

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U ADOLESCENTŮ**  
DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Edita Váchová**

*Učitelství pro SŠ, obor Aj-Ps*

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

**Plzeň, 2015**

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

V Plzni, 1. Dubna 2015

.....  
vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Lence Novotné za vedení diplomové práce a cenné rady, které mi poskytla. Zároveň děkuji i všem respondentům za poskytnutí informací do dotazníku stejně jako i 3 dívkám, které již trpěly poruchou příjmu potravy a byly ochotny mně poskytnout rozhovor a sdílet své zážitky pro zpracování případové studie a samozřejmě celé své rodině, která mě při psaní této práce všemožně podporovala.

# **PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U ADOLESCENTŮ**

## OBSAH

Poděkování.....	3
SEZNAM ZKRATEK .....	4
ÚVOD .....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 SOUČASNÁ PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR .....	9
2 PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	15
2.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ-ADOLESCENCE .....	15
2.2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ .....	18
3 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	20
3.1 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	21
3.2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE.....	23
3.3 POROVNÁNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	26
3.4 OSTATNÍ NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	29
3.5 NOVÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	31
3.5.1 Ortorexie.....	31
3.5.2 Bigorexie .....	33
3.5.3 Drunkorexie .....	34
4 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	37
4.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	37
4.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE .....	40
5 PRŮBĚH, SYMPTOMY A PROGNÓZA .....	42
5.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	42
5.2 MENTÁLNÍ BULIMIE .....	46
6 PŘÍČINY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ .....	48
6.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY .....	49
6.2 OSOBNOST – PSYCHICKÉ A EMOCIONÁLNÍ FAKTORY.....	50
6.3 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI .....	52
6.4 RODINNÉ A GENETICKÉ FAKTORY.....	53
6.5 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY .....	55
6.6 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH .....	57
7 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A MOŽNÉ ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE.....	59
8 PREVENCE A PORADENSTVÍ.....	65
9 ZDRAVOTNÍ PÉČE, LÉČBA A UZDRAVENÍ .....	68
9.1 PŘEHLED PÉČE O PACIENTY S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY V PSYCHIATRICKÝCH AMBULANTNÍCH A LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH ČESKÉ REPUBLIKY V LETECH 2007-2013 .....	70
PRAKTICKÁ ČÁST .....	73
ÚVOD .....	74
1 KAZUISTIKY PACIENTEK S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY .....	80
1.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1 .....	80
1.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2 .....	83
1.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3 .....	86
2 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU .....	90
3 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKŮ.....	92
3.1 KATEGORIE - POTŘEBA ZHUBNOUT .....	92
3.1.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	92

3.1.2	Celkové hodnocení kategorie .....	96
3.2	KATEGORIE – BULIMICKÉ CHOVÁNÍ .....	97
3.2.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	97
3.2.2	Celkové hodnocení kategorie .....	102
3.3	KATEGORIE - NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM .....	103
3.3.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	103
3.3.2	Celkové hodnocení kategorie .....	107
3.4	KATEGORIE - OBAVY Z DOSPÍVÁNÍ.....	109
3.4.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek z dotazníku .....	109
3.4.2	Celkové shrnutí kategorie.....	114
3.5	KATEGORIE - VZTAHY V RODINĚ, NÁROKY RODIN .....	115
3.5.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	115
3.5.2	Celkové hodnocení kategorie .....	117
3.6	KATEGORIE – SEBEPOJETÍ.....	118
3.6.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	118
3.6.2	Celkové hodnocení kategorie .....	124
3.7	KATEGORIE - EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY .....	125
3.7.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	125
3.7.2	Celkové hodnocení kategorie .....	131
3.8	KATEGORIE - INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY .....	132
3.8.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	132
3.8.2	Celkové hodnocení kategorie .....	136
3.9	SROVNÁNÍ MEZI KATEGORIEMI .....	137
	ZÁVĚR.....	139
	RESUMÉ .....	141
	SUMMARY .....	142
	SEZNAM LITERATURY .....	143
	SEZNAM OSTATNÍCH ZDROJŮ .....	145
	NĚKTERÉ VYBRANÉ ZAHRANIČNÍ PŘEHLEDOVÉ STUDIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	147
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ .....	149

---

## SEZNAM ZKRATEK

AN	anorexia nervosa
BED	binge eating disorder, psychogenní přejídání
BMI	body mass index
BN	bulimia nervosa
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – IV revize
EDI	Eating disorder inventory
EDNOS	eating disorders and otherwise specified
IQ	intelligenční kvocient
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NES	night eating syndrom (syndrom nočního ujídání)
N-Z-N	někdy, zřídka, nikdy
PP	psychogenní přejídání
PPP	porucha (poruchy) příjmu potravy
SRED	sleep related eating disorder (poruha příjmu potravy vázaná na spánek)
SUN	stav utvrzeného negativismu
V-O-Č	vždy, obvykle, často
WHO	World Health Organization

## Úvod

Lidský život má mnoho rozličných stránek, zvláštností, originálních osudů a z hlediska jeho zkoumání ho lze vnímat jako soubor stovek různorodých témat. O tom, do jaké míry nás jednotlivé téma skutečně zajímá, může rozhodovat řada věcí, někdy jen momentální a přechodná společenská atmosféra, stupeň "senzačnosti" informace, naše zájmy, znalosti, samotná schopnost jeho pochopení apod. Co nás ale přinutí vnímat některá témata podstatně hlouběji, se zapojením našeho racionálního uvažování i emocí, je spolehlivě okolnost, že se nás dané téma dotkne osobně, nikoli jako pouhého přihlížejícího diváka, ale jako přímého účastníka vtaženého do problému.

V roce 2010 onemocněla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií, moje sestra Jana<sup>1</sup>, a to byl a dodnes je důvodem, proč mě dané téma silně zasahuje, zajímá a také proč jsem si ho vybrala ke zpracování v této diplomové práci.

Poruchy příjmu potravy jsou často vnímány jako určitá záhada pro řadu lidí, kteří vidí sebedestrukční chování nemocných, ale i pro samotné oběti těchto poruch, kteří se při zpětném pohledu často sami sebe ptají, jak se jim to mohlo stát. Zdaleka ne vše je též jasné i odborníkům, kterými jsou především psychologové a psychiatři.

V současné době jsme též ve velké míře ovlivněni společenským tlakem, který od nás žádá fyzickou dokonalost a samozřejmě perfektní vzhled, inspirovaný mj. vizáží modelek, ale jen málokomu z nás, se tento vnucovaný ideál podaří dosáhnout. Co je tedy příčinou těchto onemocnění? Může za to tlak společnosti či média? Jedná se skutečně o nebezpečné poruchy? Není to pouze jakási samolibost dovedená do extrému? Můžou tyto poruchy být způsobeny traumatem z dětství? Jaké jsou nejzávažnější následky? Jak se léčí tyto poruchy a co je nejúčinnější léčba?

Cílem diplomové práce je nalézt odpovědi nejen na tyto otázky, ale samozřejmě zvolené téma analyzovat z těch stránek, jež odpovídají osnově teoretické práce a jsou zásadní k jeho pochopení v jeho komplexnosti. Důležité je také vystihnout podstatu problému a především zjistit současnou situaci a náchylnost k tomuto onemocnění v ohrožené skupině adolescentů. Cílem je též poukázat na varovné signály, s nimiž dané

---

<sup>1</sup> Pro zachování anonymity byla veškerá uvedená jména pozměněna.



onemocnění přichází, příčiny a z toho odvozená východiska a možnosti, jak tomuto negativnímu jevu předcházet.

K psaní diplomové práce bylo přistupováno z různých úhlů, od obecného pohledu na danou problematiku ke konkrétním dílčím aspektům. Tomu odpovídají i použité zdroje a metody poznání. Kombinují se zde zdroje z odborné prostudované literatury a magazínů, ale pro dokreslení i z běžného tisku, souhrnné informace, jež byly získány z ministerstva zdravotnictví, eventuálně dalších institucí, ale podpůrně i internetové zdroje apod. Také jsou do diplomové práce zapracovány v její druhé, praktické části, vyhodnocené informace z provedeného průzkumu formou dotazníku, zaznamenané osobní prožitky a dílčí postřehy lidí, kteří byli touto nemocí přímo zasaženi a museli jí prožívat a později, když pochopili její nebezpečnou podstatu i hledat cesty jak se z jejího drsného sevření vymanit.

Na počátku teoretické části diplomové práce je popsána situace PPP v České republice, kterou vystihuje i samotný název kapitoly: „Současná problematika poruch příjmu potravy v ČR“. Jelikož se tato práce zaměřuje na období adolescence, tak je důležité si uvědomit aspekty tohoto životního období, které bývá často považováno za poměrně kritické, a to především díky změnám, jak v oblasti fyzické tak i psychické. Pro toto období je typická nadměrná koncentrace pozornosti ke svému vzhledu a právě proto samotná nespokojenost se svým tělem se může projevit jako jakýsi první impulz ke spuštění těchto psychických chorob.

Nezbytnou součástí pro hlubší pochopení tématu diplomové práce je samozřejmě charakteristika základních poruch příjmu potravy včetně jejich historie. Největší pozornost práce je věnována hlavně mentální anorexii a mentální bulimii, které jsou v současné době nejznámější a nejrozšířenější a jejichž průběh je podrobně popsán v následujících kapitolách. V této práci se věnujeme i ostatním nespécifickým poruchám příjmu potravy, ale také i nově vznikajícím poruchám, které sice ještě nejsou zařazeny do Mezinárodní klasifikace nemocí, ale přesto jsou nebezpečné a je jimi ohrožena dnešní mládež.

Další kapitoly se snaží ujasnit otázky, co je v pozadí těchto zákeřných nemocí, proč se vyskytují a jaké jsou jejich nejpádnejší příčiny. Práce obsahuje důsledky těchto poruch společně s možnostmi prevence a způsobů léčby.

Praktickou část uvádí konkrétní příběh sestry Jany, neboť úryvek z osobního prožitku zainteresovaného a zasvěceného člověka může toto téma více přiblížit a učinit působivějším. Na tento příběh dále navazují 3 kazuistiky dívek s poruchami příjmu potravy.

Výzkum se zaměřuje na analýzu výsledků pomocí standardizovaného dotazníku EDI u adolescentů na střední odborné škole v Písku.

**TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOUČASNÁ PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR

Tato kapitola je zpracována jako uvozující stať k řešenému problému, která jádro problému přibližuje, ukazuje jej z více stránek a vyjasňuje i některé základní obrysy zkoumaného jevu. Na ní pak navazující kapitoly problém konkretizují podle nadepsaných hledisek.

Jedna z věcí, kterou považujeme za vhodné upřesnit, je vyjasnění představy, kolik mladých lidí spadá v ČR do období dospívání, kolik pak do věku pubescence a kolik přímo do věku adolescence. Tyto údaje pak srovnáváme s počtem evidovaných nemocných PPP a uvádíme tento údaj do souvislosti s objektivizujícími faktory. Ty upřesňují některá hlediska důležitá ke vnímání uvedených hodnot.

V současné době, podle údajů statistické ročenky ČR za rok k 31. 12. 2013, spadá v ČR do věkové kategorie 10- 14 let 459 869 dětí, do rozmezí 15-22let 858 193 mladých lidí. Zdaleka ne všichni pacienti s diagnosou PPP ale spadají do období, k němuž se orientačně váže adolescence a existuje celá řada nemocných, kteří jsou pod či nad touto věkovou hranicí. Za adolescenci jako druhou fázi dospívání považujeme podle zdroje cit. v kapitole 2.1 věk přibližně od 15 – 21/22 let<sup>2</sup>.

Abychom uvedenou rámcovou představu o počtech pubescentů a adolescentů v ČR ještě více zpřesnili a konkretizovali jejich počet podle dosaženého roku věku, lze nahlédnout do dat Českého statistického úřadu. Zde, konkrétně pak v tabulce „**věkové složení obyvatel ČR k 31.12. 2013**, zjistíme, že z cca 10 512 000 obyvatel (zaokrouhleno na tisíce) je ve věku:

---

<sup>2</sup> [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r\\_2014](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r_2014) [online] [cit. 16. 12. 2014]

<b>Počet obyvatel v České republice k 31. 12.2013</b>	
<b>Věk</b>	<b>Počet obyvatel</b>
10	94 365
11	93 468
12	91 617
13	90 911
14	89 508
<b>Celkem za období pubescence</b>	<b>459 869</b>
15	90 391
16	90 933
17	91 494
18	98 017
19	109 039
20	122 771
21	123 932
22	131 616
<b>Celkem za období adolescence</b>	<b>858 193</b>
<b>Celkem za období dospívání</b>	<b>1 318 062</b>

Zdroj: Český statistický úřad<sup>3</sup>

Jaký je celorepublikový rozsah těchto nemocí oproti celku, nám přibližují tyto následující údaje: v uvedeném roce (2012) bylo pro poruchy příjmu potravin léčeno ambulantně cca **3461** pacientů a **330** jich bylo pro tyto diagnózy hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních.<sup>4</sup>

Z hlediska věkové struktury bylo ambulantně evidováno **295** pacientů ve věku 0-14 let, **1028** ve věku 15 – 19 let a **2138** ve věku 20a více let. Hospitalizováno bylo z uvedených 330 23% ve věku 15-19 let a 29% ve věku 20-29 let. V drtivé většině převažují svobodné a svobodní nad vdanými a ženatými a ženy nad muži.

Tyto údaje jsou zjištěny z poskytnutých zdrojů Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR a budeme se jimi v této diplomové práci ještě podrobněji zabývat. Zde je uvádíme zatím jen jako doklad toho, že se nejedná o zanedbatelný jev, ale o relativně početné a velmi závažné onemocnění. To umocňuje fakt, že statistiky zahrnují pouze ty

<sup>3</sup> [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r\\_2014](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r_2014) [online] [cit. 16. 12. 2014]

<sup>4</sup> <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy> [online] [cit. 16. 12. 2014]

údaje o pacientech, kteří se léčí a mohou být evidováni. Ve skutečnosti je výskyt těchto chorob s největší pravděpodobností mnohem vyšší.

Při uvedeném srovnání evidovaných pacientů s PPP, musíme přihlídnout minimálně k těmto podstatným okolnostem:

- 1) Srovnávané hodnoty se věkově zcela nekryjí, jsou jen orientační a přibližné, neboť počet pacientů není určený věkově. I pokud by byl, tak by nebyl rozlišen rok, kdy nemoc PPP fakticky vznikla, ale pouze, jak je u jednotlivých let evidován celkový počet případů v konkrétním roce a kolik je z toho případů nových.
- 2) Vyjádřená množina lékařsky evidenčně podchycených případů PPP nezahrnuje zdaleka všechny, kteří PPP trpí. Existuje jistě větší počet mladých lidí, kteří se blíží k hranici těchto onemocnění či na této hranici balancují, jednoduše je u nich výrazný předpoklad, že PPP jsou již nemocní, ale nevyhledali lékařskou pomoc nebo jim hrozí akutní nebezpečí, že těmito poruchami mohou onemocnět a jsou jimi přímo ohroženi. Postačí například, že tito lidé mají hodnotově posunuté či vyšinuté priority, že mají citový deficit a psychickou labilitu či jsou pod tlakem nadměrných očekávání nebo splňují další rizikové faktory popsané na jiných místech této DP.

Závažnost daného tématu je současně okolností, proč se mnoho psychologů touto problematikou zabývá. Psycholog, Jan Kulhánek z psychoterapie Anděl upozorňuje dále na alarmující fakt, že věk pacientek stále klesá: *„Existují i případy onemocnění před nástupem puberty; já sám jsem potkal šestiletou anorektičku, opakovaně pak dívky s anorexií ve věku osm až devět let. Tento fakt nás překvapivě zaráží, protože většina z nás tuto nemoc považuje téměř výlučně za problém adolescentů.*<sup>5</sup>

V nejobecnější rovině jistě stojí za povšimnutí celková atmosféra ve společnosti. Jedná se mj. o to, že se jídlu a váze jako tématům, věnuje v celé společnosti zcela nepřiměřená pozornost. Tím není tvrzeno, že by se lidé neměli o jídlo zajímat. Naopak, jídlo je nejen zdrojem obživy, ale i radosti, příjemným zážitkem a není důvod, proč bychom se o něj ochuzovali. Může být také významným prostředkem pro společenské události, pro udržování vztahů apod. Jeho význam je tedy podstatný, může být i značně

<sup>5</sup><http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/>  
[online] [cit. 26- 11- 2014]

kladný a přínosný, ovšem pod jednou podmínkou. Že je mu přisuzována pozornost přiměřeně.

Z dobrého stavu, kdy jíme přiměřeně a jídlo nám poskytuje radost v rovnováze spolu s dalšími hodnotami, se lehce, za určitých podmínek, může jedinec dostat do stavu, kdy je pro něho jídlo a otázky s ním spojené jedinou útěchou, ústředním a někdy i jediným zájmem nebo černou destruktivní můrou. A nejedná se jen o jedince. I jedinec je součástí celku-společnosti a odráží se v něm to, co se v tomto celku děje.

Podobně, jak je zesměšňována a znevažována nadváha či „normální váha“, je systematicky idealizováno hubnutí, které se stalo též výhodným obchodním artiklem. Například v internetovém článku na zpravodajském serveru [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz) jste dne 10. 12. 2014 mohli v článku propagujícím prostředek na hubnutí, „Nidoru“, zaznamenat fráze typu: „...sníte o svůdné postavě...můžete toho dosáhnout během jednoho měsíce...vaši přátelé si všimnou změny ...budete okouzleni...“<sup>6</sup>

Veškeré psychické nemoci jsou mj. též odrazem toho, jak společnost, vžitý či vnucovaný styl života atd. psychiku zatěžuje. Čím více je převládajícím způsobem života zatěžována a přetěžována, tím menší prostor a kapacita pak zbývá pro zvládnutí dílčích výkyvů. Je pro někoho novinou, že žijeme v době, kdy je stres na denním pořádku? Jistě ne. Důsledek stresu je pak snížená imunita a omezená schopnost ve zdraví přečkat nenadálé psychické nápory, které mohou být spouštěčem různorodých nemocí, tedy i PPP.

Důkazy o zvýšeném tlaku společnosti na psychiku jednotlivců pronikly i mimo rámec odborných časopisů a publikací též do běžného tisku. Například v článku Práva ze dne 6. 12.2014 „Bez prášků už krize nezvládnáme“ je poukazováno na statistiky o užívání antidepressiv, které v rozmezí let 2002 – 2012 vzrostlo o 95%. Příčinou je podle autora článku, a konzultovaných a v článku citovaných psychologů, i snadný přístup k těmto lékům, ale hlavně fakt, že je jimi nahrazován lidský kontakt, lidé díky izolovanosti neumí a někdy ani nechtějí smutek a například bolest z rozchodu a z podobných zátěžových situací zvládat, též pak skutečnost, že lidé nemají kapacitu vnímat starosti druhého, jsou

<sup>6</sup> <http://www.makingmyselfslim.com/cz4ajK9/> [online] [cit. 10. 12. 2014],

uspěchaní, rodiče děti mnohdy odbývají apod. Proto spotřeba antidepresiv, jako jeden z příznaků daného neutěšeného stavu, roste i mezi lidmi do 25 let věku.<sup>7</sup>

Pro doplnění je třeba uvést, že nejen ve společnosti jako celku, ale též v podstatně menších sociálních skupinách, například v rodině nemocných dívek se často řeší nekonečná témata týkající se diet nebo v některých extrémních případech mají i samy pacientky matku s poruchou příjmu potravy. Právě jídlo zde bývá častým tématem rodinných diskuzí a řeší se co je zdravé, co není zdravé, kdo je obézní a samozřejmě otázka, jakou má kdo postavu a váhu, jsou někdy hlavní záležitosti, co v takovém prostředí dotyčné na druhých zajímá.

Anorexii lidé pokládají pouze za ženskou záležitost, ale měli bychom si též uvědomit, že se s ní potýkají i mladí muži, kteří mnohdy přicházejí k léčbě pozdě, protože se stydí za tzv. „holčičí nemoc“. S váhou se pracuje i ve sportech jako je například fotbal. Tento překvapující fakt uvádí psychiatrička z Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Petra Uhlíková: „ slova jako kalorie nebo tělesný tuk se dříve vůbec nevyskytovala např. ve fotbale...a popisuje konkrétní případ z kliniky: *Trenér si nechal nastoupit mužstvo a přede všemi hlásil, kolik kdo váží. Pak je nutil běhat, dokud nezvraceli. U jednoho se to zvrtilo v bulimii. " Začal si váhu regulovat zvracením. A právě tyto okolnosti považuje za velmi nebezpečné, protože může například dojít k selhání srdce nebo jiných orgánů. Psychiatrička dále uvádí, že někteří trenéři nutí děti běhat a cvičit do vysílení. Dokonce i na fotbale je váží – když přiberou, zesměšní je před ostatními...*<sup>8</sup> Jistě by se našlo vícero sportů, kde tlak na váhu hraje podstatnou roli a v řadě případů, kdy jde zejména o vrcholový sport nebo sporty s váhovými kategoriemi, (judo, zápas, box atd.), to lze v rozumné míře i pochopit.

Poruchy příjmu potravy mají hodně společného se závislostí. K tomuto tématu se opět vyjadřuje klinický psycholog a psychoterapeut Mgr. Jan Kulhánek následovně: *„Stejně jako se mění povaha člověka, který propadne alkoholu, mění se postupně i osobnost člověka, který dlouhodobě trpí poruchou příjmu potravy,“*<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Článek *Bez prášků už krize nezvládáme*“ uvedený v časopise Právo dne 6. 12. 2014, str. 1 a 2, ISSN 1211-2119

<sup>8</sup> [http://ona.idnes.cz/je-jim-osm-a-uz-hladovi-anorexii-a-bulimii-trpi-cim-dal-mensi-deti-p81-/zdravi.aspx?c=A100129\\_203742\\_domaci\\_vel](http://ona.idnes.cz/je-jim-osm-a-uz-hladovi-anorexii-a-bulimii-trpi-cim-dal-mensi-deti-p81-/zdravi.aspx?c=A100129_203742_domaci_vel) [online] [cit. 27. 11. 2014]

<sup>9</sup> <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/> [online] [cit. 26- 11- 2014]



Závažnost nemoci potvrzuje i celkem alarmující údaj, že *přibližně 5% nemocných diagnózu anorexie nepřežije*. Poruchy příjmu potravy se dají léčit, ale odborná pomoc musí přijít včas, protože včasné odhalení nemoci zvyšuje šanci na vyléčení.<sup>10</sup>

Tyto poruchy jsou opravdu nebezpečné, možná právě i proto, že se v počátku skutečně zdají být řešením nějaké konkrétní situace, spíše než problémem. Co je důležité si v tomto kontextu uvědomit je fakt, že „klady“ této nemoci skutečně nevydrží dlouho. Zajímavým vysvětlením vztahujícím se k této nemoci je názorná představa, že jste v tmavé místnosti. Právě tmu znázorňuje smutek a bolest, kterou pacienti zažívají, a vzniká otázka, co bychom měli za takové situace udělat? Pacienti by se měli právě této „tmy“ snažit nadobro zbavit. PPP se dá přirovnat k zapálení svíčky, která na chvíli stav zdánlivě zlepší, ale nevyřeší tím základní problém. Ale právě toto není řešení situace, protože svíčka jednoho krásného dne dohoří, a tak nevyřeší ten základní problém, a pak si nemoc svou daň vybere na těle pacientů a začne způsobovat obtíže. Pacienti se snaží tlačit své tělo na hranice možností a *podobně jako když si necháte v ruce hořet svíčku až do poslední kapky vosku, riskujete závažné zdravotní obtíže*. (Middleton 2013, s. 31-32)

Neméně důležité je také si uvědomit, že v určité fázi uvedené poruchy tato nemoc způsobí více problémů, než jich zdánlivě pomáhá řešit. Právě z tohoto důvodu by si pacienti měli uvědomit a zamyslet také nad „přínosy své poruchy“. Naštěstí většina lidí zjistí, že *počet nevýhod zpravidla roste a že porucha příjmu potravy za to jednoduše nestojí*. (Middleton 2013, s. 32)

---

<sup>10</sup> <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/>  
[online] [cit. 26- 11- 2014]

## 2 PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Pro lepší pochopení problematiky příjmu potravy v období adolescence je nezbytné si uvědomit jaký adolescent je, jak se cítí, co prožívá a jaké jsou jeho nejčastější problémy.

### 2.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ-ADOLESCENCE

*„ Puberta je živoucím důkazem toho, že matka příroda má smysl pro humor “. Naše děti nám dávají zažít všechno, co jsme sami prováděli svým rodičům, když jsme byli mladí. Všechno co člověk učiní, se mu vrátí. Mnoho rodičů nicméně trpí ztrátou paměti a zapomíná, jaké je to být mladý a jaké obrovské změny se s dospívajícím dějí. Nejenže se jim „zblázní“ tělo, ale také se musejí vypořádat s celou řadou zásadních zlomů v oblasti emocionální, rozumové i sociální. (Carr-Gregg, 2012, s. 25)*

Období dospívání je v podstatě jakýsi přechod mezi dětstvím a dospělostí, zahrnující přibližně jednu dekádu života, od 10 do 20 let. Během tohoto období dochází ke *komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální.*

(Vágnerová, 2012, s. 367)

**Období adolescence (od 15 do 21/22 let)** je druhá fáze dospívání, která následuje hned po dramatickém období **pubescence (orientačně 10 – 14 let)**. Z biologického hlediska je vstup do této vývojové fáze vymezen pohlavním dozráváním a dokončením tělesné proměny. Sociální vývoj jedince v období adolescence je vymezen dvěma mezníky, tj. ukončením povinné školní docházky a ukončením profesní přípravy na budoucí povolání. Vývoj v tomto období je plný rozporů, na jedné straně jsou dospívající sociálně nezralí, a na druhou stranu nesou i plnou právní odpovědnost, proto tyto rozpory jsou postupně řešeny a při zdárném vyřešení může jedinec již zaujmout požadovanou občanskou roli. Z tohoto vnitřního napětí plyne i mnoho konfliktů např. s rodiči. (Vašutová, 2005, s. 65-66).

Autor Macek zahrnuje do období adolescence i tzv. časnou adolescenci, kterou Vašutová zahrnuje do období pubescence. Podle Macka je tedy adolescence poslední fází vývoje člověka mezi dětstvím a dospělostí, odlišuje se od ostatních životních etap a toto období rozlišují tři fáze (Macek, 2003, s. 12-13):

- časná adolescence – 10 (11) -13 let
- střední adolescence – 14-16 let
- pozdní adolescence – 17-20 (22) let

Období adolescence charakterizuje doba tzv. prudkých změn a protestů, neukázněnosti, náladovosti včetně zdravotních rizik. Slovo adolescence znamená dozrávání, a proto si na první pohled většinou všimneme fyzických změn u dospívajících, *kdyby však byly viditelné i ty emocionální, zjistili bychom, že jsou ještě dramatičtější.* Většina dospívajících je velice citlivá a mají tendence prožívat vše mnohem intenzivněji. *Občas si špatně vyloží relativně nevinnou poznámku nebo požadavek a prosté konstatování pokládají za výraz zloby, smutku nebo přehnané kritičnosti.* (Carr-Gregg, 2012, s. 25-26)

V tomto období většina dospívajících připisuje veliký význam zevnějšku, a proto jsou více zaměřeny na své vlastní tělo, a zejména dívky se zabývají svými proporcemi mnohem více než čímkoliv jiným. A tak z tohoto důvodu nás nemůže vůbec překvapit, že o svém zjevu pochybují i ty nejatraktivnější modelky. Adolescent se svým vzhledem často zabývá v přemrštěné míře, a tak v některých případech *lze mluvit až o narcistickém zaměření.* Adolescent se porovnává se svými vrstevníky stejně jako s aktuálně akceptovaným ideálem a jeho atraktivita se může stát velmi důležitou součástí jeho identity. V případě, že atraktivita odpovídá aktuálnímu ideálu, tak může posloužit dívkám jako opora jejich sebevědomí, protože to podporuje jejich pocity jistoty, cítí se sociálně akceptované a jsou žádoucí u druhého pohlaví. Naopak pokud dívka je v této oblasti znevýhodněna, tak se cítí méně sebejistá a může být nižší sebedůvěrou poznamenána. *Adolescent, jehož zevnějšek neodpovídá normě, bude tento rozpor vesměs prožívat jako nespravedlnost* a může být často zklamaný, stejně jako může trpět pocitem úzkosti a napětí a svůj případný vztek či zlost může různým způsobem ventilovat. (Vágnerová, 2012, s. 375-376).

Tělesná složka je důležitou součástí sebepojetí a zároveň se stává předmětem porovnávání s ostatními vrstevníky. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55 - 57) V ideálním případě dospívající může být se svou proměnou těla spokojen, ale také nemusí, to vše záleží na okolnostech. Je prokázáno, že časnější dospívání vzhledem k vrstevníkům je spíše výhoda pro chlapce než pro dívky. (Vágnerová, 2005, s. 342-345)

Závěrem se pokusíme shrnout **nejčastější potíže dospívajících** dle autorky Vašutové v její publikaci „Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání“. Jedná se především o problematický vztah s rodiči, přestože se oproti pubescenci zklidňuje. V tomto ohledu je nezbytná citlivost rodičů vůči změnám v chování, nošení extravagantního oblečení či doplňků u svých potomků. (Vašutová, 2005, s. 76-79)

Další problémy mohou vzniknout díky konfliktům plynoucím z faktu biologického dozrávání, kdy rodiče chápou začátek sexuálního života svých potomků jako předčasný a rizikový. Co se týče partnerských a sexuálních vztahů, tak v tomto směru je nezbytné zaujmout správný postoj např. i k náhradním sexuálním praktikám, ale hlavně je důležitá podpora intenzivních citových vztahů s perspektivními partnery. Mezi možná nebezpečí patří také sexuální promiskuita či účast při výrobě pornografických materiálů. Rodiče často zauímají kritický postoj k přátelům svého dítěte, a tak dochází ke konfliktům vyplývajících z odmítání přátel nebo partnera. (Vašutová, 2005, s. 76-79)

V průběhu dospívání dochází k častému soupeření s vrstevníky a většina rodičů není schopna či nechce vzrůstající materiální nároky uspokojit, a proto jsou i ekonomické faktory zdrojem konfliktů. Dospívající se snaží také emancipovat od rodiny a často hledají vzory jinde, jsou narušeny vztahy k ostatním autoritám a zároveň se vyvíjí mnohdy zidealizované vztahy ke vzorům a jiným autoritám jako jsou například zpěváci, hudebníci, sportovci, herci, modelky. Vztah k těmto ideálům je často nekritický, někdy má též silný erotický podtext a je na hranici zbožňování. Emancipací od rodiny nachází dospívající emoční zabezpečení u vrstevníků, se kterými formuje silné přátelské vztahy, někdy i na celý život. V některých případech se dospívající může dostat do problémové party a pro vyřešení problémů je nezbytné spojit úsilí jak rodiny, tak i školy či případně zvážit návštěvu poradny nebo krizového centra. (Vašutová, 2005, s. 76-79)

Často také dochází ke konfliktům mezi adolescentem, který se cítí jako dospělý, ale přesto musí neustále poslouchat názory rodičů, a proto často dochází ke vzpourám nejen vůči rodičům, ale někdy i vůči společnosti. Díky těmto okolnostem se často adolescent ocitá na samotné hranici kriminality. U mladých lidí je též určitý sklon k extremismu, např. ve formě rasismu či xenofobie. (Vašutová, 2005, s. 76-79)

## 2.2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Právě tento věk sebou přináší i zásadní změny přístupu k vlastnímu tělu. Už osmiletá děvčátka uvádějí, že nejsou spokojena se svým tělem a právě díky strachu z tloušťky jsou ovlivněny i mladší věkové kategorie. (Marádová, 2007, s. 10)

*Typickým obdobím počátku poruch příjmu potravy je období dospívání. Jedná se o nebezpečný věk vzniku těchto poruch, protože v tomto období si dospívající uvědomují sami sebe, vnímají svoji odlišnost a touží prosadit svoje zájmy. Centrem adolescentů se stává svět vrstevníků a většinou mají zájem o opačné pohlaví. V tomto období o sobě také často přemýšlí, snaží se být úspěšní a samozřejmě se chtějí líbit, ale zároveň jsou velmi citliví a zranitelnější. Pro jejich sebevědomí je příznačná labilita, která je ovlivněna tím, co jim kdo řekne. Je pro ně typická soutěživost a tak se často srovnávají se svým sourozencem, matkou či ostatními vrstevníky a často podléhají také významným vzorům.* (Krch, 2008, s. 46)

Během dospívání dochází k markantním změnám v proporcích lidského těla. Většina chlapců se snaží přiblížit získané představě o ideálu krásy, a proto přibývá především na svalové hmotě, zatímco děvčata přirozeně přibývají na tukové hmotě a tak se oddalují od současného požadavku světové módy a někdy se jejich proměna stává zdrojem pichlavých komentářů a frustrujících zkušeností. (Marádová, 2007, s. 11)

V průběhu dospívání jsou dívky sociálně vnímavější, zranitelnější a soupeřivější, a tak nás nemůžou překvapit otázky jako je např. „*kdo je lepší?*“ či „*Jak zhubnout?*“. Mnoho dívek v pubertě si neurčuje za cíl normální hmotnost, ale právě vyhublost. (Krch a kol., 2005, s. 63). Většina mladých lidí je poznamenána strachem z tloušťky a nejsou si jisti, jak „normálně“ jíst. Co se týče procentního vyjádření, tak dle publikace od Františka Davida Krcha je 60% českých středoškolaček nespokojeno se svým tělem a *polovina z nich si přeje zhubnout*. První symptomy MA se většinou objevují mezi 13. a 16. rokem. (Krch, 2002, s. 52)

Někteří autoři zabývající se touto tematikou, jako např. Killen, zjistili u *fyzicky zralejších dívek dvojnásobně vyšší riziko poruchy příjmu potravy*. Díky časnější fyzické zralosti nastává strach spojený s dalším zvyšováním hmotnosti a tyto negativní emoce doprovází i pocity méněcennosti a deprese. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může

být spojena se zvýšenou potřebou kontroly svého nejistého osudu. Přestože se sebevědomí dívek v období adolescence zvětšuje, tak i nadále až do dospělosti, zůstává nízké hodnocení vlastního těla, které může být jedním ze zdrojů jejich sebepodceňování. (Krch a kol., 2005, s. 63-64)

S obdobím dospívání souvisí i odloučení od rodiny např. ve formě studia na škole či v zahraničí nebo jen samostatné bydlení. Tato separace společně se snahou o sebeprosazení a autonomii může vést k narušení přiměřených jídelních zvyklostí, popřípadě může být jednou z příčin vzniku PPP. (Krch a kol., 2005, s. 64).

Jak různorodé mohou být příčinné souvislosti související s tímto tématem, dokládá i následující citace jedné dívky: *„Když mi bylo dvanáct, začal mě můj bratr pohlavně zneužívat. Nechápala jsem to, byla jsem z toho zmatená, ale věřila jsem, že když ztloustnu, nechá mě snad na pokoji...za tři měsíce jsem přibrala dvacet kilo, chtěla jsem tím také svému okolí říct „copak nikdo nevidíte, co se to se mnou děje?“, aniž bych to musela verbalizovat“.* (Hall,Cohn, 2003, s. 19). Během dětství a dospívání mohou nastat také určité nepříjemnosti, které mají v budoucnu souvislost se vznikem poruch příjmu potravy. Například *pohlavní zneužití, především dopustí-li se ho důvěryhodný dospělý, rodič či sourozenec, je vždy děsivým, matoucím a odporným zážitkem*, a proto někdy jen vzpomínka na tuto událost může v dětech a dospívajících vyvolat trýznivou bolest. Přecpat se jídlem pak „pomůže“ k tlumení vzteku a umlčení hlasu, který křičí: *„Tohle mi nedělej.“* Tyto události vedou ke snaze plně ovládat vše, *co půjde a co nepůjde dovnitř těla, symbolizuje snahu znovu získat kontrolu, o kterou oběť během původní traumatické události přišla. Nucené jedení a zvracení je rovněž paralelou vynuceného orálního sexu.* (Hall,Cohn, 2003, s. 17, 18)

### 3 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy se netýkají pouze mladých lidí, ale tato duševní porucha již pronikla do všech věkových kategorií, přesto je nejvíce zastoupena v období dospívání a věku, který se tomuto období přibližuje. Uvedené období je vymezeno ke zkoumání v této práci.

Pro tato onemocnění je typický patologický vztah k jídlu, neustálé řešení hmotnosti, ideálnosti postavy, ale zároveň i strach, nedůvěra a pocit méněcennosti jak k sobě samému tak i k okolnímu světu. V některých ohledech je jídlo považováno jako jakýsi prostředek kontroly či tlumení emocí jako je hlavně strach, smutek či úzkost. Poruchy příjmu potravy tedy neřeší pouze problematiku jídla a dosahované hmotnosti, ale zároveň odrážejí i postoj nemocných k životu a k sobě samému. U těchto onemocnění *se přehnaně pacientky zabývají svými tělesnými proporcemi a tím co snědly či nesnědly. Regulace příjmu potravy je prostředkem zvládnutí silných emocí a citů nejrůznějšího druhu, například vzteku, strachu, deprese, negativních prožitků spojených s odmítnutím, samotou, egoismem, obavami z nezávislosti či závislosti a obavami z lásky.* (Hall, Cohn, 2003, s. 25)

Příjem jídla související s uspokojením obživného pudu nás provází již od dávné minulosti, protože se jedná o nenahraditelný zdroj základních živin. Během života získává jídlo různý psychický a sociální význam, konkrétně v některých případech se stává odměnou, způsobem komunikace s ostatními lidmi či únikem před samotou. (Krch a kol., 2005, s. 15)

Dle poslední verze **mezinárodní klasifikace nemocí** ( MKN-10 ) se zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy mimo jiné: **mentální anorexie** (F50.0) a **mentální bulimie** (F50.2). Výše zmíněné poruchy spojuje neustálý strach z tloušťky včetně extrémní pozornosti zaměřené na vlastní vzhled a tělesnou hmotnost, proto nemocní jsou posedlí neustálými starostmi o svou postavu. Pro obě tyto nemoci je typické nízké sebevědomí, sociální problémy a různé somatické obtíže. (Krch a kol., 2005, s. 15)

Zásadní rozdíl mezi anorexií a bulimií představuje tělesná hmotnost. Přibližně u jedné třetiny pacientů s mentální anorexií se časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. (Krch a kol., 2005, s. 16). Za povšimnutí stojí i fakt, že podle literatury

až 50% anorektiček přejde do mentální bulimie, a téměř 100% pacientek trpících bulimií uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu anorexie. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 251)

Zajímavým postřehem je i souvislost mezi nemocí a povahovými rysy osobnosti. *Anorektičky mívají pevnou vůli, kterou využijí především k tomu, že nejedí. Anorexie postupně zvyšuje perfekcionismus, lidé, kteří jí trpí, se postupně uzavírají do sebe. Zvyšuje se také soutěživost a neustálé porovnávání se s druhými. Naopak lidé s bulimií mají stále větší a větší problém s nezdrženlivostí, chybí jim vnitřní disciplína*<sup>11</sup>

### 3.1 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE

*Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.* (Krch a kol., 2005, s. 16). Jedná se o úporné odmítání potravy a občas až nenormální snaha zhubnout končící celkovou tělesnou sešlostí.

K této nemoci se často přidružují deprese, v počátečním stádiu nemoci až extrémní agilita a pohyblivost. Hyperaktivita bývá u postižených zcela běžná, protože nemocné tělo přestává správně signalizovat své biologické potřeby jako je únava, sytost a bolest. A právě tyto okolnosti mohou zkreslovat pohled na zuboženou anorektičku, která sice vypadá „ strašně “, ale sama se může cítit výborně. Jedná se o tzv. „egosyntonní stav“, který vystihuje pocit harmonie u pacientky, která je podvědomě hrdá na to, že vyřešila všechny své problémy a že je konečně krásná, protože dokázala zhubnout tak jak nikdo jiný.<sup>12</sup>

Anorexie, neboli jinak řečeno nechutenství, se nemusí vyskytovat u všech pacientů, protože někteří pacienti trpící touto chorobou naopak mají zvýšený zájem o jídlo, což se projevuje například tím, že rádi vaří, sbírají recepty nebo jen myslí na jídlo, v některých případech mají i zvýšenou chuť třeba na sladké nebo jejich chutě jsou pozměněné. Co považujeme za důležitý faktor u této diagnostiky je fakt, že pacienti neodmítají jíst jen proto, že by neměli chuť, ale protože nechtějí jíst, jelikož mají narušené postoje ke svým tělesným rozměrům. (Krch a kol., 2005, s. 16)

Pro úplnost ještě uvádíme diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10.

<sup>11</sup> <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/> [online] [cit. 26- 11- 2014]

<sup>12</sup> Bulimie, rodná sestra mentální anorexie, Magazín Právo, 7. 1. 2014



**Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0):**

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI<sup>13</sup> 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

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

D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie).

Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna. (Krch a kol., 2005, s. 16 - 17)

**Diagnostická kritéria podle DSM-IV (Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch – IV. Revize)** Americké psychiatrické asociace shrnuje diagnostiku pouze do 4 bodů, která jsou téměř shodná s MKN-10. Dále také rozlišuje dva specifické typy anorexie:

<sup>13</sup>BMI = body mass index. Jedná se o index, který se používá ke klasifikaci podváhy, nadváhy, či různého stupně obezity.

BMI = tělesná váha / tělesná výška<sup>2</sup>

1. **Nebulimický (restriktivní) typ** – kdy během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

2. **Bulimický (purgativní typ)** – zde naopak během epizody mentální anorexie dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání. (Krch a kol., 2005, s. 17)

**Závěrem tedy můžeme takto shrnout kritéria pro mentální anorexii podle výše uvedených klasifikací MKN-10 i DSM-IV:**

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
- strach z tloušťky trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- amenorea, neboli nedostavení menstruace u žen. (Krch a kol., 2005, s. 17)

Pro PPP jsou charakteristické tyto znaky: *patologická změna postoje k vlastnímu tělu a neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotnosti.* (Vágnerová, 2008, s. 463)

Prvotní impulz, začátek nemoci je skutečně psychologický. Klinicky toto onemocnění probíhá tak, že pacientka začne hubnout, ona si to přeje a později dojde k tomu, že hubne až extrémně. K této poruše velmi často patří, že dívka nemá náhled nemoci, a proto se většinou domnívá, že je zdravá. Také je zde důležitý psychický příznak tzv. porucha tělového schématu, což znamená, že přes veškerou vyhublost se dívka cítí být pořád silná a má stále potřebu hubnout, i když váží třeba 35 kg při 170 cm.<sup>14</sup>

### 3.2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE

„*Dokázala jsem na posezení sníst deset rohlíčků, kostku másla a ještě si vzít čtyři tatranky a vypít dva litry mléka...*“ (Krch, 2008, s. 26) Pojem bulimie označuje tzv. býčí hlad, neboť jedním z jeho typických znaků je přejídání. Množství jídla, které bulimičky spořádají, se liší, a toto jídlo polykají bez sebekontroly a většího přemýšlení. Nemocný své problémy řeší jídlem, tzv. „zajídá je“. Následkem je pak ve většině případů přibývání na váze, kterému se snaží vyhnout pomocí používání různých druhů laxativ a zvracením. Nevyhnutelně tento způsob vyprazdňování vede k sociální izolaci a dochází k postupné devastaci organismu.

<sup>14</sup> <http://vyzivadeti.cz/?s=anorexie> [online] [cit. 26-11-2014]

Pro tuto poruchu jsou charakteristické opakující se záchvaty přejídání s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Mezi 3 základní znaky k určení diagnózy považuje autor František David Krch tyto údaje:

- Záchvaty nekontrolovatelného přejídání, kdy během krátké doby sní jedinec obrovské množství jídla. Následné opakované zvracení v důsledku vede k větší konzumaci jídla.
- Neustálá a nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, často doprovázena zvracením a zneužíváním projímadel a léků na odvodnění. V některých případech zahrnuje také hladovky a intenzivní cvičení. *Pro diagnózu mentální bulimie tedy není nezbytné zvracení nebo používání projímadel*
- Nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost. (Krch, 2008, s. 22)

Ve společnosti v dnešní době je znám termín bulimie, přesto stojí za uvedení i původní termíny vyskytující se s touto chorobou. Jedná se konkrétně o tyto názvy: **bulimarexie** a **hyperorexie**. (Krch a kol., 2005, s. 19)

Pro náležitou komplexnost uvádíme tato **diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10. (F 50.2):**

A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.

B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).

C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.

D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často, (ne vždy), je v anamnéze epizoda anorexie nebo omezování se v jídle.

(Krch a kol., 2005, s. 19)

**Podle DSM-IV jsou určující pro diagnostiku mentální bulimie tato kritéria:**

A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (BE=binge eating) charakterizuje:

1) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.

2) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).

B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.

C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.

D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.

E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

(podle Krch a kol., 2005, s. 19)

Obdobně jako u mentální anorexie tak i u mentální bulimie můžeme rozlišit dva specifické typy:

1. **Purgativní typ** - aby pacient zabránil zvýšení hmotnosti, používá zvracení, laxativa či diuretika.

2. **Nepurgativní typ** – pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní cvičení; pravidelné purgativní metody nevyužívá.

(podle Krch a kol., 2005, s. 19)

U onemocnění bulimií se na rozdíl od mentální anorexie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea (Krch a kol., 2005, s. 20). Právě tyto důvody se považují za nebezpečné, protože tato nemoc může být špatně rozpoznatelná pro okolí, neboť pacienti s MB mívají relativně „normální“ tělesnou hmotnost.

Pacienti trpící bulimií velmi často dovedou „svůj problém“ před okolím skrývat a právě proto zde je třeba zvýšené pozornosti při sledování ostatních znaků, které mohou

být určující. Jediným znakem, který může vzbudit naši pozornost, je právě skutečnost, že většinou bulimici nechtějí jíst spolu s ostatními.

V některých případech u obsedantních pacientů a pacientů trpících depresi, se mohou vyskytovat také nutkání se přejíst, či samotné přejídání a celková ztráta kontroly nad jídlem. Obdobně je to i u mánie a oligofrenie. Bulimie je též často v přímém spojení se závislostí na alkoholu. (Krch a kol., 2005, s. 20)

### 3.3 POROVNÁNÍ ANOREXIE A BULIMIE

V následující kapitole jsme se pro ujasnění zaměřili na porovnání 2 poruch příjmu potravy. MA a MB jsou 2 různá onemocnění, která však mají podobné znaky. Obě onemocnění jsou častější u žen a většinou začínají v dospívání. Pro obě poruchy je typická úzkost a pocit viny či studu související s přibíráním či podvýživou a v důsledku nemoci mají postižené často suchou pleť, lámou se jim vlasy i nehty, trpí zácpou, jsou citlivé na teplotní změny a jejich menstruace je většinou nepravidelná. Dívky postižené MA i MB si často vypěstují různé rituály spojené s jídlem jako je např., že jedí jen v určitou dobu, a to například jen některá jídla. (Carr-Gregg, 2012, s. 105)

Dle níže uvedeného přehledu v tabulce lze vyčíst, že u MA dochází k výraznému poklesu hmotnosti oproti MB. S důsledkem poklesu hmotnosti dochází i k tzv. vynechání menstruace ve větší míře u MA. Zvracení více převládá u MB, ale vyskytuje se též u MA. Dalším ukazatelem je sebekontrola, která je vystupňovaná právě u MA, zatímco u MB je naopak oslabená. Následující ukazatel porovnává jídelní chování, představující pomalé jídelní tempo u MA oproti rychlejšímu jídelnímu tempu s velkými sousty u MB. Typický věk pro vznik MA je v průměru 13 let, tedy nižší oproti průměrnému vzniku onemocnění u MB, tj. 14. Rok. Co se týče pohlaví, tak v případě onemocnění PPP převládá u chlapců MA. Dále je zřejmé, že je větší výskyt MB v rizikové populaci u žen ve věku 15-30. Deprese často doprovází obě nemoci, ale více převažuje u MB. Sklony k alkoholu se vyskytují také více u MB oproti MA, jelikož u tohoto onemocnění se pacientky snaží omezit kromě jídla i kalorické nápoje. K významnému zlepšení nemoci dochází spíše u MB. Náhled choroby je u MA minimální, jelikož si dívka do poslední chvíle myslí, že je zdravá. U MB je náhled choroby také nízký v období diet, kdežto v období přejídání je naopak náhled chorobnosti podstatně výraznější. Co se týče motivace k léčbě tak v případě MA léčba nastane

většinou s obtížemi a je zde nezbytná pomoc okolí. U MB se pacientky snaží zbavit přejídání a někdy se též snaží zhubnout. (Krch, 2008, s. 23).

Dalším rozdílem je, že MA má obvykle závažnější průběh oproti diagnóze MB, pro kterou je naopak zase typické, že pacienti trpící touto chorobou mají díky častému zvracení zduřené slinné žlázy a navíc zkažené zuby.<sup>15</sup>

Poslední rozdíl se týká letality pacientů, o které můžeme říci, že i přestože přesné údaje o letalitě<sup>16</sup> bulimických pacientů neexistují, tak jsou mnohem nižší než choroby MA. (Hall, Cohn, 2003, s. 25)

---

<sup>15</sup> <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/mentalni-bulimie> [online] [cit. 25-11-2014]

<sup>16</sup> letalita – vyjadřuje, jaká část nemocných trpících určitou chorobou na ni zemře

Porovnání MA a MB	Mentální anorexie (MA)	Mentální bulimie (MB)
<b>Pokles hmotnosti</b>	Výrazný, nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
<b>Amenorea - nedostavení se menstruace</b>	60-100%, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30%
<b>Navozené zvracení</b>	15-30%	75-90%
<b>Sebekontrola</b>	Vystupňovaná	Oslabená
<b>Jídelní chování</b>	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
<b>Počátky obtíží</b>	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
<b>Pohlaví nemocných Ženy: muži</b>	(10-15):1	20:1
<b>Výskyt u rizikové populace - (ženy, 15-30 let)</b>	0,5-0,8%	2,5-5%
<b>Deprese</b>	10-60%	20-90%
<b>Užívání alkoholu</b>	Výjimečně	Často
<b>Významné zlepšení</b>	20-75%	60-85%
<b>Náhled chorobnosti</b>	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
<b>Motivace k léčbě</b>	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout (Krch, 2008, s. 23)

### 3.4 OSTATNÍ NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

**Podle MKN-10 patří mezi Poruchy příjmu potravy také tato onemocnění:**

- **Atypická mentální anorexie (F50.1)**, která splňuje pouze některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz se liší například tím, že chybí některý z klíčových příznaků jako je třeba strach ze ztloustnutí.
- **Atypická mentální bulimie (F50.3)**, která opět splňuje pouze jen některá kritéria bulimie jako např. záchvaty přejídání a nadměrné používání laxativ, ale bez markantní změny váhy nebo bez zvýšeného zájmu o svou váhu a tvar těla.
- **Diagnóza přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)**, která zahrnuje psychogenní přejídání např. kvůli stresujícím událostem, jako je úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně. V tomto ohledu je třeba si uvědomit, že mezi poruchy příjmu potravy nepatří obezita (E66)
- **Diagnóza zvracení spojená s jinými psychologickými poruchami (F50.5)**. Například opakované zvracení se může vyskytnout u disociačních poruch<sup>17</sup> a hypochondrických poruch.<sup>18</sup> Můžou sem být i zahrnuta psychogenní zvracení jako reakce na těžký stres.
- **Jiné poruchy příjmu potravy (F50.8)**. V této kategorii nalezneme poruchy neorganického původu u dospělých jako je např. pika<sup>19</sup>, kdy pacient nutkavě používá látky, které nejsou určeny k jídlu. Dále je zde i zahrnuta psychogenní ztráta chuti k jídlu. Do této kategorie nepatří pika v kojeneckém a dětském věku (F98.3)

(Ján Praško, Klára Látalová, 2013, s. 679-680)

Mezi **jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy** ( Eating Disorders Otherwise Not Specified- EDNOS ) jsou zařazeny dle diagnostického a statistického manuálu DSM-IV tyto případy, kdy:

<sup>17</sup> disociační poruchy = psychické poruchy charakterizované částečným či úplným oddělením disociací, dezintegrací, rozpadem vzpomínek, vědomí vlastní identity, pocitů, kontroly tělesných pohybů.

<sup>18</sup> hypochondrická porucha = je charakterizována úzkostným sebezpozorováním a strachem z nemoci

<sup>19</sup> Pika se vyznačuje výraznou chutí k požívání látek s nízkou nutriční hodnotou. Často se jedná o látky anorganického původu např. různé druhy hlín, jílu



- Jsou splněna všechna kritéria MA a nemocná má pravidelnou menstruaci.
- Došlo k významnému poklesu hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě.
- Jsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.

(Krch a kol., 2005, s. 21)

Pod EDNOS řadíme i tzv. **Syndrom nočního přejídání**, pro který je typická nespavost, večerní anorexie nebo naopak noční přejídání. *Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou.* (Krch a kol., 2005, s. 21)

Mezi návrhy ke klasifikaci pod EDNOS je v pořadí třetí významný druh poruch příjmu potravy tzv. záchvatovité přejídání (**Binge eating disorder, BED**). Záchvatovité přejídání je podobné mentální bulimii, ale je blíže specifikováno: (Krch a kol., 2005, s. 22)

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Binge eating charakterizuje:
1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (např. během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
  2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.
- B. Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:
1. Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
  2. Jí, dokud se necítí nepříjemně plný
  3. Jí, aniž by pociťoval hlad
  4. Jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho
  5. Po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile.
- C. V souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti.
- D. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců.
- E. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

### 3.5 NOVÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V současné době je naše společnost ovlivněna poměrně snadným přístupem k potravě a také nedostatkem aktivního pohybu, a proto nemůžeme být překvapeni, že lidé nejsou spokojeni se svým tělem a trpí nadváhou. Tyto důvody pak mohou vést k nezdravým stravovacím návykům a patologickým postojům k jídlu. Mezi nové typy poruch příjmu potravy zařazujeme tzv. **ortorexii**, **bigorexii** a **drunkorexii**. Tyto nemoci mohou být také nebezpečné a vážně ohrožovat zdraví člověka. Pro bližší seznámení s těmito nemocemi poslouží právě tato kapitola.<sup>20</sup>

Na rozdíl od mentální anorexie a bulimie tyto poruchy nejsou doposud zařazeny do seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí. S těmito chorobami se setkáváme u jedinců, kteří se snaží o zdravý způsob života a také o dosažení současného ideálu fyzické dokonalosti.<sup>21</sup>

#### 3.5.1 ORTOREXIE

Tato porucha představuje patologickou posedlost zdravou výživou. Název této poruchy je odvozen ze dvou řeckých slov: **orthos** – neboli správný a **orexis** – označující chuť. V podstatě můžeme konstatovat, že se jedná o přílišnou starost o zdraví, zdravou stravu, nakupování zdravých potravin a hledání informací, jaké je složení potravin a jak se vyrábějí, a to vše vede k posedlosti a stává se hlavní náplní času. Tato porucha v patologické formě vede ke strachu z nezdravého jídla a veškeré jídlo se stává předmětem zkoumání. Pacienti myslí velmi často na jídlo, trápí je úzkosti a deprese obdobně jako u mentální anorexie. Ortorexie se častěji vyskytuje u žen, přesto není tato porucha zastoupena v takové míře jako mentální anorexie a bulimie.

Název ortorexie poprvé použil americký lékař **Steven Bratman** ve své knize *Healthfood Junkies*, v překladu znamenající „Závisláci na zdravém jídle“. Steven Bratman se sám zabýval zdravou výživou a také založil skupinu lidí, kteří měli zájem o zdravou výživu. Po čase ale zjistil, že přílišné zabývání se jídlem vede k extrémním změnám ve

<sup>20</sup> <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>21</sup> <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [online] [cit. 7. 2. 2015]

stravovacích návycích a také zanechává negativní následky jak na tělesném zdraví, tak i na lidské psychice, a proto tuto komunitu sám rozpustil.<sup>22</sup>

Ortorektici jsou radikálními odpůrci používání umělých hnojiv, chemických konzervantů a barviv, geneticky upravovaných potravin a orientují se pouze na biopotraviny. Pro nemocné se nezdravé potraviny „mění v jedy“. K těmto poruchám mají velmi blízko také ortodoxní vyznavači alternativních výživových směrů jako je např. veganství, frutariánství, makrobiotika či výživa dle krevních skupin.<sup>23</sup>

Primární motivací těchto jedinců je být zdravý, ale k rozvoji této choroby mohou vést i jiné další příčiny. Patologické mohou být například nutkavá touha mít vše pod kontrolou, touha po dokonalé štíhlosti, únik před strachem, zvýšení vlastního sebevědomí a sebeúcty, využívání jídla k utváření vlastní identity, či hledání určité spirituality prostřednictvím jídla a stravování.<sup>24</sup>

Závěrem této podkapitoly si položíme otázku: Jak můžeme poznat toho, kdo skutečně podlehl ortorexii? Co je ještě normální a co je již patologické? Jak poznat hranici, kde končí zdravý rozum a kde začínají přehnané zásady? Obecně můžeme konstatovat, že ortorexií trpí ti, co věnují většinu svého času zdravému stravování, mají výčitky a cítí se vinni, pokud poruší své stravovací zásady a také pokud jejich postoj ke zdravé výživě slouží jako nástroj k překonávání svých osobních problémů. Mezi další faktory lze přiřadit i zhoršení vztahů s okolím kvůli jídlu, stranění se jinak stravujících lidí či deficity živin a problémy z nich plynoucí jako je např. podváha, ztráta menstruace, libida, snížení imunity, kazivost chrupu, stárnutí pokožky, svalové křeče, střevní problémy, deprese atd.<sup>25</sup> Pro diagnostiku této poruchy se používají dva testy, a to konkrétně tzv. **Bratmanův test** tvořený deseti otázkami a dále rozšířená verze Bratmanova testu – tvořena již 15

---

<sup>22</sup> <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>23</sup> <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>24</sup> <http://www.vyziwaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [online] [cit. 7. 2. 2015].

<sup>25</sup> <http://blog.kaloricketabulky.cz/2014/10/cecilie-jilkova-jak-poznat-ze-mam-orthorexii/> [online] [cit. 7. 2. 2015].

otázky – Dotazník: **ORTO – 15**.<sup>26</sup> Názorná ukázka Bratmanova testu je uvedena v příloze této práce.

Nebezpečí ortorexie představuje převážně možnost postupné přeměny v anorexii či bulimii. Počáteční původní dobrá myšlenka začít jíst zdravě a orientovat se na zdravou stravu se pak dostává do patologických rozměrů a zájem o vše zdravé se mění v extrémní posedlost. Ortorexie často předchází anorexii či bulimii anebo naopak tyto nemoci mohou vést k ortorexii, proto dle odborníků nelze tyto poruchy striktně kategorizovat, protože se mohou vyskytovat současně či přecházet jedna v druhou.<sup>27</sup> Někteří jedinci trpící touto chorobou jsou velmi podobní anorektikům, protože jsou velmi štíhlí. Zároveň často trpí nedostatkem vápníku, železa, vitamínu B12 či dalších prvků a proto někdy tento příliš „zdravý způsob stravování“ může způsobovat např. i osteoporózu.<sup>28</sup>

### 3.5.2 BIGOREXIE

Bigorexie patří mezi další nové poruchy příjmu potravy a někdy bývá označována též jako varianta **dysmorfobie** či **Adonisův komplex**. A co si tedy pod touto poruchou můžeme představit? Dysmorfobie je obsedantně kompulsivní porucha, projevující se chorobným strachem z vlastní škaredosti a nadměrným zaobíráním se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby. Jedná se o druh úzkostné chronické poruchy.<sup>29</sup> Adonisův komplex je v podstatě obrácená anorexie, neboli také bývá označována pojmy, jako jest: **vigorexie** či **svalová dysmorfická porucha**. Jedná se tedy o duševní nemoc, která vychází ze **syndromu malosti**. Hlavním příznakem této choroby je chorobná závislost na cvičení a proto se často vyskytuje převážně u mužů a často postihuje kulturisty.<sup>30</sup>

Za zmínku související s touto chorobou určitě stojí závislost na cvičení přinášející jedincům kontrolu nad vlastním tělem i nad vlastním životem, která je doprovázena obdivem okolí. Stejně jako u ostatních závislostí jako např. na alkoholu či drogách se tato

<sup>26</sup> <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>27</sup> <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>28</sup> <http://blog.kaloricketabulky.cz/2014/10/cecilie-jilkova-jak-poznat-ze-mam-orthorexiu/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>29</sup> <http://www.modrykonik.cz/obsedantne-kompulzivni-porucha/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>30</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Muskulární\\_dysmorfie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Muskulární_dysmorfie) [online] [cit. 7. 2. 2015]

touha projevuje zvyšováním dávek k dosažení stejného účinku, a proto tito jedinci své tréninky prodlužují a podřizují své zálibě celý svůj denní režim ať už ve formě cvičení či nákupu různých suplementů, kdy jejich závislosti snadno zneužívají prodejci anabolických steroidů či jiných potravinových doplňků.<sup>31</sup>

Bigorexie úzce souvisí s narušeným vnímáním vlastního těla a jedinci si připadají slabí s nedostatečnými tělesnými proporcemi a velice se trápí pro svůj vysněný vzhled dle inspirací z kulturistických časopisů či akčních filmů. Bývají často závislí na posilování, dále také užívají bílkovinné potravinové doplňky, anabolické steroidy a další doplňkové preparáty pro podporu růstu svalové hmoty a k ovlivnění metabolismu.<sup>32</sup>

K hlavním rizikům, která jsou spojena s bigorexií patří tzv. **overuse syndrom** neboli poškození hybného systému jeho dlouhodobým přetěžováním. Nutné je podotknout, že nedochází pouze k poruše pohybového aparátu, ale jsou přetěžovány i další orgány jako celý trávicí systém, ale i ledviny a játra v důsledku nevyvážené stravy a nadměrným užíváním ergogenických prostředků v podobě suplementů obsahujících velké množství bílkovin a aminokyselin. Dalším rizikem je také nadměrná hmotnost, ke které se bigorektici záměrně dopracovávají svým vysokým příjmem energie. Neopomenutelným následkem je i riziko pro duševní zdraví, které se projevuje sociální izolací, protože jedinci často tráví veškerý svůj volný čas cvičením a pobytem v posilovně a nemohou se dostatečně věnovat jiným aktivitám a tak ztrácí kontakty s ostatními lidmi mimo přátele z posiloven. Psychické problémy mohou také nastat kvůli nedostatku financí, jelikož vstupy do fitness center, kulturistická strava a potravinové doplňky jsou poměrně finančně náročné.<sup>33</sup>

### 3.5.3 DRUNKOREXIE

Co si můžeme pod tímto pojmem představit? Tento termín vychází z kombinace 2 anglických slov tj. **drunkenness**, představující opilství a **anorexia**, pro niž je charakteristické záměrné hladovění. Jistě je alarmující fakt, že se jedná v podstatě o kombinaci 2 poruch, což je velmi rizikové. Jedná se o patologickou formu chování, která

<sup>31</sup><http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>32</sup><http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>33</sup><http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

úzce souvisí s poruchami příjmu potravy, ale zejména s nárazovým používáním alkoholu. Tato choroba se vyznačuje omezováním příjmu potravy z důvodu ušetření kalorií na konzumaci alkoholických nápojů. Jak si tedy můžeme představit chování tzv. drunkorektika? Jeden krajní případ je, že přes den nejí a jen hladoví, aby večer mohl pít kalorický alkohol, anebo v druhém případě, se po konzumaci alkoholu úmyslně vyzvrací či praktikuje obě již zmíněné varianty. Tento problém se hlavně rozšiřuje mezi mladými lidmi a to převážně mezi vysokoškolskými studenty.<sup>34</sup>

Podle některých studií provedených v USA se dokonce zjistilo, že 30% mladých lidí ve věku 18-24 let vynechává jídlo, aby mohli vypít více alkoholu. Tato porucha se vyskytuje především u žen a převážná většina z nich sleduje kalorie nejen v jídle, ale i v jejich oblíbeném alkoholu. 25% žen snižuje příjem svých kalorií před plánovaným pitím alkoholu, zatímco u opačného pohlaví, tento sklon k drunkorexii potvrdilo pouze 11% mužů. Velké nebezpečí spočívá v tom, že u mladších žen se závislost na alkoholu rozvíjí rychleji, protože se u nich alkohol jinak vstřebává a zároveň u nich může dojít k snadnějšímu onemocnění či poruše životně důležitých orgánů.<sup>35</sup>

Mezi charakteristické znaky můžeme také zařadit cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce. Tato posedlost je jistě i zapříčiněna faktem, že alkohol je velmi kalorický a tito jedinci mají strach z přibývání na váze či nejsou spokojeni se svým vlastním tělem. Za další velká rizika jsou považovány např. vznik závislosti na alkoholu, protože bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji a účinky jsou mnohem silnější a nebezpečnější. Další nebezpečí spočívá též v míchání alkoholu s energetickými nápoji, protože při této kombinaci dochází ke zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, dále se i snižuje schopnost vnímat únavu, a proto někdy dochází ke kolapsu či hrozí i nečekaná smrt.<sup>36</sup>

A jak ohrožuje drunkorexie psychiku? Většina jedinců trpí úzkostmi při neustálé kontrole svých porcí, zároveň jsou též často nespokojeni, trpí depresemi po prohýřených nocích a z množství vypitého alkoholu či snědeného jídla, dále obtížně ovládají své emoce a jsou tak podrážděni z hladu či rychlé opilosti na lačno. Často si také

<sup>34</sup> <http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>35</sup> <http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>36</sup> <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2.]

dělají zbytečné starosti a mají problémy se zvládním stresu. V těchto případech proto často dochází k pocitům osamělosti, odcizení a izolace.<sup>37</sup>

Závěrem této podkapitoly můžeme dodat, že se jedná o velmi nebezpečnou poruchu *s kombinací prázdných kalorií s nulovou výživovou hodnotou a rizikové chování, které doprovází opilost*. Tyto nezdravé návyky mají vliv na dlouhodobé zdraví kvůli nedostatečné výživě a konzumaci vysokých dávek alkoholu, které vedou nejen k podvyživenosti, poškození orgánů a závislosti, ale i k poruchám koncentrace, učení a rozhodování.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

<sup>38</sup> <http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/> [online] [cit. 7. 2. 2015]

## 4 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Historie zaznamenaných poruch příjmů potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, různých protestních činů či reakcí na špatné životní podmínky. Mezi nejrůznější formy narušeného příjmu potravy se řadí např. **ruminace**<sup>39</sup> a **pica**<sup>40</sup>. V tomto ohledu je také si připomenout představu „kypré“ ženy z doby kamenné, která už tenkrát asi trpěla obezitou. V současné době patří mezi nejzávažnější poruchy příjmu potravy mentální anorexie a mentální bulimie a právě proto se zaměříme konkrétně na jejich historii. Informace, týkající se této problematiky, jsou získány převážně z těchto zdrojů: (Krch a kol., 2005, s. 27-33), (Papežová, 2010, s. 20-23)

### 4.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Anorexie není považována za současnou civilizační chorobu, protože jsou o ni vedeny záznamy už z doby lékaře **Galéna** ve 2. století, kdy popisuje příznaky mentální anorexie a používal právě tento termín jako absenci chuti či odpor k jídlu. Galén se přikláněl k názoru, že tento stav může být způsoben špatnými tělesnými tekutinami. Tento původní názor v historii přetrvával až do 19. století, protože anorexie nebyla považována za psychickou poruchu, ale naopak somatickou. Ale již dříve, konkrétně v 5. století před naším letopočtem, se setkáváme s podobným pojmem „asitia“ u nejslavnějšího lékaře starověku a zakladatele racionálního lékařství **Hippokrata**, který obdobně charakterizoval odmítání potravy.

První informace o této nemoci lze nalézt v historických lékařských záznamech z roku 895, kdy nevolnice Friderada začala držet přísný půst, jelikož se jí znechutilo jídlo po zvracení způsobené přejedením. (Papežová, 2000, s. 12). Touto chorobou pravděpodobně mohla i trpět princezna **Margareta Maďarská** (1045-1093), která byla extrémně hubená, avšak tento poznatek není spolehlivě ověřen.

Odmítání jídla z kteréhokoliv důvodu není v historii považováno za nějaký výjimečný jev. Extrémní dodržování půstu bylo součástí asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. Přehnaný půst se vyskytuje velmi často v období středověku u hluboce věřících žen. První zmínka o dobrovolné smrti hladem pochází ze 14. století, kdy se projevila u Sv.

<sup>39</sup> Ruminace = vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání.

<sup>40</sup> Pica = touha po bizarních jídlech nebo látkách, které nejsou vhodné ke konzumaci.



**Kateřiny Sienské** (1347-1380)<sup>41</sup>. Tato významná italská řeholnice již v dětství žila v asketickém odříkání a převážně se živila vodou a léčivými bylinkami a čerstvou zeleninou. *Snědla-li více, spolykala kořínky, které ji vyvolaly zvracení.* (Papežová, 2010, s. 20). Poslední léta svého života se údajně živila pouze eucharistií, protože její žaludek byl díky půstům natolik smrštěný, že nedokázal přijmout jinou potravu. Její tělesný stav se zhoršoval a velmi často churavěla a trpěla bolestmi.

Tato nemoc se v minulosti netýkala pouze silně věřících dívek, v literatuře je možné objevit i tzv. „ zázračné panny “, tedy postící se mladé dívky, které přijímají minimální množství potravy nebo nejedí vůbec, přesto budily u okolí obdobnou pozornost, a tak se za nimi vydávali poutníci, vysocí hodnostáři či dokonce králové. Právě tyto případy byly předmětem diskuse, a tak se od lékařů očekávalo vyjádření, zda se jedná o podvod či zázrak. Někteří lékaři se přikláněli k názoru, že abstinence potravy je zázrak s božím přičiněním a proto používali název „anorexia mirabilis“. Později, v důsledku modernizace a racionalizace společnosti související s probíhající sekularizací, se vyskytují nové teorie, např. jedna z nejoblíbenějších byla založena na představě, že hladovějící dívky mohou žít z tzv. „ výživných částic“ obsažených ve vzduchu. (Krch a kol., 2005, s. 28)

Mezi významné osobnosti zkoumající MA je třeba zmínit anglického lékaře **Richarda Mortona**, který ve svém díle „Phthisiologia“ z roku 1969, popisuje tzv. nervové opotřebení. Nervové opotřebení, tzv. nervové úbytky je v podstatě devastací a skomíráním způsobené fyzickými a zároveň emocionálními příčinami. Na základě popisu dcery pana Duka, která měla problémy s jídlem, vyhublostí, ztrátou menstruace a nižší tělesnou teplotou a opakované záchvaty mdloby, je Richard Morton považován ve světové literatuře „ *prvním portrétistou mentální anorexie*“ (Krch a kol., 2005, s. 29). Morton se snažil objevit možnou fyzickou příčinu, ale bohužel ji neobjevil. Snažil se tuto dívku léčit, ale dívka odmítala a později zemřela. Ačkoliv tento případ byl popsán v jeho knize, tak toto dílo bylo na chvíli poněkud pozapomenuto, a proto další případy MA pocházejí až z druhé poloviny 19. století.

Ve Francii v 19. století, představil francouzský fyziolog **Fleury Imbert**, ve svém pojednání o ženských chorobách, nové termíny týkající se anorexie. Jednalo se o tzv.

<sup>41</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kateřina\\_Sienschká](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kateřina_Sienschká) [online] [cit. 7. 12. 2015]

gastrickou anorexií, která byla spojována s poruchou trávení. Druhým typem byla nervová anorexie, kterou vystihuje odmítání jídla, kdy mozek nevysílá signál pro chuť k jídlu, a proto pak pacienti odmítají jíst. (Papežová, 2010, s. 20)

Za zmínku stojí jistě i další osobnost **Williama Stouta Chipleyho**, působícího v ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, který popsal tzv. **sitiomanií**<sup>42</sup>. Dále také zdokumentoval i jiný typ odmítání jídla, konkrétně u mladých dívek „pocházejících z vyšších kruhů společnosti“, snažících se upoutat pozornost ze strany svého okolí. (Krch a kol., 2005, s. 29)

**Louis-Victor Marce** patří mezi další lékaře zabývajících se anorexií, kdy konkrétně sledoval několik pubertálních dívek s nechutí k jídlu nebo bolestivým trávením. *Všechny pokusy o změnu jejich jídelního režimu „se potýkaly s důmyslnými lstmi a nezdolným odporem“*. (Krch a kol., 2005, s. 30). Bohužel v té době jeho pozorování nezaznamenala prakticky žádnou odezvu.

Důležitým datem ve vývoji mentální anorexie je rok 1873, kdy popsali anorexií 2 významné osobnosti a to konkrétně: pařížský klinický lékař **Ernest-Charles Lasègue**, publikující článek o „anorexia hystérique“ a londýnský lékař sir **William Withey Gull** se svou přednáškou o stejném názvu. O rok později, byla jeho přednáška publikovaná s termínem „anorexia nervosa“ (AN). Oba lékaři se přikláněli k názoru, že se jedná o psychogenní chorobu, která se vyskytuje převážně u dívek a mladých žen a definovali tyto příznaky a charakteristické znaky choroby: velký hmotností úbytek, nedostavení menstruace, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické patologie. Tato kritéria byla tehdy přijata lékařskou komunitou a dodnes platí její definice. Přestože je tato choroba přesně popsána výraznými lékařskými odborníky, tak anorexie nadále zůstává v pozadí zájmu společnosti a to především v USA, Německu a Itálii. (Krch a kol., 2005, s. 31)

V roce 1914 **Morris Simmonds** objevuje u vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a proto MA bývá po určitou dobu spojována se „Simmondsovou chorobou“, ale přibližně za dvě desetiletí byla tato hypotéza odmítnuta. Později, ve 40. letech 20. století, byla zásluhou psychoanalýzy a psychosomatické medicíny MA znovuobjevena jako

<sup>42</sup> Sitiomanie byla obvykle označována jako sitiofobie = chorobné nechutenství

duševní porucha a proto se stává předmětem psychiatrie. Od 60. let získává mentální anorexie pověst „moderní a záhadné choroby“, díky publikacím **Hildy Bruch** a **Mary Selvini Palazzoli**, které doplňují další 2 podstatné rysy k diagnostice MA a tj.: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušení vnímání obrazu vlastního těla. (Krch a kol., 2005, s. 31)

První zmínky o této poruše nacházíme v české odborné literatuře od autorů Vratislava Jonáše a Otakara Janoty. (Papežová, 2000, s. 16)

Známou osobností z historie, trpící anorexií, byla v 19. Století císařovna **Alžběta Bavorská – Sissi**, která se šněrovala do korzetů, držela drastické diety, byla v neustálém pohybu a obecně je o ní známo, že nikde ve svých komnatách neměla židli či křeslo...Při výšce 172 cm vážila pouhých 45 kg, svoji váhu si kontrolovala 3x denně a nechávala si denně měřit pas, stehna a lýtka, spávala ve vlhkých zábalech na bocích, aby si udržela štíhlý pas<sup>43</sup>. Stejně tak v 60. letech 20. století módní návrháře upoutala britská hubená modelka **Twiggy**, která byla v roce 1967 vyobrazena na titulní straně časopisu Vogue.<sup>44</sup> A jaká je situace v dnešní době? Již v předchozích kapitolách toto téma bylo naznačeno. Mentální anorexií trpí řada „vychrtlých modelek“ jako např. Miss Sympatie 2004 Pavla Sudová a mnoho dalších. Některé modelky, konkrétně **Isabelle Caro**, která se snažila šířit osvětu a pomáhat ostatním v boji proti anorexii, nakonec této nemoci stejně podlehla a stála ji život. Právě od modelek se mnohdy očekává nekompromisně takový typ postavy a módní průmysl a extrémně hubené dívky pak zase dávají „inspirativní příklad“ budoucím pacientkám s diagnosou PPP. Jde tedy o to, zmíněný začarovaný kruh přetnout.

## 4.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE

Dějiny přejídání obdobně jako historie odmítání jídla můžeme nalézt od nepaměti. Již v době antického Říma se konzumovalo ve vyšších vrstvách společnosti v nadměrném množství, a proto není divu, že římský filosof **Seneka** zmiňuje dobový postoj k jídlu, tzv. „obžerství“ ve svém citátu: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“ (Papežová, 2010, s. 22). Tentýž Seneka už před více než 2000 lety nás již tehdy marně nabádal k „uměřenosti“, když se v Listech Lucilioví (šedesátý list) ptá: „...*Jak dlouho ještě*

<sup>43</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Alžběta\\_Bavorská](http://cs.wikipedia.org/wiki/Alžběta_Bavorská) [online] [cit. 25-11-2014]

<sup>44</sup> <http://www.hubnuti4you.cz/117-historie-ppp.html> [online] [cit. 25-11-2014]

*bude množství lodí, a nejen z jediného moře, svážen jídla pro jedinou hostinu? Několik jiter louky nasytí býka, jediný les postačí mnoha slonům, jenom člověk se honí za potravou po veškeré zemi a všech mořích. Cožpak nám dala příroda při skrovných rozměrech těla, tak nenasytné tělo, že hltavostí překonáváme i nejobrovitější a nejžravější zvířata? ...“*

(Seneca, 1987, str. 89)

Pojem mentální bulimie je poměrně nový, přesto již v medicíně byla známá tato abnormalita pod jinými názvy, jako je: „**kynorexia**“ nebo „**fames canina**“, představující tzv. psí hlad. Projevy této choroby jsou podobné bulimii, protože označují nenasytnou žravost a následné zvracení. (Krch a kol., 2005, s. 32)

Pod pojmem bulimos, byl dle filosofa a historika **Plutarcha**, označován zlý démon a představoval symbol nadměrného hladu. Pro vysvětlení slova je dobré si uvědomit, že výraz pochází z řeckých slov bous, znamenající vůl a limos, představující hlad. *Má tím být označován tak velký hlad, že by člověk snědl až vola.* (Papežová, 2010, s. 23). V minulosti byly pod tímto pojmem také označovány stavy slabosti a mdloby způsobené hladověním. Postupem času se pojem bulimie začíná spojovat i s některými emocionálními faktory, převážně se sklíčeností. Také je nutné doplnit, že ještě ve 20. století, v zemích jako je Německo a Francie, byla bulimie považovaná za gastrointestinální poruchu. (Papežová, 2010, s. 23)

V roce 1944 uvádí švýcarský psychiatr **Ludwig Binswanger** asi nejlépe popsanou kazuistiku Ellen Westové a jejího neustálého boje se štíhlostí. (Krch a kol., 2005, s. 33). Dalším důležitým momentem v historii MB je rok 1979, kdy britský psychiatr **Gerald Russel** poprvé použil termín „bulimia nervosa“ (BN), kterou popisuje následovně: *„silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí“*. Následkem je pak zvracení nebo zneužívání pročišťujících prostředků. Podle výše uvedeného psychiatra trpěly touto poruchou ženy s normální tělesnou hmotností. (Papežová, 2010, s. 23)

Závěrem této kapitoly můžeme říci, že poruchy příjmu potravy byly, jsou a budou, a záleží jen na nás, v jaké míře se budou vyskytovat, a proto je nezbytná prevence a současně i naléhavá potřeba si uvědomit, že se nejedná o neškodný dětský rozmar, ale o závažné psychické onemocnění.

## 5 PRŮBĚH, SYMPTOMY A PROGNÓZA

### 5.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Průběh poruchy je velmi různorodý. MA postihuje nejzávažněji především dívky, ale v menší míře i chlapce, a to v obou případech ve značné části ve věku 13 až 20 let. Anorexie se ale netýká výhradně mladých lidí, ale v některých případech se může vyskytnout i v raném dětství, stejně tak se můžeme setkat s tímto onemocněním i po čtyřicátém roce věku. (Krch a kol., 2005, s. 22).

A jaké jsou počátky tohoto onemocnění? Odpověď na tuto otázku se dá také částečně přirovnat k „cestování autostopem“, kdy se může stát, že se najednou ocitnete na místě, kde jste ani původně neplánovali být...*Pak je těžké přijít na to, jak se vrátit domů, bez toho, aniž byste pochopili, kde jste teď, a jak jste se tam dostali.* (Middleton 2013, s. 9)

Podle Papežové, chování patientek s MA tvoří 5 stádií, ale ne všechny dívky projdou všemi níže uvedenými fázemi. Jedná se tedy o tato stádia:

1. **Fáze popření** tvoří počáteční stádium této nemoci, pacientky nevěří, že mají nějaký problém, považují tento stav za naprosto v pořádku a ani nechtějí nic změnit.
2. **Fáze úvahy**, při které se pacientka začíná více pozorovat a rozjímat nad jejím stavem a problémy, sleduje obtíže spojené s jídlem, připouští, že je třeba změna, ale je nerozhodná a není aktivní ke změně.
3. **Fáze přípravy** charakterizuje již stav pacientky, že si přeje pomoc, ale zároveň se cítí nejistá se změnou jídelního chování.
4. **Fáze akce** představuje již rozhodnutí pacientky pro změnu, kdy se snaží také modifikovat svou kontrolu nad jídlem.
5. **Fáze udržení** souvisí se systematickou prací na uzdravení a s vyhnutím se návratu k onemocnění. (Papežová, 2000, s. 21-22)

Za nebezpečí nemoci se považuje zejména to, že v počátku není jasně identifikovatelná. Na počátku onemocnění dívka vypadá a cítí se poměrně dobře, ráda cvičí, zkrátka udržuje dobrý životní styl a tak ne každého napadne, že už je vlastně

nemocná. Můžeme tedy počátky onemocnění PPP chápat od data, kdy se začíná myšlenka na jídlo či jeho odmítání, (a na otázky s tím spojené), vymkat u dotyčného člověka výrazně a neovladatelně z běžných hranic uvažování a z míry běžných hodnot a priorit. Jakmile se počíná zmocňovat postupně celé psychiky, kterou si začíná podřizovat a přizpůsobovat, tak to je již nemoc v plném rozběhu svého vývoje.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, jak u nás ze strany sestry Jany doma neustále zaznívalo: „ *Mně se to líbí a vůbec já se cítím dobře, protože jim zdravě, tak mě nechte být!* “. Na první pohled bych uvedla právě tyto níže uvedené markantní změny, které jsem postřehla a které jsou též jakýmsi indikátory k rozpoznání mentální anorexie. Jedná se především o tato fakta, která jsou popsána v následujících odstavcích.

Docházelo ke změnám jídelníčku s absolutním omezením tuků a sladkostí. Například nejoblíbenějším jídlem se stal salát, který byl pouze vlastnoručně připravený, jelikož nedůvěřovala ani vlastní matce, a proto si sama připravovala svoje „ zdravá jídla “. Také často dlouho kousala jablko, které se stalo hlavní součástí jejího jídelníčku. Zároveň nepřipadalo v úvahu jíst společně připravené jídlo. Jedla velmi pomalu a v jídle se neustále „nimrala“, často trvala na tom, že si musí jídlo vychutnat. Později jsem se dozvěděla, že se např. zabývala počítáním, jak dlouho přežvykuje jedno sousto. Stejně tak i nosila neustále „ svoji “ láhev s vodou a proto při návštěvě u nás si nedala ani vodu z kohoutku. Dle informací od přítele se každé ráno neustále vážila, postávala před zrcadlem a fotila se. S její rostoucí podvýživou přicházela únava, apatie a vyčerpání organismu, a proto neměla vůbec zájem o koníčky a z práce šla domů spát, jelikož byla unavená. V noci, ale spát nemohla, protože měla hlad, ale nemohla se najíst, protože dle svého vnitřního rozhodnutí „ mohla jíst až ráno “. Byla a stále je perfekcionista, vše muselo a musí být čisté. Neustále si myje ruce a je posedlá úklidem a sterilní čistotou. Zároveň byla hodně podrážděná a přecitlivělá s častými výkyvy nálad a tak si i svoji agresi vybíjela na svém partnerovi a rodině a zároveň obviňovala i samotného partnera, že je tlustý, proto mu nechtěla a ani nemohla vařit. Vyhýbala se rodině a kamarádům, uzavřela se do sebe, projevovala se jako emočně nestabilní, často se cítila nešťastná, psala suicidní textové zprávy a v krizové fázi při intenzivním nátlaku rodiny upadla do zoufalství a s pláčem reagovala: „ *Vždyť já přeci nejsem blázen, tak nemůžu jít na psychiatrii* “.

Výše postřehnutá fakta bych ráda doplnila poznatky od **Františka Davida Krcha**, který navíc ve své publikaci (Krch, 2002, s. 27, 28) uvádí, že anorektičky mění jídelní režim, a důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla aniž by bylo viditelné, že je skutečně snědla. Zároveň přibývají výmluvy a podvody týkající se jídla. Anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo že nemají čas a večer jsou většinou již po večeři. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ svoje rodiče. Pacientky trpící touto chorobou často žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří a také se jim mění jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí, jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace. Zároveň se vyhýbají jídlu ve společnosti, přecitlivě reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo mlaská. Anorektičky často mluví o jídle nebo se naopak této tématice vyhýbají. Jsou často v pohybu, neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“, zpotit se, protože často trpí zimomřivostí a hlavně chtějí zhubnout. Svoje vyzáblé tělo zahalují do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu. Mezi další příznaky lze považovat i například snížená schopnost soustředit se na učení. (Krch, 2002, s. 27, 28)

Tuto nemoc provázejí různé somatické obtíže, které již byly zmíněny v předchozích kapitolách. Zdravotní a případné pracovní problémy patří mezi první důvody k zahájení nezbytné léčby. Podle uváděných studií se při léčbě v průběhu 5 – 10 let přibližně 50% všech nemocných s PPP uzdraví, 30% zlepši ovšem s některým přetrvávajícími znaky a u 20% je možné přetrvání či prohloubení příznaků. (Krch, 2005, s. 23)

Také často dochází k přechodu z jedné nemoci do druhé. Horší prognóza je u pacientů s nižší minimální váhou, výraznými výkyvy váhy, častějším zvracením, sebepoškozováním a zneužíváním návykových látek. (Praško, Látalová, 2013, s. 686).

Dle názorů Alice Vondrové, patří anorexie společně s bulimií mezi závažná onemocnění, protože mají největší úmrtnost ze všech psychiatrických onemocnění a nejkratší délku života.<sup>45</sup> Obdobný názor zastává i František David Krch, který uvádí, že mentální anorexie patří mezi nejletálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2 až 8%. Při

---

<sup>45</sup> Bulimie, rodná sestra mentální anorexie, magazín Právo 7. 1. 2014

porovnání s ostatními duševními poruchami je v průměru třikrát vyšší. (Krcha kol., 2005, s. 23).

Zkreslené vnímání společně s negativním hodnocením svého těla tvoří součást psychopatologie PPP. Konkrétně se jedná o poruchu vnímání a interpretaci tělesných signálů, projevujících se např. nepřítomností pocitů únavy, hladu a sytosti a necitlivostí k bolestivým podnětům. (Papežová, 2010, s. 359)

K této problematice lze považovat za přínosné i vyjádření pacientky, která anorexií trpěla a retrospektivně vypovídá o tom, jak vnímala sama sebe. Dále jsou tedy uvedeny úryvky z její doslovné citace, které záměrně nejsou nikterak upraveny: <sup>46</sup> „ ... při onemocnění MA mají pacientky vnímání dosti zkreslené, protože nevidí to, co ostatní, nejsou samy k sobě objektivní, a právě proto jeho okolí může být naprosto překvapené, když vidí úplně něco jiného...Člověk sám sebe vnímá subjektivně, a otázkou zůstává, jestli se to dá nějak objektivně změřit. Mezi objektivní parametry tloušťky postavy se řadí BMI<sup>47</sup>, který je ovšem nevypovídající, a žádná anorektička Vám nebude věřit, že má normální BMI. BMI má rozptyl od 18-25, ale nebere v úvahu, kolik máte svalů, tuků, protože například svaly jsou mnohem těžší než tuk. Dále sem patří míry. Dle dnešního ideálu modelek se pohybují takto 88-58-88, což je méně než dříve, kdy se za ideál považovalo: 90-60-90. V dnešní době má hodně modelek podle BMI podváhu. Co je tedy ideál? Říká se, že by měl být rozdíl mezi pasem a hrudníkem 30 cm. Většina lidí co má PPP se cítí zmatená, protože vlastně neví, čeho chtějí dosáhnout a co je ideál, a proto, když neví, co je správné, tak je cílem anorektiků „ mít co nejmíň “, a tak hubnou, je jim úplně jedno jestli budou vážit 50, 40 kilo nebo na to umřou. Jejich ideálem je mít co nejnižší váhu, snažit se zhubnout, dokud to vůbec půjde, a to je právě ta zásadní chyba, protože člověk nikdy nebude dost dobrý. Já sama jsem se potýkala s váhou do minus 23 kilo a za tu dobu JSEM SE VIDĚLA V ZRCADLE ÚPLNĚ STEJNÁ... A právě toto, je na tom to nejšílenější. Zpětně tu změnu samozřejmě vidím, ale tehdy jsem si připadala pořád úplně stejná. Je naivní, že v zrcadle to můžete objektivizovat. Jak člověk vnímá sám sebe je velice zkreslený, protože

<sup>46</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=3s7nzVJakFM> [online] [1. 12. 2014]

<sup>47</sup> BMI = číslo používané jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity, umožňující statistické porovnávání tělesné hmotnosti lidí s různou výškou. Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky:



*v zrcadle vůbec nevidí to, jak se situace má. Je to šílené, a spousta lidí, co už mají teď normální váhu, tak na fotkách vidí, jak byli hubení...VIDÍ TO, ALE ZPĚTNĚ...“*

Závěrem bych ráda zmínila **faktory, které mohou předznamenat špatnou prognózu nemoci MA** a tj. především dlouhé trvání nemoci, nízká minimální hmotnost, premorbidní osobnost, předcházející léčba a narušené vztahy s rodinou. (Krch a kol., 2005, s. 25). Zde je nutné si uvědomit, že z hlediska vyléčení jsou důležité nejen vztahy s rodinou, ale i s přáteli, jelikož i na vzniku nemoci se často podílejí právě vztahy, ať už rodinné, partnerské či přátelské, a proto kvalitní vztahy mohou rychleji pomoci se vypořádat s touto nemocí.

Odborník na PPP - František David Krch ve svém videu Šance dětem zaměřeném na prevenci poruch příjmu potravy například uvádí, že zhruba po 6-12 letech od skončení léčby MA je většina – téměř 2/3 pacientů víceméně normální, ale co se týče jejich postojů ke svému tělu tak uvádí, že jsou pacienti zklamáni, což je ale normální, protože se vracejí do normy. Zároveň dodává, že PPP jsou o strachu z tloušťky a zvládnout PPP neznamená zbavit se strachu, protože ten je v životě důležitý, protože kdyby se člověk nebál, tak by se choval nerozumně.<sup>48</sup>

## 5.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Toto dlouhodobé onemocnění, trvající zhruba 10-15 let obvykle propuká zhruba mezi 16. a 25. rokem. Rozvoj této závažné nemoci bývá poměrně plynulý. Stejně jako MA se rozvíjí pomalu a nenápadně. Postupem času však choroba plynule graduje a vede k rozličným somatickým obtížím. (Krch a kol. 2005, s. 22-23). Tyto poruchy jsou obvyklé méně závažné než u MA. Pacienti trpící bulimií se nedovedou normálně najíst, většinou hladoví nebo se naopak přecpou většinou v tajnosti a mimo společnost. (Vágnerová, 2008, s. 477)

U záchvatů přejídání se vyskytuje různá frekvence. V některých případech dochází k extrémnímu přejídání, a proto množství sněženého jídla může být pro pacienty a jejich rodiny poměrně i drahá finanční záležitost. Dalším typickým jevem u bulimie je

<sup>48</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=U11UqjRfMGM> [online] [1. 12. 2014]

extrémnost, která se projevuje fází hladovění a fází přecpávání. Při záchvatech jsou spořádány veškeré druhy potravin od základních až po různé druhy sladkosti. Právě proto většina bulimiček není pyšná na své chování, a hodně často se stydí za následné projevy „zbavování se“ zkonsumované potravy. Lze tedy usuzovat, že díky vyprázdnění u nich nastává hlavně psychická úleva před strachem z obezity. (Vágnerová, 2008, s. 477) Epizody přejídání se objevují např. po neúspěšném pokusu zhubnout nebo mohou být vyprovokovány stresem. Mentální bulimii můžeme charakterizovat jako určitý typ závislosti na jídle, která vede až k posedlosti.<sup>49</sup>

Tato nemoc se může projevit v některých případech pouze jednou epizodou, ale většinou má chronický průběh. Prognóza onemocnění je spíše pesimistická, jelikož dle odborných studií se v průměru zcela vyléčí 30% nemocných, 20% zůstane těžce postižených, u většiny dochází k částečnému zlepšení a přibližně 5% končí smrtí. Většina nemocných se cítí osamělá a trpí pocity selhání, dokonce některé z nich nejsou schopny zvládnout partnerskou roli natož se vdát. (Vágnerová, 2008, s. 476) Z dlouhodobého hlediska má mentální bulimie příznivější průběh než mentální anorexie, protože nezpůsobuje tak vysokou úmrtnost, konkrétně dosahuje úmrtnost nejvíce 2%. Mezi nejčastější příčiny mortality patří vyhublost, sebevražda a v poslední době i alkoholismus (Krch a kol., 2005, s. 23). Dále dle výzkumů a statistik se můžeme též dozvědět, že samostatná MB má mnohem příznivější prognózu, než když je kombinovaná s MA. Většina pacientů trpící bulimií je více motivována k léčbě, právě díky snaze se zbavit problémů s přejídáním. (Vágnerová, 2008, s. 477)

Závěrem můžeme tedy konstatovat, že psychické choroby jsou svízelnou záležitostí na hodně dlouhou dobu a lze těžko odhadnout, do jaké doby lze člověka úplně vyléčit a v jakém časovém horizontu. Jedná se v podstatě o závislost na jídle, protože se jídlu podřizuje vše a člověk, který se sice z toho nejhoršího mnohdy vyléčí, tak stejně jako ostatní lidé, závislí například na alkoholu, musí do smrti odolávat svému vnitřnímu pokušení.

---

<sup>49</sup> <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/mentalni-bulimie> [online] [cit. 25-11-2014]

## 6 PŘÍČINY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ

Co stojí za pozadím této nemoci a jaké jsou její hlavní příčiny? Asi každého z nás napadají tyto myšlenky, když se díváme na nemocného a vyzáblého člověka. Právě proto se v následující kapitole zaměříme na popsání všech potencionálních příčin, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy. Tyto otázky si za jisté kladou jak sami pacienti, tak jejich rodina a samozřejmě se na ně snaží přijít i psychoterapeut, který pomáhá s léčbou. Jako hlavní příčiny vzniku nemoci většinou dívky nejčastěji uvádějí, že nejsou spokojeny sami se sebou, a to konkrétně s postavou, nebo mají pochybnosti, zda jsou pro druhé atraktivní a zajímavé. Současní odborníci se často přiklání k názorům, že se může jednat o jedince, kteří měli nadváhu a pak to s hubnutím „trošku přehnali“, někteří hubnou kvůli vrcholovému sportu, u dalších může být spouštěčem jakákoliv závažná situace, třeba rozvod či úmrtí v rodině. V neposlední řadě je zmíněna i šikana, která také může být další příčinou ke vzniku onemocnění.<sup>50</sup>

Přestože bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, tak dodnes není zcela jasná příčina, přesto se většina autorů přiklání k názoru, že na počátku je vždy dieta společně se snahou zhubnout. Jsou to právě redukční diety, které zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy až osmkrát. (Marádová, 2007, s. 16). A jaká je situace v České republice? V naší republice drží redukční dietu přibližně 20% dívek ve věku 16 let a přibližně 60% se o to již někdy pokoušelo. (Krch, 2002, s. 54)

Kromě výše zmiňovaných diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor, který by se vyskytoval u většiny nemocných. *Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivů různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.* V současné době většina autorů zdůrazňuje společný výskyt různých faktorů a hovoří o tzv. *bio-psychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.* (Krch a kol., 2005, s. 57)

Zajímavý pohled na to, jak porozumět příčinám anorexie a bulimie, objasňuje i autorka Peggy Claude-Pierre, která používá ve své publikaci pojem „**stav utvrzeného negativismu**“ (SUN), kterým se snaží vysvětlit původ poruch příjmu potravy. Jedná se o

<sup>50</sup> <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/> [online] [cit. 2. 12 2014]

jakýsi souhrn myšlenkových pochodů postihující osoby s PPP. Dle názorů této autorky *SUN předchází poruchám příjmu potravy a je základem této choroby*. Podle názorů této autorky pacienti s PPP mají dvě mysli a příznaky nemoci se začnou objevovat, pokud převládne tzv. negativní mysl, která se zpočátku projevuje jako pochybnost či nerozhodnost a sebekritika, ale přerůstá do podoby vnitřního kritického hlasu, který tyranizuje svou oběť, a proto pacienti trpí vnitřním konfliktem. (Claude-Pierre, 2001, s. 53,55,56)

Poruchy příjmu potravy jsou někdy též dávány do souvislosti s poruchami nálady a s emocionálními problémy. *Negativní sebehodnocení a pocity nedostatečnosti významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie*. (Krch, 2002, s. 55)

V následujících kapitolách se budeme věnovat podrobnému zkoumání možných příčin, proto je podstatné vymezit rizikové faktory vedoucí k rozvoji poruchy příjmu potravy. Obecně se jedná o vnitřní, ale i vnější příčiny a můžeme je rozdělit na: biologické faktory, osobnost – psychické a emocionální faktory, životní události, rodinné a genetické faktory, sociální a kulturní faktory, závislost na psychoaktivních látkách. (Krch a kol., 2005)

## 6.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Jedním z rizikových faktorů je samotné ženské pohlaví, protože MA je desetkrát vyšší u žen. Proč PPP trpí právě více ženy, než muži se snaží odpovědět následující kuriózní vysvětlení: *V ženských časopisech je desetkrát více reklam propagujících diety nebo desetkrát více článků o dietách než v časopisech pro muže*. A právě proto není divu, že Milkin, Wornian a Chrisler upozorňují, že *náplň většiny ženských časopisů se týká diet, cvičení a kosmetické chirurgie, zatímco časopisy pro muže se zaměřují většinou na zprávy ze světa, politiku, koníčky a sport*. Dalším zajímavým postřehem je i pozornost věnovaná obálkám, kdy došlo k tomuto zjištění: *Analýza obálek časopisu pro ženy ukázala, že se na 94% vyskytovala štíhlá atraktivní modelka nebo celebrita, kdežto pouze ve 3% byl na obálce muž. 28% mužských časopisů mělo na obálce mužského manekýna nebo celebritu, ovšem skoro na polovině obálek se objevily přitažlivé ženy, mladé a štíhlé*. (Novák, 2010, s. 61)

Samotné ženské pohlaví jako možnou příčinu vzniku PPP uvádí i F. D. Krch, který tvrdí, že ženy vždy upřednostňovaly krásu a zajímal je více tuk oproti mužům, kteří se

zaměřovali na svaly a sílu. Samozřejmě ženy všech ras a věkových skupin mají větší sklony k tloušťnutí než muži a v průběhu dospívání přibývají více na tělesném tuku než muži. Dále také dodává, že pro ženy je vzhled mnohem důležitější než pro muže a ženy mají nižší sebehodnocení, co se týče vzhledu. (Krch, 2002, s. 56)

Dále je třeba brát také v úvahu např. tělesnou hmotnost a fakt, že dle studií se zjistilo, že *ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a hýždích, vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy*. Zajímavý pohled přináší i studie některých autorů, která tvrdí, že nepravidelnost menstruačního cyklu může předcházet počátku MA. K biologickým faktorům bezpochyby patří také puberta, ale ta již byla zmíněna a podrobně popsána v kapitole PPP v období dospívání. (Krch a kol., 2005, s. 61-64)

## 6.2 OSOBNOST – PSYCHICKÉ A EMOCIONÁLNÍ FAKTORY

Podle některých autorů představu typické anorektičky naplňuje dívka, která se koncentruje na úspěch, dodržuje společenské normy, uznává rodičovské hodnoty, ale zároveň postrádá fantazii a vynalézavost, trpí obavami z přizpůsobení se společnosti, obává se dospělosti, je zatížena negativním sebehodnocením a rovněž má nejasné vztahy a cíle. (Krch a kol., 2005, s. 71)

Další možné charakteristiky, stojící za zohlednění u MA, uvádí ve své publikaci i Marie Vágnerová, která popisuje dívky s touto poruchou jako bezproblémové. Většinou mívají dobrou inteligenci a jsou úspěšné ve škole. Také mají tendenci potlačovat svoje emoce, jako je např. úzkost, zároveň mají často sklon k racionalizaci, většinou je pro ně typická dysforická nálada. Často jsou podrážděné, nejsou schopny vnímat pohodu a také mají sklony k depresím. Jejich způsob uvažování je specifický, který se projevuje především ve vztahu k vlastnímu tělu, jehož hodnocení neodpovídá realitě. Tyto dívky často bývají sportovně zaměřené a jsou orientovány na výkon, který je velmi často podněcován rodiči., zároveň jsou také svědomité, zodpovědné a někdy až přehnaně perfekcionistické a mnohdy jsou též obsedantní. Nemají dostatečné sebevědomí odpovídající dosahovaným výsledkům, a proto jsou často nejisté a zvýšeně sebekritické. Neustále se kontrolují a snaží se sebevládat a sebeomezovat. Většinou se jedná o introvertní osobnosti s malým smyslem pro humor a vše hluboce citově prožívají, jsou senzitivnější a náchylné k běžným kritikám. (Vágnerová, 2008, s. 473)

Rizikové povahové rysy osobnosti, které jsou náchylné k tomuto onemocnění, zmiňuje, ve své publikaci i psychiatr a vedoucí jednotky pro léčbu PPP Hana Papežová, která mimo jiné uvádí, že pacientky potřebují pozornost a jsou perfekcionista, a proto se snaží vynikat a být dokonalé a tišit tím svoji sebekritičnost a nízké sebevědomí. Také se snaží mít situaci pod kontrolou a jejich emoce jsou nestálé a proměnlivé. Jejich kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi. Mezi další typické rysy patří také puritánství a asketismus, často sebe také trestají a to konkrétně za problém, se kterým si neví rady. Zároveň jsou méně citlivé na odměnu a více citlivé na potrestání. (Papežová, Hanusová, 2012, s. 15)

Novák zmiňuje též nízkou sebeúctu jako další faktor, který ovlivňuje dietní chování a tedy i PPP. Dívky s nízkou sebeúctou markantněji reagují na kritiku své osobnosti, jsou nestabilní v sebepercepci a mají častější výkyvy nálad, často sebe kritizují a trestají se. Dalším výrazným rysem je také sebenenávist, často také zakoušejí problémy v oblasti sociálního přizpůsobení a mají nedostatek sociální sebejistoty. (Novák, 2010, s. 20-21)

Claude-Pierre popisuje oběti PPP *jako tenké vrbové proutky, které se ohýbají vždy tím směrem, kam vane vítr*. Pacientky popisuje jako osobnosti, které nemají dostatečné či vůbec žádné sebevědomí a zároveň *žádnou osobnost a žádnou identitu, kromě té, kterou chtějí naplnit domnělá očekávání ostatních*. Pacienti se snaží být dokonalí hlavně kvůli svému okolí. (Claude-Pierre, 2001, s. 59-60)

U pacientek s PPP je poměrně častý výskyt depresivních a úzkostných příznaků. A proto nás v tomto kontextu jistě nepřekvapí, že *většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost*. U dívek trpících anorexií byly také postřehnuty i obsedantní příznaky a proto např. Stober a Katz došli k závěru, že, *depresivní rysy a afektivní porucha mohou hrát významnou roli jako predisponující faktor poruch příjmu potravy*. (Krch a kol., 2005, 70-71)

Někteří autoři považují za možnou příčinu MA také strach z dospělosti stejně jako bouřlivé prožívání fyziologických změn v období puberty a adolescence. Vzhledem k tomu, že některé dívky na tyto změny nejsou dostatečně připravené, tak si svoji váhu začnou kontrolovat cvičením a dietami. (Novák, 2010, s. 16)

### 6.3 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Mezi další možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy můžeme zařadit kritické životní události, které se často spojují s rozvojem těchto onemocnění, protože některé pacientky zažily různá zneužití, traumata, posměch, životní obtíže, stresující životní události, citovou deprivaci, emocionální zneužívání, hostilitu od ostatních, postižení sourozence, nežádoucí změny ve vztahu rodičů, ztrátu blízké osoby, nemoc, smrt blízké osoby či separaci od rodiny. (Novák, 2010, s. 17)

V literatuře o bulimii se můžeme také dozvědět, že *až dvě třetiny bulimiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí*. Jako nejčastěji uváděné příčiny nepatří pouze narážky na vzhled, ale i životní změny a problémy v rodině. (Krch, 2008, s. 49)

*Podle NICE bývá až 70% případů anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem závažná životní událost nebo obtíže*. Jedná se především o sexuální a jiné konflikty, osobní nezdary, nemoc, problémy v rodině či odloučení od rodiny nebo nechtěné těhotenství (Krch a kol., 2005, s. 64-65).

Některé studie v USA a Velké Británii prokázaly 15-25% podíl sexuálního zneužití na vzniku poruch příjmu potravy, ale podle jiných odborníků znásilnění a bulimické příznaky nemají souvislost. (Novák, 2010, s. 17). K tomuto tématu se vyjadřuje i autorka Claude-Pierre, která odmítá rozšířený omyl, že každá PPP má souvislost s nějakým typem zneužívání a potvrzuje, že pracovala s pohlavně zneužitými anorektičkami, které se k těmto traumatům stavěly, jako že si zasloužily to, co se jim stalo a paradoxně kvůli své negativní mysli uvítaly to, co se jim přihodilo. Pacientky v podstatě postrádaly správný postoj a odpovědnost k tomuto zneužití. Autorka se přiklání k názoru, že MA nezpůsobuje samotné zneužití, ale postoj člověka ke skutečnostem okolo něj. Při terapii je proto důležité pacientovi vysvětlit, že si to zneužití nezasloužil a ani sám si ho nezpůsobil. (Claude-Pierre, 2001, s. 84-85)

*Stresující událost v období osmnácti měsíců před počátkem poruchy uváděly významně častěji anorektičky s bulimickými příznaky než anorektičky restriktivního typu*. Nejčastější uvedené stresové události se týkaly především problémů s vrstevníky a s rodiči či samotné problémy mezi rodiči. (Krch a kol., 2005, s. 64-65)

## 6.4 RODINNÉ A GENETICKÉ FAKTORY

Další faktor, který způsobuje možné onemocnění PPP je vliv rodiny, protože bez dobrého rodinného zázemí a správného vedení rodičů mohou být děti zmatené a nejisté svou úlohou ve společnosti stejně tak jako mohou mít nedůvěru ke svým vlastním pocitům. Za velmi důležité považuje autorka podporu v nezávislosti a samostatnosti úsudku, znát povahu a osobnost svého dítěte a podle toho s ním jednat. Stejně tak by rodič měl být schopný rozlišit obvyklý vývoj dítěte od přehnaného pocitu odpovědnosti, protože v některých případech se může dítě dostat do pozice osoby odpovědné za celou rodinu. (Claude-Pierre, 2001, s. 65-66).

Za důležité lze považovat i komunikaci v rodině, protože některé komentáře hlavně v průběhu dospívání nejsou zrovna pro citlivé osoby nejvhodnější, dívky si je zapamatují a podvědomě uloží a v budoucnu, když se sejde více faktorů, tak to může způsobit i vznik poruch příjmu potravy. Mezi nejčastější rizikové faktory z rodinného prostředí můžeme zařadit kromě již zmiňovaných kritických komentářů i velký důraz na vzhled a výkon. Nelze opomenout ani nadměrná vysoká očekávání rodičů, nedostatek péče a empatie a samozřejmě jakékoliv nedostatky v péči rodičů. (Krch, 2008, s. 48)

Podle některých studií se můžeme dozvědět, že se *v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci*. Bezpochyby k tomuto onemocnění jsou dispoziční, protože dívky mají *nebezpečný vzor chování či genetickou predispozici.*, zároveň je třeba si uvědomit, že anorektické matky se snaží o přehnanou mateřskou kontrolu a její přání hraničí s patologickými požadavky na své dítě. (Krch a kol., 2005, s. 65-66)

Zajímavý postřeh je též od autorky H. Bruch, která uvádí *rodičovský styl svých anorektických pacientek jako nadměrně ochranný a příliš ctíživý* a zároveň popisuje tendence rodičů k přeceňování a očekávání vynikajících výkonů od svých potomků. Jako příčina problémů s potravou bývá někdy uváděn i otec. Ten bývá popisován jako pasivní, slabý, udržující si emoční odstup, nebo někdy jako příliš dominantní. Může být také popisován jako rigidní, či vzteklý, jindy jako otec aktivní, který je však natolik skvělý, že se mu dcera nemůže vyrovnat (Krch a kol., 2005, s. 65-66)



Hodně pacientek, které trpí PPP, pochází též z dvojčat, kdy jsou vystaveny tlaku z okolí nebo dokonce od nich samotných dochází ke srovnávání, protože právě jedna z nich chce být ta hezčí, chytřejší a tak se jednoho dne rozhodne a začne hubnout...<sup>51</sup>

František David Krch, dále hovoří také o důležitosti rodinného vzoru v souvislosti i s řadou sportů jako je například balet a gymnastika, kdy většina rodičů tlačí na své potomky a v dobrém úmyslu je „podporuje“ se slovy jako např. „musíš, zatni zuby...“ A právě zde se skrývá potencionální nebezpečí, a proto PPP se dá předcházet, když budou rodiče rozumní a zaujmou ten správný životní postoj...<sup>52</sup>

Některé případové studie charakterizují rodiny, ve kterých se vyskytly PPP jako *spletité, obtěžující, hostilní a popírají emocionální potřeby pacientek*. U pacientek s MA se v rodině častěji vyskytovala deprese, alkoholismus, sociální izolace a emoční poruchy, dále mají ve své historii ekonomickou nejistotu či *úzkost z neudržení těžce vydaného ekonomického a sociálního statusu* (Novák, 2010, s. 24)

Obdobné názory zastávají i autoři Lindsey Hall a Leigh Cohn. *Většina lidí trpících bulimií pochází z rodin, kde nejsou dostatečně naplňovány emoční, fyzické či duchovní potřeby jejich členů. Například v některých rodinách není zvykem verbálně vyjadřovat pocity a komunikační schopnosti jsou nízké.* (Hall, Cohn, 2003, s. 6)

Jak popisují rodičovské prostředí pacientky s poruchami příjmu potravy? Pacientky zdůrazňují donucovací kontrolu, vysokou dotěrnost rodičů či přílišné zásahy do soukromí, soutěživost, žárlivost, také uvádějí pocit, že se musí odvděčit rodičům či nahradit rodičům to, co mohli oni ve svém vztahu postrádat. (Novák, 2010, s. 26-27)

Závěrem této podkapitoly popíšeme obvyklé rodiče pacientek s poruchami příjmu potravy. Co je pro ně tedy typické? Mezi zájmy rodičů lze vyzorovat nadměrné zaměření na vzhled, diety, fitness a krásu. Také zřídka mluví o svých pocitech, trpěli neurotickými problémy a nezralými emočními vztahy, naplno se věnují svému zaměstnání, snaží se na veřejnosti vypadat spořádaně, někdy jsou puritánští a věřící, hádají se kvůli

<sup>51</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=U11UqjRfMGM> [online] [1. 12. 2014]

<sup>52</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=U11UqjRfMGM> [online] [1. 12. 2014]

malichernostem. Matky dívek jsou kariéristky, orientují se na výkon a někdy bývají frustrované ve svých ambicích, také jsou náročné, perfekcionistické, hyperkritické, žárlivé, někdy až necitlivé, uzavřené do sebe, ale také i závislé. Některé matky dokonce trpí také poruchami příjmu potravy a tak negativně ovlivňují chování a postoje svých potomků, ale zároveň je nepravidelně krmí a hlídají množství potravy svých dětí. Matky jsou často také panovačné a netolerantní a jejich výchova je nepřiměřeně úzkostlivá a kritická. A jací jsou otcové? Dle popisů od různých autorů je vystihují povahové rysy jako je autoritativnost, přísnost, ale také i vzdálenost či nezájem na výchově. Někteří otcové častěji flámují či zneužívají své dcery. Dívky se také mohou ocitnout pod tlakem nepřiměřených otcovských očekávání. (Novák, 2010, s. 25-26)

## 6.5 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY

Žijeme v moderní společnosti, ve které je patrný stále sílící vliv médií a globalizace, a navíc jsme také v dnešní době silně ovlivněny módním ideálem, který nepřímo ovlivňuje zejména zranitelné adolescenty. (Krch a kol., 2005, s. 58). Jedna z příčin rostoucího počtu těchto poruch je tedy v rychle se měnící kultuře, nekriticky oslavující štíhlost. Paradoxem ovšem je, že zatímco ideál ženské krásy neustále hubne, tak obyvatelé ve vyspělých státech tloustnou. Naopak v méně rozvinutých zemích, kde je bída a hlad, tak nadváha není považována za mravní selhání a také nepředstavuje estetickou vadu, a proto zde poruchy příjmu potravy nejsou zastoupeny v takové míře. Samozřejmě nemůžeme považovat tyto poruchy pouze jako důsledek vlivu sociokulturních faktorů, ale velkou roli hrají další okolnosti jako např. nepříznivé životní události, chronické obtíže, nedostatečné sociální a rozhodovací dovednosti nebo biologické a genetické faktory. Na vzniku duševních poruch se podílí tedy mnoho faktorů. (Krch, 2008, s. 51)

Obdobný názor zastává i Michal Novák, který uvádí, že posedlost štíhlosti je fenoménem v kulturách s nadbytkem potravy oproti kulturám s nedostatkem jídla, kde je zidealizovaný oblý tvar těla. Na základě těchto úvah můžeme tedy považovat za příčinu PPP i společnost žijící v nadbytku, která tedy zvyšuje možnost rozvinutí onemocnění, ale to ještě neznamená, že se ta porucha rozvine. Zajímavým zjištěním je i to, že *žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje*. (Novák, 2010, s. 35-36)

Tato problematika je sledována stejným autorem tj. Michalem Novákem v časopise Psychiatrie<sup>53</sup>. *Každopádně by bylo naivní se domnívat, že pouhá expozice štíhlým postavám v médiích má u žen za následek výskyt symptomatologie poruch příjmu potravy.* Tato studie společně i s jinými autory potvrzuje fakt, že *soustavné sledování štíhlých žen na obrazovce nebo v časopisech symptomatologii PPP nevyprovokuje, mnohem pravděpodobněji u divaček a čtenářek nepřímo přispěje k znechucení z médií a odporu ke štíhlým celebritám. Nebezpečí vzniká teprve tehdy, když konzumentky médií začnou považovat štíhlé postavy za přitažlivé.*<sup>54</sup>

A jak je to tedy s módním ideálem a poruchami příjmu potravy? V dnešní době modelingu jsou preferovány dívky hubené a vyzáblé a jsou na ně neustále kladeny čím dál tvrdší požadavky, týkající se výšky a míry či druhu postavy. Modelky jsou hubené, poněvadž se jedná o splnění požadavků tvůrců módy. Modeling je také spojován s ideálem krásy, a tak většina hereček a lidí ze show-businessu, se snaží tomuto trendu přiblížit. S tím souvisí i další problém, protože se v modelingu uplatňují čím dál tím mladší slečny, a tak se někdy stane modelkou už ve 12 letech, kdy ještě nemá ženskou postavu. Dětské postavy jsou tedy najednou vzorem, ale je velmi těžká snaha dospělé ženy se přiblížit „vzoru děvčátka“. Další důležitou věc, kterou bychom si měli uvědomit je názor, že oblečení na štíhlých tělech vypadá dobře a právě proto je pro návrháře mnohem snadnější šít na hubená těla, je to pro ně jednodušší přizpůsobit modelky modelům, než přizpůsobovat modeling modelkám. Závěrem bych k modelingu uvedla, že bychom si vlastně neměli zaměňovat ideály s něčím, co vlastně v reálném životě ideálem není.<sup>55</sup>

Na vzniku PPP se mnohdy často podílí i tzv. teorie sociálního srovnávání. Dívky se snaží například srovnávat s atraktivními modelkami a jsou motivováni překonávat své nedostatky. *Čím více se dívky navzájem srovnávají a čím více usilují o štíhlost, tím více nenávidí svá těla a uchylují se k poruchám příjmu potravy a nezdravému chování.* (Novák, 2010, s. 32)

<sup>53</sup> Čes. a slov.Psychiatrie, 103, 2007, No.8, s. 393-401. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_8\\_393\\_401.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_393_401.pdf) [online].[cit. 2. 12 2014]

<sup>54</sup> Čes. a slov.Psychiatrie, 103, 2007, No.8, s. 400-401. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_8\\_393\\_401.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_393_401.pdf) [online].[cit. 2. 12 2014]

<sup>55</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=BPd6NBK8BDE> [online] [cit. 2. 12. 2014].

V mnoha časopisech pro ženy můžeme také spatřit reklamy, zobrazující pouze určitou část těla, například jenom ženské nohy propagující kalhoty. A právě *takto zvolená prezentace ženy, která ji zbavuje osobnosti, poskytuje velmi snadný cíl pro konkrétní srovnávání. Fotografie celého ženského těla umožňuje ženě rozlišit mezi modelkou a sebou, zatímco obraz pouhé jedné části těla, nelze odmítnout tak lehce...* Je to právě teorie sociálního srovnávání, která nachází odpověď na otázku, *proč se u všech žen, jež jsou vystaveny médiím, nerozvinou poruchy příjmu potravy. Odpovídá tvrzením, že pouze ty, které provozují cílené srovnávání s ideálem štíhlosti a spatřují tento ideál jako reálný, rozvinou poruchy příjmu potravy.* (Novák, 2010, s. 32)

Michal Novák dále zmiňuje, že poruchy příjmu potravy se vyskytují ve společnostech ovlivněných západní kulturou, což dokládá například na zeštíhlení řecké populace, kdy samy dívky se snaží podobat *obrazům štíhlosti importovaným ze Západu.* (Novák, 2010, s. 36)

Výskyt této nemoci je často shledán u lidí s vyšším postavením, kteří pocházejí z vyšší střední nebo z horní společenské vrstvy. (Leibold, 1995, s. 18). Jak již bylo zmíněno tak tato nemoc postihuje vyšší společenské vrstvy a tak se ani nevyhnula dnes již zesnulé princezně Dianě, která právě trpěla poruchou příjmu potravy a to bulimií.<sup>56</sup> Proč je tedy anorexie nemocí, těch bohatších? Jedním z důvodů může být, že jsou vystaveni menší tělesné zátěži, ale naopak více vystaveni psychickému tlaku a stresu. Děti rodičů z vyšších vrstev se mohou domnívat, že musí být stejně úspěšní jako jejich rodiče, tak aby dosáhli jejich standardu, a právě proto jsou tyto děti mnohem více vystaveni většímu tlaku oproti ostatním ze sociálně slabších rodin. Tyto děti mají také problémy se získáním vlastní identity kvůli společenskému očekávání či zmatků rodičů při hledání nejlepšího způsobu výchovy. (Claude-Pierre, 2001, s. 92)

## 6.6 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Závislost na alkoholu je převážně typická pro onemocnění mentální bulimií. Pro obě poruchy je spojující nadměrné zaujetí alkoholem či jídlem, a proto dovedou nemocného až k izolaci od společnosti či podvádění. Stejně jako psychoaktivní látky, tak i poruchy

<sup>56</sup> [http://www.englishmonarchs.co.uk/windsor\\_6.htm](http://www.englishmonarchs.co.uk/windsor_6.htm) [online] [cit. 1. 12. 2014]

příjmu potravy jsou používány ke kontrole emocí a zvládnání stresu. Podle některých prováděných studií, konkrétně studie podle Holdernessové, se došlo k závěru, že *konzumace alkoholu (nikoliv závislost) se u bulimiček pohybovala v rozmezí od 10,7 do 88.9%. Závislost na alkoholu byla uváděna u 2,9 až 48,6 % sledovaných bulimiček.* (Krch a kol., 2005, s. 76)

Problémy s jídlem jsou často doprovázeny a spojovány s používáním alkoholu, který někdy bývá i součástí různých diet. Mnoho bulimiček začalo s pitím alkoholu, aby zahaly chuť k jídlu, a zároveň jim alkohol pomáhá s překonáváním strachu z tloušťky. Je nutné podotknout, že *alkohol v kombinaci se sníženým příjmem potravy je však dvojnásob nebezpečný.* Alkohol dodá tělu pouze chybějící kalorie a velmi rychle se na něm utváří závislost. Díky alkoholu mohou pak pacienti uniknout pocitům viny, samoty a také nudě. (Krch, 2008, s. 174)

Zajímavý je i též postřeh ze studie podle Lilenfeldové a Kaye, který uvádí: *72% alkoholiček mladších třiceti let trpělo někdy v životě PPP vedle 11% všech sledovaných pacientek. Z toho můžeme usoudit, že počátek PPP většinou předchází počátku závislosti na alkoholu.* (Krch a kol., 2005, s. 77)

Poslední dobou dochází též u bulimiček k výskytu kouření marihuany a následnému užívání pervitinu pro jeho údajný anorektický účinek. (Krch a kol., 2005, s. 76)

Závěrem můžeme konstatovat, že je třeba si uvědomit rizika související s vysokou energetickou hodnotou alkoholu, protože alkohol se rychle metabolizuje, tak je i rychlým zdrojem energie, a v podstatě zahání hlad, je to zároveň antidepresivum, a navíc se strašně rychle na něm utváří závislost. Stejně tak je nutno brát též v úvahu fakt, že díky anorektickému účinku návykových látek, jako jsou cigarety a amfetaminy se *zvyšuje jejich přitažlivost nejenom pro PPP, ale i pro všechny „dietáře“.* (Krch a kol., 2005, s. 79)<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=U11UqjRfMGM> [online] [1. 12. 2014]

## 7 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A MOŽNÉ ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

*Poruchy příjmu potravy nevznikají přes noc. Netýkají se jen lidí držících diety z marnivých důvodů či kvůli módě. Zpočátku vypadají jako řešení, ale ve skutečnosti způsobují mnohem více problémů, než jich řeší. Poruchy příjmu potravy jsou velmi křivolaké a udržují nás v krátkodobém myšlení – podobně jako když jedete autem bez mapy.* (Middleton, Smith, 2013, s. 19)

PPP způsobují komplikace, které ve svém nejhorším důsledku přispívají ke zvýšení úmrtnosti, konkrétně je to hlavně MA, která vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Z krátkodobého pohledu je uváděno až šestinásobné zvýšení standardního rizika úmrtí. (Krch a kol., 2005, s. 93). Papežová dokonce uvádí, že úmrtnost u pacientek s MA je 30x vyšší v porovnání s ženami shodného věku. Nejčastějšími důvody bývá sebevražda, nedostatečná výživa a porucha srdečního rytmu. Mezi další nepříznivé faktory patří BMI nižší než 13kg/m<sup>2</sup>, chronické onemocnění delší než 10 let, snížení glykémie, přítomnost elektrolytových abnormalit či dehydratace. (Papežová, 2010, s. 170)

Jaká je tedy fyziologie akutně nemocného člověka? Většina z nás si představí vyvrtlého pacienta s vystupujícími kostmi jako žebra, kyčle a páteř, který má dále průsvitnou kůži, nafouklé břicho, zapadlé oči, prořídle vlasy a určitě trpícího depresemi. Ano, tento popis odpovídá většině nemocných, ale je nutné si uvědomit, že pacienti s bulimií stejně jako i někteří anorektici mohou mít jen slabě podprůměrnou váhu. Je nutné podotknout, že tento stav může být v některých případech stejně závažný jako u extrémně vyzáblých pacientů. (Claude-Pierre, 2001, s. 101)

Mezi nejzávažnější důsledky patří především kardiovaskulární komplikace, dále jsou to komplikace v oblasti renální<sup>58</sup>, gastrointestinální, kosterní, endokrinní<sup>59</sup>, hematologické<sup>60</sup>, neurologické<sup>61</sup>, metabolické<sup>62</sup>, a v neposlední řadě i dermatologické.<sup>63</sup> (Krch a kol., 2005, s. 94-101)

<sup>58</sup> renální komplikace = postižení ledvin

<sup>59</sup> vedoucím příznakem endokrinní abnormality je amenorea – vynechání menstruace

<sup>60</sup> hematologické změny se týkají krevního obrazu a kostní dřeně

<sup>61</sup> Například generalizované tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti

<sup>62</sup> U MA a podvýživy často dochází k zpomalení bazálního metabolismu

Podívejme se tedy na nejrůznější zdravotní důsledky nedostatečné výživy a těchto poruch příjmu potravy podrobněji.

### 1) Kardiovaskulární komplikace

Tyto komplikace jsou považovány jako jedny z nejzávažnějších v průběhu mentální anorexie. Projevují se především poruchami srdečního rytmu, které v některých případech mohou způsobit i náhlou srdeční zástavu. Pacientky většinou bývají v klidových podmínkách stabilizovány, problém ovšem nastává při fyzické zátěži, kdy může dojít k oběhovému selhávání. Právě z těchto důvodů je nutné sledovat pacientky klinickým lékařem, který opakovaně kontroluje EKG, echokardiografii,<sup>64</sup> tepovou frekvenci a krevní tlak. (Papežová, 2010, s. 178) Bradykardie neboli snížená tepová frekvence patří mezi časté projevy u patientek s MA s tepovou frekvencí dosahující v průměru 40 tepů za minutu. Pacientky se také vyznačují změnami na EKG. Dalším projevem je i posturální hypotenze<sup>65</sup>, která může způsobit zhoršený průtok krve do mozku, srdce a ledvin. Mezi příznaky hypotenze patří především závratě, nauzea, celková slabost, bolesti hlavy či náhlá krátkodobá ztráta vědomí. U některých patientek se také projevuje zvýšené pocení, cyanóza<sup>66</sup> či alterace duševního stavu. (Papežová, 2010, s. 170-173)

### 2) Renální komplikace

Tyto komplikace představují převážně metabolické odchylky související s nadměrným užíváním či zneužíváním diuretik<sup>67</sup> a laxativ. Často dochází k snížené hladině draslíku v krvi, deficitu iontu hořčíku či k zvýšené hladině fosforu. Zneužívání diuretik bývá spojováno s metabolickou alkalózou, pro kterou je typický vzestup Ph krve a může vést až k mortalitě, zatímco zneužívání laxativ způsobuje metabolickou acidózu, tedy úbytek alkalických látek a hromadění kyselých. V důsledku nedostatku tekutin uvnitř cév dochází k aktivaci systému RAAS<sup>68</sup> a zvýšené produkci aldosteronu<sup>69</sup> kůrou nadledvin. (Papežová, 2010, s. 279)

<sup>63</sup> Dermatologické komplikace se projevují např. suchou šupinatou kůží či dalším příkladem dermatologických komplikací je např. hyperkarotenemie u anorektiček, způsobující karotenodermii – nažloutlé zbarvení kůže.

<sup>64</sup> ultrazvukové vyšetření srdce

<sup>65</sup> pokles tlaku krve při přechodu do vzpřímené polohy.

<sup>66</sup> Cyanóza je označení pro namodralé zbarvení kůže a sliznic při vyšším obsahu deoxygenovaného hemoglobinu v krvi

<sup>67</sup> Diuretika jsou látky určené k odvodnění organismu, zvyšují vylučování moči a snižují množství vody v těle.

<sup>68</sup> Renin-angiotenzin-aldosteronový systém (RAAS, osa renin-angiotenzin-aldosteron) je jedním z hlavních neurohumorálních regulátorů fyziologické homeostázy

### 3) Gastrointestinální komplikace

PPP doprovází rozmanité příznaky v trávicí soustavě a to především v žaludku a střevech. Často dochází ke zpomalení celého gastrointestinálního traktu, zvýšenému pocitu plnosti a sytosti, ztrátě dávicího reflexu, zpětnému toku žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu či dokonce gastroezofageální junkci. U bulimiků také může dojít k perforaci jícnu či žaludku například při velkém nárůstu jídla po dlouhodobém hladovění. U anorektiků mohou být způsobeny potíže ve formě bolesti břicha, tlaků, nadýmání či zácpy kvůli dlouhodobému hladovění. U pacientek také může docházet jako následek hladovění k tzv. jaterní steatóze, při které dochází k ukládání tuku v jaterních buňkách. Častým nálezem u nemocných je i hyperamylazemie v podobě projevů akutní pankreatitidy. PPP mohou také předcházet i potravinové alergie, protože nemocní omezují určité druhy potravin. Rizikovým faktorem rozvoje PPP u adolescentů může být i celiakie, pro kterou je typická náročná bezlepková dieta. (Papežová, 2010, s. 229, 232)

### 4) Kosterní komplikace

Pro období dospívání je MA nebezpečná, protože v důsledku nízkého energetického příjmu může docházet k neuroendokrinním abnormalitám projevující se např. v úbytku kostní hmoty a zvýšeného rizika zlomenin. Pro úpravu ztráty kostní hmoty je nezbytné zabránit relapsům onemocnění a normalizovat výživu pacientů. (Papežová, 2010, s. 235,242) Krch také upozorňuje na možné odvápnění kostí, kdy kosti ztrácí svoji pevnost a stanou se příliš slabými. U pacientů s časným počátkem MA dochází také k menšímu vzrůstu oproti vrstevníkům. (Krch, 2002, s. 42)

### 5) Endokrinní komplikace

Tyto komplikace se týkají především pacientů s MA a u bulimiček jsou většinou endokrinní parametry normální. Mezi časté nálezy pacientek s MA patří zvýšená sekrece kortikoliberinu, který má přímé anorektické účinky. U anorektiček také patří mezi vedoucí příznaky endokrinních komplikací vynechání menstruace, trvající více než 3 měsíce. Další možný důsledek endokrinních komplikací je i zvýšená bazální sekrece růstového hormonu. (Papežová, 2010, s. 205,206)

---

<sup>69</sup> Aldosteron je hormon produkovaný kůrou nadledvin. Je součástí renin-angiotenzin-aldosteronového systému (RAAS), který se uplatňuje v regulaci krevního tlaku a náplně krevního oběhu.



## 6) Hematologické komplikace

Mezi tyto komplikace patří anémie neboli chudokrevnost, projevující se nedostatkem červených krvinek. U pacientek se často vyskytuje nízký krevní tlak a hypoglykémie, které se projevují omdlíváním. U více než poloviny anorektiček dochází ke změnám krevního obrazu a kostní dřeni. U některých pacientů je také naměřena zvýšená hladina cholesterolu v krvi. (Krch, 2002, s. 41)

## 7) Neurologické komplikace

K těmto komplikacím dochází v důsledku nedostatečné výživy v podobě bílkovin, cukrů a tuků stejně jako nevyváženosti minerálů, vitamínů a jiných stopových prvků. Nejčastěji se vyskytuje celková svalová slabost, vymizení reflexů, nedobrovolná kontrakce svalů, poruchy periferních nervů či paralýza při hypokalémii. V některých případech, kdy se pacientky snaží zahnat hlad přepíjením může nastat zmatenost, neklid, bolest hlavy či myoklonii záškuby. Při nedostatku vitamínů B1 a B6 může nastat např. polyneuropatie<sup>70</sup>, Wernickeho encefalopatie<sup>71</sup> či sensorická neuropatie<sup>72</sup>. (Papežová, 2010, s. 223, 227)

## 8) Dermatologické komplikace

Poruchy příjmu potravy provází různé kožní projevy a to zejména po snížení BMI pod hodnotu 16. Mezi příčiny těchto projevů se uvádí hladovění, navozené zvracení, užívání léčiv jako jsou anorektika, diuretika, emetika<sup>73</sup> či laxativa. Mezi časté kožní příznaky u MA a MB patří **změny na kůži** v podobě atopické dermatitidy a suché kůže, kožní onemocnění s nažloutlými mastnými šupinkami kůže, akné, různá svědění na kůži, hyperpigmentace, poruchy hojení ran, vědomé či nevědomé poškozování kůže, pajizévky na kůži, otoky, modrofialové zbarvení rukou či nohou. Dále také nastávají **změny v ochlupení** v podobě vypadávání vlasů až holohlavosti či naopak zvýšené ochlupení v podobě lanuga a to zejména na zádech, břichu a obličeji. Při poruchách příjmu potravy dochází také ke **změnám nehtů**, které jsou lámavé a křehké. Tyto poruchy doprovází také **onemocnění v dutině ústní**, jelikož častá jsou nejenom onemocnění rtu, ale i bolestivé praskající ústní

<sup>70</sup> netraumatického postižení periferních nervů

<sup>71</sup> Akutní porucha vzniklá v důsledku deficitu vitamínu B1 (thiaminu), která může vzniknout při chronické malnutrici jakéhokoliv původu

<sup>72</sup> se projevují atrofiemi zejména distálních bérceových svalů a drobných svalů ruky a poruchami citivosti

<sup>73</sup> Dávidlo, které vyvolává zvracení a používá se k vyprazdňování žaludku

koutky, afty, či zánětlivé změny na dásních, zubní kazy, porušení skloviny na zubech, nebo i například i zbytnění slinných žláz. (Papežová, 2010, s. 251-253)

### **9) Komplikace ženského reprodukčního systému a sexualita**

Mezi hlavní příčiny způsobující reprodukční schopnosti u většiny živočichů je považována právě porucha výživy. U poruch příjmu potravy převládá riziko u reprodukčních funkcí jako je menstruační cyklus, fertilita a průběh těhotenství, zdraví matky a vývoj plodu po porodu a v průběhu kojení. Součástí diagnostických kritérií u MA je porucha menstruačního cyklu, ale i v případě MB se vyskytuje v 50%, tyto problémy s menstruací jsou též i u obézních žen. PPP velice ohrožují fertilitu žen, dokonce až o 70%, a s tím související mateřství. U potomků matek s MA se vyskytovala snížená váha dětí, zatímco u pacientek s MB dochází k častějším spontánním potratům a perinatální komplikace. Je nutné také brát v úvahu riziko spojené se samotným krmením dítěte, které by mohlo negativně ovlivnit vývoj dítěte. Poruchy příjmu potravy doprovází také i rozdílnou sexualitu u pacientek, zatímco ženy s MB se svým sexuálním chováním moc neliší od žen bez PPP, tak ženy s MA jsou spíše odměřené s menším zájmem o sex a vyhýbají se i partnerským vztahům pravděpodobně v důsledku snížené endokrinní aktivity včetně pohlavních hormonů. (Papežová, 2010, s. 211, 212, 214, 222)

### **10) Komplikace respiračního systému**

MA může zanechat i následky na dýchací systém v podobě změn plicních funkcí a infekcí na plicích či morfologii plicního parenchymu.<sup>74</sup> U pacientek s MA také může docházet k nadměrnému zadržování vzduchu v plicích a také dýchají pomaleji a jejich dýchání je daleko více povrchní. (Papežová, 2010, s. 246-248)

### **11) Poruchy spánku**

Mezi hlavní poruchy spánku v souvislosti s abnormálním příjmem potravy lze zařadit syndrom nočního ujídání (NES= night eating syndrom) a poruchu příjmu potravy vázanou na spánek (SRED=sleep related eating disorder). Pro syndrom nočního přejídání je typický kompulzivní příjem potravy před usnutím nebo i uprostřed noci v bdělém stavu. Často bývá také doprovázen nespavostí. Porucha příjmu potravy vázaná na spánek je

---

<sup>74</sup> Nekardiogenní plicní edém (otok)

parasomnie<sup>75</sup> a projevuje se příjmem potravy po nedokonalém probuzení a je podobný náměsíčnosti. Obezita je příčinou obstrukční spánkové apnoe, která se vyznačuje dechovými zástavami kvůli zúžení horních dýchacích cest. Pro obezitu je také typický syndrom obezita-hypoventilace představující nadměrnou spavost během dne, kvůli nedostatečnému množství kyslíku do krve a střádání oxidu uhličitého, které vedou k postižení srdce. (Papežová, 2010, s. 255-260)

Většina tělesných problémů jsou *vedlejšími efekty poruchy příjmu potravy*. Přestože se zpočátku onemocnění většina pacientů cítí dobře, tak je nutné si uvědomit, že tento stav nebude trvat věčně, protože je postupem času čeká spousta problémů a běžných zdravotních rizik, které pro přehlednost jsou uvedeny v přílohách této práce. Jedná se konkrétně o běžná rizika přílišného úbytku váhy, přílišného pročišťování a přílišného zvýšení hmotnosti. (Middleton, Smith, 2013, s. 20-24)

Poruchy příjmu potravy přispívají také k narušení psychické pohody pacientek a zároveň narušují jejich společenský a osobní život. V důsledku podvýživy dochází u anorektiček k únavě a apatii a převládají problematické psychické vlastnosti, jako je úzkostnost, větší sebekontrola, ctižádostivost, podrážděnost, smutek, nejistota či pedanterie. Tyto poruchy také doprovází depresivní příznaky a nekonečné obavy o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. (Krch, 2002, s. 44-46)

Poruchy příjmu potravy, jako je MA a MB, mohou ovlivňovat mnohem více než jen zdraví, a proto je třeba si uvědomit, že mají podstatný vliv na všechny naše vztahy, studium, či práci, a veškerý společenský život, a pokud tato porucha není léčena tak může trvat i celý život. (Middleton, Smith, 2013, s. 25-26)

A právě z těchto důvodů, by si každý pacient, co touto chorobou trpí a chce se léčit, měl jednak se svojí nemocí, příčinami, hrozícími následky apod. seznámit a třeba si i zkusit sepsat výhody a nevýhody, které vnímá v současné době a později v budoucnu při zhoršení potíží si je znovu připomenout a opět napsat a porovnat s minulým viděním téhož. (Middleton 2013, s. 32)

---

<sup>75</sup> představují skupinu různých nepřírozených stavů, které doprovázejí spánek, nebo jsou na něj vázány. Objevují se v jeho průběhu nebo při probouzení

## 8 PREVENCE A PORADENSTVÍ

Jelikož tato porucha se v dnešní době poměrně často vyskytuje, tak je nezbytné v rámci prevence, věnovat se tomuto tématu, nezlehčovat ho a hovořit o této problematice, aby se případná nemoc podchytila, v co největším začátku. Za základ prevence lze považovat právě i znalost příznaku a příčin a tedy i samotné porozumění je důležité pro pomoc ohroženým mladistvým. Primární prevenci by nám měla poskytovat naše rodina, protože zde se učíme vhodným stravovacím návykům, a jsou to právě rodiče, kteří by měli dítěti stanovit „systém správných hodnot“, tak aby na vrcholu nedominoval vzhled, tělesná krása a jídlo. Sama jsem již matkou a vycházím z přesvědčení, že dítě má dostat od rodičů silný pocit bezpečí, jistotu jejich lásky, dobrý příklad zahrnující jak vztah k jiným lidem, k práci, vzdělání, kultuře, sportu, koníčkům aj. a také určitou nabídku aktivit, ze které by mohlo dítě „ochutnat“ a zjistit, co by ho v životě mohlo bavit, k čemu má vlohy a co by mohlo spoluvytvářet jeho osobnost. Těžko si může dítě vytvořit obdiv a respekt k přírodě, když do ní nechodí a nikdo ho nenaučí vnímat její půvab, těžko se může stát z dítěte čtenář, který je obohacený o tisíce zajímavých myšlenek a různorodost náhledů na svět, když mu nikdo nepřečte pohádku a rodiče vidí číst pouze plakáty. A tak bychom mohli pokračovat a to s vědomím, že právě tyto momenty staví mj. zábranu i proti psychickým onemocněním, včetně PPP.

Pokud máme zvýšené riziko vzniku PPP ve své rodině, tak bychom si měli uvědomit všechny možné faktory vedoucí ke vzniku těchto onemocnění a snažit se vyhnout i dalším nebezpečným nástrahám. Budeme-li konkrétní, tak např. důkladně zvážíme možnost práce v zahraničí u své dcery, která momentálně začíná s dietami a trpí podváhou. V druhém případě, když se těmto faktorům naopak nemůžeme vyhnout a jsme v rodině ohroženi potencionálními rizikovými faktory, jako je např. výskyt deprese a alkoholismus, tak bychom se měli snažit o zmírnění jejich potencionálních dopadů.<sup>76</sup>

František David Krch také zmiňuje *faktory, které chrání před poruchami příjmu potravy* a ve své publikaci uvádí, že je důležité aktivní řešení problémů, nízké užívání

---

<sup>76</sup> <http://magazin.mojechytredite.cz/zdravi/poruchy-prijmu-potravy> [online] [cit. 2. 2. 2014]

alkoholu a diet a samozřejmě vyrovnanost nálad, stejně jako trpělivost a smysl pro humor. (Krch, 2008, s. 52)

Odbornice na poruchu příjmy potravy psychiatr prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. dále doporučuje se neorientovat pouze na výkon a zevnějšek, ale začít hledat jiné hodnoty a záliby a zdravě posilovat sebevědomí u dospívajících. Pro prevenci je rovněž důležitá *schopnost včas rozpoznat u sebe i svých blízkých nezdravou změnu jídelního chování, přiznat si problém a hledat způsob, jak vzniku nebo rozvoji onemocnění zabránit, včetně vyhledání pomoci odborníka.*<sup>77</sup>

Hana Papežová dále upozorňuje na široký rozsah odborné literatury včetně beletrie, která problémy důkladně popisuje, stejně jako i možnost využít nové webové stránky, jelikož Centrum pro PPP připravilo nový preventivní internetový program. Tento program je anonymní a bezplatný a zároveň je ve více světových jazycích, a měl by pomáhat všem dospívajícím, kteří se potýkají s problémy s potravou. Více informací je možno nalézt na stránkách [www.proyouth.cz](http://www.proyouth.cz), kde se stačí zaregistrovat a vyplnit vstupní dotazník. Tato stránka je především určena mladým lidem ve věku 15 - 25 let, může jim pomoci rozeznat projevy rizikového chování, dále poskytnout nezbytné informace o možnostech pomoci sobě či ostatním a zároveň poskytne i kontakty k včasnému vyhledání odborné léčby. Mladí lidé zde najdou kromě informací týkajících se problematiky jídla také i chaty a diskusní fóra s odborníky, psychology a psychoterapeuty, také jsou jim nabízeny i individuální online konzultace. *Součástí programu je počítačová hra – interaktivní fotokomiks s detektivním příběhem, kde se dozvíte další informace a kontakty na odbornou pomoc.* Stačí se zaregistrovat na [www.proyouth.eu](http://www.proyouth.eu) a vyplnit vstupní dotazník. Chatu se mohou zúčastnit na [www.pomocppp.cz](http://www.pomocppp.cz).<sup>78</sup>

Další forma edukace je možná i na stránkách [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz), kde je spousta informací o PPP včetně autentických příběhů a možnostech kontaktů na další odborná pracoviště.

---

<sup>77</sup> <http://magazin.mojechytredite.cz/zdravi/poruchy-prijmu-potravy> [online] [cit. 2. 12. 2014]

<sup>78</sup> <http://magazin.mojechytredite.cz/zdravi/poruchy-prijmu-potravy> [online] [cit. 2. 12. 2014]

Důležité místo pro prevenci zaujímá také škola, protože právě zde stráví děti a adolescenti většinu svého času. Jsou to tedy i učitelé, kteří mohou dítě nejen formovat ve vzdělání, ale i ovlivnit své studenty svými postoji a názory. Ve škole tuto problematiku zpracovává metodik prevence, který vytváří konkrétní dokument, tzv. Minimální preventivní program, ve kterém jsou sepsány preventivní akce školy a jsou jasně konkretizovány v časovém harmonogramu. Hana Papežová společně s Janou Hanusovou, ve své publikaci upozorňují na možná nebezpečí neodborně vedených preventivních kampaních ve školách a zároveň zdůrazňují, že *v preventivních programech je nutné nemluvit o váze, ale o zdraví a zdravém životním stylu.* (Papežová, Hanusová, 2012, s. 29)

Kromě rodiny a učitelů je třeba také nezapomenout na odborníky, jako jsou pediatři a praktičtí lékaři pro dorost, kteří se mohou ve svých ordinacích ptát na stravovací návyky dětí, jejich příjem potravy anebo jestli jsou spokojeni se svým vzhledem. Pediatři by také měli upozornit rodiče na možné následky týkající se nevhodných komentářů ohledně postavy či vzhledu. *Děti jsou v tomto ohledu velice zranitelné a nesou si tuto bolest pak řadu let.* Důležité je tedy *snížit vliv tlaku společnosti na jejich vzhled, velikost a postavu a tím děti zbavit nežádoucího stresu.* Papežová také upozorňuje na další jednání vedoucí k prevenci, týkající se již konkrétního člena rodiny či kamarádky, která nemá dostatečné sebehodnocení, nemá pravidelné stravování a drží nepřiměřené diety a zároveň je velmi kritická ke své osobnosti a ke svému vzhledu. V tomto případě je tedy nezbytné rychle jednat a nasměrovat jedince k odborníkům, aby se situace nestala mnohem složitější a podstatně horší.<sup>79</sup>

Závěrem můžeme tedy konstatovat, že prevence je nezbytná součást odborné péče, a je třeba do ní aktivně zapojit především rodiče, učitele, školu, lékaře, média, a také využívat samozřejmě internet, protože většina mladistvých zde tráví spoustu svého volného času.

---

<sup>79</sup> <http://nkcpu.cz/aktualiy-2010-pohled-na-bulimii-a-anorexii-1208.html> [online] [cit. 1. 12. 2014]

## 9 ZDRAVOTNÍ PÉČE, LÉČBA A UZDRAVENÍ

Rozhodnutí o terapii záleží na momentálním stavu organismu, a tak v méně závažných případech postačí ambulantní léčba, ale v případě ohrožení a zhoršení zdravotního stavu je nezbytná hospitalizace na lůžkovém oddělení. Důvodem k hospitalizaci může být i depresivní syndrom a tendence k sebevražednému chování, které je na životě ohrožující a často se vyskytuje u těchto chorob. (Hort a kol., 2008, s. 274)

Mezi léčebné postupy poruch příjmu potravy zařazujeme především léčbu podvyživeného organismu, která je provázena nezbytnou psychoterapií, poskytující možnost pochopit příčiny a další okolnosti onemocnění, a zároveň je zaměřena také na změnu stravovacích návyků včetně životního stylu nemocného. (Marádová, 2007, s. 19)

Většina nemocných s PPP upřednostňuje také terapie denního stacionáře či částečné hospitalizace, kdy jsou jim poskytovány terapeutické služby oddělení, ale zůstávají přes noc mimo nemocnici, v případě, že mají relativně mírné příznaky tak mohou využít řízenou svépomoc. (Krch a kol., 2005, s. 125-126) Některé svépomocné skupiny umožňují účastníkům sdílet své problémy s PPP či ostatní problémy a zároveň emočně podpoří a předají nezbytné zkušenosti a kontakty na odborníky. (Vágnerová, 2012, s. 478)

Další formou pomoci mohou být svépomocné manuály, které pro terapii využívala též moje sestra. V podstatě se jedná o systematické vedení jídelních záznamů, vypracování jídelního plánu, snahu předcházet obtížím. Je tedy důležité řešit problémy, jež způsobují obtíže s jídlem, skončit s dietami a v neposlední řadě také změnit způsob myšlení. K dispozici jsou především známé publikace, a to především od PhDr. Františka Davida Krcha, nebo také svépomocné manuály od prof. MUDr. Hany Papežové.

Rodinná terapie může být další formou léčby převážně u mladých pacientů, a je proto nezbytná i spolupráce s rodinou, která může být považovaná jako vhodný doplněk k terapii individuální. (Krch a kol., 2005, s. 127)

Další formou terapie je tzv. kognitivně-behaviorální terapie, která stala nejčastěji užívanou léčbou u pacientek s mentální bulimií (jedná-li se o léčbu individuální) a také součástí léčby pacientek s anorexií. *„Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změnit*

*patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy.“ (J. Koutek in Hort, 2008, s. 269)*

Důležitou součástí léčby poruch příjmu potravy je i farmakoterapie. Při užívání léků vždy existuje riziko vzniku závislosti či zhoršení onemocnění po jejich vysazení, proto je důležité si rozmyslet, zda je farmakoterapie pro daného jedince skutečně vhodná. U jedinců s poruchami příjmu potravy má pak hlavně za úkol regulovat příjem jídla a upravit tělesnou hmotnost jedince, odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy a zaměřit se na léčbu psychických poruch, obzvláště deprese. S ohledem na častý výskyt deprese u nemocných zde hrají významnou roli psychofarmaka, konkrétně antidepressiva. Výzkumy prokázaly, že jak u léčby mentální anorexie, tak u mentální bulimie je zvláště účinná léčba tricyklickými antidepressivy, konkrétně fluoxetinem. Ke zlepšení úzkostných stavů docházelo u nemocných také po podání anxiolytik.

(Krch a kol., 2005, s. 130-131)

Při práci s pacientkami s PPP je třeba si neustále uvědomovat, že *v nich existují souběžně dvě mysli. Je nezbytné oddělit Negativní mysl od myslí skutečné, postavit na jednu stranu anorexii či bulimii a na druhou stranu jedinečnost každého člověka. Pak si nemocný uvědomí, že jeho nemoc na něm jen parazituje.* Jelikož je Negativní mysl u pacientů vytrvalá, tak i samotní pacienti považují anorexii či bulimii za normální stav. Při léčbě se pacientům také doporučuje, aby nakreslili svoje pocity a snažili se ve formě zápisů zaznamenávat to, co jim říká Negativní mysl, někdy také v konfrontaci s odpověďmi své Skutečné mysli. Tyto metody můžou pomoci *lépe nacházet logické argumenty ve prospěch Skutečné mysli, a tím ji posilovat.* (Claude-Pierre, 2001, s. 125-132)

Co ovlivňuje uzdravení pacientek? Určitě záleží na velikosti váhové ztráty, obecně lze říci, že čím je extrémnější podvýživa, tím je i horší uzdravení. Dále také má vliv i délka nemoci a uzdravení také komplikuje, pokud došlo k selhání při léčebných pokusech. *Po 5 letech se asi polovina postižených anorexií uzdraví, 30% zůstane vážně nemocí poznamenáno a 20% si udrží podváhu a poruchy menstruace.* Po uzdravení se může objevit i během dvou až třech let tzv. relaps, jakési znovu-vzplanutí nemoci a člověk se opět dostává do nepříjemného stavu, který ho již v minulosti zasáhl. Relaps mohou vyprovokovat různé stresující události jako např. stres z péče o dítě, a proto je *důležité*



*stále považovat anorexii za Achillovu patu, která se může znovu projevit v době stresu.*  
(Papežová, 2000, s. 64-65)

Obvyklá definice uzdravení je zaměřena na „návrat k normálu“, ale u mnoho lidí s poruchou PPP to může způsobit pocity zarmoucení a neštěstí, protože se vracejí k tomu, jak se cítili před onemocněním, a právě proto může být pro pacienty trpícími těmito poruchami, cesta k uzdravení velmi obtížná...Obzvláště se tak mohou cítit po hospitalizaci, kdy se jim sice zlepší tělesné zdraví, zatímco uvnitř zažívají emoční zmatek. Paradoxem je, že když jsou pacienti stabilizováni, tak jsou pro své okolí považováni za vyléčené, ale oni se tak bohužel necítí. (Middleton, Smith, 2013, s. 37)

Závěrem se můžeme zeptat: co tedy znamená uzdravení pacientky? Tuto odpověď na tuto otázku vystihuje níže uvedený citát: *„Uzdravení znamená osvobození – znamená to žít normální život bez omezení, strachu a vtíravých myšlenek.* (Middleton, Smith, 2013, s. 38)

## 9.1 PŘEHLED PÉČE O PACIENTY S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY V PSYCHIATRICKÝCH AMBULANTNÍCH A LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2007-2013

V následující podkapitole se zaměříme na statistický přehled jak ambulantní tak i lůžkové péče u pacientů s poruchami příjmu potravy od roku 2007. Jedná se o komplexní přehled konkrétních diagnóz poruch tj. F50.0-F50.9. podle kraje, pohlaví a věkových skupin včetně průměrné ošetrovací doby hospitalizací pro jednotlivé diagnózy v podobě tabulek, které jsou součástí příloh této práce.

Přehledy jsou zpracovány na základě informací z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, a to konkrétně z ročního výkazu o činnosti zdravotnických zařízení pro obor psychiatrie a údaje jsou sledovány podle sídla zdravotnického zařízení, a údaje z Národního registru hospitalizovaných podle trvalého bydliště pacienta. Tyto údaje jsou navíc doplněny i číselnými údaji za rok 2013, které sice nejsou dostupné on-line, ale byly na vyžádání zaslány elektronicky. Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně, ať

již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta, či jeho přeložením na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení. Jeden pacient může být během sledovaného období hospitalizován vícekrát a tím se počet hospitalizovaných osob a počet případů hospitalizace liší. V této informaci jsou uváděna data za případy hospitalizace.

A jaké jsou tedy **číselné informace o ambulantní a lůžkové péči v České republice za období 2007 – 2013**? To se dozvíme v následujících odstavcích.

Od roku 2011 se na výkaze o činnosti psychiatrických oddělení/pracovišť sleduje počet pacientů s poruchami příjmu potravy **v ambulantní péči**.

V roce 2012 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s touto diagnózou celkem 3461 pacientů (o více než 2% oproti roku 2011), z toho bylo 91% žen. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 37% z celkového počtu těchto pacientů. Z hlediska věkové struktury bylo více než 8% z celkového počtu pacientů léčených pro diagnózu F50 ve věku 0-14 let, téměř 30% ve věku 15-19 let a téměř 62% starších 20 let. Nejvíce těchto pacientů bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy, a to 3,5x více než byl celorepublikový průměr. Průměr za ČR byl dále překročen v Pardubickém, Olomouckém a Jihomoravském kraji. Je ale nutné upozornit, že pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoliv podle jejich trvalého bydliště.<sup>80</sup>

V roce 2013 vzrůstá počet ambulantních pacientů s poruchami příjmu potravy a dosahuje již celkem 3824 pacientů, z toho 3492 žen. Nejvíce je opět zastoupena věková skupina ve věku starších 20 let, a to konkrétně v zastoupení 2437 pacientů. Nejvíce pacientů bylo opět léčeno na území Prahy, dále také v Jihomoravském a Olomouckém kraji.

V roce 2012 bylo **v psychiatrických lůžkových zařízeních** evidováno 330 hospitalizací pro PPP u 229 osob. Téměř 62% hospitalizací bylo pro diagnózu MA, téměř pětina pro diagnózu MB a 11% s diagnózou atypická MA. Celkový počet hospitalizací pro PPP se během sledovaného období snižoval, a to ze 439 hospitalizací v roce 2007 na 330 v roce 2012. Častěji byly hospitalizovány ženy, muži se podíleli na celkovém počtu hospitalizací

<sup>80</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

v průměru pouze 5%. Během sledovaného období se průměrná ošetrovací doba pohybovala mezi 31-39 dny. Nejvíce hospitalizací v přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného kraje mělo v roce 2012 trvalé bydliště v Pardubickém, Karlovarském kraji a v Praze.<sup>81</sup>

V roce 2013 se počet pacientek v psychiatrických lůžkových zařízeních zvýšil a to konkrétně na 399 hospitalizací pro PPP. Nejvíce převládá opět diagnóza MA, kdy bylo celkem hospitalizováno 245 žen a mužů, poté MB v zastoupení 63 hospitalizací a také atypická mentální anorexie s 45 hospitalizacemi.

Z výše uvedených přehledů o ambulantním léčení a léčení formou hospitalizace lze učinit orientační závěr, že nelze potvrdit zvyšující se trend v počtu sledovaných onemocnění, ale spíše zhruba jejich rovnovážný stav. Potvrzuje se samozřejmě jasná dominance onemocnění žen ve srovnání s muži. Zajímavou okolností je fakt, že je evidována z hlediska věku největší skupina nad dvacet let. Zde je nutné ale připomenout, že termín nástupu na léčení není totožný s termínem onemocnění, které může započít mnohem dříve a pak také, že léčení je dlouhodobé a velmi často opakující se, že tedy jsou ve skupině nad dvacet let evidováni též ti nemocní, u kterých fakticky nemoc propukla daleko dříve.

---

<sup>81</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

**PRAKTICKÁ ČÁST**

## ÚVOD

Praktickou část této diplomové práce tvoří **3 vybrané kazuistiky** bývalých pacientek s poruchami příjmu potravy, které zahrnují jejich osobní a rodinnou anamnézu, průběh nemoci, současnou situaci, prognózu a pravděpodobné příčiny vzniku PPP. Za hlavní přínos lze považovat **podrobnou analýzu výsledku průzkumu zjištěného pomocí standardizovaného dotazníku EDI** na střední odborné škole v Písku, kde byl dotazník rozdán studentům 2. a 3. ročníku. Na základě provedeného dotazníku byla ověřována tato hypotéza: „Nespokojenost s vlastním tělem je u 50% dotazovaných respondentů“

Praktickou část uvádí **konkrétní příběh** sestry Jany, neboť úryvek z osobního prožitku zainteresovaného a zasvěceného člověka může toto téma více přiblížit a učinit působivějším. Na tento příběh dále navazují **další vybrané průzkumné rozhovory na téma MA a MB**. Informace získané z rozhovoru od pacientek, ale i od jiných rodinných příslušníků, posloužily ke zpracování případových studií 3 dívek s poruchami příjmu potravy uvedené v samostatné kapitole nazvané: Kazuistiky pacientek s poruchami příjmu potravy.

Abychom mohli blíže nahlédnout do světa poruch příjmu potravy, tak s těmito dívkami, stejně jako s dalšími osobami v jejich rodinách touto problematikou zasažených, byl proveden **polostandardizovaný osobní rozhovor**. Tento druh rozhovoru byl zvolen, protože umožňuje sloučit výhody jak standardizovaného tak i nestandardizovaného rozhovoru. Cílem prováděného rozhovoru bylo získání subjektivních prožitků a zkušeností z průběhu onemocnění u dívek a také doplnění informací z dotazníku poruch příjmu potravy EDI. Před samotným setkáním s dívkami byla nutná příprava v podobě určité struktury celého rozhovoru s tématy, kterým jsme se chtěli věnovat. V průběhu rozhovoru byly kladeny jak uzavřené otázky, například pro zjištění konkrétních faktů, ale také i otevřené otázky, které umožnily dívkám větší prostor pro jejich odpovědi. V samotném průběhu rozhovoru se již předem připravené okruhy otázek doplňovaly i o další otázky, vyplývající z konkrétní situace. Díky této flexibilitě dalších doplňujících otázek nám bylo poskytnuto i více zajímavých informací o průběhu nemoci. Podívejme se na některé příklady otázek z průběhu rozhovoru s bývalými pacientkami s PPP podrobněji: Jak to všechno začalo? Kolik Ti tenkrát bylo let? Jak si svůj problém maskovala? Kdo si toho

všimnul první? Kdy jsi to začala považovat za problém? Jak zareagovalo Tvé tělo na problém? Co se stalo? Měla jsi bolesti a jaké? Cítila ses smutná a osamocená? Netrápily Tě deprese? Byla jsi v nemocnici, a jak to dopadlo? Co Ti pomohlo k uzdravení? Jak si toho mohli rodiče všimnout? Jaké máš vztahy k rodičům? S kým lépe vycházíš? Máte nebo měli jste problémy v rodině a chceš o tom mluvit? Děláš rodičům radost svými úspěchy ve škole? Jaké máš vztahy s kamarády a přítelem? Ublížili Ti někdy?

Zajímavé bylo rovněž zjišťování faktu, jaké mají bývalé anorektičky v dnešní době postoje k jídlu a jak jsou spokojeni s dosavadním stavem, a proto byl dívkám zadán k vyplnění standardizovaný dotazník EDI. Právě díky jejich ochotě poskytnout veškeré důležité informace v rozhovorech a vyplněných dotaznících nám byla naskytnuta možnost nahlédnout do jejich konkrétního případu a zjistit jejich pocity, zážitky a možné důvody, proč se právě ony ocitly na nebezpečném kolotoči této záhadné a velmi nebezpečné nemoci. Některé vybrané informace z vyplněných dotazníků od dívek z případových studií jsou společně vyhodnoceny s dotazníky od studentů v praktické části této diplomové práce v kapitole: **Zpracování dat z dotazníků.**

Kromě jiného jsem téma diplomové práce diskutovala se svojí 24letou sestrou Janou, která s anorexií v její nejkritičtější fázi "bojovala" téměř 2 roky. Pro autentičnost je citováno přímo z jejího vyjádření, neboť byla požádaná o svůj zpětný náhled na nemoc, kterou si v posledních letech prožila v nevídané společnosti anorexie. Je nutné si uvědomit, že nemoc zasahuje nejen nemocnou či nemocného, ale celou jeho (její) rodinu, přátele apod. Dále jsou tedy uváděny některé vybrané citace charakterizující její zkušenosti a pocity:

*„ Vzpomínám o pár let zpátky na mojí tehdejší myšlenku začít zdravě jíst a cítit se fit. Nepřišlo mi na tom nic špatného, naopak, těšila jsem se na výsledek. Byl konec zimy a já se do toho pustila víc než na 100%. Postupem času mi to zatemňovalo mozek. Složení jídel a pravidelnost v jedení se pro mě stávaly prioritou každého dne. Můj jídelníček už neměl nic společného s tím předchozím. Všechno šlo strašně rychle, rychleji než jsem čekala. Když jsem zhubla prvních pár kil a vážila 45kg, tak odezvy byly kladné. Lidi kolem mě říkali, jak mně to sluší a tak. Nepopírala jsem radost a cítila se fakt skvěle.“*

Po přečtení úvodních řádků nás může napadnout, že se jedná vlastně i o novou poruchu příjmu potravy tzv. orthorexii, pro kterou je typická patologická závislost na zdravém stravování. Zlom nastává v případě, že dívka si přeje více zhubnout a začíná jídlu podřizovat svůj život a pomalu a jistě orthorexie přechází v anorexii.

*„ Ale chtěla jsem víc. Hubla jsem dál a dál jsem vyřazovala z jídelníčku pro mě tenkrát nepodstatné věci. Blížilo se léto a můj jídelníček už se skládal pouze z ovoce a zeleniny. I já chtěla v létě chodit v tílkách a kraťasech a tak nezbylo nic jiného, než koupit nový letní šatník. Oblečení jsem nakoupila jen v dětské velikosti, na kterou jsem byla pyšná. Vážila jsem 40kg a nejmíň třikrát denně jsem kontrolovala, jestli se váha nemění. Každodenní vážení před jídlem, po jídle, ráno přichystaných pět kopiček zeleniny a ovoce, perfektně nalíčená a upravená. Nové oblečení, prostě nový život. Takhle jsem vyrážela plná sebevědomí do práce. Každý den byl na minuty stejný. Časně ráno jsem vstávala a plánovala si další den. Měla jsem ze sebe radost, překonávala jsem sama sebe. Zajímalo mě jen, kolik bude ukazovat váha následující den.“*

Pro mentální anorexii je typické, že myšlenky na jídlo přechází v nadměrnou sebekontrolu, anorektička si začíná zvykat na snížený energetický příjem, který se snaží mít pod kontrolou. Zároveň už i v těchto odstavcích je i naznačen sklon k perfekcionismu.

*„Všechno šlo stranou, nejdůležitější bylo jídlo. Ty myšlenky kolem jídla byly pořád se mnou. Nedokázala jsem se bavit už o ničem jiném. Dokonce jsem se přistihla, že když se mi kamarádka svěřovala se svými problémy, tak já jí vůbec nedokázala vnímat, protože jsem myslela na jídlo. Co nakoupit, kolik toho sníst, tak aby to bylo dobře.“*

Pacientkám s MA ubývá energie a hlavně i zájem o jiné věci. Prioritní je pro ně jídlo a tělesný vzhled. Také vzrůstá zájem o jejich vlastní osobu v podobě egocentrismu.

*„ Zlom nastal v období, když váha ukazovala 38kilo. Moje rodina s přítelem brečeli nad tím, jak vypadám. Rozhodli se mě přihlásit na specializovanou kliniku do Prahy a to konkrétně pro lidi s poruchou příjmu potravy. Odmítla jsem. Jela jsem tam jen na jednu schůzku, kde mi sdělili, že moje váha je kritická a že léčba spočívá v tom, že mě na 6 týdnů budou hospitalizovat a vykrmí mě na požadovanou váhu. Nenastoupila jsem a rozhodla se, že to zvládnou sama doma.“*

Ano, některé pacientky skutečně mohou zvládnout léčbu samy pomocí svépomocných manuálů, kdy si pacienti vedou jídelní záznamy a vypracovávají jídelní plán. Pokud je situace ale kritická, tak je nutná hospitalizace pro stabilizování podvyživeného organismu společně s psychologickou pomocí.

*„ Byl srpen a moje váha šla pořád dolů. Měla jsem šedou kůži a strašně vystouplé žíly po celém těle. Padaly mně vlasy. Pořád mi byla zima. Dělalो mně problém sedět na něčem tvrdém. Tlačilo mě to ze všech stran. Třáslы se mi ruce a měla jsem je pořád studené. Nemohla jsem vydržet v práci a taky jsem v té době přišla o dost zákaznic. Už na mě viselo i to dětské oblečení a bylo mi velké i spodní prádlo. Pořád jsem kontrolovala čas, kdy si budu moct vzít další kousek zeleniny nebo ovoce. V noci jsem už téměř nespala a pro jistotu jsem po každé, kdy jsem dala něco do pusy a byla možnost, tak jsem skákala přes švihadlo. Začínala jsem na sobě cítit, že potřebuju pomoc odborníku. Sama to už nejspíš nezvládnou!“*

Pacientka popisuje typické důsledky anorexie, které se projevují extrémní vyhublostí společně např. s dermatologickými změnami, stejně jako s možností oběhových problémů, projevujících se u ní např. studenými končetinami.

*„ Začalo lítání po doktorech aneb OD ZÍTRKA OFICIÁLNĚ ANOREKTIČKOU! Vážila jsem 34 kilo. Možnost hospitalizace v Praze jsem začala znovu promýšlet, ale nakonec jsem se rozhodla pro domácí léčbu. Jídelníček jsem se snažila rozšířit a jídlo si pravidelně a pečlivě zapisovala do deníku, tak jak mi to poradili v Praze. Začalo mi těžké období. Začít jíst a omezit pohyb pro mě bylo nepřípustné. Když už jsem do sebe něco natlačila, vždycky jsem si našla nějakou aktivitu- i kdybych měla jít třeba jen s košem. Trvalo měsíce, než jsem dokázala po obědě třeba jen tak sedět nebo dokonce usnout. To byl největší problém.“*

Pacientky trpící mentální anorexií se mimo jiné snaží svoji váhu regulovat i nadměrným energetickým výdejem.

*„Postupem času se mi podařilo nabrat prvních pár kilo, které jsem pořád kontrolovala na váze. Postupně jsem se s nimi smiřovala, ale šlo to těžko. Dětské kalhoty mně byly najednou těsné. Prvních pět kilo nahoře! Cítila jsem se mnohem líp a myslela jsem si, že už jsem zdravá a 40 kilo by mě mohlo stačit. Později, kila šla pomalu ale jistě nahoru. Vážila jsem se do pouzře do váhy asi 47 kilo. A od té doby už ne...Už to je něco přes 4 roky a já*



*konečně můžu říct, že už to mám za sebou. Sice nevím kolik vážím, ale cítím, že mám dostatek síly na to, žít plnohodnotný život, i když občas zaplatím ještě nějakou nemocí. Imunitu mi nejspíš narušila moje tehdejší podváha. Co se týče jídla, tak bonboniérou ani řízkem si mě nikdo nezíská! Ale zkrátka vím, že jíst se musí.“*

Z výše uvedeného vyjádření sestry, které bylo přiblíženo na vybraných citacích, lze vystihnout podstatu nemoci a to, co se s člověkem touto nemocí zasaženým děje. Z jejího poznání je jasně patrné, že člověk nemocný PPP, je v bláhové roli důvěřivce, který vítá nebezpečného nepřítele s rozzářeným úsměvem a obětím. Nemoc nevnímá nejen v počátku, ale po dlouhý čas často jako závažný až život ohrožující problém, ale jako svůj úspěch, důvod k radosti a štěstí.

Původní myšlenka, nápad či přání formulované například jako "žít zdravě", "shodit pár kilo" apod. se ze své prvotní zdánlivě nevinné podoby rozroste do obludných rozměrů, ovládne a podmaní si vlastní psychiku tak, že se stává naprosto dominující, prioritní a téměř jedinou touhou, vše ostatní je v mysli potlačeno jako nepodstatné a určující hodnotou je stupeň naplnění vlastního příkazu "zhubnout!". Současně tatáž psychika není schopná situaci seriózně, objektivně zhodnotit, ale vytváří si zcela falešný obraz a navíc blok proti jakékoli argumentaci. Nemoc pak narušuje rodinné a další vztahy, podlamuje zdraví, ohrožuje život, likviduje pracovní způsobilost apod.

Kromě rozhovorů s bývalými pacientkami s poruchou příjmu potravy lze považovat za přínosné i uvedení **průzkumných rozhovorů na téma MA i s dalšími osobami**, z nichž lze považovat za nejzajímavější rozhovor s maminkou Míši, paní Evou – 58 let. Anamnestické údaje o dívce Míše jsou uvedeny v následující kapitole v případové studii 2. Maminka této dívky hodnotí situaci jako bez dobré perspektivy a v zásadě počítá, že se Míša nikdy neuzdraví do takové míry, aby mohla žít obvyklý život. Dále uvádí, že se sama cítí trvale smutná a často trpí depresemi. Břemeno nemoci vlastního dítěte je pro ni téměř neúnosné, nemoc Míši si i sama vyčítá, a to ze dvou důvodů. Jedním z nich je, že dopustila, aby její otec odešel, kdy se jí zdá, že v roli manželky a matky selhala, a pak také proto, že si je vědomá, že v jiných rodinách může být zcela jiná atmosféra, že je tam veselo, lidé se přátelsky baví, jsou k sobě milí, pomáhají si. Též pak uvedla, že Míša má možná deprese po ní, ona ale, že je překoná a jde do práce. Dílčí psychické problémy má

více členů rodiny, ne sice takového charakteru, aby se ústavně léčili, ale takové, pro které berou antidepresiva nebo je jejich zvláštní psychický stav zřejmý z chování. K atmosféře v rodině, kterou registrovala i její dcera Míša a v níž byla vychovávána, uvádí, že se jim rodiče též snažili všemožně pomáhat, ale hlavně tím, že jim našetřili nějaké finance nebo udělali nějaké práce, někdy ale takové, které nikdo nežádal a které byly spíše zásahem do soukromí. Uvolněnou atmosféru v rodině nebo nějaký náznak veselosti téměř nezažila. „Já jsem snad za celý život neslyšela u nás nějaký žert... a u projevů náklonnosti, jako je třeba pohlazení to platí také...“, říká maminka Míši, když charakterizovala rodinnou atmosféru.

Během realizovaných osobních rozhovorů s lidmi, kteří buď byli nemocemi PPP, hlavně MA, zasažení a prošli či prochází jejími vývojovými stádii, též rozhovory s jejich nejbližšími, konkrétně s jejich rodinnými příslušníky, jsme měli možnost ověřit některé zásadní informace. V některých případech se tak dostává předešlé teoretické části demonstrativních příkladů, které ji potvrzují a na příkladech rozvíjí (rizikovost onemocnění PPP v rodině, kde je například narušený vztah s rodiči či jedním z nich, v našem případě s otcem, náchylnost k onemocnění v rodině, kde je deficit citového zázemí, sklon k depresím apod. Též pak příklady ukazují specifika vzniku, průběhu i léčby nemoci a její dopady z různých úhlů, konkrétně zde uváděné příklady. Jak u příkladu Jany tak i Míši byly přítomné sebevražedné tendence. Zároveň měly výrazné těžkosti v práci či ztratily schopnost pracovat nebo studovat.

Pro bližší seznámení s bývalými pacientkami nám poslouží následující kapitola s konkrétními případovými studii dívek.

## 1 KAZUISTIKY PACIENTEK S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Kazuistiky byly vytvořeny a popsány na základě osobních rozhovorů s bývalými pacientkami a v některých případech byly doplněny i informacemi od jiných rodinných příslušníků. Při zpracování kazuistik byly využity i informace z vyplněného dotazníku stravovacích poruch EDI, které byly nápomocné především i pro zpracování současné situace a prognózy. Případové studie zahrnují osobní a rodinnou anamnézu včetně popisu průběhu nemoci a současné situace s nastíněním potencionální prognózy. Závěrem kazuistiky jsou uvedeny možné příčiny těchto chorob. Pro zachování anonymity byla jména dívek pozměněna.

### 1.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

#### Osobní anamnéza

Jana se narodila 15. 7. 1990, letos jí tedy bude 25 let. Průběh jejího dětství byl ovlivněn rozchodem rodičů. Jako dítě byla velmi milá a šikovná, měla hodně koníčků. Ve všem byla dobrá, ale jakmile pochopila podstatu a zvládla základy, tak přešla na další aktivitu, protože u ničeho dlouho nevydržela. První zlom v chování nastal, když se v páté třídě hlásila na gymnázium a umístila se jako druhá pod čarou. V šesté třídě se již začala horšit s prospěchem a od sedmé třídy s ní už začaly problémy s prospěchem a chováním a společně se svými kamarády zkoušeli – kouření, alkohol, drogy, a také začala prožívat i svoje první lásky. Jana prožívala tedy velmi intenzivně období puberty. Na SŠ se necítila, a proto si vybrala obor kadeřnice. Téměř 6 let pracuje jako kadeřnice. Začátky obživy jako osoby samostatně výdělečně činné nebyly sice lehké, ale klientela zákazníků se jí postupně rozrostla, nyní je v práci úspěšná, ale tráví zde zase mnoho času. První dva roky v kadeřnickém salonu byly pro ni náročné, protože finanční náklady byly velké stejně jako její potřeby a touhy, navíc spojené s finanční a sociální nezralostí. V tu dobu se seznámila se svým současným přítelem, o 16 let starším, u kterého pravděpodobně hledala a hledá lásku otce, od kterého se jí moc lásky a porozumění nedostalo. Jelikož její přítel má již 3 dcery z předchozího manželství a jejich vztah byl v počátcích, tak prodělala nucený potrat, o kterém se nikomu nezmínila a velice těžce to nesla. Toto tajemství prozradila až v její nejhorší fázi nemoci.

## Rodinná anamnéza

Na svět přišla do rodiny, kde má 2 starší sourozence (sestru a bratra), se kterými má kladné vztahy. Matka je zdravá a vztah s matkou považuje také za kladný a normální. Matka se s jejím otcem rozešla, když jí bylo 5 let. Později si matka našla nového partnera, který zastoupil rodičovskou roli jejího biologického otce, jejich vztah je bezproblémový. Její biologický otec je také zdravý, ale měl a má sklony k alkoholismu a despotickému chování. Jejich vztahy jsou narušené a dle Jany nejsou ideální, a proto se často nesetkávají. Jana popisuje svého otce jako urážlivého, kdy mu stačí sebemenší podnět a je schopen s ní nekomunikovat třeba i rok. V období, kdy spolu komunikují, ji naopak neustále volá a snaží se ji všemožně kontrolovat. Janu, jako jeho jedinou dceru, trápí jeho emocionální výkyvy a ignorance v době jeho stavu urážlivosti. S prarodiči se stýká málokdy, jelikož jedna její babička (ze strany matky), žije v zahraničí a otcova matka, Jany babička, je jehovistka a vztah se svou vnučkou neudrhuje. Pro Janu je velmi důležitý partner, se kterým žije téměř od začátku jejich vztahu, stejně jako její nejbližší příbuzní, se kterými se také často setkává.

## Průběh nemoci

Jana je menšího vzrůstu a měří 158 cm. Před onemocněním vážila 55 kg. Její BMI, zohledňující věk a pohlaví, ukazoval 22, což odpovídá normální váze. Nikdy netrpěla vážnějšími nemocemi, měla vždy normální drobnou štíhlou postavu a také se u ní neprojevovaly výraznější tendence k tloustnutí, přesto si občas stěžovala, že má velké hýždě a není spokojená se stehny. První závažné obtíže spojené s PPP se objevily v létě ve věku 20 let, když už od zimy začala intenzivně hubnout. Jana se snažila zdravě jíst a během několika měsíců zhubla téměř 10 kg. Její jídelníček se převážně skládal pouze z ovoce a zeleniny, přestala jíst maso a vyhýbala se sacharidům. K snídani často jedla pouze bílý jogurt, k obědu zeleninový salát, k svačině jablko a večeri se snažila vynechávat. Když vážila 45 kg (BMI 18) tak byla spokojena a okolím považována za atraktivní. Zpočátku se chodila stravovat do racionální výživy do místního Naturálu, ale později jedla pouze vlastnoručně připravený zeleninový salát. Jana byla posedlá neustálým vážením před jídlem i po jídle, snažila se o perfektní vzhled, byla neustále upravená a perfektně nalíčená, a tak pod dokonalým make-upem skrývala svoji bledost.

V květnu, 5 měsíců od začátku hubnutí, se dostává již na váhu 40 kg, jelikož její jídelníček už tvoří pouze ovoce a zelenina. Její BMI 16 dosahuje již hodnot podvýživy. Začíná být unavená, protože v noci nespí, ale přesto pokračuje dále v extrémním hubnutí, a také začíná mít i psychické problémy, je smutná a trpí depresemi, často si své agrese vybíjí na příteli, v červenci dokonce píše i suicidní zprávy svému přítelovi, kde popisuje jak je nešťastná, neví jak dál a postrádá veškerý smysl života. Za zlomové období považuje Jana období při dosažené váze 38 kg, při BMI 15.2, zde si již uvědomuje, že má závažné problémy, a tak po nátlaku rodiny začíná přemýšlet o hospitalizaci na specializované klinice v Praze. Později léčbu na klinice odmítá, protože ji děsí představa jídelníčku a snaží se situaci zvládnout sama. V srpnu její váha klesne na 34 kilo a její nejnižší BMI ukazuje kritickou podváhu 13,6. U Jany se projevují všemožné negativní důsledky poruch příjmu potravy, jako je slabost, únava, vyčerpání a celkový nedostatek energie, zimomřivost – i v letním horku má problém se zahřát, neustále má studené ruce, které se ji třesou. Její pokožka je šedá a na obličeji a po celém těle kromě vystouplých kostí jsou velmi viditelné modré žíly. V tomto období sama přiznává, že už potřebuje pomoc odborníků a přemýšlí opět o možné hospitalizaci v Praze, ale nakonec se rozhodne pro domácí léčbu. Snaží se rozšířit svůj jídelníček, pravidelně si zapisuje příjem potravy do svého deníku. Postupem času se jí podařilo nabrat a vážila 40 kilo, které si pečlivě udržovala téměř celý rok, ale přesto ji stále trápily psychické problémy. Aby si udržela vztah se svým přítelem, tak se za ním odstěhovala, a protože neměla dost sil, tak se snažila podvědomě více jíst a hlavně chodit na obědy mezi lidi. Jana začala pozvolna nabírat a poslední její váha byla 47 kilo a dosáhla BMI 18,8. Od té doby se již nevážila.

### **Současná situace a prognóza**

V současné době, téměř 5 let od začátku extrémního hubnutí se považuje za vyléčenou. Podle svých slov, se momentálně cítí dobře, protože má přítele, se kterým je šťastná, a také plánují založit rodinu. Snaží se jíst víceméně normálně, přesto ráda dodržuje zdravou životosprávu, omezila maso a sladkosti, ale zároveň se odmítá vážit. Prognóza u této dívky se jeví příznivě. Psychické problémy v podobě depresí již nemá, ale po fyzické stránce má narušenou imunitu, která se projevuje poměrně častým onemocněním. Již více než půl roku se snaží otěhotnět, ale gravidita zatím nenastala.

### Pravděpodobné příčiny vzniku PPP

V případě Jany, stejně jako u většiny pacientů s těmito poruchami, se jedná o kombinaci různých příčin. Za možnou příčinu lze považovat jako prvotní samotnou dietu, protože se pacientka sama svou vlastní vůlí rozhodla nejíst. Jana prožívala období osamotňování, začala žít bez rodičů a snažila se postavit „na vlastní nohy“, ale začátky její živnosti nebyly lehké, a proto byla pod neustálým tlakem. V 19 letech prožívala intenzivní vztah s úspěšným rozvedeným mužem, který je již otcem 3 dětí. Tento atraktivní partner probouzel u Jany také žárlivost a možná právě proto začala s dietami, aby se mu líbila ještě více. Zlom nastal hned v počátcích jejich vztahu, kdy absolvovala potrat, v souvislosti s touto nepříjemnou okolností se zároveň změnil i její vztah k dětem partnera. Za možný další spouštěč lze uvést její vztah s otcem, který rozhodně není ideální. Jana je také perfekcionistka a snaží se být ve všech směrech dokonalá a i tato vlastnost je uváděna v publikacích jako jedna z možných příčin.

## 1.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

### Osobní anamnéza

Míša se narodila roku 1987, krátce po našem rozhovoru, v době psaní DP, jí bylo 28let. Byla hodné, bezproblémové a velmi citlivé dítě. V základní škole prospívala průměrně. Po ukončení základní školy nastoupila na Střední školu textilní. PPP ji postihla po 15 roku věku a spolu s depresivními stavy jí nemoci neumožnily ani dostudování střední školy, kterou ukončila před maturitou. Uvádí, že byla v takovém stavu a rozpoložení, že se pokusila i o sebevraždu pomocí léků. Též sdělila, že následně již nikdy nenašla dostatek síly, aby si školu chtěla dodělat. Pokoušela se pracovat na více místech, nejčastěji pak v „chráněné dílně“. Práce samotná ji velmi bavila, byla pro svoji pracovitost i opakovaně chválená, na pracovišti převažovaly dobré vztahy. Míša ale nezvládala posléze překonat dopady nemoci a začala zůstat sama doma, kde trávila celé týdny. Občas ji navštívil někdo z přátel a hlavně pak její maminka. U ní vnímá trvalou snahu o zabezpečení jejích základních potřeb, aby ve své domácnosti měla jídlo, uklizeno a též je povzbuzována, aby se snažila vrátit do běžného způsobu života, konkrétně alespoň na pár hodin do práce. Míša pobírá částečný invalidní důchod, plný invalidní důchod jí nebyl přiznán, ačkoli nyní žije dlouhodobě (cca 2 roky) ve stavu, kdy není schopna do práce

docházet a to ani krátkodobě. Její finanční zdroj je tedy velmi omezený, v případě potřeby má v tomto směru oporu v matce. Též zde lze uvést, že Míša žije velmi skromně a nenáročně a že její přání se neubírají ve směru hmotných potřeb. V průběhu dosavadního života měla několik partnerů, ale u žádného z nich se nejednalo o vztah, který by ji posiloval, spíše převládala minimální perspektivnost těchto vztahů. Její poslední vztah, s dobou trvání asi tři roky, vzájemnou náklonnost nepostrádal, ale z hlediska poskytnutí potřebné jistoty a zajištění, byl spíše zátěží než přínosem pro zlepšení jejího psychického stavu. Důvodem byl fakt, že její přítel nevydržel stabilně pracovat.

### **Rodinná anamnéza**

Míša má oba žijící rodiče i prarodiče a jednu cca o dva roky mladší sestru, která je oproti ní dominantní a energická. Poznamenal jí rozchod rodičů, který se odehrál asi v jejích sedmi letech a následně i naprostý nezájem ze strany jejího otce i jeho rodičů o její osobu. Otec ji téměř nikdy nekontaktoval a neprojevil žádný zájem jí pomoci. Podobně jeho rodiče. Míša po odchodu otce cítila určitou „prázdnost“, „že jí zkrátka v životě něco či někdo chybí“ Vinu nikomu nedává, ale připouští, že tato okolnost mohla sehrát při jejím onemocnění svoji roli. Ze strany maminky a jejích rodičů lásku jistě měla, ale v mezích rodinných zvyklostí, navenek jen málo projevovanou. Její maminka má také psychické potíže, hlavně depresivní stavy, které ale za pomoci léků překonává. Protože chodí do náročné práce, tak v souhrnu se starostí o Míšu a s dalšími problémy, se vyrovnává se životní zátěží velmi těžce. Tím je také, minimálně zčásti, jejich vzájemný vztah určený. Se sestrou měla dříve spíše odtažitý vztah, nyní, když se sestře narodila dcerka, je jejich vztah lepší, v ojedinělých případech je Míša schopná a ochotná jí i pohlídat na několik hodin dítě. Partnerské vztahy, charakterizované v předešlém bodě, jí nemohly potřebu jistoty, bezpečí a citu nahradit. Proto lze konstatovat, že u Míši se v souhrnu daných okolností od mládí projevoval citový deficit, umocňovaný její vnímavou, zranitelnou psychikou.

### **Průběh nemoci**

Zhruba v 15 letech onemocněla anorexií. Podle svých vzpomínek nejdříve přibrala z 50 kg (při výšce 165 cm) na 53kg (BMI 19,5), a proto chtěla váhu zpět snížit. Tím odstartovala celý proces. Začala hubnout a už nemohla přestat. Počítala při jídle kalorie, dovolovala si každý den maximálně 3000KJ. Přesto se cítila dlouhou dobu psychicky

dobře, dokonce i v situaci, když se dostala před dovršením v 18 let na 37 kg (BMI 13,6). Poté jí už váha dolů neklesala, ačkoli stále jedla max. uvedených 3000KJ/den. V 19 letech jí byla diagnostikovaná atypická bulimie, příznačná podle jejích vzpomínek tím, že se mimořádně přejídala, ale nikdy nezvracela. Tuto okolnost, vnímá tak, že jí ona absence zvracení zachránila. Z jejího pohledu byla pro ni nemoc „noční můra“, kdy si přiznává, že jí jídlo zcela ovládalo. Nesla svoje stavy těžce. Považuje toto období za psychicky nejhorší, což se projevilo i dvěma pokusy o sebevraždu. Ze školy odešla v důsledku svého psychického stavu před maturitou. V období bulimie se dostala často do takového jedení, že nemohla přestat. Nekontrolovatelné přejídání trvalo zhruba do 21 let, kdy vážila až 70 kg (BMI 25,7). Dále uvádí, že ve věku 22 let jí byla zjištěná hraniční porucha osobnosti a tento stav trvá dodnes. Je doprovázený depresemi, úzkostí, pocity osamocení apod. Později přejídání „jako zázrakem“ odeznělo, začala jíst normálně, nedodrhuje jídelníčky, jí přiměřeně, podle potřeby. Při jídle ji nedoprovází žádné výčitky, ale zůstaly jí uvedené psychické problémy - deprese a úzkosti. Deprese jsou časté, zhruba 50% všech dnů, si připadá osamělá, nepochopená, znechucená světem a též se cítí tak trochu jako dospělé dítě. Cítí velký blok v komunikaci s lidmi. Trvale je v ambulantní péči psychiatra. Též navštěvuje 1x měsíčně psycholožku. Ve věku 24 let jí byl přiznán invalidní důchod I. stupně.

### **Současná situace a prognóza**

Pro současnou situaci je příznačné, že se výkyvy a psychické stavy charakterizované jak MA, tak MB stabilizovaly, ale že u ní přetrvávají pocity deprese, úzkosti, sociální blok apod. Žádost o přiznání plného invalidního důchodu (3. stupeň) jí byla komisí zamítnuta, ačkoli jeho přiznání psychiatr, ke kterému dochází, doporučoval. Žije sama ve své domácnosti, kterou zvládá udržovat, někdy i za pomoci své matky. U této dívky je zdravotní prognóza poměrně nepříznivá, přestože její fyzické problémy z doby onemocnění PPP jsou stabilizovány. Ovšem její psychické problémy trvají dlouho a stále se nezlepšují. Podle informací z vyplněného dotazníku má dívka závažné emocionální a komunikační problémy stejně jako potíže i se svým sebepojetím. Tato dívka je emočně nestálá a má poměrně nejasné a narušené představy o sobě samé, o svých cílech a preferencích, také pociťuje chronické pocity prázdnoty.



### Pravděpodobné příčiny vzniku PPP

Jako u jiných pacientů je těžko určit, co přesně byla hlavní příčina. Lze ale usoudit, že se na vzniku PPP v jejím případě odrazil citový deficit, odchod otce z rodiny a jeho následné chování a zřejmě i určité genetické dispozice. Tím je myšlena kombinace její citlivé a vnímavé povahy, určité zranitelnosti psychiky a faktu, že v rodině nemá psychické problémy sama, že mohly vzniknout i na základě podnětu, který by někdo jiný přestál bez úhony.

### 1.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3

#### Osobní anamnéza

Tereze je 31 let, v současné době působí jako lékařka pro dospělé, žije s manželem v RD a společně vychovávají téměř 3letou dceru. Od narození byla vnímavé a nadprůměrné dítě, a to se projevovalo již na prvním stupni základní školy. V porevoluční době nebyl takový výběr škol, třídy byly smíšené a nebyla větší možnost vybrat si třídu pro aktivnější děti – lačné po poznání. Již tedy na ZŠ vybočovala, když vyhrávala mnoho soutěží např. ve zpěvu, recitaci, jazycích. Dokonce byla zvolena i Miss školy. Všechny výše uvedené okolnosti se staly jejím problémem. Nejprve vadila svoji rychlostí ve výuce a učení třídní učitelce 2. třídy ZŠ, proto ji rodiče tehdy přehlásili od 3. třídy do třídy se zaměřením na jazyky ve stejném městě. V této třídě se jí líbilo, ale její problémy v kolektivu pokračovaly, jelikož se i zde stala opakovaně premiantkou a opět vyhrávala řadu soutěží, dokonce se zapojovala i do nadační činnosti apod. Spolužáci ji začali šikanovat, a dokonce i mužského pohlaví. Opakovaně se vše řešilo s třídní učitelkou, rodiči a ředitelkou školy. Proto také přestoupila od šesté třídy na osmileté gymnázium v domnění, že si polepší, a že zde určitě budou chytřejší a rozumnější děti. Problém byl ovšem v tom, že řada bývalých spolužáků přestoupilo s ní a tak i její „historie týkající se šikany“ se přenesla i do nové školy, kde stále pokračovala! Vše se upravilo až s nástupem puberty, a hlavně také se změnou její vizáže. Do té doby nosila výrazné „socialistické“ brýle a rovnátka. Obrat nastal hned po prázdninách, kdy si na radu sestry, vyměnila brýle, upravila účes a změnila šatník. Na rozdíl od předchozích let, kdy „hltala“ výuku z prvních lavic si při nástupu do třídy již sedla do poslední lavice, a tak její změna byla opětována kolektivem. Také v této době 15 let prožívala svoji první platonickou lásku, kdy objektem

jejího zájmu byl velmi slušný kluk, avšak s velkým respektem celé třídy, a proto ji chránil a pomáhal se vymanit ze zajetí šikany. Jednalo se celkem o cca 1 rok šťastného období, provázeného krásnou dobou tanečních. V té době její sebehodnocení bylo příznivé a sama sobě se jako žena moc líbila.

Přibližně asi za dva roky, tedy v době 17 let, potkala dalšího přítele, jejího prvního manžela, se kterým prožila necelých 7 let v páru. Právě jemu, Tereza přičítá značný podíl na vzniku své poruchy příjmu potravy. Její přítel byl atraktivní, studoval 1. ročník stomatology a měl rád štíhlé, vysoké a krásné ženy, proto začala hubnout a nosit vysoké podpatky.

### **Rodinná anamnéza**

Tereza pochází z katolické rodiny, prožila šťastné harmonické dětství, s rodiči měla a stále má krásný vztah, vyrůstala společně spolu s o 4,5 let starší sestrou, se kterou si také velice rozumí. Rodiče byli pyšní na její výkony, které byly především motivovány pouze ctižádostí a perfekcionismem převážně ze strany Terezy. Zároveň je trápil fakt, týkající se nepřijetí jejich dcery školním kolektivem, a proto se jí vše snažili vynahradit důslednou a láskyplnou rodinnou péčí. S maminkou jsou jako nejlepší kamarádky, a tak kromě choroby týkající se PPP, nikdy neměla problémy se jí s čímkoliv svěřovat. Tereza z minulosti své rodiny také přiznává, že její matka trpěla po porodu poporodní depresí, a také proto nemohla být již od narození kojena.

### **Průběh nemoci**

Poruchou příjmu potravy, a to konkrétně MA, začala trpět cca od 17 let věku, kdy její onemocnění začalo nenápadně v době studií na Gymnáziu. Tereza nikdy nebyla vysoká, měří 165 cm, zato byla štíhlá, a začala být štíhlejší pro atraktivnost u svého partnera ještě mnohem více. Postupně ji nemoc pohltila, nejedla prakticky nic víc než pouhé jedno jablko denně, a to ještě z ½ vyplivané, protože vysávala z ovoce pouze šťávu. Odmaturovala s váhou 38 kilo, což při její výšce odpovídá BMI 14. Svému tehdejšímu přítelovi a budoucímu manželovi se líbila, nikdy na její hubenost či na fakt, že nejí, neřekl jedinou poznámku a nikdy se nedivil. Jako další problém související s nemocí popisuje další okolnost, že se ve věku 18 let intimně sblížili, ale její přítel toho později začal litovat, jelikož je ortodoxní katolík a měl pocit, že neudělal správně, a že se tato událost měla

odehrát až po svatbě, stejně jako v případě jeho rodičů. On sám byl, nejen v této době, značně nevyrovnaný, a to Tereze také uškodilo. Právě tyto okolnosti patřily mezi další důvody, proč měla nízké sebehodnocení a špatně se přijímala jako žena, a zároveň si též myslela, že není dost atraktivní a štíhlá, když jí její partner odmítá. Přes veškeré tyto neshody se opakovaně rozcházel a dávali dohromady. Po maturitě nastoupila také na medicínu, ovšem nechtěla stejnou fakultu, ale osud je opět spojil. Po dobu studií v prvním ročníku medicíny stále trpěla MA, ale pro náročnost studia nemohla tento stav nejdenní vydržet, a tak její choroba se překlenula v mentální bulimii. Na koleji si schovávala jídlo a zvracela, když spolubydlící odešly. Celou dobu nemoc pečlivě tajila, jak před svým partnerem, tak i svojí rodinou, která ji již podezírala, ale ona se odmítala v této době ještě svěřit se svým problémem a pro samotnou Terezu to bylo velice vyčerpávající. Ve 2. ročníku medicíny se při dávení poranila v krku a lehce krvácela, a právě to považuje za alarmující moment. Vzhledem k její počínající znalosti anatomie se začala o sebe velmi obávat a rozhodla se vyhledat pomoc. Navštívila psycholožku v Praze, která ji jen řekla: „Musíte začít jíst, pomalu, ale jistě!“. Bylo to pro ni obtížné, jelikož do té doby mnohokrát chodila do jídelny a pouze se dívala na lidi jak normálně jí, a pak s pláčem vždy odcházela, protože ona sama toho nebyla schopna bez následného zvracení. V tu dobu, ale pocítila obrovské odhodlání změnit svůj život a skončit s cca 4 roky trvající chorobou, a proto hned to odpoledne navštívila jídelnu a dala si malou porci jídla, které již nevyvrátila. Tekly jí slzy štěstím a radostí, že to dokázala. Ten den odjela navštívit své rodiče a vše jim popravdě řekla, a hlavně u ní nastala obrovská psychická úleva po šíleném období lží a výmluv. Rodiče ji podpořili a ona sama si začala psát stravovací deník a poctivě jíst, také si koupila knihu od F. D. Krcha, a postupně se tak systematicky sama léčila. Od té doby zvracela již jen 2x v průběhu 2 měsíců, poté již nikdy. Její zdravotní stav se zlepšil, shodila několik kilogramů otoků z nedostatečné výživy při bulimii a dala se do pořádku. Přetrvávajícím problémem byla její psychika, cítila, že to není vše jen o jídle, a tak měla potřebu si s někým popovídat o hrozném období života, proto začala navštěvovat v místě studia skupinovou terapii, se kterou byla spokojena a moc jí pomohla. Díky terapii a víře si uvědomila sílu své vůle se poprat s touto zákeřnou nemocí. Z velké radosti nad svým vítězstvím a snad i z pocitu vděku, že s ní partner po celou dobu vydržel, si ho nakonec ve 3. ročníku medicíny vzala za manžela. Velkou roli v tom také hrála i snaha žít s ním

normálním životem. Celý jejich vztah byl již od samého počátku trochu patologický a hlavně nezralý, proto ho v 6. ročníku medicíny ukončili rozvodem. I v tomto velmi náročném období u ní již nemoc nepropukla.

### **Současná situace a prognóza**

Před 3 lety se opět vdala za svého současného manžela – o 7 let staršího chirurga, se kterým mají 3letou zdravou dceru. Tereza pevně doufá, že ji jednou v problematice vzhledu, váhy a dospívání bude moci být průvodcem a rádcem a bude se ji snažit ochránit od diktátu nesmyslných diet a štíhlostí. V současné době má občas psychické problémy, které jsou zapříčiněny převážně náročností jejího povolání, kdy se připravuje na atestaci, pracuje na plný úvazek jako obvodní lékařka a občas i jako koroner. Prognóza zdravotního a psychického stavu je poměrně příznivá, uplynulo již téměř 10 let od onemocnění a začátku léčby.

### **Pravděpodobné příčiny vzniku PPP**

I v tomto případě je příčina propuknutí choroby multifaktoriální. Na rozdíl od předchozích 2 případových studií, zde velkou roli nehrála rodina, protože Tereza zažila harmonické a šťastné dětství a má dle svých slov úžasné rodiče. Problém a spouštěč ze strany zevních vlivů spatřuji v šikaně v období dětství a dospívání, nevyrovnaném partnerovi, preferující krásu a štíhlý vzhled, odmítání partnerem jako ženy. Co se týče možných vnitřních příčin tak lze uvést sklony k perfekcionismu, vysoké aspirace a snaha uspět před ostatními, které jsou patrné již od dětství. Určitou roli mohly sehrát i genetické dispozice, jelikož její maminka trpěla poporodní depresí.

## 2 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU

V úvodu této kapitoly se zaměříme na charakteristiku dotazníku stravovacích poruch. Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, zda se mezi dospívajícími dívkami vyskytují některé rizikové postoje, které by mohly vyvolat poruchu příjmu potravy. Součástí šetření jsou i některé zajímavé informace z vyplněných dotazníků od 3 již vyléčených dívek s poruchami příjmu potravy.

Dotazník, jehož plné znění je: **Dotazník stravovacích poruch EDI** (Eating disorder inventory) vznikl v roce 1983. Za autory tohoto dotazníku jsou považováni David M. Garner, M. P. Olmsted a J. Polivy. Tento dotazník se používá pro zjišťování psychologických a behaviorálních charakteristik MA a MB. EDI je 64 položková sebehodnotící škála. Tyto otázky jsou dále rozděleny do 8 kategorií, které zjišťují potřebu zhubnout, bulimii, nespokojenost s vlastním tělem, neúčinnost, perfekcionismus, interpersonální stres, interoreceptivní vnímání a strach z dospívání. Jednotlivým odpovědím jsou přiřazena různá bodová ohodnocení (nejextrémnější anorektické odpovědi se hodnotí 3 body, ty hned za nimi 2 body a ty na 3. nejextrémnějším místě 1 bodem, zbylé 3 odpovědi se hodnotí nulou). Tento způsob vyhodnocení zjišťuje, zda konkrétní respondent vykazuje charakteristiky MA a MB a v této diplomové práci jsme ho použili pro 3 dívky, které v minulosti trpěly poruchou příjmu potravy pro zjištění jejich současných postojů. Naším hlavním cílem je ovšem zjistit jak závažná je situace u adolescentů jako celkové skupiny a ověřit hypotézu: „Nespokojenost s vlastním tělem je u 50% dotazovaných respondentů“.

Dotazník stravovacích poruch EDI byl zadán 60 studentům střední odborné školy v Písku. Na počátku byli respondenti poučeni jak správně vyplnit tento dotazník. Dotazovaní měli za úkol křížkem označit u všech tvrzení vždy jen jednu možnost, kterou považovali v jejich konkrétním případě za nejbližší. Jednalo se o 6 možných odpovědí: Vždy, Obvykle, Často, Někdy, Zřídka a Nikdy. Dotazníky byly vyplněny v prosinci 2014 a sloužily pouze pro potřeby průzkumu v této práci. Celkem se výzkumu zúčastnilo 60 respondentů, a to převážně ženského pohlaví. Konkrétně z 60 studentů bylo přítomno pouze 5 chlapců a zbytek počtu tvořily odpovědi od 55 dívek. Dotazníky byly vyplněny anonymně a jediné údaje, které studenti uváděli, byly: věk a pohlaví. Většina z těchto

studentů byla šestnáctiletá. Tvrzení z dotazníků jsme rozdělili do 8 kategorií podle postojů k jednotlivým oblastem. Přehled těchto kategorií je uveden v následující tabulce č. 1.

Tabulka č. 1

Zařazení otázek k jednotlivým kategoriím

Kategorie	Otázky z dotazníku
1. Potřeba zhubnout	1, 7, 16, 25, 32, 47, 49
2. Bulimické chování	4, 5, 11, 28, 38, 46, 53, 61, 64
3. Nespokojenost s vlastním tělem	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62
4. Obavy z dospívání	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58
5. Vztahy v rodině, nároky rodiny	13, 29, 43,
6. Sebepojetí	10, 20, 24, 27, 36, 37, 41, 42, 50, 52, 63
7. Emocionální problémy	8, 15, 21, 26, 33, 40, 44, 51, 56, 57, 60
8. Interpersonální vztahy	17, 18, 23, 30, 34, 54

(Duháčková, 2013, s. 46)

Při vyhodnocování jsme zjišťovali, kolik % respondentů zvolilo jednu z možností tzv. rizikové trojice. Za rizikovou trojici považujeme dle tvrzení v dotazníku tzv. odpovědi: V-O-Č (Vždy-Obvykle-Často) nebo N-Z-N (Někdy-Zřídka-Nikdy). Závažnost situace jsme vyhodnocovali dle tabulky č. 2.

Tabulka č. 2

Hodnocení situace

Situace	Relativní koeficient závažnosti situace	Četnost výskytu v %
Velmi vážná	1	90-100
Závažná	2	65-89
Pravděpodobně závažná	3	36-64
Může být závažná	4	11-35
Nezávažná	5	0-10

(Duháčková, 2013, s. 46)

### 3 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKŮ

Data získaná z průzkumu byla statisticky zpracována v programu MS Excell. V tomto programu byly vytvořeny tabulky a následné grafy, které posloužily k zhodnocení výsledků. Dále byly tabulky využity pro celkové zhodnocení jednotlivých kategorií v závěrečné části následující kapitoly.

#### 3.1 KATEGORIE - POTŘEBA ZHUBNOUT

##### 3.1.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU

Do této kategorie – Potřeba zhubnout jsme zařadili dle tabulky č. 1 otázky zabývající se problematikou hubnutí a diet a s tím souvisejícím i strachem z tloustnutí. Jedná se konkrétně o 7 otázek z dotazníku č. 1, 7, 16, 25, 32, 47, 49. Tyto otázky stejně jako i ostatní v následujících kategoriích se ovšem vyskytují v jiném číselném pořadí. Kritériem tohoto odlišného řazení jsou vzájemné souvislosti mezi otázkami a řazení otázek je tedy následující: 1, 7, 32, 16, 49, 25, 47.

Tabulka č. 3

*Otázka č. 1 Jím sladkosti a uhlohydráty, aniž by mě to znervózňovalo*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	10	7	12	18	8	0
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>18%</b>	<b>13%</b>	<b>22%</b>	<b>33%</b>	<b>15%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		53%			47%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	2	1	0	2	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>13%</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>	<b>13%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		53%			47%		

Jak je vidět z výše uvedené tabulky č. 3 tak 47% všech respondentů odpovědělo z trojice možností N-Z-N. Podle této četnosti výskytu můžeme považovat celkovou situaci dle tabulky č. 2 jako za pravděpodobně závažnou. Po zhodnocení výsledků mezi dívky a chlapci zjišťujeme, že více závažná je situace u dívek (47%N-Z-N) oproti chlapcům, kteří dosáhli 40%. 60% chlapců tedy v této kategorii není nervózní, pokud používá sladkosti a

uhlohydráty. U této otázky byl studentům vysvětlen pojem uhlohydráty<sup>82</sup>, jelikož se v průběhu vyplňování dotazníků ptali na význam tohoto slova.

Tabulka č. 4

Otázka č. 7 *Myslívám na diety*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	6	5	11	10	8	15
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>20%</b>	<b>18%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	1	2	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	60	6	5	12	12	10	15
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		38%			62%		

Výsledky z tabulky č. 5 ukazují, že na diety myslí vždy, obvykle nebo často 38% respondentů, situace tedy může být pravděpodobně závažná. I v této otázce se dívky ukázaly, že na diety myslí poměrně často, dosáhly 40%, zatímco chlapci dosáhli 20%.

Tabulka č. 5

Otázka č. 32 *Hodně se v duchu obírám myšlenkami, abych byla štíhlejší*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	13	6	13	6	10	7
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>24%</b>	<b>11%</b>	<b>24%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>	<b>13%</b>
riziková trojice odpovědí		58%			42%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	3	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	60	13	7	14	9	10	7
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>22%</b>	<b>12%</b>	<b>23%</b>	<b>15%</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>
riziková trojice odpovědí		57%			43%		

Podle výsledků z tabulky č. 7 se 57% dotazovaných zaobírá myšlenkami na štíhlost, situace může být pravděpodobně závažná. Méně riziková se jeví kategorie chlapců, kteří

<sup>82</sup> Uhlohydráty jsou nejlepším zdrojem energie pro organismus a poskytují tělu potřebné palivo, aby mohlo fungovat. Naše tělo rozloží uhlohydráty na krevní cukr neboli glukózu, která je vhodným zdrojem energie pro buňky. Existují 2 typy uhlohydrátů. Jedná se o jednoduché uhlohydráty tzv. cukry a komplexní uhlohydráty tzv. škroby. Cukry představují krátkodobý zdroj energie, zatímco škroby poskytují trvalý příjem energie po delší dobu. Uhlohydráty se vyskytují převážně v obilovinách a výrobcích z obilovin, bramborách, zelenině a ovoci.



dosáhli V-O-Č 40%. Dívky se zaobírají myšlenkami na štíhlost více, poněvadž získaly 58%.

Tabulka č. 6

Otázka č. 16. Děsím se představy, že bych mohla přibývat na váze

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	17	5	10	10	5	8
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>31%</b>	<b>9%</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		58%			42%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	2	1	
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	60	17	6	11	12	6	8
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>28%</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>	<b>13%</b>
riziková trojice odpovědí		57%			43%		

Otázka č. 16 ukazuje, že představa, že přiberou, se děsí celkem 57% respondentů, celková situace je tedy pravděpodobně závažná. Za povšimnutí stojí i odpověď Vždy, kterou použilo 31% dívek. U chlapců převládaly méně rizikové odpovědi, protože 60% chlapců zvolilo odpovědi ve škále N-Z-N.

Tabulka č. 7

Otázka č. 49 Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibývat.

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	9	9	3	10	19
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>5%</b>	<b>18%</b>	<b>35%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	1	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	60	5	9	9	4	11	22
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>37%</b>
riziková trojice odpovědí		38%			62%		

Procentuálně vyjádřeno, trojice celkových odpovědí V-O-Č zaujímá 38%, situace může být pravděpodobně závažná. Situace je závažná pouze u dívek, které rizikové odpovědi zvolily 42%, zatímco chlapci odpověděli ve škále N-Z-N plnými 100%.

Tabulka č. 8

Otázka č. 25 Až moc si беру to, kolik vážím

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	10	3	6	13	8	15
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>18%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>24%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	2	2	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		37%			63%		

V těchto otázkách nalezneme odpověď, že 37% všech dotazovaných se zaobírá hmotností svého těla a příliš „řeší“ svoji váhu. Situace tedy může být pravděpodobně závažná. Překvapivé je, že v této otázce dosáhli rizikovějších hodnot chlapci svými 60% ve škále V-O-Č.

Tabulka č. 9

Otázka č. 47 Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycená

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	4	10	12	17	10
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>	<b>18%</b>
riziková trojice odpovědí		29%			71%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	0	4
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>17%</b>	<b>22%</b>	<b>28%</b>	<b>23%</b>
riziková trojice odpovědí		27%			73%		

Po konzumaci normálního jídla se cítí přesyceno 27% celkových respondentů, situace může být tedy závažná. Opět jsou markantní rozdíly mezi odpověďmi dívek a chlapců. Chlapci v této otázce odpověděli ve škále méně náchylné ke vzniku PPP a to plnými 100%, zatímco riziková odpověď dívek tvořila 29% v kategorii V-O-Č.

### 3.1.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

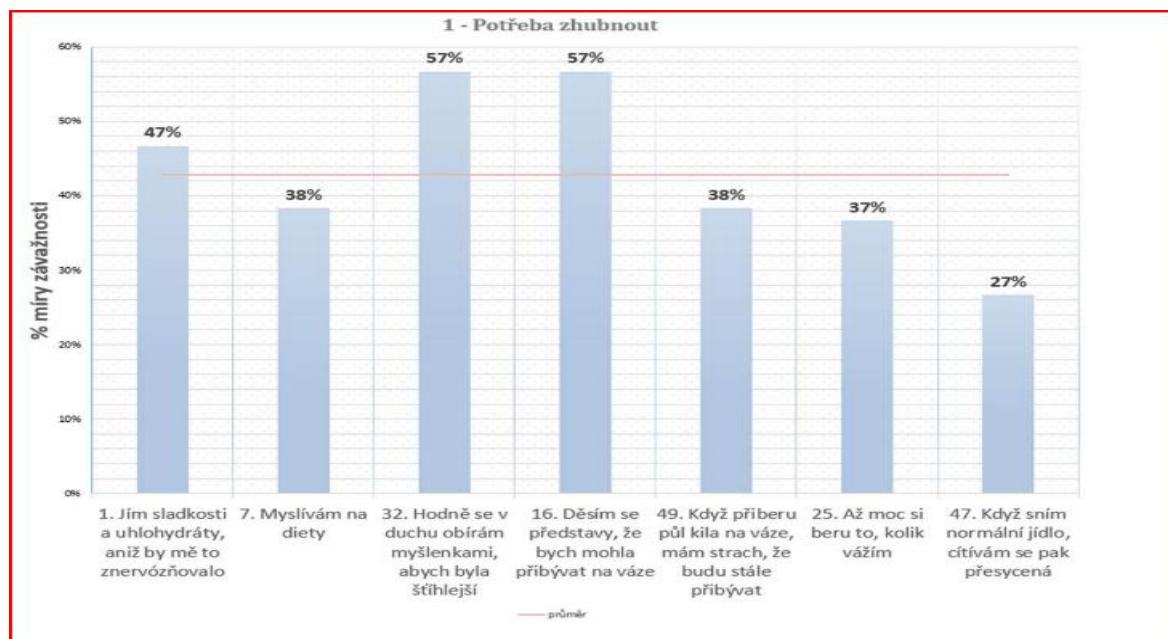
V této kategorii bylo uvedeno celkem 7 otázek, které zjišťovaly, jakou mají dotazovaní adolescenti potřebu zhubnout. Jedná se poměrně o důležitou kategorii, protože diety a potřeba zhubnout patří mezi možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Podívejme se na výsledky z průzkumu podrobněji. V šesti případech byla dle relativního koeficientu závažnosti situace pravděpodobně závažná a pouze u poslední otázky situace závažná. Celkově tedy můžeme vyhodnotit výsledky této kategorie jako pravděpodobně závažné, podle průměru dosáhly dle četnosti výskytu 43%. U dívek z případové studie lze vyzorovat největší tendence k hubnutí u dívky č. 1, která dosáhla v této kategorii 19%. V současné situaci tato dívka nedrží žádné drastické diety, její váha je přiměřena, ale přesto omezuje sladkosti a maso a často ji děsí představy, že by mohla přibývat na váze. Shrnutí této kategorie u dívek z případové studie je znázorněno v níže uvedené tabulce a situace u adolescentů včetně procentního vyjádření v grafu č. 1.

Tabulka č. 10

Počet otázek v kategorii: 7

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii potřeba zhubnout	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	4	19%	21	100	4
Dívka z případové studie 2	1	5%	21	100	5
Dívka z případové studie 3	0	0%	21	100	5

Graf č. 1: Potřeba zhubnout



## 3.2 KATEGORIE – BULIMICKÉ CHOVÁNÍ

### 3.2.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Do této kategorie jsou zařazeny tyto otázky v tomto pořadí: 4, 64, 5, 11, 28, 38, 46, 61, 53. Tyto otázky jsou zaměřeny na přejídání, ale také i na emocionální stránku možného bulimického chování. Některá tvrzení poukazují na možnosti, že respondenti mohou řešit své emocionální problémy jídlem anebo jejich přejídání může vyvolat případně bulimii. Některé otázky jsou zaměřeny na přejídání se o samotě či potají což je typické pro tuto PPP.

Tabulka č. 11

Otázka č. 4 Jím, když mám zkaženou náladu

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	3	4	18	14	12
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>33%</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	2	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>12</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>33%</b>	<b>27%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		

20% dotazovaných uvedlo, že jí, když mají zkaženou náladu, protože uvedli rizikovou odpověď vždy, obvykle a často. Tito respondenti se snaží své emocionální problémy a případný stres zahánět jídlem. Dle relativního koeficientu závažnosti tato situace může být závažná. Situace je dle procentního vyjádření stejná jak u dívek, tak i u chlapců.

Tabulka č. 12

*Otázka č. 64 Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	4	4	11	11	24
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>44%</b>
riziková trojice odpovědí		16%			84%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	2	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>26</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>43%</b>
riziková trojice odpovědí		15%			85%		

Tento strach vnímá 15% z celkového počtu respondentů, situace může být závažná a to především u dívek, které ohodnotily svou odpověď 16%, zatímco chlapci odpověděli plnými 100% v kategorii N-Z-N, která není riziková.

Tabulka č. 13

*Otázka č. 5 Cpu se jídlem*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	8	9	17	10	6
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>31%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	3	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>33%</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		37%			63%		

Celých 37 % dotazovaných uvedlo, že se cpe jídlem, situace je tedy pravděpodobně závažná a to především u dívek, které se pohybovaly v rizikové kategorii odpovědí 40% oproti chlapcům. Zde je nutné podotknout, že se jedná o špatný stravovací návyk,

kterým dívky mohou zahánět například i stres, který mohou prožívat jak ve školním tak i domácím prostředí. Tato záliba může postupně vést k obezitě a pak díky nespokojenosti s vlastním tělem opět k následným drastickým dietám.

Tabulka č. 14

Otázka č. 11 *Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	6	3	6	10	11	19
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>11%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>35%</b>
riziková trojice odpovědí		27%			73%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	2	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>22%</b>	<b>35%</b>
riziková trojice odpovědí		25%			75%		

Mimořádně silnými pocity viny kvůli přejídání trpí 25% studentů, situace tedy může být závažná. Tyto problémy opět trápí pouze dívky, jelikož chlapci neodpověděli v rizikové trojici odpovědí.

Tabulka č. 15

Otázka č. 28 *Už jsem se někdy dal (a) do takového jedení, že jsem cítil (a), že nemohu přestat*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	1	4	10	9	30
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>	<b>55%</b>
riziková trojice odpovědí		11%			89%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	0	3	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>32</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>17%</b>	<b>20%</b>	<b>53%</b>
riziková trojice odpovědí		10%			90%		

U této otázky si vybralo tuto možnost 10% dívek, situace je na hranici nezávažnosti. Méně ohroženou skupinou jsou zde chlapci, kteří v rizikové trojici dosáhli 0%. V minulosti se tyto problémy ocitly u dívek z případové studie 2 a 3, které trpěly bulimií a v této kategorii dosáhly rizikových hodnot, ale jedná se již o otázku z minulosti.

Tabulka č. 16

Otázka č. 38 *Myslívám na přejídání se*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	1	1	7	19	26
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>35%</b>	<b>47%</b>
riziková trojice odpovědí		5%			95%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	0	1	4
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>30</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>12%</b>	<b>33%</b>	<b>50%</b>
riziková trojice odpovědí		5%			95%		

Z tohoto přehledu lze vyčíst, že na přejídání myslí pouze 5% dotazovaných a to především dívek, situace je v tomto případě považována za nezávažnou stejně jako i u dívek z případové studie.

Tabulka č. 17

Otázka č. 46 *Před jinými jím jen střídě, a když odejdou pak se nacpu*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	4	2	10	13	24
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>18%</b>	<b>24%</b>	<b>44%</b>
riziková trojice odpovědí		15%			85%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	3	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>25</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>3%</b>	<b>18%</b>	<b>27%</b>	<b>42%</b>
riziková trojice odpovědí		13%			87%		

13% dotazovaných v tomto případě přiznalo, že se o samotě nacpe a před ostatními se snaží hlídat. Je to právě tato skutečnost, která bývá jedním z typických projevů bulimie. Dívky odpověděly v rizikové kategorii 15%, zatímco odpovědi chlapců stejně jako dívek z případových studií se vyskytly v kategorii N-Z-N.

Tabulka č. 18

Otázka č. 61 *Tajně ujídám či popíjím*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	0	3	7	9	10	26
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>18%</b>	<b>47%</b>
riziková trojice odpovědí		18%			82%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	1	0	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>29</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>	<b>48%</b>
riziková trojice odpovědí		18%			82%		

Celkem 11 respondentů z 60, tedy 18% dotazovaných uvádí, že tajně ujídá či popíjí a tato situace tedy může být závažná. Odpovědi chlapců v tomto případě převýšily 2% odpovědi dívek v rizikové kategorii V-O-Č. Dívka z případové studie č. 2 získala 2 body z 3 za rizikovou odpověď obvykle.

Tabulka č. 19

Otázka č. 53 *Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral(a) na váze*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	0	3	5	4	41
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>75%</b>
riziková trojice odpovědí		9%			91%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	1	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>44</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>73%</b>
riziková trojice odpovědí		8%			92%		

Rizikovou trojici vybralo celkem 5 respondentů, tedy 8% všech dotazovaných, situaci u této otázky lze považovat za nezávažnou. Z hlediska rizik dopadla lépe skupina chlapců a také dívky z případové studie, které získaly stejně jako chlapci 0% v kategorii V-O-Č a tedy 0 bodů.



### 3.2.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

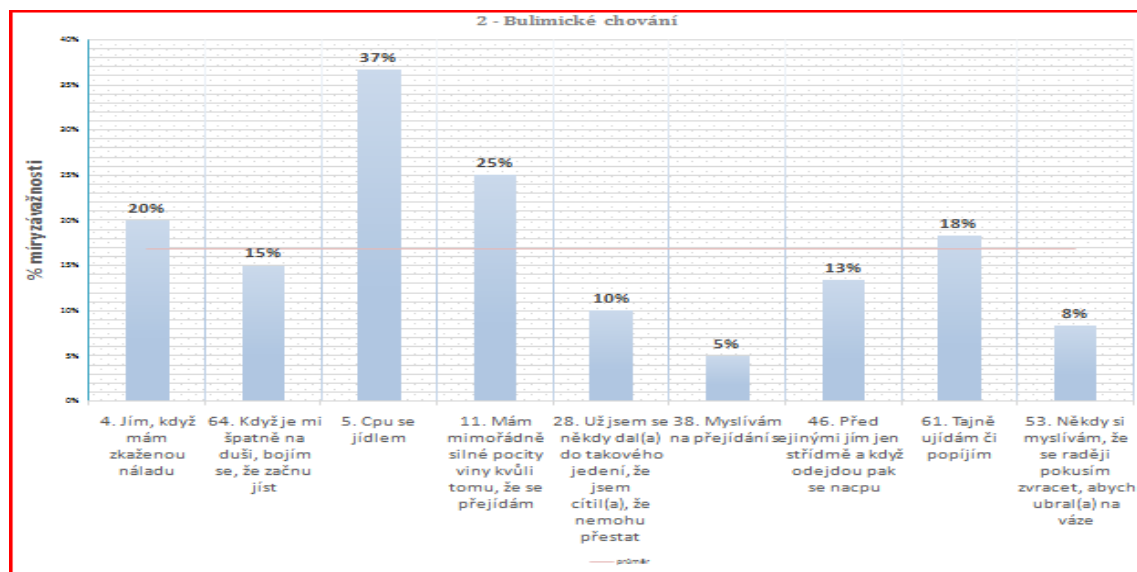
V této kategorii bylo položeno respondentům celkem 9 otázek. Ve třech případech nám vyšla dle četnosti výskytu odpovědí situace jako nezávažná, v 5 případech situace může být závažná a pouze v jednom případě u otázky č. 5: Cpu se jídlem jako situace pravděpodobně závažná. Jako rizikový postoj u MB lze považovat zvracení u dívek a v našem případě se vyskytla tato riziková odpověď u 5 dívek (2 uvedly ve svých odpovědích vždy a 3 často). Za závažný lze také považovat řešení emocionálních problémů pomocí jídla u otázek č. 4 a 64. Celkový průměr závažnosti situace u devíti otázek je 17% a situace tedy může být závažná. U dívek z případové studie dosáhla dívka č. 2 19% a situace může být tedy u ní být závažná. Shrnutí této kategorie u dívek z případové studie je znázorněno v níže uvedené tabulce a situace u adolescentů včetně procentního vyjádření v grafu č. 2

Tabulka č. 20

Počet otázek v kategorii: 9

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii bulimické chování	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	0	0%	27	100	5
Dívka z případové studie 2	5	19%	27	100	4
Dívka z případové studie 3	2	7%	27	100	5

Graf č. 2: Bulimické chování



### 3.3 KATEGORIE - NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM

#### 3.3.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Otázky č. 2, 12, 45, 62, 9, 55, 31, 59, 19 zjišťují, jak jsou dotazovaní spokojeni či nespokojeni s vlastním tělem. Tyto otázky se zaměřují především na problémové partie u žen, jako jsou boky, hýždě a stehna. Zajímavé je, že v tomto otazníku se nevyskytuje hodnocení břicha, ale pouze hodnocení velikosti žaludku. Nespokojenost s těmito partiemi těla je poměrně běžná a to především u dívek či žen. Ovšem to samozřejmě nepoukazuje hned na možnou problematiku vzniku PPP.

Tabulka č. 21

Otázka č. 2 *Myslím si, že mám příliš velký žaludek*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	7	8	6	12	8	14
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>	<b>22%</b>	<b>15%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		38%			62%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	3	0	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
Celkem respondentů	60	7	8	9	12	10	14
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>	<b>23%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		

Jako jednu z rizikových odpovědí v kategorii V-O-Č si vybralo celkem 40% respondentů, a tak můžeme konstatovat, že situace je pravděpodobně závažná. S myšlenkou příliš velkého žaludku se dle procentního vyjádření (60%) více ztotožňují chlapci. V období růstu u chlapců nemůžeme s touto odpovědí být ale překvapeni, jelikož chlapci mají velký příjem potravy a proto mohou mít pocit, že mají příliš velký žaludek.

Tabulka č. 22

*Otázka č. 12 Myslím si, že můj žaludek je právě tak veliký, jak má být*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	13	4	2	12	20	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>24%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>22%</b>	<b>36%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	2	0	0	1	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	60	15	4	2	13	22	4
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>25%</b>	<b>7%</b>	<b>3%</b>	<b>22%</b>	<b>37%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		

O správné velikosti svého žaludku není přesvědčeno 65% dotazovaných. Tato situace je na hranici mezi pravděpodobně závažnou a závažnou situací. Rizikovější je situace u dívek, kdy 65% nepovažuje svůj žaludek za tak velký, jak má být.

Tabulka č. 23

*Otázka č. 45 Myslím si, že mám příliš široké boky*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	10	10	6	10	6	13
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>	<b>24%</b>
riziková trojice odpovědí		47%			53%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	3	1	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		80%			20%		
Celkem respondentů	60	10	11	9	11	6	13
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>17%</b>	<b>18%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>	<b>10%</b>	<b>22%</b>
riziková trojice odpovědí		50%			50%		

Celkem polovina všech dotazovaných, tedy 50% je přesvědčeno, že jejich boky jsou příliš široké, jelikož vybrali jednu z rizikových odpovědí V-O-Č. Zajímavé jsou výsledky u

chlapců, kteří dosáhli 80% oproti dívkám. Možná se jedná ale o výjimku potvrzující pravidlo, jelikož problém širokých boků většinou řeší ženské pohlaví.

Tabulka č. 24

*Otázka č. 62 Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	54	9	4	4	6	12	19
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>11%</b>	<b>22%</b>	<b>35%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	2	1	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>59</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>22%</b>	<b>36%</b>
riziková trojice odpovědí		29%			71%		

Se svými dolními proporcemi je spokojena celkem 29% respondentů, zatímco 71% všech dotazovaných si toto o svých bocích nemyslí. Situaci lze hodnotit jako závažnou. Zajímavé jsou také rozdílné odpovědi mezi dívkami a chlapci, jelikož chlapci uvedli 100% nespokojenost v této partii a dívky jenom 69% nespokojenost, když odpověděly v rizikové kategorii N-Z-N.

Tabulka č. 25

*Otázka č. 9 Myslím si, že mám moc tlustá stehna*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	18	10	3	6	3	15
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>33%</b>	<b>18%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>5%</b>	<b>27%</b>
riziková trojice odpovědí		56%			44%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	1	3	0	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		100%			0%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>32%</b>	<b>18%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		

O tomto tvrzení je přesvědčeno celkem 60% všech respondentů, situace je pravděpodobně závažná. Podobně jako u otázky týkající se boků i zde jsou chlapci více

nespokojeni se svými stehny, jelikož odpověděli v rizikové trojici odpovědí 100%. Nespokojenost u dívek v oblasti stehen vyjadřuje 56%.

Tabulka č. 26

*Otázka č. 55 Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	7	5	5	9	13	16
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>24%</b>	<b>29%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	0	3	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>	<b>30%</b>
riziková trojice odpovědí		28%			72%		

S tímto výrokem je spokojeno celkem 28% respondentů a 72% není spokojena s velikostí a rozměry svých stehen jelikož odpověděli v rizikové trojici odpovědí N-Z-N, situace je u studentů závažná. V této oblasti převládá nespokojenost se svým tělem opět u chlapců.

Tabulka č. 27

*Otázka č. 31 Líbí se mi tvar mých hýždí*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	8	4	5	9	11	18
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	0	2	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>22%</b>	<b>35%</b>
riziková trojice odpovědí		28%			72%		

S tvarem vlastních hýždí je spokojeno pouze 28% všech dotazovaných. Závažnost situace určuje ale riziková trojice odpovědí N-Z-N, která u tohoto výroku získává 72% a situace je zde závažná. S tvarem svého pozadí nejsou opět spokojeni chlapci, jelikož odpověděli zřídka a nikdy.

Tabulka č. 28

Otázka č. 59 *Myslím si, že mám příliš velký zadek*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	13	5	5	5	11	16
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>24%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	2	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>17</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>22%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>18%</b>	<b>28%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		

S tímto rizikovým tvrzením se ztotožňuje celkem 42% respondentů. Celkově situace může být závažná. V tomto výroku se procentuálně téměř neliší odpovědi dívek a chlapců.

Tabulka č. 29

Otázka č.19 *Jsem spokojena s tvarem svého těla*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	58	5	10	4	11	10	18
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>31%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	3	1	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>22%</b>	<b>17%</b>	<b>30%</b>
riziková trojice odpovědí		30%			70%		

S tvarem svého těla není podle odpovědí spokojeno 70% všech dotazovaných studentů. Nejvíce převládala odpověď nikdy celkem u 19 respondentů. Dle četnosti výskytu v procentech je situace závažná. Celkovou nespokojenost si opět připouští více chlapci, jelikož odpověděli v rizikové kategorii N-Z-N.

### 3.3.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

V této kategorii bylo vyhodnocováno celkem 9 otázek, které nám měly přiblížit nespokojenost respondentů s vlastním tělem. Jednalo se konkrétně o tato čísla v tomto

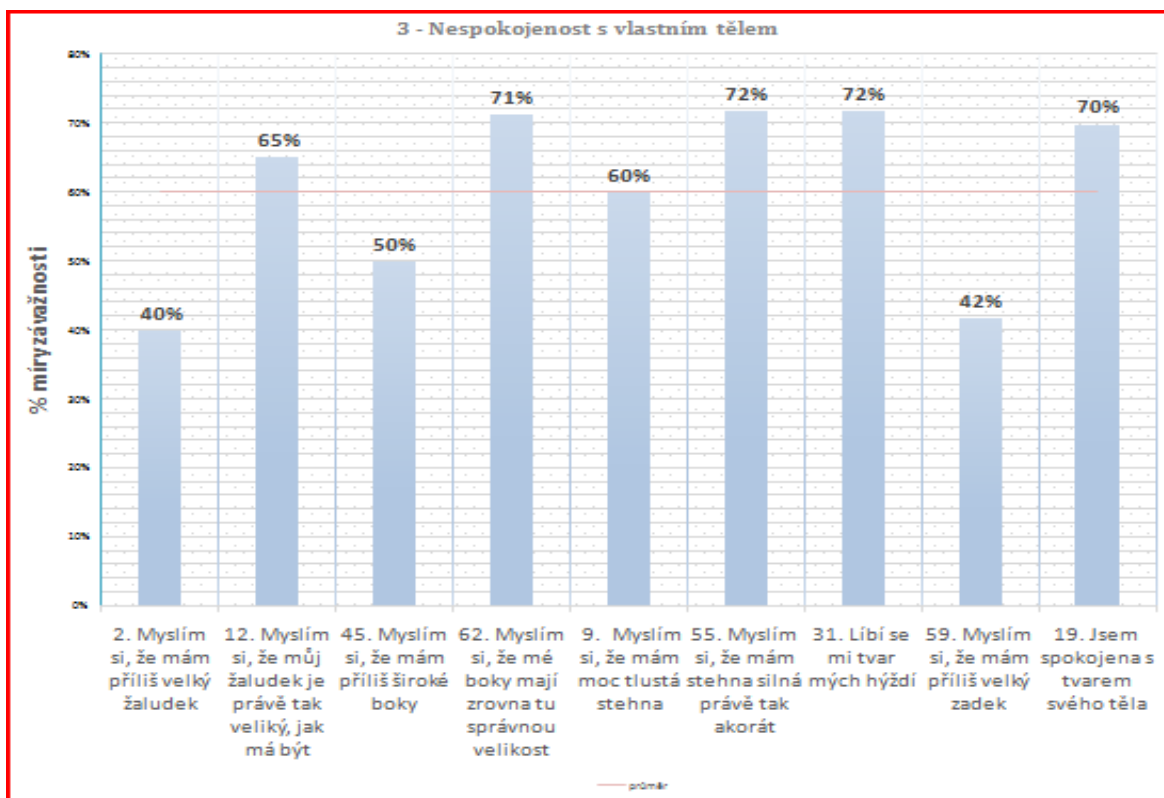
pořadí: 2, 12, 45, 62, 9, 55, 31, 59 a 19. Tato kategorie je také určující pro naši stanovenou hypotézu: Nespokojenost s vlastním tělem je u 50% dotazovaných respondentů. Podívejme se tedy na výsledky podrobněji, abychom mohli výše uvedenou hypotézu potvrdit či vyvrátit. Z odpovědí od studentů lze vyvodit celkovou situaci v této kategorii: 4x vyšla situace jako pravděpodobně závažná a 5x jako závažná. Celková průměrná nespokojenost adolescentů v oblastech žaludku, boků, stehen, hýždí a tvaru těla dosahuje 60%. Největší nespokojenost u adolescentů byla v oblasti hýždí a stehen. Překvapivá byla i větší nespokojenost u chlapců, a to konkrétně při hodnocení boků, stehen, hýždí i celkového tvaru těla. Z výsledků průzkumu u adolescentů můžeme naši hypotézu vyvrátit, jelikož průměrná nespokojenost adolescentů v pěti oblastech těla byla o 10% vyšší a dosáhla 60%. Procentuelní zastoupení rizikovosti odpovědí znázorňuje následující graf č. 3. Podle níže uvedené tabulky č. 30 je u dívek z případové studie v této škále otázek nejvíce nespokojena se svým tělem dívka č. 1. Závěrem této kategorie můžeme říci, že nespokojenost s vlastním tělem a pocity tloušťky lze považovat za rizikové faktory, které mohou vést společně s ostatními faktory k potenciálnímu vzniku PPP.

Tabulka č. 30

Počet otázek v kategorii: 9

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii nespokojenost s vlastním tělem	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	6	22%	27	100	4
Dívka z případové studie 2	5	19%	27	100	4
Dívka z případové studie 3	2	7%	27	100	5

Graf č. 3: Nespokojenost s vlastním tělem



### 3.4 KATEGORIE - OBAVY Z DOSPÍVÁNÍ

#### 3.4.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKU

Do této kategorie, která se týká obav či strachu z dospívání, jsou zařazeny tyto otázky v tomto pořadí: 14, 48, 3, 6, 35, 22, 58, 39. Objevilo se zde celkem 8 tvrzení, která nám pomáhají zjistit, jaké pocity zažívají adolescenti v průběhu procesu dospívání a jak se zároveň vyrovnávají s touto situací. Zde je důležité podotknout, že význam této kategorie spočívá v samotném průběhu dospívání, jelikož právě toto období a strach z dospívání může být v některých případech i jedním ze spouštěčů vzniku poruch příjmu potravy.



Tabulka č. 31

Otázka č. 14 Nejšťastnější období života je dětství

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	14	6	8	15	9	3
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>25%</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>	<b>16%</b>	<b>5%</b>
riziková trojice odpovědí		51%			49%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	0	1	2	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>25%</b>	<b>10%</b>	<b>15%</b>	<b>28%</b>	<b>17%</b>	<b>5%</b>
riziková trojice odpovědí		50%			50%		

Jakou souvislost má tedy nejšťastnější období života jako je dětství s možným vznikem poruch příjmu potravy? Většina pacientů s poruchami příjmu potravy má strach z dospívání a rádi by se vrátili do pocitu bezpečí v dětství. Na tuto otázku se můžeme podívat ale i z jiného úhlu. Někteří jedinci neprožili šťastné dětství či pubertu a jsou rádi, že se stávají dospělými. Odpovědi studentů jsou přesně na rozhraní, ale za rizikovou odpověď lze považovat v našem případě 50% odpovědí v kategorii V-O-Č, situace je tedy klasifikována jako pravděpodobně závažná. Důležité je si ovšem uvědomit, že tyto výsledky mohou mít například souvislost s pěkně prožitým dětstvím.

Tabulka č. 32

Otázka č. 48 Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	8	8	11	20	7	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>36%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		49%			51%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	2	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>37%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		48%			52%		

Obdobných výsledků dosáhneme i v tomto tvrzení, kde 48% všech respondentů uvádí odpověď vždy, obvykle či často a situace je také pravděpodobně závažná, ale stejně jako v předchozí otázce je nutné si uvědomit souvislosti s pěknými vzpomínkami na dětství atd.

Tabulka č. 33

*Otázka č. 3 Přeji si, abych se mohl(a) vrátit do bezpečí dětství*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	5	9	18	13	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>33%</b>	<b>24%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	4	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>37%</b>	<b>22%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		32%			68%		

Do pocitu bezpečí v dětství by se celkem rádo vrátilo 32% respondentů, což lze považovat za rizikovou odpověď. Z jakých důvodů se tedy respondenti snaží vrátit do pocitu bezpečí? Odpovědi studentů jsou určitě ovlivněny možným stresem v oblasti rozhodování o jejich budoucnosti či partnerských vztahů, a proto možná touží po návratu do dětství, kdy neměli žádné starosti a zodpovědnosti. V této otázce jsou chlapci spokojeni se současným stavem v adolescenci a vůbec netouží po návratu do dětství oproti dívkám.

Tabulka č. 34

*Otázka č. 6 Přála bych si být mladší*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	5	4	10	18	16
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>33%</b>	<b>29%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	2	1	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>20%</b>	<b>32%</b>	<b>30%</b>
riziková trojice odpovědí		18%			82%		

Kdo by netoužil být mladším? Adolescenti prožívají svoje vývojové stádium v poměrné spokojenosti, jelikož 82% odpovědělo N-Z-N, přesto 18% respondentů by bylo radši mladší, situaci tedy můžeme vyhodnotit, že může být závažná. Ani jeden z chlapců neuvedl odpověď s touhou být mladší.

Tabulka č. 35

*Otázka č. 35 Požadavky dospělosti jsou příliš velké*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	5	14	22	7	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>25%</b>	<b>40%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	2	1	1	
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>27%</b>	<b>38%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		

Této otázce se obává 42% studentů, kteří považují požadavky dospělosti za příliš velké. Obavy z dospívání v tomto věku jsou poměrně běžné a jedinci mohou pociťovat, že je toho na ně někdy až moc. Celkově lze situaci vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou s převládajícími obavami z dospělosti u chlapců (60%).

Tabulka č. 36

*Otázka č. 22 Raději bych byl (a) dospělým než dítětem*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	7	6	17	13	8
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>11%</b>	<b>31%</b>	<b>24%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	2	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>9</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>12%</b>	<b>32%</b>	<b>22%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		32%			68%		

Dospělým by bylo raději 32% studentů a 68% by raději zůstalo dítětem. Situaci můžeme vyhodnotit jako závažnou. Tato otázka souvisí i s předešlými, a jak již bylo řečeno, tak

adolescenti mají tendenci se vrátit do dětství, kde většinou neprožívali tolik stresu a zodpovědnosti.

Tabulka č. 37

*Otázka č. 58 Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	3	12	25	7	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>22%</b>	<b>45%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	3	2	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>20%</b>	<b>47%</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>
riziková trojice odpovědí		30%			70%		

Rizikovou trojici odpovědí vybralo celkem 70% respondentů, kteří potvrzují strach z dospělosti a často si také nedokážou představit, co vše období dospělosti přináší. Dospělosti se více obávají opět chlapci jako v předchozích tvrzeních.

Tabulka č. 38

*Otázka č. 39 Jsem šťastný, že už nejsem dítětem*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	3	10	19	14	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>18%</b>	<b>35%</b>	<b>25%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	2	2	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>17%</b>	<b>35%</b>	<b>27%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		28%			72%		

Za rizikovou trojici v tomto případě považujeme N-Z-N, kdy respondenti uvádějí, že někdy, zřídka či nikdy jsou v 72% šťastný, že už nejsou dítětem. Situaci lze vyhodnotit relativním koeficientem závažnosti 2 a je tedy závažná. Chlapci opět potvrdili obavy z dospělosti, jelikož odpověděli v kategorii V-O-Č.

### 3.4.2 CELKOVÉ SHRNTÍ KATEGORIE

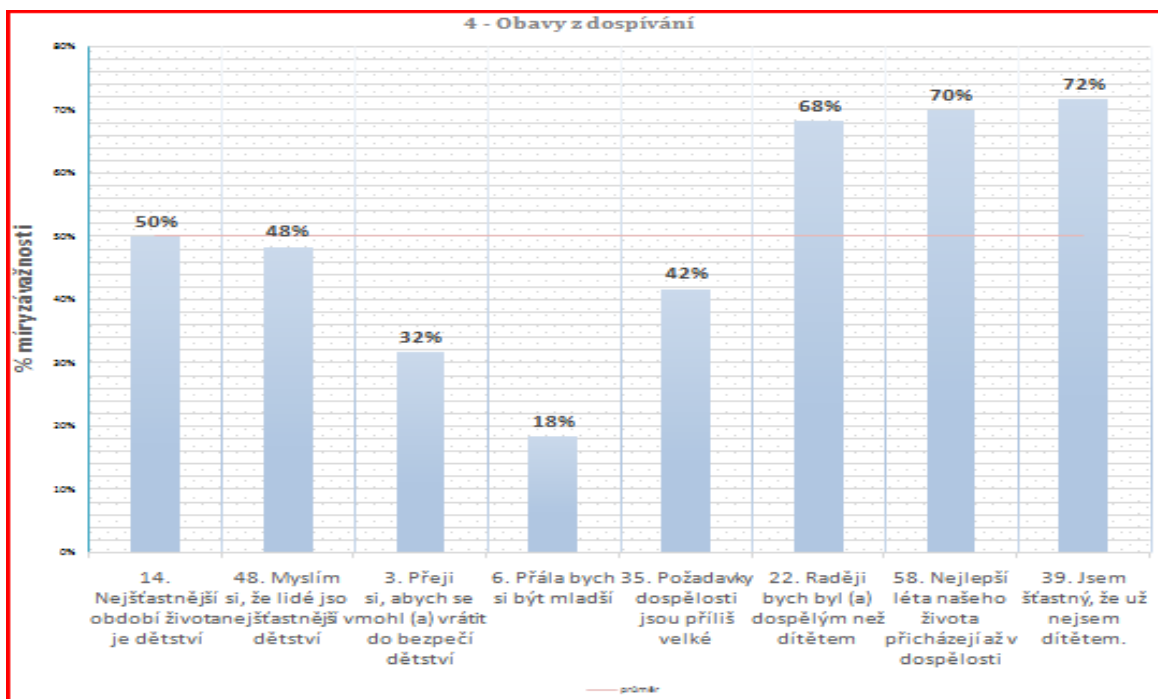
V této kategorii bylo zpracováno celkem 8 otázek. Při celkovém zhodnocení otázek, týkajících se obav z dospívání, můžeme konstatovat, že ve 2 případech byla situace označena, jako může být závažná, ve 3 případech jako pravděpodobně závažná a u posledních 3 otázek jako závažná. Průměrná závažnost situace tedy činí 50%. Při porovnání závažnosti situace u obou pohlaví lze z výsledků vyvodit větší obavy z dospělosti u chlapců. Důležité je si uvědomit, že obavy z dospívání se v adolescenci vyskytují poměrně běžně, dospívající jsou pod jakýmsi tlakem jak ze strany rodičů, tak i z pozice nároků školy atd. V některých případech je proto situace poměrně vyhrocena, a proto není divu, že většina dospívajících touží se vrátit do pocitu bezpečí v dětství a být mladší. Strach z dospělosti může být považován za jednu z příčin PPP, ale pro celkové posouzení závažnosti je třeba brát v ohledu i jiné příčiny a rizikovost vyhodnotit pak u konkrétního jedince. V případě dívek uvedených v kazuistice největšími obavami z dospělosti trpí dívka č. 2, jejíž obavy jsou v této kategorii vyjádřeny 33%. Následující tabulka uvádí shrnutí této kategorie u dívek z případových studií a graf č. 4 znázorňuje situaci u adolescentů na střední odborné škole v Písku.

Tabulka č. 39

Počet otázek v kategorii: 8

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii obavy z dospívání	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	2	8%	24	100	5
Dívka z případové studie 2	8	33%	24	100	4
Dívka z případové studie 3	3	13%	24	100	4

Graf č. 4: Obavy z dospívání



### 3.5 KATEGORIE - VZTAHY V RODINĚ, NÁROKY RODIN

#### 3.5.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU

V této kategorii jsou vyhodnocovány pouze 3 tvrzení a to konkrétně otázky č. 29, 43, 13, které se zaměřují na vyhodnocování vztahů v rodině a také na objasnění postojů rodičů například na podávaný výkon a perfekcionismus.

Tabulka č. 40

Otázka č. 29 Jako dítě jsem se velice snažil (a) nezklamat své rodiče a učitele

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	10	11	16	7	7	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>	<b>13%</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		67%			33%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	2	0	2	0	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		80%			20%		
Celkem respondentů	60	12	11	18	7	7	5
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>18%</b>	<b>30%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>	<b>8%</b>
riziková trojice odpovědí		68%			32%		

Nezklamati své rodiče a učitele se dle odpovědí respondentů snažilo celých 68 % studentů, situaci můžeme tedy vyhodnotit jako závažnou. Více „potěšit“ své rodiče chtělo 80% chlapců, kteří odpovídali v kategorii V-O-Č.

Tabulka č. 41

*Otázka č. 43 Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	8	10	14	10	8	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>	<b>25%</b>	<b>18%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		58%			42%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	3	1	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>17%</b>	<b>28%</b>	<b>18%</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>
riziková trojice odpovědí		58%			42%		

Podle poskytnutých údajů v dotaznících, 58% všech zúčastněných studentů uvedlo, že rodiče od nich v dětství očekávali skvělé výkony. Situaci lze vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou. Požadavek na výkon od rodičů je dle průzkumu vyšší o 2% na chlapce.

Tabulka č. 42

*Otázka č. 13 Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	5	10	20	9	10
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>	<b>18%</b>	<b>36%</b>	<b>16%</b>	<b>18%</b>
riziková trojice odpovědí		29%			71%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	2	1	1	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>12%</b>	<b>18%</b>	<b>35%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>
riziková trojice odpovědí		32%			68%		

Pro většinu rodin studentů naštěstí není rozhodující pouze vynikající výkon, ale i jiné priority, protože dle průzkumu 68% dotazovaných uvádí ve svých odpovědích někdy, zřídka či nikdy. Tlak na výkon a snaha rodičů pěstovat v dítěti nepřiměřeně zdravý

perfekcionismus lze považovat jako jednu z možných příčin vzniku PPP. Přesto 32% uvádí, že pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon. Dle procentního vyjádření lze tuto situaci vyhodnotit za možná závažnou. Opět se potvrdil větší tlak na větší výkon na mužské adolescenty.(60%)

### 3.5.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

Po zhodnocení 3 otázek v této kategorii bylo zjištěno, že se vyskytly 3 závažnosti situace a tj. závažná, pravděpodobně závažná a může být závažná. Celkovou průměrnou závažnost situace vyjadřuje 53%. Nejzávažnější byla situace u otázky č. 29, kdy se většina studentů v minulosti snažila nezklamat své rodiče či učitele. Jsou to právě vysoké nároky rodičů a někdy i učitelů, které vedou občas k velké a neadekvátní snaze dětí být co nejlepší a nezaostávat za ostatními. Výsledný perfekcionismus, uspokojující někdy pouze rodiče a učitele, ale na druhé straně může být považován spolu s dalšími faktory jako možná příčina vzniku poruch příjmu potravy. Někdy jsou i samotní rodiče perfekcionisté a snaží se, aby jejich dítě bylo nejlepší ve škole či nějakém sportu. V některých případech rodiče zapomínají i své děti chválit a zaměřují se na to, co udělali špatně, protože když něco udělají dobře tak to považují za standard a budoucí adolescenti to začnou vnímat, že musí být perfektní ve všem. Jaká byla situace u dívek z případové studie, znázorňuje následující tabulka, kde v této kategorii dosáhla nejvyšších procent závažnosti (33%) dívka č. 2. Situaci u adolescentů v našem průzkumu u studentů je vyjádřena v grafu č. 5.

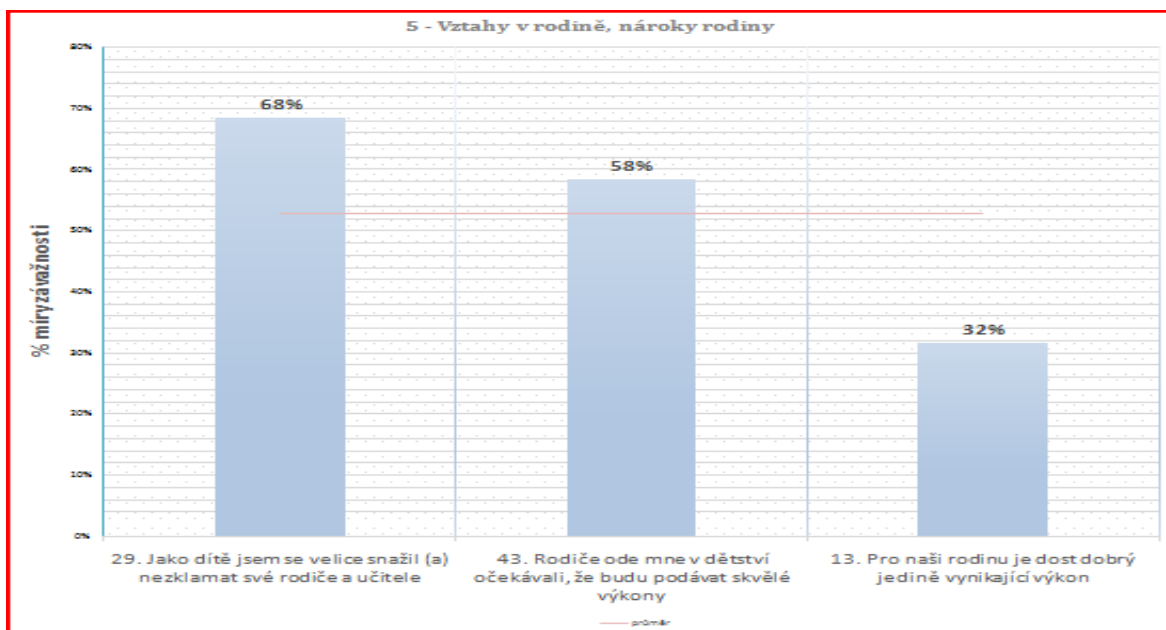
Tabulka č. 43

Počet otázek v kategorii: 3

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii vztahy v rodině, nároky rodiny	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	2	22%	9	100	4
Dívka z případové studie 2	3	33%	9	100	4
Dívka z případové studie 3	1	11%	9	100	4



Graf č. 5: Vztahy v rodině, nároky rodiny



### 3.6 KATEGORIE – SEBEPOJETÍ

#### 3.6.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU

Jaké jsou postoje jedince k vlastní osobě, jaký vnímá adolescent svoji osobu, jaký má vztah k sobě, jaké má sebevědomí, či jaké má cíle a jak se jich snaží dosáhnout, to jsou kategorie otázek, na které se zaměřuje následující kapitola týkající se vnímání vlastního já. Jedná se konkrétně o tvrzení v tomto pořadí: 41, 27, 10, 50, 37, 63, 42, 20, 36, 52, 24.

Tabulka č. 44

Otázka č. 41 *Mám o sobě nevalné mínění*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	4	4	16	13	13
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>29%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>
riziková trojice odpovědí		24%			76%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	3	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	60	5	5	4	19	14	13
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>32%</b>	<b>23%</b>	<b>22%</b>
riziková trojice odpovědí		23%			77%		

Poměrně zdravé sebevědomí potvrdila téměř většina respondentů (77%), zatímco nevalné mínění o své osobě připustilo 23% dotazovaných, situace dle četnosti výskytu v % může být závažná. Rozdíly mezi odpověďmi děvčat a chlapců nejsou příliš markantní, přesto nižší sebevědomí mají spíše dívky (24%).

Tabulka č. 45

Otázka č. 27 Cítím se jako méněcenný(á)

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	5	4	15	19	9
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>27%</b>	<b>35%</b>	<b>16%</b>
riziková trojice odpovědí		22%			78%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	0	1	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>12</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>7%</b>	<b>25%</b>	<b>33%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		22%			78%		

Výše uvedené tvrzení souvisí s otázkou předešlou a procentuální vyjádření je podobné. Jaké méněcenné osobnosti se cítí 22% dotazovaných a 78% respondentů se vyjádřilo odpovědí N-Z-N, situace je tedy obdobná a může být závažná.

Tabulka č. 46

Otázka č. 10 Cítím se jako bezcenný člověk

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	1	16	10	14	11
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>29%</b>	<b>18%</b>	<b>25%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		36%			64%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	1	0	0	4
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>28%</b>	<b>17%</b>	<b>23%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		

Tato otázka se opět týká sebehodnocení adolescentů, jako bezcenný člověk se cítí 35% dotazovaných, situace může být závažná. Dívky se více považují za bezcenné, 3 dívky z 60

dokonce uvedly, že se jako bezcenné cítí vždy. Jedná se o velmi negativní sebehodnocení, kdy dívky nemají vůbec v sobě důvěru a cítí se méně užitečné.

Tabulka č. 47

Otázka č. 50 *Cítím, že jsem cenný člověk*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	6	8	22	12	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>	<b>40%</b>	<b>22%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		29%			71%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	2	2	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	60	2	6	10	24	13	5
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>17%</b>	<b>40%</b>	<b>22%</b>	<b>8%</b>
riziková trojice odpovědí		30%			70%		

Jako cenného jedince pro své okolí a společnost by svoji osobnost ohodnotilo pouze 30% adolescentů, většina 70% se s tímto tvrzením moc neztotožňuje, dokonce 5 respondentů uvádí, že se jako cenný člověk necítí nikdy. Celkovou situace lze vyhodnotit koeficientem 2 jako závažnou. Zdravější sebedovědomí o cennosti své osobnosti mají v tomto případě chlapci.

Tabulka č. 48

Otázka č. 37 *Jsem si jistý(á) sám sebou*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	8	16	14	9	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>29%</b>	<b>25%</b>	<b>16%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		51%			49%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	2	1	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	60	4	9	16	16	10	5
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>	<b>27%</b>	<b>17%</b>	<b>8%</b>
riziková trojice odpovědí		48%			52%		

V tomto tvrzení jsou celkové odpovědi respondentů poměrně vyrovnané, přesto převažuje tvrzení N-Z-N (52%), které je považované jako riziková trojice odpovědí znázorňující situaci pravděpodobně závažnou. Dívky se v této otázce cítí více jisté.

Tabulka č. 49

Otázka č. 63 Mám mimořádně vysoké cíle

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	11	5	8	17	9	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>	<b>31%</b>	<b>16%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		44%			56%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	0	0	0	3	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>8%</b>	<b>13%</b>	<b>28%</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		

Podle odpovědí v dotazníku si vysoké cíle před sebe klade 42% adolescentů a jsou to v našem zkoumaném vzorku především dívky. Situaci lze považovat za pravděpodobně závažnou.

Tabulka č. 50

Otázka č. 42 Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	8	9	13	15	6	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>24%</b>	<b>27%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		55%			45%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	2	3	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>22%</b>	<b>28%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		50%			50%		

V tomto tvrzení nepřevládá u zkoumaného vzorku ani jedna odpověď, jelikož jsou vyvážené. 50% jedinců cítí, že dokážou dosáhnout svých vytyčených cílů stejně, ale zároveň 50% se s touto odpovědí neztotožňuje. Celkově se jedná o pravděpodobně závažnou situaci. Při srovnání mezi kategoriemi chlapců a dívek, lze vyvodit, že dívky jsou si více jisté s dosažením svých cílů, chlapci uvádějí, že někdy či spíše zřídka dosáhnou svých cílů.

Tabulka č. 51

Otázka č. 20 *Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	15	17	16	4	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>27%</b>	<b>31%</b>	<b>29%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		62%			38%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	2	0	1	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>27%</b>	<b>32%</b>	<b>27%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>
riziková trojice odpovědí		62%			38%		

Různé věci ve svém životě převážně zvládá 62% všech dotazovaných, zatímco 38% se vyjádřilo ve svých odpovědích záporně, dokonce 2 respondenti tvrdí, že to nikdy nezvládají. Odpovědi chlapců a dívek jsou poměrně vyvážené. Celkem můžeme situaci dle tvrzení ve škále N-Z-N označit za pravděpodobně závažnou situaci.

Tabulka č. 52

Otázka č. 36 *Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	7	5	10	18	12	3
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>	<b>18%</b>	<b>33%</b>	<b>22%</b>	<b>5%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	5	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>3</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>8%</b>	<b>17%</b>	<b>38%</b>	<b>20%</b>	<b>5%</b>
riziková trojice odpovědí		37%			63%		

Velkou soutěživost mezi ostatními a perfekcionismus přiznává 37% respondentů, zatímco 63% se menším či horším neúspěchem než ostatní jedinci neznepokojuje. Celkově situaci můžeme hodnotit dle odpovědí v kategorii V-O-Č za pravděpodobně závažnou. V tomto tvrzení také nalezneme větší procentní zastoupení perfekcionismu a soutěživosti u ženského pohlaví.

Tabulka č. 53

Otázka č. 52 *Myslím si, že buď musím děla věci perfektně, anebo bych je raději neměl (a)dělat vůbec*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	5	12	11	20	4
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>	<b>36%</b>	<b>7%</b>
riziková trojice odpovědí		36%			64%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	1	2	0	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>8%</b>	<b>22%</b>	<b>22%</b>	<b>33%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		

Tato otázka souvisí s perfekcionismem, a jak již bylo několikrát zmíněno v průběhu této DP, je častým rysem v osobnosti obětí poruch příjmu potravy. A jaké sklony k perfekcionismu vykazuje náš zkoumaný vzorek? Jedná se o 35% odpovědí v rizikové kategorii V-O-Č a dle četnosti výskytu v % může být situace závažná. Sklony k perfekcionismu potvrdilo celkem 20 dívek z 55 a tento postoj je více zastoupen opět u ženského pohlaví.

Tabulka č. 54

Otázka č. 24 *Přál (a) bych si být někým jiným*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	7	8	14	12	11
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>25%</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	0	2	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>12</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		

67% studentů je spokojeno a s tímto tvrzením se neztotožňuje, zatímco 33% by rádo bylo někým jiným a často o tom uvažuje. Situaci dle odpovědí v kategorii V-O-Č může být závažná. V této otázce by změnu na to být někým jiným uvítali spíše chlapci.

### 3.6.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

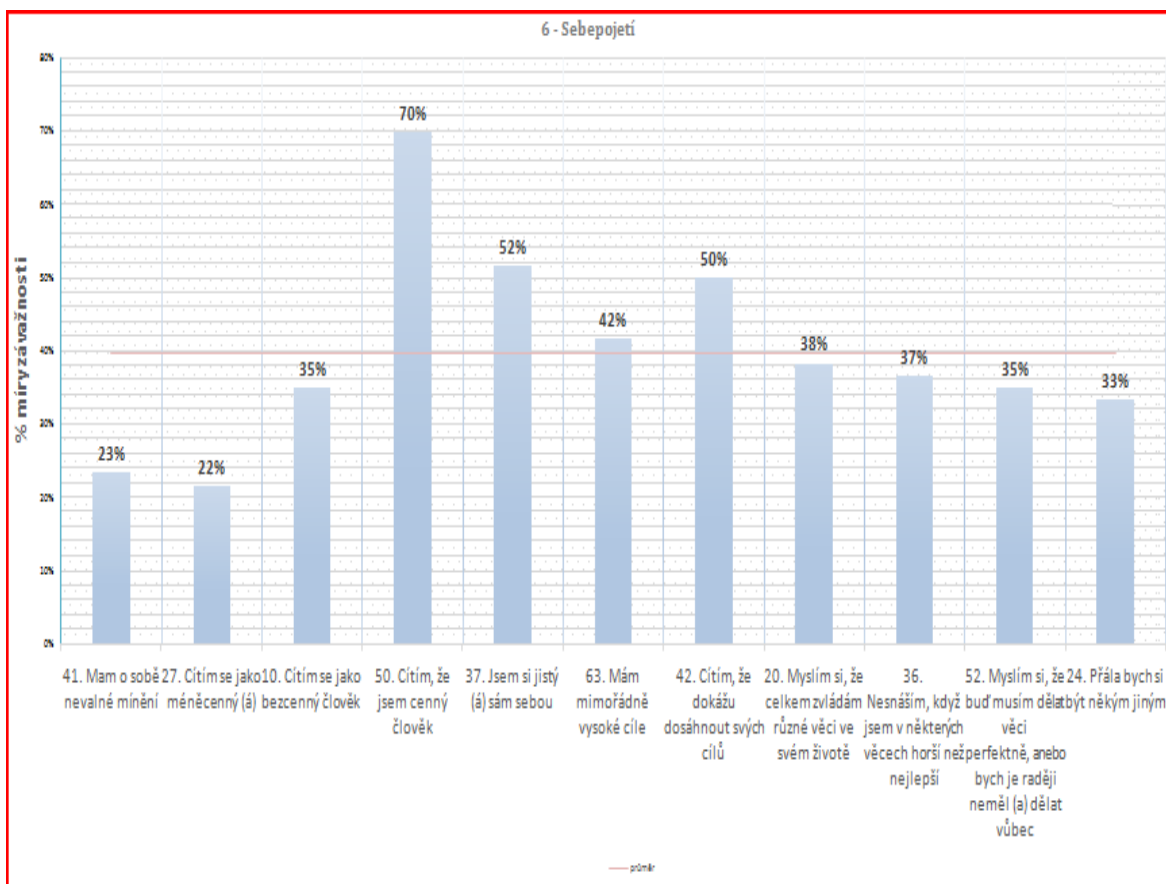
Tato kategorie, týkající se sebedůvěry, představuje jakýsi základ jáství člověka. Jedná se o názory adolescentů na sebe sama, na své místo ve světě a okolí, zahrnuje také pocity spokojenosti či nespokojenosti se sebou, jestli mají větší či menší sebedůvěru, sebeúctu ke své osobnosti a jaký mají vliv na druhé. Po vyhodnocení všech předešlých 11 otázek lze vyvodit tyto závěry: V pěti případech vyšla situace, že může být závažná, v dalších pěti případech jako pravděpodobně závažná a jako závažná se projevila u tvrzení č. 50. *Cítím se jako cenný člověk*. Průměrnou závažnost situace v kategorii sebedůvěry vystihuje 40%. Zdravější sebedůvěra spíše převládá u chlapců a dívky se více považují za bezcenné, 3 dívky z 60 dokonce uvedly, že se jako bezcenné cítí vždy. Dívky v našem hodnocení jsou oproti chlapcům více ambiciózní a většinou svých cílů dosahují. U dívek také převládá více soutěživost a perfekcionismus. Přání být někým jiným by naopak spíše uvítali chlapci než dívky. Celková situace s mírou závažnosti u jednotlivých otázek je přehledně znázorněna v následujícím grafu č. 6. U dívek z případové studie dosahuje negativního sebedůvěry dívka č. 2, která má v současné době problémy právě v této oblasti. Celkové výsledky z kazuistik v této kategorii u dívek jsou uvedeny v tabulce č. 55.

Tabulka č. 55

Počet otázek v kategorii: 11

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii sebedůvěry	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	3	9%	33	100	5
Dívka z případové studie 2	20	61%	33	100	3
Dívka z případové studie 3	1	3%	33	100	5

Graf č. 6: Sebepojetí



### 3.7 KATEGORIE - EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY

#### 3.7.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU

Tato kategorie zjišťuje pocity jedince, které prožívá a jak se s nimi vyrovnává. Jedná se celkem o 11 tvrzení stejně jako v předešlé kategorii a to konkrétně č. 33, 21, 26, 60, 56, 57, 15, 51, 8, 44, 40. Otázky zjišťují emocionální stavy u sledovaných adolescentů například jejich postoje k citovým problémům či hloubku a otevřenost projevat své city.



Tabulka č. 56

Otázka č. 33 Nevím, co se ve mně děje

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	5	9	12	16	8
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>22%</b>	<b>29%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	0	0	1	2	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>9</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		

Z celkového počtu respondentů 33% neví, co se v nich emočně odehrává a nerozumí svým myšlenkám či pocitům. Situace může být závažná. Při porovnání dívek a chlapců lze vyzorovat větší nejistotu s emocemi u dívek, které odpověděly v rizikové kategorii V-O-Č.

Tabulka č. 57

Otázka č. 21 Bývám zmatený(á) z citů, které prožívám

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	9	7	19	17	2
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>16%</b>	<b>13%</b>	<b>35%</b>	<b>31%</b>	<b>4%</b>
riziková trojice odpovědí		31%			69%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	3	1	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		60%			40%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>3</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>15%</b>	<b>17%</b>	<b>33%</b>	<b>28%</b>	<b>5%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		

Obdobná procenta rizikových odpovědí nalezneme i u této otázky, která vykazuje 33%. Zajímavé je, že u této otázky převládají závažnější problémy v oblasti citů u chlapců, kteří uvádějí, že často bývají zmateni z citů, které prožívají. Celkově u celé skupiny respondentů lze shrnout, že situace může být závažná.

Tabulka č. 58

Otázka č. 26 Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	7	14	21	8	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>	<b>38%</b>	<b>15%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		45%			55%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	1	4	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>25%</b>	<b>42%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		43%			57%		

Se svými pocity se nedokáže jednoznačně ztotožnit 57% respondentů. Situaci lze vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou. Jako závažné lze toto tvrzení považovat u chlapců, kteří dosáhli 80% v rizikové kategorii odpovědí N-Z-N.

Tabulka č. 59

Otázka č. 60 Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	5	4	20	17	8
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>36%</b>	<b>31%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		18%			82%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	3	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>8</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>38%</b>	<b>28%</b>	<b>13%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		

Opačně položená obdobná otázka nám ukazuje výsledky, že 20% celkových respondentů vždy, obvykle nebo často mívají pocity, s nimiž se nemůžou zcela ztotožnit. Situace dle procentního výskytu rizikových odpovědí může být závažná. V rizikové kategorii, tentokrát V-O-Č, nalezneme opět odpovědi chlapců při 40% míře závažnosti.

Tabulka č. 60

Otázka č. 56 Cítím se vnitřně prázdný(á) (citově)

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	0	8	10	23	11
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>	<b>42%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	0	0	0	1	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>14</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>	<b>17%</b>	<b>40%</b>	<b>23%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		

Jak je vidět z této tabulky č. 56 tak 20% všech dotazovaných se cítí citově vnitřně prázdnými, situace může být závažná. Procentuální výskyt rizikovitosti v tomto tvrzení je stejný jak u chlapců, tak i u děvčat.

Tabulka č. 61

Otázka č. 57 Mohu bez obtíží hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	6	10	9	18	5	7
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>	<b>33%</b>	<b>9%</b>	<b>13%</b>
riziková trojice odpovědí		45%			55%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	1	4	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
<b>Celkem respondentů</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>	<b>37%</b>	<b>8%</b>	<b>12%</b>
riziková trojice odpovědí		43%			57%		

Až 57% studentů v našem výzkumu nedokáže bez obtíží hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech, situace je tedy pravděpodobně závažná. Závažnější je situace v tomto tvrzení u chlapců, kteří dosáhli 80% závažnosti situace.

Tabulka č. 62

Otázka č. 15 *Dávám otevřeně najevo své pocity*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	7	12	9	16	11	0
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>22%</b>	<b>16%</b>	<b>29%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		51%			49%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	3	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>0</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>22%</b>	<b>17%</b>	<b>32%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		50%			50%		

Toto tvrzení souvisí s povahou respondentů a můžeme zde nalézt odpovědi od 50% extrovertů, kteří rádi dávají najevo své pocity, ale také i 50% od uzavřenějších introvertů, kteří neradi sdílejí s ostatními své emoce. Odpovědi jsou tedy vyvážené, za rizikovou lze považovat kategorii N-Z-N (50%), která značí pravděpodobně závažnou situaci. Z tabulky lze také vyčíst, že dívky jsou sdílnější se svými emocemi a dosahují tím i menšího rizika.

Tabulka č. 63

Otázka č. 51 *Když je mi špatně na duši, ani sám (sama) pořádně nevím, zda jsem smutný(á) vyděšený(á) nebo rozzlobený(á)*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	7	7	20	10	6
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>13%</b>	<b>13%</b>	<b>36%</b>	<b>18%</b>	<b>11%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	1	0	0	0	4	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>6</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>	<b>33%</b>	<b>23%</b>	<b>10%</b>
riziková trojice odpovědí		33%			67%		

Mezi negativními emocemi jako je smutek, strach a zloba nedokáže rozlišovat 33% všech dotazovaných, situace může být závažná a ve větší míře u dívek oproti chlapcům.

Tabulka č. 64

Otázka č. 8 Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám příliš silné

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	5	6	9	22	8	5
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>	<b>16%</b>	<b>40%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>
riziková trojice odpovědí		36%			64%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	0	0	4
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>8%</b>	<b>12%</b>	<b>15%</b>	<b>37%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>
riziková trojice odpovědí		35%			65%		

Strach ze síly svých pocitů prožívá celkem 35% adolescentů, situace může být závažná. Větší strach lze vyzpozorovat u dívek.

Tabulka č. 65

Otázka č. 44 Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	2	11	10	10	16	6
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>4%</b>	<b>20%</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>29%</b>	<b>11%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	1	2	0	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>7</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>	<b>20%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>27%</b>	<b>12%</b>
riziková trojice odpovědí		42%			58%		

Obavy ze svých pocitů prožívá 42% dotazovaných. Ohroženost mezi oběma kategoriemi – chlapci a dívky je poměrně vyvážená, přesto více převládá, stejně jako u předchozí otázky, u dívek.

Tabulka č. 66

Otázka č. 40 *Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne*

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	6	5	15	11	17
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>27%</b>	<b>20%</b>	<b>31%</b>
riziková trojice odpovědí		22%			78%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	3	0	2
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>30%</b>	<b>18%</b>	<b>32%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		

20% všech respondentů nedokáže v situacích, kdy jsou emočně zmatené, rozlišit pocit hladu. Tyto pocity jsou pouze u dívek, jelikož chlapci odpověděli v méně rizikové škále odpovědí N-Z-N. Dle 20% procentní závažnosti lze u této otázky považovat situaci za možná závažnou.

### 3.7.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

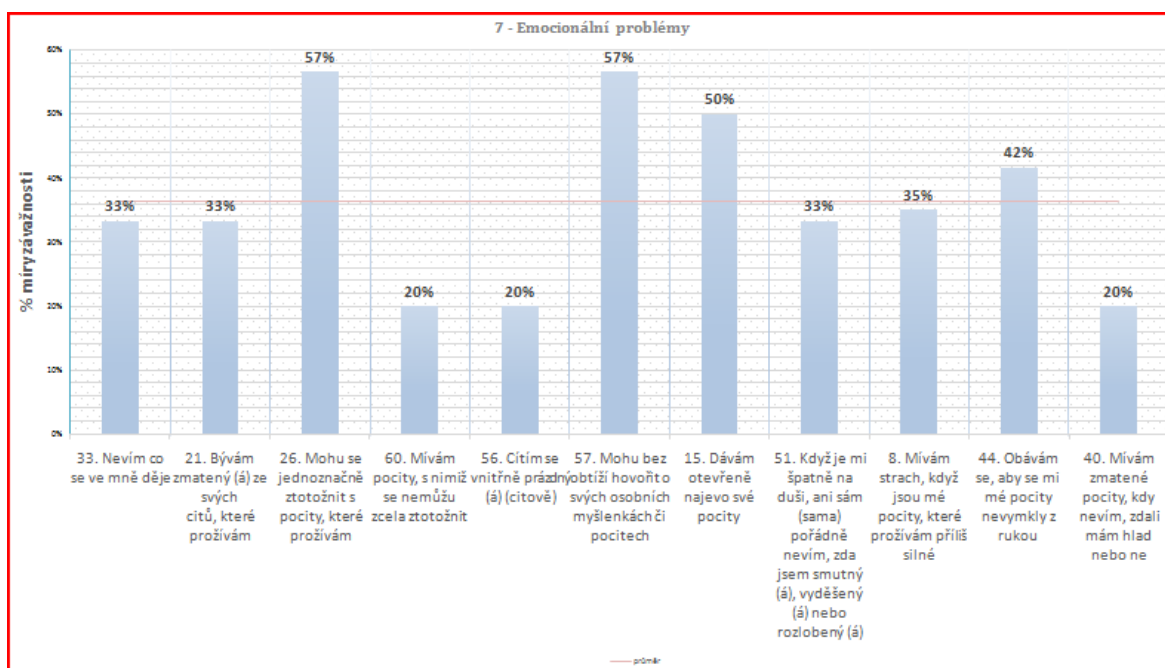
Po vyhodnocení všech 11 otázek jsme došli k těmto závěrům: v 7 tvrzeních může být situace závažná (koeficient 4), ve 4 tvrzeních pravděpodobně závažná (koeficient 3). Celková průměrná závažnost situace u této kategorie činí 36%. Nejvyšší procenta závažnosti situace (57%) se vyskytla u otázek, týkajících se ztotožnění se svými pocity a u možnosti hovořit o svých myšlenkách či pocitech. Tyto problémy se týkaly především chlapců. U velké části respondentů byla též patrná neschopnost orientace ve svých pocitech a myšlenkách. Důležité je si také uvědomit, že zmatené pocity hladu jsou považovány jako znaky poruchy příjmu potravy. V následném grafu č. 7 je znázorněna celková závažnost v oblasti emocí u 60 sledovaných adolescentů, dále v níže uvedené tabulce lze vyčíst emocionální problémy u dívky z případové studie č. 2, která při vyhodnocení v této kategorii dosáhla poměrně vysoké rizikivosti (61%).

Tabulka č. 67

Počet otázek v kategorii: 11

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii emocionální problémy	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	1	3%	33	100	5
Dívka z případové studie 2	20	61%	33	100	3
Dívka z případové studie 3	0	0%	33	100	5

Graf č. 7: Emocionální problémy



## 3.8 KATEGORIE - INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY

### 3.8.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU

V této poslední kategorii, týkající se převážně mezilidských vztahů, bylo zařazeno následujících 6 tvrzení v tomto pořadí: 23, 54, 34, 30, 17, 18. Otázky zjišťují vztahy adolescentů s jinými lidmi, jejich komunikaci, postoje a důvěru k ostatním. Jelikož na vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy se často podílejí právě vztahy, ať už rodinné, partnerské či přátelské, tak je důležité vyhodnotit i tuto kategorii.

Tabulka č. 68

Otázka č. 23 Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	7	20	12	10	5	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>13%</b>	<b>36%</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>	<b>9%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		71%			29%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	2	1	1	1	0	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		80%			20%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>15%</b>	<b>35%</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		72%			28%		

U této otázky vidíme, že většina respondentů nemá problém komunikovat s ostatními, přesto 28% dotazovaných uvádí ve svých odpovědích s tímto tvrzením odpovědi ve škále rizikové pro potenciaální vznik PPP. Situace může být závažná. Odpovědi mezi chlapci a dívkami jsou poměrně vyvážené.

Tabulka č. 69

Otázka č. 54 Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě pokud se někdo snaží ke mně až příliš přiblížit)

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	1	4	3	14	19	14
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>25%</b>	<b>35%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		15%			85%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	0	3	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>15</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>2%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>23%</b>	<b>37%</b>	<b>25%</b>
riziková trojice odpovědí		15%			85%		

Odstup od ostatních, projevující se pocitem nejistoty při blízkosti druhých lidí, vyžaduje 15% adolescentů. Situace může být závažná.



Tabulka č. 70

Otázka č. 34 Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	3	8	18	16	7
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>15%</b>	<b>33%</b>	<b>29%</b>	<b>13%</b>
riziková trojice odpovědí		25%			75%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	4	1	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>7</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>13%</b>	<b>37%</b>	<b>28%</b>	<b>12%</b>
riziková trojice odpovědí		23%			77%		

Potíže s vyjádřením svých citů připouští celkem 23% dotazovaných studentů, a to především dívek. Situace může být považována za závažnou.

Tabulka č. 71

Otázka č. 30 Mám důvěrné citové vztahy

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	15	8	13	14	4	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>27%</b>	<b>15%</b>	<b>24%</b>	<b>25%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		65%			35%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	2	0	1	1	1
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>40%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
riziková trojice odpovědí		40%			60%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>25%</b>	<b>17%</b>	<b>22%</b>	<b>25%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>
riziková trojice odpovědí		63%			37%		

K důvěrným citovým vztahům se přiznává 63% dotazovaných. Větší problémy s navozováním důvěrnějších vztahů připouští 37% respondentů, situace může být pravděpodobně závažná. V rizikovější škále odpovědí se vyskytly údaje od chlapců, kteří odpověděli v kategorii N-Z-N.

Tabulka č. 72

Otázka č. 17 Důvěřuji druhým lidem

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	4	10	16	13	11	1
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>29%</b>	<b>24%</b>	<b>20%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		55%			45%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	0	0	1	4	0
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>0%</b>
riziková trojice odpovědí		0%			100%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>1</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>7%</b>	<b>17%</b>	<b>27%</b>	<b>23%</b>	<b>25%</b>	<b>2%</b>
riziková trojice odpovědí		50%			50%		

V tomto tvrzení se polovina respondentů přiklání k důvěře k druhým lidem a druhá polovina ostatním lidem důvěřuje pouze někdy, zřídka či nikdy. Za rizikové odpovědi lze právě považovat údaje v kategorii N-Z-N. Situaci lze vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou. Zajímavé je, že všichni chlapci odpověděli někdy či zřídka.

Tabulka č. 73

Otázka č. 18 Cítím se na světě sám (sama)

Respondenti	Počet respondentů	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Dívky průměrný věk 16 let	55	3	4	7	14	14	13
<b>Odpovědi dívek %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>24%</b>
riziková trojice odpovědí		25%			75%		
Chlapci průměrný věk 16 let	5	0	1	0	0	1	3
<b>Odpovědi chlapců %</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>60%</b>
riziková trojice odpovědí		20%			80%		
Celkem respondentů	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>
<b>Celkem respondenti %</b>	<b>100%</b>	<b>5%</b>	<b>8%</b>	<b>12%</b>	<b>23%</b>	<b>25%</b>	<b>27%</b>
riziková trojice odpovědí		25%			75%		

3 dívky z 60 celkových respondentů se cítí na světě osamoceny, celkem se ocitá v rizikové kategorii 25% odpovědí studentů. Situace může být závažná dle této četnosti výskytu odpovědí v %.

### 3.8.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ KATEGORIE

Po vyhodnocení této kategorie 6 otázek lze vyvodit tyto závěry: 4x vyšla situace, která může být závažná (koeficient 4) a 2x dosáhla koeficientu 3 a lze být označena jako pravděpodobně závažná. Průměrnou závažnost situace vyjadřuje 30%. Největší závažnost byla u otázky týkající se důvěry k druhým lidem. Naopak nejméně rizikových odpovědí získalo tvrzení, týkající se odstupu od ostatních lidí. Situace u zkoumaného vzorku znázorňuje graf č. 8 a přehled odpovědí u dívek z případové studie lze vyčíst z níže uvedené tabulky č. 74. Za povšimnutí stojí určitě poměrně vysoké procento u dívky č. 2, která má velké problémy s veškerým navozováním komunikace, trpí nedůvěrou ke svému okolí, potřebuje mít od lidí odstup, často se cítí na světě sama, a proto rizikovitost dle jejich odpovědí při vyhodnocování v této kategorii, dosahuje 67%.

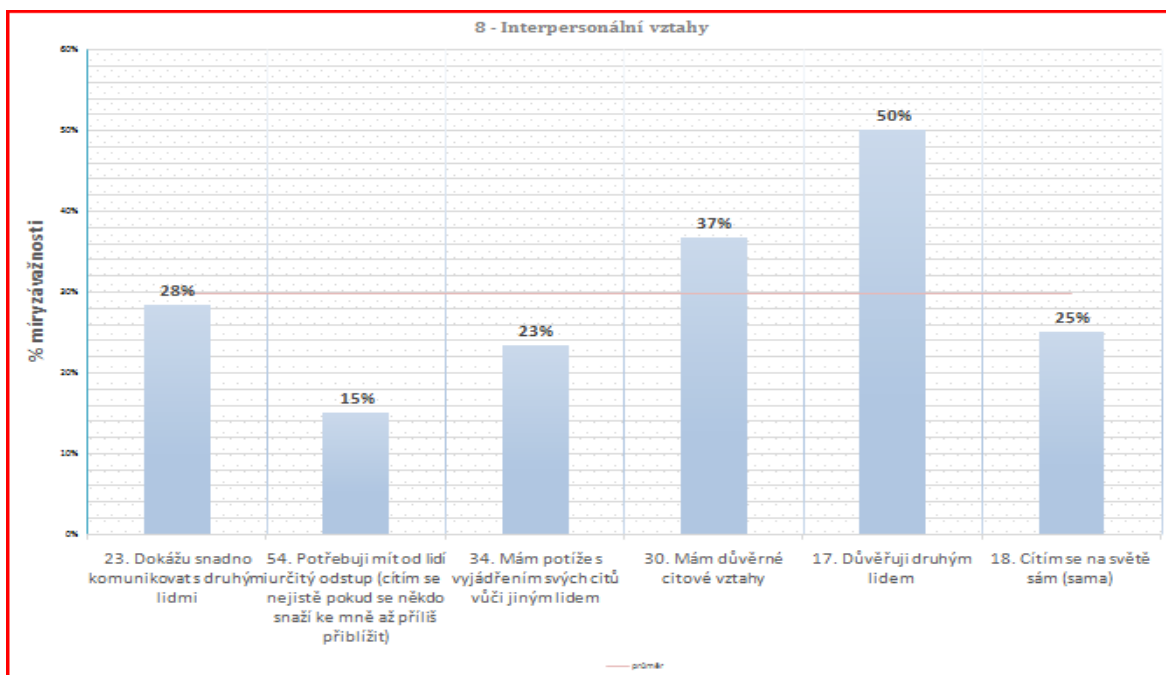
V průběhu puberty a adolescence se utváří také kamarádské vztahy a první lásky, které nemusí být vždy nejšťastnější, proto se někdy dívky mohou ocitnout v situaci, kdy touží po opačném pohlaví, ale jejich láska není například opětována a mohou si myslet, že vše ovlivní například tím, že zhubnou. Závěrem této kapitoly můžeme uvést, že je důležité si uvědomit, jaké mají adolescenti vztahy, což samozřejmě ne vždy můžeme ovlivnit, ale je podstatné vědět, že se mohou stát nepřímou příčinou rozvoje onemocnění poruch příjmu potravy.

Tabulka č. 74

Počet otázek v kategorii: 6

Respondenti	Počet dosažených bodů v kategorii interpersonální vztahy	Vyjádření v procentech	Maximální Počet dosažených bodů nejextrémnější odpovědi	Vyjádření v procentech	Relativní koeficient závažnosti situace
Dívka z případové studie 1	2	11%	18	100	4
Dívka z případové studie 2	12	67%	18	100	2
Dívka z případové studie 3	0	0%	18	100	5

Graf č. 8: Interpersonální vztahy



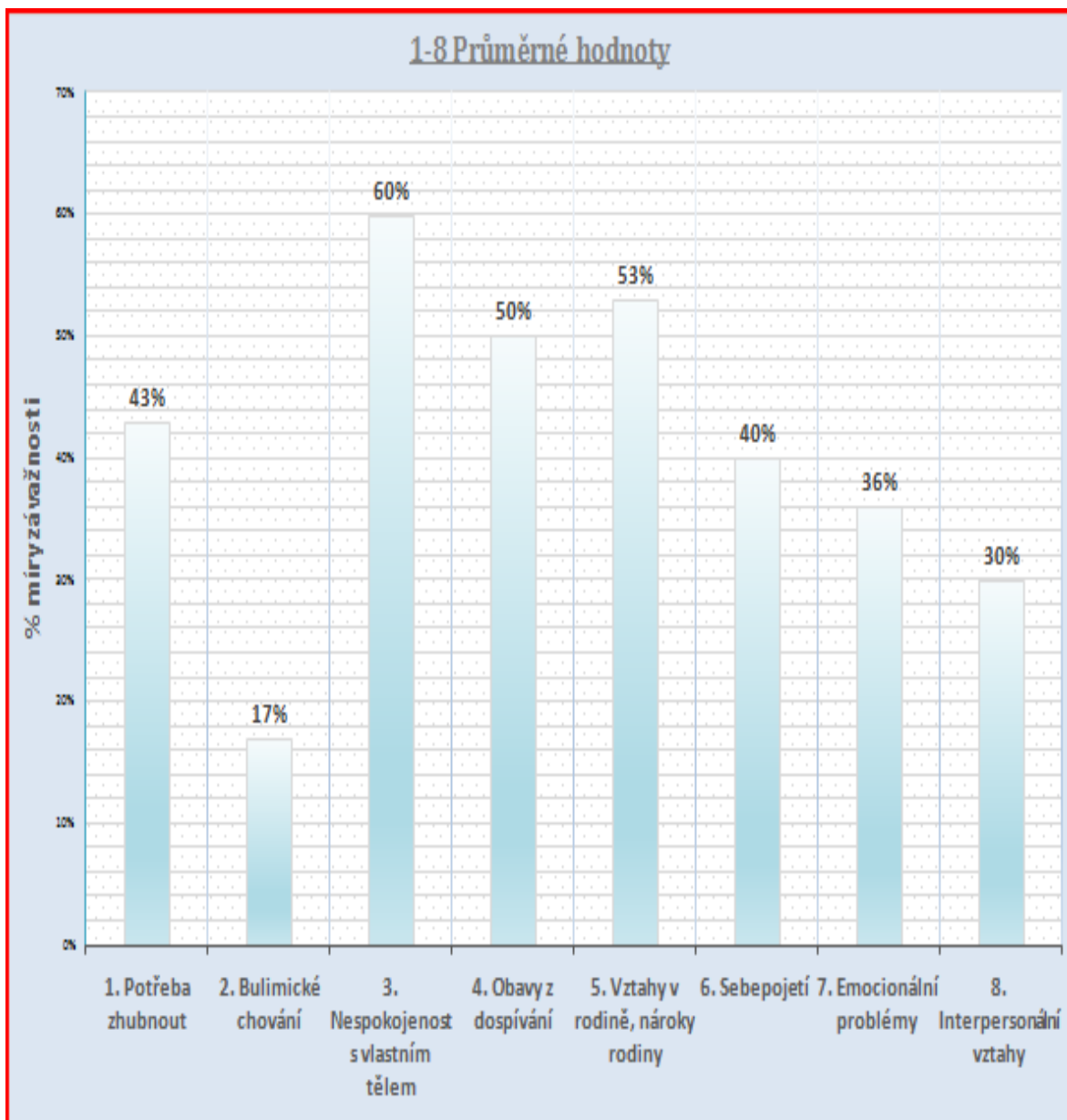
### 3.9 SROVNÁNÍ MEZI KATEGORIEMI

Otázky z dotazníku byly vyhodnocovány v 8 kategoriích podle míry závažnosti. Každému tvrzení, dle četnosti výskytu uváděných v procentech, odpovídalo vyhodnocení situace. Podle tabulky č. 2 mohlo nastat 5 typů situací závažnosti. V podstatě lze shrnout, že se ve zkoumaném vzorku 60 respondentů neobjevila žádná extrémní situace v jednotlivých kategoriích, které by odpovídaly koeficientu závažnosti 1 a zároveň ani v jednom případě nenastala situace nezávažná, odpovídající koeficientu závažnosti situace 5. Nejrizikovější kategorii tvoří tvrzení ve škále nespokojenosti s vlastním tělem a jako nejméně riziková se projevila kategorie bulimické chování. Přehledy včetně procentního vyjádření závažnosti situace u zkoumaného vzorku adolescentů znázorňuje níže uvedený graf č. 9.

Je nutné zmínit fakt, že stanovená hypotéza, která měla být výzkumem v diplomové práci ověřena, tj. 50% respondentů je nespokojeno s vlastním tělem, se naplnila překročením původního odhadu na 60%. Z vyhodnocení dotazníku od 60 respondentů, studentů ve věku cca 16 let, (55 dívek a 5 chlapců), sice nevyplývalo širší, výrazně závažné a akutní ohrožení zkoumané skupiny, ale rozhodně je důležité si

uvědomit, že je v ní přítomný v mnoha směrech rizikový faktor, zvýrazněný u hodnocení každé otázky. Je zde tedy jasně zřetelná náchylnost k onemocnění a existence „podhoubí“, z něhož by mohly PPP velmi rychle vyrůst. Někdy se jedná „pouze“ o překročení kritické meze spolupůsobících příčin a podmínek či zapůsobení spouštějícího mechanismu.

Graf č. 9: Srovnání mezi kategoriemi



## ZÁVĚR

Zpracování diplomové práce bylo určováno záměrem vystihnout zásadní informace, které postihují a charakterizují základní aspekty PPP ve věku dospívání, zejména pak adolescence. Jsou zde zachyceny psychologické problémy náležící k tomuto období, dále jsou v práci vymezeny poruchy příjmu potravy a definovány hlavní rysy MA a MB i zvláštnosti s touto problematikou spojené, jako je vzájemná souvislost apod. Největší pozornost je sice věnována MA, jako nejnebezpečnější nemoci z řady PPP, ale kromě ní a MB, je též pro úplnost výčtu PPP součástí této práce i charakteristika tzv. nových poruch příjmu potravy jako je ortorexie, bigorexie a drunkorexie.

V práci je mimo jiné krátce nastíněna historie PPP, příznaky jednotlivých onemocnění, jejich průběh, příčiny vzniku těchto poruch, od biologických faktorů, přes rizikové životní události, genetické vlivy a vlivy rodinného stylu života, emocionální aj. faktory, závislost na psychoaktivních látkách včetně alkoholu, též pak důsledky těchto poruch, jejich prevence i léčba.

Kvalitní poznání a informovanost o PPP je, pokud budeme chtít tato onemocnění omezit na minimum, naprostou nezbytností a to především informovanost mládeže v období dospívání, rodičů a učitelů apod. Informovanost je základem našeho chování a chování i jiných lidí, kteří alespoň v některých případech, pod vlivem daného poznání možných následků apod., mohou omezit zraňující poznámky, nekonečné řešení stále dominujícího tématu – diety a jídlo atd. Informovanost může též přimět rodiče, aby byli více šetrní k psychice svých dětí nebo včas rozpoznali varovné signály a zabezpečili odborný postup směřující k zablokování postupu PPP a léčby, nejlépe však preventivní jednání či zásah.

Rozhodně je nutné zdůraznit, že i v této oblasti je neméně důležitá výchova ke kritickému způsobu myšlení a nadhledu, což je přirozená překážka v podléhání tlaku konzumní společnosti při slepém následování nevhodných vzorů, (v našem případě například anorektických modelek aj.), posilování zdravého sebevědomí a individuality jedince, nikoli jeho izolovaností, ale cestou samostatnosti jeho myšlení, v rozvoji jeho talentu a zájmů. Je zřejmé, že dospívající, který má vřelý a zakotvený zájem o vícero

hodnot a stránek z bohaté životní nabídky, je odolnější proti tendenci zredukovat svůj život jen na diskuse o jídle a na vnitřní příkaz „zhubnout“.

Kromě kritického myšlení a rozvoje osobnosti v oblasti jejího zájmu lze jediné znovu podtrhnout již zmíněnou Senecovu zásadu „uměřenosti“, jako opaku života v extrémech. Škodlivá je přílišná až neúnosná náročnost na dospívajícího, stejně tak jako protipól – nezáměr o něj, život v přemrštěné péči či, obrazně řečeno, v umělém skleníku, stejně tak jako život v prostředí citové absence, život ve věčně rozhádaném prostředí, o prostředí, které ovládá šikana, alkohol, drogy či například anorektické či jiné postižení rodičů ani nemluvě. Měřítkem správnosti či nesprávnosti přístupu k dospívajícímu je mj. jeho pocit vnitřní svobody a pohody a míra jeho soustředění na ty životní oblasti, které mají faktickou kvalitu.

Diplomová práce byla zpracovávána tak, aby byly splněny cíle, stanovené v jejím úvodu. Tomu byla podřízena jak část teoretická, tak navazující část praktická, která potvrdila správnost řady závěrů z části teoretické (genetické vlivy, důležitost citového zázemí a vztahů v rodinách, výrazné negativní dopady PPP na nemocného jedince – od ukončení studia až po sebevražedné tendence apod.). Teoretickým poznatkům dala praktická část osobnostní rozměr, neboť někdy je více vypovídající příběh hmatatelného člověka než například pouze příliš odborné a strohé definice. Praktická část má svoje dílčí závěry uvedené jak u jednotlivých popsáných případů třech dívek s PPP, tak i u rozboru dotazníku, kde jsou uvedeny jak formou shrnutí u každé otázky, tak v kapitolách „Celkové hodnocení kategorie“ a v závěrečném srovnání mezi 8 sledovanými kategoriemi.

V závěru své práce bych chtěla ocenit, že mi bylo umožněno dané téma zpracovávat, neboť z důvodů, které jsem uvedla, bylo pro mě velmi zajímavé a samotnou práci na něm považuji pro sebe za přínos. Přínos nejen proto, že se samotným zjišťováním, zpracováním i vytvářením řady podkladů pro danou práci prohlubuje schopnost s analogickými materiály pracovat, analyzovat je apod., ale i z toho pohledu, že konkrétně toto téma mohu prakticky využít jako rodič i jako učitelka, která je s mnohými skupinami dospívajících, hlavně ve věku adolescentů, v přímém styku. Není proto vůbec vyloučeno, že mohu být někomu s nově nabytými znalostmi pro řešení PPP nápomocná.

## RESUMÉ

Tato diplomová práce s názvem *Poruchy příjmu potravy u adolescentů* se týká problematiky poruch příjmu potravy. Zabývá se současnou problematikou poruch příjmu potravy v ČR a vymezením poruch příjmu potravy v období dospívání. Představeny jsou mentální anorexie a mentální bulimie, ale i ostatní nespecifické poruchy příjmu potravy a nově vznikající poruchy příjmu potravy jako je např. ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Diplomová práce se věnuje také historii a průběhu těchto onemocnění. Též jsou zmíněny jak vnější tak i vnitřní příčiny vzniku onemocnění a možné důsledky, prevence i léčba poruch příjmu potravy.

Praktickou část tvoří 3 kazuistiky dívek s podrobnou osobní a rodinnou anamnézou, průběhem nemoci, současnou situací a prognózou vývoje a také s vyhodnocením pravděpodobných příčin vzniku PPP. Nedílnou součástí praktické části je vyhodnocení a výsledky průzkumu, kterého se účastnilo celkem 60 adolescentů v průměrném věku 16 let. Výzkum byl proveden pomocí dotazníku stravovacích poruch EDI se zaměřením na ověření vytyčených hypotéz.



## SUMMARY

This thesis entitled *Eating disorders in adolescents* is related to the issue of eating disorders. It deals with the current situation of eating disorders in the Czech Republic and the definition of eating disorders in adolescence. The paper will discuss mainly anorexia nervosa and bulimia nervosa, but also other non-specific eating disorders and newly-emerging eating disorders such as orthorexia, bigorexia and drunkorexia. This thesis is devoted to the history, progress, and symptoms of these diseases. There will also be a discussion on both the external and internal causes of the diseases and its possible consequences, prevention, and treatment.

The practical part consists of the case studies of 3 girls, with a detailed personal and family history, disease progression, their current situation and prediction of progress, and also an evaluation of the likely causes of their eating disorders. An integral section of the practical part is the results of the survey and its evaluation filled out by a total of 60 adolescents with an average age of 16 years. The research was carried out by a questionnaire on eating disorders (EDI) and focused on the verification of the hypotheses.

**SEZNAM LITERATURY**

1. CARO, Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst – můj boj proti anorexii*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011.
2. CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
3. CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
4. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
5. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
6. DUHÁČKOVÁ, Markéta. *Poruchy příjmu potravy u dospívajících*. ZČU Pedagogická fakulta, 2013.
7. DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. 1. vyd. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.
8. FALTUS, František. *Anorexia mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1979.
9. HALL, Lindsey, COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era Group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
10. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
11. KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
12. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
13. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy 2.*, aktualizované a doplněné vydání. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
14. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.
15. LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
16. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1284-9.
17. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, ISBN 80-205-0499-0.
18. MACEK, P. Adolescence (Adolescence). *Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

19. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
20. MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.
21. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
22. NOVOTNÁ, L.; HŘÍCHOVÁ, M.; MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. Plzeň: ZČU v Plzni, 2012. ISBN 978-80-2610-115-4.
23. PACLT, Ivo, FLORIÁN, Jakub. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Grada, 1998. ISBN 80-7169-506-8.
24. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2000, ISBN 85121-32-8.
25. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
26. PAPEŽOVÁ, Hana, HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.
27. PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára et al. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.
28. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
29. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1049-5.
30. SENECA, Annaeus. *Výbor z Listů Lucilioví*, Praha: Nakladatelství Svoboda, 1987, ISBN 25-076-87
31. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
34. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie Dětství a dospívání*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
35. VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostravská universita: Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7042-691-8.

## SEZNAM OSTATNÍCH ZDROJŮ

- Věkové složení obyvatel v ČR k 31. 12. 2013, [on-line].[cit. 16. 12. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r\\_2014](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r_2014)
- Informace čerpané z Českého statistického úřadu z tabulky: Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2013 [online]. [cit. 16. 12. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r\\_2014](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/130064-14-r_2014)
- Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2012. [online].[cit. 16. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy>
- Poruchy příjmu potravy se dají léčit. [online].[cit. 26- 11- 2014]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/>
- Propagace prostředku na hubnutí. [online].[cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.makingmyselfslim.com/cz4ajk9/>
- Článek "Bez prášků už krize nezvládnáme" uvedený v časopise Právo dne 6. 12. 2014, str. 1 a 2, ISSN 1211-2119
- Je jim osm a už hladoví. Anorexií a bulimií trpí čím dál menší děti. Publikováno 30. 1. 2010 [online].[cit. 27. 11. 2014]. Dostupné z: [http://ona.idnes.cz/je-jim-osm-a-uz-hladovi-anorexii-a-bulimii-trpi-cim-dal-mensi-deti-p81-zdravi.aspx?c=A100129\\_203742\\_domaci\\_vel](http://ona.idnes.cz/je-jim-osm-a-uz-hladovi-anorexii-a-bulimii-trpi-cim-dal-mensi-deti-p81-zdravi.aspx?c=A100129_203742_domaci_vel)
- Poruchy příjmu potravy se dají léčit. Musíte však přijít včas. [online].[cit. 26- 11- 2014]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/>
- Bulimie, rodná sestra mentální anorexie, Magazín Právo, 7. 1. 2014
- Video: Žádná holka si to nepřizná. Publikováno:27. 1. 2014, které se promítá v ordinacích dětských a praktických lékařů po celé České republice. [online].[cit. 26- 11-2014]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/?s=anorexie>
- Mentální bulimie – rozdíl oproti mentální anorexii [online].[cit. 25-11-2014] Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/mentalni-bulimie>
- Ortorexie, bigorexie, drukorexie – [online].[cit. 7. 2. 2015]. Publikováno: 21. 4. 2014. Dostupné z: <http://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
- Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy - [online].[cit. 7. 2. 2015]. Publikováno: 3. 2. 2010. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
- Cecílie Jílková: Jak poznat, že mam orthorexii? - [online].[cit. 7. 2. 2015]. Dostupné z: <http://blog.kaloricketabulky.cz/2014/10/cecilie-jilkova-jak-poznat-ze-mam-orthorexii/>
- Definice kompulzivní poruchy. [online].[cit. 7. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.modrykonik.cz/obsedantne-kompulzivni-porucha/>

- Definice muskulární dysmorfie. [online].[cit. 7. 2. 2015]. Dostupné z:[http://cs.wikipedia.org/wiki/Muskulární\\_dysmorfie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Muskulární_dysmorfie)
- Drunkorexie – Nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít. – [online].[cit. 7. 2. 2015]. Publikováno: 11. 11.2011. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/>
- Kateřina Siennská. [online].[cit. 7. 12. 2015]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kateřina\\_Siennská](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kateřina_Siennská)
- Alžběta Bavorská. [online].[cit. 25-11-2014]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Alžběta\\_Bavorská](http://cs.wikipedia.org/wiki/Alžběta_Bavorská)
- Historie poruch příjmu potravy. [online] [cit. 25-11-2014]. Dostupné z: <http://www.hubnuti4you.cz/117-historie-ppp.html>
- Poruchy příjmu potravy: Jak vnímám sám sebe, publikováno 24. 11. 2013. [online].[cit. 1. 12. 2014]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=3s7nzVJakFM>
- Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících s Františkem Davidem Krchem, publikováno 1. 11. 2013. [online]. [cit. 1. 12. 2014]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=U11UqjRfMGM>
- Mentální bulimie.[online] [cit. 25-11-2014]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/mentalni-bulimie>
- Poruchy příjmu potravy se dají léčit. Publikováno 20. 6. 2014 [online].[cit. 2. 12. 2014]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/napsali-o-nas/poruchy-prijmu-potravy-se-daji-lecit/>
- Čes. a slov. Psychiatrie, 103, 2007, No. 8, s. 393-401. [online].[cit. 1. 12. 2014] Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_8\\_393\\_401.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_393_401.pdf)
- Čes. a slov. Psychiatrie, 103, 2007, No. 8, s. 400-401. [online].[cit. 1. 12. 2014] Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_8\\_393\\_401.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_393_401.pdf)
- Poruchy příjmu potravy – Modeling. Publikováno: 8. 4. 2014 [online].[cit. 2. 12. 2014]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=BPd6NBK8BDE>
- Diana Princess of Waless 1961-1997[online].[cit. 1. 12. 2014]. Dostupné z: [http://www.englishmonarchs.co.uk/windsor\\_6.htm](http://www.englishmonarchs.co.uk/windsor_6.htm)
- Poruchy příjmu potravy, publikováno 14. 1. 2013 [online].[cit. 2. 12. 2014] Dostupné z: <http://magazin.mojechytredite.cz/zdravi/poruchy-prijmu-potravy>
- Pohled na bulimii a anorexii. Publikováno 31. 12. 2012 [online].[cit. 1. 12. 2014] Dostupné z: <http://nkcpu.cz/aktualiy-2010-pohled-na-bulimii-a-anorexii-1208.html>
- Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ze dne 17. 12. 2013. [online].[cit. 1. 12. 2014] Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf)

## NĚKTERÉ VYBRANÉ ZAHRANIČNÍ PŘEHLEDOVÉ STUDIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### **Porovnání klinických charakteristik mezi muži a ženami s poruchami příjmu potravy v adolescenci.**

Tato studie byla provedena ve Švédsku v dětské nemocnici v Uppsale v letech 1999-2012. Cílem této studie bylo zlepšit chápání klinických příznaků dospívajících mužů s poruchami příjmu potravy. Porovnával se věk, hmotnost, historie odlišných premorbidních hmotností, psychiatrické (ADHD) a somatické (celiakie a diabetes) komorbidity s 58 muži na 606 žen. Výsledky této studie ukázaly, že nebyl žádný významný rozdíl ve věku, rozdíly v hmotnosti a premorbidní historie hmotnosti byly smíšené. Signifikantně vyšší procento mužů mělo v anamnéze BMI vyšší než dvě standardní odchylky nad průměrem za jejich odpovídající věkové skupiny. Stejně tak byl vyšší výskyt ADHD u mužů, zatímco celiakie a diabetes, bylo zjištěno pouze u žen. Závěrem této studie je lepší pochopení a identifikace klinických charakteristik mužů s PPP, které pomohou k nejlepší alternativě léčby.<sup>83</sup>

### **Poruchy příjmu potravy u dospívajících: Jak DSM-V změnil diagnózu?**

Účelem této studie bylo zjistit změny v diagnostice, ke kterým dochází při přechodu z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – 4. vydání na Diagnostický a statistický manuál 5. Celkem se hodnotilo 309 pacientů v průběhu 16 měsíců. Distribuce byly vypočteny pomocí pořadí součtu analýz Man-Whitney a Wilcoxon pro určení rozdílu mezi diagnostickými skupinami. Závěr: Téměř dvě třetiny (64,6%) z 309 pacientů mělo diagnózu EDNOS na základě kritérií DSM-IV. Naopak, jen čtyři pacienti měli diagnózu nespecifikované poruchy příjmu potravy na základě DSM-5 kritérií. Tyto údaje ukazují, že cílem poskytnout více konkrétních diagnóz u pacientů s poruchami příjmu potravy je velmi úspěšně provedena nová klasifikace dle DSM-5 kritérií.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25784424> [online] [cit. 20. 3. 2014]

<sup>84</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720048> [online] [cit. 20. 3. 2014]

**Spokojenost s hmotností a charakteristiky PPP na střední škole**

Cílem této studie je analyzovat spokojenost s tělesnou hmotností školáků, pokud jde o jejich index tělesné hmotnosti a strategie používané pro kontrolu váhy. Celkem 1197 studentů ze středoškolského vzdělání (12 - 18 roků) odpovědělo na dotazník o stravovacích návycích a kontrolu tělesné hmotnosti. Jejich váha a výška byla měřena a index tělesné hmotnosti byl vypočten. Více než dvě třetiny (68,1%) studentů, kteří měli odpovídající BMI byli spokojeni s jejich hmotností. Větší nespokojenost s váhou je spojena s nadváhou (OR = 10,23) a obezitou (OR = 16.60). Nadváhou a obézní školáci mají větší šanci být nespokojeni se svým tělem a častěji zvracejí, aby vyrovnali nadměrný příjem potravy.<sup>85</sup>

---

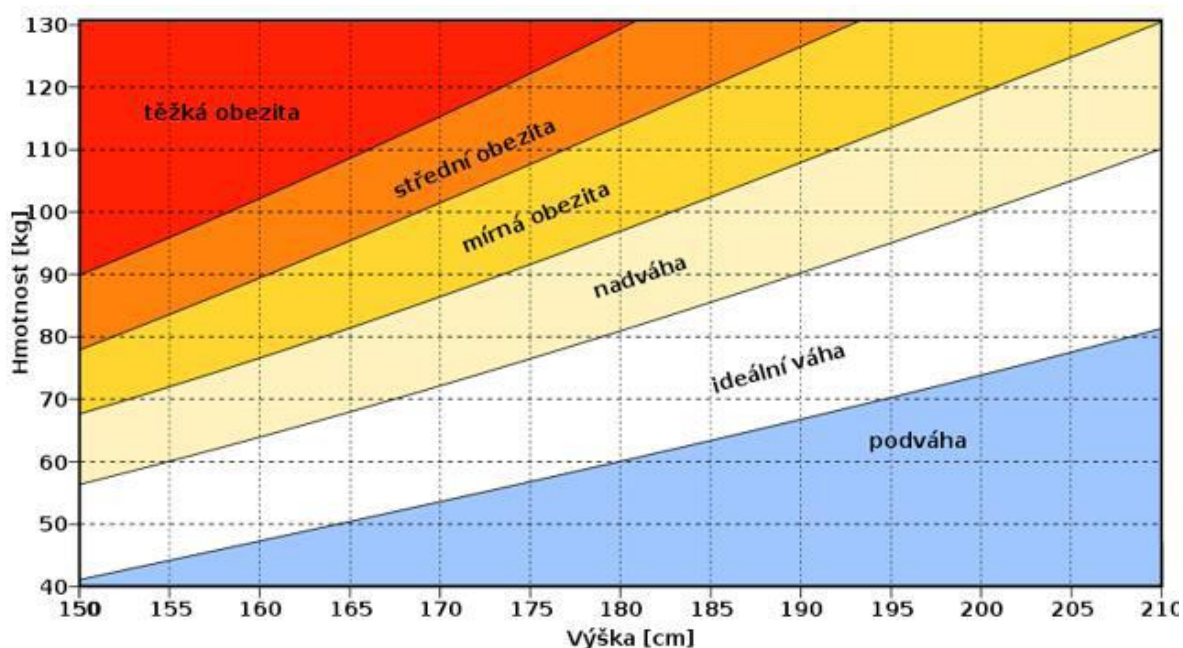
<sup>85</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441211> [online] [cit. 20. 3. 2014]

**SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ**

- Příloha č. 1: BMI
- Příloha č. 2: Bratmanův test
- Příloha č. 3: Běžná zdravotní rizika úbytku váhy
- Příloha č. 4: Běžná zdravotní rizika přílišného pročišťování
- Příloha č. 5: Běžná zdravotní rizika přílišného zvýšení hmotnosti
- Příloha č. 6: Přehled použitých diagnóz MKN-10
- Příloha č. 7: Přehled ambulantně léčených pacientů v roce 2012
- Příloha č. 8: Přehled ambulantně léčených pacientů v roce 2013
- Příloha č. 9: Počet hospitalizací pro jednotlivé diagnózy F50.0-F50.9 v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví v letech 2007-2013
- Příloha č. 10: Počet hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a kraje bydliště
- Příloha č. 11: Průměrná ošetrovací doba hospitalizací pro jednotlivé diagnózy v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a jednotlivých diagnóz
- Příloha č. 12: Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a věkových skupin
- Příloha č. 13: Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a zaměstnání
- Příloha č. 14: Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a rodinného stavu
- Příloha č. 15: Vyplněný dotazník EDI dívkou, která trpěla poruchou příjmu potravy



## Příloha č. 1

**BMI – Body mass index**

V populaci se objevují hodnoty indexu v rozmezí od přibližně 15 (závažná podvýživa) až přes 40 (morbidní obezita). Přesné hranice mezi jednotlivými kategoriemi (závažná podvýživa, podvýživa, optimální váha atd.) se mezi různými odborníky liší, ale všeobecně je BMI pod 18,5 považováno za podváhu, která může být příznakem nějaké poruchy stravování či jiného zdravotního problému, zatímco BMI nad 25 se považuje za nadváhu a nad 30 za příznak obezity. Tyto hranice platí pro dospělé starší 20 let.

Běžně se používají následující hranice:

Kategorie	Rozsah BMI – kg/m <sup>2</sup>	Základní BMI	Hmotnost osoby vysoké 180 cm
<b>těžká podvýživa</b>	≤ 16,5	méně než 0,6	méně než 53,5 kg
<b>podváha</b>	16,5 – 18,5	0,6 – 0,74	od 53,5 do 60 kg
<b>ideální váha</b>	18,5 – 25	0,74 – 1	od 60 do 81 kg
<b>nadváha</b>	25 – 30	1 – 1,2	od 81 do 97 kg
<b>mírná obezita</b>	30 – 35	1,2 – 1,4	od 97 do 113 kg
<b>střední obezita</b>	35 – 40	1,4 – 1,6	od 113 do 130 kg
<b>morbidní obezita</b>	> 40	nad 1,6	nad 130 kg

<sup>86</sup>

<sup>86</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Index\\_tělesné\\_hmotnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/Index_tělesné_hmotnosti) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 2

**Bratmanův test**

K diagnostice orthorexie se používá následující Bratmanův test. Je nutné si ale uvědomit, že osoby procházející změnou jídelníčku mohou z testu vycházet mylně jako orthorektici, přestože jimi nejsou.

1. Strávíte denně více jak tři hodiny přemýšlením o zdravé stravě?
2. Záleží vám více na zdravotní hodnotě toho co jíte než na příjemném prožitku, který strava přináší?
3. Zjistili jste, že s rostoucí zdravotní kvalitou vaší stravy klesá souběžně kvalita vašeho života?
4. Jste na sebe v otázkách stravy stále přísnější?
5. Vyměnili jste prožitek, který vám přinášela strava, za dobrý pocit, že jíte správně?
6. Cítíte vyšší sebeúctu na základě dojmu, že jíte zdravě, a současně pohrdáte těmi, kteří jí nezdravě?
7. Izoluje vás sociálně váš způsob stravování?
8. Když se stravujete způsobem, který považujete za správný, přináší vám to uklidňující pocit sebekontroly?
9. Plánujete si svůj zítřejší jídelníček již dnes?
10. Když nedodržíte plánovanou dietu, dostaví se pocit viny nebo ztráty sebeúcty?

Kladná odpověď na čtyři a více otázek znamená, že je daný člověk ohrožen orthorexií. Kladná odpověď na všechny položené otázky značí rozvinutou orthorexií, která vyžaduje rychlou pomoc odborníka.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> <http://blog.kaloricketabulky.cz/2014/10/cecilie-jilkova-jak-poznat-ze-mam-orthorexiu/>  
[online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 3

**Běžná zdravotní rizika přílišného úbytku váhy**

Vedlejší účinek	Jak jej poznáte
<b>Nízký krevní tlak</b>	Dělá se Vám mdlo, když rychle vstanete. Váš krevní oběh se rovněž zhoršuje, což poznáte podle studených rukou a nohou
<b>Oslabení srdce</b>	Jakmile tělo spotřebuje tuk, začne pro výrobu energie používat svalstvo, včetně srdeční svaloviny a tak srdce začne šetřit energii a sníží pulz. Normální pulz se pohybuje okolo 80-90 úderů za minutu. Může se stát, že budete trpět bolestmi na hrudi, srdečními potížemi, v nejhorších případech Vám hrozí infarkt.
<b>Oslabení ostatních svalů</b>	Můžete se cítit slabí nebo bez energie.
<b>Anémie<sup>88</sup></b>	Anémie rovněž ovlivňuje Vaši aktivitu – můžete si povšimnout, že se snadněji zadýcháte <sup>89</sup> . Zároveň se cítíte unaveni nebo leniví.
<b>Neplodnost</b>	Toto platí především pro ženy, neboť v případě přílišné ztráty váhy (nebo příliš rychlého zhubnutí) se Váš menstruační cyklus může stát nepravidelným nebo se úplně zastaví. <sup>90</sup>
<b>Osteoporóza</b>	Zpočátku si pravděpodobně ničeho špatného nevšimnete. Osteoporóza znamená slábnutí a řídnutí kostí a tak pokud během dospívání nemáte žádný příjem potravy, kosti se neposilují tak, jak by měly, takže jakmile začnou ztrácet svou pevnost, stanou se příliš slabými. Ke slábnutí kostí rovněž přispívá delší zástava menstruace
<b>Další vedlejší účinky</b>	Pokud máte podváhu, bude Vám více zima než ostatním lidem, což může být opravdu protivné. Někteří lidé s PPP mají problém se zahřát i v letním horku. Studené končetiny mohou být také příznakem oběhových problémů. Na kůži se může objevit jemné chmýří tzv. lanugo. Problémy se spánkem způsobují pocity únavy, apatie a vyčerpání. Pravděpodobně budete náladoví, mohou se objevit depresivní prožitky. Kostí nejsou určeny k tomu, aby se na nich sedělo, a jestliže shodíte veškerý tuk, který je obaluje, začnou Vám být některé povrchy velmi nepohodlné a proto posezení na tvrdé židli nebo i koupel se mohou stát velmi bolestivou záležitostí.

(Middleton, Smith, 2013, s. 21-22)

<sup>88</sup> Anémie = nedostatek červených krvinek<sup>89</sup> Červené krvinky transportují kyslík ke svalům, pokud tedy máte krvinek nedostatek, musíte rychleji dýchat<sup>90</sup> Menstruace se obvykle obnoví, jakmile se zlepší Vaše hmotnost a jídelní návyky, ovšem u některých žen problémy přetrvávají

## Příloha č. 4

**Běžná zdravotní rizika přílišného „pročišťování“**

Vedlejší účinek	Jak jej poznáte
<b>Ztráta elektrolytů</b>	Jedná se o nejzávažnější vedlejší účinek. Jestliže si vyvoláte zvracení nebo užíváte příliš mnoho projímadel, ztratíte hodně tekutin. Zároveň s vodou odcházejí důležité sloučeniny – elektrolyty. Rovnováha těchto sloučenin v těle je kromě jiného zásadně důležitá pro pravidelnou činnost srdce a pro normální fungování mozku. Zpočátku nemusejí být patrné žádné známky nerovnováhy, ale pokud dochází k dalšímu poklesu klíčových elektrolytů, mohou se objevit závažné symptomy jako např. srdeční selhání či záchvaty.
<b>Zaživací potíže</b>	Čištění zcela narušuje normální trávicí procesy. Umělé vyvolání zvracení může způsobit oslabení přirozené zátky v horní části žaludku, což se projeví pronikáním žaludečních kyselin do jícnu a následným pálením žáhy a zaživacími potížemi. Zneužívání projímadel narušuje přirozený rytmus střev, což ústí v průjem či zácpu. V průběhu času se tyto problémy prohlubují, takže jsou potíže vůbec udržet nějaké jídlo. Rovněž se mohou vyskytnout různé potravinové alergie či syndrom dráždivého tračníku.
<b>„Akutní“ vedlejší účinky</b>	Vyprovokované zvracení může vést k prasknutí žaludku, jsou také známy případy udávení se předměty, které lidé používají pro vyvolání zvracení. Zneužívání projímadel může rovněž způsobit závažné potíže – zejména pro ztrátu elektrolytů, ale také kvůli svému vlivu na trávicí systém.

(Middleton, Smith, 2013, s. 23)

## Příloha č. 5

**Běžná zdravotní rizika přílišného zvýšení hmotnosti**

<b>Vedlejší účinek</b>	<b>Jak jej poznáte</b>
<b>Kardiovaskulární poruchy</b>	Jedná se o dlouhodobou záležitost, kdy přejídání nezdravým jídlem způsobuje cévní změny. Cévy se zevnitř obalují tukem, který může postupně způsobit jejich ucpání. Roky nemusíte mít žádné symptomy, ale postupně se mohou objevit závažné potíže – bolesti na hrudi, záchvaty, případně srdeční infarkty
<b>Metabolické potíže vč. diabetes 2. typu</b>	Tyto potíže jsou způsobeny dlouhodobou a nadměrnou konzumací sladkého. Diabetes může být příčinou závažných zdravotních obtíží a je spojen se srdečními chorobami. Opět platí, že symptomy mohou zůstat nepovšimnuty, jelikož diabetes 2. typu bývá většinou zachycen až při lékařské prohlídce.
<b>Pohybové potíže</b>	Čím větší hmotnost máte, tím více zatěžujete své klouby. Kloubní potíže jako artritida <sup>91</sup> mohou být spojeny s nadváhou, stejně jako spousta kloubních bolestí. Jakmile se objeví podobný problém, může pak být mnohem obtížnější začít s cvičením a hubnutím.
<b>Další vedlejší účinky</b>	Nadváha a nezdravé stravování jsou spojeny se zvýšeným rizikem mnoha druhů zdravotních problémů, včetně onkologických. Dobrou zprávou je, že zlepšením svého stravování a zhubnutím můžete mnohé ovlivnit, je ale důležité si uvědomit dlouhodobá rizika Vašeho počínání.

(Middleton, Smith, 2013, s. 24)

<sup>91</sup> artritida = zánětlivé autoimunitní onemocnění, které se projevuje především zánětem a bolestivostí kloubů a jejich postupným poškozením, postihuje však i ostatní orgány.

Příloha č. 6

**Přehled použitých diagnóz MKN-10**

<b>Kód diagnózy</b>	<b>Název diagnózy</b>
<b>F50.0</b>	Mentální anorexie
<b>F50.1</b>	Atypická mentální anorexie
<b>F50.2</b>	Mentální bulimie
<b>F50.3</b>	Atypická mentální bulimie
<b>F50.4</b>	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
<b>F50.5</b>	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
<b>F50.8</b>	Jiné poruchy přijímání jídla
<b>F50.9</b>	Porucha přijímání jídla, NS

92

---

<sup>92</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf)

Příloha č. 7

**Přehled ambulantně léčených pacientů v roce 2012****Počet ambulantních pacientů s dg. F50 podle kraje, pohlaví a věkových skupin v roce 2012**

Kraj	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina			z celku nově zjištěná onemocnění
				0–14 let	15–19 let	20 let a více	
Hl. m. Praha	1 417	118	1 299	92	365	960	550
Středočeský	187	26	161	25	42	120	76
Jihočeský	153	17	136	16	35	102	51
Plzeňský	117	1	116	1	32	84	44
Karlovarský	41	6	35	1	7	33	18
Ústecký	116	15	101	16	44	56	44
Liberecký	89	11	78	8	24	57	19
Královéhradecký	143	23	120	13	45	85	56
Pardubický	198	7	191	20	106	72	79
Vysočina	91	7	84	12	25	54	31
Jihomoravský	399	37	362	50	145	204	121
Olomoucký	239	8	231	11	66	162	66
Zlínský	90	11	79	9	34	47	39
Moravskoslezský	181	14	167	21	58	102	70
<b>Celkem</b>	<b>3 461</b>	<b>301</b>	<b>3 160</b>	<b>295</b>	<b>1 028</b>	<b>2 138</b>	<b>1 264</b>

93

<sup>93</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

Příloha č. 8

**Přehled ambulantně léčených pacientů v roce 2013****Počet ambulantních pacientů s dg. F50 podle kraje, pohlaví a věkových skupin v roce 2013**

Kraj	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina			z celku nově zjištěná onemocnění
				0–14 let	15–19 let	20 let a více	
Hl. m. Praha	<b>1 552</b>	99	1 453	82	409	1 061	632
Středočeský	<b>166</b>	22	144	2	30	134	51
Jihočeský	<b>163</b>	16	147	12	50	101	32
Plzeňský	<b>127</b>	7	120	6	19	102	44
Karlovarský	<b>45</b>	2	43	1	5	39	12
Ústecký	<b>137</b>	27	110	18	42	77	61
Liberecký	<b>126</b>	23	103	8	22	96	23
Královéhradecký	<b>159</b>	22	137	9	51	99	56
Pardubický	<b>162</b>	1	161	19	104	39	72
Vysočina	<b>78</b>	10	68	7	24	47	23
Jihomoravský	<b>516</b>	58	458	65	181	270	185
Olomoucký	<b>282</b>	24	258	18	63	201	83
Zlínský	<b>121</b>	10	111	7	55	59	32
Moravskoslezský	<b>190</b>	11	179	18	60	112	58
<b>Celkem</b>	<b>3 824</b>	<b>332</b>	<b>3 492</b>	<b>272</b>	<b>1 115</b>	<b>2 437</b>	<b>1 364</b>

94

<sup>94</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]



## Příloha č. 9

**Počet hospitalizací pro jednotlivé diagnózy F50.0–F50.9 v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví v letech 2007 – 2013**

Kód diagnózy	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m	muž i	žen y	celke m
F50.0	3	253	256	8	234	242	12	197	209	7	189	196	9	206	215	9	194	203	9	236	245
F50.1	4	45	49	4	34	38	3	39	42	1	41	42	-	25	25	7	29	36	11	34	45
F50.2	5	101	106	1	97	98	-	100	100	-	91	91	1	65	66	1	64	65	4	59	63
F50.3	-	10	10	2	10	12	3	7	10	-	7	7	-	6	6	-	8	8		12	12
F50.4	-	3	3	1	7	8	1	3	4	2	5	7	5	4	9	6	1	7	2	9	11
F50.5	-	3	3	-	2	2	-	3	3	-	2	2	-	4	4	-	2	2		2	2
F50.8	4	4	8	1	11	12	1	7	8	2	8	10	1	6	7	2	2	4	1	11	12
F50.9	1	3	4	-	7	7	1	5	6	7	1	8	2	5	7	-	5	5	1	8	9
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>422</b>	<b>439</b>	<b>17</b>	<b>402</b>	<b>419</b>	<b>21</b>	<b>361</b>	<b>382</b>	<b>19</b>	<b>344</b>	<b>363</b>	<b>18</b>	<b>321</b>	<b>339</b>	<b>25</b>	<b>305</b>	<b>330</b>	<b>28</b>	<b>371</b>	<b>399</b>

95

<sup>95</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 10

**Počet hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a kraje bydliště**

Kraj	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Hl. m. Praha	2	44	46	3	51	54	2	51	53	1	67	68	4	47	51	8	43	51	2	61	63
Středočeský	3	32	35	2	31	33	4	31	35	3	29	32	2	34	36	2	46	48	2	52	54
Jihočeský	-	21	21	-	16	16	3	8	11	-	10	10	1	7	8	1	14	15	1	26	27
Plzeňský	2	15	17	-	13	13	-	14	14	1	17	18	-	15	15	-	9	9	1	17	18
Karlovarský	-	17	17	-	12	12	-	10	10	2	8	10	-	4	4	2	11	13	-	9	9
Ústecký	-	29	29	2	20	22	-	34	34	1	20	21	-	21	21	1	14	15	2	19	21
Liberecký	-	15	15	-	12	12	-	10	10	-	12	12	2	16	18	-	12	12	-	11	11
Královéhradecký	-	36	36	1	26	27	1	27	28	1	16	17	-	22	22	-	20	20	3	18	21
Pardubický	2	23	25	-	11	11	1	20	21	1	17	18	3	18	21	6	23	29	2	15	17
Vysočina	3	21	24	1	28	29	3	13	16	3	20	23	4	19	23	1	14	15	7	19	26
Jihomoravský	5	74	79	2	75	77	4	63	67	1	50	51	1	53	54	1	40	41	3	58	61
Olomoucký	-	26	26	-	39	39	1	23	24	-	23	23	-	22	22	1	14	15	1	13	14
Zlínský	-	29	29	5	29	34	-	21	21	1	16	17	1	15	16	-	17	17	3	16	19
Moravskoslezský	-	38	38	1	37	38	2	33	35	4	38	42	-	28	28	2	26	28	1	35	36
<b>Bydliště v ČR</b>	17	420	437	17	400	417	21	358	379	19	343	362	18	321	339	25	303	328	28	369	397
bezdomovci	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
cizinci	-	2	2	-	2	2	-	3	3	-	1	1	-	-	-	-	2	2	-	2	2
<b>Hospitalizování v ČR celkem</b>	17	422	439	17	402	419	21	361	382	19	344	363	18	321	339	25	305	330	28	371	399

96

<sup>96</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 11

**Průměrná ošetrovací doba hospitalizací pro jednotlivé diagnózy v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a jednotlivých diagnóz**

Kód dg.	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
F50.0	12,3	35,1	<b>34,8</b>	37,9	34,1	<b>34,2</b>	35,8	40,6	<b>40,4</b>	25,4	41,8	<b>41,3</b>	56,2	42,7	<b>43,3</b>	32,9	37,9	<b>37,7</b>	61,0	47,6	<b>48,1</b>
F50.1	38,8	29,5	<b>30,3</b>	23,5	32,0	<b>31,1</b>	16,0	30,2	<b>29,2</b>	36,0	31,4	<b>31,5</b>	-	32,9	<b>32,9</b>	37,7	29,2	<b>30,8</b>	36,6	32,1	<b>33,2</b>
F50.2	38,2	29,8	<b>30,2</b>	22,0	28,8	<b>28,7</b>	-	31,6	<b>31,6</b>	-	31,6	<b>31,6</b>	8,0	33,2	<b>32,8</b>	33,0	30,1	<b>30,1</b>	15,0	33,6	<b>32,4</b>
F50.3	-	19,4	<b>19,4</b>	15,5	30,9	<b>28,3</b>	6,7	42,4	<b>31,7</b>	-	16,7	<b>16,7</b>	-	34,2	<b>34,2</b>	-	34,8	<b>34,8</b>	-	25,3	<b>25,3</b>
F50.4	-	34,7	<b>34,7</b>	15,0	21,3	<b>20,5</b>	41,0	13,7	<b>20,5</b>	68,0	21,2	<b>34,6</b>	56,4	19,8	<b>40,1</b>	44,5	3,0	<b>38,6</b>	30,0	35,1	<b>34,2</b>
F50.5	-	38,0	<b>38,0</b>	-	16,5	<b>16,5</b>	-	22,7	<b>22,7</b>	-	10,5	<b>10,5</b>	-	23,0	<b>23,0</b>	-	5,0	<b>5,0</b>	-	86,5	<b>86,5</b>
F50.8	21,3	25,8	<b>23,5</b>	25,0	20,0	<b>20,4</b>	49,0	16,0	<b>20,1</b>	7,0	27,9	<b>23,7</b>	11,0	26,0	<b>23,9</b>	10,5	23,5	<b>17,0</b>	25,0	28,6	<b>28,3</b>
F50.9	24,0	39,7	<b>35,8</b>	-	24,3	<b>24,3</b>	12,0	35,0	<b>31,2</b>	23,3	27,0	<b>23,8</b>	10,0	19,4	<b>16,7</b>	-	14,8	<b>14,8</b>	31,0	25,9	<b>26,4</b>
<b>Celkem</b>	<b>28,9</b>	<b>32,8</b>	<b>32,7</b>	<b>28,8</b>	<b>31,7</b>	<b>31,6</b>	<b>28,5</b>	<b>36,1</b>	<b>35,7</b>	<b>27,7</b>	<b>36,5</b>	<b>36,1</b>	<b>45,9</b>	<b>38,7</b>	<b>39,0</b>	<b>35,2</b>	<b>34,6</b>	<b>34,6</b>	<b>40,3</b>	<b>42,1</b>	<b>42,0</b>

97

<sup>97</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 12

**Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a věkových skupin**

Věková skupina	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
5-9	-	2	2	1	1	2	-	1	1	2	1	3	-	1	1	3	2	5	4	2	6
10-14	5	84	89	6	62	68	2	51	53	4	49	53	4	59	63	8	48	56	3	61	64
15-19	1	129	130	6	145	151	5	125	130	4	121	125	4	118	122	3	73	76	7	137	144
20-24	-	87	87	-	81	81	6	65	71	2	52	54	4	43	47	-	43	43	3	64	67
25-29	3	63	66	2	54	56	3	52	55	-	51	51	-	34	34	4	49	53	2	38	40
30-34	3	23	26	1	29	30	2	37	39	3	34	37	1	22	23	2	18	20	3	29	32
35-39	-	19	19	1	14	15	1	10	11	2	12	14	2	18	20	3	29	32	4	23	27
40-44	2	4	6	-	4	4	1	8	9	-	8	8	-	13	13	-	22	22	1	5	6
45-49	-	5	5	-	9	9	-	7	7	-	7	7	1	3	4	-	12	12	-	1	1
50-54	1	2	3	-	2	2	1	1	2	2	2	4	-	6	6	-	4	4	-	4	4
55-59	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	3	5	-	3	3	-	3	3
60-64	2	2	4	-	1	1	-	2	2	-	2	2	-	-	-	1	2	3	-	2	2
65-69	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	3	3	-	-	-	1	-	1	1	1	2
70+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>422</b>	<b>439</b>	<b>17</b>	<b>402</b>	<b>419</b>	<b>21</b>	<b>361</b>	<b>382</b>	<b>19</b>	<b>344</b>	<b>363</b>	<b>18</b>	<b>321</b>	<b>339</b>	<b>25</b>	<b>305</b>	<b>330</b>	<b>28</b>	<b>371</b>	<b>399</b>

98

<sup>98</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 13

**Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a zaměstnání**

Zaměstnání	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m
nepracující, dítě, studující	12	338	350	15	326	341	18	286	304	17	273	290	16	261	277	19	265	284	22	317	339
vedoucí a řídící pracovník	-	4	4	-	8	8	-	4	4	-	3	3	-	5	5	-	5	5	-	1	1
vědecký a odborný duševní pracovník	1	6	7	2	3	5	1	4	5	-	1	1	-	2	2	1	-	1	2	1	3
technický, zdravotnický , pedagogický pracovník a pracovník v příb. oborech	-	12	12	-	16	16	2	9	11	-	15	15	1	12	13	1	5	6	-	16	16
nižší admin. pracovník	-	24	24	-	23	23	-	21	21	-	16	16	-	19	19	-	18	18	-	16	16
provozní prac. ve službách	2	21	23	-	19	19	-	26	26	-	20	20	-	13	13	3	8	11	3	12	15
kvalif. dělník v zemědělství, lesnictví a v příb. oborech	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1
řemeslník a kvalifik. dělník	1	13	14	-	5	5	-	8	8	1	12	13	-	7	7	1	2	3	1	4	5
obsluha strojů zařízení	1	1	2	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	1	2	-	1	1	-	1	1
pomocný a nekvalifika ný pracovník	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>422</b>	<b>439</b>	<b>17</b>	<b>402</b>	<b>419</b>	<b>21</b>	<b>361</b>	<b>382</b>	<b>19</b>	<b>344</b>	<b>363</b>	<b>18</b>	<b>321</b>	<b>339</b>	<b>25</b>	<b>305</b>	<b>330</b>	<b>28</b>	<b>371</b>	<b>399</b>

99

<sup>99</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online]. [cit. 1. 12. 2014]

## Příloha č. 14

**Počty hospitalizací pro PPP v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a rodinného stavu**

Stav	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m	mu ži	žen y	celke m
svobodný/ á	11	354	365	16	355	371	19	314	333	16	285	301	14	272	286	22	254	276	21	314	335
ženatý, vdaná	2	53	55	1	28	29	-	27	27	2	44	46	1	28	29	3	39	42	5	39	44
rozvedený /á	2	10	12	-	17	17	2	16	18	1	15	16	2	17	19	-	11	11	2	16	18
ovdovělý/ á	2	-	2	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	2
druh, družka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
nezjištěn	-	5	5	-	2	2	-	2	2	-	-	-	1	3	4	-	1	1	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>422</b>	<b>439</b>	<b>17</b>	<b>402</b>	<b>419</b>	<b>21</b>	<b>361</b>	<b>382</b>	<b>19</b>	<b>344</b>	<b>363</b>	<b>18</b>	<b>321</b>	<b>339</b>	<b>25</b>	<b>305</b>	<b>330</b>	<b>28</b>	<b>371</b>	<b>399</b>

100

<sup>100</sup> [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_55.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf) [online].[cit. 1. 12. 2014]

Příloha č. 15

**Vyplněný dotazník EDI dívkou, která trpěla poruchou příjmu potravy****DOTAZNÍK STRAVOVACÍCH PORUCH ( EATING DISORDER  
INVENTORY, EDI )**

Milé žákyně, milí žáci,

Obracím se na Vás s žádostí o pomoc a spolupráci. Zajímají mě Vaše znalost problematiky poruch příjmu potravy. Velice mi záleží na upřímnosti a otevřenosti Vašich odpovědí. Ujišťuji Vás, že nebudou zneužity, ale poslouží pouze k výzkumným účelům pro diplomovou práci při zachování Vaší plné anonymity.

Odpovězte, prosím, na následující otázky. Některé otázky se týkají stravy a jídla. Jiné se týkají pocitů, které prožíváte vůči sobě samé. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, proto se pečlivě snažte odpovídat co nejpoctivěji. Přečtěte si každou otázku a zakroužkujte odpověď ve sloupci, která Vám odpovídá nejlépe.

Děkuji

Bc. Edita Váchová

	(6) Vždy	(5) Obvykle	(4) Často	(3) Někdy	(2) Zřídka	(1) Nikdy
1. Jím sladkosti a uhlohydráty aniž by mě to znervózňovalo (21)					*	
2. Myslím si, že mám příliš velký žaludek (22)				*		
3. Přeji si, abych se mohl (a) vrátit do bezpečí dětství (23)					*	
4. Jím, když mam zkaženou náladu (24)						*
5. Cpu se jídlem (25)						*
6. Přál (a) bych si být mladší (26)						*
7. Myslívám na diety (27)				*		
8. Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné (28)					*	
9. Myslím si, že mám moc tlustá				*		

stehna (29)						
10. Cítím se jako bezcenný člověk (30)					*	
11. Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám (31)						*
12. Myslím si, že můj žaludek je právě tak veliký, jak má být (32)				*		
13. Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon (33)						*
14. Nejšťastnější období života je dětství (34)				*		
15. Dávám otevřeně najevo své pocity (35)		*				
16. Děším se představy, že bych mohl (a) přibírat na váze (36)			*			
17. Důvěřuji druhým lidem (37)					*	
18. Cítím se na světě sám (sama) (38)						*
19. Jsem spokojen (a) s tvarem svého těla (39)				*		
20. Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě (40)		*				
21. Bývám zmatený (á) z citů, které prožívám (41)					*	
22. Raději bych byl (a) dospělým než dítětem (42)		*				
23. Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi (43)	*					
24. Přál (a) bych si být někým jiným (44)						*
25. Až moc si „beru“ to, kolik vážím (45)			*			



26. Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám (46)	*					
27. Cítím se jako méněcenný (á) (47)					*	
28. Už jsem se někdy dal (a) do takového jedení, že jsem cítil (a), že nemohu přestat (48)						*
29. Jako dítě jsem se velice snažil (a) nezklamat své rodiče a učitele (49)						*
30. Mám důvěrné citové vztahy (50)	*					
31. Líbí se mi tvar mých hýždí (51)					*	
32. Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl (a) štíhlejší (52)				*		
33. Nevím, co se ve mně děje (53)						*
34. Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem (54)						*
35. Požadavky dospělosti jsou příliš velké (55)					*	
36. Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší (56)				*		
37. Jsem si jistý (á) sám sebou (57)		*				
38. Myslivám na přejídání se (58)						*
39. Jsem šťastný (á), že už nejsem dítětem						*
40. Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne (60)				*		
41. Mám o sobě nevalné mínění (61)						*
42. Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů (62)	*					
43. Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé		*				

výkony (63)						
44. Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou (64)				*		
45. Myslím si, že mám příliš široké boky				*		
46. Před jinými jím jen střídmě, a když odejdou, pak se nacpu					*	
47. Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycený (á) (67)					*	
48. Myslím si, že lidé jsou Nejšťastnější v dětství (68)				*		
49. Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibývat (69)					*	
50. Cítím, že jsem cenný člověk (70)				*		
51. Když je mi špatně na duši, ani sám (sama) pořádně nevím, zda jsem smutný (á), vyděšený (á) nebo rozzlobený (á) (71)					*	
52. Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl (a) dělat vůbec (72)		*				
53. Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral (a) na váze (73)						*
54. Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se někdo snaží ke mně až příliš přiblížit) (74)					*	
55. Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát (75)				*		
56. Cítím se vnitřně prázdný(á) (citově) (76)						*
57. Mohu (bez obtíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či		*				

pocitech (77)						
58. Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti (78)				*		
59. Myslím si, že mám příliš velký zadek (79)				*		
60. Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit (80)						
61. Tajně ujídám či popíjím (21)						*
62. Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost (22)				*		
63. Mám mimořádně vysoké cíle (23)						*
64. Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst (24)						*

(PACLT, Ivo, FLORIÁN, Jakub, 2008)

**Věk:****Pohlaví:**