou rychleji oproti vývoji psychickému. Především u dívek má celkový vývoj rychlejší průběh než u chlapců. Některá děvčata se setkávají s prvotními fyzickými změnami tohoto období již ke konci mladšího školního věku. Jejich tělo začíná pomalu tělesně vyzávat (Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

Toto je období „hledání sám sebe“, proto je především v této vývojové fázi zvlášť důležitá podpora a náklonnost ze strany rodičů. Rodič má zde obzvlášť velkou úlohu. Je důležité, aby svému dítěti důvěřoval a věřil v něj. Tento akt by mělo dítě cítit, aby i ono nabylo důvěru v sebe sama. Mělo by se naučit mít samo sebe rádo i se svými chybami a nedostatky, protože je to normální, nikdo není dokonalý. Rodič by měl být věrným kamarádem a rádcem, měl by vědět, jak s dítětem správně jednat. Poukázat na různá úskalí v životě, se kterými se dítě během svého života může setkat, připravit ho na to. Nastínit způsoby, jak být dobrým člověkem a jak se vydat tou správnou životní cestou. Neustále,

ale přiměřeně motivovat, neklást přehnané nároky a nechtít po dítěti nemožné. Důležitá je pochvala a vyzdvihnutí toho, co dítě udělalo dobře, stejně jako učení se sebekázní a úcty k druhým. Nepřiměřené kárání a striktní zakazování něčeho není správné ani efektivní. Je spíše vhodné pubescentovi s rozvahou a důsledně sdělit jasná negativa dané situace či chování, aby se naučil být zodpovědný za svá vlastní rozhodnutí a jednání. To vše má vliv na jeho budoucnost (Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

K usnadnění pochopení, co se s pubescentem vlastně děje může být vyprávění rodičů o prožívání, zkušenostech a zážitcích z vlastní puberty. Dítě tak může lépe porozumět vlastním změnám a vědět, že v tom nebylo a není samo. Na druhou stranu, když rodič zavzpomíná na svou pubertu, může také snáze porozumět svému dítěti, které se náhle chová a reaguje na různé podněty a situace jinak než dříve. Významný je také společně trávený čas, který může být v tomto časovém úseku mnohdy vzácný, vzhledem k mnoha každodenním povinnostem rodičů i pubescentů (Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

Dítě by se nemělo bát rodiči cokoli povědět, včetně jeho tužeb a představ, měli by společně a otevřeně o všem hovořit, i o jeho budoucnosti. Rodič by se měl zajímat o zájmy svého dítěte, jeho návyky, zvyklosti, jak tráví svůj volný čas a na základě toho si také pečlivě všimnout veškerých změn v jeho chování. Měl by se také zajímat o jeho kamarády a vrstevníky, se kterými se jeho dítě stýká a poznat je. Pubescenti mají v tomto věku spíše nesdílnou povahu, jsou vzdorovití, více se uzavírají sami do sebe a zvláště rodičům o sobě mnohdy nic nesdělí. Důvody mohou být různé, nemají potřebu sdělení, někdy se bojí kárání, jindy naopak pocítují stud. Pokud má rodič podezření, že něco není v pořádku, měl by si o tom s ním v klidu a nestranně promluvit.

V této fázi vývoje si také pubescentní jedinci chtějí často připadat výjimeční a cítí se tak. Mají potřebu se v něčem odlišovat, v něčem vynikat, být středem pozornosti a být obdivováni svým okolím. To může být ale někdy nebezpečné, protože je zde riziko, že pubescent pro větší zalíbení mezi svými vrstevníky a společností, může mít tendenci inklinovat k nějakému typu rizikového chování (Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

Možností, jak se vyhnout rizikovému chování, je zejména to, aby pubescentní jedinec byl na veškeré změny vlastního těla, jak fyzické, tak s tím také samozřejmě související změny v psychické a sociální oblasti, postupně připravován, jak rodiči tak

i učitelé a vychovatelé tak, aby dokázali přijmout a respektovat své nové tělo bez dětských rysů. Opačný případ by mohl znamenat nesnášenlivost vůči vlastnímu tělu a současně obtížné pozitivní formování vlastní identity a sebeúcty ke své osobě. Právě takový postoj dospívajícího může vést například k některé z forem poruch příjmu potravy (Špaňhelová, 2008, online, cit. 2014-03-01).

## 2 VYMEZENÍ STRAVOVACÍCH PORUCH

*„Proměnili jsme kostlivce v bohyně a vzhlížíme k nim, jako by nás mohly naučit, jak nic nepotřebovat“ (Cerulean Butterfly In: Novák, 2010, s. 9).*

Stravovacích poruch existuje širší spektrum. Obecně zahrnují specifickou formu mentální anorexie a mentální bulimie, které jsou nejrozšířenější a veřejnosti také nejznámější. Dále sem patří atypické a nespecifické formy stravovacích poruch, které zahrnují jiné i nové formy poruch příjmu potravy vznikajících v souvislosti s měnící se dobou a jejím vývojem. Mezi poruchy příjmu potravy je řazena také nadváha s obezitou. Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním lidské duše s narušeným vztahem k vlastnímu tělu, které spadá do oboru psychiatrie a je v něm také léčeno. Je to onemocnění náročné nejen pro nemocného samotného, ale i pro jeho blízké okolí. Stravovací poruchy se mohou vyvinout jak u obou pohlaví, přičemž častější výskyt je uváděn u ženské populace, tak v různých věkových kategoriích, kdy právě tou nejrozšířenější je dospívající část populace. Nejčastěji vzniká některá z forem poruch příjmu potravy právě v pubescentním věku a může vzhledem k závažnosti této nemoci přetrvávat celý život.

Tato porucha má multifaktoriální podtext. Spouštěčem nebývá mnohdy jen jedna příčina, proto je zapotřebí přistupovat k ní z hlediska bio-psycho-sociálního kontextu jedince. Důležitá je vždy spolupráce nemocných a samozřejmě také rodiny. Není však nijak ojedinělé, že nemocní svůj problém často dlouho tají. Ke stanovení diagnózy je potřeba naplnit všechna diagnostická kritéria charakteristická pro poruchy příjmu potravy. V klinické praxi je používána MKN-10, naopak pro výzkumy DSM-IV. Jejich diagnostická kritéria se trochu odlišují, ale základ mají stejný (Papežová, 2010, s. 126).

Stanovení diagnózy u dětí a dospělých bývá odlišné, u dětí často náročnější. Právě u dětí a pubescentů není někdy lehké rozpoznat tuto poruchu, protože pozastavení tělesné váhy či růstu je někdy v tomto období normální. Vhodné je zde antropometrické vyšetření, které zjišťuje dynamiku vývoje a skladbu výživy. Diagnostikovat správně tuto poruchu v období dětství a dospívání není jednoduché, protože nemocní nedokážou zcela sdělit a vysvětlit své emoce a zaujaté postoje, jejich vnitřní prožívání je odlišné od toho dospělého. Sami tomu mnohdy nerozumějí a nedokáží identifikovat svůj problém. Často sdělují spíše tělesné obtíže, které je sužují, než duševní. Bývá zde problém se sebezposouzením a dokonce častým popíráním problému. Dospívání je spojeno s mnoha



změnami a nelehkou adaptací k těmto změnám a novým povinnostem. Například, pubescenti často experimentují v různých životních stylech a snaží se vyniknout a přizpůsobit svým vrstevníkům. Všechny tyto zásadní změny, které mají značný dopad na psychiku, jsou zátěžové, mohou skrytě vyvolat poruchu příjmu potravy. Spouštěčem mohou být i různá traumata, onemocnění, kde je zapotřebí diet, nebo zkoušení diet samotných za účelem úmyslného úbytku váhy nebo snahy zdravě žít, urážky či šikanování osoby dotyčného pro jeho vzhled a podobně. Nemocní umí poměrně dobře manipulovat se svým okolím tak, aby nic nepoznalo. Mají různé výmluvy, nebo mění své jídelní rituály. Typické jsou úzkostné a depresivní pocity, podrážděnost, náladovost, nadměrná citová labilita, zhoršení pozornosti a soustředění, což má vliv na vykonávání určitých činností a celkovou výkonnost jedince, zvláště pak ve škole (Papežová, 2010, s. 136-137).

Existuje několik různých definic poruch příjmu potravy, ovšem většina se shoduje na tom, že přichází v okamžiku, kdy dojde k vytvoření, nebo narušení určitých stravovacích návyků, které ve svém důsledku začnou závažně působit na tělesné a současně také duševní zdraví. Každá z forem této poruchy negativně ovlivňuje nejen samotné zdraví, ale může vysoce ohrožovat i život a vést až ke smrti. Jídlo je nedílnou součástí života a zdravé je normálně jíst. Přemýšlet o jídle, o jeho složení, množství a rozložení během dne je správné a mělo by být samozřejmou součástí zdravé životosprávy, ale pokud začne být většina myšlenek přehnaně soustředěna na jídlo, zmocní se celé mysli a začne tak nemocného postupně omezovat v jeho každodenních činnostech, může to být první krok k poruše příjmu potravy (Middleton, Smith, 2013, s. 9).

Poměrně šokující je fakt, že právě v období dospívání se vyskytují stravovací poruchy jako třetí nejčastější psychické onemocnění. To je závažný problém už jen vzhledem k tomu, že zvláště v této vývojové fázi má výživa dětí nenahraditelný a zásadní význam pro jejich vývoj a růst. Následkem pak mimo jiné může být zpomalení vývoje, zhoršení imunitního systému, ovlivnění hormonálních funkcí a mnoho dalšího. Proto jsou následky těchto poruch u mladé populace mnohem závažnější, jelikož narušují a zasahují do celkového vývoje. Výživa má podstatný význam i pro duševní vývoj. Jídlo plní několik funkcí a je s ním spojeno mnoho pocitů. Lidé jedí, když mají hlad, chuť na něco dobrého, za odměnu, ve spojení s nějakým rituálem, z radosti nebo jídlem zkrátka kompenzují určité psychické problémy. Rodiče by měli od útlého věku své děti učit správnému a přiměřenému stravování, protože brzké problémy s jídlem již v raném dětském věku

mohou v budoucnu ovlivňovat všechny složky jeho vývoje a způsobit tak trvalé stravovací problémy (Papežová, 2010, s. 134-135).

### 2.1 SPECIFICKÉ STRAVOVACÍ PORUCHY

Mezi specifické stravovací poruchy jsou řazeny mentální anorexie a mentální bulimie, které jsou vymezené konkrétními diagnostickými kritérii a tato veškerá kritéria splňují. Ačkoli fyzický vzhled nemocných je u těchto dvou poruch příjmu jídla odlišný, anorektičky bývají velmi vyzáblé, bulimičky naopak mají často normální váhu nebo nadváhu, mají cosi společného. Je to chorobný, panický strach z tloušťky a přehnaná pozornost a kontrolovatelnost vlastního zevnějšku a tělesné váhy. Jejich cílem je dosáhnout často až extrémní nezdravé štíhlosti, kdy se urputně snaží zhubnout, nebo alespoň udržet svou váhu, je to jakási „fobie z přírůstku na váze“. V obou případech se nemocní potýkají s nízkým sebevědomím a celkově sníženým sebehodnocením, jsou vůči sobě velmi kritičtí, často mívají také mnohé vztahové a sociální problémy. Mentální anorexie začíná většinou dříve než mentální bulimie, která se z ní také mnohdy vyvíjí. Počátek mentální anorexie bývá nejčastěji mezi třináctým až dvacátým rokem, u mentální bulimie obvykle mezi šestnáctým až dvacátým pátým rokem (Krch a kol., 1999, s. 13-14; Marádová, 2007, s. 9).

#### 2.1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Definice mentální anorexie zní takto: „*Porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.*“ Je to záměrné hladovění, kdy nemocní odmítají jíst, ne však proto, že by neměli chuť k jídlu, ale právě pro pokles nebo udržení vlastní hmotnosti. U některých v průběhu onemocnění dojde ke snížení chuti k jídlu nebo k úplnému nechutenství v důsledku trvalého hladovění. Onemocnění mentální anorexií vzniká u velké části nemocných okolo čtrnácti let, ale není výjimkou ani u dětí pod deset let věku. Mentální anorexie je také někdy doprovázena záchvaty přejídání, které nastávají většinou až po nějakém čase hladovění. MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) a rovněž tak DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) uvádějí svá diagnostická kritéria mentální anorexie. Kritéria, která uvádí MKN-10 jsou používána v klinické praxi a kritéria uvedená v DSM-IV jsou používána při výzkumu a publikační činnosti. MKN-10 uvádí mentální

anorexii pod kódovým označením F 50.0 (Krch a kol., 1999, s. 14-15; Marádová, 2007, s. 9).

Diagnostická kritéria mentální anorexie u MKN-10 a DSM-IV jsou trochu odlišná, ale ve své podstatě se příliš neliší. Tato kritéria lze shrnout následovně. Jedná se především o záměrné snižování a udržování nižší tělesné váhy, která neodpovídá danému věku v poměru s tělesnou výškou. Váha nemocných se pohybuje minimálně 15 % pod očekávanou hmotností vzhledem k věku a výšce, nebo BMI (Index tělesné hmotnosti), který je ukazatelem poměru tělesné váhy (kg) k tělesné výšce (m<sup>2</sup>), je roven indexu 17,5 a méně. V období puberty nedosahují nemocní předpokládaného tělesného přírůstku. Dotyčný si vybírá pouze nízkokalorická jídla nebo nejí vůbec a současně ke zvýšení účinku využívá dalších prostředků, jako například nadměrného cvičení, projímadel či také záměrně vyvolávaného zvracení (Krch a kol., 1999, s. 14-15).

Dále je to chorobný strach a představa z přibrání na tělesné váze i přes nezdravou vyhublost a současně narušené sebehodnocení vlastních tělesných proporcí a neschopnost připustit si fakt příliš nízké tělesné váhy. Důsledkem tohoto rizikového chování bývají často metabolické a hormonální změny, které vedou u žen k absenci menstruace, neboli amenoree a u mužů ke snížení sexuálního zájmu a potence. U pubescentních pacientů dochází v případě počátku poruchy ještě před pubertou k opožděným pubertálním projevům, nebo mohou být také zcela zastaveny, nevyvíjejí se sekundární pohlavní znaky, pozastavuje se růst a u dívek se nedostavuje menarché, neboli první menstruace. Avšak, u uzdravených pacientů většinou nastává optimální dokončení puberty (Krch a kol., 1999, s. 14-15).

DSM-IV ještě rozlišuje mentální anorexii na dva specifické typy. První je nebulimický (restriktivní) typ, kdy nedochází v průběhu onemocnění k opakovanému záchvatovitému přejídání a druhý je typ bulimický (purgativní), kdy naopak dochází v průběhu onemocnění k opakovanému záchvatovitému přejídání (Krch a kol., 1999, s. 15).

Tyto dva specifické typy mentální anorexie splňují všechna diagnostická kritéria pro stanovení tohoto onemocnění, proto je lze dělit právě na specifická. Někdy je, ale toto naplnění obtížné i přes existenci těchto kritérií vzhledem k tomu, že například někteří z pacientů své obavy ze ztloustnutí popírají, nebo také v případě menstruování u pacientky,

kteřá užívá hormonální antikoncepci nemusí být splněno kritérium absence menstruace (Krch a kol., 1999, s. 16).

Velmi důležitým faktorem při stanovení diagnózy této poruchy je nepřítomnost jakékoli tělesné či duševní poruchy, která by souvisela s poruchou v jedení, nízkou tělesnou váhou, nebo celkovou ztrátou chuti k jídlu. K výraznému poklesu tělesné hmotnosti totiž často dochází u různých rakovinných onemocnění, nebo také u narkomanů (Krch a kol., 1999, s. 16).

### 2.1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Definice mentální bulimie zní takto: „*Porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.*“ Jedná se zde o jakýsi „nezdravý hlad“ ve srovnání s „normálním“ hladem. MKN-10 značí mentální bulimii pod kódovým označením F 50.2 (Krch a kol., 1999, s. 17).

F. D. Krch, jeden z předních českých odborníků na tuto problematiku, uvádí, že mnoho z děvčat by jistě nepodlehlo vyvolávanému zvracení po přejedení, kdyby tušily, že se nejedná o účinný prostředek na hubnutí, se kterým také souvisejí závažné zdravotní problémy. Během přejídání a následném zvracení se i tak do těla vstřebává určitá část energie a v případě stálého zvyšování množství přijímaného jídla může způsobit i nárůst tělesné hmotnosti. Účinek na snižování tělesné váhy nemají ani projímadla, která jsou velmi zdravá nebezpečná. Dívky zvracejí proto, aby dosáhly kontroly nad jejich přejídáním. To však vede ke snížení vlastní sebekontroly, kdy postupně opadá nadměrná hrůza z ztloustnutí a přejedení nic nebrání, dívky si tak mohou říct: „...*konečně si mohu dopřát.*“ Dotyčné se nevyhýbají stále většímu objemu jídla a ztrácejí tak zcela kontrolu v příjmu potravy. Podobně jako u mentální anorexie, kdy u nemocných je průběh onemocnění doprovázen také občasnými záchvaty přejídání, tak i u mentální bulimie jedinci během nemoci mají někdy etapy hladovění. Zbavit se nutkavých myšlenek na přejedení a případné následné zvracení je velice obtížné (Krch, 2000, s. 51-52).

Podobně jako v případě stanovených diagnostických kritérií mentální anorexie, jsou také diagnostická kritéria mentální bulimie u MKN-10 a DSM-IV ve své podstatě podobná. Těmito kritérii jsou zejména pravidelné etapy přejídání, minimálně dvakrát nebo třikrát týdně během alespoň tří měsíců, kdy je přijímán nadměrný objem jídla, po kterém následuje snaha o kompenzaci zkonsumovaného množství jídla několika různými způsoby,

jako například záměrně vyvolaným zvracením, někdy obdobím hladovění nebo omezováním se v jídle, užitím projímadel nebo nadměrným cvičením. Tyto nezdravé stravovací návyky vycházejí z neustálého strachu z tloustnutí, který je doprovázený pocitem nadměrné tloušťky jedince, kdy nemocný chce často dosáhnout spíše přiměřené tělesné váhy než extrémní vyhublosti (Krch a kol., 1999, s. 17-18).

DSM-IV rozlišuje také u mentální bulimie dva specifické typy. Patří sem typ purgativní, kdy je ke kompenzaci přijatého objemu jídla využíváno způsobu záměrného vyprovokovaného zvracení nebo užití různých projímadel a typ nepurgativní, kdy je naopak ke kompenzaci přijatého objemu jídla využíváno metod drastických diet, hladovění nebo nadměrného cvičení (Krch a kol., 1999, s. 18).

Tyto dva specifické typy rovněž splňují z hlediska diagnostiky této poruchy všechna její kritéria. Při stanovování diagnózy a následné terapie je vždy důležité přihlížet k případné předchozí anamnéze pacienta. V případě, že nemocný naplňuje současně i kritéria mentální anorexie, jedná se o tzv. bulimickou formu mentální anorexie, je upřednostňována diagnóza anorexie. Příčin vedoucích k přejídání může být mnoho, proto MKN-10 uvádí také diagnózu „Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami“, například se stresem nebo s depresí (Krch a kol., 1999, s. 18-19).

Také u mentální bulimie je zapotřebí vyloučit jakoukoli jinou poruchu, která by byla provázena zvracením a jejíž příčinou by bylo například onemocnění trávicího traktu nebo neurologické onemocnění. U mentální bulimie obvykle nedochází k takovému úbytku tělesné váhy jako u mentální anorexie, tedy ani k dlouhodobé amenoree. Podstatným faktorem k tomu, aby nemocný vnímal své záchvaty jako nutkavé a záchvatovité, je zejména uvědomění si pocitu ztráty sebekontroly nad jídlem na rozdíl od požitého množství jídla (Krch a kol., 1999, s. 18-19).

K. Middleton a J. Smith uvádějí, že bulimici si nedokážou jídlo zcela odepřít jako anorektici. Tito jedinci se většinou ani vysoce kalorickým jídlům nevyhýbají, často tato jídla vyhledávají. Se záchvaty přejídání jsou spojeny pocity frustrace, zoufalství a beznaděje, nemocní na sebe mají zlost z neschopnosti zhubnout. Mnohdy se považují za „neúspěšné anorektiky“. U mentální bulimie je zvlášť nebezpečné, že na rozdíl od mentální anorexie, není mnohdy na pohled znatelná, nemocní nejsou natolik podvyživení a vyhublí jako anorektici, často mívají normální váhu, svůj problém mohou lépe skrýt před svým

okolím, a proto je u nich někdy obtížnější rozpoznat poruchu příjmu potravy (Middleton, Smith, 2013, s. 17-18).

### 2.2 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ STRAVOVACÍ PORUCHY

Výskyt stravovacích poruch stále roste a současně začíná přibývat nemocných, kteří nenaplní všechna vymezená diagnostická kritéria stanovená u specifických forem stravovacích poruch a vznikají tak poruchy příjmu potravy v nových souvislostech. Tyto neobvyklé formy nejsou veřejnosti tolik známé a dokonce se někdy trochu zanedbávají v porovnání s obvyklými formami, přestože nemocní s těmito poruchami tvoří nemalou skupinu (Krch a kol., 1999, s. 19).

Podle MKN-10 jsou rozlišeny a stanoveny diagnózy atypické mentální anorexie a atypické mentální bulimie. Jsou to případy, kdy chybí naplnění jednoho nebo více diagnostických kritérií při specifických typech mentální anorexie a mentální bulimie, přestože se jedná o skoro přesný klinický obraz. Všechny ostatní nespecifické stravovací poruchy jsou MKN-10 zařazeny do diagnostické kategorie „Jiné poruchy jídla“. Naproti tomu DSM-IV nerozlišuje atypické formy mentální anorexie a mentální bulimie jako MKN-10, ale řadí je společně s několika dalšími nespecifickými poruchami do své diagnostické kategorie „Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“. Patří sem i poruchy, které se vyznačují všemi znaky stravovacích poruch, ale jejich frekvence, jako například zvracení, znemožňuje určit onu poruchu (Krch a kol., 1999, s. 19-20; Papežová, 2010, s. 127).

V obou případech, MKN-10 i DSM-IV, je atypická forma mentální anorexie i přes splnění ostatních kritérií v rámci jejích specifických forem vyznačována například pravidelnou menstruací pacientky i přes nízkou tělesnou váhu a bez hormonální léčby, dále v případě, že došlo u pacientky ke značnému úbytku tělesné hmotnosti, ale tělesná váha je stále v normě. Stejně je tomu v případě atypické mentální bulimie vyznačující se například méně častými záchvaty přejídání nebo situace, kdy pacientka jídlo nepolyká, ale pouze žvýká a následně vyplivuje. Důležité je, aby pacienti věděli, že léčba atypických forem není odlišná od typických forem (Krch a kol., 1999, s. 20; Papežová, 2010, s. 127).

Mezi další obecně nespecifikované stravovací poruchy lze zařadit syndrom nočního přejídání. Vyznačuje se jakousi „večerní anorexií“, kdy u jedince dochází k nočnímu

přejídání, které současně způsobuje naučenou noční nespavost. Příčinou tohoto syndromu bývá často stres nebo marná snaha o zhubnutí. Toto onemocnění má svou diagnózu a je možné ho léčit, ovšem lékaři ho mnohdy opomíjejí (Krch a kol., 1999, s. 20; Papežová, 2010, s. 128).

Neméně častou formou, které je v současné době věnována stále větší pozornost je záchvatovité neboli psychogenní přejídání. Jedná se o onemocnění, které není purgativního charakteru typického pro diagnózu mentální bulimie. Nemocní tedy nevyužívají žádné kompenzace vzhledem k energetickému příjmu získaného z konzumace jídla, jako je například zvracení nebo projímadla. Tato forma v mnoha případech souvisí právě s nadváhou nebo obezitou. Obecná kritéria tohoto typu poruchy, převážně společná pro MKN-10 i DSM-IV, jsou rychlý příjem jídla, nepříjemné pocity přesycení, tendence jíst bez pocíťování hladu, osamělý příjem potravy doprovázený pocity studu, zošklivení a provinění po konzumaci jídla. U této poruchy se uvažuje o její klasifikaci jako třetího specifického typu poruch příjmu potravy (Krch a kol., 1999, s. 20; Papežová, 2010, s. 128).

V rámci této kategorie existuje také o něco méně známý syndrom, kterým je tzv. Adonisův komplex. Také bývá nazýván „anorexií naruby“. Obecně se jedná o zkreslený pohled na vlastní tělo, nepřiměřené jídelní návyky a nutkavou posedlost vlastním svalstvem se zneužitím steroidních prostředků a nadměrného cvičení. Tato porucha způsobuje ve svém důsledku podobné sociální problémy jako onemocnění mentální anorexií. Její vznik s velkou pravděpodobností souvisí s postupným zákazem či omezením propagace extrémní nezdravé štíhlosti, jako ideálu krásy v ženských časopisech v západním světě. Naproti tomu se začaly prudce propagovat mužské časopisy zobrazující nereálný a nadsazený mužský ideál krásy (Papežová, 2010, s. 129-130).

U dětí a dospívajících existuje širší spektrum nespécifických poruch. Při stanovování diagnózy je vždy důležité brát na zřetel převažující příznak, který se u nemocného vyskytuje. Zejména, zda se v prvé řadě jedná o výrazný úbytek tělesné váhy, zpomalení nebo zástavu tělesného růstu či emoční poruchu. F. D. Krch zmiňuje například spojitost stravovacích poruch se začátkem v dětství emoční poruchy, vybíravostí v jídle nebo syndromem pervasivního odmítání základních potřeb. V případě emoční poruchy se jedná o citovou poruchu spojenou s odmítáním jídla. Fyzické následky nemoci mohou být stejné jako u klasické mentální anorexie, úspěšnost terapie však bývá lepší. U poruchy vyznačující se vybíravostí v jídle jde častěji o různorodost jídla než o jeho objem. Ústup

nemoci přichází často spontánně během adolescence. Také velice závažný je syndrom pervasivního odmítání základních potřeb, jako jíst, pít, chodit, mluvit a starat se o sebe. Příčinou tohoto syndromu často bývá posttraumatická stresová porucha, například v případech zneužití a podobně (Krch a kol., 1999, s. 117-118).

H. Papežová, také jedna z předních českých odbornic na tuto problematiku, představuje další nespecifické stravovací poruchy charakteristické pro tuto věkovou skupinu. Například infantilní ruminační porucha, která se projevuje žvýkáním a opětovným polykáním potravy a je doprovázena pocitem libosti. Mnohdy se vyskytuje u mentálně retardovaných, deprivovaných dětí, dětí z problémových rodin nebo může mít také organickou příčinu. Ve velmi raném dětském věku, obvykle mezi šesti měsíci až třemi lety, se může také objevovat infantilní mentální anorexie, která je projevem narušené vazby dítěte s matkou, kdy je na dítě přenášena matčina úzkost a dítě se prosazuje skrze problémy v konzumaci jídla. To může způsobit problémy s příjmem jídla i v pozdější době (Papežová, 2010, s. 135).

Známa je také pika, onemocnění projevující se opakovanou konzumací nepoživatelných látek, které se vyskytuje nejméně v průběhu jednoho měsíce a je vzhledem k mentální úrovni jedince a dané kultuře a společnosti nepřijatelné. Z hlediska zaměřenosti na konzumaci určitých látek se ještě pika rozlišuje na různé podkategorie. Nevyznačuje se však odporem k normálnímu jídlu a v případě, že nevznikla v souvislosti s jiným závažným onemocněním, například schizofrenií, přistupuje se k psychoterapeutické péči. Její příčinou může být někdy také nedostatek nebo úbytek železa v krvi. Je to poměrně vzácné onemocnění, které ale nemusí být výjimkou ani u dospělých (Papežová, 2010, s. 135).



### 3 HISTORIE STRAVOVACÍCH PORUCH

Historie stravovacích poruch sahá několik staletí nazpět. V různých formách se objevovaly již v dávné historii. Mezi už tehdy známé formy stravovacích poruch patřily například ruminace, projevující se opětovným přežvýkáváním jídla vráceného zpět do úst nebo také pika, vyznačující se konzumací nepoživatelného jídla a látek. Dokonce nadváha a obezita jsou známé již z doby kamenné. Jistě existovaly i další formy poruch příjmu potravy, ale v rámci této historie se pozornost soustřeďuje především na dnes nejznámější, nejrozšířenější a nejvíce specifikované formy jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie (Krch a kol., 1999, s. 24).

#### 3.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie, jako onemocnění charakteristické odmítáním potravy, byla v minulosti často spojována s mnoha somatickými onemocněními, ale rovněž i s psychiatrickými. Avšak dlouho se na ni nenahlíželo jako na „primárně patologický jev“. Termín „anorexia“ existoval již ve starověkém lékařství, kdy byl považován především za stav celkové apatie. Například významné osoby medicíny antické doby, jako Hippokrates, který v 5. století před našim letopočtem užíval termínu „asithia“ nebo Galén, a který poprvé užil pojmu anorexie ve 2. století našeho letopočtu, ji spojovali s odporem k jídlu. O této ztrátě chuti k jídlu se uvažovalo tehdy v souvislosti se špatnými tělesnými tekutinami. Až do počátku novověku se na anorexii převážně nahlíželo jako na poruchu způsobenou špatnou funkcí žaludku, stále více se vycházelo z příčin somatických než psychických, přesto, že nebyly opomíjeny (Krch a kol., 1999, s. 24-26; Papežová, 2010, s. 20).

Ve středověku odmítání potravy souviselo mnohdy například s půstem, jako projev sebezpotrestání křesťanských věřících nebo se o něm uvažovalo v souvislosti s nadpřirozenými bytostmi a ďáblem. Naopak neobvyklé formy odmítání jídla byly pokládány za projev duševního onemocnění (Krch a kol., 1999, s. 24).

Výše zmiňovaný půst byl charakteristický zejména pro pozdní středověk, v němž silně věřící dívky a ženy tvrdily, že dokážou žít i bez příjmu potravy za pomoci boží a tím byly tehdejší společnosti považovány za svaté. Byly nazývány jako tzv. postící se světice“.

Začátkem novověku, kdy došlo římskokatolickou církví ke kanonizaci, však jejich počet v tomto důsledku významně klesl. Později se začaly objevovat tzv. „zázračné panny“, které se již k boží pomoci nepřikláněly. Byly to mladé dívky, které podobně tvrdily, že jedí jen minimální množství jídla nebo vůbec žádné. Díky tomu byly rovněž středem zájmu a pozornosti (Krch a kol., 1999, s. 25).

V této době to v celé společnosti způsobovalo značný rozruch a tento jev byl velmi diskutovaný. Uvažovalo se nad tím, zda se jedná o podvod nebo o zázrak. Mnoho tehdejších lékařů to ale považovalo za zázrak z moci boží, a proto uvedli tento jev pod názvem „anorexia mirabilis“. V pozdější době přišly spíše úvahy nezohledňující vyšší síly, jejichž teorie se odkazovali na možnost lidí žít z tzv. „výživných částic“ nacházejících se ve vzduchu. Během devatenáctého století se postupně začalo uvažovat o patologickém charakteru poruchy, kdy postičí se světice i zázračné panny začaly být veřejností vnímány jako hysterické osoby ve snaze pro upoutání pozornosti (Krch a kol., 1999, s. 25).

První zaznamenaná kazuistika dívky, která dobrovolně zemřela na hlad je známa ze 14. století, avšak první věrohodné záznamy byly uváděny v literatuře až od druhé poloviny 19. století. V 17. století přišel anglický lékař Richard Morton do té doby s vůbec prvním nejvýstižnějším popisem, který by mohl vymezit diagnózu mentální anorexie. Bral v úvahu „nervové úbytě“ neboli „nervové opotřebenění“, kdy dochází k devastaci vlastního těla důsledkem tělesných příčin, ale současně i duševních. Uznání se mu dostalo opět až ve 2. polovině 19. století (Krch a kol., 1999, s. 28; Papežová, 2010, s. 20-21).

Ve francouzské literatuře se začaly objevovat začátkem 19. století termíny „nervová anorexie“ neboli „anorexie nerveuse“ a „gastrická anorexie“ neboli „anorexie gastrique“, jako dva druhy anorexie v rámci ženských onemocnění, které uvedl ne příliš známý francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert. U prvního typu byla předpokládaným důvodem odmítání potravy porucha trávení, u druhého typu naopak nevysílání signálu chuti k jídlu z mozku (Krch a kol., 1999, s. 26; papežová, 2010, s. 20).

V německé literatuře v druhé polovině 19. století to byli například Soltmann a Kissel s názvem „hysterische Anorexie“, jako stav projevující se absencí chuti k jídlu. V polovině 19. století uvedl americký lékař William Stout Chipley termín „sitiománie“, tenkrát nazývána rovněž termínem „sitiofobie“ označující chorobné nechutenství. Rok na to publikoval francouzský lékař Luois-Victor Marcé pojem „hypochondrické delirium“, kdy pacientky tvrdily „delirický závěr“, že nemohou jíst a Marcé tak popsal několik

důvěryhodných případů pubescentních dívek. Bohužel ale jeho práce stejně jako práce Chipleyho se v té době nedočkala žádného většího uznání (Krch a kol., 1999, s. 28; Papežová, 2010, s. 22).

V druhé polovině 19. století zveřejnil anglický lékař William Whitey Gull pojem „hysterická apepsie“, kdy mladé dívky nepřiměřeně hubly bez souvislosti s tuberkulózou. V roce 1874 přišli nezávisle na sobě Gull s francouzským lékařem Ernestem-Charlesem Laséguem s tehdy již úspěšně přijatým termínem „anorexia nervosa“, který vycházel z neurotické ztráty chuti k jídlu, jako hlavní příčiny této poruchy, o které se následně uvažovalo po dalších sedmdesát pět let (Krch a kol., 1999, s. 26; Papežová, 2010, s. 21).

Gull i Laségu je prezentovali jako psychogenní poruchu, kterou trpěly převážně mladé dívky a ženy s příznaky platnými i v současné době. Od této doby se datovala moderní historie této poruchy a současně byl koncem 19. století všeobecně uznán termín „mentální anorexie“ neboli „anorexia mentalis“, jako označení pro chorobný stav, přestože toto onemocnění existovalo už od pradávna, avšak pod různými pojmenováními. Ačkoli oba termíny, anorexia mentalis i anorexia nervosa, jsou do dnes nejpoužívanější, někteří zmiňují, že termín anorexie může být zavádějící z hlediska hlavní podstaty poruchy, jakou je vědomě úmyslné odmítání potravy ze strachu z tloušťky a touze po nezdravé vyhublosti a nikoli tedy projev nechutenství (Krch a kol., 1999, s. 26; Papežová, 2010, s. 21-22).

Do roku 1914 se předpokládalo, že mentální anorexie je duševní porucha. Ve stejném roce objevil hamburský patolog Morris Simmonds léze v hypofýze u některých nemocných. Mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou“, jinak řečenou „kachexií“ a tato teorie trvala dalších dvacet let. Teprve ve čtyřicátých letech 20. století na základě psychosomatické medicíny a také psychoanalýzy se mentální anorexie zařadila mezi duševní poruchy. Český profesor Vratislav Jonáš ve čtyřicátých letech přišel s tvrzením, že pokud dívky trpí patologickou, chorobnou hubeností, je v prvé řadě důležitá spojitost se změněným duševním stavem v rámci klasické mentální anorexie. U nás se od druhé poloviny 20. století zabývali poruchou příjmu potravy například profesorka Hana Papežová, František David Krch a mnoho dalších. Zájem o tuto problematiku stále roste (Papežová, 2010, s. 21-22).

### 3.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie, jako onemocnění charakteristické přejídáním, mělo stejně dlouhou historii jako mentální anorexie. Oproti anorexii byly však její dějiny popsány méně, v literatuře není uvedeno tolik záznamů. Je zřejmé, že nadměrná konzumace jídla se často vyskytovala u vyšších vrstev společnosti, zvláště ve starověku a středověku. Přejídání, mnohdy provázené následným zvracením, bylo tehdy obecným jevem. V těchto dobách byly častá také dvorní a poutní představení, kde vystupovali mnozí jedlíci pro pobavení. Přejídání bylo tedy rovněž středem zájmu jako hladovění (Krch a kol., 1999, s. 29; Papežová, 2010, s. 22).

V roce 65 před naším letopočtem Seneka toto obžerství nazval slovy: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli*“ (Seneka, 65 p. n. l. in Papežová, 2010, s. 22).

Podle Plutarcha termín *bolimos* představoval zlého ducha, který symbolizoval velký hlad. Filologové však později tvrdili, že pojem je převzatý z řečtiny a je spojením slov *bous*, jako vůl a *limos*, jako hlad. Toto spojení má symbolizovat nadměrný hlad, kdy by člověk snědl i vola. Ve 4. století před naším letopočtem se o této formě hladu zmiňoval řecký básník a dramatik Timokla. S bulimií byly také v minulosti spojovány stavy mdlob a slabostí v důsledku hladovění. V tehdejšímu lékařství se za hlavní příčinu bulimie považovaly somatické obtíže, jako především porucha funkce zažívacího ústrojí (Krch a kol., 1999, s. 29-30).

Různé teorie a vysvětlení této poruchy trvaly od dob antiky až do počátku 20. století. Byly rozlišeny různé její formy, kdy v 18. století jich bylo uvedeno celkem sedm. Čtyři z těchto sedmi popsaných typů bulimie byly symptomatické a vyznačovaly se několika příznaky, jako například křečemi, průjmem nebo parazity. Forma bulimie, nazývaná jako primární „idiopatická“, se členila do tří kategorií. První byla „*bulimia hellounum*“ neboli „nadměrný hlad“, druhou „*bulimia syncopalis*“ značící „omdlévání z hladu“ a třetí „*bulimia emetica*“ charakterizující „prejídání se zvracením“ (Krch a kol., 1999, s. 30; Papežová, 2010, s. 23).

Emocionální příčiny byly brány stále více na zřetel, zvláště sklíčenost. Přesto ale ve Francii a v Německu ještě ve 20. století byla příčina bulimie přikládána špatnému zažívání. Za duševní poruchu a psychiatrickou diagnózu je specifická forma mentální bulimie považována teprve krátce. Podobně jako existence mentální anorexie, tak i výskyt mentální

bulimie je pravděpodobný již od dávných časů, ale rovněž jako u anorexie pod různými termíny. Přejídání spojené se zvracením se od starověku až do 19. století označovalo nadměrnou žravostí, jinak řečeno psím hladem. Také v tomto případě byly za hlavní příčiny bulimie považovány poruchy funkce žaludku. Dodnes se v medicíně užívá tohoto přejatého pojmu jako „kynorexia“ nebo „fames canina“ (Krch a kol., 1999, s. 30).

Klinický obraz specifického záchvatového přejídání souvisel někdy i s jinými onemocněními stejně jako odmítání potravy, jako například se zažívacími problémy, mánií nebo hypochondrií. V dřívější době bylo přejídání někdy uváděno současně v souvislosti s anorexií a právě díky tomuto kontextu se poté objevila mentální bulimie jako samostatná klinická diagnóza. Například Gull a Laségue zaznamenali u svých anorektických pacientek nadměrnou chuť k jídlu, které se léčily z mentální anorexie. S přelomem století bylo uvedeno několik kazuistik popisujících právě toto nutkavé přejídání spojené s následným záměrně vyvolaným zvracením. Za samostatný syndrom ale tyto symptomy nebyly považovány. Ve čtyřicátých letech 20. století Ludwig Binswanger skvěle popsal kazuistiku své pacientky, i když tento případ byl původně diagnostikován chybně jako schizofrenie. (Krch a kol., 1999, s. 30-31).

Počátkem sedmdesátých let 20. století byl zjištěn soubor symptomů, které byly z klinického hlediska odlišné od dobře definovaného obrazu mentální anorexie a obezity. Tehdy se uvažovalo o různých termínech pro pojmenování tohoto onemocnění jako „dysorexie“, „bulimarexie“, „syndrom dietního chaosu“ a podobně. Samotný pojem bulimie byl považován MKN-10 i DSM-IV za příliš široký a zavádějící, proto byl roku 1987 přijat termín od britského psychiatra Geralda Russella, který jako první v roce 1979 zavedl označení „bulimia nervosa“ nebo také mentální bulimie, který se vyznačoval silnou a neovladatelnou touhou se přejídat, současně spojenou s patologickým strachem z tloušťky a záměrným vyhýbáním se ztloustnutí prostřednictvím vyprovokovaného zvracení, užitím projímadel a dalších prostředků u dívek a žen s normální tělesnou váhou. Avšak dodnes trvají diagnostické spory, zda mentální bulimie je skutečně samostatná klinická diagnóza (Krch a kol., 1999, s. 30-31).

## 4 ETIOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH

Autoři uvádějí, že existuje celá řada rizikových faktorů, které se mohou stát příčinou poruch příjmu potravy. Avšak rizikové faktory nemusejí bezvýhradně zapříčinit vznik choroby. Znamená to, že například období dospívání je samo o sobě období rizikové pro vznik poruchy, ale většina dospívajících přesto poruše nepropadne. Mnohdy se jedná o souhru několika rizikových faktorů, kterými mohou být určité charakteristiky nebo události, kdy jejich přítomnost může zvýšit riziko vzniku poruchy. Rizikové faktory jsou rozlišeny na specifické, které predikují vznik stravovacích poruch a jsou příznačné pouze pro ně a faktory obecné, nespecifické, které se vyskytují také při vzniku jiných psychických onemocnění (Papežová, 2010, s. 36).

Samotných příčin vedoucích ke vzniku stravovacích poruch se vyskytuje rovněž mnoho a bylo uvedeno několik různých etiologických teorií a tvrzení. Každá tato teorie ale skýtá určitá omezení a nedokáže zcela vysvětlit všemožné varianty tohoto onemocnění. Z dosavadních studií zatím nebyla potvrzena obecná platnost kteréhokoli tvrzení ve vztahu k možným příčinám. Ve většině případů se mnohdy jednalo spíše o shodu této poruchy a jistého jevu odpovídajícího dané populační skupině, jako je strach a nejistota v období dospívání nebo rodinné problémy a podobně, popřípadě bylo těžké rozlišení, zda se jedná o příčinu nebo důsledek. Bohužel ani epidemiologický výzkum zatím nepotvrdil jednoznačné výsledky. Odborníci v oblasti této problematiky se převážně shodují na tom, že s výjimkou redukčních diet neexistuje žádná specifická příčina nebo specifická příčinná událost, která by byla společná pro většinu nemocných a objasňovala vzniklé obtíže (Krch a kol., 1999, s. 57).

V současné době také většina autorů klade důraz na vzájemnou koexistenci, souvislost mnoha různých faktorů a vychází z bio-psycho-sociálního kontextu příčin poruch příjmu potravy. Vysvětluje to tedy, že stravovací poruchy mohou obecně vznikat v důsledku různých sociálních a kulturních vlivů, náročných životních situací, nedostatečných sociálních dovedností, ale rovněž také biologických a genetických dispozic. Obecně lze tyto příčinné faktory členit do třech větších oblastí, které vycházejí z individuálních, dále pak biologických a genetických a nakonec sociálních a kulturních determinantů (Krch a kol., 1999, s. 57; Novák, 2010, s. 13).

#### 4.1 INDIVIDUÁLNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Do oblasti individuálních rizikových determinantů lze zařadit osobnost člověka a osobní životní zkušenosti a události.

Někteří odborníci společně předpokládají, že jádrem vzniku stravovacích poruch jsou jisté osobnostní vlastnosti nebo rovněž specifické poruchy osobnosti. Mezi tyto vlastnosti patří například vysoké ambice a snaha dosáhnout úspěchu v životě, dodržování a přizpůsobování se společenským normám a rodičovským hodnotám a zároveň postrádání nezávislé vůle, vynalézavosti, tvořivosti a vlastních rozhodovacích dovedností. Také nízká sebeúcta je pravděpodobně jeden z hlavních faktorů, které ovlivňují dietní chování a současně s tím také propuknutí, udržování a léčbu stravovacích poruch. Člověk s nízkou sebeúctou je mnohem citlivější a zranitelnější ke kritice vlastní osoby, jeho vlastní sebehodnocení je nestabilní a závislé na hodnocení vnějšího okolí (Krch a kol., 1999, s. 72; Novák, 2010, s. 20).

Právě v období dospívání, jako období „krize vlastní identity“, kdy člověk hledá sám sebe a vyrovnává se s mnoha složitými vývojovými změnami, má mnohdy zvýšenou tendenci inklinovat k názorům druhých lidí a sníženou schopnost vlastního zdravého úsudku. Zejména dospívající dívky v tomto věku mají větší sklon přizpůsobovat se kultu a ideálu ženské štíhlosti. Je zřejmé, že sebeúcta mladých dívek úzce souvisí s hodnocením vlastního fyzického vzhledu. Tyto dívky, kterým chybí pocit sebeúcty k vlastní osobě, se velice snadno přestávají vnímat jako osoby s vlastními pocity, názory, právy a tužbami a naopak tuto prázdnotu v jejich vědomí vyplňuje kritika jejich osobnosti, která jim dodává alespoň nějaký, přestože velmi negativní pocit existence (Novák, 2010, s. 19-20).

Během onemocnění některou z forem poruch příjmu potravy mají nemocní pocit kontroly nad vlastním tělem, cítí se pyšní a nadřazení a současně mají strach z následného přibrání na váze. Tato zdánlivá kontrola nad jejich tělem často přináší i pocity kontroly nad vlastním životem. Negativní emocionalita a nálada může být někdy příčinou stravovací poruchy. Bylo zjištěno, že lidé, kterým byla ve výzkumech z hlediska experimentu záměrně snižována nálada, následně subjektivně uvedli, že se cítí tělesně těžší než lidé, kterým byla naopak nálada zlepšována a cítili tělesnou lehkost. Anorektičky zažívají emocionální úlevu na základě povzbuzujícího pocitu schopnosti čelit hladu. Bulimičky naopak tuto úlevu pocítují během záchvatového přejídání a následného pročišťování. Tyto dívky se snaží docílit pocitu nezávislosti, avšak onemocnění stravovací poruchou jim

podmiňuje naprostou závislost a posedlost vlastním tělem a reálně tak ztrácejí schopnost vlastní zdravé sebekontroly (Novák, 2010, s. 18-19).

Příčinami poruch příjmu potravy mohou být také některé specifické poruchy osobnosti. Zejména obsedantně-kompulzivní porucha vyznačující se nutkavými myšlenkami a jednáním může souviset se vznikem stravovacích poruch. Společným znakem těchto poruch je vnitřní nejistota a nízké vlastní sebehodnocení vedoucí k přehnané sebekontrolě nejen v oblasti jídla. Perfekcionismus má rovněž souvislost s onemocněním stravovacími poruchami a může se projevovat již v dětství a rané pubescenci, kdy se jedinci snaží mít vše tak, jak to má být, jak si přejí rodiče a společnost. Další příčinou může být diagnóza hraniční osobnosti projevující se, jejímiž společnými příznaky například s bulimií jsou přejídání, impulzivita a deprese (Krch a kol., 1999, s. 72-73; Papežová, 2010, s. 39).

Některé osobní životní zkušenosti, jako posměch, trauma či zneužití a životní události mohou být významnými spouštěcími determinanty u poruch příjmu potravy. Pacienty jsou nejčastěji uváděny nářky na tloušťku a fyzický vzhled, různé konflikty včetně sexuálních, výrazné změny v životě, osobní neúspěchy, nemoc nebo rodinné problémy. Tito jedinci mluví často o velké míře stresu v jejich životech. Někteří řeší poruchami příjmu potravy jejich osobní krize ve snaze získat smysluplný a hodnotný pocit sebe sama a současně tak snížit nesnesitelné pocity v nich se odehrávajících. Je to vlastně jakási reakce na nedostatek podpory z okolního světa, který tyto zkušenosti a události přehlížel, přecenil nebo naopak podcenil (Krch a kol., 1999, s. 64-65; Novák, 2010, s. 17).

## 4.2 BIOLOGICKÉ A GENETICKÉ DETERMINANTY

Mezi biologické faktory patří především pohlaví, věk a tělesná hmotnost s fyzickými proporcemi. Zejména ženské pohlaví je považováno za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů při rozvoji poruch příjmu potravy. Ženskému tělu bylo vždy věnováno mnoho pozornosti a důležitosti. Fyzické proporce mají jinou úlohu u žen a jinou u mužů. Vnímání vlastního těla je u ženské a mužské populace zcela rozlišné. Právě k nejvýraznějším tělesným a duševním změnám významným ve vztahu k propuknutí stravovací poruchy, dochází v průběhu dospívání (Krch a kol., 1999, s. 62).



Fyzické dospívání dívek se často odchyluje od současného ideálu ženské krásy, protože z dětské drobnosti se najednou začne tvarovat postava do ženských proporcí a dojde tak ke zvýšení tělesné hmotnosti a současně tak klesá jejich spokojenost s tím, jak vypadají. Naopak u chlapců může fyzický vývoj představovat postupné přibližování nynějšímu maskulinnímu ideálu mužské krásy, který souvisí s dobře vyvinutým a svalnatým tělem. V případě mladých dívek může někdy první menstruace, kterou vnímají jako stresující situaci, souviset se vznikem poruchy (Krch a kol., 1999, s. 62-63).

V rámci genetických faktorů lze chápat například etnický původ a jisté zděděné genetické predispozice k poruchám příjmu potravy. Vzhledem k etnickému původu se často uvažuje o poruchách příjmu potravy jako o nemoci „bílých dívek a žen“. Na základě výzkumů bylo skutečně zjištěno, že například afroameričanky projevují větší spokojenost se svým tělem a je u nich méně časté dietní chování ve srovnání s „bílými dívkami a ženami“ navzdory tomu, že jejich BMI je průměrně vyšší. Zároveň však bylo uvedeno, že afroameričanky mají větší sklony k záchvatovitému přejídání než jejich „bílé“ vrstevnice. Etnická příslušnost je stálým znakem, ale dosud nedostatečně prozkoumaným ve vztahu k rozvoji stravovacích poruch, proto se stále více uvažuje spíše o vlivu západního ideálu ženské štíhlosti (Papežová, 2010, s. 37-38).

Při zohledňování genetických aspektů z hlediska vzniku poruch příjmu potravy se obvykle začíná hledáním zvýšeného výskytu jistého znaku onemocnění v rodinách současně s hledáním genetických predispozic. Studie rodin však mohou ukázat, že sledovaný znak či genetické vlohy se mohou častěji vyskytovat u blízkých i vzdálených příbuzných. Ovšem vyšší výskyt stravovacích poruch v rodinách nemusí nutně znamenat genetickou predispozici (Papežová, 2010, s. 56).

### 4.3 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Do tohoto souboru rizikových determinantů je řazen zejména vliv rodiny, vrstevnických a kamarádkých skupin a společensko-kulturní vliv ve spojení s mediálním tlakem. Při vzniku stravovacích poruch se jedná často o spojení všech těchto faktorů. Některé studie uvádějí, že vliv rodiny a vrstevnických a kamarádkých skupin má větší vliv při rozvoji poruch příjmu potravy než média, jiné naopak zmiňují opak (Novák, 2010, s. 18).

Rodinné determinanty představují rodinné prostředí a jeho atmosféru. Nestabilní nebo problémová rodina a negativní rodinná atmosféra je sama o sobě značným rizikovým faktorem. V důsledku toho může docházet k deprivacím po stránce emocionální nebo materiální. Na onemocnění stravovacími poruchami se tedy podílí komplexní rodinná dynamika. Někteří autoři zmiňují, že velkou roli v rozvoji a udržování poruchy má podceňování tohoto onemocnění ze strany rodinných příslušníků. Některé děti mají potřebu být středem pozornosti rodičů nebo mohou mít rovněž potřebu jistého vzdoru, který projevují právě prostřednictvím těchto poruch. Mnoho pacientů také uvádí souvislost vzniku stravovací poruchy s některou rodinnou událostí (Barker, 2007, s. 151; Krch a kol., 1999, s. 65; Novák, 2010, s. 22).

Například výskyt mentální anorexie či bulimie v rodině nebo v kruhu blízkých příbuzných je významným rizikovým faktorem vzniku poruchy u jiných členů rodiny, zvláště ženského pohlaví. Je prokázáno, že v těchto rodinách se vyskytují stravovací poruchy u dalších členů rodiny mnohem častěji než v rodinách, kde se tyto poruchy nikdy předtím nevyskytovaly. Na mentální anorexii a bulimii je nahlíženo jako na nebezpečný vzor chování, kdy z výzkumů bylo zjištěno, že větší výskyt stravovacích poruch se prokázal v rodinách bulimiček než v rodinách nebulimických anorektiček (Krch a kol., 1999, s. 65-66).

Někdy se poruchy příjmu potravy objevují mezi sourozenci pacientů, nejčastěji však mezi jejich matkami, které mají ohrožující postoje k jídlu a nebezpečné jídelní chování. Tyto „anorektické“ matky jsou charakterizovány jako hyperprotektivní, dominantní a obtěžující. V mnoha případech byla také uvedena přílišná závislost matky na anorektickém dítěti a nepřiměřené mateřské postoje. V případě postojů a chování otců v rodinách s poruchami příjmu potravy jsou často otcové popisováni jako pasivní, slabí, emocionálně odtažití nebo naopak dominantní osoby (Krch a kol., 1999, s. 65-66).

Rodinných událostí, které mohou zapříčinit rozvoj stravovacích poruch, je mnohem více. Zejména dítě a dospívající jedinec potřebuje cítit a vnímat rodinu jako bezpečné místo, útočiště, ke kterému se může vždy obrátit. Děti a dospívající často přebírají vzorce chování právě od svých rodičů. Narušené rodinné prostředí mnohdy vede k rizikovému chování jedince. V některých případech může v důsledku těchto událostí dojít k úplnému rozpadu rodiny. Mezi zvláště nebezpečné jevy v rodině je řazen alkoholismus, tělesné a duševní týrání, úmrtí, deprese nebo onemocnění v rodině.

V návaznosti na rodinné prostředí přichází prostředí vrstevníků a kamarádů, které má veliký a rozsáhlý vliv na formování postojů, chování a celkové osobnosti jedince. Vrstevnické a kamarádské skupiny mají zřejmě nejvýraznější vliv právě v období dětství a dospívání. Například pubescentní dívky si osvojují a přijímají určité postoje a názory od svých vrstevníků. Chtějí se cítit výjimečné, být oblíbené a někam patřit. Mají snahu dodržovat vrstevnické normy těmito skupinami stanovené, třebaže tato pravidla nejsou správná a směřují k rizikovému chování. V tomto věku jsou dospívající obzvláště zaujati svým fyzickým vzhledem, který se mnohdy stává hlavním středem zájmu jich samotných i jejich vrstevníků. Dokonce se z jistých výzkumů předpokládá, že rizikovější pro vznik poruchy je z hlediska školního prostředí společný vzdělávací proces oproti samostatným dívčím nebo chlapeckým školám (Novák, 2010, s. 18).

V současné době, kdy je na štíhlost kladen značný důraz a dietní chování ve spojení se zneužíváním projímadel je poměrně časté, není zejména pro dospívající dívky obtížné přijmout toto celospolečenské chování za své a vnímat ho jako normální. Mnoho odborníků se domnívá, že úhlavní problém výskytu a stálého nárůstu stravovacích poruch ve společnosti spočívá v rychle se měnící kultuře, která nekriticky vyzdvihuje nezdravou štíhlost a přehnanou sebekontrolu. Současný módní ideál krásy se ve velké míře nepřímo dotýká právě lehce zranitelné dospívající populace. Média tlačí obecně dopředu zdravý životní styl, svět je předpojatý vůči obezitě a mnohdy ve snaze dodržovat zdravou životosprávu dojde k odvrácení k poruchám příjmu potravy (Krch a kol., 1999, s. 58-59).

Svět módy a krásy se neustále mění s vývojem doby. V průběhu 20. století došlo k výrazným změnám ideálu ženské postavy. Zatímco dříve byly ceněny výrazné ženské křivky připomínající tvar přesýpacích hodin, vystřídal tento vzor úplný opak oslavující spíše chlapeckou postavu potlačující tyto ženské rysy. Dnešní ideál krásy se rovná vysoké štíhlé postavě s menším obvodem prsou a boků a naopak větším obvodem pasu, důraz je tedy kladen větší souměrnosti tělesných proporcí. Zvláště ve světě modelek, ale i baletek je tento kult jednou z hlavních podmínek přijetí do tohoto světa. S tímto ideálem přišel současně s rozvojem fitness-center také druhý směr ideálního vzoru kladoucí důraz na svalnaté, vyrýsované tělo u žen i u mužů. Právě vzorem krásy u mužů je dnes výrazná maskulinita (Krch a kol., 1999, s. 58; Novák, 2010, s. 51-53).

Společenský a kulturní tlak ve vztahu k dodržování štíhlosti diktuje takový vzor krásy, který je v naprostém rozporu s biologickou proměnlivostí a přirozeností lidského

těla a vede ke sníženému sebehodnocení mnoha lidí, především pak mladých dívek, kterým jsou předloženy zcela nerealistické cíle a vzory. Dnešní doba obecně klade vysoké nároky na profesní život a to se může rovněž promítnout v jídelním chování. Ideálem je tedy dnes tzv. superžena, která dokonale zvládá život profesní i soukromý, jako je starost o děti, partnera a domácnost, zároveň je chytrá, krásná a sexy. Snaží se vymanit z kdysi běžně role domácí hospodyňky a svou štíhlostí a kontrolou své tělesné váhy dává světu najevo, že je výkonná a schopná a zároveň dokáže vypadat feminně. Chce dosáhnout rovnocenného statusu mezi ženami a muži. Jak ale odborníci tvrdí, je za tím vším nejdůležitější potřeba ženy být milována (Krch a kol., 1999, s. 59-61).

Tyto nároky dnešní společnosti jsou zejména pro mladé dívky obtížné a matoucí a již ve velice brzkém věku se snaží přiblížit tomuto ideálu. Jejich cílevědomost a ambice jsou stále vyšší. Z televize, internetu, rádia, billboardů, časopisů je jim podsouván tento nereálný a nezdravý vzor. Je prokazatelné, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou „kulturně podmíněným syndromem“ (Krch a kol., 1999, s. 59-61).

## 5 SYMPTOMATOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH

### 5.1 PŘÍZNAKY A PRŮBĚH MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Mnoho odborníků na tuto problematiku uvádí, že příznaky, prvotně se projevující u mentální anorexie a mentální bulimie, jsou zpočátku změny v jídelníčku. Anorektici přestávají jíst úplně nebo se nejprve vyhýbají zejména energeticky hodnotným jídlům, což postupně vede k požívání pouze dietních, lehce stravitelných potravin. Později dochází k celkovým změnám ve stravovacím režimu, kdy nemocní s mentální anorexií záměrně nezkonsumují nic, co by mohlo být „navíc“. Vyhýbají se často i hlavnímu jídlu nebo žádají minimální porce jídla s různými výmluvami pro svoje okolí. Stravovací změny dodržují stále více důsledně a jsou stále více rafinovaní a manipulativní s obhajováním, že na jídlo nemají čas ani chuť. Mnoho z nich tvrdí, že ráno nejsou zvyklí jíst a naopak večer jsou už po večeři. Také chování během jídla je změněné. Jídelní tempo je najednou velice pomalé a určitým způsobem obřadné, kdy se v jídle šourají, prohlížíjí si ho a pečlivě vybírají co snědí. Vypadají při tom napjatě a nervózně. Charakteristické je dělení jídla na co nejmenší kousky, které jim tak oddaluje samotnou konzumaci a následně se pak vlastně nestihnou najíst pod záminkou klidného vychutnání jídla. Naopak bulimici mají tendenci k záchvatovitému přejídání, kdy jídlo doslova hltají po velkých soustech a konzumují i více jídel najednou (Marádová, 2007, s. 11-12).

Často nadměrně žvýkají žvýkačky nebo ti starší kouří cigarety. Někdy hodně pijí kávu a přehnaně solí jídla nebo přijímají hodně tekutin, aby tak zapili hlad či nepijí vůbec a jsou dehydratovaní. Jejich zažívací systém je natolik ochromený, že se jim často udělá špatně po pozření nějakého jídla nebo tekutiny. Izolují se od společnosti a obecně se vyhýbají společnému stravování. O jídle buď přehnaně mluví nebo se tomuto tématu zcela vyhýbají. Není výjimkou, že k hubnutí si dopomáhají nadměrným cvičením, chůzí nebo uklízením a právě v důsledku celkově oslabeného a vyčerpaného organismu se zhoršuje u školou povinných také prospěch a celková výkonnost v různých činnostech. Časté je rovněž srovnávání s ostatními. Nemocní neustále úzkostlivě sledují fyzický vzhled lidí v jejich okolí a sami si připadají tlustí a nelíbezní, protože jsou příliš zaměřeni na vlastní tělo, což se projevuje právě zkresleným vnímáním sebe sama (Marádová, 2007, s. 11-12).

Různé studie uvádějí průběh onemocnění mentální anorexií jako spíše pozvolný, kdy se na svém počátku neprojevuje jako porucha. Postupem času ale začínají být určité změny nápadné, jako například již zmiňované náhlé radikální změny stravování nebo přehnaná pohybová aktivita. První výsledky v hubnutí mohou být zpočátku kladně hodnoceny a pro dotyčného mohou být posilujícím motivem. Po nějakém čase si ale lidé začnou všimnout masivního úbytku váhy nemocného a začnou být skeptičtí v tom, zda je to stále normální. V tomto období ale právě mnoho dívek reaguje na tyto pochyby okolí lžemi a podvody (Vágnerová, 1999, s. 232).

Chovají se podobně jako toxikomani, kteří výrazně zlehčují závažnost jejich problému, kterou si mnohdy neuvědomují a jejich problém popírají. Častými argumenty bývají zdravá výživa, činnost a výkonnost. Někdy se také nadřazují nad ostatní s tím, že oni nedovedou zvládnout potřeby jejich těla, kdežto anorektici podle nich samotných ano. Pro nepřiliš velkou informovanost veřejnosti o této poruše, zvláště pak rodiny bývá někdy matoucí zjevná aktivita a četné zájmy nemocných na počátku onemocnění. Proto jim situace nemusí připadat natolik závažná (Vágnerová, 1999, s. 232).

V případě průběhu onemocnění mentální bulimií jde o průběh plynulý, kdy se postupem času nemocní dostanou do etapy onemocnění, která jim začne závažně narušovat jejich vlastní život a způsobovat různé nepříjemné somatické obtíže. Záchvatovitá konzumace jídla nebývá časově dlouhá, avšak jeho přijaté množství je obrovské. Tím se tak bulimie stává finančně drahou záležitostí. Většinou si dotyční připravují a shromažďují zásoby jídla dopředu a často u sebe také jídlo nosí pro případ, že by je zastihl záchvat se přejíst. To způsobuje, že se již nedokážou najíst normálně a chovají se extrémně, buď hladoví nebo se přejídají. Za své chování se stydí a v případě záchvatu přejedení následně zvracejí nebo využijí projímadel a dočasně tím tak dosáhnou vnitřní úlevy z obavy z tloustnutí (Vágnerová, 1999, s. 235).

V obou případech, jak u mentální anorexie, tak rovněž u mentální bulimie po nějaké době již nelze dál popírat a skrývat problém, který už vzhledem k vzniklým zdravotním komplikacím, v důsledku obou onemocnění je zřetelný veřejnosti. Avšak je pravda, že mentální anorexie je snadněji rozeznatelná především pro značný úbytek tělesné váhy oproti mentální bulimii, kde váha často zůstává stejná.

## 5.2 PSYCHICKÉ, SPOLEČENSKÉ A ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální anorexie a mentální bulimie mohou mít závažné důsledky, jak psychické a společenské tak rovněž somatické, které mohou mít trvalé následky nebo vést až k úmrtí. Zejména mentální anorexie vede nejčastěji ke smrti v rámci všech psychických poruch. Anorektičtí pacienti dlouhodobě vykazují nízkou tělesnou hmotnost, kdy je především výrazně snížen kalorický příjem z karbohydrátů (cukrů) a tuků a současně mohou chybět také bílkoviny a vitamíny. Důsledky mentální bulimie bývají někdy méně závažné než u mentální anorexie, protože zde mnohdy nedochází k úplné malnutrici, tedy podvýživě a tělesná váha je často přiměřená (Krch a kol., 1999, s. 95-96; Vágnerová, 1999, s. 235).

Mezi psychické a společenské komplikace nejčastěji patří skleslá, depresivní, podrážděná nálada, která je zcela závislá na tělesné váze, fyzickém vzhledu a zdánlivé sebekontrolě. Častý je také sklon k sebelítosti, sebestřednosti a uzavřenosti. Dochází ke snížení zájmu o vše kolem, kromě jídla. Ubývá sociálních kontaktů a naopak přibývá konfliktů ve společnosti. Objevuje se nejistota a úzkost namísto stupňujícího sebevědomí a sebemenší problém se jeví jako neřešitelný. Veškeré myšlenky jsou zaujaté jídlem. Zhoršuje se pozornost a celkové tempo vykonávání činností a mnoho dalšího (Krch, 2010, s. 49).

Mnoho psychologů, psychiatrů a stále větší počet tzv. nelékařů, kteří jsou součástí léčebných programů, nejsou znalí rozsáhlých zdravotních komplikací. U obou poruch se vyskytují převážně podobné nebo stejné zdravotní komplikace vzhledem k tomu, že se jedná o příbuzné syndromy vyznačující se podobným chováním, kdy se mnohdy obě tato onemocnění vzájemně provázejí. Tyto komplikace se mohou projevovat ve všech hlavních schématech tělesné schránky. Jsou to obtíže vznikající v důsledku výrazné ztráty tělesné hmotnosti nebo důsledkem jistého chování, jako často vyvolávaným zvracením nebo abúzem, tedy zneužíváním projímadel (Krch a kol., 1999, s. 96).

Ze zdravotního hlediska jsou zejména významné kardiovaskulární komplikace vyskytující se u drtivé většiny nemocných. Nejčastější je sinusová bradykardie, jejíž frekvence je menší než 60 úderů za minutu, kdy příčinou je především oslabený metabolismus. Lze se setkat rovněž s hypotenzí (nízkým krevním tlakem) pod 90/60 mmHg způsobenou trvalým snížením množství tělních tekutin a ortostatickými změnami

vedoucími k závratím a náhlým ztrátám vědomí. V důsledku zneužívání projímadel může dojít u bulimického typu mentální anorexie a rovněž u mentální bulimie k srdečním arytmiím, způsobenými narušením tzv. elektrolytové rovnováhy, které mohou vést až k srdeční zástavě (Krch a kol., 1999, s. 96).

Renální komplikace jsou dalšími nebezpečnými zdravotními důsledky u obou onemocnění. Jedná se o poruchy elektrolytové rovnováhy, kdy v případě těžce podvyživených pacientů může dojít k hypofosfatémii, kde příčinou je nízká koncentrace fosfátů v krevní plazmě. Naopak jejich mírné zvýšení bývá u pacientů, kteří zvracejí. Rovněž může dojít k hypomagnezémii u anorektických pacientů, kde je nutné dodávání hořčíku. Také dehydratace nebo zneužívání projímadel může zapříčinit vznik močových kamenů. Vážná je i hypoproteinémie vzniklá předávkováním projímadly projevující se velmi nízkou hladinou proteinů v těle a způsobující výrazné tělní otoky, proto je nutné podávat proteiny (Krch a kol., 1999, s. 97).

Dalšími jsou gastrointestinální komplikace, kdy především u mentální bulimie je známo tzv. benigní zduření parotických slinných žláz, lze se s ním setkat ale i u mentální anorexie. Následkem častého zvracení dochází například k poškození zubní skloviny nebo vlivem působení žaludečních šťáv k zánětu jícnu a jeho vředům, avšak žaludeční potíže nejsou uváděny u nemocných jako příliš časté. Vlivem nevhodných stravovacích návyků se zpomaluje proces žaludečního vyprazdňování a to vyvolává u pacientů nepříjemné a nesnesitelné pocity plnosti. Charakteristické jsou potíže tenkého a tlustého střeva, jako jsou zácpy a průjmy související s užíváním projímadel. Méně často se pak vyskytují jaterní obtíže důsledkem podvýživy při nedostatku bílkovin (Krch a kol., 1999, s. 98-99).

Závažné jsou rovněž kosterní komplikace, zejména pak u mladých dívek, kdy v období propuknutí anorexie se začíná zpomalovat růst kostí a může dojít k jeho úplnému zastavení v případě takového tělesného úbytku, kdy dojde k zastavení menstruace. U mentální anorexie je častá osteoporóza projevující se řídnutím kostí. Bylo prokázáno, že u mentální anorexie dochází ke snížení minerální denzity kostí, ale rovněž i v případě mentální bulimie, které nepředcházela anorexie a tím může docházet ke zlomeninám. Jednoznačným ukazatelem této snížené minerální denzity kostí je právě amenorea (Krch a kol., 1999, s. 99-100).

Charakteristické zvláště pro mentální anorexii jsou endokrinní komplikace, přičemž hlavním znakem je amenorea, která nastává při poklesu tělesného tuku pod úroveň



vyznačující se jako kritická pro dotyčného jedince. Značné jsou pravděpodobně i jiné faktory mající vliv na ztrátu menstruace než je úbytek tělesné váhy vzhledem k tomu, že amenorea se u některých pacientek objevuje ještě před tímto úbytkem. Někdy také nepravidelnost v menstruačním cyklu předchází rozvoji anorexie. Chybění menstruace mnohdy přetrvává ještě nějaký čas po dosažení optimální tělesné váhy. Také aktivita mnoha hormonů, například pohlavních je v přímé závislosti na tělesné hmotnosti. U anorektických žen dochází ke snížené produkci estrogeneru z vaječníků, hladina testosteronu zůstává v normě. Naopak u anorektických mužů je hladina testosteronu snížena. V případě velmi podvyživených pacientek se může objevit infertilita, tedy neschopnost otěhotnět, vyvolaná jako ochranný mechanismus v důsledku nadměrného stresu (Krch a kol., 1999, s. 100-102).

Také hematologické komplikace projevující se změnami krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují ve více jak polovině případů pacientek s mentální anorexií, jejichž závažnost narůstá s poklesem tělesné hmotnosti. Abnormality po imunologické stránce jsou způsobeny především sníženou imunitou buněk. V rámci vstupních vyšetření případných hematologických změn je proto nutné provést komplexní krevní obraz (Krch a kol., 1999, s. 102).

S mentální anorexií a mentální bulimií rovněž souvisí neurologické komplikace. Při akutní poruše elektrolytové rovnováhy vyvolané zvracením, užíváním projímadel nebo klystýry dochází k celé řadě vážných neurologických důsledků, do kterých lze zahrnout generalizované tonicko-klonické křeče, tetanii, vyvolanou nedostatkem vápníku a způsobující nedobrovolnou svalovou kontrakci, stavy akutní zmatenosti, svalové slabosti a mnoho dalších (Krch a kol., 1999, s. 102-103).

Neméně podstatné jsou metabolické komplikace vyznačující se narušenou funkcí hypofýzy (podvěsku mozkového) a autonomních funkcí následkem zhoršené regulace tělesné teploty, zvláště u mentální anorexie. Pokud jsou nemocní vystaveni chladnému prostředí, nedojde u nich ke zvýšení jádrové tělesné teploty a podobně nedojde ani ke stabilizování této teploty, stejně tak ke třesu. Naopak při vystavení horkému prostředí se abnormálně zvýší jádrová tělesná teplota. Rovněž jsou při podvýživě charakteristické výskyty diabetes, tedy cukrovky, kterou způsobuje narušený metabolismus glukózy nebo narušený metabolismus kalcia, který se méně vstřebává a močí se vylučuje jeho zvýšený výdej a tím se zpomaluje tvorba kostí a zvyšuje se kostní resorpce čili vstřebání.

U anorexie dochází také mechanismem adaptace organismu na podvýživu ke zpomalení bazálního metabolismu a současně byla přibližně u poloviny anorektiků zjištěna zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Poruchy spánku jsou častější u anorektických pacientů vzhledem k nízké tělesné váze (Krch a kol., 1999, s. 103).

Posledními, avšak rovněž důležitými, jsou dermatologické komplikace, které mohou vznikat z různých příčin, zejména z nedostatečné výživy vedoucí například k suché šupinaté kůži. Záměrné zvracení může vést k mozolům na hřbetech rukou, modřinám a užívání projímadel nebo léků na zhubnutí ke kožním vyrážkám. Může se objevit i jemné ochlupení především na obličeji, trupu a končetinách, kdy jeho příčina není dosud známa. Hyperkarotenémie, symptom projevující se nažloutle zbarvenou kůží, se vyskytuje u většiny jedinců s anorexií. Tento projev může být důsledkem zvýšeného příjmu karotenu a vitamínu A z potravy nebo může být získaným defektem v metabolických přeměnách a využívání vitamínu A. Dalším symptomem je někdy purpura, projevující se mnohočetným tečkovitým krvácením do kůže, sliznic nebo vnitřních orgánů (Krch a kol., 1999, s. 104).

Během prvních setkání s pacientem je zapotřebí, aby lékař získal výchozí údaje o zdravotním stavu nemocného se zjištěním tělesné váhy, výšky a provedením tělesného vyšetření, komplexních laboratorních testů a EKG (vyšetřením srdce) (Krch a kol., 1999, s. 105).

## 6 LÉČBA STRAVOVACÍCH PORUCH

### 6.1 OBECNÁ VÝCHODISKA, CÍLE A CHYBY V LÉČBĚ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Při léčbě mentální anorexie a mentální bulimie se vychází z multidimenzionálního kontextu, kdy jde o komplexní integraci různých přístupů v terapii těchto dvou onemocnění. Na zřetel je brána veškerá diagnostika, etiologie a symptomatologie obou poruch. V posledních letech byl rozšířen soubor různých léčebných, zvláště pak psychoterapeutických přístupů užívaných při této terapii. Vzrostl počet specializovaných forem terapie beroucích do úvahy specifika anorexie a bulimie zároveň s klinickými rysy pacientů a jejich reakce na jednotlivé druhy jim poskytnuté terapie. Soubor těchto léčebných přístupů zahrnuje všechny hlavní druhy intervence. Vždy je důležité stanovit správný druh léčby vzhledem ke specifickým charakteristikám a faktorům daného onemocnění u konkrétního pacienta (Krch a kol., 1999, s. 127).

Pro účinnost intervence je důležité stanovit cíle dané léčby. Úspěšná léčba spočívá v kvalitním terapeutickém vztahu a vzájemné shodě terapeuta, popřípadě terapeutického týmu s pacientem. Časté bývají příchody pacientek pouze z popudu jejich rodiny, přátel nebo školy a zaměstnavatele ve snaze dokázat jejich přehnané obavy, nikoli tedy z vlastní iniciativy. Jak již bylo zmíněno, postojе takto nemocných se dají v této fázi připodobnit lidem závislým na psychotropních látkách. Primární úloha terapeuta je sdělit důležité informace týkající se konkrétní poruchy a její následné terapie spolu s navozením takových podmínek, které dokáží motivovat a vést pacienta ke změně od rizikového chování k normálnímu a zlepšit tím jeho léčbu (Papežová, 2010, s. 288).

Mezi obecné terapeutické cíle mentální anorexie patří zejména nutriční rehabilitace, tedy znovunavrácení normální život neohrožující tělesné váhy pro obnovení reprodukčních funkcí, jakými jsou menstruace a běžná ženská ovulace, normální sexuální zájem a činnost a mužská hormonální hladina. Tato normální tělesná hmotnost vymezená pro konkrétního pacienta se posuzuje během léčby na základě týdenního vzrůstu váhy, která je pacientem písemně sjednána ve smlouvě před nástupem léčby. V případě dospívajících jedinců docílení normálního tělesného růstu spolu se sexuálním vývojem. V další řadě je podstatné zastavení demineralizace kostí v důsledku nedostatku vápníku, odstranění dalších

fyziologických i psychologických následků malnutrice a naučit se volit adekvátní fyzickou zátěž. Součástí je také psychoedukace zaměřená na zdravou životosprávu, následky diet a hladovění v rámci nutričního poradenství. Rovněž změna celkového maladaptivní myšlení, pocitů a postojů vztahujícím se k příjmu jídla a terapie dalších psychopatologických projevů s poruchami nálad, chování a sebehodnocení, prevence relapsu, tedy znovunavrácení k předchozímu rizikovému stavu, kde realimentace čili obnovení výživy nevedoucí k žádným změnám postojů k jídelnímu chování nemá většinou dlouhodobý účinek. Samozřejmě je potřebná podpora rodiny, partnerů nebo blízkých přátel a poradenství s terapií u indikovaných případů (Papežová, 2010, s. 289).

V případech léčby mentální bulimie jsou obecnými cíli především redukování přejídání a zvracení, akceptování dosažení vymezené optimální váhy u daného pacienta pro navrácení jak fyziologické tak emoční stability, informování o zásadách zdravé životosprávy s vhodným jídelníčkem a minimalizováním držení diet v rámci nutričního poradenství, volba přiměřené tělesné zátěže, řešení problematiky osobnosti a případné závislosti na návykových látkách (Papežová, 2010, s. 289).

V léčbě mentální anorexie a mentální bulimie se mohou však vyskytovat mnohé chyby. Někdy se v průběhu léčby může objevit určitý problém, který se může bez vědomého úmyslu zhoršit. Časté chyby bývají zejména v oblasti podávání rad a argumentů pacientům vzhledem k jejich onemocnění, které se někdy jeví spíše jako „boj o moc“ terapeuta nad pacientem, který ale nelze vyhrát. Proto je vhodné se mu vyhnout. Pozitivního postoje lze docílit důvěrou v pacienta s myšlenkou, že si dokáže sám vytvořit vlastní úsudek a rozhodnutí o změně jeho chování. Také vynaložení většího času a práce během léčby ze strany terapeuta oproti pacientovi je neefektivní a je nutné jeho zamyšlení nad tím, jak k této nerovnoměrně rozložené práci dospěl. Vhodné je užívat během vedeného rozhovoru s pacientem více otevřených otázek, které dávají nemocnému větší prostor k „vypovídání se“ (Papežová, 2010, s. 323-324).

Rovněž projevy frustrace, jako je vyhýbání se očnímu kontaktu, zívání nebo přerušování pacienta při rozhovoru, kdy si terapeut myslí, že se dotyčný opět vymlouvá a nespolupracuje, terapii nezlepší. Důležité je otevřeně a s respektem přicházet na důvody nespolupráce pacienta. Také nadměrné přisuzování odpovědnosti terapeuta za pacientovo chování je chyba. Důležité je terapeutovo zamyšlení a posouzení nakolik investovat do pacientovi léčby vzhledem k jeho chování v průběhu terapie tak, aby došlo k nějakému

efektu. Nejednat také na základě určitých předpokladů, ale podle vlastního vnímání. Nevhodné jsou rovněž tzv. duální vztahy, kdy terapeut má s pacientem mimo vztahu profesního i vztah osobní, proto by se terapie neměli účastnit pacienti, ke kterým má terapeut ještě další jiný vztah (Papežová, 2010, s. 324-325).

### 6.2 LÉČEBNÉ PŘÍSTUPY A PROGNÓZA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Soubor léčby v první řadě zahrnuje hospitalizaci a částečnou hospitalizaci. Důvod pro hospitalizování nemocných s mentální anorexií nebo mentální bulimií je většinou jejich lékařské stabilizování. Jedná se o nemocniční léčbu, která je z lékařského hlediska v těchto případech nutná a není zde podmínkou pacientův závazek k vyléčení ze stravovací poruchy. Avšak v případě, že hospitalizace je nutná pro proces uzdravení, je tento závazek pacienta o aktivní spolupráci v léčbě nezbytný. Nemocniční pobyt zahrnuje proces uzdravování a soustřeďuje se jak na tělesné tak, i na duševní problémy nemocného. Ovšem přimět pacienta k aktivnímu spolupodílení na vyléčení představuje značné úsilí a mnoho práce u všech etap léčebného procesu (Krch a kol., 1999, s. 129).

O nutnosti hospitalizace nemocných se uvažuje v několika obecných rovinách. Je to především nutnost znovunavrácení se k optimální tělesné váze nebo zamezení pokračujícího úbytku tělesné váhy u vyhublých jedinců, přerušení záchvatovitého přejídání, zvracení nebo užívání projímadel pokud způsobují vážné zdravotní komplikace a ohrožení. Dále je to posouzení a léčba jiných závažných zdravotních potíží a současně také případná léčba stavů souvisejících se stravovací poruchou jako hluboká deprese, nebezpečí sebepoškození nebo abúzus, zneužívání psychoaktivních látek. Hospitalizace může být rovněž potřebná, pokud pacient dosud nereagoval na psychologickou terapii (Krch a kol., 1999, s. 129).

Jednou z dalších alternativ léčby je ambulantní lékařská péče určená zejména nepoddajným nebo chronickým pacientům, kteří v průběhu několika let vyzkoušeli různé druhy léčby a uvedli, že už nechťejí projít další léčbou nebo souhlasili s tím, že další psychoterapie by neměla žádný efekt na jejich uzdravení. V takovém případě se jedná o lékařskou péči, jejímž cílem je vrátit pacienta k tělesné a duševní stabilitě, nikoli překonat stravovací poruchu, jako je tomu právě u psychoterapie. Lze ji poskytovat

individuálně i skupinově. V případě nutnosti lékaři kontrolují tělesnou hmotnost a další životně významná kritéria v rámci zdravotního stavu (Krch a kol., 1999, s. 130).

Rovněž existuje také léčba formou svépomoci, řízené pomoci a psychoedukace. Ta je určena především pacientům, u kterých nejsou tak závažné příznaky, a kteří mají relativně vysokou šanci na zlepšení svého stavu nebo úplné vyléčení prostřednictvím vlastní pomoci a edukativní, osvětové intervence. Neméně významnou je rodinná terapie. Je to léčba „první volby“ v případě mladých pacientů a u pacientů, kteří žijí společně se svojí rodinou. Tam, kde se vyskytují rodinné konflikty, lze považovat tuto terapii jako vhodnou součást individuální léčby i starších pacientů nebo u pacientů s nějakým traumatem, například pohlavním zneužitím v rodině (Krch a kol., 1999, s. 132).

Rodinná terapie není základní formou léčby, ale může v rámci terapie pomoci lépe pochopit určité nejasné souvislosti poruchy příjmu potravy u nemocného. Její doporučení mají teoretické i praktické důvody. Ke znalosti teoretické stránky poruchy příjmu potravy je pro rodinu současně potřeba odborné pomoci při zacházení s mladým jedincem trpícím tímto onemocněním. Po praktické stránce pacient společně sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky a ti mají odpovědnost za jeho zdraví a pohodu. Hlavním předpokladem takové terapie je zvýšený účinek v dosažení terapeutického cíle k uzdravení (Krch a kol., 1999, s. 132).

Lze se setkat také s kognitivně behaviorální terapií poskytovanou především pacientům se středně těžkými až vážnými příznaky a kde není vhodná vzhledem k jejich věku rodinná terapie. Je to zejména obecně uznávaná forma léčby u mentální bulimie, ale rovněž i mentální anorexie, pro kterou tvoří teoretické základy ve značné části její léčby. V případě anorexie je doporučována zvláště pro klinickou praxi. Verze této terapie se u těchto dvou poruch liší, ale mají společnou podstatu vycházející z pacientova jasného přesvědčení, že: *„tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost jsou jedinými nebo nejdůležitějšími kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně“* (Krch a kol., 1999, s. 132-133).

Strach z tloušťky je zde základním problémem u obou poruch. Bulimičtí pacienti bývají seznámeni s tím, že během léčby jejich váhový přírůstek nebude nejspíš příliš velký. Naopak anorektičtí pacienti by měli prokázat značný přírůstek na váze i přes jejich neoblomnou touhu udržet nízkou tělesnou hmotnost, proto je zejména u nich velice podstatný důvěrný a spolupracující terapeutický vztah. Pokud je ale tato léčba dlouhodobě

neúčinná, bývá doporučována léčba ve skupině formou ambulantní lékařské péče (Krch a kol., 1999, s. 133-134).

Interpersonální terapie, jako další forma léčby mentální anorexie, ale především mentální bulimie se specifickými léčebnými složkami napomáhajícími ke změně, byla zpočátku vytvořena jako krátkodobý způsob léčby deprese. Její účinnost byla několik let spojována s kognitivně behaviorální terapií. Některé dřívější výzkumy ukázaly na konci léčby její menší účinnost vzhledem ke kognitivně behaviorální terapii. Krátce poté byla, ale prokázána jejich stejná léčebná účinnost a rovněž na základě dalších studií této léčby bylo zjištěno, že interpersonální terapie se přímo nezaměřuje na stravovací problémy. Její terapie je rozdělena do třech fází. První fáze se vyznačuje identifikací interpersonálních problémů, v jejichž důsledku došlo ke vzniku a udržování stravovacích problémů. V druhé fázi je pak uzavřena terapeutická smlouva zahrnující práci na těchto problémech. V poslední fázi jsou řešeny otázky související s ukončením léčby (Krch a kol., 1999, s. 134-135).

Obě zmíněné terapie jsou tedy pravděpodobně stejně účinné, proto je zapotřebí zvážit, kterou z nich upřednostnit při léčbě. Avšak kognitivně behaviorální terapie je stále více upřednostňována jako první forma léčby vzhledem k potvrzeným rychlejším účinkům při odstraňování příznaků těchto poruch. Interpersonální terapie by se měla zvažovat v případě bulimických pacientů, kteří neúspěšně reagovali na kognitivně behaviorální terapii a kde zůstávaly interpersonální konflikty. U mentální anorexie by měla být interpersonální léčba zařazena do dlouhodobější psychoterapie nemocných (Krch a kol., 1999, s. 134-35).

Psychodynamická terapie charakteristická dynamicky zaměřenými přístupy doporučovaných tam, kde není účinná jiná krátkodobá léčba, obsahuje dva myšlenkové směry. První z nich bere do úvahy nepotřebnost tradičních psychodynamických intervencí v rámci těchto stravovacích poruch vzhledem k tomu, že příznaky ani poruchy se nevyznačují žádným specifickým základním procesem. Druhý myšlenkový směr bere v úvahu zvláštnost obou poruch s tím, že jsou u nich zapotřebí důležité modifikace ortodoxní dynamické terapie z důvodu vyjít vstříc konkrétním potřebám pacientů. V současné době je doporučováno zvážení o začlenění dlouhodoběji trvající dynamicky zaměřené terapie jako alternativy u dlouhodobé kognitivně behaviorální terapie u takových pacientů, u kterých selhaly přístupy jiné nebo levnější (Krch a kol., 1999, s. 135).

Součástí léčebného souboru je také farmakoterapie. Zařazení medikace do léčby je zvažováno například v případech neúspěchu léčení mentální bulimie kognitivně behaviorální terapií. Studie prokázaly pozitivní efekt zejména u některých typů antidepresiv. Léčba medikamenty by však neměla být hlavní formou terapie. U mentální anorexie bylo zjištěno, že antidepresiva nemají prokazatelný účinek během její akutní fáze a rovněž by se neměla zvažovat tato forma terapie jako základní, protože v mnoha případech tato psychotropní léčba není užitečná ani nutná. V současné době se doporučuje v některých případech tuto terapii zavádět jako doplňující léčbu u jistých typů psychosociální léčby s prokazatelným efektem, samotná terapie medikamenty není účinná (Krch a kol., 1999, s. 136-137).

Základem léčby je vždy pozitivní přístup k nemocným jedincům ze strany lékařských pracovníků a blízkých osob nemocného, ale rovněž také kladný přístup ze strany samotného pacienta. Každý pacient je jedinečný, má vlastní koncepci poruchy a to vyžaduje vlastní koncepci jeho léčebné péče (Styx, 2003, s. 37).

Vzhledem k prognóze obou poruch, dochází u mentální anorexie zhruba u poloviny nemocných k vyléčení, avšak u některých porucha přetrvává a v některých případech může končit fatálními následky, zejména smrtí nemocných. Rovněž není vyloučené, ale ani prokázané, že anorexie může „chránit“ pacienty před dalšími možnými příčinami úmrtí. U mentální bulimie bývá někdy prognóza lepší, protože tato porucha má větší tendenci ke slábnutí. Obě stravovací poruchy mohou být závažnými život ohrožujícími onemocněními přetrvávajícími celý život, někdy může jít o přechodnou etapu v životě nemocného. Jistá fakta uvádějí, že v případě uzdravení se z některé z poruch v období dospívání, může dojít ke snížené schopnosti navázání sociálních kontaktů s okolím a v pozdějších letech, zejména ve věku 20 až 25 let, může stále přetrvávat snížené sebeúcta a sebehodnocení se sklonem k depresím a netěšení se z „pevného“ zdraví (Barker, 2007, s. 152-153).



## 7 PREVENCE STRAVOVACÍCH PORUCH

Celá řada odborníků se shoduje na tom, že prevence je nedílnou a velmi podstatnou součástí odborné péče vzhledem k problematice stravovacích poruch. V rámci účinné prevence je zapotřebí spojit výzkum rizikových faktorů s faktory protektivními, tedy ochrannými a na jejich základě vytvořit co nejefektivnější koncept preventivních programů v oblasti primární prevence, jejímž úkolem je snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy. Z hlediska prevalence mentální anorexie bylo z dosavadních výzkumů zjištěno, že v České republice je rostoucí výskyt této poruchy ve srovnání s jinými evropskými státy, o dalších výzkumech bude zmíněno z hlediska výskytu stravovacích poruch v následující kapitole (Papežová, 2010, s. 311-314).

Preventivní působení by mělo být zahájeno co nejdříve. S výskytem stravovacích poruch se nyní lze setkat ještě před počátkem pubescence, tedy i u dětí mladších deseti let. Avšak právě „kritické“ období puberty významné četnými fyzickými a psychickými změnami je skutečně rizikové pro vznik těchto poruch. Důležité je zejména vhodné výchovné působení, u kterého by měla mít prevence svůj počátek, a to jak ze strany rodiny, tak rovněž ze strany školy, poté ze strany společnosti. Tato prevence patří do oblasti výchovy ke zdraví a jejím hlavním úkolem je v případě mentální anorexie a mentální bulimie snaha předcházet strachu z tloušťky, ale rovněž i druhému extrému, nadváze s obezitou. Prevence se rozlišuje na primární, která je soustředěna na předcházení výše zmíněného, na základě posílení zdraví a odstranění rizikových faktorů. Sekundární prevence znamená včasnou intervenci u již propuknutého onemocnění a účinnou léčbu. Terciální prevence se pak snaží zmírnit vzniklé následky daného onemocnění a předcházet jeho případnému návratu. Prevence může být poskytována na úrovni osobní nebo společenské (Kubátová, Machová a kol., 2009, s. 14-15; Marádová, 2007, s. 22-23).

Ve školním prostředí by měla být prevence součástí programu výchovy ke zdravému životnímu stylu. V rámci programu by měla být tato prevence zaměřena na vytvoření pozitivního sociálního klimatu ve školách, podmínek pro osobnostní rozvoj žáků a na posílení a pěstování sebedůvěry s cílem zabránit nebo snižovat projevy sebedestruktivního chování. Zvlášť pak na dostatečné množství pravdivých informací o charakteristice poruch příjmu potravy se zdůrazněním na jejich výskyt, možné příčiny

a zejména důsledky, které mohou být odstrašující a současné vedení žáků ke zdravým jídelním postojům (Marádová, 2007, s. 22-23).

Obzvlášť nebezpečné může být dietní chování. To je dnes ve společnosti poměrně časté a „trendy“ a je prezentováno právě pod „záštitou“ zdravého životního stylu. Obecně je lidem podsouváno a prezentováno jako něco zdravého, ale vždy tomu tak není. Právě to může být moment, kdy dotyčný jedinec, který měl původně ve snaze žít zdravě, nakonec přestane jíst úplně, protože od držení diet k držení úplných hladovek není daleká cesta a touha po štíhlosti se může stát posedlou a ve svém důsledku pak zničující.

Rodiče by měli být zvlášť obezřetní u svých dospívajících dcer. Pozornost je důležité zejména věnovat dceři, která trpí nadváhou či obezitou a rozhodla se začít hubnout. Nejprve je vhodná návštěva odborného lékaře, který posoudí její zdravotní stav a stanoví následný postup ve zdravém hubnutí, kdy úkol rodičů spočívá v kontrole dceřina hubnutí. Rodiče by měli také věnovat zvýšenou pozornost situaci, kdy jejich dcera má váhu v normě, ale přesto chce dosáhnout úbytku na váze (Cassuto, 2005, s. 18-19).

Podstatný je výběr vhodného výživového stylu, který je vždy individuální. Nezbytné je respektovat momentální věk, současný zdravotní stav, příslušnost k pohlaví, výšku a váhu, případně i hodnotu BMI a samozřejmě vrozené dispozice. Doporučuje se nepřilíš velká konzumace energeticky bohatých potravin, naopak zvýšená konzumace čerstvého ovoce a zeleniny. Obecně strava odpovídající danému poměru v příjmu tuků, sacharidů a bílkovin a současně vitamínů a minerálů. Neméně podstatná je také tělesná aktivita (Fořt, 2007, s. 396-397).

Je nutné také zmínit současný vzrůstající vliv multimédií a nových technologií, které mají dopad především na mladou generaci. Odborníci na tuto problematiku uvádějí, že jsou ve značné míře odpovědné za rozvoj stravovacích poruch prezentováním nadhodnoceného a nereálného ideálu krásy společně se záplavou mnoha dietních doporučení. Proto je zejména nezbytné tato multimédia využít právě ke zkoumání jejich dopadu na výskyt onemocnění. Většina preventivních programů se soustředí na zvýšení informovanosti a znalostí v této problematice a na povědomí o existenci poruch, avšak už ne tolik na postoje ve společnosti k poruchám příjmu potravy a případnou změnu tendence k rizikovému chování u cílové populace. Pouhé posuzování získaných poznatků cílové skupiny je nedostačující (Papežová, 2010, s. 314-315).

Skutečně pouze menšina programů se snaží vést ke změnám v jídelním chování, které by měly být do budoucna hlavním společným cílem v zabránění vzniku a růstu onemocnění. Zvláště důležitým faktem je nynější soustředěnost propagace stravovacích poruch, především mentální anorexie na webové stránky formou tzv. pro-ana blogů podporujících a ospravedlňujících toto onemocnění, ale současně se také prevence a psychoedukace u dospívající populace stále více přesouvá na internet. Preventivní opatření by se měla proto přizpůsobit těmto novým trendům (Papežová, 2010, s. 314-315).

Ovšem nejdůležitější v rámci prevence je bezpochyby celospolečenská změna chování vzhledem ke skutečnosti, že společnost je ta, co vytváří kulturu a udává směr doby s momentálně aktuálními trendy, společenskými normami a pravidly. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách o současném ideálu krásy, je nezbytné začít právě u změny pohledu na tuto krásu a přijmout fakt, že se jedná o ideál nereálný a nezdravý. Rovněž se nestavět lhostejně nebo zlehčeně vůči této problematice, jež může mít nenávratné důsledky nejen pro jedince, ale i pro celou společnost, již jen vzhledem k biologické reprodukci, která je například u onemocnění mentální anorexií mnohdy nemožná.

## 8 EPIDEMIOLOGIE STRAVOVACÍCH PORUCH

V rámci celé problematiky stravovacích poruch nelze opomenout také epidemiologii neboli obor studující výskyt těchto poruch v populaci. Zaměřuje se na „prevalenci“ a „incidenci“ onemocnění. Prevalencí je vyjadřován počet případů v dané populaci, kteří během života trpěli stravovací poruchou. Tyto výskyty se udávají v určitém čase a jsou významné pro plánování a organizaci péče nemocným. Naopak incidence udává počet nových případů v populaci (Papežová, 2010, s. 25).

### 8.1 PŘEHLED STRAVOVACÍCH PORUCH V POPULACI

Jak ukázala mnohá výzkumná šetření, stravovací poruchy nejsou výlučně záležitostí jen západní společnosti, ale vyskytují se po celém světě, a to ve stále vyšším počtu. Důležitá je také skutečnost, že mnozí z pacientů vyhledávají odbornou pomoc až v pokročilém stádiu stravovací poruchy, proto může být ve skutečnosti počet takto postižených osob daleko vyšší, než jsou oficiální údaje. Například J. Ševčíková zmiňuje, že v České republice je poměrně obtížné určit rozsah výskytu tohoto onemocnění, protože v ordinacích se objevuje jen mizivé procento nemocných (Papežová, 2010, s. 32; Sladká-Ševčíková, 2004, online, cit. 2014-04-06).

Avšak v České republice byla prokázána ve studii z roku 2009 zvýšená hospitalizace kvůli stravovacím poruchám od roku 1994. Tato skutečnost bývá přisuzována sociálním a politickým změnám v naší zemi v průběhu těchto let. Rovněž se ukázalo, že v České republice je výskyt těchto poruch stále vyšší ve srovnání s jinými evropskými státy, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole. Je známo, že tyto poruchy se týkají především ženské populace. Z této populace se zvláště pak týkají velmi často mladých dívek. Uvádí se, že onemocnění se u nich vyskytuje desetkrát až dvacetkrát častěji než u chlapců, přičemž je udáváno zastoupení 6 % dívek, které spadají do rizikové skupiny populace. Je to tedy zhruba každá dvacátá dívka z této skupiny. J. Ševčíková je však poněkud skeptičtější a zastává názor, že postižených dívek je daleko více. Sama odhaduje, že postiženou dívkou je každá patnáctá až desátá dívka ze zmíněné skupiny (Sladká-Ševčíková, 2004, online, cit. 2014-04-06).

H. Papežová uvádí, že prevalence mentální anorexie v případě mladých dívek bývá celosvětově udávána v zastoupení 0,3 – 1 %, mentální bulimie pak 1 – 3 %. Rovněž zmiňuje, že v České republice splňuje některá kritéria mentální bulimie až 15 % dospívajících. F. D. Krch udává výskyt stravovacích poruch u ženského pohlaví ve věku patnáct až třicet let následovně. U mentální anorexie je to 0,5 - 0,8 %, u mentální bulimie 2,5 – 6 %. K úmrtí v případě mentální anorexie dochází ve 2 – 8 % případů a u mentální bulimie je to 0 – 2 % případů. Z mentální anorexie se úplně vyléčí přibližně polovina postižených. Ve 30 % dochází k celkovému zlepšení stavu a 20 % případů přechází do chronického stádia stravovací poruchy (Papežová, 2010, s. 134; Krch, 2008, s. 23).

F. D. Krch poukazuje také na fakt, který říká, že: „*Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze pozorovat až u deseti procent mladých žen*“ (Krch, 2000, s. 24).

Na základě údajů, které uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v letech 2009 až 2010 v České republice hospitalizováno celkem 645 pacientů se stravovací poruchou. Tento počet činil složení 705 žen a 40 mužů. V tabulce jsou uvedeny konkrétní údaje u jednotlivých diagnóz.

Tabulka 1- výskyt nemocí se stravovacími poruchami v populaci (UZIS, online, cit. 2014-04-06)

	2009			2010		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
F 50.0 mentální anorexie	12	197	209	7	189	196
F 50.1 atypická mentální anorexie	3	39	42	1	41	42
F 50.2 mentální bulimie	-	100	100	-	91	91
F 50.3 atypická mentální bulimie	3	7	10	-	7	7
F 50.4 přejídání spojené s psychologickými poruchami	1	3	4	2	5	7
F 50.5 zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami	-	3	3	-	2	2
F 50.8 jiné poruchy jídla	1	7	8	2	8	10
F 50.9 poruchy přijímání jídla	1	5	6	7	1	8

Celkem	21	361	382	19	344	363
--------	----	-----	-----	----	-----	-----

Výše uvedené údaje potvrzují fakt, že stravovací poruchy jsou z převážné části záležitostí žen. Přičemž nejčastěji je u nich diagnostikována právě klasická forma mentální anorexie a mentální bulimie. Naproti tomu také u mužů převládají u hospitalizovaných tyto poruchy, ale v mnohem menším počtu.

### 9 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této části práce se pozornost soustředí na výzkumné šetření v oblasti problematiky stravovacích poruch v pubescentním věku. Na začátku budou nejprve zvoleny hlavní výzkumné cíle a současně stanovena tvrzení, která budou na základě výsledků tohoto šetření buďto potvrzena nebo vyvrácena. Základní součástí práce bude také analýza a interpretace získaného sběru dat v jednotlivých výsledcích výzkumu. Zjištěné výsledky budou prezentovány za pomoci grafů a tabulek spolu s komentáři, které budou shrnovat dané výsledky. V závěru této části bude uvedeno závěrečné shrnutí zjištěných poznatků a následné ověření stanovených tvrzení, rovněž s možnými návrhy na řešení případného výskytu rizikových situací.

#### 9.1 CÍLE VÝZKUMU

- zjistit, jaké jsou postoje k jídlu u daných respondentů
- zjistit míru spokojenosti s vlastním tělem u daných respondentů

Na základě těchto zvolených výzkumných cílů byla stanovena 3 tvrzení. Ve výzkumném šetření půjde o potvrzení nebo vyvrácení těchto tvrzení.

##### **Tvrzení:**

1. rizikové postoje k jídlu u respondentů mají vyšší procento zastoupení u dotazovaných dívek než chlapců
2. jako rizikový postoj k jídlu se u dotazovaných nejčastěji vyskytuje dietní chování
3. nespokojenost s vlastním tělem se vyznačuje u poloviny dotazovaných

#### 9.2 METODY VÝZKUMU

Pro potřeby tohoto výzkumného šetření byla zvolena metoda případové studie neboli kazuistiky a rovněž metoda dotazníkového šetření.

### 9.2.1 KAZUISTIKA

Kazuistika je případovou studií, která se zaměřuje na bližší popis a rozbor jednoho nebo rovněž i více případů. Shromažďuje se v ní velké množství dat od jednoho nebo více jedinců, která zachycují složitost konkrétního případu či případů. Snaží se objasnit daný případ, popřípadě případy. Pečlivé prozkoumání určitého případu předpokládá lepší porozumění a pochopení jiných podobných případů. Základní výzkumná otázka tedy zní: *„Jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů?“* (Hendl, 2005, s. 103-104)

### 9.2.2 DOTAZNÍK

Dotazník je další výzkumnou metodou, která byla zvolena pro potřeby tohoto výzkumu. Dotazníkové šetření je obecně nejpoužívanější metodou pro sběr dat. Na rozdíl od kazuistiky shromažďuje omezenější množství dat, ale získává ho od mnoha jedinců nebo případů. Prostřednictvím dotazníku lze získávat data v písemné podobě formou tzv. prvků nebo položek obsažených v dotazníku, kterými jsou otázky, na které jsou písemně zodpovězeny odpovědi. Osoby vyplňující dotazník jsou označováni jako respondenti (Gavora, 2010, s. 99; Hendl, 2005, s. 104).

Je zejména důležité dodržet požadavky na sestavování a konstrukci dotazníku za účelem provedení kvalitního výzkumu. Podstatná je především jasná, srozumitelná a jednoznačná formulace otázek, která nepřipouští chápání více způsobů a vede ke konkrétní zkoumané problematice. Rovněž nezbytné je správné řazení jednotlivých otázek v dotazníku, kdy se upřednostňuje řazení z hlediska psychologického před řazením logickým, přičemž nejtěžejnější otázky se doporučuje umisťovat ve střední části dotazníku (Chráška, 2007, s. 169-170).

Tento způsob šetření se vyznačuje mnoha výhodami, proto byl jednoduchou volbou při výběru metod. Za výhodné je zejména považováno získávání dat od většího počtu respondentů a současně jejich anonymita, která může zamezit případnému strachu odpovídat pravdivě. Samozřejmě má ale i jisté nevýhody, jako například fakt, že i přes anonymitu nemusí dotazovaní zodpovídat otázky po pravdě. Někdy také respondenti dotazník nevyplňují řádně dle instrukcí a některá data mohou chybět.



V rámci tohoto výzkumu bylo ke zjištění potřebných dat použito dotazníkového šetření, které je zaměřeno na zjištění postoje k jídlu a vlastnímu tělu. Bylo užito Garnerova a Garfinkelova testu postoje k jídlu EAT 26 (Eating Attitude Test) vytvořeného v roce 1979. Tento test může nasvědčovat rizikovému postoji k jídlu a narušenému vztahu k vlastnímu tělu. Dotazník je rozdělen do tří částí. V první části jsou obsaženy základní údaje o respondentovi, v části druhé jsou potřebné instrukce k vyplnění dotazníku a část třetí, vlastní část dotazníku sestávající se z 26 otázek.

Tento dotazník se vyhodnocuje následovně: U otázek 1-26, kromě otázky 25, jsou extrémní odpovědi jako vždy, velmi často, často hodnoceny body 3, 2, 1. Otázka 25 je hodnocena opačně a odpovědi jako nikdy, zřídka, někdy jsou opět hodnoceny body 3, 2, 1. O rizikovém postoji k jídlu a narušeném vztahu ke svému tělu v tomto dotazníku u testovaného respondenta vypovídá celkový součet bodů, který je roven nebo vyšší než 20. Je rovněž možné vyhodnocení jednotlivých dílčích údajů vypovídajících o sklonu k dietnímu chování, záchvatovitému přejídání a bulimickému chování, ale také o orální kontrole potravy. Na dietní chování jsou zaměřeny otázky č. 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25. Na záchvatovité přejídání a bulimické chování otázky č. 3, 4, 9, 18, 21, 26. Na orální kontrolu příjmu potravy otázky č. 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

### 9.3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Část výzkumného šetření byla realizována v únoru 2014 formou nestandardizovaného rozhovoru s jednou dívkou (čtrnáct let), která prodělala mentální anorexii v období pubescentního věku. Na základě tohoto rozhovoru budou výsledky zjištění uvedeny níže prostřednictvím kazuistiky konkrétního případu.

Výzkum formou dotazníkového šetření byl proveden v březnu 2014 na Základní škole ve Třemošné. Výzkumný vzorek byl tvořen celkem 74 respondenty, ve věku jedenáct až patnáct let, tedy ve vymezeném období pubescence. Výzkumného šetření se zúčastnilo 36 dívek a 38 chlapců. Dotazníků bylo tedy rozdáno 74, odevzdán byl stejný počet. Návratnost tak byla úspěšná na 100 %.

Pro lepší přehlednost bude níže uvedena tabulka o zastoupení počtu respondentů ve výzkumu z hlediska pohlaví a věku:

Tabulka 2 – Rozdělení počtu respondentů dle věku a pohlaví

Chlapci 11 let	3
Chlapci 12 let	7
Chlapci 13 let	7
Chlapci 14 let	8
Chlapci 15 let	13
Dívky 11 let	4
Dívky 12 let	8
Dívky 13 let	6
Dívky 14 let	9
Dívky 15 let	9

## 9.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 9.4.1 KAZUISTIKA: DÍVKA, 14 LET, KTERÁ PRODĚLALA MENTÁLNÍ ANOREXII.

Z důvodu ochrany osobní identity konkrétní dívky, která s ochotou poskytla cenné informace pro podložení této případové studie bude použito fiktivního jména „Jana“. Tato kazuistika byla sestavena na základě stěžejních informací získaných během rozhovoru s Janou, jež byl vedený v uvolněné atmosféře.

Jana se narodila 19. 6. 1999 v Plzni, brzy jí tedy bude patnáct let. Na svět přišla do původně harmonického rodinného prostředí jako třetí potomek svých rodičů. Má tedy staršího bratra a sestru. S rodiči žila v rodinném domě ve městě Staňkov v jihozápadních Čechách mezi Plzní a Domažlicemi, kde od 6 let navštěvovala zdejší základní školu. Rodiče Jany se však rozvedli, když jí bylo 10 let. V té době se Jana společně se svou

matkou přestěhovala do bytu v Plzni, kde stále žije a rovněž tady navštěvuje základní školu. Otec i s Janinými sourozenci, kteří se později odstěhovali do Prahy za vysokoškolským studiem, zůstali v jejich kdysi společném domě ve Staňkově vzhledem k tomu, že dům otec zdědil po Janiných prarodičích, kteří již zesnuli. Péči o Janu si samozřejmě rodiče rozdělili a Jana tak pravidelně dva víkendy v měsíci navštěvovala ve Staňkově své další členy rodiny.

Po příchodu do rušného města Plzně, kdy Jana začala navštěvovat plzeňskou základní školu, se u ní začala projevovat tzv. sociální fobie. Ona fobie souvisela zřejmě se složitou adaptací na nové životní podmínky. Jana sama uvedla strach a nejistotu vůči novým lidem a prostředí a rovněž zmínila, že během cestování v městské hromadné dopravě pociťovala jakýsi stud. Najednou si připadala zcela osamocená a bezbranná mezi takovým davem lidí. Její matka danou situaci vysledovala a zvažila tak návštěvy u psychologa, ke kterému začala Jana docházet po dobu několika měsíců. Tato fobie byla zřejmě počátečním momentem v následném propuknutí mentální anorexie.

Jana popsala, že ve svých jedenácti letech začala náhle soustředit zvýšenou pozornost svému zevnějšku. Vnímala se jako nehezká a nezajímavá mezi ostatními dívkami ve svém okolí, s nimiž si příliš nerozuměla a cítila se jako vyčleněná ze školního kolektivu. Na mysl ji postupně začala přicházet myšlenka, že by bylo možná vhodné zhubnout a tím by se tak stala atraktivnější pro své okolí. Rozhodla se tedy, že značně omezí svůj příjem potravy. Popsala, že z počátku její dietní chování probíhalo na etapy. V týdnu od pondělí do pátku byla její každodenní strava minimální, naopak během víkendů se přejídala. Zanedlouho začala nepřiměřené množství jídla pozřené v těchto intervalech kompenzovat vyprovokovaným zvracením nebo rovněž nadměrným cvičením, uklízením či nadměrnou chůzí pěšky do školy a nazpět. Její matka si nemohla nevšimnout náhle změněných jídelních postojů a snažila se o Janino pádné vysvětlení jejího chování. Jana však na svou matku začala pokaždé křičet a rozčilovat se nad tím, že přehání a nic se s ní neděje. Postupně Jana přestala jíst úplně, tehdy jí bylo již dvanáct let. Ovšem před svým okolím se to snažila skrývat. V důsledku toho u ní zanedlouho došlo ve škole k náhlému kolapsu. To bylo stěžejním okamžikem Janina rizikového jídelního chování.

Jana tak byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici Plzeň na oddělení dětské psychiatrie s diagnózou mentální anorexie purgativního typu. Vykazovala jasné známky podvýživy, kdy vzhledem ke své výšce 168 cm vážila pouhých 39 kg, její BMI tedy činilo

13,8. Průběh léčby spočíval nejprve ve stabilizaci akutního stavu, po kterém se Jana musela podrobit léčbě, která prioritně spočívala v navýšení její tělesné hmotnosti na přijatelnou mez úpravou nezdravých stravovacích návyků. Rovněž byla nezbytná psychoterapie. V průběhu celého pobytu byla Jana pod neustálým dohledem zdravotnického personálu. Jana si v průběhu své léčby našla v nemocnici přítelkyni s podobným problémem a necítila se tedy tak opuštěná. Po čtyřech měsících, kdy se její tělesná hmotnost stabilizovala a její celkový stav se zlepšil, mohla být Jana z nemocnice propuštěna do následné domácí péče matky. Poté Jana docházela v pravidelných návštěvách k dětskému praktickému lékaři ke kontrole zdravotního stavu a současně navštěvovala psychiatrickou poradnu. Její rodiče i sourozenci vše těžce nesli, avšak snažili se být Janě maximálně nápomocni a stáli při ní po celou dobu jejího onemocnění.

V současné době je již Jana od svých třinácti let mimo otěže této poruchy. Mentální anorexii tedy prodělala ve věku jedenácti až dvanácti let. Její nynější váha k výšce 168 cm je 53 kg, její BMI je 19, tedy v normě, avšak na té spodnější hranici. Vrátila se na základní školu, ovšem s ročním prodloužením studia kvůli její několika měsíční absenci ve škole. Její učitelé byli s celou situací dobře obeznámeni, aby mohli na základě toho k Janě vhodně přistupovat. Podle Janiných slov se dnes Jana cítí již dobře. Prožitky z doby, kdy trpěla mentální anorexií jsou pro ni vzhledem k mnoha následkům poruchy, kdy jí začaly například padat vlasy nebo žloutnout kůže (tzv. Hyperkarotenémie) velice bolestné. Avšak přiznala, že myšlenky na štíhlost ji budou v jisté míře, snad již ne patologicky, provázet možná celý život.

### **Hodnocení**

Během rozhovoru s Janou bylo zjištěno, že si své onemocnění nechtěla po dlouhou dobu vůbec připustit. Své tehdejší jídelní chování považovala v hubnutí za zcela normální. Dokonce ani vzniklé zdravotní komplikace ji v té době nezastrašily. Prožřela až při hospitalizaci v nemocnici na specializovaném pracovišti pro léčbu stravovacích poruch. Do té doby se veškeré projevy poruchy snažila chytře skrývat, aby mohla nadále pokračovat v hubnutí. Tím se tak potvrzují typické příznaky onemocnění mentální anorexií, jež jsou uváděné v odborné literatuře.

Pravděpodobným spouštěcím mechanismem poruchy byla zřejmě ona „sociální fobie“, vyvolaná v důsledku náhlých životních změn, kterými byly rozvod Janiných rodičů

a nové životní prostředí včetně nové školy. Hubnutí tak začalo v mylném domnění, že docílením extrémní štíhlosti bude docíleno také větší atraktivnosti a oblíbenosti ve společnosti. Přesto, že je nyní Janin stav v normě, měli by být její rodiče i okolí nadále obezřetné vůči jejímu dalšímu chování, aby tak v budoucí době nedošlo k relapsu. Vzhledem k Janině nízkému věku, typického pro rozvoj stravovacích poruch je tato obezřetnost zcela nezbytná, protože porucha se může kdykoli opět vrátit.

#### 9.4.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU EAT 26

K vyhodnocení výsledků z výzkumného šetření vztahujícího se k postoji k jídlu a vlastnímu tělu budou použity níže uvedené tabulky a rovněž grafické znázornění s pokusem o prokázání rozdílnosti těchto vztahů u dívek a u chlapců. Tabulka a grafy budou doplněny komentářem shrnujícím výsledná zjištění.

#### Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – dívky

Tabulka 3 – Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – dívky

Dívky (36)	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Děsí mne představa z nadváhy.	10	7	8	6	3	2
Vyhýbám se jídlu, přesto, že mám hlad.	0	2	6	10	6	12
Uvědomuji si, že se možná příliš zabývám jídlem.	2	4	9	11	5	5
Někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopen/na přestat.	4	2	1	5	3	21
Krájím si jídlo na malé kousky.	1	3	3	9	10	10
Sleduji kalorickou hodnotu jídla, které jím.	4	0	13	12	3	4
Především se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivo, brambory, rýže atd.)	0	1	0	3	4	28
Myslím si, že mé okolí by bylo raději, kdybych jedl/a více.	1	3	8	4	2	18
Po jídle zvracím.	0	0	0	2	2	32
Po jídle mám pocity provinění.	2	1	2	8	7	16

## VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Mám neustálou touhu být štíhlejší.	12	7	4	7	6	0
Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	11	2	9	9	3	2
Mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).	6	4	2	6	10	8
Stále přemýšlím o tuku na svém těle.	9	3	11	7	2	4
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	2	5	2	10	8	11
Vyhýbám se sladkým jídlům.	3	0	3	11	13	6
Jím dietní stravu.	2	1	9	12	8	4
Cítím, že jídlo ovládá můj život.	1	5	2	5	10	13
Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.	3	6	7	5	7	8
Pocituji, že ostatní mne nutí do jídla.	0	3	3	17	11	2
Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.	2	2	3	7	9	12
Cítím se nepříjemně, když sním něco sladkého.	5	1	2	10	6	12
Držím diety.	2	2	8	11	9	4
Mám rád/a pocit prázdného žaludku.	2	4	1	9	7	11
Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.	7	6	4	3	9	7
Po jídle mívám nucení ke zvracení.	0	2	0	2	2	30

V kategorii zaměřující se na inklinaci k dietnímu chování odpovídaly dívky v otázkách 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 následovně. Děsivou představu z nadváhy má 25 dívek (69,44%). Kalorickou hodnotou jídla se zabývá 17 dívek (47,22%). Na jídla s vysokým obsahem uhlohydrátů si dává pozor 1 dívka (2,77%). S pocitem provinění po jídle se potýká 5 dívek (13,88%). Neustálou touhu po štíhlosti pocituje 23 dívek (63,88%). Při cvičení myslí na spalování kalorií 22 dívek (61,11%). O tuku na svém těle neustále přemýšlí 23 dívek (63,88%). Sladkým jídlům se vyhýbá 6 dívek (16,66%). Dietní stravu konzumuje 12 dívek (33,33%). Po konzumaci něčeho sladkého se nepříjemně cítí 8 dívek (22,22%). Diety drží 12 dívek (33,33%). Pocit prázdného žaludku má rádo 7 dívek (19,44%). Nová vydatná (bohatá) jídla rádo ochutnává 17 dívek (47,22%). Celkem

dívky zvolily bodovanou odpověď 178 krát. Významnějšího počtu bodů v této kategorii dosáhlo 12 dívek v rozmezí hodnot 10 – 17 bodů.

V kategorii zjišťující sklony k záchvatovitému přejídání a bulimickému chování odpovídaly dívky v otázkách 3, 4, 9, 18, 21, 26 takto. Přílišným zabýváním se jídlem si je vědomo 15 dívek (41,66%). Občasné záchvaty přejídání s pocitem neschopnosti přestat má 7 dívek (19,44%). Po jídle nezvrací žádná dívka. Pocit ovládnutí života jídlem má 8 dívek (22,22%). Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnuje 7 dívek (19,44%). Po jídle mají nucení ke zvracení 2 dívky (5,55%). Celkem byla dívkami zvolena bodovaná odpověď 39 krát. Významnější počet bodů v této kategorii vykazují 2 dívky s hodnotami 6 a 11 bodů.

Kategorie orientovaná na sklony k orální kontrole potravy byla dívkami zodpovězena v otázkách 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 názorně. Přes pocit hladu se jídlu vyhýbá 8 dívek (22,22%). Na malé kousky si jídlo krájí 7 dívek (19,44%). Vědomí o tom, že okolí by bylo raději pro větší příjem jídla má 12 dívek (33,33%). Přesvědčení okolí o přílišné štíhlosti (hubenosti) pocítuje 12 dívek (33,33%). Pocit pomalejší konzumace jídla oproti ostatním má 9 dívek (25,00%). Sebeovládání v případě jídla projevuje 16 dívek (44,44%). Pocit nucení do jídla ze strany ostatních má 6 dívek (16,66%). Na bodovanou odpověď dívky odpověděly celkem 70krát. Významnějšího počtu bodů v této kategorii dosáhly 4 dívky a to v rozmezí hodnot 6 – 11 bodů.

V celkovém hodnocení dosáhlo mezní hranice 20 bodů 8 (22%) z 36 tázaných dívek. Rozpětí u dosažených hodnot bylo v rozmezí 20 – 26 bodů. Celkem 287krát (31%) byla dívkami zvolena bodově hodnocená odpověď, tedy odpověď riziková z hlediska stravovacích poruch a 653krát (69%) byla dívkami zvolena odpověď nebodovaná.

## Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – chlapci

Tabulka 4 – Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – chlapci

Chlapci (38)	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Děsí mne představa z nadváhy.	0	3	2	8	13	12
Vyhýbám se jídlu, přesto, že mám hlad.	0	0	2	5	5	26
Uvědomuji si, že se možná příliš zabývám jídlem.	3	0	2	6	7	20
Někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopen/na přestat.	0	0	2	3	7	26
Krájím si jídlo na malé kousky.	3	1	1	10	7	16
Sleduji kalorickou hodnotu jídla, které jím.	0	1	3	3	7	24
Především se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlovdanů (tj. pečivo, brambory, rýže atd.)	0	1	0	3	2	32
Myslím si, že mé okolí by bylo raději, kdybych jedl/a více.	0	3	1	8	6	20
Po jídle zvracím.	0	0	0	2	2	34
Po jídle mám pocity provinění.	0	0	1	2	2	33
Mám neustálou touhu být štíhlejší.	4	3	1	5	7	18
Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	1	5	3	9	3	17
Mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).	1	3	1	5	11	17
Stále přemýšlím o tuku na svém těle.	2	3	3	8	7	16
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	1	3	2	8	11	13
Vyhýbám se sladkým jídlům.	0	1	3	8	7	19
Jím dietní stravu.	0	0	3	9	10	16
Cítím, že jídlo ovládá můj život.	0	0	5	3	3	27
Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.	6	4	6	5	5	12
Pocituji, že ostatní mne nutí do jídla.	0	1	5	7	3	22
Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.	2	0	3	2	10	21



Cítím se nepříjemně, když sním něco sladkého.	0	1	3	2	5	27
Držím diety.	0	0	3	4	7	24
Mám rád/a pocit prázdného žaludku.	0	0	0	4	8	26
Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.	6	9	10	7	4	2
Po jídle mívám nucení ke zvracení.	0	0	0	1	5	32

U kategorie sledující sklony k dietnímu chování odpověděli chlapci v otázkách 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 takto. Strach při představě z nadváhy má 5 chlapců (13,16%). Na kalorickou hodnotu jídla se zaměřují 4 chlapci (10,53%). U jídel s vysokým obsahem uhlovodanů si dává pozor 1 chlapec (2,63%). Pocit viny po jídle pociťuje 1 chlapec (2,63%). Neustálou touhu po štíhlosti vykazuje 9 chlapců (23,68%). Na spalování kalorií myslí během cvičení 9 chlapců (23,68%). Stále o tuku na svém těle přemýšlí 9 chlapců (23,68%). Sladkým jídlům se vyhýbají 4 chlapci (10,53%). Dietní stravu jí 3 chlapci (7,89%). Po konzumaci sladkého se necítí příjemně 4 chlapci (10,53%). Diety drží 3 chlapci (7,89%). Pocit prázdného žaludku nemá rád žádný chlapec. Nová vydatná (bohatá) jídla rádo ochutnává 25 chlapců (65,79%). Na bodovanou odpověď chlapci odpověděli celkem 77krát. Významnější počet bodů se v této kategorii objevil u 5 chlapců v rozmezí hodnot 9 – 11 bodů.

V kategorii zjišťující tendenci k záchvatovitému přejídání a bulimickému chování odpověděli chlapci v otázkách 3, 4, 9, 18, 21, 26 názorně. Nadměrně se zabývá jídlem 5 chlapců (13,16%). Občasné záchvaty přejídání s pocitem neschopnosti přestat se vyznačují u 2 chlapců (5,26%). Po jídle nezvrací žádný chlapec. Pocity ovládnutí života jídlem má 5 chlapců (13,16%). Nepřiměřeně mnoho času a myšlenek jídlu věnuje 5 chlapců (13,16%). Po jídle nucení ke zvracení nemá žádný chlapec. Celkem 17krát volili chlapci bodovanou odpověď. Významnější počet bodů vykazovali u této kategorie 2 chlapci a to, 6 a 7.

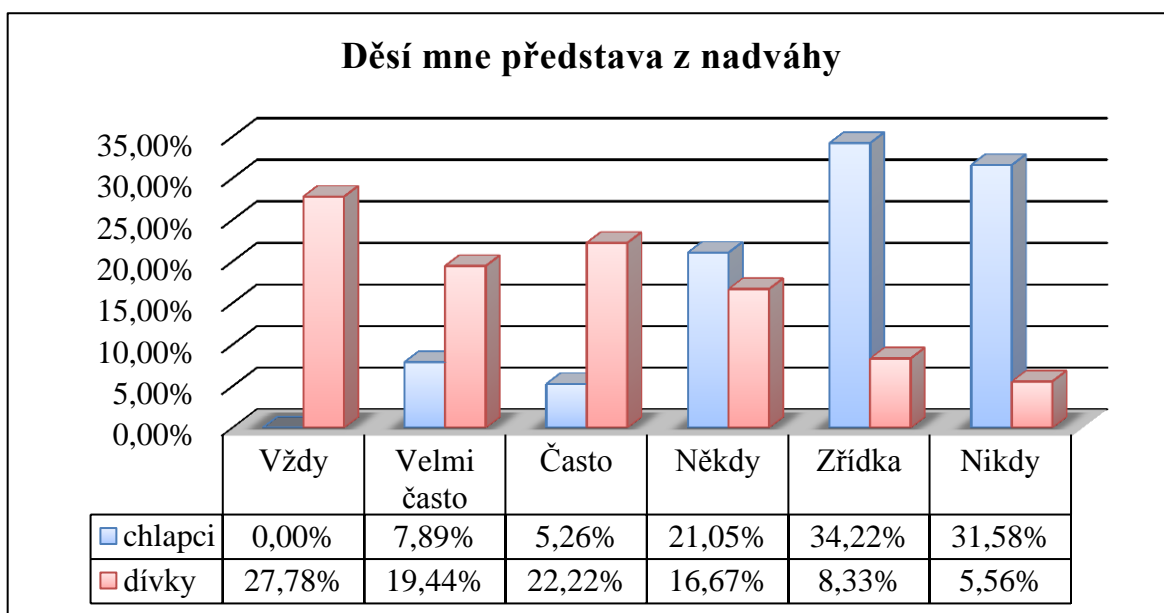
Kategorie zaměřená na sklony k orální kontrole potravy byla chlapci zodpovězena v otázkách 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 následovně. Navzdory pocitu hladu se jídlu vyhýbají 2 chlapci (5,26 %). Na malé kousky si jídlo krájí 5 chlapců (13,16%). Domnění o tom, že okolí by bylo raději pro větší příjem jídla mají 4 chlapci (10,53%). Přesvědčení okolí

o nadměrné štíhlosti (hubenosti) pociťují 4 chlapci (10,53%). Vědomí o pomalejší konzumaci jídla oproti ostatním má 6 chlapců. V oblasti jídla se dokáže sebeovládat 16 chlapců (42,11%). Pocit nucení do jídla od ostatních má 6 chlapců (15,79%). Bodovanou odpověď zodpověděli chlapci celkem 43krát. V této kategorii se významnější počet bodů vyskytoval u 4 chlapců v rozmezí hodnot 6 – 9 bodů.

Při celkovém hodnocení dosáhli mezní hranice 20 bodů 2 (5%) z 38 tázaných chlapců. První dosáhl rovných 20 bodů a druhý dosáhl 22 bodů. Celkem 137 krát (14%) zvolili chlapci bodově hodnocenou odpověď, tedy odpověď rizikovou z hlediska stravovacích poruch a 855krát (86%) zvolili chlapci odpověď nebodovanou.

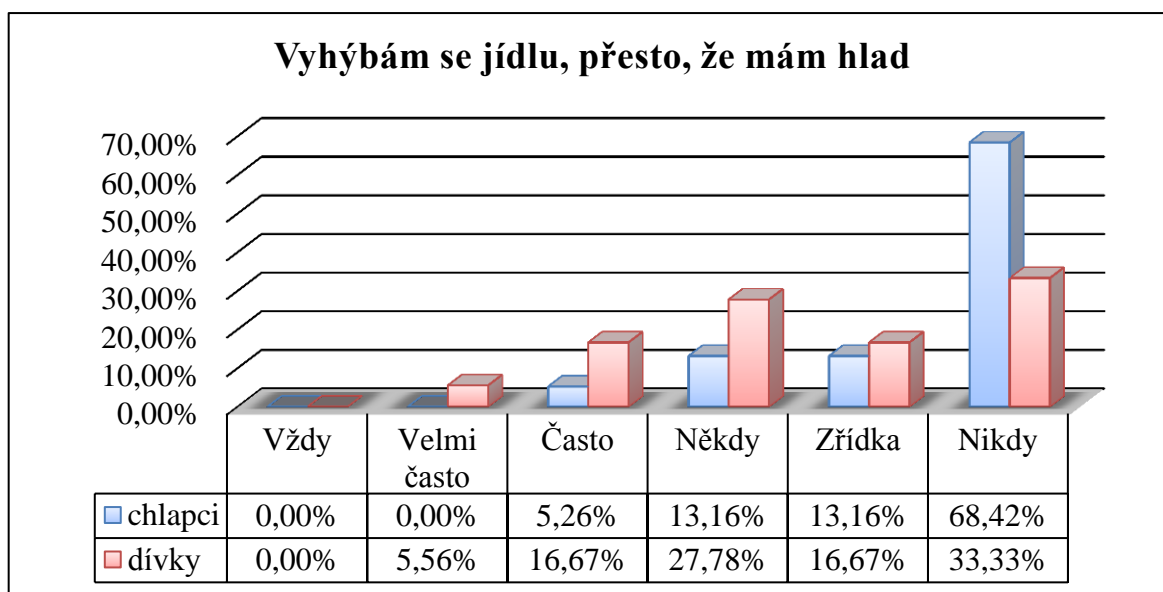
Graf 1: Otázka č. 1

Odpověď, vždy mne děsí myšlenka z nadváhy, nevolil nikdo z chlapců. Velmi často má strach při představě z nadváhy 7,89 % chlapců. Často se jí obává 5,26 % chlapců, někdy 21,05 %, zřídka 34,22 %, tedy nejvíce z chlapců a nikdy 31,58 %. U dívek jsou odpovědi poněkud opačné než u chlapců. Nejčastěji dívky volily odpověď vždy v zastoupení 27,78 %, velmi často odpovědělo 19,44 % a často 22,22 %. Možnost někdy zvolilo 16,67 %, zřídka 8,33 % a nejméně pak byla volena odpověď nikdy v zastoupení pouze 5,56 %.



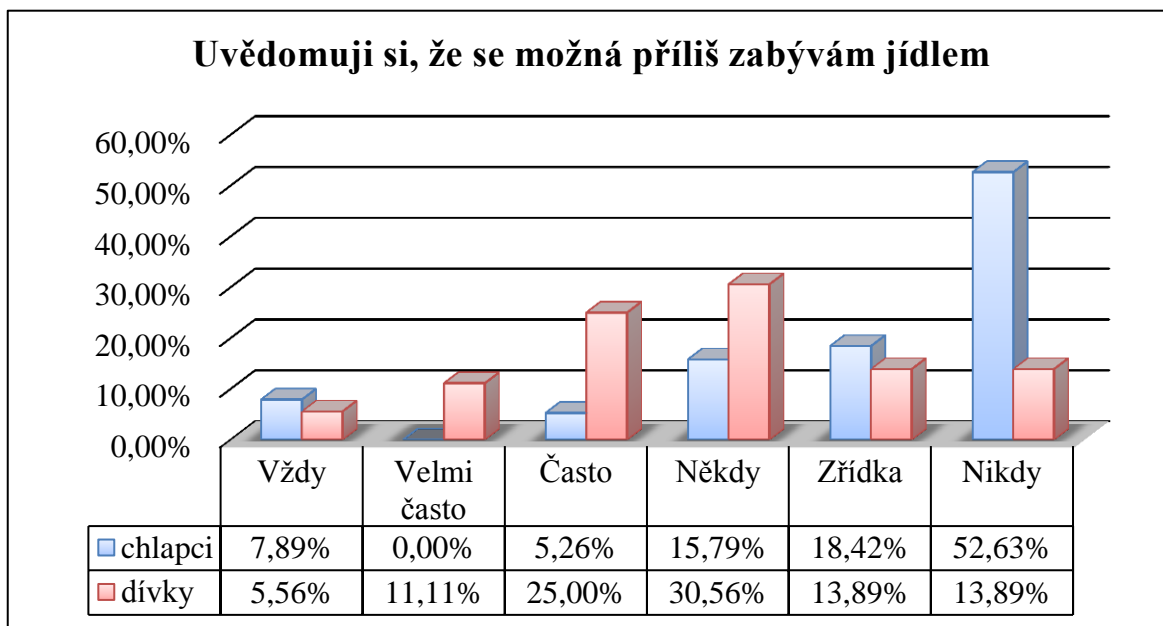
Graf 2: Otázka č. 2

Z chlapců se nevyhýbá jídlu, i přes pocit hladu v odpovědích vždy a velmi často žádný z nich. V případě odpovědi často se vyhýbá 5,26 %, někdy 13,16 %, zřídka rovněž 13,16 % a nikdy se nevyhýbá jídlu při pocitu hladu většina chlapců, a to 68,42 %. U odpovědi vždy se také žádná z dívek nevyhýbá jídlu, přes pocitování hladu, stejně jako u chlapců. Velmi často odpovědělo pouze 5,56 %, často 16,67 %. Větší zastoupení měla odpověď někdy, 27,78 %. U odpovědi zřídka to bylo 16,67 %, stejně jako u třetí možnosti. Avšak nejvíce dívek volilo možnost nikdy, 33,33 %.



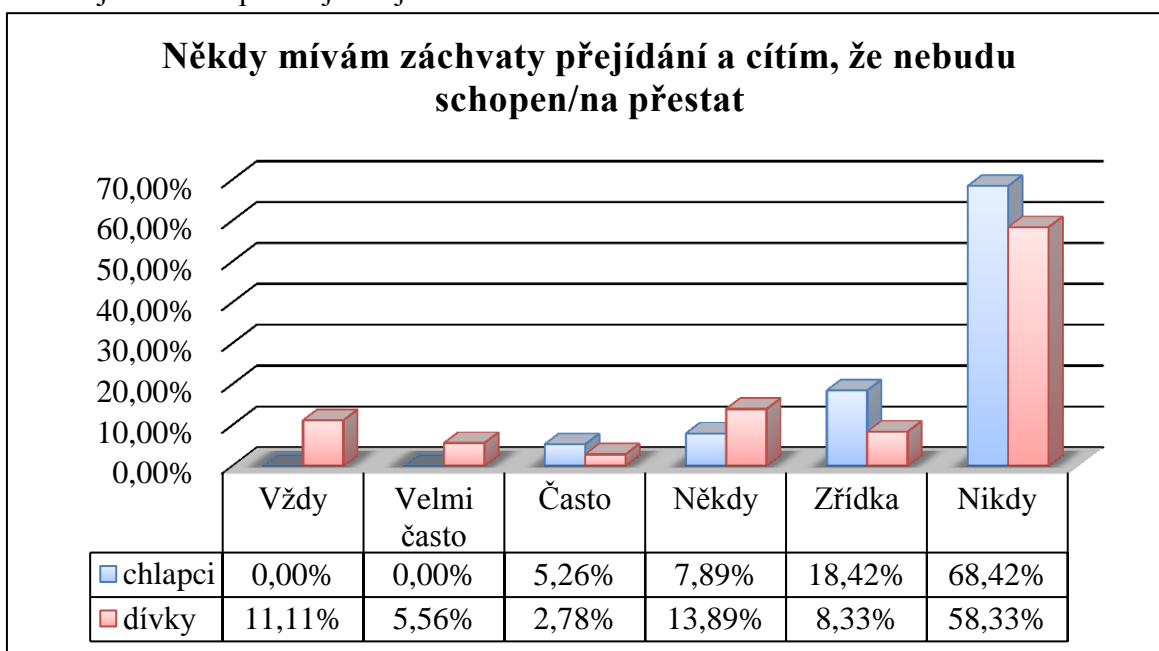
Graf 3: Otázka č. 3

Chlapci si uvědomují, že se vždy příliš zabývají jídlu v zastoupení 7,89 %. Odpověď velmi často nevolil žádný z nich a často pouhých 5,26 %. V odpovědi někdy to bylo 15,79 %, zřídka 18,42 % a největší četnost se vyskytovala u odpovědi nikdy, kde takto odpověděla více než polovina, 52,63 %. Nejmenší zastoupení měla u dívek odpověď vždy, 5,56 %. Velmi často 11,11 % a často už poněkud více, 25,00 %. Odpověď někdy byla nejčastější, a to 30,56 %. U odpovědi někdy a zřídka to bylo v obou případech stejné, 13,89 %.



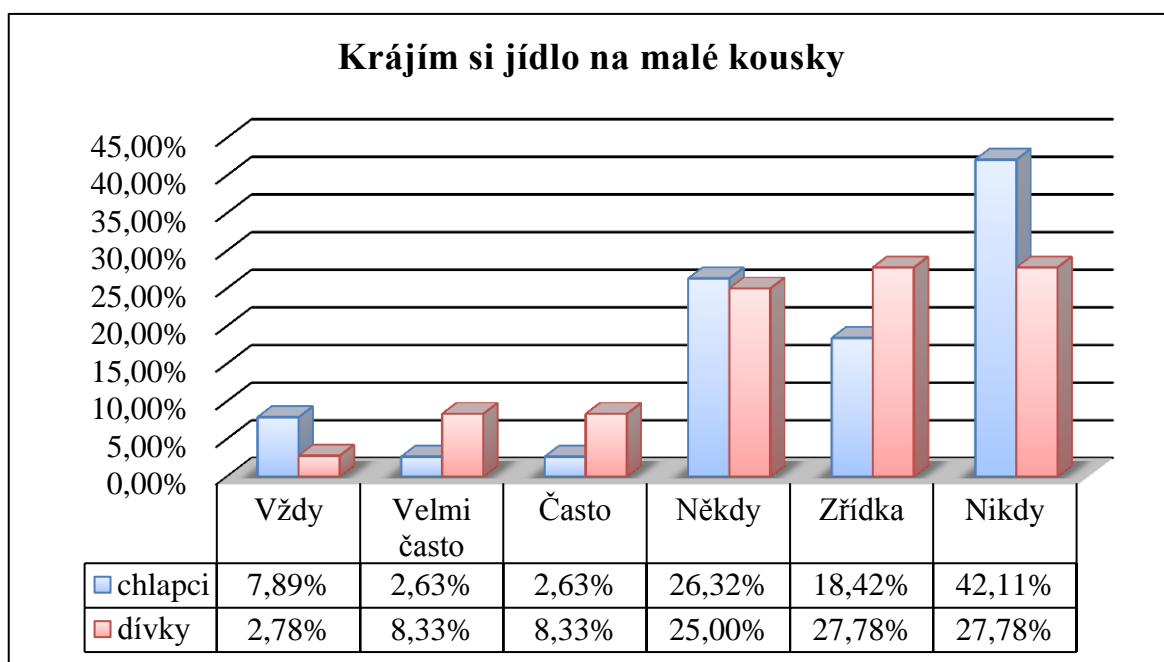
Graf 4: Otázka č. 4

V otázce, někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopen/na přestat, nikdo z chlapců nevolil možnost vždy nebo velmi často. Často pak volilo pouze 5,26 %, někdy 7,89 %, zřídka 18,42 % a nejvíce volilo odpověď nikdy, 68,42 %. V případě dívek odpovědělo vždy 11,11 %, velmi často 5,56 % a nejméně volilo možnost často, 2,78 %. Odpověď někdy měla výskyt 13,89 %, zřídka 8,33 % a odpověď nikdy, 58,33 %, byla rovněž jako u chlapců nejčastější.



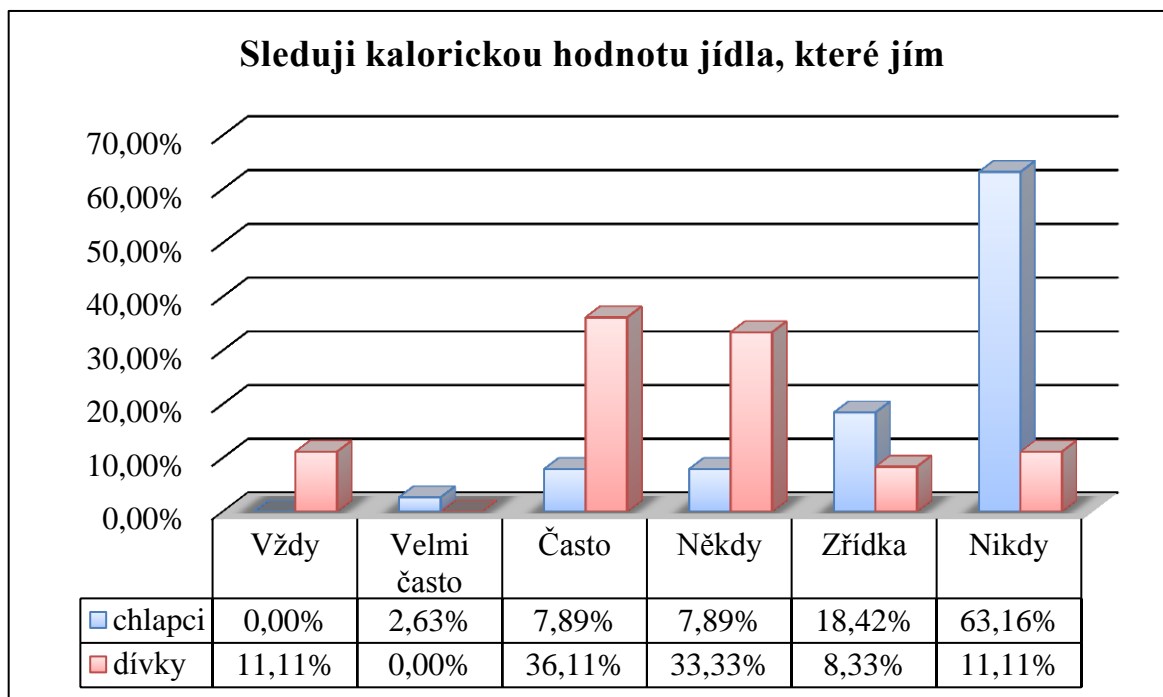
Graf 5: Otázka č. 5

Vždy si na malé kousky jídlo krájí 7,89 % chlapců, v odpovědích velmi často a často je to stejné, 2,63 %. Někdy pak 26,32 %, zřídka 18,42 %. Nikdy si na malé kousky jídlo nekrájí necelá polovina, 42,11 %. U dívek byla odpověď vždy v zastoupení pouhých 2,78 %. Možnosti velmi často a často byly zvoleny ve stejné četnosti, a to 8,33 %. Od odpovědi někdy, v zastoupení 25,00 % se četnost dalších voleb zvyšuje. Odpovědi zřídka a nikdy byly voleny ve stejném a tedy nejvyšším zastoupení, 27,78 %.



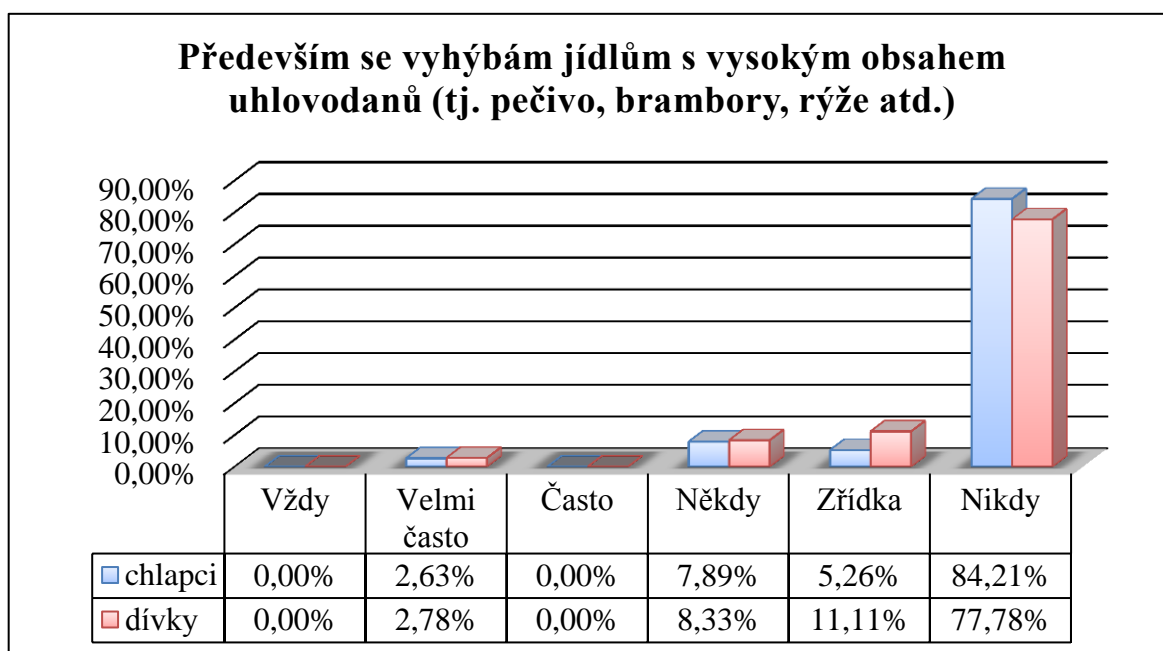
Graf 6: Otázka č. 6

Nikdo z chlapců nesleduje vždy kalorickou hodnotu jídla. Velmi často ji sleduje 2,63 %, v případě odpovědi často a někdy je to stejné, 7,89 %. Zřídka se jí zabývá 18,42 % a nikdy ji nesleduje většina, 63,16 %. Výsledky u dívek jsou jiné. Největší zastoupení má odpověď často, a to 36,11 %. Velmi často nesleduje kalorickou hodnotu jídla nikdo z dívek a vždy ji sleduje 11,11 %. Odpověď někdy byla také zvolena čteněji, a to 33,33 %. Možnost zřídka byla volena v zastoupení 8,33 % a nikdy pak v zastoupení 11,11 %.



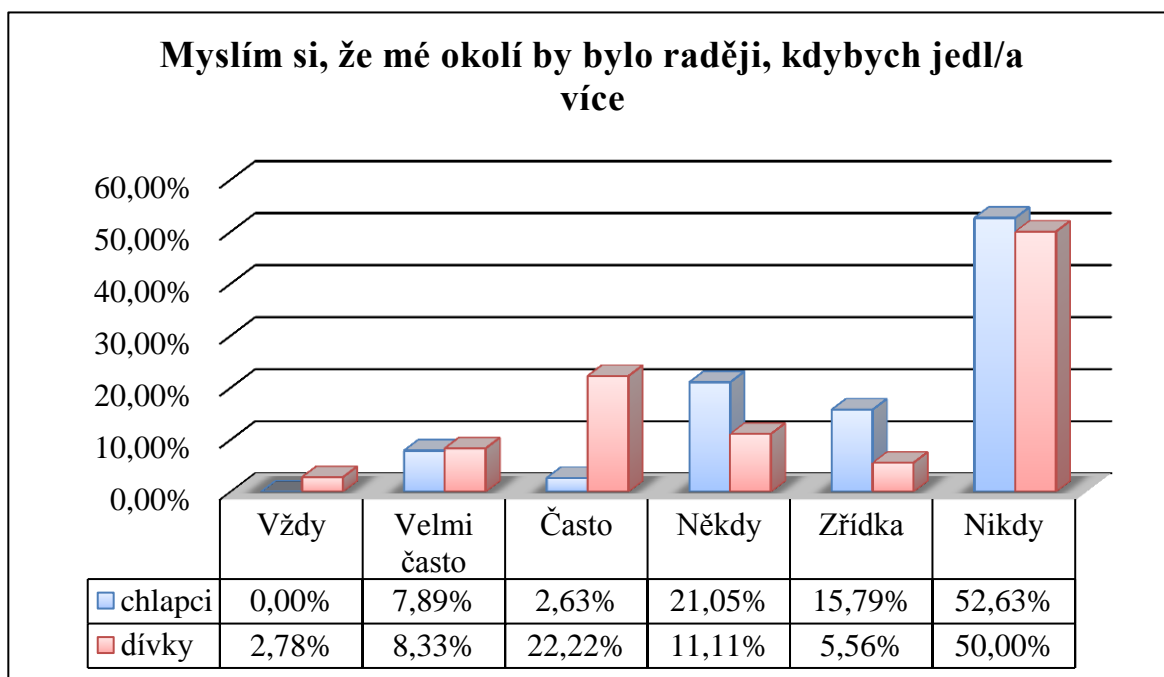
Graf 7: Otázka č. 7

Vždy se jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů nevyhýbá žádný z chlapců. Velmi často se vyhýbá pouhých 2,63 % a často se nevyhýbá rovněž nikdo. U možnosti někdy je to 7,89 %, zřídka 5,26 % a převážná většina, 84,21 %, odpověděla nikdy. Odpověď vždy nemá ani u dívek žádné zastoupení. Možnost velmi často se vyskytuje pouze u 2,78 % a často nezvolila také žádná dívka. Odpověď někdy volilo 8,33 %, zřídka 11,11 % a podobně jako u chlapců měla nejčastější výskyt odpověď nikdy, 77,78 %.



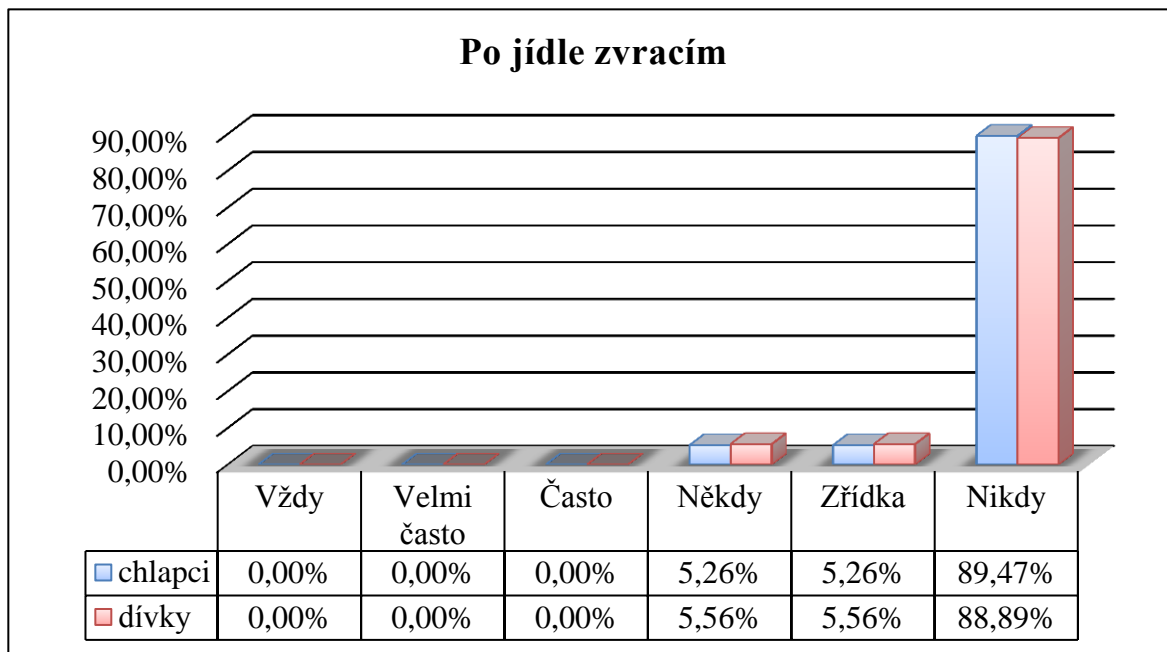
Graf 8: Otázka č. 8

Žádný z chlapců si vždy nemyslí, že by jejich okolí bylo raději, kdyby více jedli. Velmi často odpovědělo 7,89 % a často jen 2,63 %. Někdy si to myslí 21,05 %, zřídka 15,79 % a nikdy si to nemyslí více než polovina, 52,63 %. U dívek odpověď vždy volilo pouhých 2,77 %, velmi často 8,33 % a možnost často volilo už 22,22 %. Dívky si někdy, v zastoupení 11,11 % myslí, že by jejich okolí bylo raději, kdyby více jedly. Zřídka si to myslí pouze 5,55 % a polovina, 50,00 %, si to nemyslí nikdy, podobně jako u chlapců.



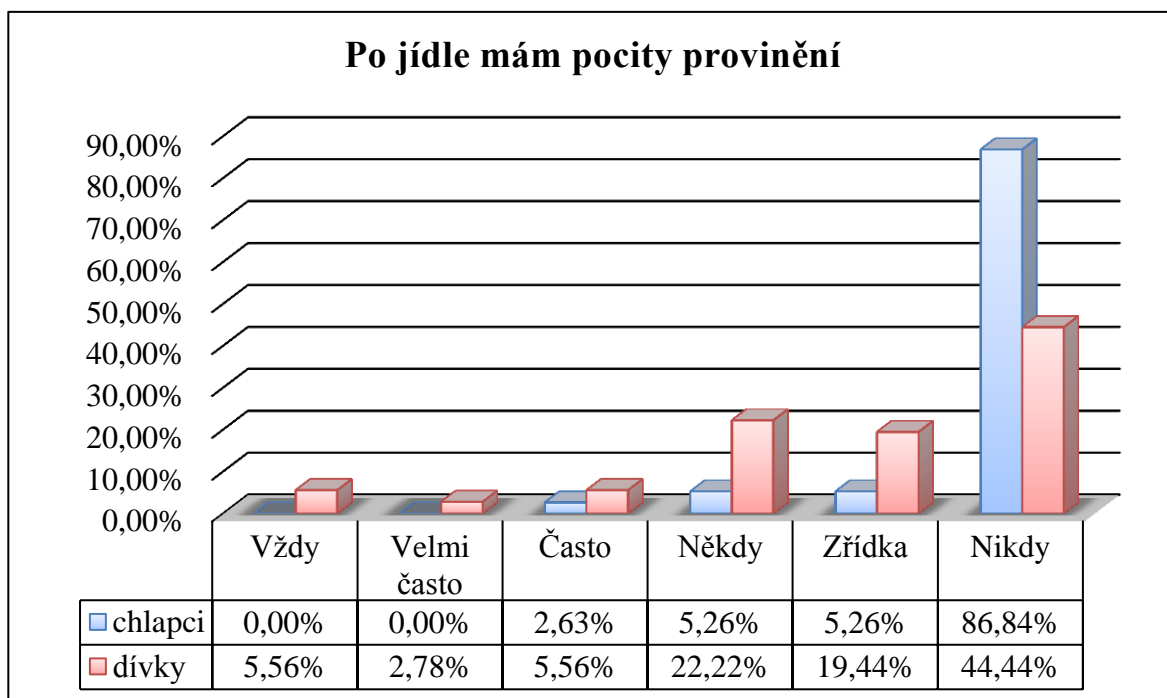
Graf 9: Otázka č. 9

Vždy, velmi často ani často po jídle nezvrací žádný z chlapců. Někdy i zřídka po jídle zvrací ve stejné četnosti 5,26 % a nikdy nezvrací převážná většina, 89,47 %. Rovněž u dívek neměly odpovědi vždy, velmi často a často žádné zastoupení. V případě odpovědi někdy a zřídka byla četnost stejná, a to 5,56 %, tedy podobně jako u chlapců, stejně jako volba odpovědi nikdy, v tomto případě 88,89 %.



Graf 10: Otázka č. 10

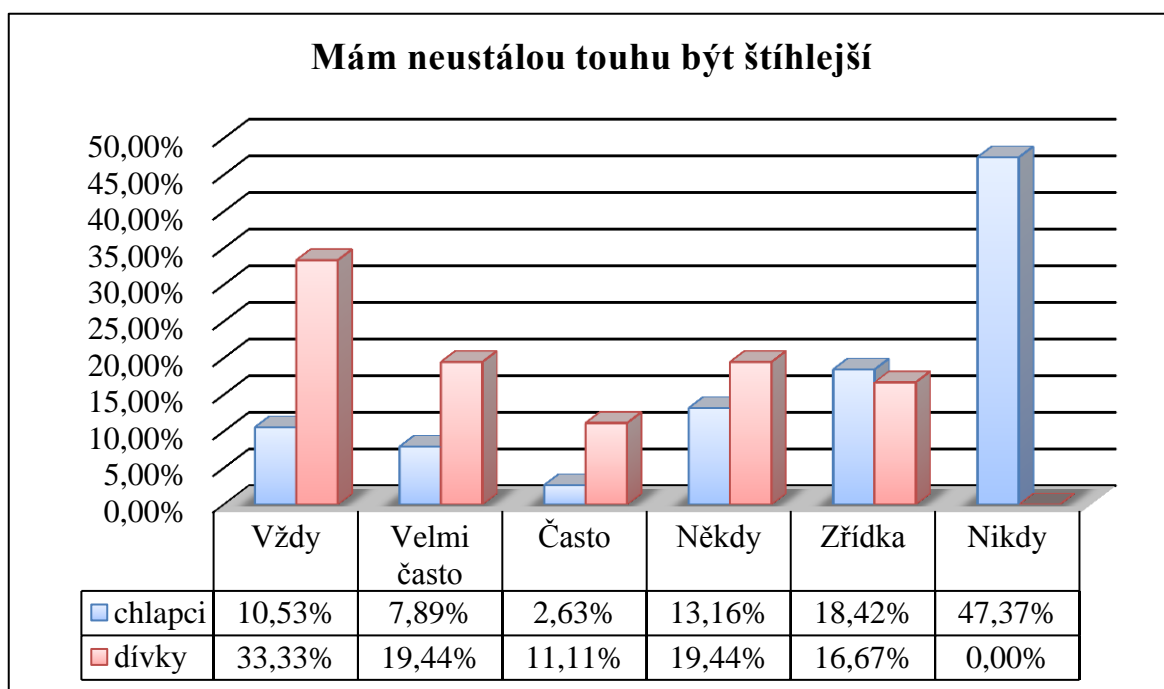
Vždy ani velmi často nemá pocity provinění po jídle žádný z chlapců. Často je má pouhých 2,63 %. Odpovědi někdy i zřídka jsou ve stejném zastoupení, a to 5,26 %. S pocity provinění se po jídle nepotýká nikdy valná většina, 86,84 %. U dívek se pocity provinění vyskytují v trochu jiné četnosti. Vždy je má 5,56 %, velmi často 2,78 % a často opět 5,56 %, jako u první možnosti. Někdy je pak mívá již 22,22 %, zřídka je to obdobné, 19,44 % a nikdy je nemá necelá polovina, 44,44 %.





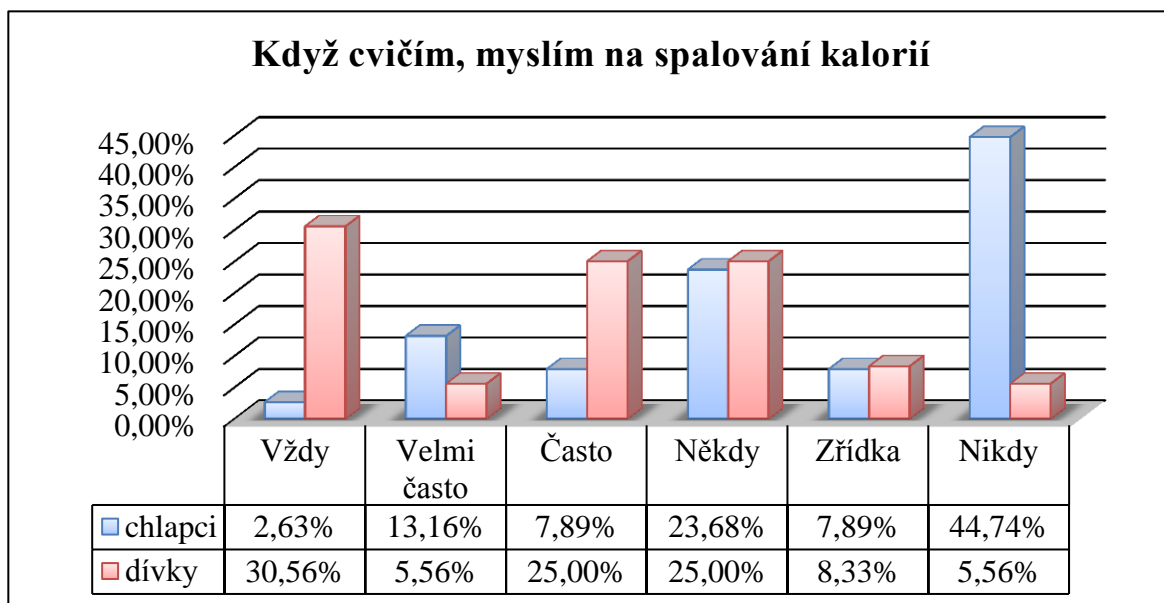
Graf 11: Otázka č. 11

Neustálou touhu po štíhlosti má vždy 10,53 % chlapců. Velmi často ji má 7,89 %, často 2,63 %. Odpověď někdy má již větší zastoupení, 13,16 %, zřídka ještě více, 18,42 % a nejvíce, tedy skoro polovina ji nemá nikdy, 47,37 %. U dívek jsou odpovědi převážně opačné. Nejvíce dívek odpovědělo, že mají vždy neustálou touhu po štíhlosti, 33,33 %. O něco méně pak velmi často, 19,44 % a často 11,11 %. Někdy odpovědělo 19,44 %, tožně jako u třetí možnosti. Zřídka 16,67 % a žádná z dívek ne zvolila, že by nikdy neměla neustálou touhu po štíhlosti, tedy zcela opačný výsledek oproti chlapcům.



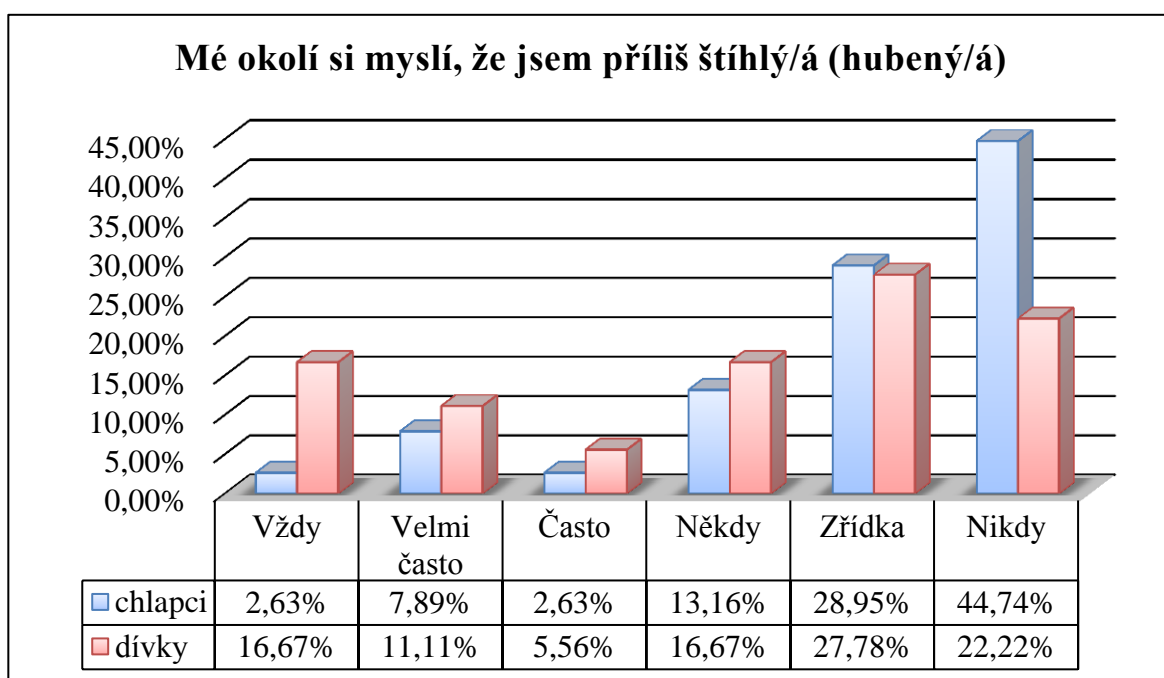
Graf 12: Otázka č. 12

Během cvičení na spalování kalorií vždy myslí 2,63 % chlapců. Velmi často na to myslí 13,16 % chlapců a často pak 7,89 %. Někdy na spalování kalorií v průběhu cvičení myslí již 23,68 %, zřídka rovněž 7,89 %, jako v případě třetí možnosti. Necelá polovina však odpověděla nikdy, 44,74 %. Odpověď vždy volily dívky v největším zastoupení, a to 30,56 %, tedy značně rozdílně než chlapci. Velmi často volilo jen 5,56 % a odpověď často a někdy byla volena již v zastoupení 25,00 %. Méně dívek pak volilo zřídka, 8,33 % a nikdy 5,56 %, v posledním případě tedy opět rozdílně než chlapci.



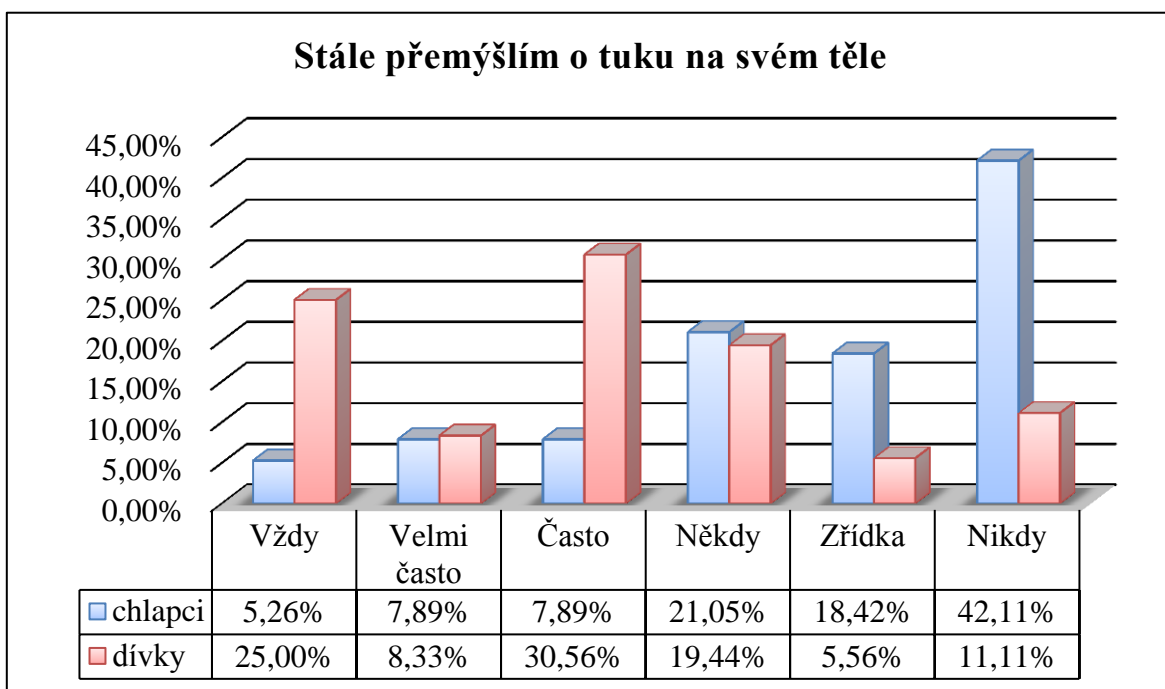
Graf 13: Otázka č. 13

Chlapci volili v otázce, mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á), odpověď vždy v zastoupení 2,63 %. Odpověď velmi často 7,89 % a často rovněž 2,63 %, stejně jako u první odpovědi. Četnost odpovědi někdy byla 13,16 %. Možnost zřídka měla již mnohem vyšší výskyt, a to 28,95 % a odpověď nikdy nejvyšší, 44,74 %. Odpověď vždy volilo 16,67 % dívek. Velmi často 11,11 % a často volilo nejméně dívek, 5,56 %. Odpověď někdy zaznamenala výskyt 16,67 %, stejně jako v případě první možnosti. Nejvíce dívek volilo odpověď zřídka, 27,78 % a nikdy volilo 22,22 %.



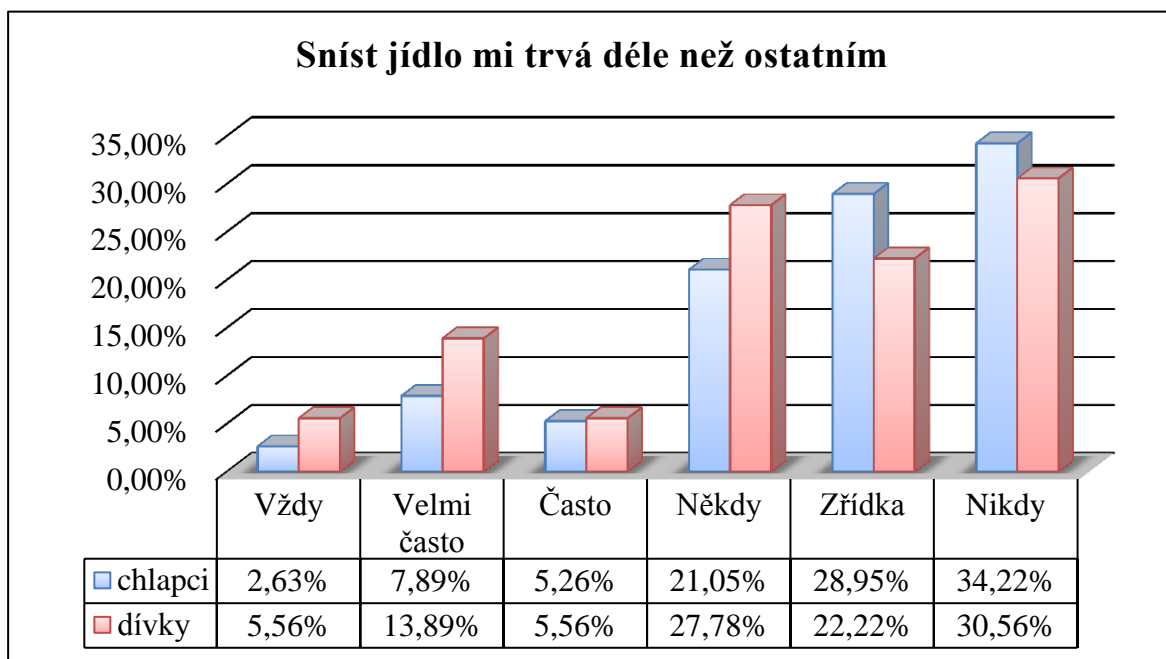
Graf 14: Otázka č. 14

O tuku na svém těle vždy přemýšlí pouze 5,26 % chlapců. Odpověď velmi často a často má v obou případech stejné zastoupení, 7,89 %. Někdy již 21,05 %, zřídka o něco méně, 18,42 % a nikdy necelá polovina, 42,11 %. Dívek přemýšlí vždy o tuku na svém těle 25,00 %, tedy o mnohem více než chlapců. Velmi často pak 7,89 % a nejvíce odpovědělo často, 30,56 %. V případě odpovědi někdy je to 19,44 %, zřídka nejméně, 5,56 % a nikdy 11,11 %.



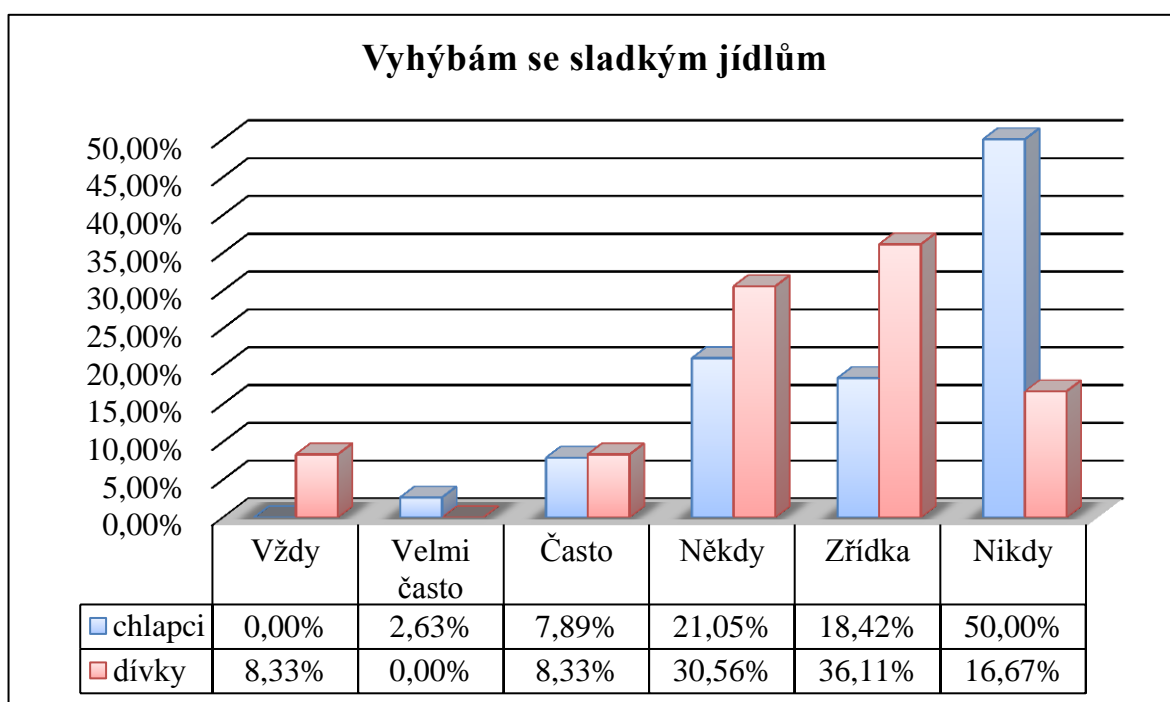
Graf 15: Otázka č. 15

V otázce, sníst jídlo mi trvá déle než ostatním, odpovědělo vždy 2,63 % chlapců. Velmi často zvolilo 7,89 % a často 5,26 %. Vyšší četnost se pak vyskytovala u odpovědi někdy, 21,05 %, zřídka, 28,95 % a nejvíce nikdy, 34,22 %. V odpovědích dívek byly některé odpovědi obdobné. Dívek volilo odpověď vždy, 5,56 %, velmi často 13,89 % a často rovněž 5,56 %, jako u první možnosti. Odpověď někdy byla volena již v zastoupení 27,78 %, zřídka 22,22 % a opět nejvíce byla volena odpověď nikdy, 30,56 %.



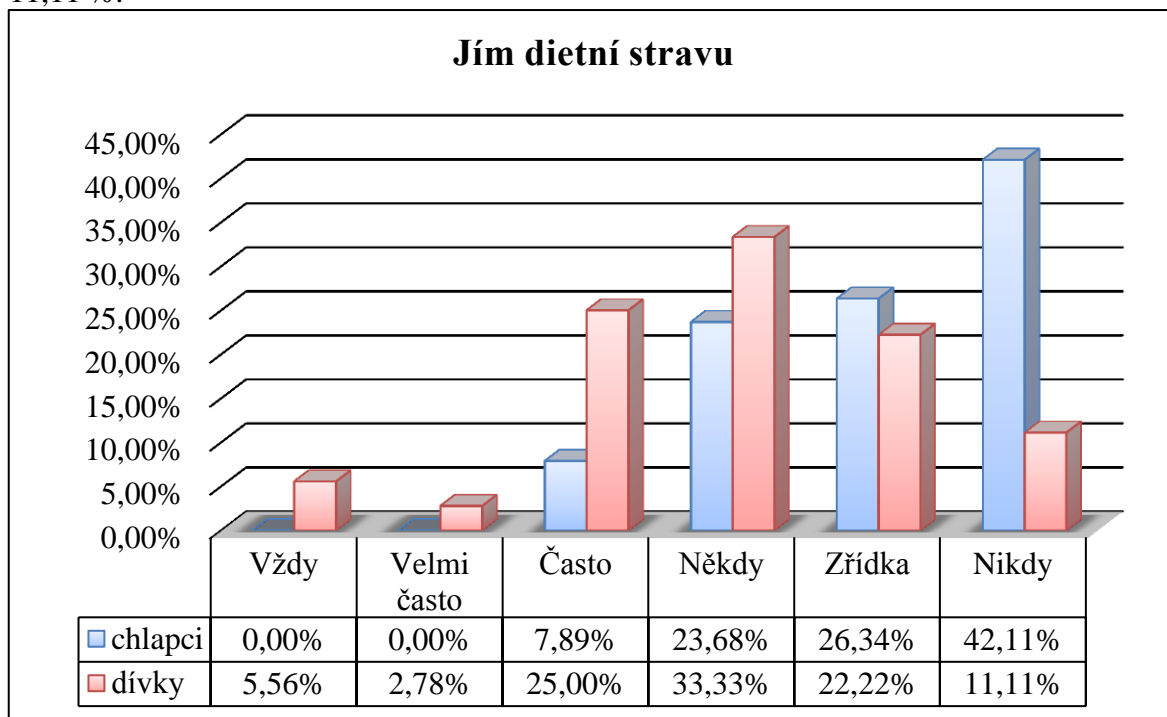
Graf 16: Otázka č. 16

Vždy se sladkým jídlům nevyhýbá nikdo z chlapců. V případě možnosti velmi často 2,63 % a často 7,89 %. Odpověď někdy volilo 21,05 %, zřídka 18,42 % a nikdy volila rovná polovina, 50,00 %. Dívky zvolilo možnost vždy 8,33 %, naopak žádná nezvolila odpověď velmi často a zřídka volilo opět 8,33 %, jako v případě prvním. Někdy se sladkým jídlům vyhýbá 30,56 % dívek. Odpověď zřídka byla nejčetnější, a to 36,11 %. Možnost nikdy měla výskyt 16,67 %.



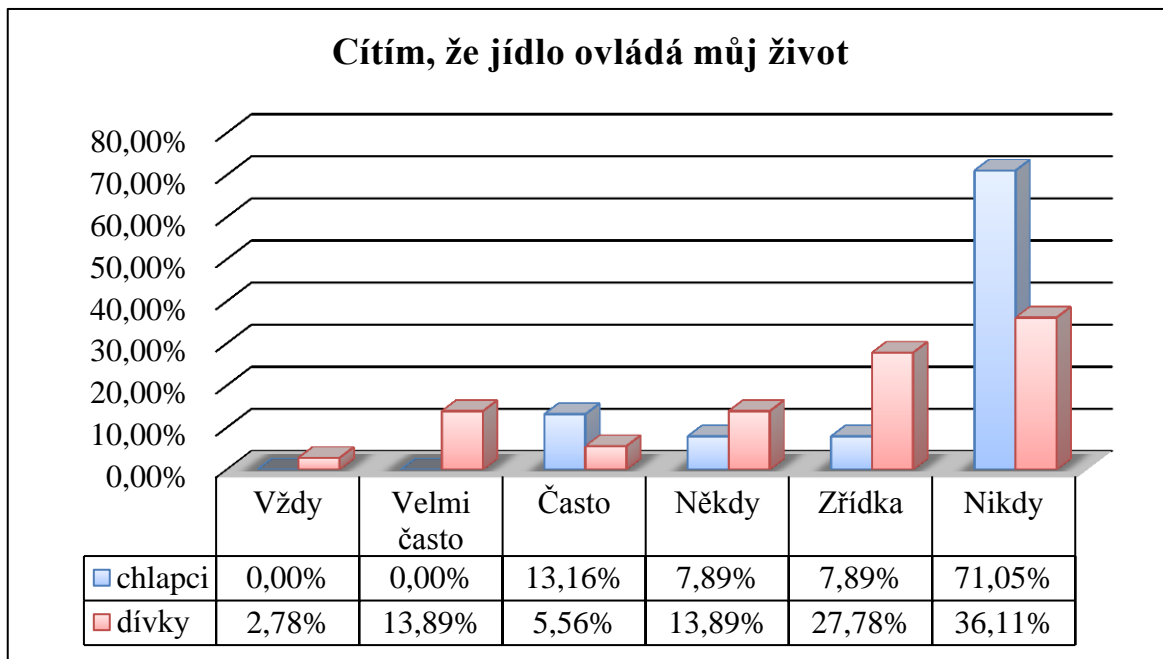
Graf 17: Otázka č. 17

Dietní stravu v případě odpovědi vždy a velmi často nejí žádný z chlapců. Často 7,89 %, někdy již 23,68 %, zřídka 26,34 % a nejvíce chlapců označilo odpověď nikdy, 42,11 %. U dívek jsou výsledky rozdílnější. Na rozdíl od chlapců vždy dietní stravu konzumuje 5,56 %, velmi často pouze 2,78 % a odpověď často má již četnost 25,00 %. U odpovědi někdy je to pak nejvíce, 33,33 %. Možnost zřídka uvedlo 22,22 % a nikdy 11,11 %.



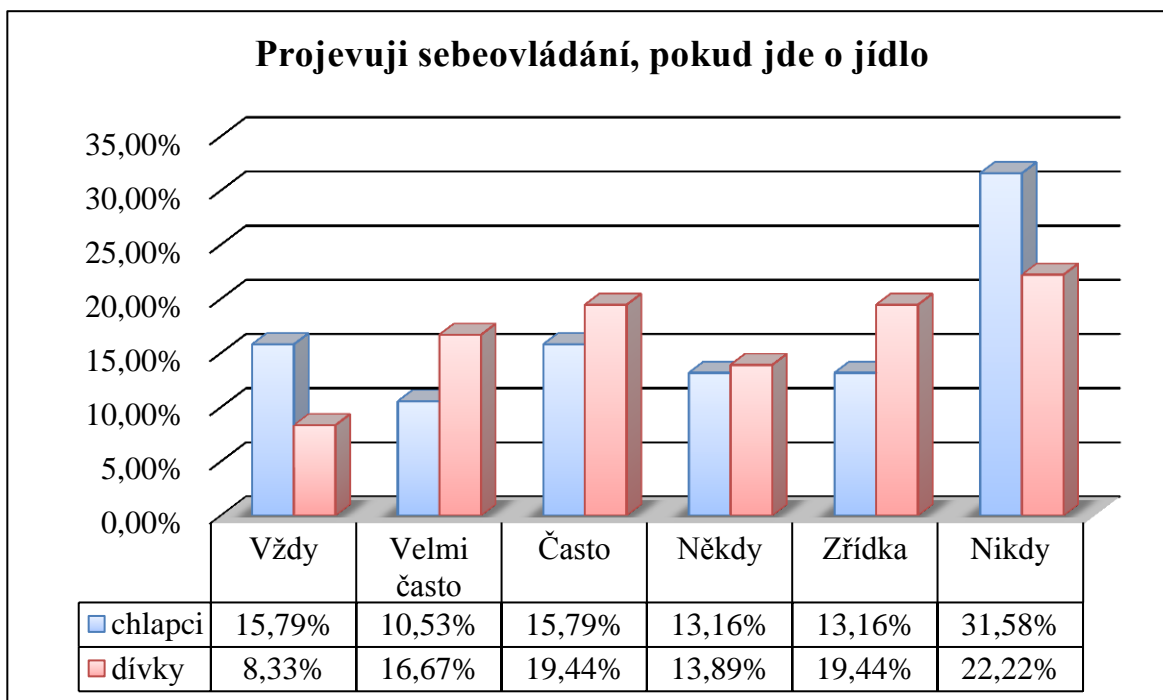
Graf 18: Otázka č. 18

Žádný z chlapců nepocítuje vždy ani velmi často, že by jídlo ovládalo jejich život. Často tento pocit má 13,16 %. Někdy a zřídka ho pocítuje v obou možnostech 7,89 %. Většina chlapců, 71,05 %, však uvedla, že se nikdy s tímto pocitem nesetkává. Dívky zvolily odpověď vždy v zastoupení 2,78 %. Možnost velmi často uvedlo 13,89 % a často 5,56 %. U odpovědi někdy byl výskyt stejný jako v druhém případě, tedy 13,89 %. Možnost zřídka volilo již 27,78 % a označena byla nejčastěji odpověď nikdy, 36,11 %.



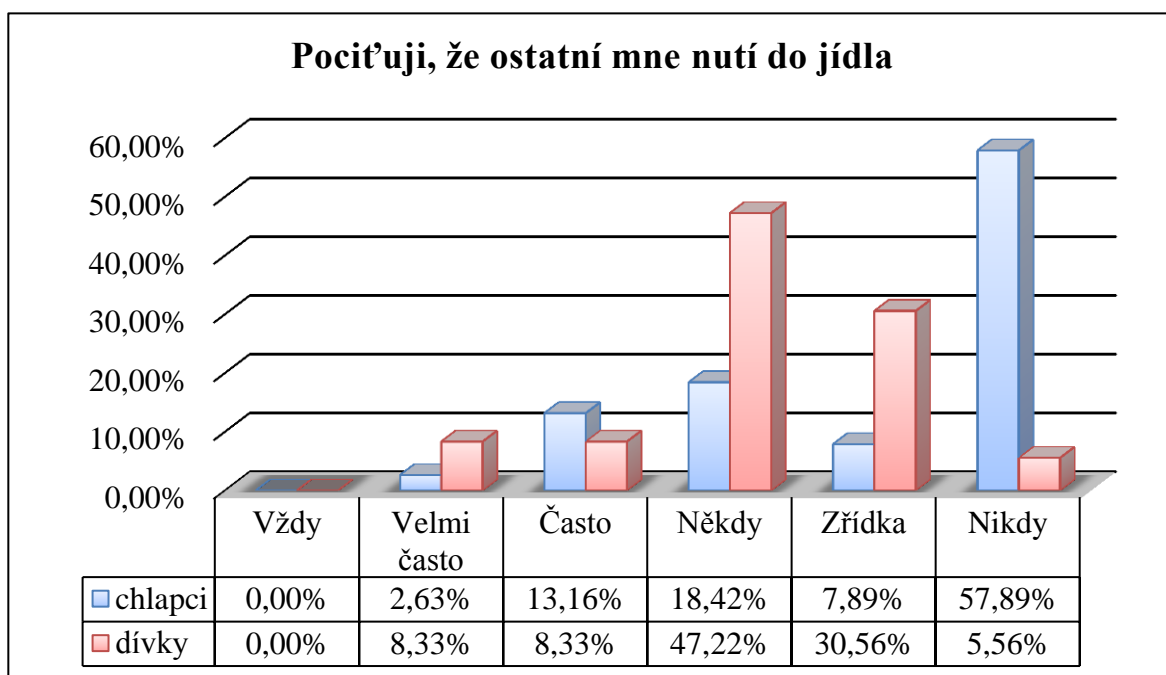
Graf 19: Otázka č. 19

Sebeovládání projevuje v případě jídla vždy 15,79 % chlapců, velmi často 10,53 % a často pak 15,79 %, jako u možnosti první. Zastoupení u odpovědi někdy a zřídka je stejné, 13,16 %. Naopak nikdy jej neprojevuje 31,58 %, tedy nejvíce z chlapců. U dívek byla odpověď vždy označena v 8,33 %, odpověď velmi často v 16,67 % a možnost často v 19,44 %. V odpovědi někdy to bylo 13,89 %, zřídka 19,44 %, stejně jako u třetí možnosti. Nejvíce dívek, 22,22 %, uvedlo odpověď nikdy.



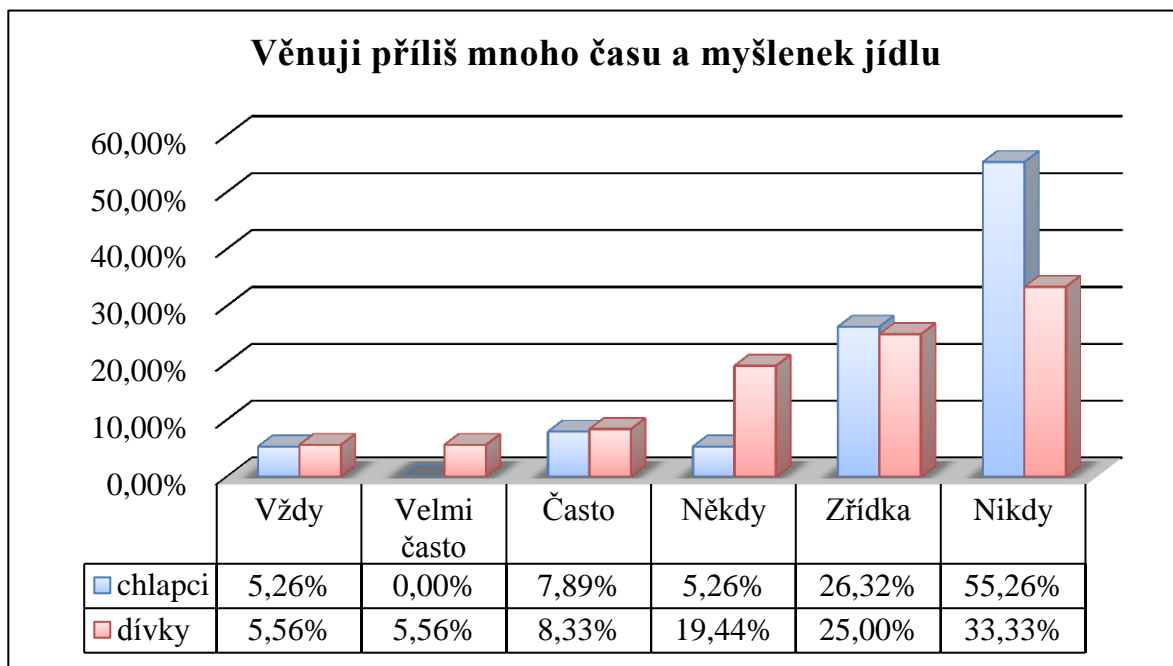
Graf 20: Otázka č. 20

Z chlapců nikdo vždy nepocituje, že by je ostatní nutili do jídla. Velmi často to pocituje pouze 2,63 % a často 13,16 %. V případě odpovědi někdy je to 18,42 %, zřídka o mnohem méně, 7,89 %. Ovšem nejčastěji chlapci označili odpověď nikdy, 57,89 %. Také z dívek nepocituje žádná, že by byla vždy od ostatních nucena do jídla. U odpovědi velmi často a často odpovědělo ve stejné četnosti 8,33 %. Největší výskyt se prokázal u možnosti někdy, 47,22 %. Zřídka volilo 30,56 % a odpověď nikdy byla volena nejméně, a to 5,56 %.



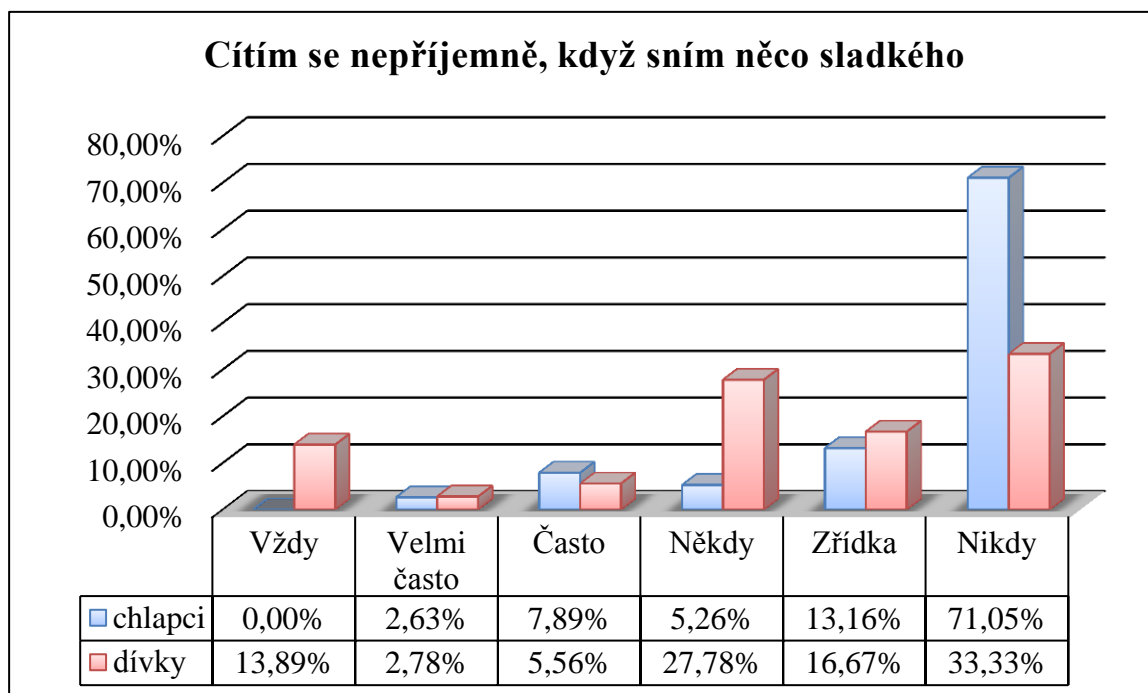
Graf 21: Otázka č. 21

Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnuje vždy 5,26 % chlapců, odpověď velmi často nevolil žádný chlapec a často volilo 7,89 %. U odpovědi někdy to bylo taktéž 5,26 %, jako v prvním případě. Možnost zřídka uvedlo 26,32 % a nejvíce chlapců pak označilo možnost nikdy, 55,26 %. Dívky věnují nepřiměřeně mnoho času a myšlenek jídlu v případě odpovědi vždy a velmi často v 5,56 %. Často se jimi zaobírají v 8,33 %. Možnost někdy zvolilo již více dívek, 19,44 %, o něco více zvolilo zřídka, 25,00 % a nejčastěji byla uvedena odpověď nikdy, 33,33 %.



Graf 22: Otázka č. 22

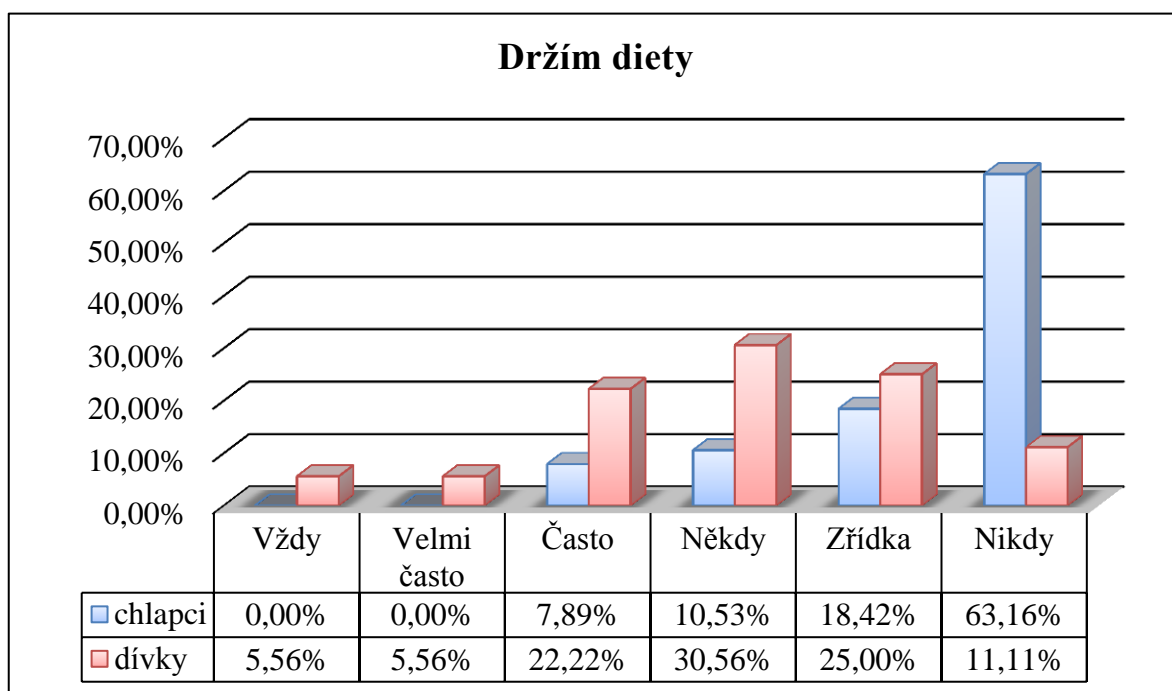
Vždy se po konzumaci něčeho sladkého necítí nepříjemně žádný z chlapců, velmi často se naopak necítí dobře 2,63 % a často 7,89 %. Někdy má tyto nepříjemné pocity 5,26 %, zřídka je má 13,16 %. S těmito problémy se nesetkává nikdy většina, 71,05 %. U dívek se vždy nepříjemně cítí po konzumaci sladkého na rozdíl od chlapců 13,89 %. Velmi často 2,78 % a často 5,56 %. Někdy se s těmito pocity potýká 27,78 %, zřídka 16,67 % a nikdy je nezažívá 33,33 %, tedy nejvíce z dívek.





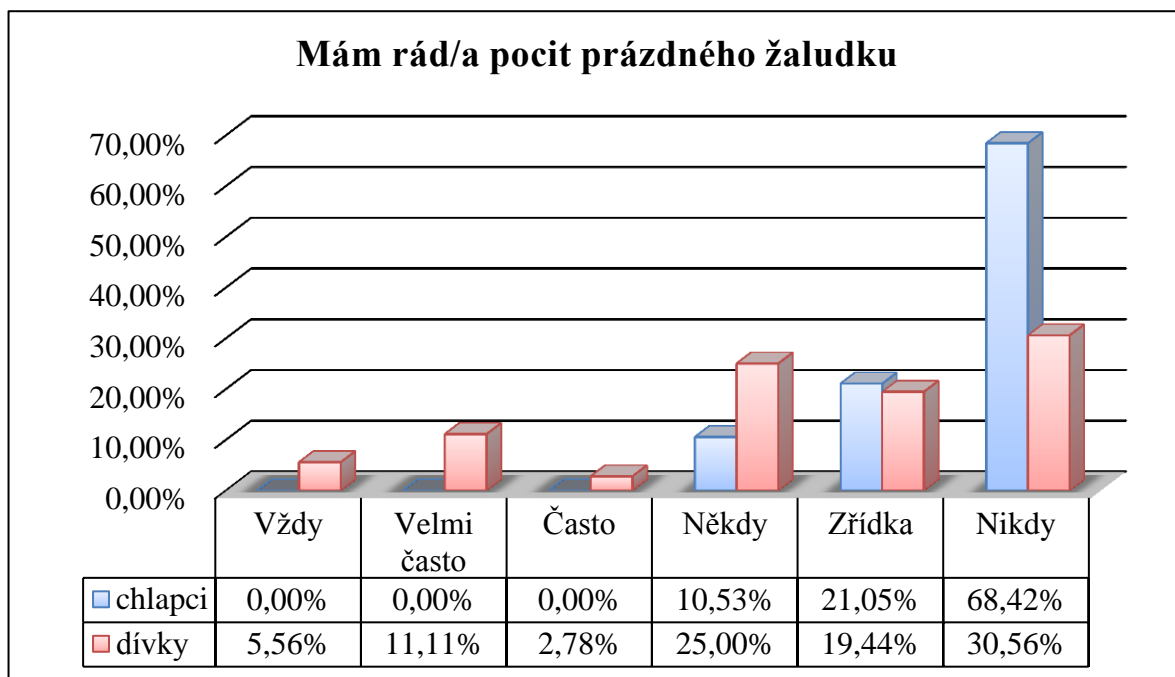
Graf 23: Otázka č. 23

Žádný z chlapců neuvedl, že by vždy a rovněž velmi často držel diety. Často označilo 7,89 %. Větší četnost se vyskytovala u odpovědi někdy, 10,53 %, zřídka, 18,42 % a většina chlapců uvedla, že diety nedrží nikdy, 63,16 %. U dívek jsou výsledky odlišnější. Oproti chlapcům vždy a velmi často drží diety 5,56 % dívek. Často s nimi má zkušenost již 22,22 % dívek. Nejčastěji dívky volily možnost někdy, 30,56 %. Zřídka uvedlo 25,00 % a naopak, že diety nedrží nikdy označilo 11,11 % dívek, tedy o mnohem méně než u chlapců.



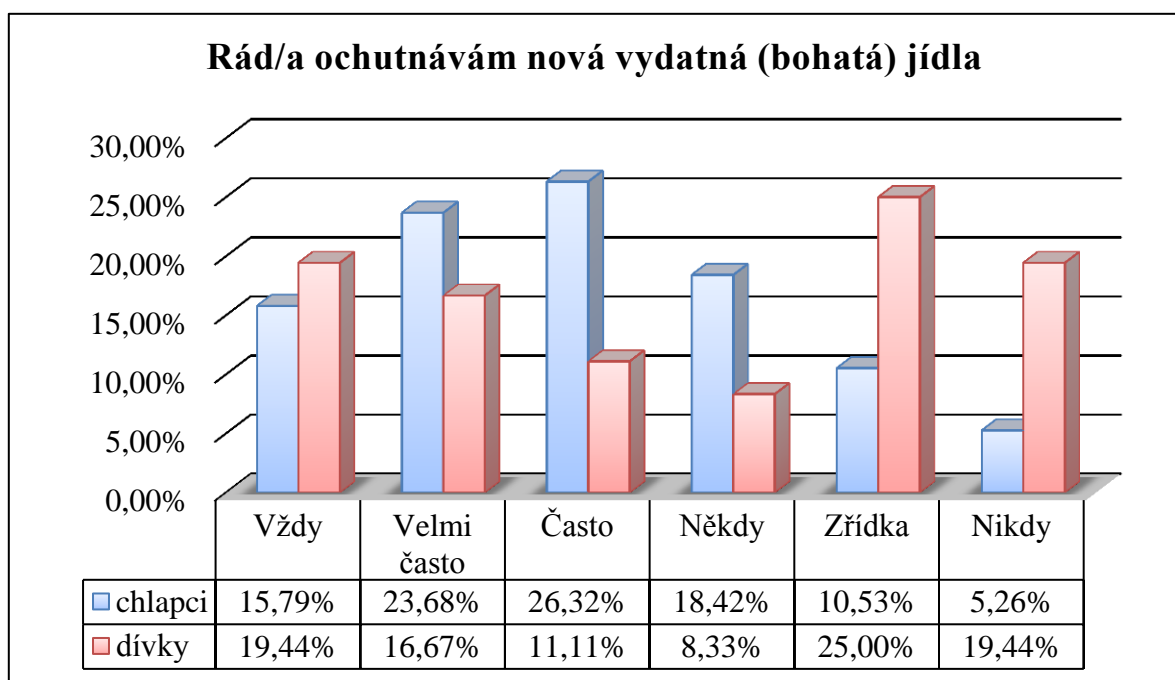
Graf 24: Otázka č. 24

Vždy, velmi často ani často nemá nikdo z chlapců rád pocit prázdného žaludku. Někdy ho rádo pociťuje 10,53 %, zřídka 21,05 %, ovšem většina odpověděla nikdy, 68,42 %. Výsledky dívek jsou opět do určité míry jiné. Na rozdíl od chlapců má vždy rád pocit prázdného žaludku 5,56 % dívek, velmi často 11,11 % a často 2,78 %. Odpověď někdy se objevuje mnohem více, a to 25,00 %. Zřídka volilo 19,44 %, avšak odpověď nikdy byla rovněž tou nejčastější, 30,56 %.



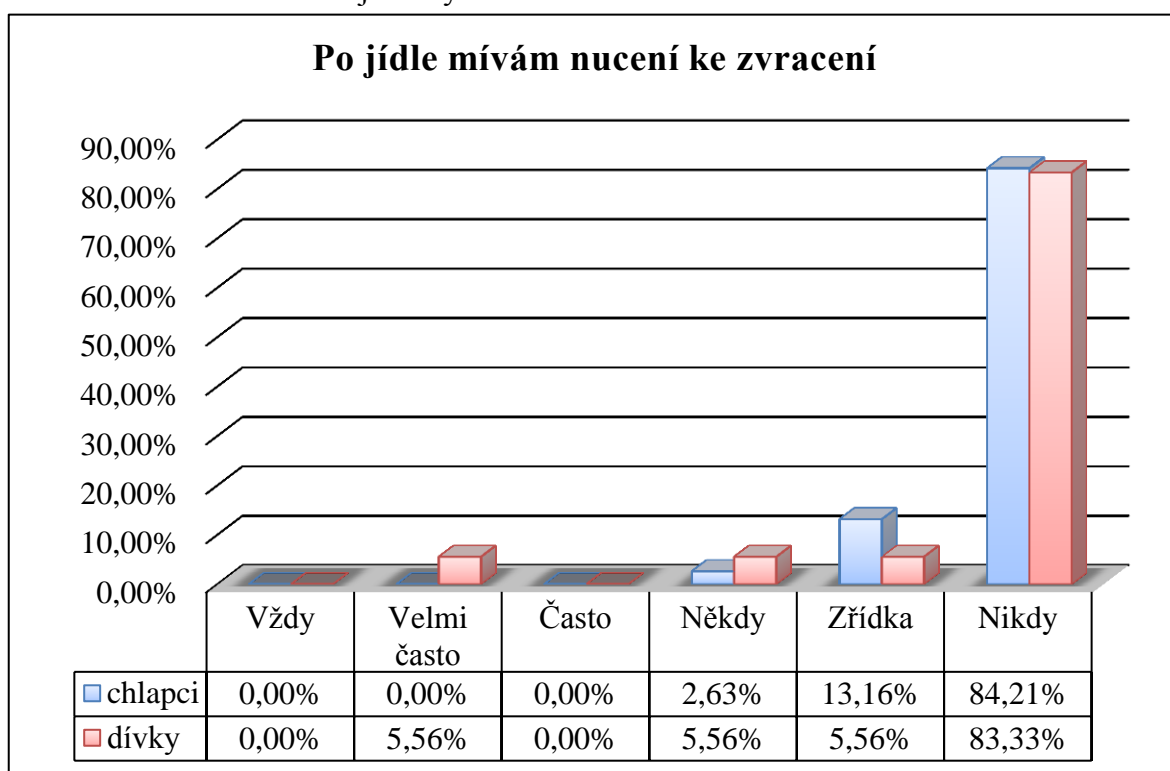
Graf 25: Otázka č. 25

Nová vydatná (bohatá) jídla vždy rádo ochutnává 15,79 % chlapců. Velmi často pak 23,68 % a často 26,32 %. Někdy je rádo ochutnává 18,42 %, zřídka 10,53 % a odpověď nikdy zvolilo pouze 5,26 %. U dívek se výsledky poněkud liší. Tato jídla vždy rádo ochutnává 19,44 %, velmi často 16,67 % a často 11,11 %. Nejméně dívek označilo odpověď někdy, 8,33 %, naopak nejčastěji byla uvedena odpověď zřídka, 25,00 %. V případě možnosti nikdy bylo zastoupení totožné s první odpovědí, 19,44 %.



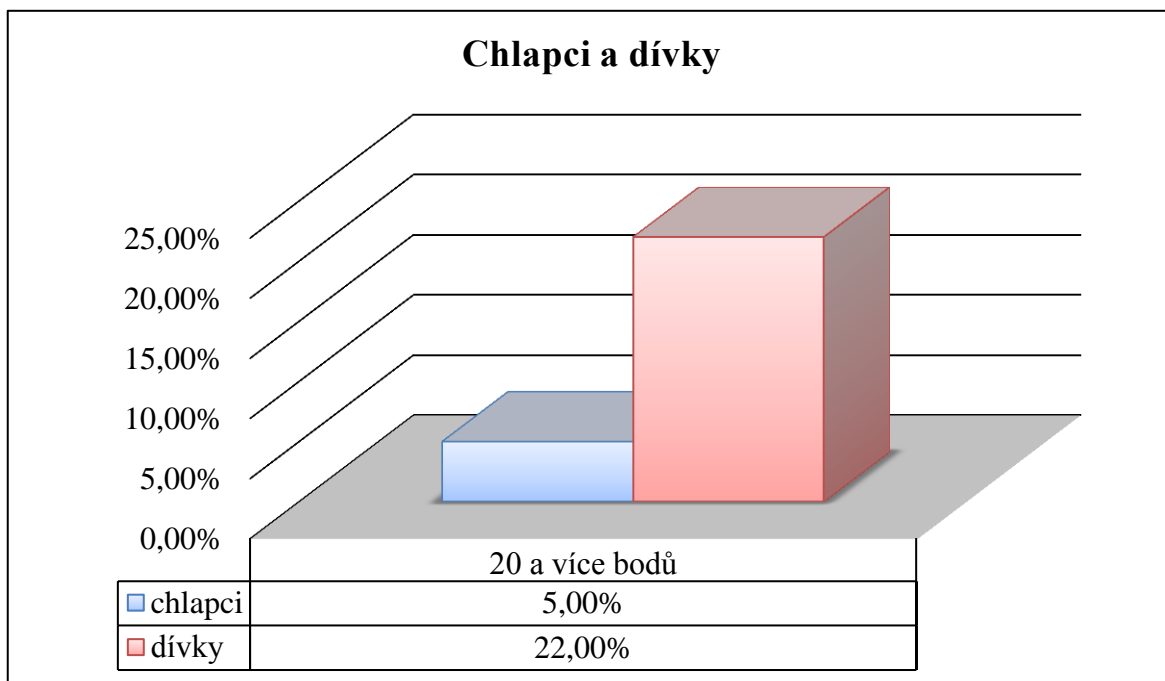
Graf 26: Otázka č. 26

U otázky, týkající se na nucení ke zvracení po jídle, žádný z chlapců neodpověděl odpovědí vždy, velmi často ani často. Odpověď někdy volilo pouze 2,63 %, zřídka již 13,16 % a převážná většina, 84,21 %, uvedla, že toto nucení nemívá nikdy. U dívek byly výsledky převážně obdobné. Nutkání vždy zvracet po jídle nepocítuje žádná z dívek, avšak v případě odpovědi velmi často tyto pocity zažívá již 5,56 % dívek a u možnosti často neodpověděla opět žádná z dívek. Na odpověď někdy a zřídka odpovědělo v obou případech 5,56 % dívek. Rovněž jako u chlapců uvedla valná většina dívek, 83,33 %, že se s tímto nutkáním neseťkávají nikdy.

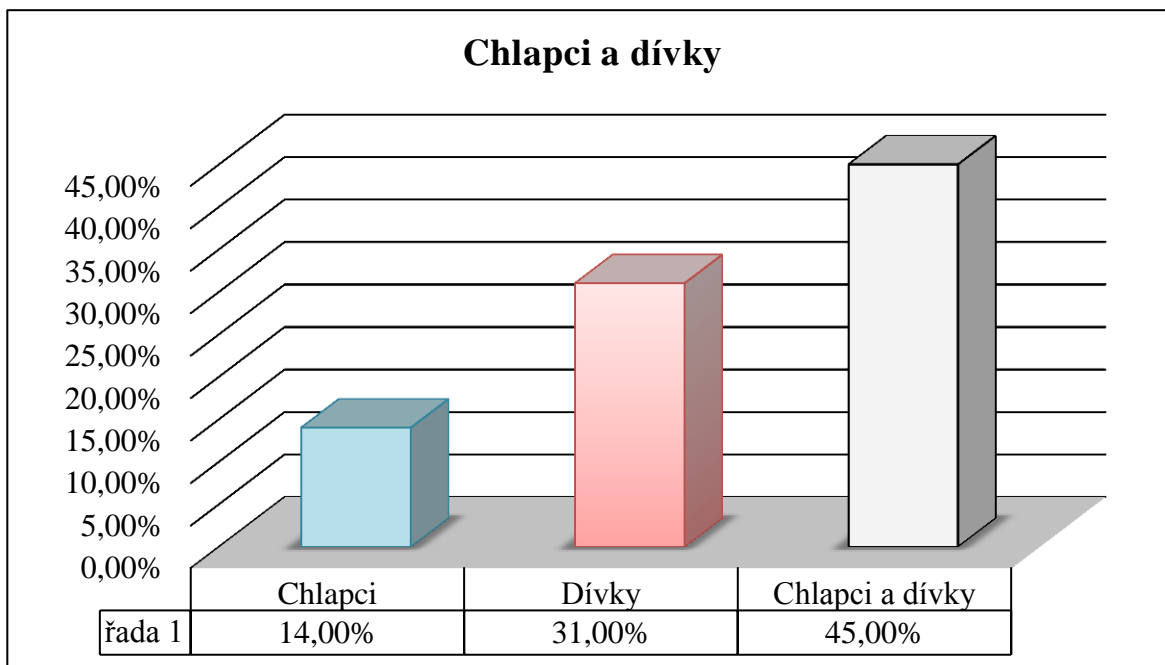


**Shrnutí výsledků obou skupin, chlapců a dívek, s grafickým znázorněním:**

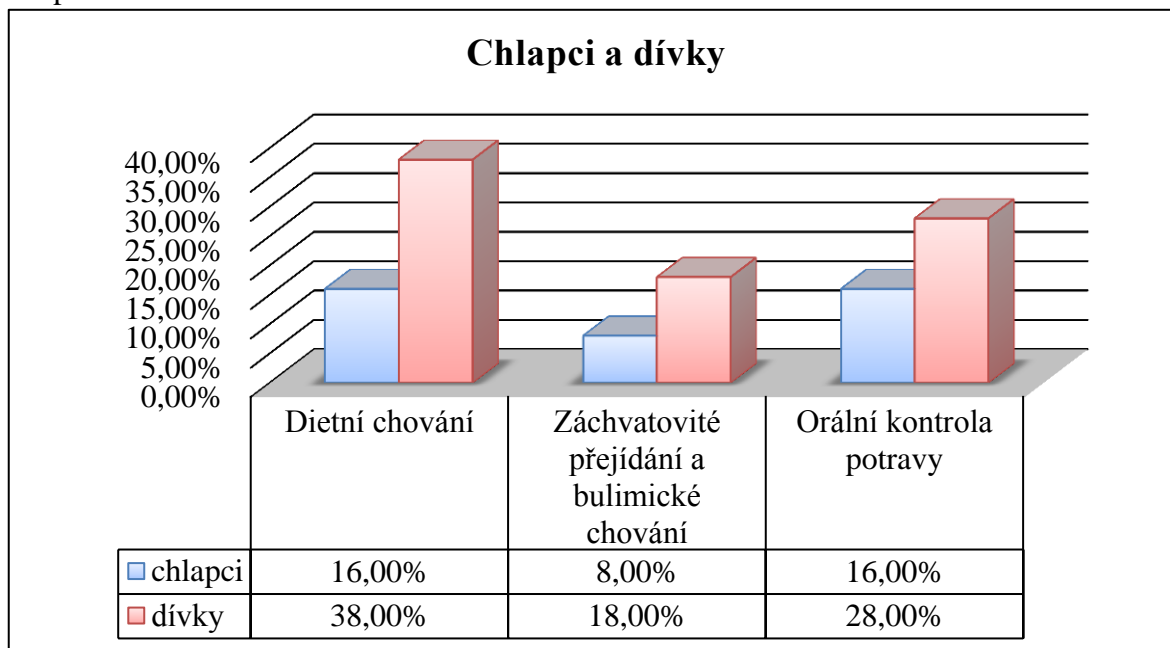
Graf 27: Procentuální znázornění výsledků obou skupin, které získaly 20 a více bodů



Graf 28: Procentuální znázornění všech bodovaných odpovědí obou skupin



Graf 29: Procentuální znázornění bodovaných odpovědí v jednotlivých kategoriích obou skupin



V rámci výzkumného šetření byly zjištěny následující výsledky. Z celkového počtu 74 respondentů ve věku jedenáct až patnáct let, tedy ve věku pubescentním, se ukázalo, že celkem 10 žáků (27%) dosáhlo sledované hranice 20 a více bodů v dotazníkovém šetření podloženém dotazníkem EAT 26. Z tohoto počtu žáků s rizikovými postoji k jídlu bylo tedy 8 dívek (22%) a 2 chlapci (5%). Nejvyššího možného počtu bodů, 29, nedosáhl sice nikdo z nich, avšak 2 dívky dosáhly i přesto poměrně vysokého počtu bodů, a to 26. Tato hranice tak naznačuje výrazné příznaky, které mohou ve svém důsledku vést ke stravovacím poruchám. Vykazují tedy výrazné příznaky pro vznik stravovacích poruch. Toto výsledné zjištění potvrzuje skutečnost, že stravovací poruchy se v populaci častěji vyskytují právě u ženského pohlaví.

U kategorie zaměřené na sklony k dietnímu chování, na kterou byla mimo jiné v tomto výzkumu rovněž soustředěna pozornost, bylo prokázáno, že dotazovaní nejčastěji inklinují právě k tomuto dietnímu chování ve srovnání s ostatními rizikovými stravovacími návyky, jako je například záchvatovité přejídání a bulimické chování nebo orální kontrola potravy, které byly spolu s dietním chováním dílčími kategoriemi pro celkové vyhodnocení dotazníku EAT 26. Celkem 255 krát (54%) zvolili respondenti odpověď rizikovou z hlediska dietního chování. Z toho dívky zvolily 178 krát (38%) a chlapci zvolili 77 krát (16%) tuto rizikovou odpověď. Toto dietní chování může totiž předcházet vzniku a rozvoji

mentální anorexie, která se začíná nejčastěji objevovat právě v období pubescence a mnohdy předchází vzniku mentální bulimie v pozdějším období dospívání, jak bylo zjištěno na základě různých výzkumů.

V případě dalších dvou kategorií celkem 56 (26%) krát zvolili respondenti rizikovou odpověď z hlediska záchvatovitého přejídání a bulimického chování, kde dívky ji zvolily 39 krát (18%) a chlapci 17 krát (8%). Celkem 113 (44%) krát zvolili respondenti rizikovou odpověď z hlediska orální kontroly potravy, kde dívky ji zvolily 70 krát (28%) a chlapci 43 krát (16%). V případě chlapců byly tedy bodované odpovědi v kategoriích sledujících dietní chování a orální kontrolu potravy zvoleny ve stejném procentuálním zastoupení, a to 16 %.

Celkem pak 424 krát (45%) zvolili respondenti odpověď rizikovou v rámci všech kategorií z hlediska výskytu příznaků stravovacích poruch a současně vykazující znaky nespokojenosti s jejich tělem. Z toho dívky zvolily 287 krát (31%) a chlapci zvolili 137 krát (14%) tuto rizikovou odpověď z hlediska stravovacích poruch a známky vykazující na nespokojenost s vlastním tělem. Výsledek tohoto šetření tedy ukázal, že nespokojena je se svým tělem necelá polovina dotazovaných, přesto, že počátečním předpokladem na začátku šetření při stanovování tvrzení byla rovná polovina vzhledem k danému věkovému období, pro které je charakteristická tato nespokojenost. Výsledky testu navíc potvrzují, že dívky se zejména v tomto období pubescence, kdy právě u dívek začíná puberta dříve, zabývají daleko více vlastním tělem, více si sami sebe uvědomují a mají vůči své osobě výraznější sebekritičnost ve srovnání s chlapci. S tím souběžně souvisí také fakt, že dívky se více zaměřují na to, co, kdy a jak konzumují na rozdíl od chlapců, kteří tuto problematiku příliš neřeší.

### **Návrhy na řešení**

Vzhledem k daným zjištěním by měl být brán zřetel na vyskytující se rizikové jídelní postoje. Obecně řečeno by měly být nejen na školách základních, ale rovněž na školách středních sestaveny a realizovány co neúčinnější preventivní programy, které by měly být základními opatřeními na školách v boji proti vzniku a rozvoji stravovacích poruch. Učitelé by si měli více všimnout individuálnosti jednotlivých žáků a na základě toho k nim také přistupovat. Žáci by měly být dostatečně obeznámeni s problematikou stravovacích poruch, zvláště pak s jejich mnohdy nenávratnými důsledky. Avšak je důležité

žákům neposkytovat jen pouhé informace o stravovacích poruchách, ale soustředit se také na jejich osobní postoje k jídlu a postojů k sobě samému a případně tak učinit opatření a nástroje k ovlivnění jejich rizikových jídelních postojů ke zdravým.

### 9.5 OVĚŘENÍ TVRZENÍ

#### 9.5.1 STANOVENÁ TVRZENÍ

1. Rizikové postoje k jídlu u respondentů mají vyšší procento zastoupení u dotazovaných dívek než chlapců.
2. Jako rizikový postoj k jídlu se u respondentů nejčastěji vyskytuje dietní chování.
3. Nespokojenost s vlastním tělem se vyznačuje u poloviny respondentů.

#### 9.5.2 OVĚŘENÍ TVRZENÍ

1. Tvrzení bylo potvrzeno. Rizikové postoje k jídlu u respondentů mají vyšší výskyt u dívek, kdy v celkovém počtu 74 respondentů vykazovalo výrazné příznaky vedoucí ke stravovacím poruchám 8 dívek (22 %) z 36 tázaných dívek oproti 2 (5 %) chlapcům vykazujícími rovněž tyto příznaky z 38 tázaných chlapců.
2. Tvrzení bylo potvrzeno. Nejčastějším rizikovým postojem k jídlu u respondentů bylo dietní chování, kdy celkem 54 % respondentů z celkového počtu zvolilo odpověď rizikovou z hlediska dietního chování.
3. Tvrzení nebylo potvrzeno. Z celkového počtu zvolilo 45 % respondentů rizikovou odpověď v rámci všech kategorií dotazníku, která vykazovala známky nespokojenosti se svým tělem.

### ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce byly stravovací poruchy v pubescentním věku. Teoretická část práce poskytla teoretické poznatky o této problematice s použitím odborné literatury. Největší pozornost byla věnována klasické formě mentální anorexie a mentální bulimie. V praktické části práce byla pak pozornost soustředěna na zjištění jídelních postojů a míry spokojenosti s vlastním tělem u vybraného vzorku respondentů v pubescentním věku. V rámci zjištěných výsledků v dotazníkovém šetření, které prokázalo u některých respondentů rizikové jídelní postoje a nespokojenost s vlastním tělem se současným zjištěním častějšího výskytu těchto postojů u dívčí části výzkumného vzorku, byla naproti těmto skutečnostem navržena možná řešení, jak danou situaci zlepšit.

Stravovací poruchy mají v současné době rychlý vzestup výskytu po celém světě. Týkají se širokého spektra věkových kategorií, přičemž jejich prevalence je stále nejčastější u ženské části populace, ale také v případě mužského pohlaví je incidován stále vyšší počet postižených. Znepokojujícím faktem je rovněž skutečnost nárůstu případů stravovacích poruch u stále mladší populace, kterou jsou děti pod deset let věku. Nejčastější zastoupení na poli poruch příjmu potravy má stále klasická forma mentální anorexie a mentální bulimie. Současně ale také narůstá výskyt atypických a nespecifických forem stravovacích poruch a jejich nové formy v souvislosti s prudce se měnící dobou, jejím rychlým tempem, vysokým nárokům na jedince a neustálou modernizací naší kultury.

Vzhledem k tomu, že stravovací poruchy tedy představují pro celou populaci a zvláště pak pro mladou generaci, kde je jejich výskyt nejčastější, značné nebezpečí, neměla by být tato skutečnost v žádném případě opomíjena či jinak zlehčována a společnost by se měla k tomuto faktu stavět co možná nejzodpovědněji. Je tedy nezbytné věnovat této problematice zvýšenou pozornost, nikoli přehlížet její existenci. Výskyt poruch příjmu potravy je na světě již od pradávných časů a bezpochyby se jen tak nevytratí. Existuje jistě mnoho skrytých případů stravovacích poruch, které jsou veřejnosti utajené nebo se o nich raději nemluví. Vždy je za všech okolností prospěšnější těmto poruchám předcházet, než pak čelit jejich závažným důsledkům. Tato opatření pro zamezení vzniku a následného rozvoje daných poruch by zcela jistě měla vyjma účinné



a kvalitní prevence stravovacích poruch započít v první řadě u celospolečenské změny chování.

### **RESUMÉ**

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce uvádí základní souvislosti v koncepci stravovacích poruch, které spolu vzájemně souvisí. Pozornost je v převážné míře věnována zejména klasické formě mentální anorexie a mentální bulimie. Zmíněny jsou také některé atypické a nespecifické formy stravovacích poruch. Praktická část práce založená na výzkumném šetření přináší zpracovanou kazuistiku konkrétního případu dívky v pubescentním věku s prodělanou mentální anorexií se zhodnocením jejích příčin. Dále bylo užito dotazníkového šetření, jehož hlavním cílem bylo zjištění jídelních postojů a míry spokojenosti s vlastním tělem na vybraném vzorku respondentů pubescentního věku.

### **SUMMARY**

This Bachelor's Thesis includes a theoretical part as well as a practical one. A theoretical part of the thesis specifies the basic relations to the concept of the eating disorders being mutually connected. The attention is namely paid to the classical forms of mental anorexia and mental bulimia. Some unusual and nonspecific forms of eating disorders are described too. A practical part of the thesis based on the survey brings an elaborated case report of a particular case of a girl at the pubescent age having experienced mental anorexia, its reasons are evaluated. The questionnaire survey, whose main objective was to find out eating approaches and the satisfaction rate with own body of the selected sample of the respondents at the pubescent age, has been carried out as well.

**REFERENČNÍ SEZNAM**

BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Překlad Jan Lorenc. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.

CASSUTO, Dominique, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Překlad Hana Holoubková. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 117 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-357-4.

FOŘT, Petr. *Tak co mám jíst?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 417 s. Zdraví a životní styl. ISBN 978-80-247-1459-2.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 80-247-1369-1.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3., dop. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4721-309.

KRCH, František David. *Mentální anorexie: vymezení a terapie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.

KUBÁTOVÁ, Dagmar, MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.

- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie* (online). 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0 (cit. 2014-03-02).
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Překlad Pavel Szotkowski. Vyd. 1. Brno: Doron, 2013, 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.
- SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy neznamenaají špatné zažívání* (online). 2002-2012 (cit 2014-04-06). Dostupné z: <http://www.anabel.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmupotravy/10-obecn-o-poruchach-prijmu-potravy/90-poruchy-prijmu-potravy-neznamenajispadne-zazivani>
- STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Průvodce dětským světem* (online). Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 187 s. ISBN 978-80-247-1907-8 (cit. 2014-03-01).
- UZIS. (online). (cit. 2014-04-06). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/link/mkn-10-online-prezentace>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Otázka č. 1.....	66
Graf 2: Otázka č. 2.....	67
Graf 3: Otázka č. 3.....	67
Graf 4: Otázka č. 4.....	68
Graf 5: Otázka č. 5.....	69
Graf 6: Otázka č. 6.....	69
Graf 7: Otázka č. 7.....	70
Graf 8: Otázka č. 8.....	71
Graf 9: Otázka č. 9.....	71
Graf 10: Otázka č. 10.....	72
Graf 11: Otázka č. 11.....	73
Graf 12: Otázka č. 12.....	73
Graf 13: Otázka č. 13.....	74
Graf 14: Otázka č. 14.....	75
Graf 15: Otázka č. 15.....	75
Graf 16: Otázka č. 16.....	76
Graf 17: Otázka č. 17.....	77
Graf 18: Otázka č. 18.....	77

Graf 19: Otázka č. 19.....	78
Graf 20: Otázka č. 20.....	79
Graf 21: Otázka č. 21.....	79
Graf 22: Otázka č. 22.....	80
Graf 23: Otázka č. 23.....	81
Graf 24: Otázka č. 24.....	81
Graf 25: Otázka č. 25.....	82
Graf 26: Otázka č. 26.....	83
Graf 27: Procentuální znázornění výsledků obou skupin, které získaly 20 a více bodů .....	84
Graf 28: Procentuální znázornění všech bodovaných odpovědí obou skupin .....	84
Graf 29: Procentuální znázornění bodovaných odpovědí v jednotlivých kategoriích obou skupin .....	85

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1- výskyt nemocí se stravovacími poruchami v populaci .....	53
Tabulka 2 – Rozdělení počtu respondentů dle věku a pohlaví .....	58
Tabulka 3 – Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – dívky .....	61
Tabulka 4 – Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – chlapci. ....	64



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Stravovací poruchy - dotazník.....	II
Příloha č. 2 Příklad vyplněného dotazníku – chlapec 15 let.....	III
Příloha č. 3 Příklad vyplněného dotazníku – dívka 15 let.....	IV

## PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

**TEST POSTOJE K JÍDLU - DOTAZNÍK**

Pohlaví:.....

Věk:.....

**Instrukce**

Prosím, uveďte v následujícím dotazníku u každé otázky vždy tu možnost, která nejvíce odpovídá vašemu současnému stavu (zaškrtněte jedno okénko v každém řádku). Všechny výsledky budou přísně důvěrné, proto vás žádám o pečlivé a odpovědné zodpovězení každé otázky. Děkuji vám.

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1. Děsí mne představa z nadváhy.						
2. Vyhýbám se jídlu, přesto, že mám hlad.						
3. Uvědomuji si, že se možná příliš zabývám jídlem.						
4. Někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopna přestat.						
5. Krájím si jídlo na malé kousky.						
6. Sleduji kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7. Především se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (tj. pečivo, brambory, rýže atd.)						
8. Myslím si, že mé okolí by bylo raději, kdybych jedl/a více.						
9. Po jídle zvracím.						
10. Po jídle mám pocity provinění.						
11. Mám neustálou touhu být štíhlejší.						
12. Když cvičím, myslím na spalování kalorií.						
13. Mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).						
14. Stále přemýšlím o tuku na svém těle.						
15. Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.						
16. Vyhýbám se sladkým jídlům.						
17. Jím dietní stravu.						
18. Cítím, že jídlo ovládá můj život.						
19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.						
20. Pociťuji, že ostatní mne nutí do jídla.						
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.						
22. Cítím se nepříjemně, když sním něco sladkého.						
23. Držím diety.						
24. Mám rád/a pocit prázdného žaludku.						
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.						
26. Po jídle mívám nucení ke zvracení.						

Děkuji za vyplnění dotazníku.

## Příloha č. 2

**TEST POSTOJE K JÍDLU - DOTAZNÍK**Pohlaví:.....*M*.....Věk:.....*15*.....**Instrukce**

Prosím, uveďte v následujícím dotazníku u každé otázky vždy tu možnost, která nejvíce odpovídá vašemu současnému stavu (zaškrtněte jedno okénko v každém řádku). Všechny výsledky budou přísně důvěrné, proto vás žádám o pečlivé a odpovědné zodpovězení každé otázky. Děkuji vám.

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1. Děsí mne představa z nadváhy.		<input checked="" type="checkbox"/>				
2. Vyhýbám se jídlu, přesto, že mám hlad.			<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Uvědomuji si, že se možná příliš zabývám jídlem.						<input checked="" type="checkbox"/>
4. Někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopna přestat.			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
5. Krájím si jídlo na malé kousky.			<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Sleduji kalorickou hodnotu jídla, které jím.					<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Především se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (tj. pečivo, brambory, rýže atd.)						<input checked="" type="checkbox"/>
8. Myslím si, že mé okolí by bylo raději, kdybych jedl/a více.					<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Po jídle zvracím.						<input checked="" type="checkbox"/>
10. Po jídle mám pocity provinění.				<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Mám neustálou touhu být štíhlejší.	<input checked="" type="checkbox"/>					
12. Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
13. Mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
14. Stále přemýšlím o tuku na mém těle.					<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.			<input checked="" type="checkbox"/>			
16. Vyhýbám se sladkým jídlům.				<input checked="" type="checkbox"/>		
17. Jím dietní stravu.						<input checked="" type="checkbox"/>
18. Cítím, že jídlo ovládá můj život.				<input checked="" type="checkbox"/>		
19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.		<input checked="" type="checkbox"/>				
20. Pociťuji, že ostatní mne nutí do jídla.					<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.					<input checked="" type="checkbox"/>	
22. Cítím se nepříjemně, když sním něco sladkého.				<input checked="" type="checkbox"/>		
23. Držím diety.						<input checked="" type="checkbox"/>
24. Mám rád/a pocit prázdného žaludku.					<input checked="" type="checkbox"/>	
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.						<input checked="" type="checkbox"/>
26. Po jídle mívám nucení ke zvracení.						<input checked="" type="checkbox"/>

Děkuji za vyplnění dotazníku.

## Příloha č. 3

**TEST POSTOJE K JÍDLU - DOTAZNÍK**Pohlaví: ŽENAVěk: 15**Instrukce**

Prosím, uveďte v následujícím dotazníku u každé otázky vždy tu možnost, která nejvíce odpovídá vašemu současnému stavu (zaškrtněte jedno okénko v každém řádku). Všechny výsledky budou přísně důvěrné, proto vás žádám o pečlivé a odpovědné zodpovězení každé otázky. Děkuji vám.

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1. Děsí mne představa z nadváhy.	<input checked="" type="checkbox"/>					
2. Vyhýbám se jídlu, přesto, že mám hlad.					<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Uvědomuji si, že se možná příliš zabývám jídlem.						<input checked="" type="checkbox"/>
4. Někdy mívám záchvaty přejídání a cítím, že nebudu schopna přestat.				<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Krájím si jídlo na malé kousky.					<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Sleduji kalorickou hodnotu jídla, které jím.		<input checked="" type="checkbox"/>				
7. Především se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivo, brambory, rýže atd.)				<input checked="" type="checkbox"/>		
8. Myslím si, že mé okolí by bylo raději, kdybych jedl/a více.						<input checked="" type="checkbox"/>
9. Po jídle zvracím.						<input checked="" type="checkbox"/>
10. Po jídle mám pocity provinění.				<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Mám neustálou touhu být štíhlejší.	<input checked="" type="checkbox"/>					
12. Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	<input checked="" type="checkbox"/>					
13. Mé okolí si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).					<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Stále přemýšlím o tuku na svém těle.		<input checked="" type="checkbox"/>				
15. Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	<input checked="" type="checkbox"/>					
16. Vyhýbám se sladkým jídlům.				<input checked="" type="checkbox"/>		
17. Jím dietní stravu.		<input checked="" type="checkbox"/>				
18. Cítím, že jídlo ovládá můj život.			<input checked="" type="checkbox"/>			
19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.					<input checked="" type="checkbox"/>	
20. Pociťuji, že ostatní mne nutí do jídla.					<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.						<input checked="" type="checkbox"/>
22. Cítím se nepříjemně, když sním něco sladkého.			<input checked="" type="checkbox"/>			
23. Držím diety.		<input checked="" type="checkbox"/>				
24. Mám rád/a pocit prázdného žaludku.						<input checked="" type="checkbox"/>
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.	<input checked="" type="checkbox"/>					
26. Po jídle mívám nucení ke zvracení.						<input checked="" type="checkbox"/>

Děkuji za vyplnění dotazníku.