

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Katedra psychologie**

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY  
U ADOLESCENTŮ**

*Diplomová práce*

Bc. Iveta Batková

Učitelství pro SŠ: anglický jazyk - psychologie (2011-2013)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, červen 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 28. června 2013

.....  
*vlastnoruční podpis*

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Lence Novotné za vedení diplomové práce a cenné rady, jež mi poskytla. Současně děkuji řediteli, učitelům i studentům plzeňské střední odborné školy, na které mohl být za jejich pomoci realizován můj výzkum. Děkuji také dvěma nejmenovaným dívkám za poskytnutí rozhovoru.



## Obsah

ÚVOD .....	7
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	9
1.1 SYNDROM MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	12
1.2 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	14
1.3 SYNDROM MENTÁLNÍ BULIMIE .....	16
1.4 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ BULIMIE .....	19
1.5 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ FORMY PPP .....	20
2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	22
3 VÝVOJOVÉ ZVLÁŠTNOSTI ADOLESCENCE .....	24
4 ETIOLOGIE PPP .....	30
4.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY .....	30
4.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY .....	32
4.3 RODINNÉ FAKTORY .....	34
4.4 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY .....	37
4.5 DIETY VS. HLADOVĚNÍ .....	39
5 KOMORBIDITA .....	42
6 PRŮBĚH A SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	44
7 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	46
7.1 FYZICKÉ DŮSLEDKY MA .....	46
7.2 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MA .....	48
7.3 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MA .....	48
8 PRŮBĚH A SYMPTOMY MENTÁLNÍ BULIMIE .....	50
9 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE .....	53
9.1 FYZICKÉ DŮSLEDKY MB .....	53
9.2 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MB .....	54
9.3 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MB .....	55
10 LÉČBA A TERAPIE .....	56
10.1 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE .....	59
10.2 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE .....	61
10.3 PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE .....	61
10.4 RODINNÁ A VÍCERODINNÁ TERAPIE .....	62
10.5 FARMAKOTERAPIE .....	64
10.6 SVĚPOMOC A PSYCHOEDUKACE .....	65
11 PREVENCE .....	66
12 KAZUISTIKA .....	68

12.1	KAZUISTIKA 1.....	68
12.2	KAZUISTIKA 2.....	71
13	CÍL PRŮZKUMU, CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU, VÝZKUMNÉHO VZORKU A POUŽITÝCH METOD.....	74
14	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	76
14.1	SUBŠKÁLA DIETNÍHO CHOVÁNÍ.....	76
14.1.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE.....	89
14.2	SUBŠKÁLA BULIMIE, NADMĚRNÉ ZABÝVÁNÍ SE JÍDLEM.....	90
14.2.1	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK.....	90
14.2.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE.....	96
14.3	SUBŠKÁLA KONTROLA.....	97
14.3.1	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK.....	97
14.3.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE.....	104
	Tabulka č. 82. – Srovnání prvního a druhého ročníku- Subškála kontroly nad jídlem.....	105
15	OVĚŘENÍ PŘEDPOKLADŮ A ZÁVĚRY PRŮZKUMU.....	106
	ZÁVĚR.....	108
	RESUMÉ.....	109
	SUMMARY.....	110
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	111

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – vyplněný dotazník EAT-26

## ÚVOD

Snaha přežít je základní charakteristika, která spojuje nejen lidi, ale veškeré živé organismy na této planetě. Ptáme se tedy, proč někteří lidé dobrovolně odmítají uspokojit své základní biologické potřeby a směřují tak ke svému zániku? Proč existují v naší společnosti lidé, kteří umírají na selhání organismu v důsledku dlouhodobého hladovění? Jak je možné, že se mladé dívky dobrovolně trápí hlady s cílem snížit svoji váhu natolik, že ohrožují svoji existenci?

I přes neustálou snahu vědců a odborníků jsou příčiny těchto poruch doposud neobjasněnou oblastí. Můžeme se jen domnívat, zda mají největší podíl často obviňovaná média a jejich prezentování štíhlých ideálů a diet. Nebo zdali za vznikem těchto poruch stojí například rodina nemocného, která ho podněcuje v nezdravém chování. Odpovědi nejsou zdaleka tak jednoduché, jak se může zdát. Mentální anorexie i bulimie jsou poruchami mnohem komplikovanějšími a příčiny jsou často mnohem hlubší.

Tyto otázky a mnoho dalších nás vedly právě k volbě takového tématu. Poruchy příjmu potravy se mnohým lidem zdají naprosto nepochopitelné, někteří dokonce nemocné okamžitě odsoudí. Téma je velice aktuální a patří mezi nejzávažnější problémy dnešní doby. O tom svědčí i velký zájem odborníků z nejrůznějších oblastí od psychologie přes nutriční lékařství a psychiatrii až po sociologii. K dispozici je veliké množství knih, článků, jak odborných tak laických, které mají často spíše negativní dopad a mohou vytvářet mylnou představu o tom, že je to jen „móda“ a že dívky chtějí být středem pozornosti apod. Možná právě z tohoto důvodu jsou poruchy příjmu potravy ve svých počátcích často podceňovány. Setkáváme se také s nemalým počtem internetových stránek a organizací, které se snaží takto nemocným lidem pomoci.

Úkolem této diplomové práce je seznámit čtenáře s poruchami příjmu potravy, a to především s mentální anorexií a mentální bulimií. Vzhledem k tomu, že poruchy se velice často vztahují právě k adolescenci, považovali jsme za zásadní toto období blíže charakterizovat. V následujících kapitolách se čtenáři seznámí se základní charakteristikou obou nejčastěji se vyskytujících syndromů. Dále jsme navázali historií PPP, etiologií a komorbiditou. To vše je doplněno o průběh onemocnění a typické symptomy MA i MB. Tyto kapitoly čtenáře seznámí s typickým chováním nemocných a mohou tak pomoci v odhalení projevů nemoci u lidí v jejich okolí. Kapitoly „Důsledky mentální anorexie“ a „Mentální bulimie“ mohou sloužit jako varování pro nemocné i jejich blízké. Po jejich přečtení si čtenáři jistě uvědomí, jak závažné jsou jídelní poruchy a kam až mohou vést.

V závěrečných kapitolách uvádíme možnosti dostupné léčby a terapie. Čtenáři získají informace o možnostech, které jednotlivé typy léčby nabízejí. Poslední kapitolou teoretické práce je prevence, kterou můžeme považovat za jednu z nejdůležitějších věcí. V kapitole zmiňujeme nezbytnost primární a komplexní prevence, kterou by měla zajišťovat především rodina, škola a společnost.

V praktické části práce se snažíme poukázat na možnost výskytu příznaků mentální anorexie či mentální bulimie. Charakteristické znaky PPP jsme zkoušeli zjistit u rovné stovky adolescentních studentů za pomoci dotazníku EAT-26.



# 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, která mohou propuknout téměř v každém vývojovém období. Začátky mentální anorexie jsou nejčastěji zaznamenávány mezi 13. a 20. rokem života, mentální bulimie se objevuje obvykle mezi 16 a 25 lety. Není ovšem výjimkou, že poruchy propuknou déle, a to až po 30. roce nebo dokonce ještě déle. Tato práce je zaměřena na období adolescence, které patří k velice rizikovým, co se týče výskytu těchto onemocnění. Vznik poruch příjmu potravy v tomto období znamená závažnou patologii pro dospívání v rovině biologické i psychosociální (Kocourková a Koutek, 2007). V posledních 50 letech výzkumy ukazují stoupající nárůst výskytu poruch příjmu potravy u dospívajících ve věku 15 – 24 let. Jak ukazují výzkumy Harrisona, dospívající dívky jsou na tom ve srovnání s chlapci hůře: *„chlapci se patrně ocitají ve větším nebezpečí rozvoje symptomů poruch příjmu potravy v raném dětství, zatímco dívky jsou vystaveny většímu nebezpečí v adolescenci“* (Novák, 2010, s. 16).

V adolescentním období patří tyto poruchy ke třetímu nejčastějšímu psychiatrickému onemocnění a z důvodu chronického průběhu, vážným psychickým, somatickým i dalším důsledkům i k jedněm z nejzávažnějších. Úmrtnost je ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty až 2x vyšší a 10x vyšší oproti zdravé populaci (Papežová, 2010, s. 134). *„American Anorexia and Bulimia Association (AABA) odhaduje, že v USA trpělo v roce 2001 nějakou z forem poruch příjmu potravy pět miliónů osob (tj. 1,8% lidí, neboť v roce 2004 dosáhla populace v USA 285 miliónů obyvatel, web: U.S. Census Bureau), 15 % populace má narušené jídelní postoje a 1 000 lidí na poruchy příjmu potravy ročně zemře“* (Novák, 2010, s. 11).

Dle M. Nováka (2010), který uvádí výsledky výzkumu E. G. Lagera a B. R. McGeeho asi 1 % dívek v letech 11 – 19 let ročně onemocní mentální anorexií a až 10 % z nich do roka umírá. *„Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Nebezpečí úmrtí může být až 18x vyšší než u zdravých vrstevníků. Úmrtnost u mentální anorexie uvádí různé studie v rozmezí 3 – 8 %“* (Krch, 2010, s. 45). U depresivního syndromu je možné riziko suicidální aktivity (2 – 5 % dokonaných sebevražd) (Němečková, 2007). V anamnéze bulimických pacientek je v některých případech objevena mentálně anorektická epizoda. *„Součástí symptomatiky PPP je až u 40 % pacientů sebepoškozování“* (Papežová, 2010, s. 134).

Poruchy příjmu potravy nejsou jen závažným zdravotním problémem, ale dopadají i na oblast sociální a ekonomickou a ve své podstatě odráží hodnoty soudobé společnosti. Zejména v západní populaci byl v posledních letech zaznamenán výrazný nárůst těchto

chorob. Důležitým prvkem při řešení tohoto problému je prevence, zaměřená at' už na jídelní postoje dětí a dospívajících či na regulaci tlaku masových médií. Preventivní opatření postihující všechny členy společnosti je mnohem užitečnější a výhodnější než odstraňování následků těchto chorob (Novák, 2010, s. 8).

Při pojednávání o výskytu poruch příjmu potravy je nutno zmínit dva termíny, a to „prevalenci“ a „incidenci“, nejdůležitější ukazatele výskytu MA a MB. Termínu prevalence je užíváno pro vyjádření rozšíření nemoci, udává tedy poměr zdravých a nemocných v populaci. Incidence vyjadřuje počet nových případů onemocnění, nejčastěji jde o výskyt u 100 000 obyvatel na jeden rok. Pro zjišťování těchto ukazatelů je prováděno mnoho studií at' už v České republice nebo zahraničí. Když opět zmíníme zahraničí, výzkum 12 400 dívek na amerických školách v letech 1972 – 74 zjistil, „že prevalence MA u dívek mladších 16 let byla 0,5 %, u dívek nad 16 let to bylo už 1%“ (Novák, 2010, s. 12). Nejvyšší incidence MA byla zjištěna u dívek v dospívajícím věku (15 – 19 let) (Novák, 2010, s. 12). Česká republika odpovídá mírně vzestupné tendenci západních zemí: 0,5 % žen u nás trpí mentální anorexií, prevalence mentální bulimie je udávána hodnotami mezi 3 – 6%. Krch (1999) uvádí, že „narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti a příjmu potravy jsou markantní u 7 až 11 % dívek a mladých žen“.

Znepokojujícím faktem je, že se počet jedinců trpících některou formou poruch příjmu potravy neustále zvyšuje a věková hranice prvního výskytu se posouvá do mladších vývojových období. Obavy o tělesnou váhu se v dnešní době objevují u dětí kolem 9 let, které se zabývají tím, jestli proporce jejich těla a váha jsou přijatelné a až 40 dívek ve věku kolem 9, 10 let se snaží úmyslně zhubnout (Novák, 2010, s. 13). Nejčastěji uváděnou obavou je stejně jako u dospělých strach z tloušťky.

Jako jedno ze společných kritérií mentální anorexie a bulimie je uváděn strach z tloušťky. „Strach z tloušťky je nejrezistentnějším příznakem PPP, se kterým se lze setkat ještě dlouho po odeznění základní symptomatologie“ (Krch, 1999, s. 70). Nemocní MB zahánějí strach z tloušťky opakovaným zvracením, užíváním laxativ a mnoha dalšími nevhodnými způsoby chování. Stejně tak je to u MA, kde je strach z tloušťky a vtíravé obavy z dalšího tloustnutí snižován např. malým přísunem potravy a vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“ (Krch, 1999, s. 14). Často je tento strach konkretizován do strachu z určitých druhů jídel, složek potravy, může se objevovat strach z „cizích“ jídel (které si dotyčná osoba sama nepřipravila). Tento druh strachu, stejně tak jako každý jiný strach roste s pozorností, které se mu dostává. Když odložíte něco, čeho se bojíte, například na následující den, budete prožívat strach ještě větší, než jste měli den předtím. Čím víc před

předmětem strachu ustupujeme, tím víc na něj musíme myslet. „*Se strachem z tloušťky úzce souvisí narušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti*“ (Krch, 1999, s. 16). František D. Krch (2010) uvádí ve své knize *Mentální anorexie* slovní spojení „strach má velké oči“, nemocný má zkreslenou představu o svém těle, nadměrně sleduje určité tělesné partie a nadhodnocuje jejich proporce. Mimo strachu z tloušťky jsou společnými znaky MA a MB např. nadměrná potřeba řešit a sledovat tělesný vzhled a hmotnost, což má vliv na sebehodnocení pacienta. Dosahování štíhlosti a tím zlepšování sebehodnocení může být dosahováno spoustou metod, od nadměrného cvičení přes vyvolávaná zvracení až po užívání prostředků na snižování váhy.

„*Porucha příjmu potravy má dvě průběhové varianty, mentální anorexii a mentální bulimii, které se mohou v klinickém obrazu objevovat střídavě, mohou přecházet jedna v druhou a mohou se vyskytovat příznaky obou variant i současně*“ (Němečková, 2007). Obě poruchy mohou vniknout do života jedince na určitou etapu a už se nikdy neobjevit nebo mohou trvat velice dlouho dobu. Celkem často se ozývají ve formě epizod po mnoho let se opakujících. Ačkoliv se na první pohled nemusí zdát, mentální anorexie a mentální bulimie jsou si velmi podobné. Nemocní se v obou případech neustále dokola zabývají tím, jak vypadají, jakou mají tělesnou hmotnost, omezují energetický příjem, brání růstu tělesné hmotnosti a zvyšují energetický výdej. U obou poruch jsou přítomny společné psychopatologické faktory, těmi mohou být sociální problémy, somatické obtíže, nízké sebevědomí apod. Rozdíl mezi těmito chorobami utváří především tělesná hmotnost. Krch (1999) uvádí, že „*asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se však časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností*“.

Poruchy příjmu potravy se dnes chápou jako „*kontinuální spektrum nemocí od restriktivní formy AN přes purgativní formu, BN, různé formy přejídání (psychogenní, noční), až po obezitu*“ (Papežová, 2010, s. 134). Protipólem jedince s poruchou příjmu potravy je člověk se zdravými jídelními návyky a normálním jídelním chováním.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) vymezuje pod pojmem poruchy příjmu potravy především syndromy mentální anorexie a mentální bulimie a jejich atypické formy. Mentální anorexii nalezneme pod kódovým označením F50.0, mentální bulimie je označena kódem F50.2. Syndrom MA a MB je některými autory považován za různé druhy jednoho onemocnění, jiní tyto dvě základní diagnózy rozlišují. Dle současné klasifikace je do poruch příjmu potravy kromě již dvou zmíněných syndromů řazeno přejídání (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), zvracení (stejně jako u přejídání), (psychogenní) ztráta chuti k jídlu a pika u dospělých osob (Němečková,

2007). „Někteří autoři uvažují o zařazení nočního přejídání (NES – Night Eating Syndrome) do této kategorie poruch, podobně jako ještě jiné poruchy, ale tato problematika dosud není jednoznačně vyřešena a po stránce klasifikačního hodnocení není uzavřena“ (Němečková, 2007).

## 1.1 SYNDROM MENTÁLNÍ ANOREXIE

Termín „anorexie“ pochází z řečtiny a znamená nechutenství nebo snížení pocitu chuti k jídlu, s čímž by mnozí jistě nesouhlasili. „*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*“ (Krch, 1999, s. 14). Termín anorexie může být v mnoha případech zavádějící, protože nejde o nechutenství v pravém slova smyslu. Anorektické dívky potlačují chuť k jídlu a hlad, což snižuje jejich strach z tloušťky a přináší jim pocit spokojenosti. Nechutenství se objevuje až jako sekundární důsledek dlouhodobého hladovění. Omezování v jídlu s sebou může přinášet zvláštní paradox. Nemocní se projevují zvýšeným zájmem o jídlo (rádi nakupují, sledují pořady o vaření, sbírají recepty) anebo změněnou chutí, někdy hodně solí, sladí nebo pijí např. velké množství kávy nebo vody. Anorektičtí pacienti neodmítají tedy jíst z důvodu, že na jídlo nemají chuť, ale protože jíst nechtějí, což někdy popírají. Prázdný žaludek a pocity hladu jim přináší potěšení a důkaz o dostatečné sebekontrolě, zejména když vedou k úbytku tělesné hmotnosti. V opačném případě jsou nemocní ochromeni pocitem studu a nenávisti ke své vlastní osobě.

U anorektických pacientů si můžeme všimnout změn vzhledu i chování. Na první pohled jsou tito pacienti nápadně vyhublí, což se někteří snaží skrývat pod volným oblečením, jiným vyhublost vyhovuje, nosí upnuté věci a jsou na sebe pyšní. Mentální anorexie způsobuje také mnoho kožních změn, které mohou být následek hladovění, poruch výživy, zvracení nebo užívání léčiv (diuretik, laxativ, anorektik) (Papežová, 2010, s. 251). Kůže je suchá, hrubá, často praská a nehty jsou krátké, nekvalitní. Dalšími příznaky mohou být akné, zimomřivost nebo změny ústní. Můžeme si všimnout červených praskajících ústních koutků, porušení zubní skloviny a kazů, což je důsledek častého zvracení (Papežová, 2010, s. 253). „*Pokud se jedná o pacientku, která delší dobu zvrací, mívá k drobnému, hubenému, dětsky vypadajícímu tělu kontrastující větší hlavu, což bývá dáno otokem slinných žláz vlivem zvracení*“ (Němečková, 2007). Při pozornějším sledování nám nemusejí uniknout ani změny týkající se chování. Nejprve se mění jídelníček, z obvyklého menu mizí nejprve jídla, která jsou „příliš vydatná“ nebo „nezdravá“ jako sladkosti a tučná jídla. Postupně vynechávají další jídla, jako bílé pečivo, maso, přílohy a

to je následováno zaměřením se na výrobky s titulem „light“. Nemocní si nikdy neberou nic „navíc“ a často usilují o co nejmenší porci. Změny nastávají i v jídelním tempu. Jedí pomalu, vybírají si, co sní a co ne, jídlo si dělí na malé kousky a trvá jim velice dlouho. Časem se začínají vyhýbat jídlu ve společnosti a je jim nepříjemné, když je někdo u požívání potravy pozoruje. U jídla nejsou uvolnění, nýbrž velice napjatí až strnulí a vypadají vyděšeně. Počáteční hubnutí anorektické pacienty nabudí, jsou přátelští a extravertně zaměřeni, to se postupem času mění, vyhýbají se společnosti a uzavírají se do sebe. Do změn v chování jistě zasahuje i přehnaná aktivita. Nadměrné sportování, několikahodinové posilování nebo běh nejsou výjimkou. Osoby žijící v blízkosti nemocného mohou postřehnout ztracení se potravin, jeho nebo její odbíhání na toaletu nebo koupelny, kde zůstává dlouho uzavřen(a). Někdo jídlo vyplivuje, rozžvýkané jídlo dokáže udržet v ústech po značně dlouhou dobu. Postižena je i jejich koncentrace, špatně se soustředí, ať už na učení nebo jinou činnost. Objevuje se únava, vyčerpanost a apatie (Krch, 2010, s. 29-30).

Pacienti s mentální anorexií mají zcela narušené vnímání vlastního těla. I přesto, že jsou vyhublé na kost, stále se vidí jako tlusté. Proporce svého těla vidí jako nadměrné a jejich vztah k tělu je poněkud distancovaný. Mnoho anorektiček se odnaučilo vnímat signály vlastního těla. Jsou daleko méně vnímavé na chlad, horko, únavu a nerozlišují pocity hladu od nasycení. Tyto poruchy jsou dle Hildy Bruch ještě doprovázeny paralyzujícím pocitem vlastní neschopnosti (Krch, 1999, s. 173). Tato skutečnost je ovlivněna přesvědčením, že jejich organismus nesmí mít žádné potřeby a vše musí být řízeno pouze jejich vůlí (Bröhm, 1999, s. 54-55).

Anorektičky se vyznačují značnou sebekontrolou. Striktní diety nebo nadměrné cvičení v nich dokáže vzbudit pocit, že alespoň nějakou oblast svého života mají „pod kontrolou“. Většina z nich má do detailu rozvržený program dne. Všechno mají přesně naplánované: Kdy budou cvičit, kdy budou jíst a kolik, kdy budou dělat to a tamto. Pocit absolutní kontroly jim dává jistotu. Problém je v tom, že tenhle způsob jim přináší pouze krátkodobé uspokojení, zvýšení sebevědomí atd. *„To, co zprvu přinášelo uspokojení (omezování se v jídlu, zvracení a vyhublost), si nemocného postupně stále více zotročuje“* (Krch, 2010, s. 62).

U jedinců s poruchami příjmu potravy bývá poukazováno na některé společné osobnostní rysy. *„Anorexie, to je především úzkost, rigidita, vyhýbavé chování, perfekcionismus a obsedantní rysy“* (Krch, 2010, s. 62). Právě perfekcionismus patří mezi nejčastěji uváděné osobnostní rysy nebo tendence. *„Perfekcionistické rysy se u dívek, které*

později vyvinou PPP (jak anorexii, tak bulimii), projevují již v dětství: *„Snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol, účes i uklizený pokojíček“* (Papežová, 2010, s. 39). Riziko PPP je vyšší v případech spojení těchto rysů s nízkým sebevědomím a nespokojeností s vlastním tělem. Garfinkel a Garner připouštějí fakt, že významným znakem anorexie je obsedantní chování, ale zároveň připomínají, že na jeho rozvoj má výrazný podíl malnutrice. Právě hladovění způsobuje spuštění obsedantních rysů (Krch, 1999, s. 72). Ritualizované chování přináší úlevu, má sloužit k rozptýlení myšlenek, které jsou zaměřeny jen na jídlo. Depresivní a úzkostné příznaky hrají významnou roli ve vývoji anorexie, ale vyskytují se u nich v nižší míře než u bulimických pacientů, především jsou spojeny se situacemi, při kterých dochází ke ztrátě kontroly nad sebou samým.

Zásadním problémem mentální anorexie je odmítání léčby. Postižení mentální anorexií si nejsou vědomi závažnosti svého stavu, mají nulový náhled choroby a nepřipouštějí si, že jsou nemocní. *„Zajímavé je, že u jiných anorexií postižených pacientů dovedou velice přesně odhadnout jejich váhu i proporce v centimetrech, ale u sebe jim docela schází reální náhled na svoje tělo“* (Anorexie, 2013). Začátek léčby je zahájen většinou z donucení kvůli přátelům, rodině nebo vážným zdravotním komplikacím. Často si dívky s diagnózou mentální anorexie myslí, že jsou jen „trochu hubenější“ a že všichni okolo včetně lékařů přehánějí.

## **1.2 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE**

Při diagnostikování mentální anorexie musíme nejdříve vyloučit jako příčinu odmítání potravy, nechutenství nebo nízké tělesné hmotnosti somatické a duševní poruchy. Rychlý úbytek na váze se vyskytuje především u některých nádorových onemocnění, hypotalamických poruch, endokrinopatie, tuberkulózy a u depresivních poruch. Někteří toxikomani se mohou vyznačovat anorektickými rysy jako nechutenstvím a vyhublostí (Krch, 1999, s. 16).

Jak již bylo zmíněno na začátku práce, při onemocnění mentální anorexií dochází pacientkou k úmyslnému snižování a udržování váhy. Dle H. Papežové (2010) se anorexia nervosa vyskytuje v 90 – 95 % u dívek v období dospívání a mladých žen, ve srovnání s tímto alarmujícím výskytem pouze u 5 – 10 % mladých mužů a chlapců a v současnosti častěji také u dětí před pubertou a starších žen. Diagnóza vyžaduje splnění všech diagnostických kritérií.

Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí uvádí pro mentální anorexii tato diagnostická vodítka (Krch, 1999, s. 14-15):

*„A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena, nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 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 váhy).*

*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 hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.*

*E. Jestliže je počátek 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 menarché je opožděna.“*

Velice problematické je kritérium amenorey, tedy vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti. V případě, že má pacientka menstruaci a bere hormonální antikoncepci (musí se zde tedy počítat s možností substituční hormonální terapií), nemusí být toto kritérium naplněno (Hainer, 2011, s. 374). U některých dívek se amenorea nemusí vůbec dostavit i přes výrazný váhový úbytek.

Co se týče kritéria úbytku tělesné hmotnosti, autoři jsou v názorech nejednotní. Někteří navrhovali, aby kritériem byl pokles o více než 25 % původní váhy nebo, aby se rozlišovalo mezi lehčími případy, kde by byl pokles o 15 – 25 % a těžšími, s poklesem o více než 25 % (Krch, 1999, s. 16).

„Strach z tloušťky“ je těžko objektivně měřitelné kritérium. Rozhodování o tom, zda pacient toto kritérium skutečně naplňuje, může být velice obtížné. U pacientů často dochází k popírání, disimulování příznaků nebo jejich racionalizaci. Přirozeně lze sledovat vzrůst aktivit, které strach oslabují. Dochází k omezení energetického příjmu, zvýšení energetického výdeje. Tyto aktivity jsou spojené s poklesem strachu a uspokojením (Krch, 2010, s. 35). Z toho důvodu je nutné si všimnout kognitivních a behaviorálních projevů: jak se dotyčné vyjadřují o změnách svého těla, jak se chovají, zejména při jídle apod.

Diagnostická kritéria MKN-10 jsou pro diagnostiku poruch příjmu potravy užívaná nejčastěji. Přesto jsou uváděna některá úskalí. Diagnostika je postavena na jasně vymezeném syndromu a nemůže tedy zachytit například počátek poruchy, což je pro dobrou prognózu zcela zásadní věc. Zejména pro dětský věk se tato kritéria ukázala jako nevyhovující, a to proto, že vychází ze zralých psychických funkcí, kterých děti např. ve věku 11 let ještě nedosáhly. „*Děti častěji popírají úmyslné hubnutí a stěžují si na různé somatické obtíže, provázející příjem potravy (obtíže v polykání, bolesti břicha, problémy ve vyměšování)*“ (Kocourková a Koutek, 2007). Hodnocení BMI je vhodné pouze u dospělých. Hodnota BMI 17,5, doporučována dospělým, musí být přizpůsobena věku dítěte. Kritérium amenorey také nelze u prepubertálních dětí brát jako diagnostický příznak. Před stanovením diagnózy PPP u dětí je nutné znát jejich dřívější vývoj a růst. Stagnace váhy a růstu, která je v některých vývojových obdobích naprosto normální může oklamat okolí a způsobit, že plíživý vznik choroby nebude zachycen včas. „*Stav výživy u dětí a dospívajících nejlépe hodnotí antropometrické vyšetření, které zohledňuje dynamiku vývoje*“ (Papežová, 2010, s. 136).

V DSM-IV (čtvrtá revize diagnostického a statistického manuálu) Americké psychiatrické asociace dále rozděluje mentální anorexii na restriktivní (nebulimický) typ a purgativní (bulimický) typ. U prvního typu mentální anorexie nedochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání. Tento typ je spojen s bohatší obecnou psychopatologií, u těchto anorektiček se mnohem častěji setkáme s drogovou závislostí, sebevraždami nebo sebepoškozováním (Krch, 1999, s. 16). V druhém, purgativním typu, je epizoda mentální anorexie doplňována opakovanými záchvaty přejídání (Krch, 1999, s. 15). Jedno z dalších dělení pacientů s PPP uvedl v roce 1903 Janet, který dělil anorektické pacienty na „obsedantní“ a „hysterické“ (Krch, 1999, s. 16).

### **1.3 SYNDROM MENTÁLNÍ BULIMIE**

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy, která je nejčastěji charakterizována záchvatovitým přejídáním, zejména velkým množstvím kalorické stravy, s následným zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pojem bulimie, který doslova znamená býčí hlad, nepatří stejně tak jako anorexie mezi nejnovější. Už Hippokrates termínem *boulimos* poukazoval na nezdravý hlad. V roce 1979 anglický psychiatr Gerard Russell poprvé užil termínu bulimia nervosa pro popis příznaků třiceti pacientů a stanovil tři základní kritéria choroby. Dříve užívané termíny jako bulimarexie nebo hyperorexie



byly nahrazeny pojmem novějším. V roce 1980 byla mentální bulimie zařazena do DSM-III. (Krch, 1999, s. 17).

Toto onemocnění se začalo rozšiřovat od poloviny 20. století, samozřejmě některé případy byly popsány i dříve. V šedesátých a sedmdesátých letech minulého století převažovala mentální anorexie (většina z vás si vybaví plakáty vyzábělé modelky Twigy), kdežto v následujících desetiletích (80., 90. léta) došlo k růstu případů právě mentální bulimie. Ve srovnání s MA je mentální bulimii věnována pozornost podstatně kratší dobu. Tato skutečnost mohla být způsobena tím, že bulimičtí pacienti většinou netrpí podváhou jako u anorexie a nejsou ani obézní (Němečková, 2007). Což znamená, že odhalení poruchy je daleko těžší. Ve spojitosti s normální váhou se také objevuje u bulimických pacientů nižší výskyt amenorey (pouze u 20 – 40 %) (Krch, 2007).

Autoři v knize *Psychiatrie* uvádějí, že počátek onemocnění je nejčastější u dětí ve věku 16 – 20 let (až 70%). Dle Kocourkové a Koutka (2007) je „*typickým věkem pro vznik mentální bulimie 17 – 18 let*“. Ve spojitosti se vznikem této choroby uvádějí jako významné rizikové faktory např. afektivní poruchu v rodině, alkoholismus, obezitu, nedostatky v rodičovské péči o dítě (zanedbávání, zneužívání) nebo také stresující události. Obezita u rodičů, prarodičů a sourozenců je uváděna spíše jako nevýznamný faktor při zrodu bulimie (Höschl, 2002). Prevalence je u této poruchy uváděna mezi 1 – 3%, častější je výskyt u mladých žen a dívek v adolescenci (Němečková, 2007).

Mentální bulimie se často rozvíjí plíživě a nenápadně a může být rozdmýchána několika faktory najednou, které si postižený může, ale nemusí uvědomovat. V knize *Z deníku bulimičky* autorka popisuje několik vzpomínek z dětství, o kterých se domnívá, že mohly přispět ke vzniku mentální bulimie. Vzpomínka desátá vypadala asi takto: „*ve městě jsem potkala bývalého kamaráda, který zničehonic prohodil: „děvče dělej se sebou něco, ty jsi nějak moc přibrala ne?“ ... Táák. To byla roznětka. Tím se odklopilo víko vrcholu sopky. To přece nemůže být pravda, že jsem tlustá. Že se někomu nelíbím...A od tohoto okamžiku se moje váha a tvar mé postavy staly tím nejdůležitějším na světě.*“ (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 33). Ke vzniku PPP přispívá tedy většinou několik faktorů, ať už nevhodné jídelní návyky rodiny nebo požadavky dnešní společnosti a mnoho dalších. O tom ale více v kapitole „Etiologie“.

Oproti mentální anorexii je u pacientů značně snížena schopnost sebekontroly. Většina bulimiček popisuje svoje záchvaty přejídání se jako něco zoufalého. „*Po záchvatu přejídání bývám rozrušená a vyděšená. Ve vztahu k jídlu cítím především strach, zejména když úplně ztratím sebeovládání, a připadám si hrozně osamělá. Bolí mě žaludek a záda,*

*polévá mě horko a podléhám panice. Hrozím se, kolik jsem zase přibrala. Zlobím se sama na sebe, že jsem tomu nedokázala zabránit. Cítím se uvnitř nečistá a špinavá. Nechci, aby mě někdo viděl. Nenávídím se“* (Cooper, 1995, s. 26). Tyto záchvaty přejídání jsou následovány výčitkami svědomí, pocity studu, sníženým sebevědomím a pocitem opakovaného selhání. Proto není divu, že se u bulimických pacientek objevují ve značné míře deprese. V klinické praxi je velice častá kombinace mentální bulimie a závislosti na alkoholu. Někteří autoři dokonce považují mentální bulimii za jednu z forem závislosti (Krch, 1999, s. 76).

*„Časté pocity bezcennosti u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a s neschopností dosáhnout takové tělesné hmotnosti, jako by si přály“* (Krch, 1999, s. 70). Pacienti s bulimií mívají často špatnou náladu, jsou depresivní, úzkostní a mají velmi negativní obraz sebe sama (Anorexie, 2013). Právě negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávajících opakované přejídání a pročišťování bulimiček. Pacientky vysvětlují, že přejídání jim slouží ke snížení hladiny úzkosti. Za faktor ochranný, snižující riziko vzniku mentální bulimie, je považováno nízké skóre deprese (Krch, 1999, s. 71).

Bulimičtí pacienti mají oproti anorektickým zvláštně náhled choroby. Náhled se ale mění v závislosti na přejídání a dietách. Na jednu stranu si plně uvědomují nenormálnost záchvatů přejídání se a rádi by se jich zbavili. Na stranu druhou jim nepřijde nic zvláštního na držení diet a hladovění.

Záchvatovité přejídání, následované uplatňováním metod kompenzace, to je bulimie v pravém slova smyslu. Výraz „prejídání“ je samozřejmě užíváno v různých významech a kontextech. Každý z nás se jistě někdy přejedl, není to nic nenormálního. Ovšem, vyhybat se společenským akcím jen kvůli jídlu nebo zvracet, když toho sníte náhodou o trochu víc, to už normální není (Krch, 2008). Klinická definice záchvatovitého přejídání (binge eating) je charakterizována dvěma základními rysy. Za prvé, je zkonsumováno obrovské množství jídla, než by dle běžných měřítek člověk dokázal sníst za stejnou dobu. Za druhé, jídlo je doprovázeno pocitem ztráty sebekontroly (jedinec není schopný rozhodovat o tom, co a v jakém množství jí) (Cooper, 1995, s. 20). Přejídání probíhá většinou tajně, v ústraní a někdy je skrýváno i po dobu několika let. *„První co jsem z bulimických pravidel pochopila, byl fakt, že se člověk musí se svým jídlem schovávat“* (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 36). Během záchvatu je jídlo konzumováno velice rychle, mnohdy téměř bez žvýkání. První okamžiky jsou popisovány jako příjemné, ale v průběhu záchvatu se vytrácí chuť a je jim jedno co právě jí. To je provázeno pitím velkého

množství tekutin, což podporuje pocit plnosti. Tyto záchvaty, které většinou trvají několik minut až hodin, jsou plné zoufalství. Lidé se chovají v rozporu se svojí povahou, jí jídlo, které jim nepatří, které najdou v odpadcích nebo dokonce ukradnou v obchodě (Cooper, 1995, s. 22). „*Jedním z možných vysvětlení záchvatovitěho přejídání je nedostatečná kontrola impulzů*“ (Papežová, 2010, s. 38). Existuje spojitost mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším propuknutím PPP. Impulzivita, která je spojena s užíváním návykových látek, může být považována za příčinu obou těchto problémů (Papežová, 2010, s. 38).

Množství jídla, které bulimičky sní během záchvatu přejídání, se často liší. Kalorický obsah jídla se obvykle pohybuje v rozmezí 1500 až 3500 kcal (4200 až 12 600 kJ) (Krch, 2008). Některé bulimičky dokážou sníst takový objem jídla, který se rovná 20 000 kalorií i víc. Jsou konzumovány potraviny „zakázané“ jako čokoláda, koláče, sušenky nebo základní potraviny jako je chléb, ale někdy se dostane i na takové jako je máslo, strouhanka, mouka apod. Tady uvádíme příklad toho, co dokázala požit jedna slečna v průběhu půl hodiny: Pět míchaných vajíček, půlka vánočky, sedm rohlíků, dvoje sušenky, špagety s kečupem, litr džusu, třicet deka vlašského salátu, tři pomeranče, vanička zmrzliny, půl sklenice medu, balíček smažených brambůrků, tabulka smetanové čokolády a tři koblížky na závěr.

Po záchvatu přichází na řadu kompenzační chování. Epizody přejídání jsou vynahrazovány dodržováním diet, hladověním, vynuceným zvracením, užíváním projímadel, diuretik nebo dietními pilulkami. Diety obvykle předchází záchvatovité přejídání. Bulimičky buď drží po určitou dobu půst, nebo omezují denní příjem kalorií na minimum anebo se vyhýbají „zakázaným“ potravinám. Při dietách vzniká fyziologický tlak, který nutí jedince k jídlu. Kontrola nad jídlem se nevyhnutelně vytrácí a nastává epizoda přejídání (Cooper, 1995, s. 28).

#### **1.4 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ BULIMIE**

Při určování diagnózy mentální bulimie, je třeba vyloučit jiné příčiny zvracení, zejména primární poruchu horního gastrointestinálního traktu a neurologickou poruchu (Krch, 1999, s. 18). „*Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch*“ (Krch, 1999, s. 19) Ale výskyt je zaznamenán i u pacientů manických, oligofrenních nebo depresivních.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje pro mentální bulimii (F 50.2) tyto diagnostická kritéria (Krch, 1999, s. 14-15):

„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, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.

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 intenzivnějšího omezování se v jídle.“

Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimie neobjevuje závažnější úbytek tělesné váhy. Pokud tedy BMI klesne pod hranici 17, 5 mluvíme o purgativní formě mentální anorexie.

Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace rozlišuje, stejně jako u mentální anorexie, dva druhy bulimie, typ purgativní a nepurgativní. První jmenovaný je doprovázen pravidelným zvracením, užíváním laxativ nebo diuretik. Druhý, nepurgativní typ, používá přísné diety, hladovění nebo excesivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní postupy (Krch, 1999, s. 18).

## **1.5 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ FORMY PPP**

S nárůstem případů poruch příjmu potravy přibývá pacientů, kterým není diagnostikována ani mentální anorexie ani mentální bulimie, na základě nesplnění všech základních diagnostických kritérií. Počet takových pacientů není zanedbatelný (6,5 – 36 % vyhledají odbornou pomoc), a i přesto je zde méně informací a mnohdy se tato kategorie přehlíží. Diagnostické subtypy přecházejí jeden v druhý, průběh, prognóza i léčba je však odlišná. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí vytvořila dvě diagnózy, atypickou mentální anorexií (F50.1) a atypickou mentální bulimií (F50.3). Tyto kategorie jsou užívány u pacientů, kteří mají téměř typický klinický obraz, ale nesplňují některá kritéria onemocnění (jedno nebo více). Do těchto kategorií spadá například dívka s velmi nízkou tělesnou váhou, která má pravidelnou menstruaci, i když není hormonálně léčena. Při odmítání léčby je „pacientům vhodné zdůraznit, že terapie atypických forem se neliší od typických forem“ (Papežová, 2010, s. 127).

V DSM-IV nalezneme atypické formy poruch příjmu potravy pod zkratkou EDNOS (eating disorders not otherwise specified), což znamená jinak nespecifikované

poruchy příjmu potravy. DSM-IV nerozlišuje atypické formy anorexie ani bulimie. Do této kategorie může spadat pacientka, u které výrazně poklesla tělesná hmotnost, splňuje všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost odpovídá normě (Krch, 1999, s. 20). Dalším příkladem by mohla být pacientka, která splňuje všechna kritéria MB, ale záchvaty přejídání se objevují méně často. Mezi EDNOS můžeme zařadit i „syndrom nočního přejídání“, který byl poprvé popsán Stunkardem v roce 1955, který je typický pro večerní anorexii, nespavost a noční přejídání (Krch, 1999, s. 20). Jedinci hovoří o neschopnosti ukončit „hodování“ když už jednou začali a o hladu se zmiňují pouze vzácně. Další kategorií EDNOS může být tzv. záchvatovité přejídání, jemuž se zejména v poslední době věnuje velká pozornost. Dle studií se tento typ přejídání objevuje spíše u žen a ve starším věku, muži ale také nejsou z obliga (tento typ přejídání se u nich objevuje častěji než jiné PPP). Výzkumy ukázaly vztah mezi obezitou a záchvatovitým přejídáním, čím je obezita vyššího stupně, tím častěji se setkáme i s tímto přejídáním (Krch, 1999, s. 20). Na alarmujícím nárůstu obezity se také podílí „psychogenní přejídání“ podobné chování bulimických pacientů. Neustále se objevují myšlenky na jídlo, bažení po jídle a pocity ztráty kontroly nad sebou samým. Klasifikace DSM-IV zahrnuje 2 dny přejídání v týdnu alespoň po dobu 6 měsíců, bez kompenzace (užívání laxativ, zvracení, hladovění apod). *„Pro diagnózu podle DSM-IV je také nutné splnit 3 z následujících symptomů (rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez pocitu hladu, osamělá konzumace s pocitem studu, pocity znechucení, viny a deprese po jídle“* (Papežová, 2010, s. 128).

Vztahy mezi diagnózami poruch příjmu potravy jsou stále mezi odborníky diskutovány. Stanovené diagnózy dle MKN-10 a DSM-IV mohou přecházet jedna v druhou. Někteří autoři zastávají názor, že by se neměly atypické formy PPP nijak dělit. Ani nejnovější studie (Birmingham, 2009), která se zabývala transdiagnostickým modelem nepřinesla žádné nové závěry. Odborná veřejnost ve snaze zlepšit klasifikaci PPP navrhuje přidat k podskupinám PPP další diagnostická kritéria jako např. *„charakteristiky rané vazby „attachment“, adaptační mechanismy jedince, osobností rysy, jako perfekcionismus, a další komorbidní poruchy, a vyhybavé chování“* (Papežová, 2010, s. 131).

## 2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

S historií poruch příjmu potravy se dostáváme až do starověku. „V 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je názvem *asithia*“ (Papežová, 2010, s. 20). Termín anorexie užívá vůbec poprvé v historii Galén v 2. století našeho letopočtu.

Nejrůznější formy narušeného příjmu potravy jsou popisovány už po staletí. Ať už se bavíme o tzv. ruminaci, kdy je jídlo vráceno zpět do úst k dalšímu žvýkání nebo o pice, známé již od starověku, která je charakterizována touhou po jídlech nebo látkách nevhodných pro konzumaci (hlína, kamení, železo apod.) nebo obezitě. Tato práce je zaměřena především na dvě nejčastější poruchy, a to mentální anorexie a mentální bulimie.

První zmínka o mentální anorexii, jak ji známe my dnes, sahá do 14. století, kdy údajně zemřela první dívka dobrovolně hladem (Papežová, 2010, s. 20). Podobné chování nebylo po dlouho dobu považováno za patologický jev. Extrémní půsty patřily k repertoáru sebetrestajících praktik mnoha zbožných křesťanů (Krch, 1999, s. 24). Později bylo dlouhodobé odmítání jídla spojováno spíše s vlivem ďábla nebo nadpřirozených sil, posléze bylo považováno za známku duševní poruchy. „Zázračné panny“, tedy postící se dívky, které jedly pouze minimální množství jídla, si vyzískaly až přehnanou pozornost okolí (poutníci, králové a další jim přinášeli dary). „V průběhu devatenáctého století však začal být nahlížen patologický charakter odmítání jídla, až konečně většina lékařů začala pokládat deletrující odmítání jídla za zjevnou známku choroby (morbidity) nebo jednoduše za nemožné“ (Krch, 1999, s. 25). Ve 40. letech 20. století byla mentální anorexie zařazena do duševních poruch (Papežová, 2010). Mentální anorexie zmizela z učebnic interní medicíny a zaujímala místo v učebnicích psychiatrie. V poslední době se dostala mentální anorexie do středu zájmu veřejnosti (Krch, 1999, s. 29). Stává se stále populárnější především mezi dívkami, které jsou ovlivněné hodnotami soudobé společnosti a které chtějí být „úspěšné“.

Dějiny přejídání sahají stejně tak daleko jako historie odmítání potravy. Konzumace nadměrného množství jídla bylo spojováno především s vyššími společenskými vrstvami. V dobách antického Říma bylo přejídání spojené s následným zvracením častým jevem. Nenasytné hltání a obžerství bylo součástí života panstev a privilegované elity společnosti. Termín *bolimos* byl překládán jako velký nebo býčí hlad. Nejrůznější vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z antické doby až do doby moderní. V průběhu 18. století bylo dokonce rozlišováno až sedm druhů bulimie. Na přelomu 19. a 20. století se objevilo několik případů nutkavého přejídání, po kterém následovalo

zvracení. Nejlépe popsaná kazuistika byla provedena v roce 1944 Ludwigem Binswangerem. Předmětem zájmu byla dívka Ellen Westová a její neúnavný boj se štíhlostí a bulimií, která vyprovokovala násilné zvracení a nadměrné užívání laxativ. Termín bulimia nervosa uvádí poprvé v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel. „V revidované verzi DSM-III z roku 1987 byla diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato nové označení mentální bulimie (bulimia nervosa.“ (Krch, 1999, s. 31).

### 3 VÝVOJOVÉ ZVLÁŠTNOSTI ADOLESCENCE

Období adolescence bývá nejčastěji vymezeno věkem 15 až 20 - 22 let. V literatuře je mnohdy adolescence dělena ještě na preadolescenci, ranou adolescenci, pozdní adolescenci nebo např. pouze na ranou a pozdní. Termín je odvozen z latinského slovesa *adolescere*, což znamená vyrůstat nebo mohutnět. V některých případech se můžeme setkat s označením *mládež*, *dospívající* či *dorost*. Václav Příhoda se vyjadřuje o tomto období jako o *postpubescenci*. Jedinec se nachází v přechodné fázi mezi dětstvím a dospělostí, už není dítě, ale stejně tak ani dospělý. Adolescentem se člověk stává po ukončení základního vzdělání. Konec tohoto období není tak jednoduché vymezit nějakým biologickým nebo sociálním mezníkem. Někteří autoři zastávají názor, že se člověk stává dospělým s nástupem do zaměstnání a získání ekonomické nezávislosti na rodičích, v tomto případě je nezbytné posunout konec tohoto období u vysokoškolských studentů asi o tři roky.

Adolescence je obdobím změn a rozporů. G. S. Hall, který je považován za zakladatele psychologie adolescence, charakterizuje toto období termínem Sturm und Drang (období bouří a konfliktů) (Novotná, 2004, s. 55). Dochází k celkové proměně osobnosti v oblasti fyzické, sexuální, psychické, ekonomické, sociální a mnoha dalších. Jak bylo již zmíněno, adolescentního jedince nelze považovat za dítě, ale ani za dospělého. Fyzicky i sexuálně je život adolescenta téměř podobný životu dospělého jedince. Sociálně a psychicky se adolescent stále hledá a co se ekonomické stránky týče, ve většině případů je stále zcela závislý na rodičích. Jeho místo ve společnosti je nejednoznačné. Stojí na půli cesty, což pro ně může mnohdy být velice náročné – na jednu stranu začínají nést trestní odpovědnost za své činy, ale na druhou stranu jsou stále přitahováni a připoutáni k rodičům, což se některým nelíbí. Současní dospívající chápou dětství jako dobu, kterou je třeba co nejrychleji zvládnout a vyrovnat se dospělým (Vágnerová, 2002, s. 321). Mnohdy si ani neuvědomují, že jim toto období poskytuje čas k přehodnocování, formování svých názorů a hodnot, přijetí svých proměn nebo také k uzrání vlastní identity.

Vývoj a průběh dospívání je velice individuální. Některý člověk vypadá ve svých 15 letech jako dospělý a jiný 20 letý může být okolím stále posuzován jako daleko mladší nebo dokonce až dětsky vypadající. Samozřejmě že ti tělesně vyspělí jedinci nemusí být stejně tak vyspělí po psychické nebo sociální stránce. To samé platí i naopak, tělesné, psychické i další změny probíhají víceméně současně, ale nejsou na sobě závislé. Při srovnání dívek a chlapců jsou zde jisté intersexuální rozdíly. Chlapci na rozdíl od dívek zrají psychicky i tělesně pomaleji, přibližně o dva roky. L. Steinberg aj. Belski (1991)



uvádějí, že adolescentní dívky se více realizují prostřednictvím vztahů k lidem, (zodpovědnost k druhým, péče o druhé) a orientují se více na kooperaci než na soupeření. Chlapci tohoto věku se podle zmíněných autorů realizují svými výkony a dosaženou sociální pozicí, tedy spíše soupeřením a dominancí (Novotná, 2004, s. 56).

Z biologického hlediska adolescence zahrnuje postupné dokončování tělesného růstu a dosažení reprodukční zralosti. Tělo získává proporce dospělého, chlapcům mohutní svalstvo, dívkám rostou prsa a rozšiřují se boky. Chlapci mohou v tomto věku ještě výrazně vyrůst, především jim však roste trup. Růst chlapců může pokračovat až do 18 let na rozdíl od dívek, jejichž růst končí 16 rokem. Dochází ke stabilizaci motoriky, právě proto mají adolescenti dokonalejší a harmoničtější pohyby. Organismus je na vrcholu fyzické výkonnosti a lehce se vyrovnává se zátěží. Adolescent dokáže zmobilizovat své síly k určité činnosti (sportovní výkon, studium apod.) a to často i na úkor svých dalších potřeb. Tělesný vzhled a fyzická síla jsou dva významné faktory, které ovlivňují sebevědomí jedince.

Tělesný vzhled je pro adolescenta dle P. Říčana snad ještě důležitější než pro pubescenta. Adolescent se svým vzhledem zabývá ve veliké míře a srovnává se jak s vrstevníky, tak i nejrůznějšími ikonami např. ze světa showbyznysu, které jsou považovány za ideál. Málokdy je adolescent spokojen se sebou samým, chlapci přemýšlí nad tím, zda jsou dost urostlí, dívky zaměřují svoji pozornost zejména na štíhlou linii a velikost prsou. Pokud fyzická atraktivita jedince odpovídá nebo se alespoň blíží uznávanému ideálu, pozitivně to ovlivňuje jeho sebevědomí. Pokud je tělové schéma akceptováno, je základem pocitů jistoty a umožňuje získat uspokojivou pozici mezi ostatními adolescenty (Novotná, 2004, s. 55). V opačném případě dochází ke snížení sebevědomí, pocitům nejistoty a nejrůznějším komplexům. Tělesná odlišnost může vyvolávat různé obranné reakce. Adolescent, jehož zevnějšek neodpovídá normě, bude tento rozpor vesměs prožívat jako nespravedlnost. Bude pocíťovat zklamání, úzkost a napětí v situacích, kde má zevnějšek nějaký význam, popřípadě vztek a zlost, kterou si může různým způsobem ventilovat, někdy i autoagresí. Negativní význam může mít výška postavy, tělesná hmotnost apod. (Vágnerová, 2002, s. 328). Neustálé pochybnosti o tělesném vzhledu mohou adolescentům velice nepříjemňovat život.

Zevnějšek je pro adolescenty jak cílem, tak i prostředkem. Aby se adolescenti ujistili o své hodnotě, potřebují se líbit jak sami sobě, tak i lidem okolo sebe. Při dosahování cílů dokáží pracovat tvrdě za užití veškerých svých sil, aby nabyli žádaných fyzických kvalit (drží diety, sportují apod.). Současné dívky pojmají krásu jako poslání,

které je nutno splnit. Jejich úsilí a vytrvalost jim v tomto směru velmi pomáhá v přiblížení se uznávanému ideálu (mít ideální postavu, krásné vlasy apod.). Zevnějšek slouží také jako prostředek k dosažení sociální akceptace. Existence aktuální, sociokulturně podmíněné normy krásy poněkud tlumí tendenci k individuální diferenciaci (Vágnerová, 2002, s. 329). Dochází tedy k napodobování všeobecně uznávaných vzorů, jako jsou slavné modelky, zpěvačky nebo jiné „krásné“ celebrity. Tato skutečnost je podporována zejména vlivem dnešních médií. Adolescenti jsou akceptováni svým okolím, ale díky této uniformitě ztrácejí svoji originalitu. Někteří adolescenti jsou si toho vědomi, a snaží se být alespoň v něčem originální, jiní jsou se svým uniformním způsobem života spokojeni, hlavně že mají jistotu sociálního přijetí.

Tělesná složka je důležitou součástí sebepojetí. V mnoha případech je tělesný vzhled pro adolescenta jediným nástrojem k měření vlastní hodnoty. Tato skutečnost není samozřejmě zesilována pouze touhou líbit se opačnému pohlaví, ale také nároky, požadavky a hodnotami současné společnosti. Neustálé srovnávání se s aktuálním ideálem a snaha vypadat „in“ se může stát spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy u dívek nebo zneužívání některých látek podporující svalový růst u chlapců.

V adolescenci narůstá potřeba intimních vztahů a sexuální aktivity. Není samozřejmě výjimkou, že počátek sexuálního života nezačíná až v adolescentním období, ale i daleko dříve, u některých jedinců klidně už ve 13 letech. Tyto předčasné sexuální zážitky mohou nezralé a nepřipravené adolescenty poznamenat na celý život. V období dospívání dochází ke konečné fázi separace od rodiny, z tohoto důvodu se stávají vrstevníci důležitou součástí života a pozornost je přesunuta od rodiny právě na ně. Poskytují jedinci emoční podporu a sdílejí s ním jeho prožitky i pocity. V průběhu tohoto období dochází nejčastěji k prvním láskám, polibkům, ale také k prvnímu pohlavnímu styku. První sexuální kontakty s jedincem opačného pohlavní slouží zejména k ujištění se o vlastní přitažlivosti a jsou významným faktorem pro budování sexuální identity. Mohou se stále objevovat autoerotické tendence, ale adolescent dává přednost heterosexuálnímu kontaktu. Většina dospívajících získává první sexuální zkušenosti a heterosexuální styky mezi 14. a 16. rokem. Z počátku dochází k zájmu o sexuální život pouze ze zvědavosti, nehraje zde tedy roli hlubší emoční vztah. I přesto se ale prožívání tohoto aktu u dívek a chlapců liší, zvědavost byla rozhodujícím podnětem – zejména u chlapců (v 82%), u dívek poněkud méně často (v 62%) - u nich hraje od začátku větší úlohu spíše emoční vazba na chlapce (Langmeier, 2006, s. 157). Teprve s koncem adolescence a nástupem rané dospělosti začínají být vztahy založeny na hlubším vzájemném porozumění a oddanosti.

Člověk je zralejší a schopný sdílet s partnerem jeho pocity, může tedy dojít k započatí trvalého emočního vztahu v dospělosti.

Dospívání je provázeno hormonálními změnami, které způsobují změny v oblasti citového prožívání. U adolescentů dochází ke stabilizaci, klesá citová labilita a objevuje se citový optimismus. Kolísavost emočního ladění, dráždivost i přecitlivělé reakce na obvyklé podněty objevující se v pubescenci jsou vystřídány emočním zklidněním. Po 16. roce převažují v mozku jedince alfa vlny, které mohou být právě příčinou útlumu v citové oblasti. City a emoce hrají v tomto věku velikou roli při rozhodování a úsudcích. Adolescent se dovede nadchnout a nadšení ovlivní jeho úvahy. V opačném směru je mohou zatížit negativní emoce, např. aktuální rozladění, vztek nebo smutek. Emočně významnější argument mívá větší váhu (Vágnerová, 2002, s. 339).

Vývoj poznávacích procesů, který je výsledkem vzájemného působení zrání a učení stále pokračuje. Myšlení je pružné, tvořivé, nezatížené zkušenostmi. Možná právě díky tomu mnohdy objeví netradiční řešení. Je charakterizované rozvojem formálně logických operací. Adolescenti se postupně odprošťují od konkrétní reality a osvojují si tak i abstraktní způsoby myšlení. Nepracují jen s obecnými pojmy, ale uvažují na rovině symbolické. Srovnávají skutečný stav věcí se stavem, který by mohl být nebo dle nich měl být (ideální podoba). Právě tento fakt může být zdrojem jejich časté nespokojenosti. Dospívající se projevují systematickým uvažováním a experimentací s vlastními úvahami (řeší filozofické otázky apod.). Mají-li řešit problém, nespokojí se většinou jen s jedním řešením, ale uvažují o alternativních cestách, které zkouší a následně hodnotí. Inteligence je na svém vrcholu. U intelektuálně pracujících lidí mohou jejich intelektuální schopnosti dosahovat maxima až v období dospělosti. Vývoj řeči již není tak nápadný, přesto stále dochází k rozvíjení slovní zásoby, tvoření složitějších staveb vět a rozvíjení vyjadřovacích schopností. Jsou schopni citlivěji vnímat a rozlišovat význam slov. Z toho důvodu jsou schopni ještě dlouho přemýšlet o tom, co kdo řekl a jako to vlastně myslel. Obzvláště nebezpečné jsou narážky na tělesný vzhled, postavu u dívek a výkon, sílu u chlapců, které mohou mít negativní dopad na sebehodnocení a sebevědomí. Dospívající mají větší kapacitu paměti, protože dovedou používat účinnější strategie, které jim pomohou udržet v paměti ty informace, které aktuálně potřebují (Vágnerová, 2002, s. 339). Rozvíjí se i metapaměť, dokáží odhadnout dobře svoje znalosti nebo např. čas potřebný k vykonání nějakého úkolu, naučení se látky apod.

Hlavním úkolem dospívajícího období je získat odstup a nezávislost na rodičích, a to jak sociální tak ekonomickou. To znamená, uvolnit se z pevné rodinné vazby, rozšířit

své teritorium a navazovat kontakty nejen s vrstevníky opačného pohlaví a získat také nezávislost finanční. Jak již bylo zmíněno výše, u vysokoškoláků není dost možné dosáhnout finanční nezávislosti na rodičích, která je považována za jeden z důkazů dospělosti, do doby ukončení studia. Mnozí rodiče neumějí jít střední cestou a značně tento úkol adolescentům ztěžují. Na jedné straně jim v osamostatnění brání a na straně druhé požadují příliš brzké osamostatnění, mnohdy i ve značné míře. Tento proces je ovlivněn předchozím vztahem s rodiči a může ho ovlivnit i do budoucna. Nepovedený separační proces může vyvolat u adolescenta až nenávisť k rodičům. V druhém, pozitivním, případě zůstávají rodiče pro adolescenta sociální oporou a jistotou.

Další úkol adolescenta se týká procesu individuace a nalézání vlastní identity. Adolescent musí najít a budovat svoji individuální identitu. Tento proces spočívá v poznávání a hodnocení sebe sama a svých vlastností. Mnoho adolescentů projevuje nadměrný zájem o sebe sama, je introvertně zaměřených a píše si deník. Langmeier a Krejčířová (2006) mluví také o aktivní experimentaci, kdy adolescent poznává sám sebe na základě střídání koníčků, změn výrazů v obličeji, písma apod. Přemýšlí nad otázkami typu: kdo jsem, kam patřím, kam směřuji? Často o sobě přemýšlí, objevují své psychické i fyzické přednosti i slabiny, se kterými se snaží smířit a vyrovnat. Sebevědomí není stálé, adolescent kolísá mezi přeceňováním svých schopností a pocitu nedostatečnosti a méněcennosti. „*Sebepoznání je nutným předpokladem pro sebeformování, autoregulaci, ke které v této životní periodě dochází*“ (Novotná, 2004, s. 56). Sebepoznání i sebepojetí je formováno i vrstevnickou skupinou. Dospívající si vymezuje své společenské postavení a orientaci, ať už zájmovou, sexuální nebo hodnotovou, která může být v rozporu s názorem rodičů. „*Nalézt vlastní jedinečnost znamená odlišit se jasně od druhých, toto nalézání je proto spojeno s již uvedenou snahou získat stále větší samostatnost, nezávislost na rodičích a společenské uplatnění*“ (Langmeier, 2006, s. 163). Dle Eriksona znamená vytvoření identity „já“ dosažení dospělosti (Novotná, 2004, s. 56).

Dospívající období se vyznačuje mravním perfekcionismem. Jedinci vědomě přijímají primární normy a principy, které určují co je správné a co ne. Vyžadují plnění norem za všech okolností, bez jakýchkoliv výjimek. Dospívající jsou v tomto věku velice citliví na každou nespravedlnost, odsuzují lži a vyžadují naprostou upřímnost. Tento postoj může vést ke konfliktům i velkému zklamání.

Období adolescence se může jevit jako období klidné, bez velkých problémů. Stabilizují se jednotlivé složky osobnosti, neprobíhají žádné prudké biologické ani psychické změny. To ale neznamená, že je to období jednoduché bez jakýchkoliv

problémů. Adolescent musí zvládnout mnoho úkolů – přijmout vlastní fyzickou strukturu, navázat nové vztahy s vrstevníky obojího pohlaví, emočně se separovat od rodičů, získat ekonomickou nezávislost, vybudovat individuální identitu a mnoho dalších. Úkoly to nejsou lehké a mnoho adolescentů v nich selhává. Adolescence může být charakterizována jako období největšího rizika vzniku poruch příjmu potravy, závislostí a dalšího rizikového chování. U adolescentů se mohou objevovat hysterické, neurotické a obsedantní poruchy. „*V adolescenci se mohou objevit depresivní reakce či endogenní deprese (zvláště u osob nejistých a se sníženým sebevědomím)*“ (Novotná, 2004, s. 57). Dospívání tedy představuje životní etapu, která nese mnoho překážek, přesto ale výzkumy ukazují, že většina (80%) adolescentů je zvládne zdolat bez závažnějších problémů (Hort, 2008).

## 4 ETIOLOGIE PPP

Přestože je v poslední době poruchám příjmu potravy věnována značná pozornost, stále se o nich ví velice málo. Jistě ne málo pacientek přemýšlí nad tím, proč zrovna ony onemocněly poruchou příjmu potravy. Zatím nelze na tuto otázku odpovědět pouhým „proto“. Tento fakt je ovlivněn zejména tím, že PPP nejspíše vznikají působením více faktorů najednou. Existuje velké množství hypotéz, avšak žádná nebyla ještě jednoznačně prokázána. Etiologické modely jsou omezené a nezvládají vysvětlit všechny varianty onemocnění. V současnosti je dáván do popředí tzv. biopsychosociální model, který v sobě zahrnuje faktory vývojové, osobnostní, sociokulturní i rodinné (Novák, 2010, s. 7). „Obecně lze říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů“ (Marádová, 2007, s. 16). Dlouholetí výzkumní a kliničtí pracovníci se shodují v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický příčinný faktor, který by se vyskytoval u většiny případů a vysvětloval jejich obtíže. V osobní a rodinné anamnéze se u některých pacientů můžeme setkat s nespécifickými rizikovými faktory, často přítomných i u jiných duševních poruch, jako např. s negativním sebehodnocením, závislostí na alkoholu a depresivitou u rodičů (Krch, 1999, s. 57). Odborníci se shodují v tom, že neexistuje žádná specifická příčina těchto onemocnění, po jejímž odstranění by automaticky došlo k vyléčení (Marádová, 2007, s. 17).

V následující části práce uvádíme rizikové faktory, které přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy. Musíme si uvědomit fakt, že síla vlivu těchto faktorů není přesně známa. Je nutné také podotknout, že většina údajů je zjišťována zpětně, mnohdy několik let zpátky a výpověď pacientů může mít subjektivní nádech.

### 4.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Biologické faktory výrazně přispívají k riziku vzniku poruch příjmu potravy. Krch (2008) uvádí ženské pohlaví, tělesnou hmotnost, menstruaci a období puberty jako jedny z nejvýznamnějších faktorů pro rozvoj poruchy. Dále můžeme jmenovat hereditární okolnosti, individuální tělesné charakteristiky nebo hormonální vlivy (Kocourková a Koutek, 2007).

Silným rizikovým faktorem je tedy ženské pohlaví. „Stačí být ženou a riziko vzniku poruchy příjmu potravy je mnohonásobně vyšší“ (Krch, 2010, s. 59). Dle Papežové (2010) se záchvaty přejídání objevují u žen 2,5x častěji než u mužů a 10x častěji právě žena

onemocní anorexií či bulimií. To jak se dívka vyrovnává s jejím měnícím se tělem a jeho proporcemi s nástupem puberty má pro ni obrovský význam do budoucna. K nevýznamnějším tělesným i psychickým změnám dochází právě v období puberty a adolescence. Chlapci jsou v tomto věku spokojenější, protože přibývají na váze a blíží se svému ideálu krásy, kdežto dívky se od svého ideálu vzdalují a přírůstek tuku vnímají opačně. U dívek se častěji vyskytují obavy, přemýšlejí nad tím, zda jsou oblíbené či nikoli, mají značně sníženou sebeúctu i sebevědomí. Mnozí odborníci apelují na souvislost s odmítáním dospělé ženské role, těla nebo sexuality. Hladovějící pacientky si odmítáním potravy snaží zachovat vzhled, který měly před pubertou, bez známek ženských tvarů. Dlouhodobé hladovění a podvýživa u pacientek vedou k chudému nebo dokonce žádnému sexuálnímu životu (Krch, 2010, s. 59).

Tělesnou hmotnost nesmíme opomenout jako jeden z rizikových faktorů, který má přímý vliv na sebevědomí žen. Zvýšená tělesná hmotnost způsobuje u žen nespokojenost se svou postavou a významně vzrůstá nebezpečí diet a bulimie. Nespokojenost žen je značně ovlivněna rozložením tělesného tuku. Výzkumy ukázaly, že ženy, u kterých je tělesný tuk uložen zejména na typicky ženských partiích, jako jsou hýždě, boky a stehna, vykazují daleko větší riziko PPP ve srovnání s ostatními ženami (Krch, 1999, s. 63). Spousta dívek a žen se považuje za „tlusté“ a to i navzdory názorům okolí, že jsou štíhlé a mají hezkou postavu. Až 60 % dospívajících dívek (17, 18 let) se považuje za příliš tlusté. Mnoho z nich začíná držet nejrůznější diety, které způsobují opakované kolísání hmotnosti, což má veliký vliv na lidský metabolismus. *„Brownell a Rodinová (1994) uvádějí, že cyklické změny hmotnosti jsou stejně zdravotně nebezpečné jako obezita a předpokládají, že jsou často spojeny i se zvýšenou psychopatií, menší spokojeností se životem a zvýšeným rizikem bulimie“* (Krch, 1999, s. 63).

Za další rizikové biologické faktory můžeme jmenovat pubertální období a menstruační cyklus. Crisp uvádí, že osobnost jedince hraje významnou roli při adaptaci na pubertu a že dozrávání v tomto období je ústřední impuls pro vznik anorektické symptomatologie (Krch, 1999, s. 63). První menstruace je pro dívku známkou skončení její puberty. Špatná výživa může ovšem fyzický vývoj přerušit, např. může přivodit zastavení tělesného růstu. Pubertální období je rizikové také v tom, že je plné negativních emocí (podrážděnost apod.), které doprovází hormonální změny v této části života. Jedinci si začínají daleko více uvědomovat sami sebe, srovnávají se s okolím. Zejména dívky jsou v tomto směru nejisté, sebekritické a náchylné k depresím (Krch, 1999, s. 64). *„Pubertu a dospívání lze považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které může být*

*spojeno s mimořádným stresem*“ (Krch, 1999, s. 64). Co se týče menstruačního cyklu, u většiny anorektických patientek následuje po vynechání menstruace pokles tělesné váhy (u 10 – 20 % případů). *„Protože už sebemenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám, jsou tyto abnormality spíše důsledkem diet“* (Krch, 1999, s. 63). Důležitou roli hraje také nižší příjem bílkovin, emoční stres a hormonální antikoncepce. Bulimické patientky uváděly, že po vysazení hormonální antikoncepce se příznaky poruchy velice zlepšily.

Za příčinu poruch příjmu potravy je často uváděna dědičnost. Nelze ji ovšem brát jako jeden hlavní rizikový faktor, nemoc ve většině případů propukne interakcí více různých faktorů. To znamená, že za vznik anorexie nebo bulimie nemůže být odpovědný jeden konkrétní gen, ale je to spíše vloha, která buď projeví anebo ne. Na základě desetiletého výzkumu anorexie jsou výsledky jednoznačné: *„pro dívky, v jejichž příbuzenstvu se anorexie vyskytla, je riziko stejné poruchy až dvanáctkrát vyšší“* (Bobůrková, 2007). Theanderovy studie ze 70. let poukázaly na fakt, že u 94 sledovaných anorektiček se u 6,6 % jejich sourozenců objevilo totéž onemocnění. *„V devadesátých letech Strober et al. (1990) upozornili, že v jejich souboru trpělo AN 6,2 % matek sledovaných patientek s AN a 2 % jejich sester“* (Papežová, 2010, s. 56). Vědci také našli rozdíly v chemii mozku u nemocných pacientů. Zejména poukázali na roli hormonu serotoninu, který má na starosti pocit sytosti a částečnou regulaci příjmu sacharidů. Mentální bulimie je spojována s nedostatkem tohoto hormonu, naopak anorexie je doprovázena jeho zvýšenou koncentrací (Papežová, 2010, s. 57).

## **4.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY**

Vedle biologických faktorů, které mají vliv na vznik poruch příjmu potravy, jsou uváděny i psychologické charakteristiky jako osobnostní rysy, způsob regulace afektů, emocionalita, traumatizující zkušenosti a další (Kocourková a Koutek, 2007).

Osobnostní rysy jsou považovány za rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy. Poukázat můžeme zejména na perfekcionismus, soutěživost, obsedantně-kompulzivní poruchu, negativní emocionalitu, hysterické rysy nebo impulzivitu. Některé dívky mají na sebe velice vysoké, až nepřiměřené požadavky, ale i přesto dokážou to, co si předsevzaly. Jsou zvyklé být nejlepší, a to potvrdí i tím, že budou nejtíhlejší. Tento osobnostní rys se ve většině případů objevuje u dívek, které aktuálně trpí anorexií, u některých bulimiček, ale přetrvává i u vyléčených normálně fungujících patientek. U bulimie je typická impulzivita, ale u většiny lidí se zároveň objevují i perfekcionistické



rysy. „Rovněž prospektivní studie potvrzují, že ženy s vyšší úrovní perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že vyvinou jak anorexii, tak bulimii (Bulik et al., 2003)“ (Papežová, 2010, s. 39). V souvislosti s mentální anorexií se často poukazuje na spojitost s obsedantně-kompulzivní poruchou. Už v roce 1939 Palmer a Jones poukázali na MA jako na specifickou formu této poruchy. „Stonehill a Crisp (1977), kteří sledovali 45 žen s neléčenou anorexií, zjistili, že po znovunabytí hmotnosti se míra úzkostnosti a obsedantní rysy výrazně snižovaly“ (Krch, 1999, s. 72). V osmdesátých letech poukázal Masterson na vztah mezi anorexií a hraniční osobností. Hraniční osobnost je zachycována většinou ve vyšší míře u bulimie než u anorexie, a to zejména u hospitalizovaných pacientů. Hraniční osobnost je dle Popea a Hudsona vymezována velice široce. A i přes společné příznaky s bulimií, jako např. impulzivita, přejídání, depresivní symptomy apod. se v mnoha případech objevuje riziko falešné pozitivní diagnózy hraniční osobnosti. „Ve studiích, které současně sledovaly specifitu metody užitou k detekci hraniční osobnosti, nepřekročil její výskyt mezi ambulantními pacienty 2 %“ (Krch, 1999, s. 73).

Emocionální stavy pacientek s mentální anorexií a bulimií jsou typické depresivní a úzkostnou složkou. „Podle Hsu (1990) kolem 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy“ (Krch, 1999, s. 69). Někteří autoři nahlízejí na mentální anorexii jako na formu sebevražedného chování, protože ani při patologickém zhubnutí a nebezpečí smrti nedochází u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky. Depresivní příznaky jsou obvykle významnější u bulimie. Na symptomy deprese je nahlíženo jako na důsledek nejrůznějších obtíží, ať už zdravotních, sociálních nebo psychických, které jsou spojené s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou apod. „Pokud jde o bezprostřední vztah některých symptomů obou poruch, bylo prokázáno (Davis et al. 1988), že negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček a že pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček“ (Krch, 1999, s. 71). Lidem, kterým byla experimentálně snižována nálada, uváděli, že se cítí těžší ve srovnání s lidmi, kterým byla nálada pozvednuta (Novák, 2010, s. 19).

Za další významné predisponující nebo spouštěcí faktory PPP jsou často považovány nejrůznější životní situace, události, traumata. Většina pacientů si dokáže vzpomenout na nějakou pro ně důležitou událost, nějaký zlom, který v nich vyvolal potřebu zhubnout. Až dvě třetiny pacientů spojuje vznik anorexie s nějakou životní událostí (Krch, 1999, s. 64). Nejčastěji se ve výpovědích objevují narážky na tělesný vzhled, významné životní změny, nemoc nebo problémy v rodině, sexuální a jiné konflikty

nebo osobní prohry. Pacientky s PPP uvádějí oproti kontrolní skupině daleko více stresu, předcházejících onemocnění a dalších životních obtíží (Novák, 2010, s. 17). Když se přesuneme do sexuální oblasti, pohlavní zneužívání a sexuální traumatizace se často dává do souvislosti právě s anorexií a bulimií. Výzkumy přinášejí rozdílné výsledky, a tak ani literatura není jednotná. Tato situace je způsobena odlišnými klinickými rysy u pacientek, jako jsou typ a závažnost poruchy, věk, doba trvání onemocnění a v neposlední řadě i definicí traumatu nebo pohlavního zneužívání. Délka trvání a závažnost zneužívání hraje také svoji roli. „*Specifický a přímý vztah mezi pohlavním zneužitím (nebo jinými traumatickými zážitky) a následným rozvojem poruchy příjmu potravy nebyl dosud prokázán*“ (Krch, 1999, s. 108). Přesto práce s pacientkami s PPP vede k obecnému závěru: jedinec, který byl vážně pohlavně nebo fyzicky zneužit v dětství nebo rané adolescenci je vystaven zvláštnímu riziku, že u něj nastane psychická krize nebo propukne psychická porucha nevyjímaje mentální anorexií a bulimii (Krch, 1999, s. 108).

### **4.3 RODINNÉ FAKTORY**

Počátek a rozvoj mentální anorexie nebo bulimie popisuje většina pacientek, jejich rodin nebo terapeutů právě v kontextu rodiny a rodinných vztahů. Minuchin popsal rodiny s anorektickým dítětem slovy: rigidní, těžce vyjadřující své emoce, hyperprotektivní a vyhýbající se konfliktům (Krch, 1999, s. 67). Dle Štichové (2002) se dají v rodinách dívek s mentální anorexií najít určité společné rysy (Šváb, 2013):

*„- členové těchto rodin jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují osobní hranice*

*- rodiny izolované, uzavřené, které mají pocit ohrožení, jsou semknuté, jako kdyby zvenku přicházelo nebezpečí*

*- rodiny rigidní, nepřizpůsobující se vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte)*

*- rodiny nevyjadřující emoce (zvláště negativní) a tak nedostatečně řešící konflikty*

*- vztahy rodičů jsou méně významné partnersky ("my jsme především rodiče", nebo skrytý partnerský problém)“*

Někteří autoři zastávají názor, že mnohé rodiny svým charakteristickým chováním k onemocnění mohou přispět. Např. neustále chválí štíhlou postavu dívek, oceňují jejich disciplínu a sebekontrolu. Tato „podpora“ může trvat i do chvíle, kdy už je pacientka vyhublá na kost. Někteří ambiciózní rodiče mohou vyvíjet na své dítě „neadekvátní tlak“, který se může projevat ve formě odhodlání přivést dcery k sportovním či jiným

výkonům bez respektování jejich schopností a možností. Dalším příkladem nepřiměřeného tlaku může být předčasný rozhovor o sexualitě, na který není dívka ve svém věku ještě dostatečně připravena, nebo naléhání rodičů aby se chovala více „žensky“ (Papežová, 2010, s. 41). *„Z hlediska vzniku poruchy příjmu potravy je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů“* (Krch, 2010, s. 63).

Jídelní návyky jsou dalším faktorem, který bychom neměli opomenout. V posledních letech význam jídla a dalších činností spojených právě s jídlem (masivní nakupování, nespočet pořadů o vaření, nových kuchařek a receptů) významně vzrostl. Právě tento fakt, nadměrné zabývání se jídlem, mimo jiné zvyšuje rozšíření PPP. Navzdory tomu se v dnešní uspěchané době už většina rodin neschází ke společnému obědu nebo večeři, zkrátka na to není čas. Dříve by si lidé bez společné konzumace jídla nedovedli asi svůj život představit, natož aby si někdo vymýšlel, že tohle jíst nebude a vařil si pro sebe extra jinou pochoutku. *„Orbach si všímá, že rodinné stolování pacientek s poruchou příjmu potravy se odbývá buď v rigidní (např. stejný čas, striktní pravidla, konverzace, napjatá atmosféra, bez patřičné omluvy nutná účast) nebo chaotické atmosféře (např. cizí lidé, hluk, střídání místa a času, zasedacího pořádku, vyřizování telefonátu v průběhu jídla)“* (Novák, 2010, s. 24).

Rodiny anorektiček se vyznačují ctižádostí, neustálou kritikou, vyžadují od potomků slepou poslušnost a mají vysoké nároky. „Anorektické“ matky jsou popisovány jako hyperprotektivní, dominantní, obtěžující a málo citlivé k potřebám dítěte (Krch, 1999, s. 66). V mateřské roli bývají nejisté a nejsou schopny adekvátně reagovat na potřeby dítěte. Právě raná dětská zkušenost pacientek s matkou se jeví jako klíčová. Matky anorektiček nejsou schopné porozumět signálům kojence a zachází s ním spíše jako s panenkou – vzorně dítě krmí, ale až když mají hlad ony. Bruchová (1978) mluví o následné snaze dítěte přizpůsobit se matce, o rezignaci na vyjádření svých potřeb a vyhýbání se konfliktům s matkou. Dítě se tímto způsobem učí být neustále vázáno na své rodiče, nespolehá se na své potřeby a snaží se vyhovovat druhým (Šváb, 2013). *„Dívky, u nichž propukla porucha příjmu potravy, vypověděly, že se celý dosavadní život snažily chovat podle očekávání svých rodin, přičemž se vždy obávaly, že ve srovnání s ostatními vyjdou hůře“* (Novák, 2010, s. 27). Určité způsoby chování matky mohou vznik poruch příjmu potravy u dítěte ovlivnit nebo uspišit. Dobrým vzorem jistě nejsou matky, jejichž

život se točí kolem počítání kalorií a diet, ale na druhou stranu ani matky obézní, jejichž potomci se bojí, aby nedopadli stejně jako ony a z toho důvodu se mohou začít omezovat v jídle už ve velice nízkém věku (Šváb, 2013). Postava otce může být také jednou z příčin jídelních problémů dcery. Otcové anorektických dívek jsou často popisováni jako pasivní, slabí, někdy dominantní s emočním odstupem (Krch, 1999, s. 66). Štichová (2002) používá k přiblížení rizikového otce slova jako vzdálený, nevýznamný, neschopný navázat s dcerou pevný vztah (Šváb, 2013). „*Dalším typem otce je aktivní, avšak nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže nikdy vyrovnat*“ (Krch, 1999, s. 66). Ani sourozenci jistě nezůstanou nedotčeni a hrají určitou roli. Důležitá je touha po pozornosti rodičů. Většina klinických studií uvádí výskyt poruch příjmu potravy u sourozenců pacientek v rozmezí 3 – 10 % (Krch, 1999, s. 65).

Rodiče bulimiček bývají chaotičtí, bez smyslu pro řád a typičtí dalšími rizikovými faktory jako afektivními poruchami, alkoholismem nebo nedostatky rodičovské péče (Kocourková a Koutek, 2007). Humphrey (1986) uvedl, že bulimické rodiny poskytují nedostatek péče a empatie a jsou charakteristické častým výskytem negativních a hostilných vztahů (Krch, 1999, s. 67). Výzkumy ukázaly, že více než 40 % bulimiček pocházelo z rozvrácených rodin (Krch, 1999, s. 67). Otcové a dcery v bulimických rodinách často zažívají pocity izolace a vyloučení z rodiny. „*Pacientky s MB ve srovnání s kontrolní skupinou shledávaly vztahy svých rodičů jako nepřátelské a zproštěné závazku výchovy, což platilo hlavně o matkách*“ (Novák, 2010, s. 25).

Z uvedených informací tedy vyplývá, že rodina a její vzájemné interakce mohou přispět ke vzniku nemoci. Rodina může být zároveň významným faktorem, který ztěžuje vyléčení. Velice zásadní je pracovat na vztazích v rodině, proto je důležitou součástí léčby i rodinná terapie. Rodiče musí pochopit, že nestačí dát dítě do nemocnice a čekat, že jim ho někdo „opraví“ jako auto. Je důležité pochopit, proč určité chování přináší dítěti uspokojení a pomáhat mu měnit návyky, které negativně ovlivňují jeho zdraví. Spolupráce s rodinami je v případech poruch příjmu potravy nezbytnou záležitostí. Rodiče nesmí hledat viníka a přebytně se zabývat minulostí, ale zaměřit veškerou svoji energii na budoucnost a s ní spojené změny. Ve většině případů dochází při těchto potížích ke stmelení rodiny, nemusí to být ale vždy pravdou, některé rodiny problém nezvládnou a končí to dokonce jejich rozpadem.

#### 4.4 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY

„Garfinkel a Garner (1982), Hsu (1990) a další autoři předpokládají, že jádro problému PPP je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu“ (Krch, 1999, s. 58). Zejména v zemích „západního“ světa můžeme vidět styl života a hodnoty, které v jistém měřítku podporují vznik poruch příjmu potravy. Identifikace s těmito hodnotami a ideály bývá spojena s rychle rostoucím zájmem o tělo a vzhled (Krch, 1999, s. 58). Západní kultura je zaměřena na výkon, úspěch, krásu, vzhled a štíhlou postavu. Dívky, které jsou vystaveny stále rostoucímu tlaku společnosti, se snaží přiblížit tomuto ideálu, v domněnku, že jim právě vyhublost a krása přinese úspěch a oblíbenost u ostatních. Většinu času jsou zaměřeny na to, jak vypadají, co si o nich asi myslí druzí. V případě, že nastanou nějaké problémy nebo prohry ať už v osobním životě či jinde, dávají je často za vinu právě svému tělu.

Soudobé proporce „ideálního“ ženského těla jsou velice odlišné od těch, které byly uznávány například v 60. letech. Krásná žena těch dob, byla žena přirozená a z masa a kostí, typu postavy přesýpací hodiny či hruška. „Krásnou“ ženu v současnosti najdeme na titulních stranách módních časopisů a na přehlídkových molech. Po těchto dívkách je vyžadována chlapecká postava bez známky ženských tvarů, dlouhé nohy bez stehů, boků, vystouplé kosti a plochý až dětsky vypadající hrudník. Značný rozdíl v ideálních mírách a postavách může být demonstrován i na prostředcích na hubnutí vs. přibírání. V 60., 70. letech byly propagovány přípravky, které dívkám slibovaly přírůstek váhy až 9 kg. Kdybychom chtěli takový výrobek dnes koupit, asi by byla potíž s jeho sehnáním, kdežto výrobků zaručující okamžité a trvalé zhubnutí bychom našli nepřeberné množství. Tento módní ideál má značný vliv zejména na adolescenty, kteří hledají svoji identitu, a proto jsou tak zranitelní. „*Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti*“ (Krch, 1999, s. 58).

Štíhlý ideál krásy a současné ideální proporce, prezentované ve všech sdělovacích prostředcích jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a především zdraví ohrožující (Krch, 1999, s. 58). Negativní vliv na tuto skutečnost mají zejména média, která vyvolávají v lidech mylnou představu o tom, že všechno je možné a že na základě disciplíny a dodržování rad, můžeme získat vysněnou postavu. Nejen reklamy a časopisy podporují tenhle styl života, ale také potravinářský průmysl se svými „light“ výrobky má na situaci určitý podíl.

„*V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost populace*“ (Krch, 1999, s. 59). Tělesná hmotnost mladé generace západních zemí stále stoupá.

Zatímco důsledky omezování se v jídle a redukčních diet jsou často podceňovány, velká pozornost je věnována nebezpečí obezity. Ve společnosti se objevila předpojatost vůči obézním lidem, kteří jsou vnímáni často jako líní, oškliví a hloupí. Tento přístup ještě více posiluje u lidí strach z tloušťky a znevýhodňuje jedince, kteří mají přirozeně větší váhu než ostatní. „*Suzan a Wayne Wooleyovi (1979) poukazují na řadu studií, které potvrzují, nakolik jsou už děti a mladší adolescenti stigmatizováni obezitou*“ (Krch, 1999, s. 59).

Poruchy příjmu potravy jsou popisovány jako kulturně podmíněné syndromy. „*Podle Ritenbaugha (1982) to znamená, že porucha nemůže být pochopena mimo svůj specifický kulturní kontext*“ (Krch, 1999, s. 61). Je samozřejmé, že se PPP nevyskytují stejnoměrně ve všech dobách a kulturách. Někteří autoři zastávají názor, že jejich výskyt je častější v kulturách s nadbytkem potravy, ale je třeba si uvědomit, že tato příčina není specifická. Vyrůstání v těchto kulturách údajně zvyšuje šance na rozvoj onemocnění, ale většina lidí i v těch nejbohatších a nejrozvinutějších kulturách poruchami příjmu potravy netrpí (Novák, 2010, s. 36). Etnický původ hraje v této problematice také svoji roli. Mentální anorexie a mentální bulimie jsou spíše spojovány s „bílým“ obyvatelstvem. „*Výsledky některých výzkumů provedených v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží diety méně často než „bílé“ dívky, a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI*“ (Papežová, 2010, s. 37). Na druhou stranu se zjistilo, že Afroameričanky trpí ve srovnání s „bílými“ vrstevnicemi častěji záchvatovitým přejídáním. Etnický původ je stálý znak, i přes spoustu dosud nezodpovězených otázek a málo prozkoumanou specifičností (Papežová, 2010, s. 38).

Mnoho studií dokazuje, že socioekonomický status má vliv na vznik poruch příjmu potravy. V 60., 70. letech byla štíhlost a dietní chování spojováno s vyšší sociální třídou a přepychem, zejména v západních zemích. Respektive dostatek či přebytek jídla spojený s obezitou byla známka vyšších vrstev. V dnešních vyspělých státech je jídla dostatek a tak obezita, redukční diety a s nimi spojené poruchy příjmu potravy jsou rozptýleny v celé společnosti. Už v roce 1970 poukázal S. Theander na fakt, že poruchy příjmu potravy jsou zastoupeny ve všech sociálních vrstvách (Krch, 1999, s. 45). Už tedy neplatí, že ohroženy jsou hlavně dívky ze středních a vyšších sociálních sfér (Krch, 1999, s. 45).

Určité zájmy nebo profese vykazují vyšší riziko PPP. Především profese a zájmy kde je pozornost zaměřena na výkon, tělesný vzhled a hmotnost. Mnoho anorektiček a bulimiček můžeme najít mezi profesionálními modelkami, baletkami, gymnastkami apod. Na základě zkoumání dvě stě profesionálních tanečnic a modelek byly zjištěny narušené jídelní postoje u 38 % tanečnic a 34 % modelek, zatímco v kontrolní skupině pouze u 9 %

studentů (Krch, 1999, s. 43). Okolo 7 % dívek z obou profesionálních skupin dokonce splňovaly kritéria MA. Vysoká prevalence (25 % a více) patologické kontroly tělesné váhy (užívání laxativ, zvracení) bylo zjištěno také u zápasníků, žokejů a gymnastek (Krch, 1999, s. 44). „*Je ale důležité rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních nebo sportovních důvodů, a chováním v důsledku nadměrného zaujetí vlastní postavou a štíhlostí*“ (Krch, 1999, s. 44). Jedno však může vyvolat druhé. O poruše příjmu potravy můžeme uvažovat, pokud jedinci nedokáží ovládat svoje jídelní návyky nebo pokusy o snížení váhy (Krch, 1999, s. 44).

Strach z tloušťky a nadměrné zabývání se vlastní postavou a tělesnou hmotností je jednoznačně způsoben štíhlým ideálem a stigmatizací obezity. Média nás neustále přesvědčují o tom, že když nebudeme štíhlí, tak nebudeme ani šťastní a úspěšní. Neúspěch a nízký sociální status si budeme vysvětlovat na základě naší tloušťky. Zajímavé je zjištění z transkulturního výzkumu McCarthyho: „*všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje*“ (Novák, 2010, s. 36).

#### **4.5 DIETY VS. HLADOVĚNÍ**

Na počátku problému žen s poruchami příjmu potravy stojí v naprosté většině případů redukční dieta. Redukční diety jsou jediným specifickým etiologickým faktorem PPP a právě z tohoto důvodu, je dietnímu chování věnována největší pozornost. Převážná většina studií podpořila tvrzení, že redukční diety výrazně zvyšují riziko těchto onemocnění. „*Nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy je u patnáctiletých dívek držících diety osmkrát vyšší než u dívek, které diety nedrží*“ (Novák, 2010, s. 48). Průměrně 30 % redukčních diet přechází většinou během dvou let v tzv. patologické diety. Pozdější rozvoj příznaků poruch příjmu potravy je zaznamenán u 20 – 30 % z těchto případů (Krch, 2010, s. 58).

Neustále přibývá dívek, které se v průběhu dospívání snaží snižovat tělesnou hmotnost a omezovat se v jídle. V 18 letech má s těmito pokusy zkušenost většina dívek (Krch, 1999, s. 47). Na základě výzkumu společných charakteristik žen, které drží diety, bylo poukazováno zejména na nízkou sebeúctu, problémy se soustředěním, poruchy spánku, náchylnost k podrážděnosti, opožděný růst a sexuální vyspělost a nedostatečnou výživu a další (Novák, 2010, s. 49). Někteří se shodně jako Bruch domnívají, že „*dietní chování a poruchy příjmu potravy jsou vyjádřením nízké sebeúcty dívek v adolescenci*“ (Novák, 2010, s. 49). Úspěch při kontrole jídla a úbytek váhy vyvolává v dívkách pocit

efektivitu a sebeúctu se zvyšuje. Pokud dívka chuti k jídlu neodolá, má to negativní dopad na její sebeúctu. Ohroženy nejsou pouze dívky, které se dobrovolně rozhodnou držet dietu, ale i dívky, které jsou nuceny omezit kalorický příjem ze zdravotních důvodů (mononukleóza, obezita). Na základě tohoto omezení dívky rapidně zhubnou, jsou spokojené, okolím oceňované a dieta se rázem může přeměnit na poruchu příjmu potravy.

Jako finální produkt dietního chování je často uváděno štíhlé tělo. „*Feministická autorka Malson upozorňuje, že takové tělo není oceňováno pro svou krásu, ale jako důkaz o vysokém stupni sebekontroly*“ (Novák, 2010, s. 50). Pro mnoho žen, je to jediný důkaz o tom, že něčeho v životě dosáhnou a něco dokážou. Kontrola při udržování štíhlé linie a dodržování přísných diet symbolizuje kontrolu nad celým životem. Dle Orbachové není klíčová štíhlost sama o sobě, ale především její dosažení je velice důležitým faktorem. „Neúspěšná“ žena se po shoení pár kilogramů stane tou, která si dokáže odepřít potěšení a ovládá své tělesné potřeby. S úbytkem tuku zmizí i slova jako nenasatná, požitkářka bez kontroly apod. S tím ale přichází začarovaný kruh, čím víc je žena štíhlejší a úspěšnější v sebekontrole, tím víc je ponoukána k dalšímu hubnutí (Novák, 2010, s. 50).

Diety a hladovění mají značný dopad na lidské chování a přinášejí s sebou mnoho dalších projevů. Diety mají závažné biologické, psychické i sociální důsledky. „*S prodlužovaným omezováním kalorického příjmu jsou spojeny symptomy jako dráždivost, poruchy koncentrace, úzkosti, deprese, apatie, poruchy nálady a únava*“ (Novák, 2010, s. 49). Účinek hladovění na lidské chování popsal v roce 1950 Ancel Keys se svými kolegy. Experiment byl proveden na skupině zdravých mladých mužů a zahrnoval snížení energetického příjmu na polovinu po dobu 6 měsíců. Individuální reakce mužů se lišily, přesto všichni účastníci experimentu prožívali dramatické tělesné, psychické i sociální změny. Právě hladovění vyvolalo u mužů neovladatelnou touhu a zájem o jídlo. Myšlenky zaměřené jen na jídlo ztěžovalo schopnost koncentrace na jiné činnosti. Došlo ke změně stravovacích návyků, muži jedli pomalu, vychutnávali si jídlo. I přesto, že cílem experimentu nebylo hubnutí, muži měli po přejedení, které popisovali jako ztrátu vůle, výčitky svědomí a objevovala se i nevolnost. Nadměrně solili a kořenili, pili veliké množství kávy a čaje, žvýkali abnormální množství balíčků žvýkaček denně, což muselo být během experimentu omezeno. Tvrdili, že ztrácí chuť k jídlu. Popisovali výrazné psychické, emocionální změny se známkami deprese a přecitlivělosti. Byla zaznamenána zvýšená popudlivost, zlost, nervozita, hysterie a hypochondrie. Sociální život byl také narušen, muži byli uzavření a izolovaní. Došlo k nabeurání metabolismu, fyzické i sexuální aktivity. Po půlročním experimentu následovala tříměsíční rehabilitace, při které



byl kalorický příjem opět zvýšen na běžnou hodnotu. Mnoho změn přetrvávalo i během rehabilitace a kompletně zmizelo až při nabrání původní váhy. Tento výzkum jasně poukazuje na to, jaký může mít hladovění dopad na život a chování jedince (Krch, 2010, s. 55). *„Na základě podobných studií lze předpokládat, že mnohé z psychických a sociálních poruch popisovaných v souvislosti s mentální anorexií mohou být důsledkem procesu polohladovění“* (Krch, 2010, s. 56).

Držení diet může vést jak k rozvoji mentální bulimie tak i mentální anorexie. Dietní chování způsobuje změnu chuti k jídlu, většinou vzrůstá chuť na sladké, dochází k oslabení kontroly a stoupá riziko přejídání se. Existuje mnoho vysvětlení, proč hladovění často spěje k záchvatům přejídání. Stice a Shaw (2002) uvádějí, že při hladovění dochází ke snížení hladiny tryptofanu (prekurzor serotoninu) a přejedení je výsledek regulačních mechanismů, které se snaží tuto hladinu vyrovnat. Druhé objasnění může být vysvětleno slovy „odříkaného chleba největší krajíc“, to co si zakazujeme, po tom nejvíce prahneme. Další teorie s přesvědčením, že hladovění vede k negativním emocím, popisuje přejedení jako pokus o zlepšení nálady (Papežová, 2010, s. 46). S mentální anorexií to dle Papežové (2010) není tak jednoduché: *„poněkud obtížnější je označit držení diet jako rizikový faktor pro AN, neboť není zřejmé, kde končí dieta a začíná nemoc“* (Papežová, 2010, s. 46).

## 5 KOMORBIDITA

Při diagnostice poruch příjmu potravy se můžeme setkat s určitým podílem komorbidní problematiky. Komorbidní poruchy komplikují diagnostiku i terapii, která musí být v takových případech značně individualizovaná. Mezi nejčastěji uváděné poruchy patří závislosti na návykových látkách, poruchy osobnosti, depresivní poruchy, sebepoškozující chování (Papežová, 2010, s. 304). *„Komorbidita s psychiatrickými poruchami (poruchy osobnosti, závislost na alkoholu a návykových látkách a anxiózní porucha) je častá (25 – 60 %) a vede ke zhoršení průběhu i prognózy. To platí i o současných somatických poruchách (diabetes mellitus typu 1 i 2, epilepsie, sclerosis multiplex), které vyžadují často modifikaci léčby“* (Papežová, 2010, s. 383).

Jak jsme již zmínili v předchozím textu, u mentální anorexie se nejčastěji uvádí komorbidita s obsedantně-kompulzivní poruchou, která je ve významné míře podporována malnutricí. Dále je pak zdůrazňován možný vztah anorexie a hraniční osobnosti. Studie ale dokazují, že výskyt hraniční osobnosti je u bulimiček vyšší než u dívek trpících anorexií (Krch, 1999, s. 73). V popisu osobnosti pacientek Krcha a Faltuse byly zaznamenány psychastenické a hysteroidní rysy. První zmiňované byly zjištěny asi u poloviny anorektických a třetiny bulimických pacientek. Hysterické rysy byly nápadnější u pacientek s bulimií (Krch, 1999, s. 74).

Velmi často se v souvislosti s poruchami příjmu potravy mluví o abúzu alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek. Závislost na psychoaktivních látkách se objevuje častěji u bulimických pacientek, což podpořil i výzkum Laessleho et al. (1989) v Německu. Srovnávali bulimické pacientky s anorektickou epizodou a bez ní s restriktivními a bulimickými anorektičkami. *„U všech tří bulimických skupin zjistily signifikantně vyšší životní prevalenci abúzu psychoaktivních látek než u anorektické skupiny a u běžné populace“* (Krch, 1999, s. 76). Tuto skutečnost významně ovlivňuje znalost energetické hodnoty alkoholu u anorektiček, ale také nižší průměrný věk restriktivních anorektiček (Krch, 1999, s. 77).

V klinické praxi je tedy nejčastější kombinace mentální bulimie a závislosti na alkoholu. U nemocného dochází k narušení psychického a sociálního života, který je naprosto ovládnán nadměrným zaujetím danou látkou (jídlo, alkohol), která pomáhá nemocnému kontrolovat emoce a vyrovnávat se se stresem (Krch, 1999, s. 76). Mentální bulimie je mnohými autory popisována jako jedna z forem závislosti. Swift a další poukazují na fakt, že PPP a závislost na psychoaktivních látkách může být projevem predispozic k impulzivitě nebo, že je konzumace alkoholu řízena stejným způsobem jako

příjem potravy (Krch, 1999, s. 76). Systematické sledování výskytu PPP u alkoholiček je méně časté, přesto Lilienfeldová a Kaye (1996) potvrzují, že u alkoholiček se objevuje některá z forem PPP od 15 do 32 % případů (Krch, 1999, s. 77). „*I tyto studie potvrzují, že mentální bulimie a bulimické typy MA mají více společného s alkoholismem než restriktivní forma anorexie, která byla zjištěna u 2 až 10 % sledovaných alkoholiček*“ (Krch, 1999, s. 77).

Pokud se zaměříme na jiné psychoaktivní látky než alkohol, průměrně asi okolo 20 % bulimických patientek připouští jejich současné nebo minulé užívání. „*Procento bulimiček, které uvádí úzus drog nebo drogovou závislost v současnosti, nebo v minulosti nebo bylo pro drogovou závislost léčeno, se v různých studiích pohybuje od nuly do 55%*“ (Krch, 1999, s. 77). Drogové závislosti byly zaznamenány i u příbuzných pacientů PPP, a to v rozmezí od 5 – 75 %. Užívání marihuany, u sledovaného vzorku hospitalizovaných anorektiček (29) a bulimiček (42), bylo zjištěno u 15% anorektických a 45 % bulimických patientek. Zkušenost s opiáty a kokainem byla opět signifikantně vyšší u bulimiček, které častěji vyhledávaly amfetaminy, alkohol i cigarety. U bulimiček, které neměly možnost kouřit, byl zaznamenán rapidní vzrůst energetického příjmu. „*Některé populační studie naznačují, že až 80 % kuřáček odmítá přestat kouřit ve strachu ze vzrůstu tělesné hmotnosti*“ (Krch, 1999, s. 78).

Na základě studií Laceyho (1991) při kterých sledoval 250 bulimiček a 89 bulimiček se závislostí na alkoholu, bylo zjištěno, že bulimičky bez abúzu alkoholu měly daleko lepší průběh léčby, prognózu a méně chorobných příznaků ve srovnání s druhým typem patientek. Při nastolení terapie se odborníci shodují v tom, že přednostně musí být léčena alkoholová nebo drogová závislost (Krch, 1999, s. 78).

## 6 PRŮBĚH A SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je onemocnění, které začíná nejčastěji ve věku od třinácti do dvaceti let (Krch, 1999, s. 21). Není však výjimkou, že nemoc propukne například až po třicátém či čtyřicátém roce života nebo naopak ještě dříve než ve třinácti letech. Výskyt se anorexie je v soudobé společnosti, která je silně ovlivněna štíhlým ideálem krásy, značně rozšířen a podporován celou řadou různými nepříznivě působících faktorů.

Průběh mentální anorexie není ve srovnání s bulimií tak příznivý. *„Úmrtnost anorektických pacientů v různých studiích kolísala mezi nulou a 17 %. U bulimií však dosahovala nejvíce 2 %“* (Krch, 1999, s. 22). Úmrtnost všech pacientů je uváděna mezi 5 – 10 %, prognóza závisí ovšem na závažnosti onemocnění, dosažené hodnotě BMI, trvání nemoci před zahájením léčby a kvalitě následné péče (Papežová, 2010, s. 141). Podle současných údajů je remise, tedy nepřítomnost příznaků onemocnění, dosaženo u 44 % pacientů, 28 % pacientů dosáhne remise neúplné a nepříznivá prognóza onemocnění je uváděna u 24 % pacientů (Němečková, 2007).

Poukázat bychom také měli na mentální anorexiu akutní a chronickou, která má svá specifika. O chronické formě mentální anorexie hovoříme v případě, že pacient přijímá velice malé množství potravy a jeho tělo si dokáže i na tak nízký příjem energie zvyknout. Zabezpečí si tak hmotnost, která je sice pod hranicí normy, ale je pro něj přijatelná a zároveň na životě neohrožující. Chronická fáze se objevuje asi u třetiny pacientů trpících anorexií. Někteří nemocní dokáží v této fázi podávat lepší výkony ve srovnání se zdravým jedincem, ale to neznamená, že tato forma nevyvolává závažné zdravotní důsledky. Z chronické formy do akutní, a naopak, mohou pacienti přecházet velice snadno. Hlavním rozdílem mezi těmito dvěma formami je postoj k jídlu. U první jmenované si nemocný uvědomuje potřebu jídla a skutečnost, že jeho jednání není v pořádku. U akutní formy se s tímto uvědoměním nesetkáme. *„Jejich nutkání je stále něco dělat se svojí hmotností a neznají žádnou hranici, za kterou jsou ochotny jít“* (Mentální anorexie, 2013).

Mentální anorexie, stejně jako mentální bulimie, jsou poruchy, které se rozvíjí velice klidně a nenápadně a ve většině případů jsou nastartovány obdobím stupňujících se diet. Diety jsou v dnešním světě přijímány jako něco zcela běžného, a tak není divu, že se rodiče „začínajících“ anorektiček nepozastaví nad tím, že se jejich dcera snaží nějaké to kilo zhubnout. Jídelní chování nemocného se postupem času mění, člověk začíná být nepřizpůsobivý, nechce jíst to co jí ostatní a tyto postoje začínají zacházet do extrému. *„Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem“* (Krch, 1999, s. 21).

Příznaky mentální anorexie nemusí být u všech pacientů totožné a mohou se objevovat v různé intenzitě. Příznak na první pohled nejviditelnější je výrazně nízká váha. Váha extrémně nízké hodnoty (BMI pod 17,5), kterou nemocné dosahují je v mnoha případech ohrožující, a ovlivňuje každodenní činnosti, na které dívky kvůli nedostatku energie a elánu nemají sílu. Dalšími symptomy jsou změna jídelního chování a chutí, nadměrné cvičení, zaujetí vlastním tělem, izolace a mnoho dalších. Rozpoznat mentální anorexii není jednoduchý úkol, zejména v počátcích choroby, kdy mnozí pacienti schovávají tělesné změny a úbytek váhy pod volným oblečením. Uvedené indicie ale mohou lidem žijících v blízkosti nemocných včas napovědět.

Začátek nemoci je doprovázen příjemnými pocity a zvýšeným sebevědomím. Proč by dívka, která je oceňována okolím a chválena za to, že má tak krásné tělo, chtěla s hubnutím přestat? Tato „podpora“ od okolí ji ještě víc utvrzuje v tom, že by měla pokračovat. Nejdříve si tedy ubírá z běžných porcí, nejlépe po 6 hodině večerní, vynechává určité potraviny, které se jí zdají příliš kalorické, a pak nastane situace, kdy z jídelníčku vymizí jedno, dvě hlavní jídla. U anorektiček v pokročilém stádiu není neobvyklé, že sní denně např. pouze jogurt nebo jablko. Veškerá pozornost je vynakládána právě na výběr správných potravin: *„Před chvílí jsem byla v obchodě, strávila jsem tam hodinu a půl. Chtěla jsem si koupit nízkotučný jogurt, jenže nebyl tolik nízkotučný, abych neměla strach z tloustnutí. Proto jsem si šla pro jablko, vzala jsem si velké jablko, ale bylo opravdu moc velké, proto jsem jej vrátila a vzala si to nejmenší, ale i to nejmenší bylo pro mě moc velké. Z obchodu jsem odešla s pěti balíčky žvýkaček bez cukru“* (Psychologie dnes, s. 38).

Postupně je život nemocných narušován přibývajícími zdravotními obtížemi, hrozí selhání organismu i smrt. V takových situacích musí být již nastolena ambulantní péče a terapie. Dívky se často za onemocnění stydí a snaží se ho utajit. *„Většina pacientek v ordinaci praktického lékaře si zpočátku nestěžuje na hlavní symptomy poruch příjmu potravy (PPP)“* (Papežová, 2010, s. 148). Proto si lékaři zvláště u mladých žen musejí dát obzvlášť velký pozor na stížnosti dívek týkající se únavy, bolesti břicha, změny hmotnosti, ztrátu menstruace a dalších, které mohou poukázat na přítomnost PPP (Papežová, 2010, s. 148).

## 7 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je závažná psychická porucha, která nemá dopad pouze na psychický, fyzický nebo pracovní život nemocného, ale i na vztahy s okolím. Především je to rodina, která je nejvíce zatížena a zároveň velice důležitá při následné péči a léčbě. Nyní bychom se chtěli zabývat fyzickými a následně psychickými důsledky tohoto syndromu.

### 7.1 FYZICKÉ DŮSLEDKY MA

Poruchy příjmu potravy sebou přinášejí mnoho zdravotních komplikací, které výrazně zvyšují procento úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak bulimie. Nejčastěji jsou zmiňovány kardiovaskulární komplikace, osteoporóza, ztráta menstruace, kožní či metabolické problémy a mnoho dalších. Mnohé zdravotní komplikace jsou často přítomny u obou syndromů. *„Chování, které může tyto komplikace způsobit, se vyskytuje u obou těchto poruch a mnoho pacientek s jednou z těchto poruch v minulosti trpělo poruchou druhou“* (Krch, 1999, s. 95).

*„Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“ způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených“* (Krch, 2010, s. 43). Nesmíme zapomínat na věk, ve kterém poruchy často vznikají. Čím mladší anorektička, tím horší následky v budoucnu, které se samozřejmě projeví i na samotném vývoji. Nebezpečí podvýživy i dehydratace tedy výrazně vzrůstá s klesajícím věkem nemocné (Krch, 2010, s. 45).

Malý příjem potravy nepříznivě ovlivňuje náš metabolismus. Veškeré tělesné činnosti potřebné pro zachování života mají nedostatek energie. *„Energetický deficit provázený nedostatečným přísunem základních živin a nutričních faktorů vede k obrazu malnutrice“* (Krch, 1999, s. 81). Malnutrice není přítomna jen u kachektizujících chorob (např. zhoubné nádory), ale setkáváme se s ní i při dlouhodobém dodržování přísných redukčních diet. Energetický deficit nejdříve způsobí úbytek tukových zásob, následně ubývá i aktivní tělesná hmota, kterou je především svalstvo. Diety a hladovění, které zabraňují tomu, aby tělo dostávalo dostatek minerálů a dalších nezbytných nutričních faktorů, ohrožují jedince například vznikem poruch srdečního rytmu, o kterých se zmiňujeme dále v textu (Krch, 1999, s. 84).

*„Zdravotní problémy spojené s mentální anorexií se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní“* (Krch, 1999, s. 96). Rozhodující je ovšem to, jaké základní složky v potravě chybějí. U mentální anorexie se setkáváme se sníženým příjmem kalorií z cukrů

a tuků, příjem bílkovin i vitamínů může být dostačující, což ale neplatí u syndromů způsobených podvýživou, kde bílkoviny i vitamíny chybí.

Důsledky hladovění a nadměrného cvičení se projevují většinou velice pomalu. Při narušení bazálního metabolismu (energie zajišťující základní funkce organismu) přestávají být adekvátně vyživovány méně důležité orgány. Organismus si tak chrání vlastní bílkoviny a zachovává základní životní funkce. V této fázi je u pacienta ohrožena imunita, v kostech ubývá vápníku, což má za následek častější zlomeniny. Snížená hladina estrogenu v krvi narušuje funkci pohlavních orgánů. *„Bylo zjištěno, že u žen vážících jen o 10 % méně, než je jejich optimální tělesná hmotnost, už dochází ke změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost“* (Krch, 2010, s. 44).

Nedostatek vitamínů a minerálů způsobený velmi jednostrannou výživou anorektiček v sobě nese mnoho rizik. Ve stravě nemocných často chybí základní živiny a minerály, které nelze nahradit nadužíváním vitamínových přípravků. Tento deficit se projevuje celkovým oslabením obranyschopnosti organismu. Dochází k poškození jater, které nemohou vytvářet dostatečné množství tělesných bílkovin. Kostí jsou odvápněny, zejména pokud pacientka odmítá mléčné výrobky, které obsahují vitamin D.

Zdravotní komplikace, které jsou vyvolány buď určitými vzorci chování (zvracení, užívání projímadel) nebo ztrátou tělesné hmotnosti napadají všechny hlavní tělesné systémy. Tyto následky jsou viditelné a ohrožující u obou poruch. U mentální anorexie hraje hlavní roli především nízká váha, nedostatek živin, mentální bulimie sebou nese následky týkající se zvracení, které se u mentální anorexie nemusí vůbec objevit.

S kardiálními potížemi se můžeme v průběhu choroby setkat téměř u 90 % nemocných (Krch, 1999, s. 96). Sinusová bradykardie (frekvence nižší než 60 úderů za minutu) je prokázána až u 80 % pacientek. U stejného počtu nemocných nacházíme hypotenzi pod 90/60 mmHg, která je dle Krcha způsobena *„chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami a vede ke stavům závratě a náhlé ztráty vědomí“* (Krch, 1999, s. 96). Srdeční arytmie u mentální anorexie mohou vést až ke smrtelnému srdečnímu selhání.

K dalším zdravotním důsledkům patří zvýšená citlivost na chlad, suchá a popraskaná pleť, časté kožní problémy a vypadávání vlasů. U anorektiček se objevuje zvýšený cholesterol, celková únava a svalová slabost. Časté jsou také křeče v končetinách. U dívek v procesu dospívání se může pozastavit růst i celkový vývoj.

## **7.2 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MA**

Mentální anorexie se ve velké míře podílí i na psychickém, osobním a společenském životě nemocné. Jídlo a problémy spojené s jídlem zaujímají v životě postižené stále větší a větší místo a doslova řídí její každodenní činnosti. Anorektička si zvyká na malý přísun potravin, v některých případech i tekutin a spojuje ho s nadměrnou fyzickou aktivitou. Postupně se myšlenky na jídlo a nutkavé chování přeměňuje v křečovitou sebekontrolu, která je následně vystřídána apatií. Anorektičky ztrácí zájem o cokoli jiného než je jídlo. Problémy rostou a s nimi narůstá sebestřednost, egocentrismus a neustálé pocity sebelítosti, neuspokojení. V mnoha případech se u pacientek objevuje pocit nadřazenosti vůči ostatním (kteří jsou dle jejich mínění tlustí, a nedokážou zhubnout jako ony).

Nejistota, nespokojenost se sebou samou a nízké sebevědomí mohou výrazně přispět k rozvinutí deprese. Zejména pokud se anorektička přejí, nebo se dle jejích subjektivních pocitů cítí přejedená, je znechucená a zahanbená. Důsledkem těchto pocitů mohou být právě příznaky deprese, podrážděnosti, sociální izolace a další. Anorektické dívky se cítí zahanbeně, když nejsou stoprocentně úspěšné při kontrole své tělesné hmotnosti a příjmu potravy (Krch, 2010, s. 48). Nálada a psychický stav anorektiček je tedy závislý na jejich tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly.

Potřeba kontroly nezůstává pouze u jídla, ale přesouvá se i do jiných oblastí života nemocné. U anorektiček se mohou objevit nutkavé myšlenky o tom, že všechno musí být srovnané a na svém místě. Pacientky začnou nutkavě uklízet, srovnávat své věci, mýt nádobí, starat se nadměrně o domácí zvířata, což je často doprovázeno velkým vnitřním napětím. Narušena je i koncentrace pozornosti a celková intelektová výkonnost. Život nemocných je tak narušen, že nejsou často schopny řešit problémy, nad kterými by se před nemocí ani nepozastavily. Mají sklon vidět svět pouze v černobílých barvách a ztrácí smysl pro humor.

## **7.3 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MA**

Nemoc zasahuje do všech sfér života nemocného, zejména napadá rodinné vztahy. Při neustálém snižování energetického příjmu a excesivním cvičení si v určité fázi rodiče musí všimnout, že se s jejich dcerou děje něco nenormálního. Začíná kolotoč hádek a přemlouvání na straně rodičů a lží a výmluv na straně nemocné. Anorektičky na tlak rodičů, aby jedly, reagují většinou odporem nebo hysterií. Kocourková (1997) uvádí kazuistiku dívky, která měla problémy s rodiči a přiznávala, že nemohla s rodiči najít



společnou řeč, neustále se hádali o každý kousek jídla. Rodiče byli zoufalí a přemlouvali ji, aby začala normálně jíst, ona to ale nemohla ovládnout (Vágnerová, 2002, s. 478). Většina anorektiček se vymlouvá, že chce jíst pouze zdravě, bagatelizují své počínání a popírají, že jsou nemocné. Často sahají i k emočnímu vydírání. Vztahy s přáteli jsou také narušeny, dívky se většinou stáhnou do sebe a omezí styk s vrstevníky na minimum. Což je také ovlivněno tím, že dívky nemají na kamarády čas. Veškerá jejich denní pozornost je směřována k jídlu nebo svému tělu. Některé se neustále váží, přeměřují metrem, stojí před zrcadlem a pozorují svoji postavu. Zanedbávají jak své kamarády, tak i samy sebe, protože ztrácí čas a mnohdy i sílu na své záliby.

## 8 PRŮBĚH A SYMPTOMY MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie je onemocnění s plynulým rozvojem, u kterého je vznik nejčastěji uváděn mezi šestnácti a pětadvaceti lety. Ve srovnání s mentální anorexií se objevuje ve vyšším věku, a proto není výjimkou ji zaznamenat i u třicetileté ženy. Co se týče výskytu choroby, výsledky výzkumů jsou velice odlišné. Studie prováděné již v 90. letech na vysokých školách v USA přinesly výsledky o tom, že až 70 % respondentek zažilo záchvat přejídání. Ve Velké Británii se tento typ přejídání objevil u 20 % mladých žen. Cooper ve své publikaci uvádí, že detailní sledování s přísným vymezením pojmu „záchvatovitě přejídání“ zjistilo, že je „výskyt u dospělých mladých žen někde mezi 5 – 10 %, přičemž prevalence mentální bulimie v této populační skupině je mezi 1 až 2 %“ (Cooper, 1995, s. 75). Výsledky studií se většinou liší dle jednotlivých věkových skupin.

Oba jmenované syndromy mohou proběhnout jako jediná epizoda v životě jedince bez opakování nebo mohou narušovat život nemocného i po mnoho let. Ve srovnání s mentální anorexií se u bulimie, i přes trýznivé období hladovění a následných záchvatů přejídání, uvádí příznivější prognóza a většinou dojde k uzdravení pacienta. Úmrtnost bulimických pacientů je uváděna okolo 2 %, uzdravení u této poruchy nastává téměř u dvou třetin pacientů.

U 50 % případů se mentální anorexie vyvine právě v mentální bulimii. „*Samostatná mentální bulimie má příznivější prognózu, než když je kombinovaná s anorexií*“ (Vágnerová, 2002, s. 477). Obě poruchy mají mnoho společných symptomů a mohou přecházet jedna v druhou. Poměrně daleko více dívek s mentální anorexií propadne bulimii, než naopak, zejména kvůli nedostatečné vůli vydržet drastické hladovění.

Začátek poruchy stejně jako u mentální anorexie většinou začíná držením diet. Dívky se snaží jíst zdravě, pak postupně ubírají a snaží se vyžít s velice nízkým energetickým příjmem. Některé však nemají dostatečnou vůli a poruší dietní zásady. Objevují se návaly výčitek svědomí, pocity selhání a dívky mají strach, že všechno jejich dosavadní úsilí přišlo vniveč. Takové stavy vedou dívky k nejrůznějším kompenzačním prostředkům. Začínají znovu držet dietu, hladoví, zkoušejí zvracení nebo užívání léků a k tomu hodně cvičí. Nemocní se tak postupně dostávají do fáze, kdy se nedokáží kontrolovat a jejich chování vede k narušení života a nejrůznějším problémům. V tomto stádiu už dívky nedovedou normálně jíst, buď hladoví, nebo se přejí, což sebou nese i somatické problémy.

Z počátku jsou záchvaty přejídání spojené s porušením diet, myšlenkami na jídlo, z pocitu tělesné tloušťky. V průběhu nemoci dívky často propadají záchvatům, když

prožívají špatnou náladu, mají depresi nebo se cítí například osaměle. Tyto pocity zahánějí právě velkým množstvím jídla, které jim ale přináší krátkodobé uspokojení s následným pocitem zoufalosti a deprese. „*Objevuje se okamžitý pocit úlevy, když se člověk přestane bránit jídlu, ten je však brzy vystřídán pocitem zahanbení, viny a znechucení*“ (Cooper, 1995, s. 26).

Záchvaty mají nutkavý charakter, můžeme dokonce mluvit o vůli neovladatelné touze po jídle. Nemocní většinou nepocítují hlad, ale pouze nutkání k jídlu, které nemohou ovládnout. Nic jiného je v tu chvíli nezajímá. Proto se mohou objevit i případy krádeží potravin v obchodech. „*Někteří nemocní dokonce nosí jídlo s sebou, aby si vyhověli, kdyby je záchvat přepadl mimo domov*“ (Vágnerová, 2002, s. 475).

Nasycení přináší nemocným uvolnění tenze, ale pouze dočasné. Po záchvatech přejídání se objevuje stejně nutkavá tendence se co nejrychleji zbavit pozřených potravin. „*Strach ze ztloustnutí v důsledku nadměrného množství zkonsumovaného jídla vede k použití násilných a nefyziologických prostředků, např. vyvolání zvracení, užití projímadel a následnému hladovění*“ (Vágnerová, 2002, s. 475). Tyto kompenzační prostředky vyžadují mnohdy trénink, v případě zvracení a také vynaložení značného úsilí. Častost zvracení se různí, některé bulimičky zvracejí jen po záchvatu přejídání, jiné opakovaně během dne, někdy i po dobu jedné hodiny, což je silně vyčerpávající. U bulimiček, které nedokáží vyvolat zvracení je na místě užívání jiných prostředků. Pijí slanou vodu, v některých případech i jiné „toxické“ přípravky, které mají úkol jasný, vyvolat zvracení. V dalších případech, asi pětina bulimiček, volí diuretika nebo laxativa. Veškeré jmenované kompenzační prostředky sebou nesou celou řadu obtíží a zdravotních komplikací.

U bulimiček jsou pozorovatelné změny v jídelním chování a lidé v okolí mají šanci si všimnout i častých odchodů po jídle, ať už na záchod nebo do koupelny, kde dívky mohou trávit poměrně dost času nebo na procházku, za kamarádkou apod. Dalšími varovnými signály může být časté čištění zubů, odřená klouby záprstí nebo časté stížnosti na bolesti v krku, způsobené častým zvracením. Jídlo jedí většinou tajně. Typické je rychlé jídelní tempo doprovázené pitím velkého množství tekutin. V průběhu jídla hltají a polykají velká sousta. Jídla se zbavují také v ústraní. Dělají to proto, že se za své chování stydí. Důležité je poukázat i na změnu skladby stravy. Bulimičky při záchvatu jedí neobvyklé kombinace potravin a mnohdy sahají i ke konzumaci základních potravin jako je mouka, strouhanka a další.

Hmotnost bulimických pacientek značně kolísá, což je způsobeno neustálým opakováním hladovek a kompenzačního chování se záchvaty přejídání. U větší části

případů mentální bulimie tedy není varovným signálem drastický úbytek hmotnosti. Bulimičky nemusejí být vůbec hubené a mohou mít dokonce i nadváhu, ale obvykle mají tělesnou hmotnost v normě.

## 9 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE

Důsledky mentální bulimie se hodně podobají důsledkům mentální anorexie. Bulimie zasahuje do všech oblastí života nemocného, zejména má dopad na psychický, fyzický i sociální život jedince. Ovlivněna je i celková spokojenost a kvalita života.

### 9.1 FYZICKÉ DŮSLEDKY MB

Mentální bulimie nebývá spojena s velkým úbytkem váhy, i když to není vyloučeno, nebo nedostatečnou výživou. Naopak se pojí s častým přejídáním, po kterém přichází na řadu kompenzační chování ve formě zvracení, diet, laxativ a dalších prostředků. Je samozřejmé, že takový způsob stravování sebou nese nemálo zdravotních následků a komplikací.

Přejídání není ve většině případů samo o sobě nebezpečné. Je spíše nepříjemné – objevuje se plynatost, nadmutost, nevolnost, bolesti žaludku, pálení žáhy, zácpa nebo průjem. Záleží ovšem na tom, čím se osoba trpící bulimií přejí. Papežová (2010, s. 407) uvádí případ 22 leté bulimičky, která ukojila svoji touhu po jídle mraženou zeleninou. Její břicho bylo extrémně nadmuté a nebyla schopna zvracet. Rentgen odhalil masivní dilataci žaludku i střev, dívka musela podstoupit operační zákrok. Operace se zdařila, pacientka ale přesto následující den zemřela.

I když zvracení nemůže být považováno za zdaleka tak účinný kompenzační prostředek, jak se lidé často domnívají, patří k hojně užívaným. Zvracení s sebou přináší velké množství zdravotních komplikací – erozi zubní skloviny, otok slinných žláz, poškození krku, oslabení svěrače jícnu atd. Oslabení svěrače jícnu je zahanbující a nepříjemné. Dochází při něm k navracení potravy z žaludku zpět do úst. „*Velmi zřídka může násilné zvracení způsobit prasknutí jícnu (trubice spojující ústa a žaludek)*“ (Cooper, 1995, s. 47). Tato komplikace vyžaduje okamžitý zákrok lékaře.

Stomatologické problémy se objevují jak u mentální bulimie, tak i anorexie. Eroze zubní skloviny se objevuje asi po 6 měsících zvracení (důležitá je frekvence a kvalita ústní hygieny). Příčinou je styk zubů s žaludečními šťávami, které narušují zubní sklovinu. Zuby mohou následkem působení žaludečních kyselin měnit barvu, citlivost (při změnách teploty jídla) i celkový tvar (kratší, nerovné okraje). Bulimičky si často po zvracení čistí zuby, aby odstranily nepříjemný zápach z úst, což opětovně ničí jejich zuby, protože za přítomnosti žaludečních šťáv v ústech se zuby velice snadno obrušují. Poškození zubů a zubní skloviny je samozřejmě nezvratné a i proto se dívkám doporučuje nečistit si zuby

bezprostředně po zvracení, neužívat například ani ústní vodu a nepít kyselé nápoje. Nabádány jsou také k pravidelným návštěvám stomatologa.

*„Další známkou poruchy příjmu potravy může být zduření glandula parotis, které může být pro dívky zvláště nepříjemné, protože vede k úzkostně prožívanému rozšíření obličeje, suchu v ústech a zvýšené kazivosti zubů“* (Papežová, 2010, s. 262). Otok je sice nebolestivý a tuhý, ale tvář vypadá naducaně. Obličej je odulý a někdy nazýván „veverčím obličejem.“ (Papežová, 2010, s. 264). Pro mnoho bulimiček je to další impulz ke zvracení, protože se mohou domnívat, že opuchnutí je spojeno s váhovým přírůstkem (Cooper, 1995, s. 47).

Zvracení má vážný dopad na fyziologii těla, zejména u nemocných, které si opakovaně vyplachují žaludek. V praxi to vypadá asi tak, že zvracejí, pijí a pak opět zvracejí, dokud nemají pocit dokonale prázdného a vyčištěného žaludku. Toto chování způsobuje nerovnováhu tělesných tekutin a solí. *„Největší starost působí nízká hladina draslíku (hypokalémie), protože může způsobit vážné nepravidelnosti srdečního tepu“* (Cooper, 1995, s. 48). Tyto poruchy jsou reversibilní, takže abnormality vymizí s ukončením zvracení.

Ke kontrole hmotnosti jsou často ve velké míře užívány diuretika a laxativa, která jsou stejně nebezpečná jako zvracení. Projímadla mají velmi malý podíl na absorpci kalorií/kJ a diuretika téměř nezaznamenatelný. Laxativa se mohou stát předmětem závislosti, nemocná pak potřebuje neustále zvyšovat dávky. *„Přestat s užíváním laxativ však také může být obtížné, protože pro tělo zvyklé na projímadla to znamená šok, a reakcí bývá zácpa a zadržování vody“* (Cooper, 1995, s. 48). Nadužívání diuretik a laxativ také ovlivňuje hladinu tělesných tekutin a elektrolytu, některá laxativa mohou v určitých případech narušit střevní stěnu.

## **9.2 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MB**

Psychické důsledky mentální bulimie, stejně tak jako fyzické, se velice blíží důsledkům mentální anorexie. Psychická pohoda postižených i jejich společenský život jsou hluboce narušeny. U mentální bulimie se nejčastěji setkáváme s depresemi, úzkostnými stavy, vztekem, ale také závislostmi.

Bulimičky hodnotí svoji vlastní osobu i postavu a hmotnost. Pokud se jim nelíbí, považují ji za nepřijatelnou, odráží se to na jejich sebevědomí. Samy sebe hodnotí jako bezcenné. Především po ztrátě kontroly nad příjmem potravy jsou znechucené samy sebou a zahanbené. Tento neustále se opakující kruh nepřetržitého dodržování diet a přejídání se

prohlubuje negativní pocity vůči jejich osobě a nezřídka propadají depresím. Většina bulimiček se zájmem o léčbu trpí příznaky deprese. Cooper (1995) uvádí jako tři nejčastěji zastoupené příznaky pocit viny, špatnou koncentraci pozornosti a pocity vlastní bezcennosti. Symptomy deprese obvykle vymizí, jakmile si nemocní získají kontrolu nad příjmem potravy. Existují pacientky, které vykazují depresivní příznaky nezávisle na poruše příjmu potravy, proto je při léčbě důležité se zaměřit jak na poruchu příjmu potravy, tak i na depresi.

Pacientky po přejetí často mluví o nepříjemných pocitech úzkosti. Mezi symptomy úzkosti, které souvisejí stejně jako depresivní symptomy se základní poruchou jídla, patří obavy, bolesti z napětí (bolesti hlavy), nervové napětí (podrážděnost), aktivní vyhýbání se situacím, které vyvolávají úzkost a další (Cooper, 1995, s. 41). Podobně jako u příznaků deprese tyto symptomy po vyléčení PPP samovolně zmizí.

### **9.3 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MB**

Dívky nachází uspokojení pouze v jídle nebo v myšlenkách na ně. Jídlo postupně ovládá jejich život a zotročuje si je. Následek je takový, že u nemocných dochází k narušení sociálního i osobního života. Přejídání i následná kompenzace je prováděna v přísném utajení, mnoho pacientek uchovává svoje narušené jídelní postoje i po několik let. Důsledkem je izolovanost, ztráta přátel i blízkých osob. „*Mentální bulimie je proto poruchou velmi osamělých lidí*“ (Cooper, 1995, s. 43). Na druhou stranu u bulimiček, které jsou víceméně spokojeny se svým tělem, je potvrzeno udržování běžného společenského života. Stáhnutí se do ústraní nastane v případě přejídání nebo při pocitu, že opět ztloustly.

Mentální bulimie a rychle měnící se nálady nemocných zasahují i do rodinného a partnerského života. „*Partneři osob s touto poruchou jsou vystaveni rychlým změnám nálad podle toho, jak se bulimičkám právě daří nebo nedaří udržet kontrolu nad jídlem*“ (Cooper, 1995, s. 44). Trpět nemusejí pouze partneři, ale i děti pacientek s PPP.

Neméně důležitá je i finanční stránka poruchy. Financování jídelních návyků takto nemocných osob se může velice prodražit. Záchvatovité přejídání, u kterého vymizí všechno jídlo z lednice během pár okamžiků, může být velice nákladné.

## 10 LÉČBA A TERAPIE

Léčba poruch příjmu potravy je složitý, obtížný a dlouhodobý proces, který musí být mnohdy i vícekrát opakován. V posledních deseti letech se možnosti léčebných přístupů užívaných v terapii značně rozšířily. Dle Garnera a Needlemana (1997) se „*terapie PPP v poslední době kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby*“ (Krch, 1999, s. 127). Léčba není náročná pouze pro pacienta, ale stejně tak pro rodinu, přátele i terapeuta. Léčebný proces vyžaduje od všech zúčastněných nemalou dávku trpělivosti a pevné nervy.

Základem léčby je stanovení správné diagnózy pacienta včetně zhodnocení psychického, somatického stavu a přidružených poruch (Papežová, 2010, s. 138). „*Léčba PPP jako multifaktoriálně podmíněných duševních poruch musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem*“ (Papežová, 2010, s. 138). Mezi hlavní cíle léčby patří úprava váhy, změna jídelního chování a postojů jak k jídlu, váze, tak i ke vzhledu a sebehodnocení. Důležitým podporujícím prvkem je dobrovolná spolupráce nemocného a jeho motivace k léčbě.

Postup léčby se odvíjí od stanovené diagnózy, závažnosti somatického i duševního stavu i spolupráce rodiny. „*Komplexní, diferencovaná terapie vyžaduje angažovanou spolupráci odborníků (psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů i stomatologů a specialistů v nutričním poradenství)*“ (Papežová, 2010, s. 291). Prvními osobami, které většinou odhalí poruchu, jsou pediatři nebo lékaři primární péče. Jejich úkolem je řešit především tělesný stav nemocného, případně doporučit další kroky léčby (Papežová, 2010, s. 291). Následuje většinou konzultace s dalšími odborníky, předání do odborné psychiatrické i psychologické péče. Další postupy jsou vázány na průběh onemocnění a dostupnosti specializované péče.

Obzvláště u dětí a mladších adolescentů je důležité, aby léčebné prvky byly přizpůsobeny jejich rozumovým schopnostem. Léčba dětí a dospělých se liší, především kvůli psychické nezralosti dětí. Mladší děti jsou méně psychicky zralé, což ovlivňuje jejich náhled choroby a spolupráci při léčbě. Velká odpovědnost leží v takových případech zejména na rodině dítěte a jeho nejbližším okolí.

Důležitou součástí léčby je osobnost terapeuta a vztah, který dokáže s pacientem navázat. Terapeut musí být schopen jednat se svými pacienty na základě poznání jejich individuálních potřeb. Zásadní je zde také získání důvěry nemocného. Vybudování



takového vztahu je velmi náročné, vyžaduje dokonalou znalost onemocnění, změn chování a myšlení, které jsou mnohdy velmi těžko ovlivnitelné (Papežová, 2010, s. 148).

Nesmíme zapomenout na stanovení reálných, přiměřených cílů. Pro pacienta i terapeuta je nesmírně důležité stanovení dosažitelných cílů, které budou respektovat hranice možností obou zúčastněných. Mnohé pacientky žijí v domnění, že přijdou za specialistou a on je uzdraví bez toho, aniž by ony musely něco dělat. Pacientky se často léčí na přání druhých osob, mají ambivalentní postoje, které jsou podobné postojům lidí závislých. „*Proto primární úlohou terapeuta je poskytnout informace a vytvořit především podmínky, které motivaci pacienta ke změně a léčbě zlepšují (Miller a Rollnick, 1991), aby mohl spolupracovat na dalších cílech léčby*“ (Papežová, 2010, s. 288). Mnoho nemocných má také nereálné očekávání ohledně doby trvání choroby a předpokládají, že k uzdravení dojde za několik měsíců. Jak uvádí Papežová (2010), v tomto případě je lepší uvažovat v letech, ne v měsících. Zdůrazňuje také, že průběh onemocnění nejde často předpovědět dříve než po 5 letech.

Nejčastějšími metodami léčby jsou psychoterapie, farmakoterapie, rodinná terapie, režimová léčba a nutriční poradenství (Kocourková a Koutek, 2007). Hlavním cílem lékařské péče je odstranění stavu podvýživy, která může v některých případech ohrožovat nemocné na životě. V extrémních případech je nezbytná hospitalizace. Jako další důležitou složku léčby je nutno uvést psychoterapii a její individuální (např. kognitivně-behaviorální) či skupinové metody. V současné době se nabídka léčebných postupů rozšiřuje. „*Je nutné chápat, že změna jídelního chování souvisí u jedince se zvládnutím stresu, obtížných emocí, někdy nudy a nepřiměřených ambicí*“ (Papežová, 2010, s. 148). U anorektických dívek, které se nechtějí vzdát pocitů výjimečnosti navozených právě restrikcí jídla, je terapie velice obtížná. V těchto případech se radí užívat prvky motivační terapie a její „sokratovský styl“, který může dívky přesvědčit o přijmutí léčby, kterou dříve razantně odmítaly (Papežová, 2010, s. 148).

Výběr adekvátního léčebného postupu má zásadní charakter. Musí se brát na vědomí fáze onemocnění i výsledky předchozí léčby (Papežová, 2010, s. 290). Akutní realimentace je nezbytná u anorektiček s výraznou podvýživou. Tady jsou účinky psychoterapie značně problematické. Pacientka je v rámci psychoedukace poučena o charakteru nemoci, ale další psychoterapeutické zákroky jsou obvykle v akutním stádiu neúčinné (Papežová, 2010, s. 290). „*Výrazné hladovění často vede k problémům s koncentrací, rigiditou postojů a obsedantnímu myšlení na jídlo a jídelní chování, které schopnost spolupráce v psychoterapii mohou omezovat*“ (Papežová, 2010, s. 290). Proto se

samotná psychoterapie u dívek s výraznou malnutricí doporučuje až s postupným nárůstem váhy (Papežová, 2010, s. 291).

V první řadě je důležité rozhodnout, zda je nutné pacientku hospitalizovat nebo zda postačí ambulantní péče. Důvodem pro hospitalizaci je většinou stabilizace pacientky, která je z lékařského hlediska ve velkém nebezpečí. Pobyť v nemocnici je zaměřen na získání normální tělesné hmotnosti. Cílem je pozvednout váhu pacienta alespoň na 90 % cílové váhy. Přičemž doporučená rychlost váhového přírůstku je uváděna kolem 1 – 1,5 kg za týden (Krch, 1999, s. 130). „*O hospitalizaci lze ale uvažovat i v případě, že pacient jasně nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu*“ (Krch, 1999, s. 129). Pobyť v nemocnici není zaměřen pouze na zlepšení fyzického stavu, ale zabývá se i psychickými problémy pacientek, které obvykle souvisejí s nemocí. „*Pro většinu nemocných s PPP je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. (Kaplan a Olmsted, 1997)*“ (Krch, 1999, s. 130). Výhodou je jejich ekonomická stránka a i příprava pacienta na přechod do ambulantní péče. Hlavním rozdílem mezi částečnou a plnou hospitalizací je skutečnost, že nemocní u první jmenované odcházejí na noc domů. Hospitalizaci plné se dává přednost v případech nebezpečí sebepoškozování ze strany nemocného, výrazné vyhublosti a nutnosti pečlivého lékařského dozoru (Krch, 1999, s. 130).

Ambulantní péče je vhodná pouze v určitých případech. U pacientek s anorexia nervosa s váhou pod 30 % ideální hmotnosti je vhodnost této formy léčby uváděna pouze při dobré motivaci, spolupracující rodině a krátkém trvání symptomů. Váha a celkové výsledky léčby jsou monitorovány obvykle jednou týdně. U pacientek s nekomplikovanou mentální bulimií není často hospitalizace nutná, jsou léčeny ambulantně nebo v denních centrech. Hospitalizace je nařizována při současném nadužívání drog, alkoholu, sebevražedných tendencích nebo u pacientek s chaotickým jídelním režimem (Papežová, 2010, s. 298).

Úspěšnost a kvalita léčby PPP závisí především na osobnosti pacienta a jeho schopnostech pracovat v terapeutickém vztahu v kontextu individuální léčby (Papežová, 2010, s. 305). Prvním a velice důležitým prvkem je včasná intervence, většinou ze strany praktických lékařů, kteří doporučí následnou péči. Následuje spolupráce se svépomocnou skupinou. Doporučená terapie musí vycházet ze standardů léčby. Součástí práce odborníků je nepřetržité sledování zdravotního i psychického stavu, komplikací a případně doporučit interní léčbu. „*Kvalitní terapie by měla být v rukou školených psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů, kteří mají klinické zkušenosti i se závažnějšími formami onemocnění,*

dokáží adekvátně pacienty předat do jiné péče (ambulantní KBT, k hospitalizaci nebo denního stacionáře s komplexním programem), nebo léčbu kombinovat (psychoterapie a psychofarmaka) při neúspěchu jedné terapeutické nebo psychoterapeutické formy“ (Papežová, 2010, s. 306).

## 10.1 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

„Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie“ (Krch, 1999, s. 132). Individuální KBT je doporučována pacientkám, u kterých není vhodná rodinná terapie, vzhledem k jejich věku, a u kterých se objevují středně těžké až vážné příznaky choroby. KBT respektuje pacientovu osobní historii a dynamiku rozvoje symptomů, ale není založena na pátrání po příčinách nemoci, ale spíše na intervencích směřujících k odstranění faktorů způsobujících PPP a na odstranění nevhodných návyků (Papežová, 2010, s. 343).

Fairburnova klasická KBT patří mezi vysoce účinné formy terapie. „Výsledky efektivity KBT potvrdily, že tato léčba má příznivý vliv na všechny psychopatologické aspekty PPP a že to zlepšení je dlouhodobě udržitelné (Fairburn et al., 1993)“ (Papežová, 2010, s. 343). Směřuje k úplné nebo částečné remisi zejména u mentální bulimie (40 – 60%). „Ukázalo se, že KBT je účinná i při ustálení schémat jídelního chování u obézních jedinců, kteří trpí opakovanými záchvaty přejídání“ (Krch, 1999, s. 133). Výsledky terapie jsou slibné, ale dlouhodobé účinky doposud nejasné.

Počátky kognitivně behaviorálního přístupu nás zavedou až do roku 1959, kdy White formuloval behaviorální program modifikace jídelního chování (Papežová, 2010, s. 343). V roce 1973 H. Bruch poukázala na poruchy v uvědomování si interních pocitů a percepce vlastního těla, které se objevovaly u mentální anorexie. Na její výzkumy navázalo mnoho dalších autorů (Garner, Fairburn, Vitousek a další), kteří zjistili, že anorektické a bulimické příznaky jsou udržovány chorobnými postoji nemocného, a to zejména nadměrným zaujetím tělesným vzhledem a váhou.

KBT pro mentální bulimii a anorexii se v určitých oblastech překrývají. KBT u mentální anorexie je doporučována zejména pro klinické užití. U obou poruch se setkáváme s přesvědčením nemocného, že jeho postava, váha a štíhlost jsou nejdůležitějšími ukazateli o jeho vlastní hodnotě. Hlavním problémem je tedy strach z tloustnutí. Lehčí práce je v tomto případě s pacienty s mentální bulimií, kteří se dají ujistit o tom, že přiberou pravděpodobně jen málo. Naopak, cílem terapeutické strategie u

pacientů s MA je skutečný nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientovu touhu udržet si váhu velice nízko. V tomto případě může napomoci důvěrný a spolupracující vztah terapeuta a nemocného, který dovoluje podporovat pacienta v tom, aby se určitých symptomů snažil zbavit.

Některé postupy KBT hrají v léčbě poruch příjmu potravy významnou roli a proto stojí za zdůraznění. Pacienti trpící PPP, typičtí svými ambivalentními postoji, se mnohdy snaží vyhnout určitým krokům, pro ně nepříjemným. Proto je zásadní již od začátku terapii jasně strukturovat a časově vymezit. Terapeut by měl být aktivní, motivující, otevřený, kooperativní a v pacientovi vzbuzovat spoluúčast na řešení problému. V terapii má mimořádný význam sebemonitorování (jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace s podněty a situacemi vyvolávající úzkostné stavy atd. Terapeutická sezení mohou být doplňována informacemi z terapeutického manuálu, kde pacient najde rady, úkoly a zásady týkající se léčby. V českém jazyce je velice rozšířený manuál Coopera – *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*.

Součástí většiny terapeutických sezení bývá kognitivně behaviorální vyšetření. Pacient a terapeut se soustřeďují na nový problém, ať už jídelní režim nebo pohybové návyky a diskutují jídelní záznamy, které umožňují posoudit jídelní návyky i okolnosti, které zesilují problémy s jídlem. Pacienti nejsou vedeni pouze k zapisování času, množství snědených potravin, místa kde jí, ale i k popisu pocitů, které je ovládnou po přejedení nebo kompenzaci. Neodlučitelnou součástí KBT je samozřejmě psychoedukace, při které terapeut podrobně prochází s pacientkou témata vhodné stravy a tělesné hmotnosti a připomíná hrozící důsledky.

V pozdějších fázích léčby nastává tzv. kognitivní restrukturační, kde je pacientka vedena k uvědomění a pochopení chybných, neustále se opakujících postojů, které ji značně ztěžují zvládnout její problém. „*Pacientka si v této polemice připomíná nepřiměřenost svého postoje, seznamuje se s jiným pohledem na problém, relativizuje svoje závěry a vymezuje si novou míru v pohledu na svět i problémové chování*“ (Papežová, 2010, s. 347). V úplném závěru léčby je pacientka seznámena s nebezpečím a riziky, které se mohou v budoucnu objevit. Jak bulimičky, tak anorektičky musí být upozorněny na nebezpečí skrývající se v dietách. Důležité je, aby si pacientky uvědomily fakt, že i když udělají nějakou dietní chybu, nic se neděje. Prevence relapsu je v závěru léčby jedním z nejdůležitějších faktorů.

„*Kognitivně behaviorální terapie představuje pro pacienta srozumitelnou, s ohledem na rozvoj jeho problému a osobní specifika, diferencovanou metodu, která se*

zaměřuje na konkrétní, pozorovatelné a jasně definované problémy“ (Papežová, 2010, s. 349). Tato terapie využívá poznatků kognitivní psychologie a dobré znalosti problematiky PPP. Důležitou součástí je aktivní a otevřená spolupráce s ambivalentním pacientem. Hlavní cíl KBT může být definován jako odstranění faktorů podporujících poruchu a ukončení nevhodných návyků nemocného (Papežová, 2010, s. 349).

## 10.2 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE

„Téměř deset let převládal názor, že účinnost KBT u poruch příjmu potravy je spojena s kognitivními a behaviorálními metodami zaměřenými na oslabení nadměrného zájmu o tělesnou hmotnost a postavu, a v důsledku toho i omezení redukčních diet a jiných způsobů nadměrné kontroly tělesné hmotnosti“ (Krch, 1999, s. 134). Domnění bylo takové, že změna těchto postojů povede ke zmírnění držení redukčních diet a biologická tenze vyvolaná neustálými pokusy snížit tělesnou váhu se uvolní. V poslední době však řada studií s užitím právě interpersonální psychoterapie tyto mechanismy prověřuje (Krch, 1999, s. 134). „Fairburn et al. (1995) zjistili, že na konci léčby je IPT o něco méně účinná než KBT; pacientky, které se zúčastnily IPT, se však během další doby ještě postupně zlepšovaly“ (Krch, 1999, s. 134). Papežová (2010) uvádí, že po ročním sledování byly výsledky kognitivně behaviorální i interpersonální terapie stejné. KBT je ovšem ve většině případů stále upřednostňována před IPT, zejména kvůli rychlejšímu účinku na ústup příznaků choroby. To ovšem neznamená, že by se terapeuti s dobrým výcvikem v interpersonální terapii měli od jejího užívání vzdalovat.

Interpersonální terapie se nezaměřuje přímo na jídlo, původně byla vytvořena pro pomoc při léčbě deprese. Je doporučeno ji zařazovat do léčebných programů PPP především s přetrvávajícími příznaky. Léčebný postup má tři fáze. První fáze obsahuje identifikaci interpersonálních problémů, které způsobily problémy s jídlem. V druhé fázi nemocný sepisuje terapeutickou smlouvu, kde stvrzuje, že bude na těchto problémech pracovat. Závěrečná fáze je spojena s otázkami o ukončení terapie. Dle Papežové (2010, s. 293) IPT „řeší psychologické problémy (vztahové a osobnostní problémy, nízké sebevědomí a nízkou frustrační toleranci) především v rámci prevence relapsů“.

## 10.3 PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE

Dlouhodobé dynamicky orientované přístupy jsou doporučovány především v případech, kdy krátkodobá intervence selhala. Také jsou užívány u pacientů trpících PPP s komorbiditou, hraniční osobností nebo u posttraumatických stresových reakcí a sexuálního zneužívání (Papežová, 2010, s. 295). Psychodynamickou terapii je nutné pro

PPP modifikovat, neboť specifické symptomy anorexie i bulimie vyžadují specifický přístup. Tento druh terapie vyžaduje tedy u terapeutů vynikající znalost specifických rysů poruch příjmu potravy. Důraz je kladen na terapeutický vztah, zejména u vážných forem s častým přerušováním léčby (Papežová, 2010, s. 294). „*Skaderung (2009) vidí přednost dynamických koncepčních a empirických modelů především ve schopnosti porozumět komplexnosti závažných PPP, organizaci self a symbolizaci, která postihuje lépe „dysfunkční, špatné myšlenky““* (Papežová, 2010, s. 294).

V této oblasti PPP se také angažují feministické terapeutky, které při léčbě poruch příjmu potravy kladou důraz na řešení otázek pohlavního zneužívání, hledání ženské identity, diskriminace žen, sexuálního zneužívání a dalších. „*I když v současnosti chybějí kontrolované studie, dobře zpracovaný pojmový rámec předkládaný těmito dynamicko-feministickými přístupy opravňuje k použití této léčby v případech, kdy bylo během vyšetření nebo léčby potvrzeno, že u pacientky došlo ke zneužití“* (Krch, 1999, s. 135). V některých případech může být pacientkám s poruchami příjmu potravy, na základě predisponujících a udržujících faktorů, doporučena tato terapie na prvním místě.

#### **10.4 RODINNÁ A VÍCERODINNÁ TERAPIE**

Rodinná terapie je první volbou u mladších adolescentů a dětí trpících PPP a u pacientů, kteří žijí se svojí rodinou. Doporučována je i u některých starších pacientek jako doplnění individuální terapie, zejména pokud se v rodině objevují časté konflikty. „*I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi“* (Krch, 1999, s. 132). Cílem rodinné terapie je samozřejmě odstranění poruchy. Kladně se ale odráží i na vztazích v rodině, rodinných konfliktech i řešení problémů. Přispívá k tomu, aby rodina začala opět normálně fungovat.

Rodinní terapeuti zastávají názor, že tento druh onemocnění může být výsledkem dysfunkčnosti, konfliktů nebo interakčními vzorci v rodině. Může se stát, že porucha příjmu potravy odkloní členy rodiny od ohrožujících vývojových očekávání objevujících se zejména v pubertě. PPP mohou být také chápány jako maladaptivní řešení adolescentní snahy o dosažení autonomie, která může být vnímána jako ohrožující pro rodinou jednotu. „*Nebo na sebe může obrátit pozornost, a tak umožnit rodičům a dítěti, aby se vyhnuli hlavním zdrojům konfliktu“* (Krch, 1999, s. 132).

Rodina může částečně přispět k rozvoji PPP, a stejně tak může být velice důležitou součástí léčby. Rodiče nemocných si musí nejdříve uvědomit, že obviňováním se nic

nevyřeší. Dalším bodem je pochopení toho, že chování nemocných nelze změnit domluvou nebo jakoukoliv rozumnou argumentací. Postoje rodičů k nemocné jsou většinou ambivalentní, na jednu stranu ji chtějí pomoci se uzdravit, na druhou stranu jsou na ni rozzlobení a nemůžou pochopit, proč se chová tak jak se chová. Mnohdy nevědí jak se ke svému dítěti chovat a potřebují tedy v této oblasti odbornou pomoc.

V oblasti rodinného poradenství existuje mnoho terapeutických přístupů. Největší uplatnění má pravděpodobně systematická rodinná terapie. Můžeme jmenovat Gjuričovou a Kubičku a jejich systemicko-narativní přístup, Chválu a Trapkovou, kteří se zabývají rodinnou terapií u psychosomatických poruch, Riegra a Vyhnálkovou a další. Velice přínosnou metodou v péči o adolescentní pacientky je vícerodinná terapie. Jedná se o intenzivní psychoterapeutický program pro skupinu rodin pacientek trpících anorexií. Práce s rodinami podporuje hledání nových forem pomoci jedincům, kteří se starají o chronicky nemocné. „*V této oblasti jsou používány i nové technologie, posílání SMS, internetové poradenství, psychoterapie formou chatu.*“ (Papežová, 2010, s. 351).

Vícerodinná terapie se skládá většinou ze 4 fází a sleduje důležité cíle a principy. První důležitá fáze je vytvoření terapeutického vztahu a atmosféry. Rodiny musejí mít důvěru jak k terapeutovi a jeho metodám, tak i ostatním zúčastněným členům. V druhé fázi je pozornost obrácena k symptomům a negativním následkům onemocnění. „*Strukturované terapeutické techniky vycházejí z kognitivně-behaviorálních principů, důraz je kladen na pevné vedení rodin, režimová opatření a kognitivní obohacení psychoedukací*“ (Papežová, 2010, s. 353). Následuje fáze orientovaná na vztahy a rodinnou strukturu. Odkrývají se patologické komunikační vzorce, potlačování emocí, koalice a aliance jednotlivých členů rodiny a další. V případě většího počtu dětí v rodině se rodiče učí v této fázi věnovat všem dětem pozornost ve stejné míře. Poslední etapa je zaměřena na budoucnost a nové perspektivy. Stěžejní téma je prevence relapsu a reakce rodiny na případná nebezpečí (Papežová, 2010, s. 353).

Vícerodinná terapie umožňuje rodinám otevřeně mluvit o svém problému s lidmi, kteří prožívají podobně nepříjemnou situaci. Je zde příležitost učit se ze zkušenosti ostatních rodin. Terapie je cílena na odstranění sociální izolace, do které se často dostává jak pacient, tak i jeho rodina. Dává všem členům naději a poskytuje jim otevřenou pomoc. Vědomí, že jsou na světě lidé se stejnými nebo alespoň podobnými problémy, je utěšující. Základním principem tohoto přístupu je vytvořit rodinám nové perspektivy, zaměřit pozornost jiným směrem než pouze na PPP a obnovit nebo vytvořit zdravé interakční zázemí.

„První zprávu o skupinové rodinné terapii PPP podali Slagerman a Yager (1989), kteří popsali cyklus šesti rodinných skupinových sezení včleněných do komplexní terapie“ (Papežová, 2010, s. 352). Ve stejném roce aplikoval Asen program vícerodinné terapie na děti ohrožené psychickým nebo sexuální zneužíváním. Výsledky této práce potvrdily fakt, že krátké a intenzivní programy mají daleko vyšší účinnost ve srovnání s 18 měsíčními cykly (Papežová, 2010, s. 352). Poprvé byly modely vícerodinné terapie uvedeny v Drážďanech (1998) a v Londýně (1999). V Čechách je užíván londýnský model s určitou modifikací, supervidovaný Ivanem Eislerem (Papežová, 2010, s. 352).

## 10.5 FARMAKOTERAPIE

O započetí farmakoterapie je uvažováno zejména u pacientek trpících mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, které reagovaly neúspěšně na první pokus o kognitivně behaviorální terapii (Krch, 1999, s. 136). V posledních desetiletích byly zkoumány účinky farmakoterapie u mentální bulimie a výsledky poukazují na efektivitu některých antidepresiv. Přesto je u bulimických pacientek doporučováno, aby léčba za pomoci medikamentů nebyla hlavní formou terapie, a to zejména kvůli účinnosti psychologických intervencí, velkému množství „odpadlých“ pacientek, vedlejším účinkům podávaných léků. *„Při složitém rozhodování o účinnosti různých typů léčby mentální bulimie by antidepresiva měla být brána jako vhodný doplněk nebo možná alternativa pro pacientky, u kterých není účinná psychosociální terapie, a pro pacientky, u nichž afektivní symptomy zjevně brání pokroku v jiných formách léčby“* (Krch, 1999, s. 137). Výzkumy také připomínají vysoké procento relapsů objevujících se po ukončení podávání medikamentů (Krch, 1999, s. 136).

Pro léčbu bulimických pacientek je nejčastěji užíván fluoxetin hydrochlorid (Prozac) s doporučenou denní dávkou 60 mg. *„Fluoxetin by se pravděpodobně měl používat alespoň jako doplněk k psychoterapii v případech, které jsou v průběhu přiměřené psychologické léčby neúspěšné“* (Krch, 1999, s. 136). Při neúčinnosti fluoxetinu jsou dalšími nejčastěji podávanými medikamenty tricyklická antidepresiva. U pacientů v malých skupinách, kde ani jeden z vyjmenovaných léků nezlepšuje stavy nemocných, mohou být užívány inhibitory MAO. Při farmakoterapii musíme brát na vědomí možné vedlejší účinky léků, vysoká čísla pacientů, kteří léčbu nedokončí a také možnost předávkování se, které může skončit i smrtí.

Co se týče významu farmakoterapie u vyhublých anorektiček, dosud neexistují jasné závěry, zda medikamenty zařazovat do průběhu léčby nebo nikoliv. Bylo ovšem



poukázáno na fakt, že antidepresiva mohou snižovat nebezpečí hrozícího relapsu u mentální anorexie. Přesto není ale psychotropní medikace ve většině případů mentální anorexie doporučována jako nutná nebo nějak užitečná.

Farmakoterapie poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů není dosud potvrzena dostatkem kvalitních výzkumů. Z dosavadních informací ovšem vyplývá možnost využití farmakoterapie při léčbě komorbidních poruch nálad a OCD příznaků a také v případech úzkosti nebo impulzivity (Papežová, 2010, s. 140).

## 10.6 SVĚPOMOC A PSYCHOEDUKACE

Existují samozřejmě pacientky, u kterých se objevují relativně mírné příznaky poruchy, které mohou dosáhnout uzdravení svépomocí nebo edukativní intervencí. Účinnost svépomoci i edukace u syndromu mentální bulimie zkoumalo nemálo empirických studií. Druh léčby zaměřený na osvětu má značný vliv na chování nemocných, ale ve srovnání s kognitivně behaviorální terapií nejsou její výsledky tak přesvědčivé (Krch, 1999, s. 131). Poučení o nemoci, následcích hladovění a diet nebo možnostech léčby je samozřejmostí na každém stupni léčby. Cílem psychoedukace je především informovanost rodiny a nemocného. V dnešní době u nás již existuje několik klubů a poraden pro rodiče a rodinné příslušníky. „„Strašení“ extrémními případy nebo jejich medializace jsou velmi často neúčinné a neterapeutické, někdy neetické“ (Papežová, 2010, s. 292).

Efektivitu svépomocného programu zjišťoval jako první Huon (1985). „Vzorek žen se záchvatovitým přejídáním byl složen ze čtenářek článku v ženském časopise. 32 % z těch, které se řídily svépomocnou příručkou, bylo po šesti měsících bez symptomů ve srovnání s pouhými 7 % v kontrolní skupině“ (Krch, 1999, s. 131). Cooper (1995) se svými spolupracovníky poukázal na fakt, že pro některé pacientky je vhodná svépomoc pod vedením odborníka. Zejména u lehčích případů mentální bulimie je volena na prvním místě svépomoc, u které jsou zaznamenány velké pokroky. Svépomoc řízená ať už kognitivně behaviorálními příručkami nebo řízenou skupinovou svépomocí přináší značnou efektivitu a ekonomickou nenáročnost. Nesmíme ovšem zapomínat na skutečnost, že svépomoc je postačující pouze u jedinců s méně závažnými příznaky PPP.

„V diferencovaném systému péče o nemocné s PPP je významná i funkce otevřených, podpůrných svépomocných skupin, ve kterých najde nemocný podporu a povzbuzení k další léčbě“ (Krch, 1999, s. 206). Tato forma je vhodná i pro chronické pacienty, kteří nestojí o systematickou terapii a rozhodli se se svým problémem nadále žít.

## 11 PREVENCE

V souvislosti s rostoucí incidencí, prevalencí a nárůstem mediálního vlivu neustále vzrůstá potřeba kvalitní a účinné primární prevence. „*Primární prevence má za úkol snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy (PPP), z posledních výzkumů u nás vyplývá, že prevalence anorexie u nás na rozdíl od ostatních evropských států roste*“ (Papežová, 2010, s. 311). Nestačí ovšem varovat před mentální anorexií a bulimií, ale také před nevhodným jídelním chováním a život ohrožujícími strategiemi kontroly tělesné hmotnosti.

Ohroženy jsou zejména dívky, které prožívají nespokojenost se svojí postavou. Při spojení této nespokojenosti s tlakem současné společnosti dívky začínají držet nejrůznější diety. Nespokojenost s vlastním tělem se může u dívek objevovat už v 6 letech. Nejsou schopny dosáhnout virtuálního ideálu, který jim společnost předkládá. Neuvědomují si ovšem skutečnost, že tohoto ideálu není možno u většiny populace docílit normálním, zdravým způsobem života.

Primární prevenci by měla zajišťovat hlavně rodina. Je to rodina, která by dítě měla vést ke správným a zdravým stravovacím návykům, budovat jeho systém hodnot, podporovat ho v kvalitních zájmech, chválit bez výhrad, komunikovat otevřeně, chránit dítě před nežádoucími vlivy médií apod. Neméně důležitou složkou výchovy je budování přiměřeného sebevědomí dětí. Škola jako druhá nejdůležitější instituce pro výchovu by měla na rodinu navazovat a děti podporovat v rozvíjení jiných hodnot, než jsou hodnoty krásy nebo úspěchu. Společnost jako taková by se měla zaměřit na obecně uznávané společenské hodnoty, které se neustále posouvají nežádoucím směrem. Tradiční hodnoty jsou vytlačovány, společnost touží především po rychlé slávě, úspěchu a penězích.

Jedním z nejdůležitějších cílů v primární prevenci je informovanost lidí o nemoci, jejím průběhu, nežádoucích vlivech atd. Existují nejrůznější akce a programy zaměřené na boj s anorexií. Známa je například kampaň, kterou měl na svědomí italský fotograf Oliviero Toscan. Přímo v Miláně, centru módy, vystavil provokativní billboardy s fotkami Isabelle Carové, která bohužel tři roky poté své nemoci podlehla. Tato kampaň poukázala na to, že právě módní průmysl přispívá k posedlosti po dokonalém, krásném těle. Kampaň „*Ne anorexii*“ podpořena italským ministerstvem zdravotnictví se některým zdála příliš krutá, další zase poukazovali na možný negativní dopad na dívky trpící anorexií. Publicita může některé dívky vést k ještě většímu zintenzivnění omezování příjmu potravy.

Z hlediska odborníků je zapotřebí velmi komplexní prevence. Existuje mnoho projektů, které byly neúčinné nebo účinné pouze krátkodobě. „*Kvalitní preventivní program s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů je v této oblasti*

vzácný“ (Papežová, 2010, s. 312). Prevence v oblasti PPP je značně ztížena přístupem většiny populace. U drog a alkoholu jsou lidé ochotní připustit jejich škodlivost na lidský organismus, zejména pak dětský, u PPP však nikoliv. *„Dominující orientace na zevnějšek spojený s úspěšností a zdravým životním stylem a s obavami z obezity dává různým dietám zdánlivě zdravý racionální rámec“* (Papežová, 2010, s. 312). Tyto faktory mohou být považovány za rizikové, které vedou k patologii v jídelním chování.

Prostor pro preventivní opatření může být nalezen například v reklamách. Posedlost zdravým životním stylem je využívána v mnoha zřejmých i skrytých reklamách, a to především pro děti (Papežová, 2010, s. 312). *„Je nutné si uvědomit, že televizní reklamy tvoří až 11 % vysílání a mládež od 10 do 18 let sleduje televizi až 120 minut denně“* (Papežová, 2010, s. 312). K nevhodným typům reklam můžeme zařadit ty, které spojují emoční problémy a jídlo (sníte tyčinku a bude vám dobře, i přes vaše potíže).

Důležitým médiem pro intervenci je v dnešní době samozřejmě internet, který je využíván 90 % studentů od 12 do 20 let. Internet slouží studentům také k ověřování svých hodnot, názorů a postojů. Mohou se tam setkávat s propagací blogů nebo stránek, kde se lidé navzájem podporují např. v anorexii, dávají si nejrůznější rady jak dosáhnout ještě lepší postavy atd. *„Nedávno se objevily na internetu videoklipy majitele modelingové agentury, doporučující mladým dívkám strkat si po každém jídle lžičku do krku a zvracet“* (Papežová, 2010, s. 313). Propagace anorektického životního stylu je diskutována po celém světě. Jako úspěšné, i když jen v alarmujících případech, se jeví rušení webových stránek. Odborníci se snaží tyto rizikové stránky doplňovat o odborné informace o nebezpečí propagovaného jednání (Papežová, 2010, s. 313).

*„Prevence nezahrnuje pouze boj proti riziku zvyšujících se nároků, reklam a mediálních komerčních kampaní, ale také v předávání pozitivních hodnot mladé generaci, které ovlivní pozitivnější sebehodnocení a orientaci na životní hodnoty, které nejsou založené na zevnějšku a rychle získaném bohatství“* (Papežová, 2010, s. 313). Děti musejí být vedeny k samostatnému rozhodování, srovnávání, hodnocení, vybírání atd. Dospělí jim musí pomáhat vytvořit hodnotový systém, který je neohrožující. Dle Debry Franko (2003) patří do preventivních programů například zlepšení znalostí, sebevědomí, chápání změn v pubertě, podněcování různorodosti, upravení jídelních návyků, práce s médii, „coping“ strategie a další (Papežová, 2010, s. 314).

## **12 KAZUISTIKA**

Z důvodu lepšího pochopení a vzhledu do složitě povahy poruch příjmu potravy jsme práci doplnili o dva kazuistické příběhy. Rozhovor byl proveden se dvěma nejmenovanými dívkami, z nichž jedna trpěla mentální anorexií a druhá bulimií. Kazuistiku jsme rozdělili na tři hlavní části, ve kterých pojednáváme o rodinné situaci dívek, průběhu nemoci a stavu současném.

### **12.1 KAZUISTIKA 1**

#### **Rodinná situace a zázemí**

Dívka se narodila v březnu roku 1985 jako druhá dcera. Průběh těhotenství, porod i vývoj byl bezproblémový. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní. Otec vystudoval vysokou školu lesnickou a nyní pracuje ve státní správě. Matka, také vysokoškolsky vzdělaná nyní působí jako ředitelka jeslí. Vztah rodičů a celkově vztahy v rodině byly popsány slovy „celkem harmonické“ a „normální“. Dívka byla bezproblémové dítě, výsledky ve škole měla vynikající. Základní školu vystudovala se samými jedničkami, a na gymnáziu se jí také velice dařilo. Byla pilná a svědomitá. Se sestrou měly a nadále mají skvělý vztah, veškeré koníčky provozovaly v dětství spolu, ať už judo, volejbal nebo housle.

Dívka od dětství velice ráda sportovala, a na střední škole si začala více všímat svojí postavy a nebyla spokojená s určitými partiemi. Srovnávala se se svými vrstevnicemi a svojí starší sestrou. Nejvíce byla nespokojená se svým břichem. Do svých 16 let neměla s dietami žádné zkušenosti.

#### **Průběh nemoci**

Počátek nemoci se u dívky objevil v jejích 16 letech. Jak sama přiznala, začátek byl velice pomalý, plíživý a ani ve snu by jí nenapadlo, kam až to všechno může dojít. V 16 letech se začala zabývat svojí postavou a váhou. Začala méně jíst, nejdříve ubírala svačiny ve škole, postupně zmenšovala porce, které jedla. Byla trošku oplácanější, takže ani její rodině se nezdálo nic divného na tom, že chce shodit pár přebytečných kil. I před začátkem nemoci se stravovala zdravě, se sestrou si často připravovaly nejrůznější saláty. Nejdříve nejedla polévky, později přestala na školní obědy chodit úplně, přiznala se ale k tomu, že občas šla do jídelny, podívala se na jídelníček, ale nikdy nic nejedla. Některá jídla jen očichala a šla pryč. Začala i více sportovat a dařilo se jí zhubnout. Byla překvapená, že to jde a dokonce tak lehce. Líbilo se jí to. Byla ráda, že obleče věci, do kterých se dosud nemohla vejít. Měla pocit, že v tom musí pokračovat, že když přestane,

veškeré její úsilí přijde nazmar. A tak začal onen začarovaný kruh.

Po určité době si začali rodiče a především sestra, která s dívkou trávila nejvíce času, všimnout jejích tělesných proporcí a změn chování. Pravda o vyhozených svačinách a nesnědených obědech vyšla najevo a dívka začala být kontrolována a přemlouvána rodiči i ostatními příbuznými ať se sebou něco udělá. V téhle době měla už dívka zkraslený náhled svého těla a potřeba hubnout byla ze všech nejsilnější. Místo aby jí slova o její vyhublosti ze strany rodičů přesvědčili o tom, že by měla začít víc jíst, tak si to užívala. Dívka také uvedla, že věděla, že je hubená a i dost hubená, ale líbila se jí moc nad jídlem. Cítila, že něčeho dosáhla a něco může ovládat a navíc neměla pocit hladu. Jídlo šlo kolem ní, hlad se jí netýkal. Ve vztahu k jídlu užila dívka slovo závislost a přirovnávala ji k činnosti sportovců, kteří se neustále pokoušejí zlepšit svůj výkon, „*věděla jsem, že v tom musím pokračovat a neustále tu hranici snižovat.*“ Měla pocit, že z toho kruhu nemůže vystoupit.

U dívky byla diagnostikována mentální anorexie restriktivního typu. Nikdy neužívala zvracení jako kompenzační prostředek. Uvádí však, že zkusila užívat projímadla. Ne ovšem jako prostředek na hubnutí, ale kvůli skutečné potřebě. Kvůli nezdravým jídelním návykům trpěla často zácpou.

Nemoc zásadně ovlivnila rodinou atmosféru. Doma se neustále hádali, samozřejmě se všechno točilo jen kolem jídla. Rodiče se dívku snažili donutit do jídla. Matka jí vyhrožovala, že jí nekoupí nic jiného na sebe, než to co má ve skříni, aby měla motivaci trochu přibrat. Oba rodiče to snášeli špatně, matka se dívce déle přiznala, že vůbec nechtěla chodit domů z práce. Dívka začala lhát a podvádět, jídlo dávala sežrat psům nebo je vyhazovala. Uvědomovala si a mrzelo ji, že lže svým blízkým do očí, ale nemoc byla v tu chvíli přednější.

Vliv nemoci nebyl patrný pouze v rodině, ale i mezi vrstevníky. Dívka měla, před tím než onemocněla anorexií, spousty kamarádů a kamarádek. S postupným hubnutím a stahováním se do svého světa o všechny přišla. Přiznává, ale že to nebyla pouze její vina. Kamarádi a blízcí se od ní odvraceli, namísto pomoci se dočkala úplného odsouzení kvůli svému vzhledu.

Ve spojitosti se vznikem nezdravých stravovacích návyků a následné anorexie, dívka zmínila dvě věci. Při zmínce o společných zájmech se sestrou dívka přiznala, že její sestra byla vždy ve všem o krok napřed. Možná i tahle skutečnost mohla být prý jedním z faktorů, který přispěl k touze po dokonalosti. Další situace z mládí, která jí utkvěla v paměti, měla opět souvislost s její sestrou. Sestra dostala k narozeninám od babičky krátké tričko, které dovolovalo vystavovat na obdiv její ploché břicho. Dívce to bylo

hrozně líto, když si uvědomila, že ona takové tričko nebude moci v životě nosit, kvůli jejímu vystouplému břichu. Brečela asi dvě hodiny a byla z toho ještě dlouho nešťastná. Maminka ji často říkala věty typu „Ty jsi moje kulička“, což se dívce také vrylo do paměti.

Nemoc se objevila v prvním ročníku gymnázia, když dívce bylo 16 let. 18 narozeniny strávila zavřená v psychiatrické léčebně v Praze, kde strávila asi 2 měsíce. Před tímto pobytem zkoušeli s rodiči navštěvovat psychology i psychiatry, ale ambulantní pomoc nepomohla. Před 18 narozeninami už byla situace nesnesitelná, dívka si pamatuje na to, jak byla vyčerpaná, unavená, z veškerého lhaní a hádek a došla k závěru, že už nemůže dál. Tohle byl zlom, kde si uvědomila, že jí nikdo jiný nepomůže a že to musí zkusit sama. Nebylo to vůbec lehké, jídlo v ústech ji připadalo nechutné a často měla pocit na zvracení. Před nástupem do léčebny sama zvládla přibrat 5 kilo. To ji samozřejmě nepomohlo před již zařízeným pobytem, na který nebylo zrovna jednoduché se dostat. Při nástupu dívka vážila 44 kg při výšce 172 cm. Pobyt probíhal v klidu, ostatní dívky na tom byly mnohem hůře, ona už byla rozhodnutá, že to zvládne. Během pobytu nabrala 10 kg.

Po dvouměsíčním pobytu ale ještě neměla vyhráno. Věděla, že je to běh na dlouhou trať. Neustále musela kontrolovat své myšlenky. Hmotnost už měla na „neohrožující“ hodnotě, ale ještě půl roku po návratu z léčebny byla hodně hubená. Po čase kdy například víc jedla, se ručička váhy přehoupla výše než by si přála. Stále se jí zjevovaly myšlenky o potřebě zhubnout a myslela na to, že by si měla ubírat z porcí. Neřídila se na základě tělesných pocitů hladu nebo sytosti, ale stále vizuálně srovnávala svoje jídlo s jídlem ostatních. Bála se, že by mohla jíst větší porci než druzí. Bylo to jako kdyby za ní někdo stál a našeptával, co má dělat. Musela to ovládnout.

Když už se dívka dostala do fáze, kdy jedla více než před tím, objevovaly se u ní chutě na sladké, především večer nebo v noci. Poté co všichni doma usnuli, chodila do kuchyně a přejídala se čokoládou, sušenkami apod. I přesto, že jí bylo špatně, nikdy nezvracela. Ráno trpěla strašnými výčitkami svědomí a nutkáním zahájit dietu.

### **Současná situace**

V současné době má dívka nemoc pod kontrolou, váhu si udržuje okolo 58 kg. S jídlem nemá žádný problém, když něco chce sníst tak to jednoduše sní a nemá žádné výčitky svědomí. Na druhou stranu ale přiznává, že se přeci jen trochu hlídá. Vází se a sportuje, ale proto, že ji to baví. Nikdy nemůže mít stoprocentní jistotu, že je nemoc pryč, ale v současné době si myslí, že se do takového stavu už nemůže dostat.

Dívka vystudovala medicínu v Praze a nyní pracuje jako lékařka v nemocnici v jihočeském městě. Samozřejmě se setkává s dívkami, které trpí poruchami příjmu potravy. Říká, že tomu sama nerozumí, ale že je nenávidí a nemá pro ně pochopení. Místo toho aby s nimi soucítila, když si prožila to samé jako ony, nemůže je vystát.

## **12.2 KAZUISTIKA 2**

### **Rodinná situace a zázemí**

Rodiče dívky se rozvedli, když jí byly 4 roky. Do té doby nebyla rodinná atmosféra ideální, rodiče se často hádali. Myslela si, že když nebudou žít spolu, situace selepší. Matka dívky ovšem začala žít s otcovým bývalým nejlepším kamarádem, což situaci rozhodně nevylepšílo. Do 11 let dívka žila s matkou, otce viděla o víkendech, někdy i ve všední dny, protože bydlel ve stejné vesnici. V 11 letech se o dívku její otec soudil, ale ona stejně zůstala u matky. Rozhodla se na základě toho, že jí matka jednou řekla, že jestli půjde bydlet s otcem, tak už jí nechce v životě vidět. Otec jí řekl, že jí bude mít rád ať se děje co se děje. A tak zůstala u matky.

### **Průběh nemoci**

Dívka začala své vyprávění pořekadlem, že na hubené holky se vždycky dobře šije. Matka pracuje totiž jako dámská krejčová. Vzpomínala na dětské přání mít laclové kalhoty. Matka jí řekla, že je dostane, až zhubne a to když jí bylo právě 11 let. Dívka je nikdy nedostala. Byla ve svých 11 letech v lázních, její pobyt byl zaměřen na zhubnutí. Přiznává, že právě tam se naučila jíst menší porce, jíst častěji a další dietní základy, které jí pomohly v propuknutí nemoci. Počátek nemoci se objevil asi ve 13 letech, kdy se navzájem se svojí kamarádkou podporovaly v hubnutí. Kamarádka držela dietu na základě knihy a dávala svojí kamarádce cenné rady. A tak to všechno začalo, dívka začala tím, že jedla častěji, a neustále ubírala porce. Když si chtěla dát k snídani namazaný rohlík, tak si dala raději jen polovinu, později jen čtvrtinu. Když ho namazaný neměla, dovolila si sníst celý. To se samozřejmě po nějaké době odrazilo na jejím vzhledu.

Rodiče to nenechali dojít daleko, když dívce bylo 15 let, začali dojíždět do Plzně na sezení s psychiatry a psychology, kde se učila zásady správného a zdravého stravování. V této době při svých 170 cm dívka vážila 50 kg. Tak to trvalo asi půl roku, poté byla dívka umístěna na psychiatrické oddělení v Plzni. Než se tam ovšem dostala, stihla údajně nabrat 15 kg. Její držení diet se před Vánoci na Mikuláše zvrtilo v přejídání. Dívka vzpomíná na to, jak si všechny sladkosti, které dostala, schovávala. Na Mikulášský večer dostala chuť na čokoládu, snědla celou tabulku a pak seděla a brečela asi 2 hodiny v kuse.

Před pobytem ji další „podporující“ kamarádka naučila zvracet. Dívka začala zvracet pravidelně a tím byl její pobyt na psychiatrii v Plzni potvrzen. Na víkendy jezdila domů, což bylo ovlivněno nasbíranými body, za snahu a za dobré výsledky ve škole apod. Dívky byly po jídle 20 minut drženy na sesterně, aby nemohly jídlo vyzvracet. Chyba ovšem byla ta, že na pokoji byly záchody. Jídlo nebylo hlídáno, bylo běžně přístupné. Návštěvy mohly nosit, co uznaly za vhodné. Dívky si tedy většinou jídlo schovávaly, pak se přejídaly a zvracely. Dle výpovědi, právě tady dívka udělala svůj rekord ve zvracení – 13x za den. Během pobytu se dívka naučila sebepoškozovat. Začala se řezat ostrou částí vyndanou z ořezávatka. Sebepoškozování brala jako trest za to, že se neovládla, přejedla se a zvracela. Byla propuštěna po 73 dnech. Dívka přiznala, že ji tento pobyt nepomohl, problémy měla stále.

V září dívce přišel dopis, že ji přijali na psychiatrii do Prahy. O tomto pobytu mluvila docela jinak, než o předchozím. Byl tam pevně nastavený režim, pacientky nemohly používat telefon, veškeré ostré předměty byly zabaveny (i ořezávatko), záchod byl jeden na patře, po jídle vždy hodinu zamčený. Pobyt fungoval na hodnotícím systému, za úspěšný týden byly povolené bonusy – jeden hovor, vycházka, poté propuštění na víkend. Pacientky docházely na terapie, kde se věnovaly kreslení, tvoření, psaly si deníky, což dívka hodnotila velice pozitivně. Zůstala tam měsíc a půl a odcházela s vědomím, že musí jíst pravidelně, nebo jí znovu začnou přepadat záchvaty přejídání.

Asi půl roku po návratu z Prahy se dívka pokusila o sebevraždu. Dvakrát spolykala prášky. Hrozilo jí opakované zavření do léčebny, nakonec se toho ovšem vyvarovala na základě psychiatrických sezení. Byla prohlášena za zdravou, protože jak sama řekla, věděla, co chtějí odborníci slyšet. Po zhoršení jejích problémů začala chodit k jedné psychiatři v Plzni, která ji naprosto vyhovovala a dokázala s ní navázat důvěrný vztah. Pravidelné konzultace skončily přibližně ve 20 letech.

### **Současná situace**

Dívka je vdaná a s manželem mají 5 letou holčičku. S rodiči se stýká poměrně často, ale raději navštěvuje otce. Dívka má nemoc pod kontrolou a v současné době nebere žádné léky. Je si vědoma toho, že pokud nebude jíst pravidelně, znovu se nemoc ozve. Tvrdí, že manžela má jako pojistku. Když je doma, nemůže zvracet, protože pro to nemá pochopení. Přiznává ovšem, že když není manžel doma, jednou nebo dvakrát do měsíce si jde nakoupit s vědomím, že to sní a vyzvrací. Říká ale, že zvrací, jen když chce ona, ne



když si žádá nemoc. Zvládá sníst celou čokoládu bez zvracení a výčitek, ale přiznává, že úplně zdravá ještě není.

### **13 CÍL PRŮZKUMU, CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU, VÝZKUMNÉHO VZORKU A POUŽITÝCH METOD**

V praktické části této diplomové práce budeme zjišťovat, jak závažná je situace z hlediska výskytu charakteristických znaků poruch příjmu potravy u adolescentních studentů. Budeme se snažit zachytit rozdíly mezi studenty prvních a druhých ročníků. Uvědomujeme si, že pro vyvozování obecně platných závěrů, je náš výzkumný vzorek příliš malý, ale hlavním cílem této práce je především poukázat na znaky či předpoklady, které by mohly vést k rozvoji PPP u adolescentních jedinců.

Na základě prostudované literatury a teoretických prací zabývajících se poruchami příjmu potravy jsme stanovili následující cíle praktické části. Pomocí dotazníkové metody se pokusíme ověřit fakt, že se u studentů na počátku adolescence vyskytují předpoklady, které by v pozdějším věku mohly vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Zároveň se pokusíme potvrdit, že se na počátku adolescence vyskytují spíše příznaky mentální anorexie, zatímco mentální bulimie nastupuje v pozdějším věku.

Pro naši výzkumnou část jsme oslovili studenty prvních a druhých ročníků střední odborné školy v Plzni. Na přání paní ředitelky a zástupce ředitele nebudeme zveřejňovat jméno a ani další údaje týkající se školy. Celkem jsme pro výzkum získali přesně 100 studentů, kteří dohromady tvořili pět tříd: 1. A., 1. B., 2. A., 2. B., 3. C. V jednotlivých třídách byl takový počet studentů: 1. A. – 23, 1. B. - 24, 2. A. - 18, 2. B. - 16, 3. C. – 19. Bohužel školu nenavštěvují téměř žádní chlapci, výzkumný vzorek se tedy skládal ze samých dívek. Všichni studenti byli ujištěni, že výzkum je zcela anonymní a jediné údaje, které uváděli, byly třída a věk. Studentky prvních ročníků byly patnáctileté a v druhých ročnících byly dívky o rok starší.

K získání potřebných údajů jsme využili dotazník EAT-26 (Eating Attitude Test). Jedná se pravděpodobně o jednu z nejvyužívanějších technik, která zjišťuje charakteristické znaky PPP. Autory dotazníku EAT-26 jsou Garner a Garfinkel. Dotazované dívky byly poučeny o tom, že v dotazníku neexistují žádné špatné ani správné odpovědi, které by mohly například hledat v papírech svých spolužaček. Před rozdělením dotazníku bylo dívkám zdůrazněno, že je zcela nutné aby odpovídaly dle skutečnosti a zaškrtnly pokud možno všechny odpovědi. Studentkám byl poskytnut dostatek času a bylo také zajištěno klidné prostředí na nerušené vyplnění dotazníků.

Dotazník má formu sebesposuzovací škály. Dotazovaný jedinec u jednotlivých výroků posuzuje, zda se ho týkají vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, či nikdy. EAT-26 má celkem 26 výroků, které jsou dělené do třech subškál, kterými jsou: subškála

dietního chování, bulimie a nadměrné zabývání se jídlem a kontroly nad jídlem. Subškálu dietního chování zjišťují otázky 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 26. Do subškály bulimie a nadměrného zabývání se jídlem patří otázky 3, 4, 9, 18, 21, 25 a do poslední zbývajících subškály kontroly spadají otázky 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20. Pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulku č. 2. Otázky jsme zpracovávali statisticky. Jednotlivé odpovědi jsme rozpracovali a zaznamenali do tabulek, z nichž se dá vyčíst mnoho údajů. Každá tabulka rozebírá vždy jednu určitou otázku a je dále popsána a doplněna grafem. Zvlášť jsme pak zpracovali údaje týkající se prvního a druhého ročníku. Poté jsme zjišťovali, kolik procent studentů celkem zvolilo tři nejextrémnější odpovědi u jednotlivých otázek. Tento údaj byl vyhodnocován dle tabulky č. 1.

Tabulka č. 1. Hodnocení situace

<b>Situace</b>	<b>Počet v %</b>
Velmi vážná	100-90
Závažná	89-65
Pravděpodobně závažná	64-36
Může být závažná	35-11
Nezávažná	10-0

Tabulka č. 2. Zařazení otázek k jednotlivým subškálám

<b>Subškála</b>	<b>Otázky</b>
Dietní chování	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 26
Bulimia, nadměrné zabývání se jídlem	3, 4, 9, 18, 21, 25
Kontrola	2, 5, 8, 13, 15, 19, 20

## 14 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU

### 14.1 SUBŠKÁLA DIETNÍHO CHOVÁNÍ

Subškála zjišťující dietní chování je tvořena otázkami 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 26. Otázky jsou v následujícím vyhodnocení řazeny za sebou. Jednotlivé odpovědi jsme zaznamenali do tabulek a následně popsali a doplnili grafem. Tato subškála zjišťuje charakteristické znaky mentální anorexie, jakými jsou strach z nadváhy nebo tloustnutí, zaměření se na diety, touha po nezdravě štíhlém těle apod. Z důvodu větší přehlednosti jsme umístili každou otázku samostatně na jeden list.

#### 14.1.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Tabulka č. 3. Vyhodnocení: 1. Mám hrůzu z nadváhy

1.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b> (23)	6	6	3	3	4	1
<b>1.B.</b> (24)	4	2	5	2	3	8
<b>2.A.</b> (18)	4	2	4	1	6	1
<b>2.B.</b> (16)	3	3	2	5	1	2
<b>2.C.</b> (19)	4	2	0	2	4	7
<b>Celkem (%)</b>	21	15	14	13	18	19

Tabulka č. 4. Celkové hodnocení otázky

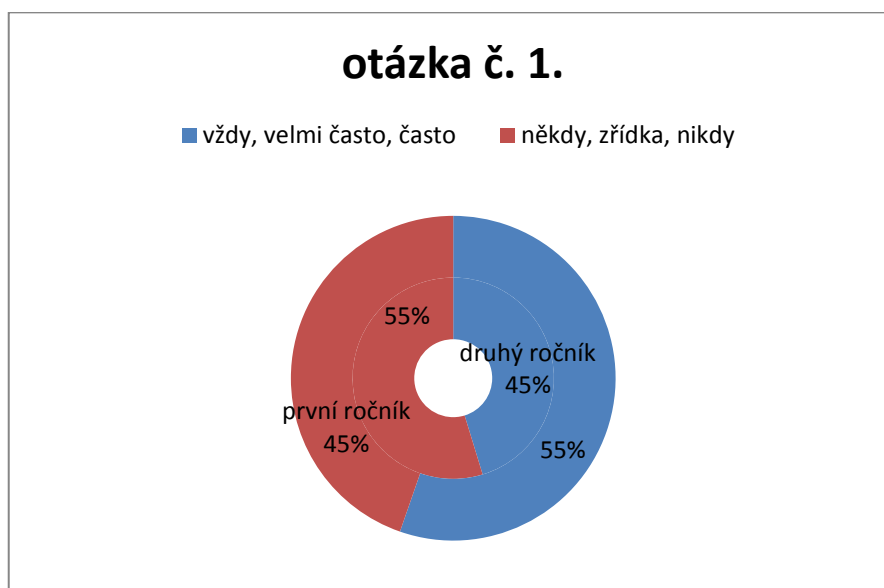
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	26 (%)	21 (%)
<b>Druhý ročník (53)</b>	24 (%)	29 (%)

Tabulka č. 5. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 1.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	55,32%	44,68%
<b>Druhý ročník (53)</b>	45,28%	54,72%

Ze skupiny všech dotazovaných studentů vybralo odpověď vždy, velmi často, často rovných 50%. Rovných 50% studentů má tedy hrůzu z nadváhy. Dle tabulky č. 1. můžeme hodnotit situaci jako pravděpodobně závažnou. Celkově mezi prvním a druhým ročníkem nebyly u této otázky zjištěny výrazné rozdíly. Pokud srovnáme samostatné ročníky (viz. tab. č. 5.) vidíme, že situace je v obou případech pravděpodobně závažná. Jako závažná se jeví situace ve třídě 1. A., kde 15 (65,22%) dívek z 23 odpovědělo, že má hrůzu z nadváhy vždy, velmi často nebo často.

Graf č. 1.



Tabulka č. 6. Vyhodnocení: 6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím

6.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	5	2	2	4	5	5
<b>1.B.</b>	1	2	4	5	6	6
<b>2.A.</b>	2	1	2	6	2	5
<b>2.B.</b>	1	2	4	4	1	4
<b>2.C.</b>	2	1	4	5	2	5
<b>Celkem (%)</b>	11	8	16	24	16	25

Tabulka č. 7. Celkové hodnocení otázky

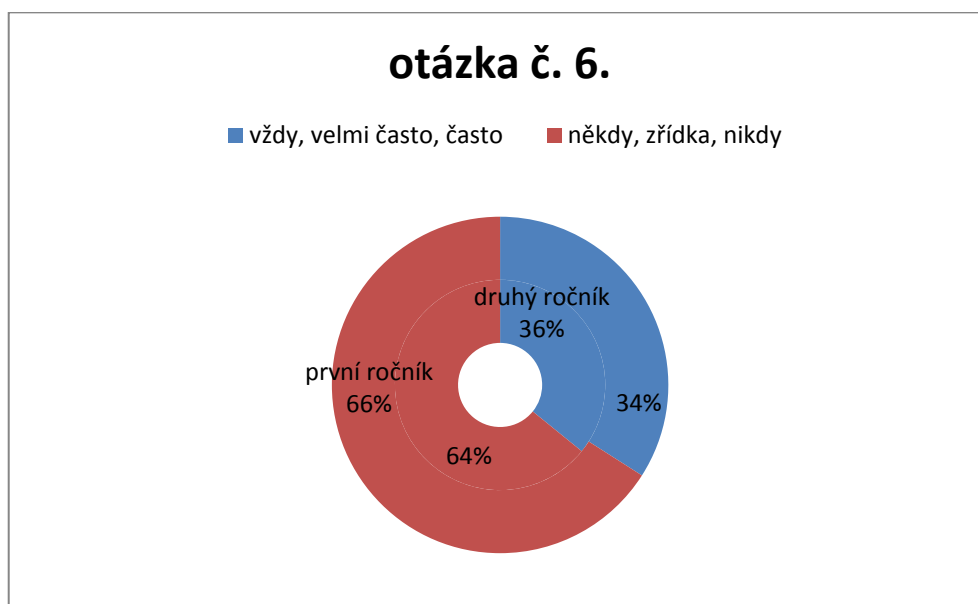
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	16 (%)	31 (%)
<b>Druhý ročník (53)</b>	19 (%)	34 (%)

Tabulka č. 8. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 2.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	34,04%	65,96%
<b>Druhý ročník (53)</b>	35,85%	64,15%

35% studentů prvních a druhých ročníků zvolilo odpověď vždy, velmi často, často. Zbýlých 65% studentů si spíše neuvědomuje kalorickou hodnotu jídel, které jí. Dle tabulky č. 1. může být celkově situace závažná. Při srovnání jednotlivých ročníků (viz. tab. č. 8.) jsou výsledky totožné. Stejně jako u první otázky nebyly zjištěny výrazné rozdíly v odpovědích prvních a druhých ročníků.

Graf č. 2.



Tabulka č. 9. Vyhodnocení: 7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů

7.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	2	0	3	2	5	11
<b>1.B.</b>	0	2	0	4	1	17
<b>2.A.</b>	0	0	0	1	3	14
<b>2.B.</b>	0	0	1	3	4	8
<b>2.C.</b>	0	1	1	0	4	13
<b>Celkem (%)</b>	2	3	5	10	17	63

Tabulka č. 10. Celkové hodnocení otázky

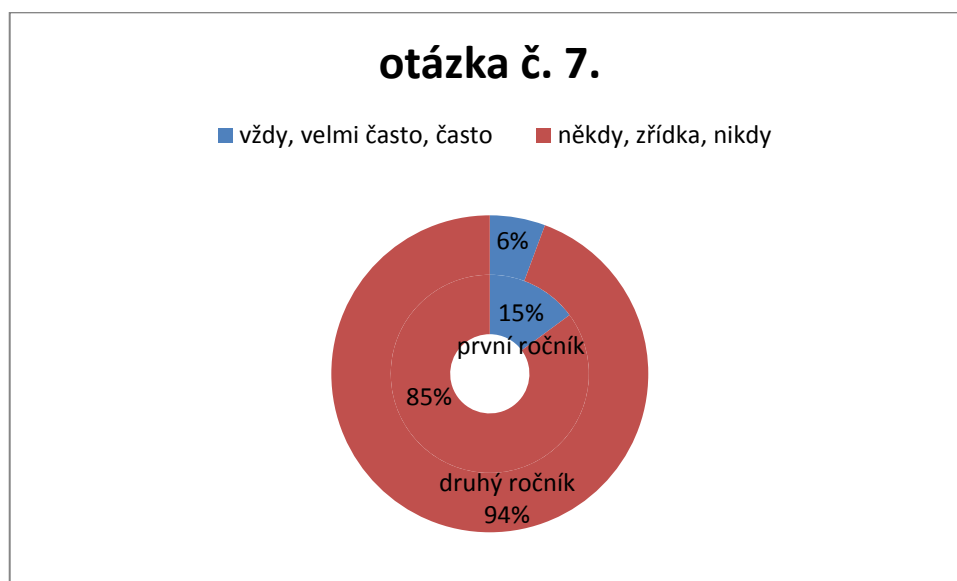
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	7 %	40 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	3 %	50 %

Tabulka č. 11. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 3.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	14,89%	85,11%
<b>Druhý ročník (53)</b>	5,66%	94,34%

Pouhých 10% studentů obou ročníků vybralo odpověď vždy, velmi často, často. Zbylé odpovědi (90%) byly spíše negativní. Dle tabulky č. 1. můžeme tedy hodnotit situaci jako nezávažnou. Srovnáme-li však ročníky odděleně, první ročník spadá do hodnocení „situace může být závažná“. Výrazné rozdíly nebyly zaznamenány, první i druhý ročník se s odpověďmi víceméně shodoval.

Graf č. 3.



Tabulka č. 12. Vyhodnocení: 10. Po jídle se cítím velmi provinile

10.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	5	1	1	3	5	8
<b>1.B.</b>	1	1	2	3	2	15
<b>2.A.</b>	0	0	3	2	4	9
<b>2.B.</b>	0	1	1	2	4	8
<b>2.C.</b>	0	0	0	3	3	13
<b>Celkem (%)</b>	6	3	7	13	18	53

Tabulka č. 13. Celkové hodnocení otázky

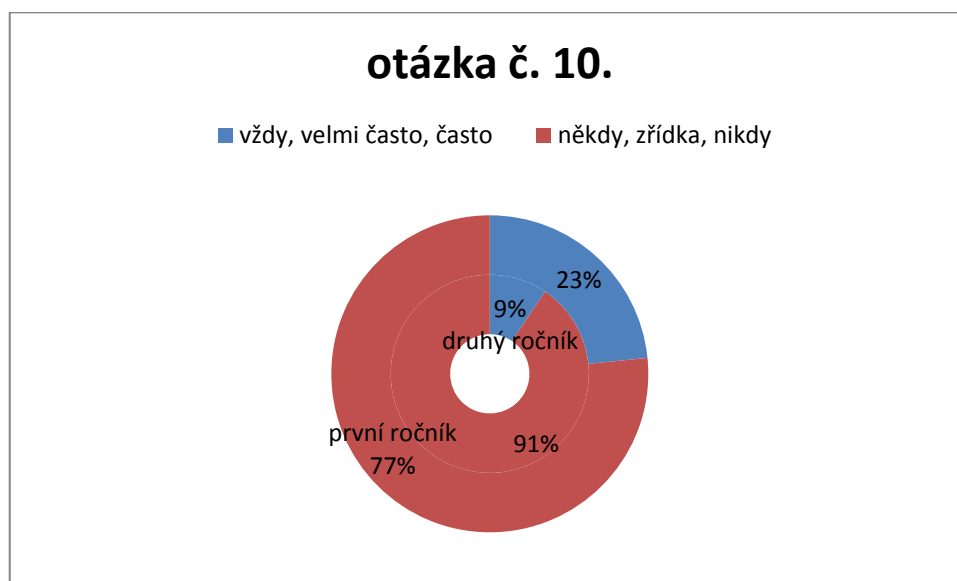
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	11 %	36 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	5 %	48 %

Tabulka č. 14. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 4.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	23,40%	76,60%
<b>Druhý ročník (53)</b>	9,43%	90,57%

Ze sta studentů zvolilo 84% odpověď někdy, zřídka nebo nikdy. Po jídle se tedy cítí provinile pouhých 16% studentů prvního a druhého ročníku. Dle tabulky č. 1. situace může být tedy závažná, i když hodnoty jsou spíše na spodní hranici této škály. Při srovnání prvního a druhého ročníku (viz. tab. č. 14.) získáme hodnoty, které odpovídají situaci nezávažné u druhého ročníku a situaci, která může být závažná u prvního ročníku.

Graf č. 4.



Tabulka č. 15. Vyhodnocení: 11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší

11.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	6	3	4	5	4	1
<b>1.B.</b>	4	3	4	2	5	6
<b>2.A.</b>	2	4	1	5	2	4
<b>2.B.</b>	4	3	1	3	3	2
<b>2.C.</b>	2	2	1	2	5	7
<b>Celkem (%)</b>	18	15	11	17	19	20

Tabulka č. 16. Celkové hodnocení otázky

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	24 %	23 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	20 %	33 %

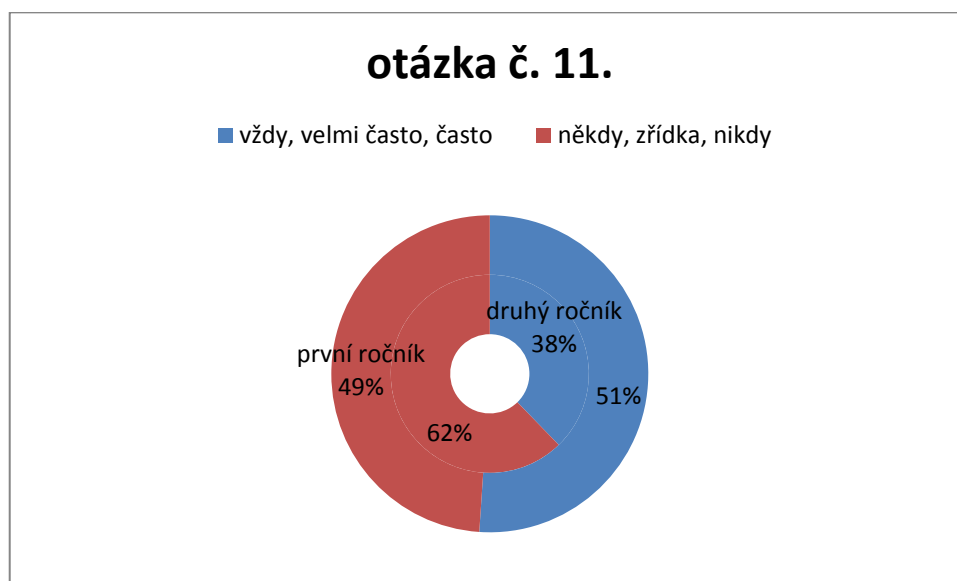
Tabulka č. 17. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 5.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	51,06%	48,94%
<b>Druhý ročník (53)</b>	37,74%	62,26%

Dle tabulky č. 1. hodnotíme situaci jako pravděpodobně závažnou. 44% dívek zvolilo odpověď vždy, velmi často nebo často. Zbývajících 56% tedy spíše nemyslí na to, že chtějí být štíhlejší. Při porovnání prvního a druhého ročníku na základě grafu č. 5. vidíme, že situace v obou ročnících je pravděpodobně závažná, ale druhý ročník se pohybuje v nižších hodnotách.



Graf č. 5.



Tabulka č. 18. Vyhodnocení: 12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie

12.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	8	1	4	1	5	4
<b>1.B.</b>	4	1	6	3	6	4
<b>2.A.</b>	3	2	4	3	3	3
<b>2.B.</b>	2	4	3	5	1	1
<b>2.C.</b>	2	4	1	2	4	6
<b>Celkem (%)</b>	19	12	18	14	19	18

Tabulka č. 19. Celkové hodnocení otázky

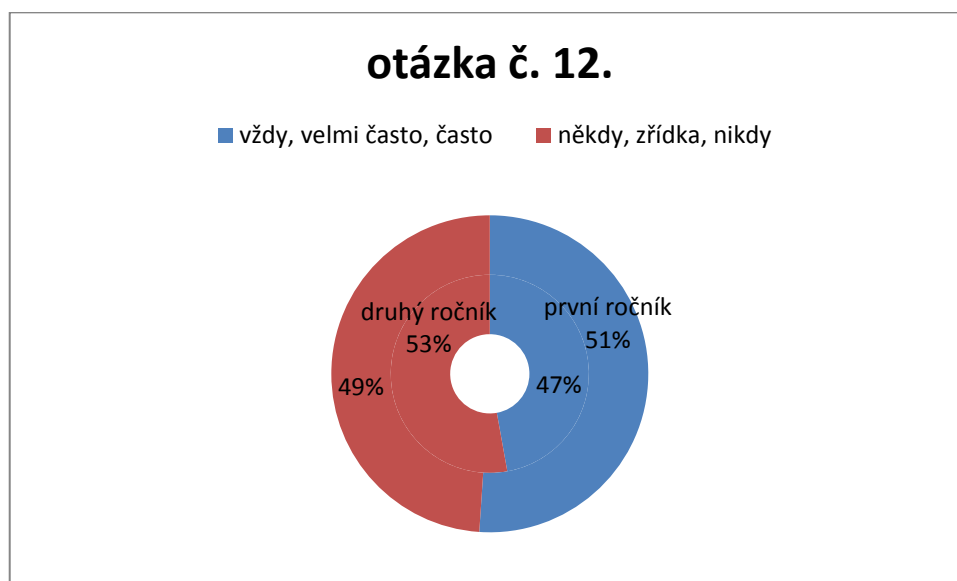
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	24 %	23 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	25 %	28 %

Tabulka č. 20. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 6.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	51,06%	48,94%
<b>Druhý ročník (53)</b>	47,17%	52,83%

Z dotazovaného souboru studentů zvolilo 49% odpověď vždy, velmi často nebo často. Počet odpovědí se téměř shoduje s odpověďmi opačnými. 51% studentů při cvičení nemyslí, na to, že spalují kalorie. Dle tabulky č. 1. je situace hodnocena jako pravděpodobně závažná jak u obou ročníků celkově tak jednotlivě. Z tab. č. 20. můžeme vyčíst nepatrné rozdíly.

Graf č. 6.



Tabulka č. 21. Vyhodnocení: 14. Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku

14.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	6	1	4	7	4	1
<b>1.B.</b>	3	3	3	3	5	7
<b>2.A.</b>	0	2	7	2	4	3
<b>2.B.</b>	4	1	2	2	5	2
<b>2.C.</b>	3	1	1	3	1	10
<b>Celkem (%)</b>	16	8	17	17	19	23

Tabulka č. 22. Celkové hodnocení otázky

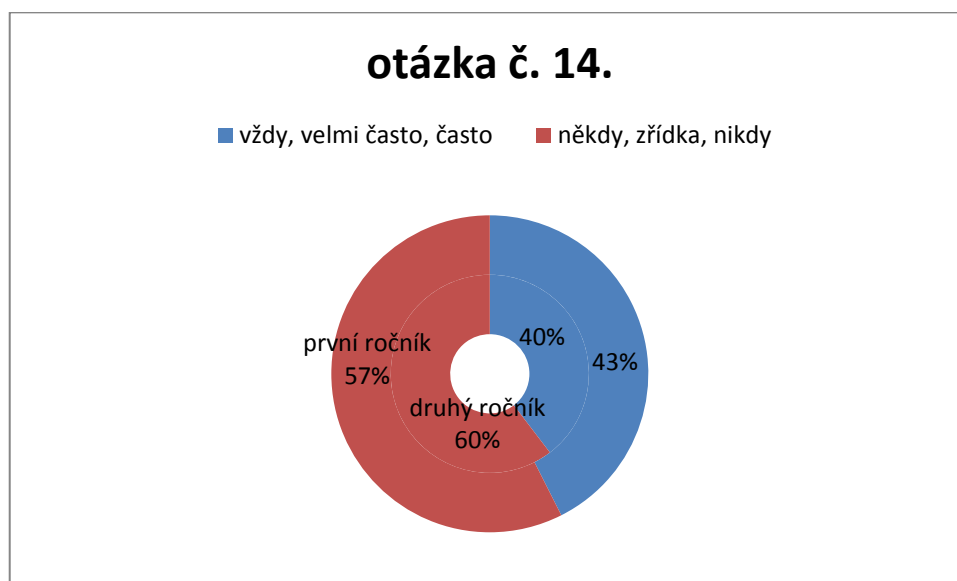
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	20 %	27 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	21 %	32 %

Tabulka č. 23. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 7.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	42,55%	57,45%
<b>Druhý ročník (53)</b>	39,62%	60,38%

41% dotazovaných dívek vždy, velmi často nebo často myslí na to, že mají na těle mnoho tuku. Procentuálně převažují odpovědi někdy, zřídka nebo nikdy, ale přesto může být situace hodnocena jako pravděpodobně závažná. Pokud srovnáme oba ročníky, můžeme hodnotit dle tab. č. 1. v obou případech situaci jako pravděpodobně závažnou. Nejextrémnější odpověď „vždy“ se nejčastěji objevila u dívek ze tříd 1. A. (26%) a 2. B (25%).

Graf č. 7.



Tabulka č. 24. Vyhodnocení: 16. Vyhýbám se jídlům obsahujících cukr

16.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	0	1	1	7	6	8
<b>1.B.</b>	1	2	1	3	7	10
<b>2.A.</b>	0	2	1	5	3	7
<b>2.B.</b>	0	0	0	4	5	7
<b>2.C.</b>	0	4	1	2	1	11
<b>Celkem (%)</b>	1	9	4	21	22	43

Tabulka č. 25. Celkové hodnocení otázky

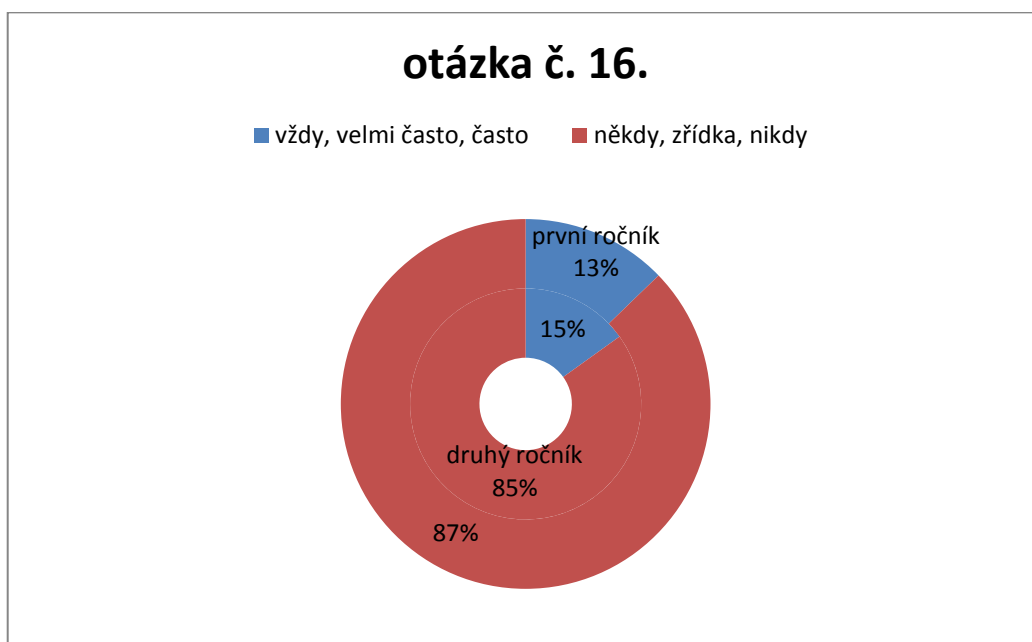
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	6 %	41 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	8 %	45 %

Tabulka č. 26. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 8.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	12,77%	87,23%
<b>Druhý ročník (53)</b>	15,09%	84,91%

Ze všech dotazovaných studentů se vyhýbá vždy, velmi často a často jídlům obsahujících cukr pouhých 14%. Situace může být závažná. Jak vidíme v grafu č. 8. výsledky u prvních a druhých ročníků jsou téměř shodné. Ze všech tříd zvolilo odpověď nikdy přesně 43 (%) studentů.

Graf č. 8.



Tabulka č. 27. Vyhodnocení: 17. Jím dietní jídla

17.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	2	0	1	8	10	2
<b>1.B.</b>	2	0	4	3	7	8
<b>2.A.</b>	0	1	2	3	5	7
<b>2.B.</b>	0	0	0	7	6	3
<b>2.C.</b>	1	0	1	5	5	7
<b>Celkem (%)</b>	5	1	8	26	33	27

Tabulka č. 28. Celkové hodnocení otázky

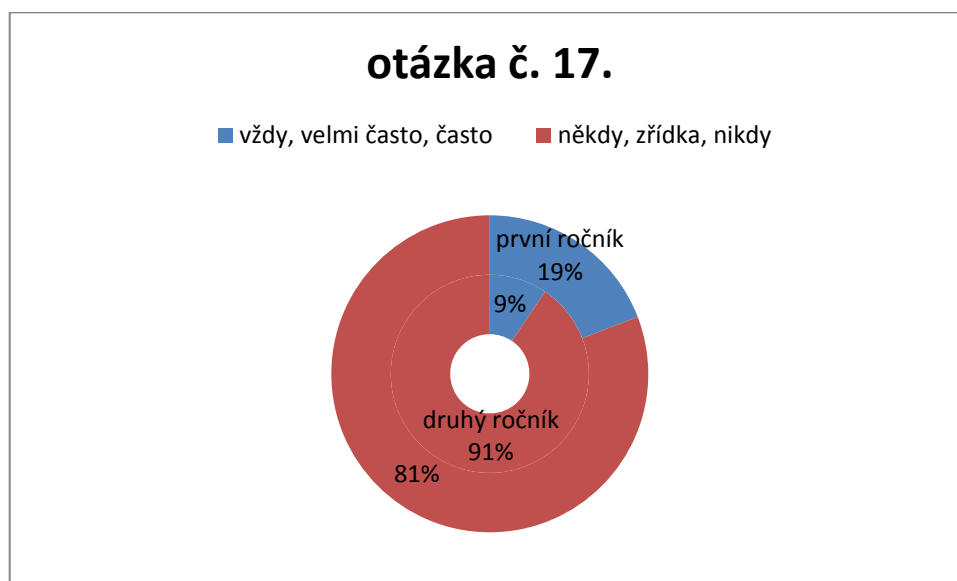
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	9 %	38 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	5 %	48 %

Tabulka č. 29. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 9.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	19,15%	80,85%
<b>Druhý ročník (53)</b>	9,43%	90,57%

Výsledky jsou procentuálně téměř shodné s předchozí otázkou. 14% všech dotazovaných studentů přiznává, že jí dietní jídla. Zbýlých 86% studentů jí dietní jídla pouze někdy, zřídka nebo nikdy. Situace může být celkově dle tab. č. 1. závažná. Na základě srovnání odpovědí obou ročníků (viz. graf č. 9) hodnotíme situaci jako nezávažnou u druhého ročníku. U prvního ročníku může být situace závažná.

Graf č. 9.



Tabulka č. 30. Vyhodnocení: 22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně

22.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	3	1	1	7	6	5
<b>1.B.</b>	2	3	0	2	2	15
<b>2.A.</b>	0	0	1	6	2	9
<b>2.B.</b>	1	1	1	4	2	7
<b>2.C.</b>	0	2	2	1	5	9
<b>Celkem (%)</b>	6	7	5	20	17	45

Tabulka č. 31. Celkové hodnocení otázky

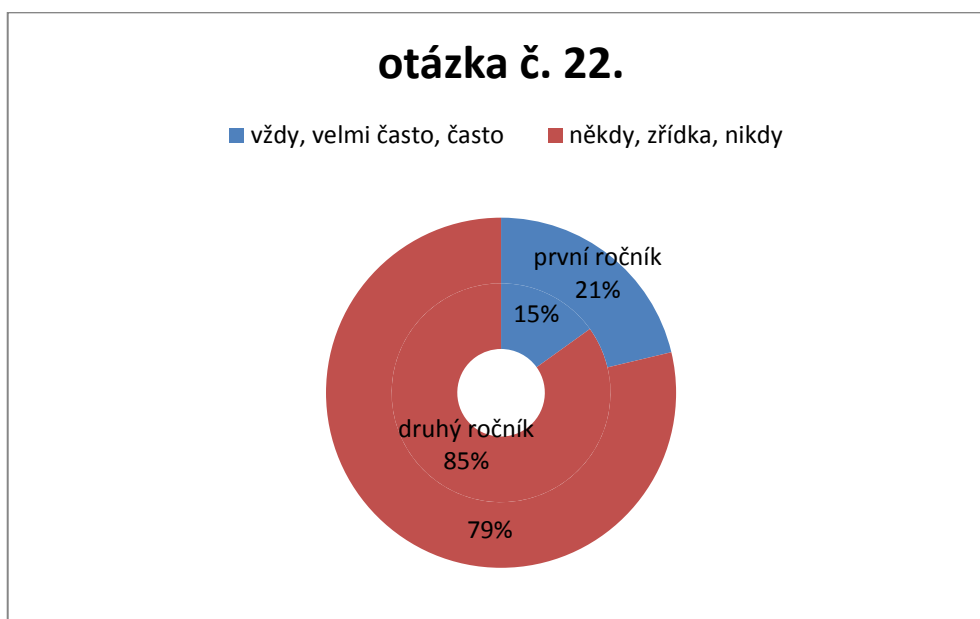
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	10 %	37 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	8 %	45 %

Tabulka č. 32. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 10.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	21,28%	78,72%
<b>Druhý ročník (53)</b>	15,09%	84,91%

Z dotazovaných studentů zvolilo 18% odpovědi vždy, velmi často nebo často. Zbylých 82% studentů se necítí nepříjemně po tom, co sní nějakou sladkost. Situace může být dle tab. č. 1. závažná. Při srovnání obou ročníků na základě tab. č. 32. vidíme, že se odpovědi výrazně nelišily. Taktéž u jednotlivých ročníků může být situace závažná. V 1. B. se dokonce 15 (62,5%) studentů z 24 nikdy necítí nepříjemně když sní sladkost, což je příznivý fakt, který pozitivně ovlivňuje celkové hodnocení.

Graf č. 10.



Tabulka č. 33. Vyhodnocení: 23. Držím diety

23.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	0	3	2	5	9	4
<b>1.B.</b>	1	4	2	2	6	9
<b>2.A.</b>	0	2	1	5	5	5
<b>2.B.</b>	1	0	1	4	3	7
<b>2.C.</b>	0	0	2	1	2	14
<b>Celkem (%)</b>	2	9	8	17	25	39

Tabulka č. 34. Celkové hodnocení otázky

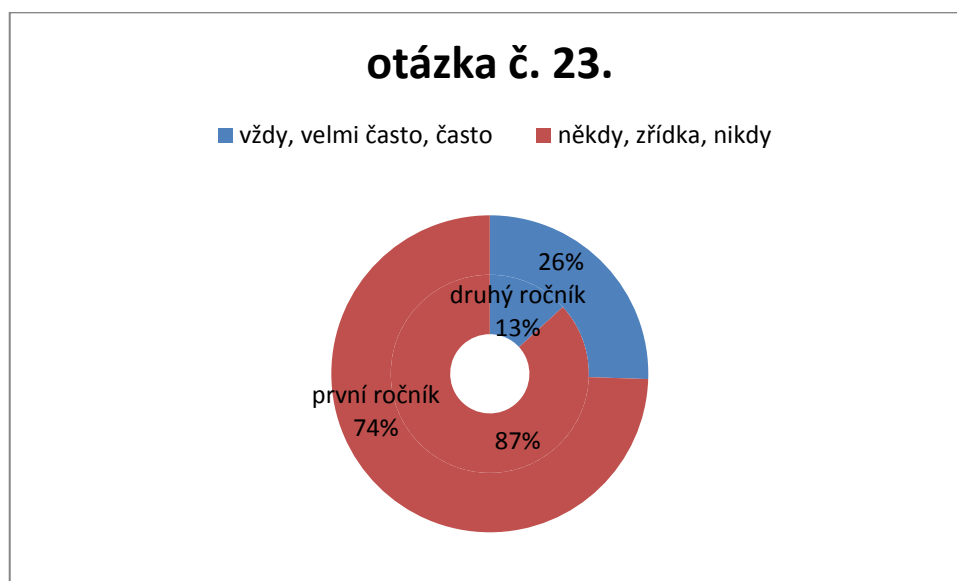
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	12 %	35 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	7 %	46 %

Tabulka č. 35. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 11.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	25,53%	74,47%
<b>Druhý ročník (53)</b>	13,21%	86,79%

Ze vzorku dotazovaných studentů jich 19% vždy, velmi často nebo často drží diety. V 1. B. dokonce 7 (29,17%) dívek z 24 dotazovaných. 42% studentů drží diety někdy nebo zřídka a 39% studentů se přiznalo k tomu, že diety nedrží nikdy. Situace dle tabulky č. 1. může být celkově závažná. Rozdíly mezi odpověďmi prvních a druhých ročníků nejsou výrazné (viz. tab. č. 35.). Třída 2. C. z hlediska závažnosti dopadla nejlépe.

Graf č. 11.



Tabulka č. 36. Vyhodnocení: 24. Mám ráda prázdný žaludek

24.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	4	2	1	4	6	6
<b>1.B.</b>	1	1	3	4	1	14
<b>2.A.</b>	0	1	0	5	1	11
<b>2.B.</b>	0	0	0	2	2	12
<b>2.C.</b>	0	0	1	1	1	16
<b>Celkem (%)</b>	5	4	5	16	11	59

Tabulka č. 37. Celkové hodnocení otázky

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	12 %	35 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	2 %	51 %

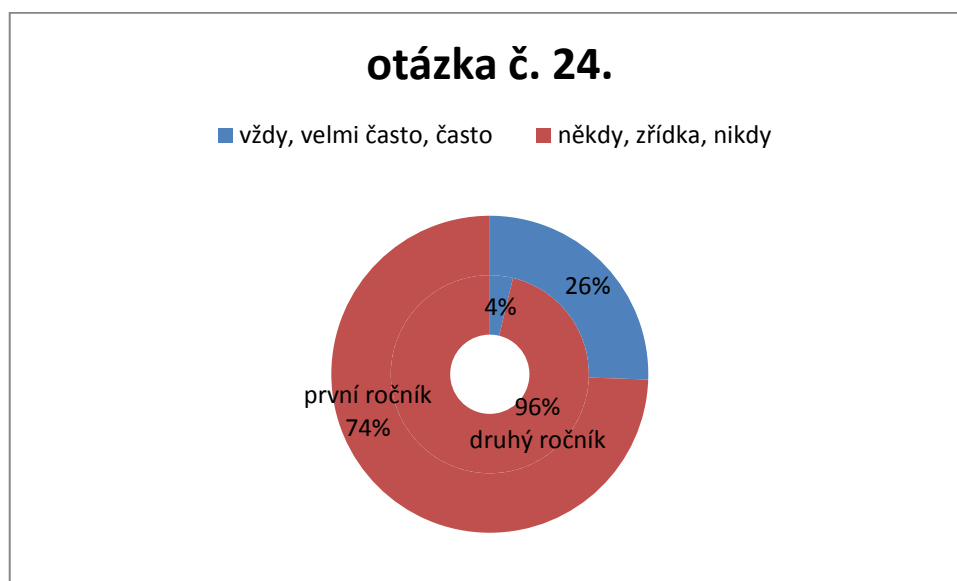
Tabulka č. 38. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 12.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	25,53%	74,47%
<b>Druhý ročník (53)</b>	3,77%	96,23%

14% studentů má rádo vždy, velmi často nebo často prázdný žaludek. Odpovědi někdy, zřídka a nikdy vybralo 86% studentů. Odpověď nikdy dokonce zvolilo 59 (%) studentů. Dle tabulky č. 1. může být celkově situace závažná. Porovnáme-li první a druhý ročník dle tabulky č. 38. jasně vidíme rozdílnosti. V prvním ročníku může být situace vážná, kdežto druhý ročník spadá do hodnocení „nezávažná“. Z hlediska závažnosti nejhůře dopadla třída 1. A., kde 7 (30,43%) studentů z 23 zvolilo odpověď vždy, velmi

často a často. V druhém ročníku pouze 2 (3,77%) studenti z 53 zvolili odpovědi velmi často a často.

Graf č. 12.



Tabulka č. 39. Vyhodnocení: 26. Po jídle mívám nucení ke zvracení

26.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	0	2	0	0	4	17
<b>1.B.</b>	1	1	0	0	1	21
<b>2.A.</b>	0	0	0	2	2	14
<b>2.B.</b>	0	0	0	2	5	9
<b>2.C.</b>	0	0	1	1	0	17
<b>Celkem (%)</b>	1	3	1	5	12	78

Tabulka č. 40. Celkové hodnocení otázky

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	4 %	43 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	1 %	52 %

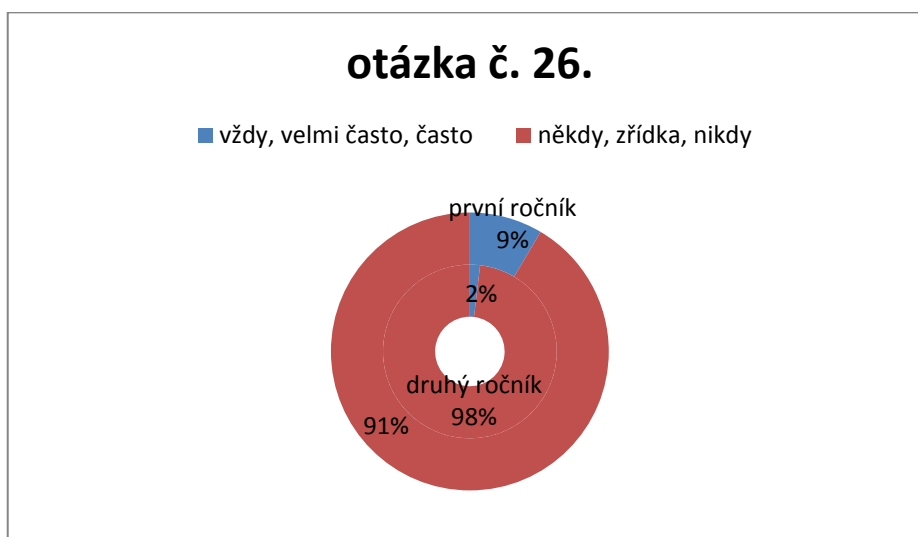
Tabulka č. 41. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 13.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>první ročník (47)</b>	8,51%	91,49%
<b>druhý ročník (53)</b>	1,89%	98,11%

95% oslovených studentů nemívá po jídle nucení ke zvracení. Pouhých 5% studentů využilo odpovědi vždy, velmi často a často. Situace může být tedy dle tabulky č. 1. hodnocena jako nezávažná. Rozdíly mezi prvním a druhým ročníkem nejsou výrazné.



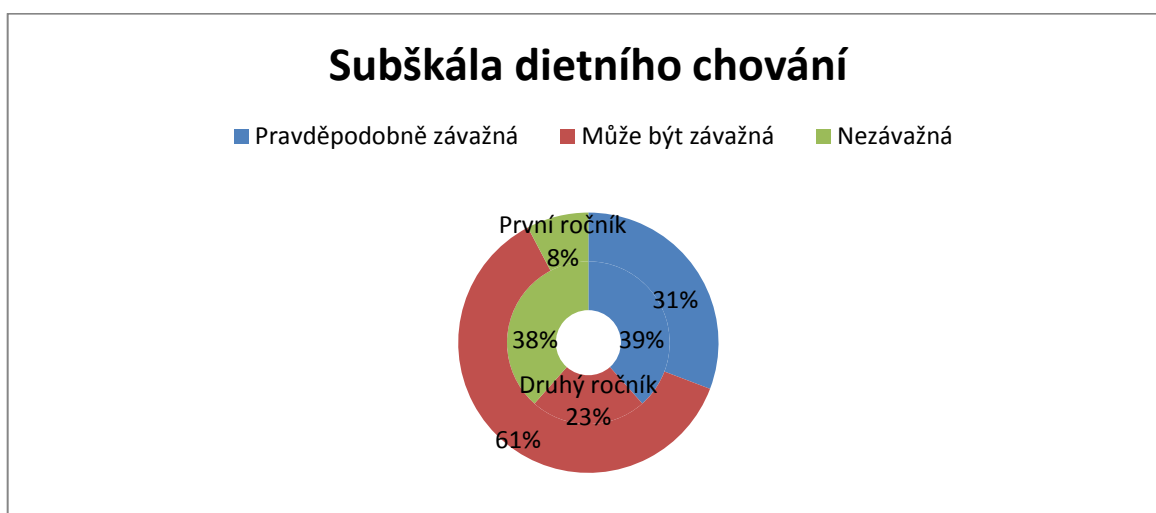
Graf č. 13.



### 14.1.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE

Ze třinácti otázek zjišťujících dietní chování u studentů byla situace pravděpodobně závažná ve čtyřech případech, v sedmi případech může být situace závažná a ve dvou případech byla situace nezávažná. V případě srovnání prvního a druhého ročníku se výsledky lišily (viz. tab. č. 42.). U prvního ročníku byla situace pravděpodobně závažná čtyřikrát, mohla být závažná osmkrát a nezávažná byla pouze jednou. Toto hodnocení může být spojeno se změnou, kterou dívky v tomto roce podstoupily. Přestup ze základní školy do prvního ročníku sebou jistě přinesl mnoho změn a starostí. U druhého ročníku byla situace pravděpodobně závažná pětkrát, mohla být závažná třikrát a nezávažná pětkrát. Vyšší výskyt rizikových příznaků se tedy objevuje u dívek navštěvujících první ročník. Pravděpodobně závažná situace se vyskytovala zejména u otázek, které se týkaly nadváhy, touhy být štíhlejší, spalování kalorií a přebytečného tuku na těle.

Graf č. 14.



Tabulka č. 42. Srovnání prvního a druhého ročníku - Subškála dietního chování

	Pravděpodobně závažná	Může být závažná	Nezávažná
<b>První ročník</b>	4	8	1
<b>Druhý ročník</b>	5	3	5

## 14.2 SUBŠKÁLA BULIMIE, NADMĚRNÉ ZABÝVÁNÍ SE JÍDLEM

Subškálu bulimie a nadměrného zabývání se jídlem zjišťují otázky 3, 4, 9, 18, 21, 25. Tyto otázky sledují u dotazovaných osob, jak jídlo a myšlenky na něj ovládají jejich život, tendence ke zvracení a přejídání. Stejně tak jako v předcházející části jsme jednotlivé odpovědi na otázky zaznamenali do tabulek a následně popsali zjištěný stav.

### 14.2.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Tabulka č. 43. Vyhodnocení: 3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo

3.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A. (23)</b>	0	3	7	4	4	5
<b>1.B. (24)</b>	2	1	2	3	7	9
<b>2.A. (18)</b>	1	0	0	7	5	5
<b>2.B. (16)</b>	2	0	1	3	5	5
<b>2.C. (19)</b>	2	2	1	3	5	6
<b>Celkem (%)</b>	7	6	11	20	26	30

Tabulka č. 44. Celkové hodnocení otázky

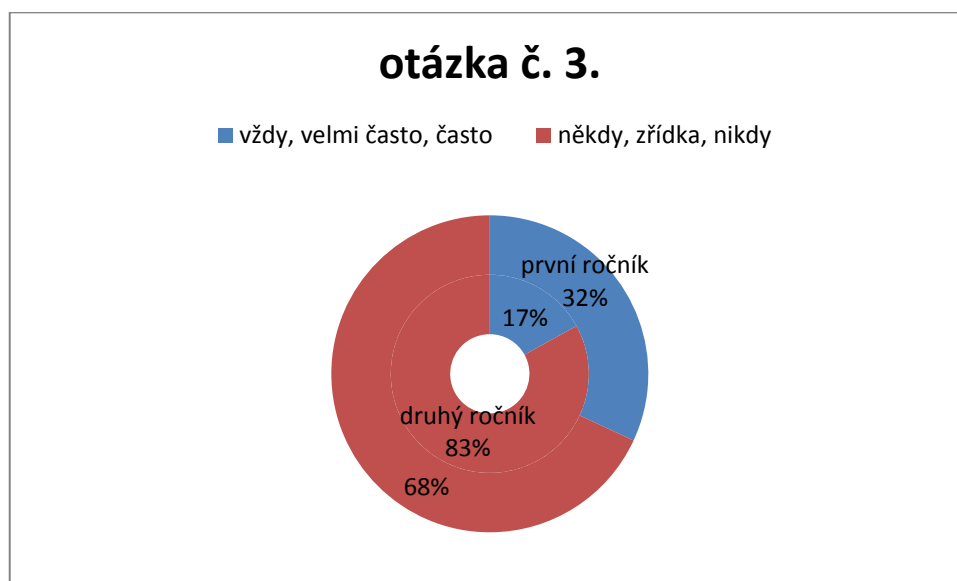
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	15%	32 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	9 %	44 %

Tabulka č. 45. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 15.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	31,91%	68,09%
<b>Druhý ročník (53)</b>	16,98%	83,02%

Z oslovených studentů jich 24% zvolilo u této otázky odpověď vždy, velmi často či často. Celkově může být tedy dle tabulky č. 1. situace závažná. Nejzávažnější je situace u třídy 1. A. kde 10 (43,48%) dívek z 23 zvolilo odpověď velmi často nebo často. Rozdíly vidíme i v odpovědích prvního a druhého ročníku, přesto je situace hodnocena stejně.

Graf č. 15.



Tabulka č. 46. Vyhodnocení: 4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat

4.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	1	2	2	8	5	5
<b>1.B.</b>	1	2	3	3	5	10
<b>2.A.</b>	0	0	1	5	5	7
<b>2.B.</b>	1	0	1	3	4	7
<b>2.C.</b>	0	2	1	5	1	10
<b>Celkem (%)</b>	3	6	8	24	20	39

Tabulka č. 47. Celkové hodnocení otázky

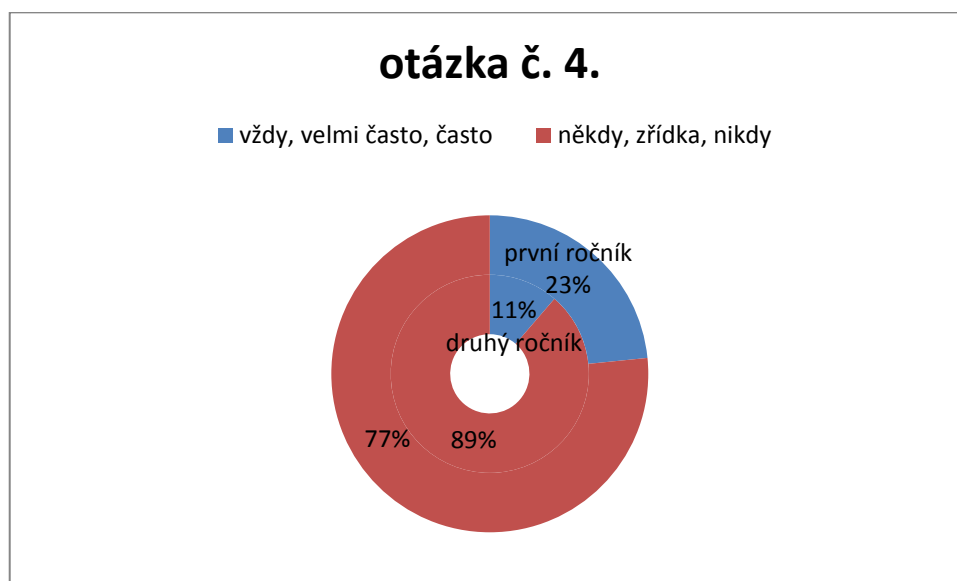
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	11 %	36 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	6 %	47 %

Tabulka č. 48. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 16.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	23,40%	76,60%
<b>Druhý ročník (53)</b>	11,32%	88,68%

17% dotazovaných studentů zvolilo odpověď vždy, velmi často nebo často. Zbývající studenti (83%) volili odpovědi opačného rázu, přičemž nejvíce převažovala možnost nikdy (39%). V tomto případě situace může být závažná. Při porovnání prvního a druhého ročníku vidíme přibližně 10% rozdíl při výběru rizikových odpovědí. Přesto se oba ročníky vešly do hodnocení „situace může být závažná“.

Graf č. 16.



Tabulka č. 49. Vyhodnocení: 9. Po jídle zvracím

9.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	1	1	0	1	2	18
<b>1.B.</b>	1	0	0	1	3	19
<b>2.A.</b>	0	0	0	1	0	17
<b>2.B.</b>	0	0	0	3	1	12
<b>2.C.</b>	0	0	1	1	0	17
<b>Celkem (%)</b>	2	1	1	7	6	83

Tabulka č. 50. Celkové hodnocení otázky

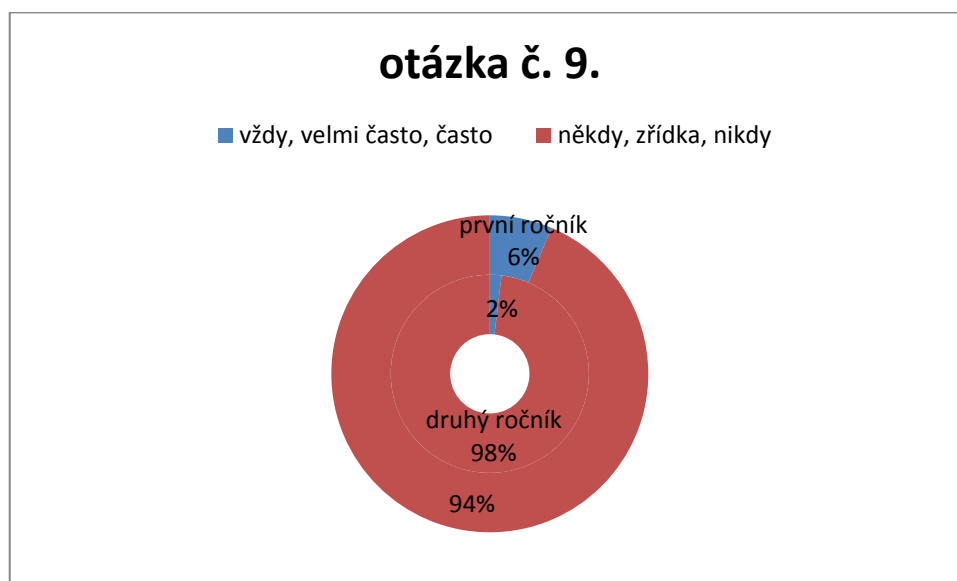
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	3 %	44 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	1 %	52 %

Tabulka č. 51. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 17.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	6,38%	93,62%
<b>Druhý ročník (53)</b>	1,89%	98,11%

Odpovědi na tuto otázku jsou téměř jednosměrné. 96% studentů zvolilo odpověď někdy, zřídka a nikdy. Celkem u 83 (%) studentů byla zaznamenána odpověď nikdy. Pouze 3 studenti z prvního a 1 student z druhého ročníku volili opačně. Situaci lze dle tabulky č. 1. považovat za nezávažnou. Shoda v odpovědích mezi ročníky je viditelná např. v grafu č. 17.

Graf č. 17.



Tabulka č. 52. Vyhodnocení: 18. Cítím, že jídlo ovládá můj život

18.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	1	3	2	7	3	7
<b>1.B.</b>	2	1	3	4	4	10
<b>2.A.</b>	0	3	0	4	3	8
<b>2.B.</b>	0	1	1	2	5	7
<b>2.C.</b>	1	3	3	0	3	9
<b>Celkem (%)</b>	4	11	9	17	18	41

Tabulka č. 53. Celkové hodnocení otázky

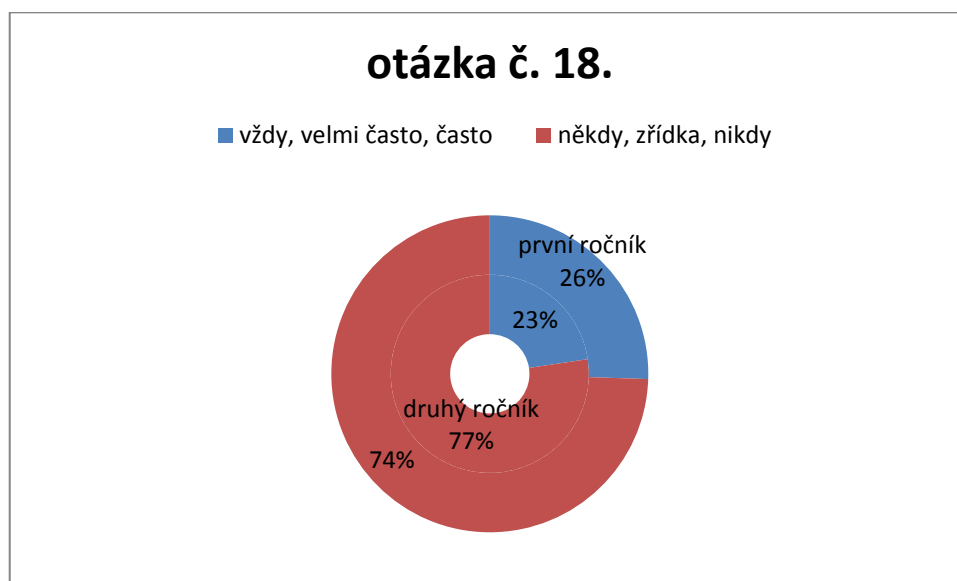
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	12 %	35 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	12 %	41 %

Tabulka č. 54. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 18.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	25,53%	74,47%
<b>Druhý ročník (53)</b>	22,64%	77,36%

Ze všech dotazovaných studentů si 24% myslí, že jídlo vždy, velmi často nebo často ovládá jejich život. Situace může být dle tabulky č. 1. závažná. Rozdíly mezi ročníky, viditelné v grafu č. 18., nejsou výrazné. Celkem 41 (%) studentů využilo možnost nikdy.

Graf č. 18.



Tabulka č. 55. Vyhodnocení: 21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu

21.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	1	0	4	7	6	5
<b>1.B.</b>	1	1	2	4	4	12
<b>2.A.</b>	0	0	0	4	5	9
<b>2.B.</b>	0	0	1	6	5	4
<b>2.C.</b>	0	0	1	6	3	9
<b>Celkem (%)</b>	2	1	8	27	23	39

Tabulka č. 56. Celkové hodnocení otázky

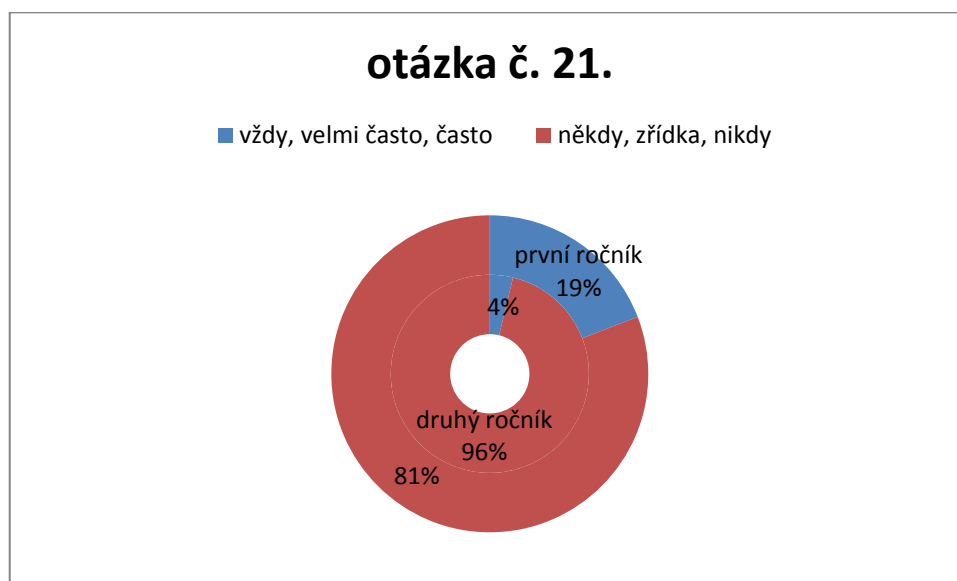
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	9 %	38 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	2 %	51 %

Tabulka č. 57. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 19.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	19,15%	80,85%
<b>Druhý ročník (53)</b>	3,77%	96,23%

Pouhých 11% studentů se domnívá, že věnuje příliš mnoho času a myšlenek jídlu. U této otázky opět převažovala možnost nikdy (39%). Celkově může být situace dle tabulky č. 1. závažná. Při rozdělení prvních a druhých ročníků bude hodnocení odlišné. Situace prvních ročníků může být závažná, kdežto u druhého ročníku hodnotíme situaci na základě získaných údajů jako nezávažnou.

Graf č. 19.



Tabulka č. 58. Vyhodnocení: 25. Ráda ochutnávám nová vydatná jídla

25.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	3	1	6	8	4	1
<b>1.B.</b>	4	3	4	7	4	2
<b>2.A.</b>	4	0	3	9	0	2
<b>2.B.</b>	1	1	4	7	1	2
<b>2.C.</b>	6	3	2	4	3	1
<b>Celkem (%)</b>	18	8	19	35	12	8

Tabulka č. 59. Celkové hodnocení otázky

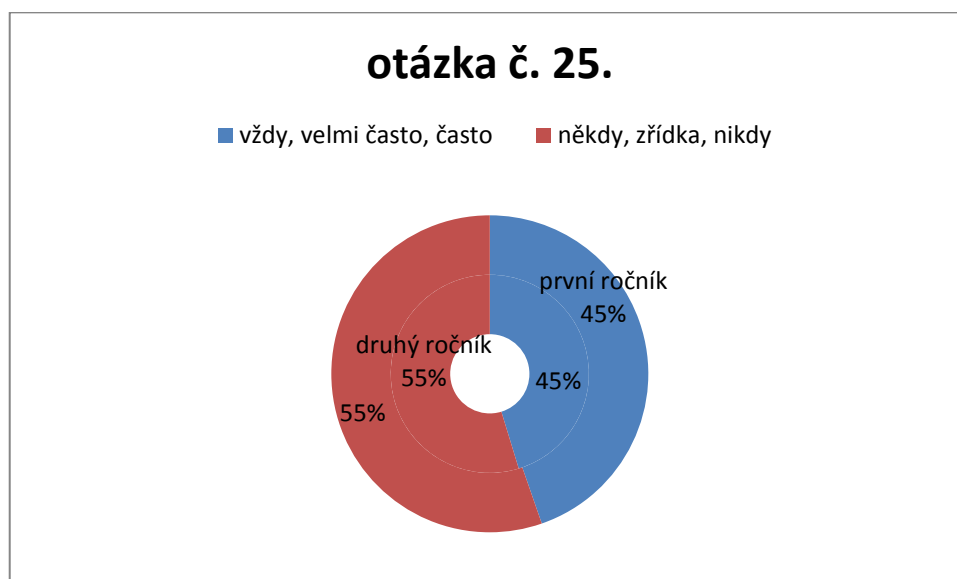
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	21 %	26 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	24 %	29 %

Tabulka č. 60. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 20.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	44,68%	55,32%
<b>Druhý ročník (53)</b>	45,28%	54,72%

Z dotazovaného souboru studentů 45% využilo odpovědi vždy, velmi často či často. Celkově je situace hodnocena jako pravděpodobně závažná. Rozdíly v odpovědích jednotlivých ročníků nejsou téměř žádné. Z grafu i z tabulky jasně vidíme, že 44,68% studentů prvního ročníku využilo rizikové odpovědi. Podobná je situace u studentů druhého ročníku (45,28%). Nejčastěji převažovala odpověď někdy (35%).

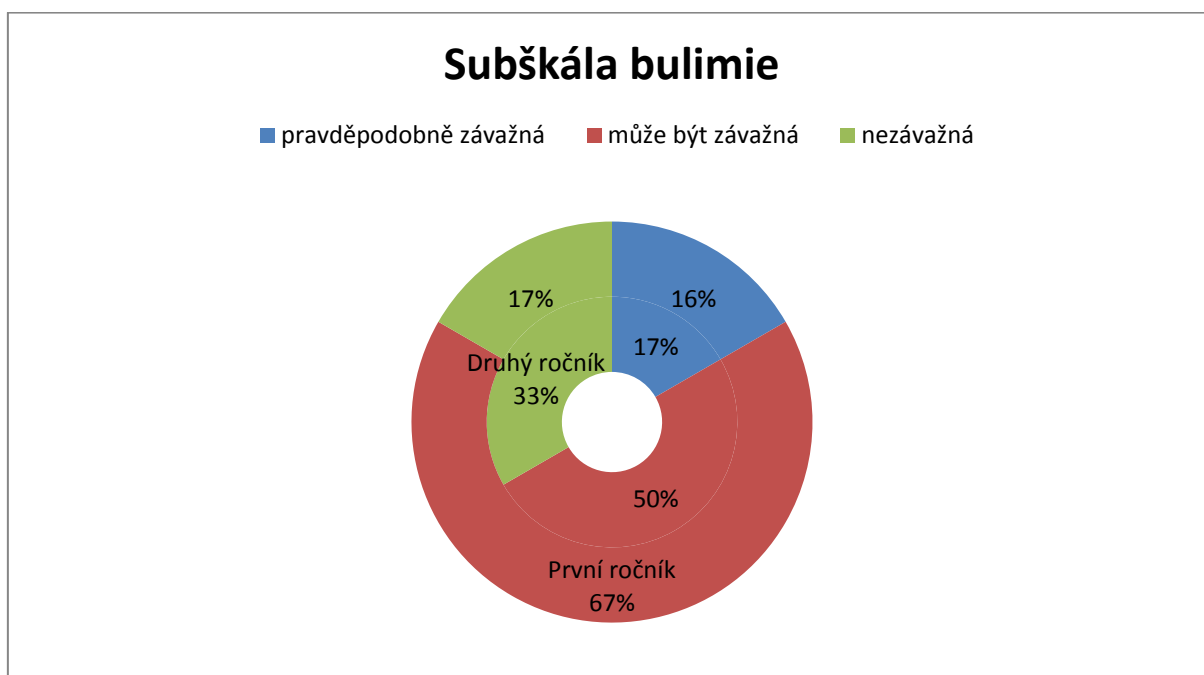
Graf č. 20.



### 14.2.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE

Ze šesti otázek zjišťujících bulimii a nadměrné zabývání se jídlem byla situace hodnocena jako pravděpodobně závažná pouze jednou. Stejný případ byl s hodnocením situace jako nezávažné, také jednou. Ve čtyřech případech může být situace závažná. Při srovnávání ročníků se ukázalo, že všechny otázky byly hodnoceny stejně, kromě dvacáté první. U otázky zda studenti věnují příliš mnoho času a myšlenek jídlu se odpovědi rozcházely.

Graf č. 21.





Tabulka č. 61. Srovnání prvního a druhého ročníku- Subškála bulimie

	Pravděpodobně závažná	Může být závažná	Nezávažná
<b>První ročník</b>	1	4	1
<b>Druhý ročník</b>	1	3	2

### 14.3 SUBŠKÁLA KONTROLA

Subškála kontroly zahrnuje otázky 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20, které zjišťují kontrolu, sebekontrolu a sebeovládání při stravování. Otázky nejsou zaměřeny pouze na osobu dotazovaného, ale ptají se i na přístup lidí kolem, zda se cítí být dotazovaný od ostatních lidí nucen do jídla, jestli si lidé myslí, že je příliš štíhlý apod.

#### 14.3.1 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Tabulka č. 62. Vyhodnocení: 2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad

2.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A. (23)</b>	1	3	1	10	2	6
<b>1.B. (24)</b>	0	1	2	8	0	13
<b>2.A. (18)</b>	0	0	1	6	3	8
<b>2.B. (16)</b>	1	0	0	2	5	8
<b>2.C. (19)</b>	1	0	1	2	3	12
<b>Celkem (%)</b>	3	4	5	28	13	47

Tabulka č. 63. Celkové hodnocení otázky

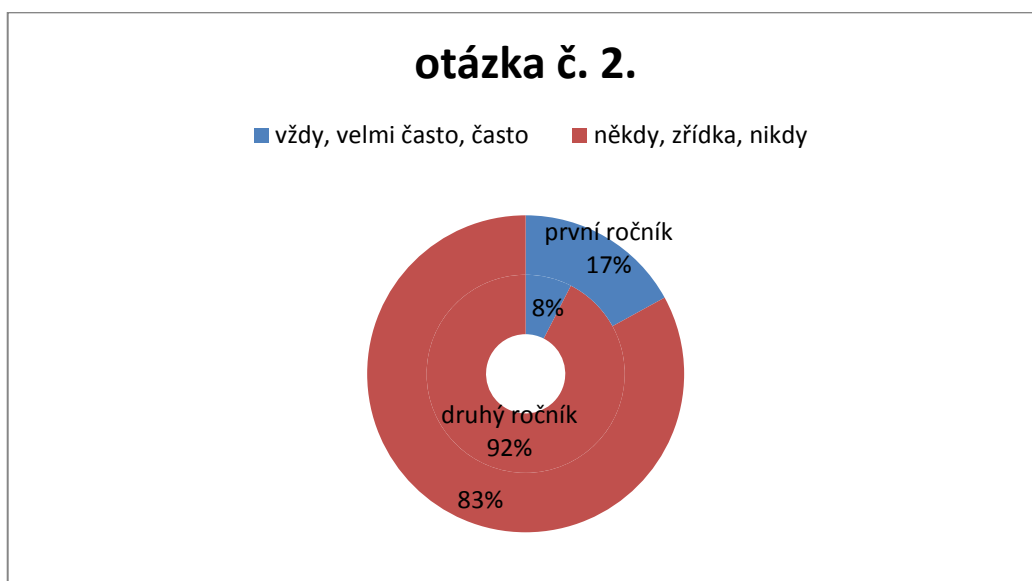
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	8 %	39 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	4 %	49 %

Tabulka č. 64. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 22.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	17,02%	82,98%
<b>Druhý ročník (53)</b>	7,55%	92,45%

12% dotazovaných studentů se přiznalo k tomu, že se vždy, velmi často nebo často vyhýbají jídlu, když mají hlad. Celkem může být situace závažná. V odpovědích prvního a druhého ročníku můžeme nalézt rozdílnosti. Situace v prvním ročníku může být dle tabulky č. 1. závažná (17,02%). Druhý ročník spadá do situace nezávažné (7,55%). Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla možnost nikdy (47%).

Graf č. 22.



Tabulka č. 65. Vyhodnocení: 5. Krájím jídlo na malé kousky

5.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	4	1	0	6	7	5
<b>1.B.</b>	2	1	4	6	3	8
<b>2.A.</b>	2	1	2	6	2	5
<b>2.B.</b>	2	2	0	4	6	2
<b>2.C.</b>	1	1	1	5	7	4
<b>Celkem (%)</b>	11	6	7	27	25	24

Tabulka č. 66. Celkové hodnocení otázky

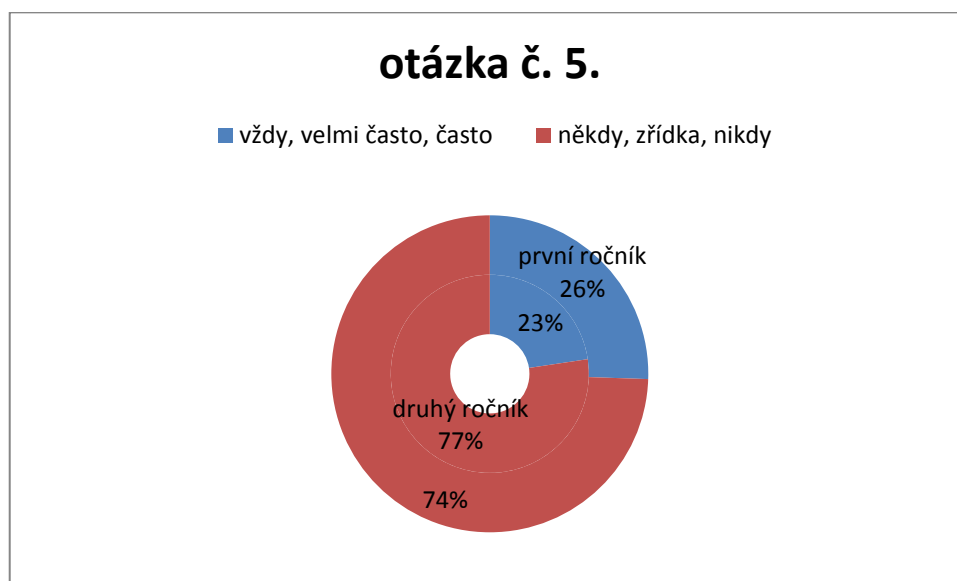
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	12 %	35 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	12 %	41 %

Tabulka č. 67. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 23.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	25,53%	74,47%
<b>Druhý ročník (53)</b>	22,64%	77,36%

Celkem 24% dotazovaných studentů využilo jako svoji odpověď vždy, velmi často nebo často. Zbývajících počet studentů (76%) si jídlo na malé kousky krájí někdy, zřídka nebo nikdy. Dle tabulky č. 1. může být tedy situace závažná. Při samostatném hodnocení prvního a druhého ročníku může být situace u obou taktéž závažná.

Graf č. 23.



Tabulka č. 68. Vyhodnocení: 8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych více jedla

8.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	2	5	1	5	5	5
<b>1.B.</b>	3	2	1	2	5	11
<b>2.A.</b>	0	0	1	0	3	14
<b>2.B.</b>	1	2	3	2	3	5
<b>2.C.</b>	1	2	3	1	2	10
<b>Celkem (%)</b>	7	11	9	10	18	45

Tabulka č. 69. Celkové hodnocení otázky

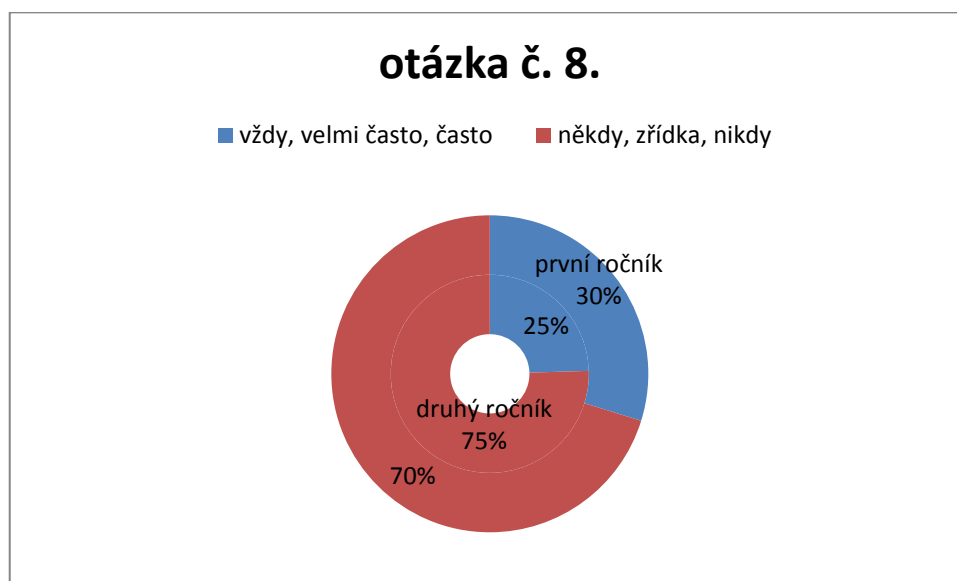
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	14 %	33 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	13 %	40 %

Tabulka č. 70. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 24.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	29,79%	70,21%
<b>Druhý ročník (53)</b>	24,53%	75,47%

27% studentů má pocit, že ostatní vždy, velmi často nebo často chtějí, aby jedli více. Mezi odpověďmi prvního a druhého ročníku jsme nenalezli výraznější rozdíly. Dle tabulky č. 1. může být situace závažná jak při celkovém hodnocení, tak i při pohledu na každý ročník zvlášť.

Graf č. 24.



Tabulka č. 71. Vyhodnocení: 13. Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá

13.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	1	4	2	7	3	6
<b>1.B.</b>	2	2	0	6	3	11
<b>2.A.</b>	0	1	0	4	1	12
<b>2.B.</b>	0	1	2	2	6	5
<b>2.C.</b>	1	2	1	2	7	6
<b>Celkem (%)</b>	4	10	5	21	20	40

Tabulka č. 72. Celkové hodnocení otázky

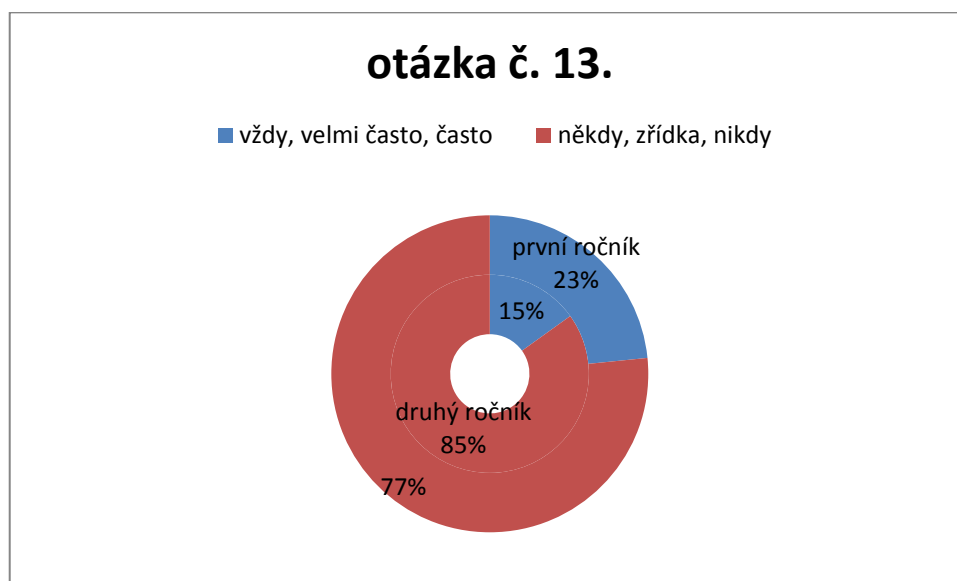
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	11 %	36 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	8 %	45 %

Tabulka č. 73. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 25.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	23,40%	76,60%
<b>Druhý ročník (53)</b>	15,09%	84,91%

Z dotazovaného souboru studentů jich 19% užilo rizikových odpovědí vždy, velmi často či často na otázku zda si o nich lidé myslí, že jsou příliš štíhlí. Situace může být v této oblasti závažná. Při srovnání prvního a druhého ročníku vyšel lépe druhý (viz. tab. č. 73.), ale oba jsou hodnoceny, jako že mohou být závažné.

Graf č. 25.



Tabulka č. 74. Vyhodnocení: 15. Jídlo mi trvá déle než ostatním

15.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	3	1	1	7	8	3
<b>1.B.</b>	1	3	1	7	8	4
<b>2.A.</b>	2	2	1	6	2	5
<b>2.B.</b>	0	2	3	3	3	5
<b>2.C.</b>	1	1	2	6	6	3
<b>Celkem (%)</b>	7	9	8	29	27	20

Tabulka č. 75. Celkové hodnocení otázky

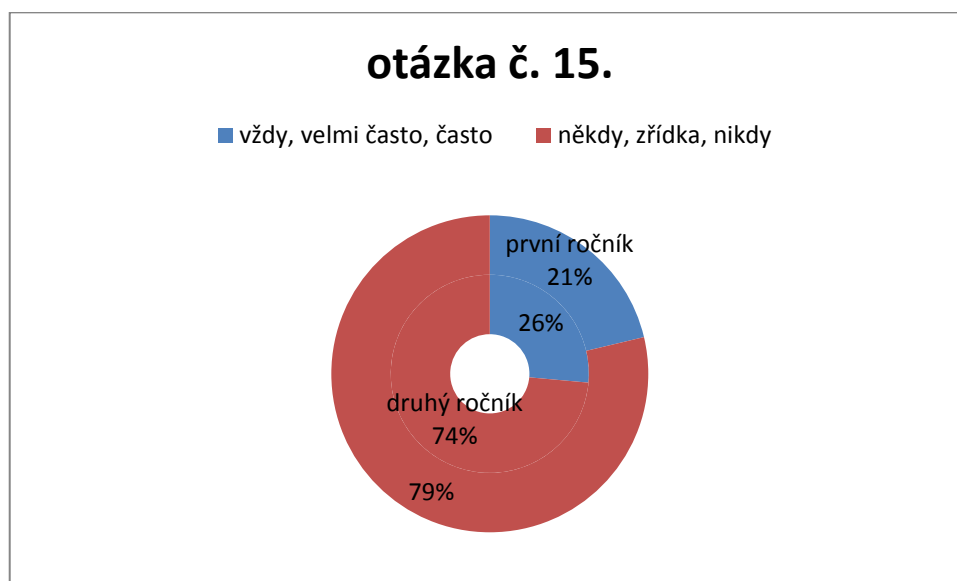
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	10 %	37 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	14 %	39 %

Tabulka č. 76. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 26.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	21,28%	78,72%
<b>Druhý ročník (53)</b>	26,42%	73,58%

76% studentů si nemyslí, že jim jídlo trvá déle než ostatním. Odpovědi vždy, velmi často či často využilo 24 (%) studentů. Rozdíly mezi ročníky nejsou výrazné a situace může být dle tabulky č. 1. závažná, jak celkově tak u jednotlivých ročníků.

Graf č. 26.



Tabulka č. 77. Vyhodnocení: 19. Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo

19.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	0	3	3	10	6	1
<b>1.B.</b>	2	3	3	5	7	4
<b>2.A.</b>	1	1	5	4	4	3
<b>2.B.</b>	0	2	2	8	3	1
<b>2.C.</b>	3	2	5	3	3	3
<b>Celkem (%)</b>	6	11	18	30	23	12

Tabulka č. 78. Celkové hodnocení otázky

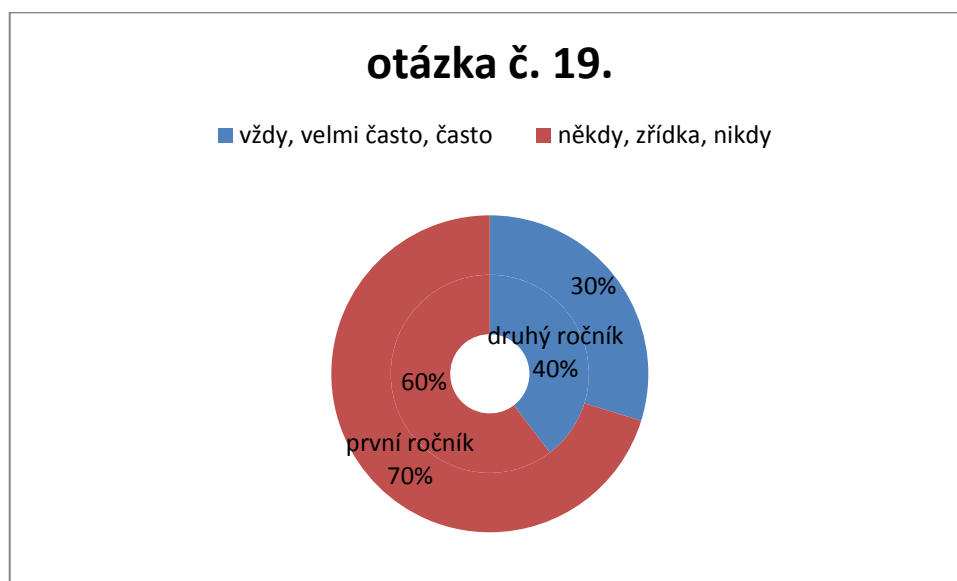
	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	14 %	33 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	21 %	32 %

Tabulka č. 79. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 27.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	29,79%	70,21%
<b>Druhý ročník (53)</b>	39,62%	60,38%

35% oslovených studentů projevuje vždy, velmi často nebo často sebeovládání, pokud jde o jídlo. Situace v prvním ročníku se liší od druhého a může být závažná. Druhý ročník je hodnocen jako pravděpodobně závažný. Celkem může být situace závažná, ale výsledky ukazují, že hodnocení je na hranici situace pravděpodobně závažné.

Graf č. 27.



Tabulka č. 80. Vyhodnocení: 20. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla

20.	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
<b>1.A.</b>	2	1	1	7	6	6
<b>1.B.</b>	1	0	5	0	6	12
<b>2.A.</b>	1	0	0	2	5	10
<b>2.B.</b>	1	1	0	2	6	6
<b>2.C.</b>	0	0	1	3	3	12
<b>Celkem (%)</b>	5	2	7	14	26	46

Tabulka č. 81. Celkové hodnocení otázky

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	10 %	37 %
<b>Druhý ročník (53)</b>	4 %	49 %

Tabulka č. 82. Srovnání prvního a druhého ročníku (odpovídá grafu č. 28.)

	vždy, velmi často, často	někdy, zřídka, nikdy
<b>První ročník (47)</b>	21,28%	78,72%
<b>Druhý ročník (53)</b>	7,55%	92,45%

14% dotazovaných studentů cítí, že je ostatní nutí do jídla. Situace je v obou ročnících odlišná. 10 studentů (21,28%) prvního ročníku užilo vždy, velmi často nebo často při odpovědi na tuto otázku. Situace může být tedy závažná. Druhý ročník dopadl mnohem lépe, přičemž pouze 4 studenti (7,55%) odpovídali možnostmi vždy, velmi často či často. Celkově může být situace dle tabulky č. 1. závažná.

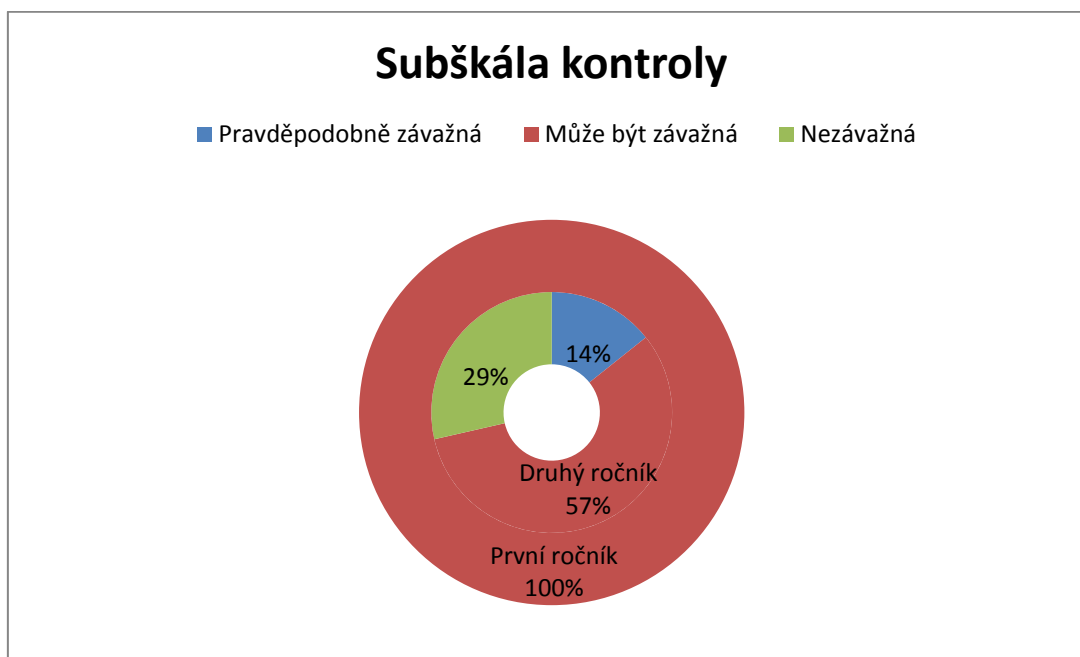
Graf č. 28.



### 14.3.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ SITUACE

Ze sedmi otázek zjišťujících kontrolu nad jídlem u studentů může být situace závažná ve všech případech. Podotýkáme ale, že otázka č. 19 je na hranici se situací pravděpodobně závažnou. V případě srovnání prvního a druhého ročníku byly výsledky téměř totožné. U prvního ročníku může být ve všech případech situace závažná. U druhého ročníku byla situace dvakrát nezávažná, jednou pravděpodobně závažná a v ostatních případech může být závažná. Jediná pravděpodobně závažná situace se tedy vyskytla u otázky č. 19, u druhého ročníku.

Graf č. 29. Subškála kontroly





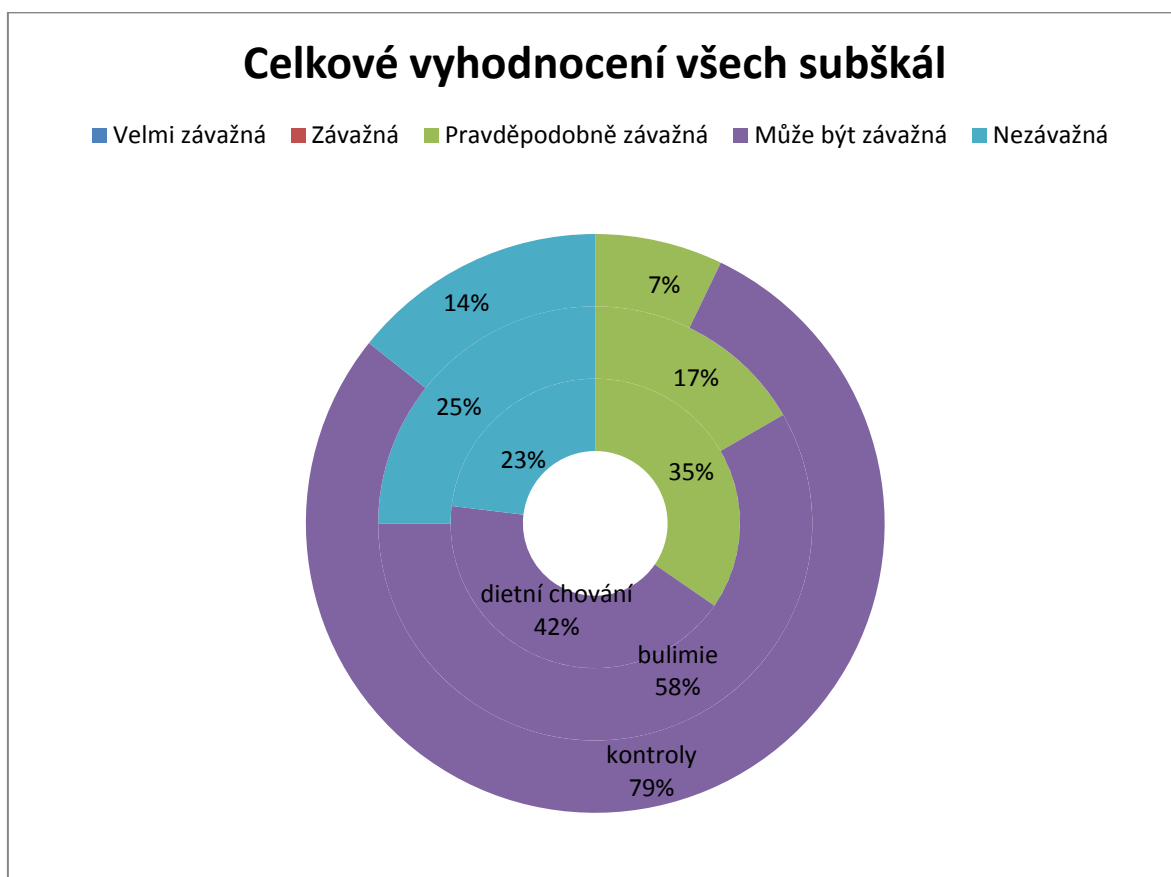
Tabulka č. 82. – Srovnání prvního a druhého ročníku- Subškála kontroly nad jídlm

	Pravděpodobně závažná	Může být závažná	Nezávažná
<b>První ročník</b>	0	7	0
<b>Druhý ročník</b>	1	4	2

## 15 OVĚŘENÍ PŘEDPOKLADŮ A ZÁVĚRY PRŮZKUMU

Před zahájením průzkumu jsme předpokládali, že studenti budou vykazovat předpoklady, které by mohly vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Pokud se podíváme na následující graf č. 30., vidíme, že odpovědi studentů se nejvíce týkají oblastí nazvaných „situace může být závažná“, „nezávažná“ a „pravděpodobně závažná“. Můžeme tedy konstatovat, že naše tvrzení bylo spíše pravdivé. Rozdíly ovšem také zaznamenáme, pokud srovnáme jednotlivé subškály (viz. Graf č. 31.). Situace nebyla hodnocena nikdy jako velmi závažná nebo závažná, což chápeme jako velice pozitivní fakt. V případě pravděpodobně závažné situace nejsou celkové rozdíly mezi prvním a druhým ročníkem výrazné. Na základě rozebraných otázek v předchozích kapitolách jsme zjistili, že první ročník ve srovnání s druhým vykazuje více situací, které „mohou být závažné“. V druhém ročníku se objevilo daleko více situací hodnocených jako „nezávažné“. V následujícím grafickém zobrazení (č. 30.) můžeme porovnat jednotlivé subškály z hlediska závažnosti.

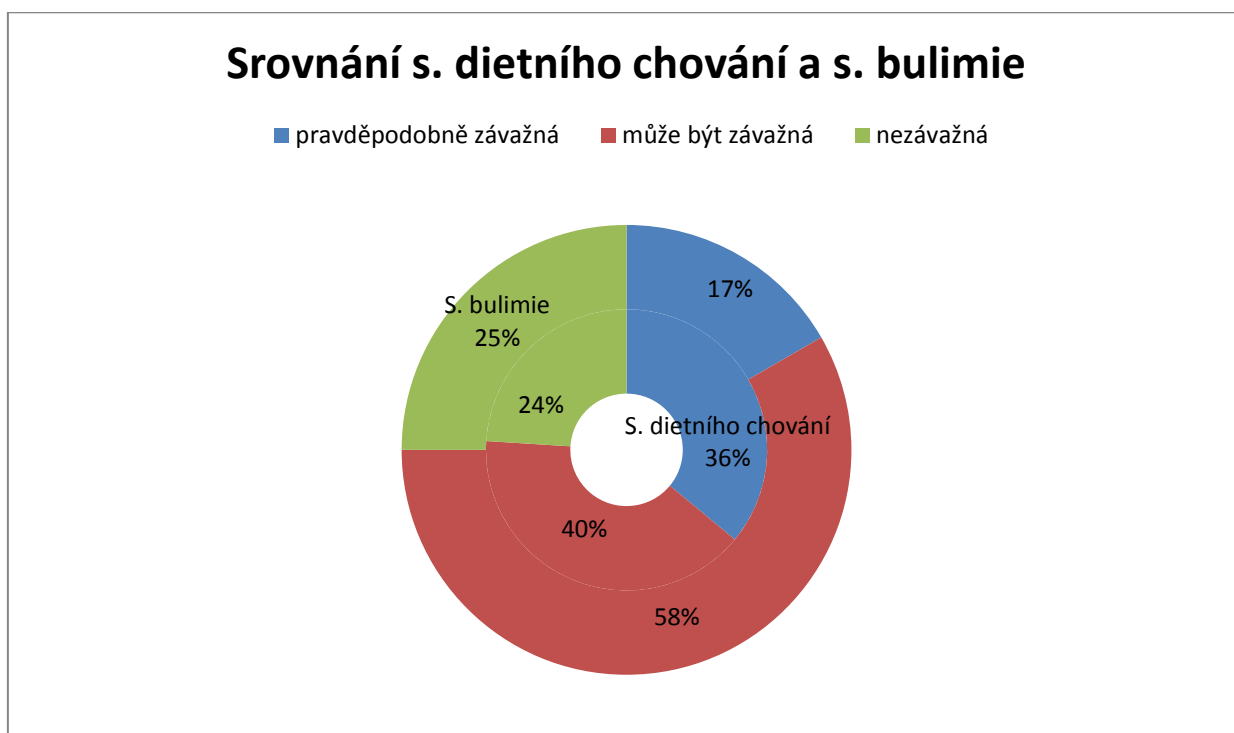
Graf č. 30. - Celkové vyhodnocení všech subškál



Naším dalším předpokladem bylo, že se u studentů v počátcích adolescentního věku budou vyskytovat častěji příznaky mentální anorexie, nežli projevy mentální bulimie. Pokud tedy srovnáme subškálu dietního chování, která zjišťuje charakteristické znaky

mentální anorexie se subškálou zjišťující bulimii a nadměrné zabývání se jídlem, můžeme konstatovat, že náš předpoklad byl spíše pravdivý. Podíváme-li se na graf č. 31. vidíme určité rozdíly mezi subškálou dietního chování a subškálou bulimie. Nezávažná situace se objevila u obou subškál téměř ve stejném podílu. Rozdílnosti ovšem vidíme při srovnání situací pravděpodobně závažných. U subškály bulimie tvoří pravděpodobně závažné situace 17%, kdežto u subškály dietního chování až 36%. Subškála dietního chování, která byla zaměřena na hrůzu z nadváhy, strach z tloušťky, touhu být štíhlejší, konzumaci dietních jídel a držení diet má tedy větší závažnost ve srovnání se subškálou druhou. Tento fakt si potvrdíme, pokud se podíváme na tabulku č. 29.

Graf č. 31. – Vyhodnocení subškál dietní chování a bulimie



Tabulka č. 29. Srovnání subškál dietního chování a bulimie

	velmi závažná	závažná	pravděpodobně závažná	může být závažná	nezávažná
Subškála dietního chování	0	0	9	10	6
Subškála bulimie	0	0	2	7	3

## ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se snažili zmapovat závažnost situace u adolescentních jedinců z hlediska výskytu charakteristických znaků poruch příjmu potravy. Naše počáteční předpoklady byly potvrzeny. Závěry praktické části potvrdily předpoklad, že se u studentů v adolescentním věku budou objevovat znaky, které by mohly vést ke vzniku poruch příjmu potravy. Situace u studentů prvního a druhého ročníku nebyly nikdy hodnocené jako velmi vážné nebo závažné, což považujeme za velice pozitivní fakt. I přes tuto skutečnost může být celkově situace závažná. Studenti v adolescentním věku jsou považováni v oblasti poruch příjmu potravy za nejohroženější věkovou skupinu. Výzkum potvrdil, že studenti, v našem případě pouze dívky, nejsou často spokojeny se svou postavou, touží po tom být štíhlejší, hlídají se při konzumaci potravin, mají hrůzu z nadváhy, drží diety a myslí si, že mají mnoho tuku na těle. První ročník ve srovnání s druhým ročníkem byl ve svých odpovědích hodnocen rizikověji.

Naším dalším předpokladem bylo, že se u studentů v počátcích adolescentního věku budou vyskytovat častěji příznaky mentální anorexie, nežli projevy mentální bulimie. Při srovnání těchto dvou oblastí se náš předpoklad opět potvrdil. Na základě teoretické, odbornou literaturou podložené, i praktické části práce můžeme tedy považovat tento předpoklad za pravdivý a obecně platný. Studenti v tomto věku nespokojenost se svým tělem neřeší zvracením a podobnými metodami typickými pro mentální bulimii, ale spíše drží diety nebo více cvičí.

Na závěr můžeme konstatovat, že tato diplomová práce potvrdila skutečnost, že poruchy příjmu potravy jsou velice aktuálním a závažným tématem. Mladí lidé se v dnešní době zajímají především o to, jak vypadají a jestli se vzhledem alespoň trochu přibližují módním ikonám. Bohužel jim ale nedochází skutečnost, že tímto myšlením a způsobem chování si mohou vážně a trvale poškodit zdraví.

Jako nejdůležitější součást boje proti poruchám příjmu potravy je jistě prevence, která by měla být zaměřena na informovanost lidí o nemoci, průběhu a nežádoucích vlivech a důsledcích. Při výchově a vzdělávání by měla být mladá generace vedena k vytváření pozitivních hodnot. Mladí lidé by si měli utvořit takový žebříček životních hodnot, které nejsou založené jen na vzhledu, kráse a bohatství.

## RESUMÉ

Diplomová práce nese přesný název Poruchy příjmu potravy u adolescentů. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V úvodní kapitole diplomové práce jsme charakterizovali a vymezili poruchy příjmu potravy. Zaměřili jsme se především na dva nejčastější a nejzávažnější syndromy, tj. mentální anorexii a mentální bulimii. Dále jsme zmínili i atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy. První kapitola je následována stručným přiblížením historie těchto poruch. Práce je zaměřena na věkovou skupinu adolescentů, proto jsme považovali za důležité vymezit a popsat toto období a jeho vývojové zvláštnosti. Další část teoretické práce obsahuje etiologii těchto poruch. Zde se zabýváme faktory biologickými, psychologickými, rodinnými, sociokulturními a v neposlední řadě také dietami a hladověním. Práce pokračuje komorbidní problematikou, dále zde najdeme průběh, symptomy a důsledky jak mentální anorexie, tak bulimie. Předposlední kapitola teoretické části uvádí nejrůznější druhy léčby a terapie. Kapitola prevence uzavírá celou teoretickou část.

Praktická část je tvořena průzkumem realizovaném na střední odborné škole v Plzni, za pomoci dotazníku EAT-26. Výsledky průzkumu jsou shrnuty v závěrečné kapitole.

## **SUMMARY**

The thesis Eating Disorders of Adolescents is divided into two parts – theoretical and practical.

Eating disorders are characterized and defined in the introductory chapter of the thesis. We focused mainly on the two most common and most serious syndromes, ie, anorexia nervosa and bulimia. In the same chapter we also mentioned atypical and non-specific forms of eating disorders. The first chapter is followed by a brief history of these diseases. The center of the thesis was the adolescent age group, for this reason we considered it important to define and describe this period and its developmental traits. Another part of the theoretical work includes the etiology of these disorders. This chapter deals with biological, psychological, family, sociocultural factors and last but not least, diets and starvation. In the next part the thesis refers to comorbid problems. Then we described the course, symptoms and consequences of both anorexia and bulimia. The penultimate chapter of this part presents all sorts of treatments and therapies. Prevention chapter closes the theoretical part.

The practical part consists of a survey undertaken in secondary school in Pilsen, with the help of a questionnaire EAT-26. The survey results are summarized in the final chapter.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

*Anorexie* [online]. 20.5. [cit.24.6.2013]. Dostupné z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/anorexie/>>.

BOBŮRKOVÁ, Eva. 2007. Mohou za anorexii geny, nebo společnost? In: *Ona.idnes.cz* [online]. 3.3. [cit.24.6.2013]. Dostupné z WWW: <[http://ona.idnes.cz/mohou-za-anorexii-geny-nebo-spolecnostd91/zdravi.aspx?c=A070303\\_155536\\_zdravi\\_ves](http://ona.idnes.cz/mohou-za-anorexii-geny-nebo-spolecnostd91/zdravi.aspx?c=A070303_155536_zdravi_ves)>.

BRÖHM, Patricia. *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. 1. vyd. Překlad Jana Váňová. Ilustrace Jiří Slíva. Praha: Amulet, 1999, 170 s. Alfabet. ISBN 80-862-9917-1.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045.

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900-1301-5.

KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky* [online]. Poslední aktualizace 15. 11. 2007. Dostupné z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/010300.pdf>>.

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

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

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy* [online]. Poslední aktualizace 15. 11. 2007. Dostupné z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>>.

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

*Mentální anorexie*, 2013 [online]. 20.6. [cit.24.6.2013]. Dostupné z WWW: <<http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>>.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy* [online]. Poslední aktualizace 15. 11. 2007. Dostupné z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/070401.pdf>>.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577.

NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HRÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004, 82 s. ISBN 80-704-3281-0.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-851-2132-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

*Psychologie dnes*. Portál. ISSN 1212-960710.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 127 s. ISBN 80-717-8795-7.

ŠVÁB, Petr, 2013. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému. In: *Anabell.cz* [online]. 20.4. [cit.24.6.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>.

UHLÍKOVÁ, Petra. 2013. Poruchy příjmu potravy od dětství do dospělosti. In: *Addp.cz* [online]. 2.3. [cit.24.6.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.addp.cz/nejcastejsi-dusevni-poruchy-deti-a-dorostu/prouchy-prijum-potravy>>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.



# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – vyplněný dotazník EAT-26

1.4. (15 let)

	EAT-26	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.	Mám hrůzu z nadváhy		<input checked="" type="checkbox"/>				
2.	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad		<input checked="" type="checkbox"/>				
3.	Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo						<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat						<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Krájím jídlo na malé kousky					<input checked="" type="checkbox"/>	
6.	Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím						<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Vyhýbám se především jídlům s vys. obsahem uhlovodanů (brambory, rýže)				<input checked="" type="checkbox"/>		
8.	Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	<input checked="" type="checkbox"/>					
9.	Po jídle zvracím						<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Po jídle se cítím velmi provinile				<input checked="" type="checkbox"/>		
11.	Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší		<input checked="" type="checkbox"/>				
12.	Když cvičím, myslím na to, že spáluji kalorie					<input checked="" type="checkbox"/>	
13.	Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á						<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Průliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku			<input checked="" type="checkbox"/>			
15.	Jídlo mi trvá déle než ostatním		<input checked="" type="checkbox"/>				
16.	Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr				<input checked="" type="checkbox"/>		
17.	Jím deitní jídla				<input checked="" type="checkbox"/>		
18.	Cítím, že jídlo ovládá můj život					<input checked="" type="checkbox"/>	
19.	Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo					<input checked="" type="checkbox"/>	
20.	Cítím, že ostatní mě nutí do jídla		<input checked="" type="checkbox"/>				
21.	Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu					<input checked="" type="checkbox"/>	
22.	Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně				<input checked="" type="checkbox"/>		
23.	Držím diety				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
24.	Mám rád/a prázdný žaludek				<input checked="" type="checkbox"/>		
25.	Rád/a ochutnávám nová vydatná jídla					<input checked="" type="checkbox"/>	
26.	Po jídle mívám nucení ke zvracení					<input checked="" type="checkbox"/>	