

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM
VĚKU**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Ivana Benešová

Učitelství pro střední školy, obor PS-Nj

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2016

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

V Plzni, 14. dubna 2016

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala paní PhDr. Lence Novotné za odborné vedení, cenné rady a dohled při zpracování diplomové práce. Zároveň také děkuji dívkám za poskytnuté informace k vytvoření kazuistik.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1 Nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy	10
1.1.1 Atypická mentální anorexie.....	10
1.1.2 Atypická mentální bulimie	10
1.1.3 Syndrom nočního přejídání	11
1.1.4 Záchvatovité přejídání.....	11
1.2 Nové typy poruch příjmu potravy	12
1.2.1 Drunkorexie.....	12
1.2.2 Orthorexie.....	13
1.2.3 Bigorexie	13
2. Mentální anorexie.....	15
2.1. Historie mentální anorexie	16
2.2. Diagnostická kritéria Mentální anorexie	17
2.2.1. Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	17
2.2.2. Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	18
2.3. Epidemiologie mentální anorexie.....	19
2.4. Symptomy mentální anorexie.....	21
3. MENTÁLNÍ BULIMIE	23
3.1. Historie mentální bulimie.....	25
3.2. Diagnostická kritéria mentální bulimie	27
3.2.1. Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	27
3.2.2. Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	27
3.3. Epidemiologie Mentální bulimie.....	29
3.4. Symptomy mentální bulimie	31
4. ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	33
5. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU.....	38

6. TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	43
7. KAZUISTIKY	46
7.1. Kazuistika pacientky s mentální anorexií.....	46
7.2. Kazuistika pacientky s mentální anorexií.....	48
8. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	50
8.1. Cíle výzkumného šetření.....	50
8.2. Formulace hypotéz	50
9. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	51
9.1. Výzkumné metody	51
9.2. Popis výběrového vzorku respondentů a postup získávání dat	51
9.3. Získaná data a interpretace jednotlivých otázek.....	52
9.4 SHRnutí VÝSLEDKŮ DOTAznÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	79
10.ZÁVĚR	82
11.RESUMÉ	83
12.SUMMARY	84
13.SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	85
13.1 Literatura.....	85
13.2 INTERNETOVÉ ZDROJE.....	87
14.SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Stále častěji se setkáváme s tím, že mnoho mladých žen trpí mentální anorexií nebo bulimií. Někdy mají tyto poruchy fatální dopad a končí smrtí, především pokud se jedná o mentální anorexii. Následky jsou vždy celoživotní a to nejen fyzické, ale především psychické a i úspěšná terapie nezaručí pacientkám, že se opět nedostanou do začarovaného kruhu. V poslední době se však setkáváme s těmito poruchami nejen u mladých žen, ale i u dospívajících dívek. Právě zvyšující se počet dívek trpících těmito poruchami je znepokojivý. Nelze se divit, protože ideálem krásy se stala štíhlost a tento trend přetrvává již několik let. I přesto, že příčin vzniku je vždy několik, a jedná se o jejich vzájemné působení, držení diet a propagace hubené až vyhublé postavy se stala normou krásy pro mladé ženy a může mít negativní dopad na jejich zdraví.

V teoretické části, která je rozdělena do šesti kapitol, se zabýváme problematikou poruch příjmu potravy, zejména pak mentální anorexií a mentální bulimií. První kapitola pojednává o atypických a nespecifických poruchách příjmu potravy, jakými jsou například atypická mentální bulimie a anorexie či syndrom nočního přejídání. Obsahem druhé kapitoly je mentální bulimie, její historie, epidemiologie, projevy a diagnostická kritéria. Stejně je pak zpracována i třetí kapitola, která se zabývá mentální bulimií. Předposlední kapitola se věnuje poruchám příjmu potravy v dětském věku, zahrnující i specifické poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku. Poslední kapitola popisuje možnosti léčby a zásady, jež je nutno při jejich terapii dodržovat.

Úkolem praktické části bylo jednak zjistit, jaká je frekvence narušených jídelních postojů u mladých dívek, vedoucích ke vzniku poruch příjmů potravy, a jednak zmapovat situaci, která se týká zkušeností mladých dívek s dietami. Zvolenou metodou bylo dotazníkové šetření pomocí Gardnerova dotazníku jídelních postojů EAT- 26, probíhající na střední odborné škole v Plzni. Pro lepší pochopení dané problematiky jsou součástí praktické části dvě přehledové studie pacientek, které v dětském věku trpěly mentální anorexií.

Cílem práce je objasnit problematiku poruch příjmu potravy, které mají tendenci se vyskytovat stále častěji již u dívek a chlapců v dětském věku. Cílem dotazníku pak bylo ověřit dvě stanovené hypotézy.

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Jídlo může mít pro člověka mnoho psychologických významů, může být prožitkem, způsobem ocenění, ale i prostředkem k eliminaci strachu, úzkosti či frustrace. Některým jedincům slouží jídlo a jeho příjem jako prostředek k odměnění sebe sama a k uvolnění nelibých pocitů osamělosti a prázdnoty. Strava a její příjem ovlivňují vzhled osoby, který je významným činitelem v procesu socializace jedince do sociokulturního prostředí. Právě společnost určuje ideál krásy, který se během 20. století výrazně měnil. Kulturní tlak může zapříčinit poruchovost příjmu potravy a vyústit v poruchy typu mentální bulimie nebo mentální anorexie (Smolík, 2002, s. 308-309).

Ve 20. století došlo k výrazným změnám vnímání ideálu ženské krásy. Na začátku 20. století se stala kultem krásy štíhlost a obezita, zvláště u žen, byla velmi kritizována. Štíhlé tělo bylo symbolem nových ideálů, ekonomické a sexuální nezávislosti. Během druhé světové války se dostává do popředí ženská postava, jejímž vzorem je Marilyn Monroe. Ekonomické a politické záležitosti převažovaly nad starostmi o váhu a vzhled. Ale již kolem roku 1940 se do popředí opět dostává štíhlé, až vyzáblé tělo. Ikonou štíhlosti se stává modelka Twiggy (Příloha č. 1), která má téměř chlapecké rysy. Tento trend přetrvával až do poloviny osmdesátých let, kdy se do popředí opět dostávají plné ženské tvary a křivky, nicméně požadavek na štíhlost v bocích a pase stále přetrvával. V devadesátých letech se ideálem krásy stává opět štíhlost.

V současné době patří k životu mnoha lidí diety, kterou jsou brány jako zvláštní stravovací režim nebo dokonce za normální součást života. V USA drží dietu každá třetí žena minimálně jednou měsíčně a jedna ze šesti se považuje za dietáře, kterého diety provázejí neustále, a nelze s nimi přestat. V České republice drží dietu každá čtvrtá žena a to až šestnáctkrát během svého života. Držení diet zvyšuje riziko rozvoje poruch příjmu potravy a to především u dospívajících dívek. Štíhlé tělo je pak často prezentováno jako finální produkt úspěšného dietního chování. Mnoho žen považuje shozené kilogramy za úspěch, díky kterému nad sebou získávají kontrolu nad jídlem a dokážou odmítnout potěšení z jídla. Touha po jídle je nahrazena pohrdáním. Čím více se žena stává štíhlejší a úspěšnější v odolávání svým potřebám, tím více je podněcována k dalšímu hubnutí (Novák, 2010, str. 47-50).

Až u 95 % lidí se ale setkáváme s neúčinnými dietami, které po několika letech vedly k nárůstu původní váhy či dokonce k váze ještě vyšší. Dochází ke zdravotním problémům, neboť se v těle opět zvyšuje hladina cholesterolu a cukru v krvi. Po neúspěšném pokusu se vrací výčitky a klesá sebevědomí. To vše vede k další touze po nové dietě, tak se dostává pacientka za začarovaného kruhu diet, přejídání a hubnutí. *„Zvyknout si na život bez diet může být stejně těžké jako si udržet tělesnou hmotnost.“* (Krch, 2008, s. 80).

Krch (2008, s. 80) rozlišuje tři druhy diet, které se objevují u bulimiček a osob, které se přejídá. Prvním druhem je půst, kdy pacientky delší dobu hladoví. Při druhém metodě, jak zhubnout, dochází k omezení příjmu na minimum. Při posledním způsobu dietního chování dochází k vyhýbání se určitým druhům potravy (tučná jídla, sladkosti), popřípadě jedinci vynechávají jedno nebo více denních jídel a důvěřují mylným dietním radám, že večeře je nezdravá. Porušení těchto dietních metod vyvolává pravidelné přejídání, opět narůstá váha a dochází k výraznému poklesu sebevědomí.

Velký vliv při podpoře dietního chování a hubnutí mají v dnešní době především média. Nejen při sledování televize a internetu můžeme pozorovat vyhublá těla modelek, ale i časopisy a různé knihy ženám radí, jak se stát štíhlejší a tím i krásnější. Novák (2010) zmiňuje, že k ovlivnění konzumentů může dojít i nepřímo bez otevřené propagace štíhlého ideálu krásy. Jako příklad uvádí příběh dvou pacientek. První dívka byla po zhlédnutí filmu o mentální bulimii natolik unesena příběhem hlavních hrdinek, které po jídle zvracely a nepřibíraly, že tuto metodu zkusila sama na sobě. Domnívala se, že v televizi by nedávali nic, co je špatné a co by mohlo ohrozit život člověka. Druhá dívka ve věku 14 let se rozhodla k dobrovolnému hladovění poté, co viděla zfilmovaný příběh slavné zpěvačky, která zemřela na selhání srdce jako následek mentální anorexie. I přesto, že se v poslední době objevují reklamy kritizující vyhublá ženská těla a snaží se prosadit průměrnou tělesnou hmotnost, stále jsou ženy s nadváhou považovány za ošklivé. Štíhlost nadále zůstává jako faktor určující krásu a úspěšnost žen.

(Novák, 2010, s. 59-61)

1.1 NESPECIFICKÉ A ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Do kategorie nespecifických a atypických poruch příjmů potravy řadíme pacienty, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria PPP a kteří vykazují téměř typický klinický obraz. Přesto, že je tato kategorie někdy přehlížena, patří do ní vysoký počet pacientů, kdy u některých dojde během několika let k plnému rozvoji všech příznaků poruchy. Podle MKN -10¹ lze u pacientů diagnostikovat atypickou mentální anorexii či atypickou mentální bulimii, přičemž u pacientů chybí jeden či více základních příznaků, které jsou typické pro danou poruchu (Krch, 2005, s. 21).

1.1.1 ATYPICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE

Pojem atypická mentální anorexie se uvádí u případů, kdy chybí jeden nebo více klíčových rysů a projevů, ale kdy je vykazován téměř typický klinický obraz. Pacientky nesplňují všechna diagnostická kritéria, ale v jednom či více kritériích mají jejich obtíže již úroveň klinické hloubky. Nejčastěji se vyskytuje atypická mentální anorexie s poklesem váhy pod BMI 17,5, se kterou je spojena amenorea a endokrinní porucha, přičemž nejsou zjištěna další kritéria, zejména pak strach z nadváhy a porucha tělového schématu. Pokles hmotnosti může být v některých případech sekundární příčinou jiné choroby, například angíny, při které se objevuje nechutenství. Po odeznění somatické nemoci může nechutenství přetrvávat a dochází k rozvinutí mentálně-anorektického chování. Dochází k manipulaci s jídlem a jeho omezování (Hort et al., 2088, s. 270-271).

1.1.2 ATYPICKÁ MENTÁLNÍ BULIMIE

Stejně tak jako u atypické mentální anorexie, vyazuje atypická mentální bulimie téměř typický klinický obraz s absencí jednoho či více klíčových projevů. Převážně se jedná o pacientky, které mají normální váhu, popřípadě nadváhu, u kterých se ale objevují typická období přejídání s následovným zvracením a užíváním projímadel (Hort et al., 2008, s. 271-272).

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (EDNOS)² jsou diagnostickou kategorií DSM-IV. Na rozdíl od MKN-10 nejsou rozlišovány atypické případy

¹ Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí

² Eating Disorders Otherwise Specified

mentální anorexie a mentální bulimie. Do této kategorie patří „syndrom nočního přejídání“ a „záchvatovité přejídání“ (Krch, 2005, s. 21).

1.1.3 SYNDROM NOČNÍHO PŘEJÍDÁNÍ

U této poruchy se objevují noční přejídání, nespavost a večerní anorexie. Syndrom nočního přejídání, často užívána zkratka NES³ je pacienty popisován jako neovladatelná chuť k jídlu v nočních hodinách, kterou nelze zastavit v případě, že došlo k pozření i nepatrného množství jídla. Pacienti si vybírají velmi kalorická a nezdravá jídla a budí se až několikrát za noc. Konzumace jídla ve večerních nebo nočních hodinách se objevuje minimálně jednou týdně (Krch, 2005, s. 21-22).

Příčinou jsou pravděpodobně opakované pokusy zhubnout, které však skončily neúspěšně či akutní stres (rozvod, úmrtí v rodině, nemoc), poruchy mezilidských vztahů, porucha hodnocení vlastního vzhledu, dlouhodobé hladovění.⁴

1.1.4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Záchvatovité přejídání, často označované BED⁵ se objevuje častěji u žen, nicméně zastoupení mužů je mnohem častější než u jiných poruch příjmu potravy. Počátek poruchy se většinou projevuje až ve starším věku. Často se objevuje chorobný strach z tloušťky a nereálné představy o vlastní váze. Jedinec trpí pocity úzkosti a viny, neustále se zabývá jídlem, ale neovladatelná touha po jídle vede k dalšímu přejídání, které je spojeno s pocity studu a výčitek. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců. Potrava je bohatá na tuky a cukry a naopak v ní chybí minerály a vitamíny, proto jedinci často trpí nadváhou a obezitou. Nevyskytuje se pravidelné kompenzační chování (zvracení, užívání laxativ, hladovění). Mezi varovné signály psychogenního přejídání patří neustálé dietní stravování, opakované výkyvy váhy, časté myšlenky na jídlo a občasná ztráta kontroly nad jídlem. Pacientky velmi často přes den ochutnávají různá jídla, aniž by si daly normální porci, jedná se o znak, nazývaný jako grazing. Přesto, že u psychogenního přejídání nedochází ke kompenzačním mechanismům, je oslabená

³ Nocturnal Eating Syndrom

⁴ http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf. [online] [cit. 10-2-2015]

⁵ Binge eating disorder

sebekontrola nad jídlem, stejně jako u mentální bulimie. Specifické pro binge eating jsou epizody přejídání, které jsou spojeny alespoň se třemi charakteristikami:

1. Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
2. Jí, dokud se necítí nepříjemně plný
3. Jí, aniž by pociťoval, že má hlad
4. Jí o samotě, protože jí více než ostatní, doprovází ho pocity studu
5. Po přejedení se cítí provinile, je deprimován a znechucen sám sebou

Kromě individuálních rizikových faktorů lze uvést jako příčinu vzniku rodinné prostředí. A to především takové, kde je kladen důraz na kontrolu a kde se vyskytují perfekcionistické a obsedantní rysy. Rodiny, ve kterých je kladen důraz na zevnějšek, často navenek působí jako velmi spokojené a šťastné, členové jsou ale hodnoceni a kritizováni pouze podle toho, jak vypadají a zda jsou štíhlí. Srovnávání s ostatními a častá kritika pak bývá rozhodujícím faktorem při vzniku poruch příjmu potravy, zejména pak při vzniku psychogenního přejídání. Mezi individuální rizikové faktory patří především zkušenosti s nadváhou a s neúspěšnou snahou o její odstranění pomocí frustrujících diet, zkušenosti s mentální anorexií nebo bulimií, kdy i několik let po onemocnění se u pacientek vyskytuje posedlost jídlem a nepřetržitá kontrola váhy. Rizikovým faktorem může být i sebehodnocení, které je závislé převážně na hodnocení vlastního i cizího zevnějšku, velmi často se projevuje u modelek či tanečnic, kde je váha rozhodujícím faktorem úspěšnosti a krásy (Papežová, 2012, s. 106).

1.2 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1.2.1 DRUNKOREXIE

Drunkorexie, také někdy nazývána jako alkorexie, je velmi závažná porucha příjmu potravy. Jedná se o kombinaci alkoholismu a anorexie, popřípadě o kombinaci alkoholismu a bulimie. Ohroženou skupinou jsou především žáci středních škol a vysokoškolští studenti. Drunkorexie se vyskytuje především u žen, které touží po dokonalé postavě a zároveň po alkoholu, který je velmi kalorický. Z tohoto důvodu snižují svůj denní příjem živin, aby mohly vypít více alkoholických nápojů, aniž by se to projevilo na jejich tělesné hmotnosti. Kombinace alkoholu a nedostatečné výživy často vede k intoxikaci. U drunkoretiků se objevují zažívací potíže, poškození chrupu, vypadávání vlasů a v důsledku požití nadměrného

množství alkoholu anémie a dehydratace. Léčba drunkorexie je velmi náročná. Jedná se o dvě nemoci zároveň, anorexii (bulimii) a závislosti na alkoholu. Proto je nutná přítomnost psychiatra i psychologa.

1.2.2 ORTHOREXIE

Jedná se o patologickou závislost na zdravé stravě. Jedinec je zpočátku za své stravovací návyky obdivován, dodržuje veškeré zásady zdravé výživy a vybírá si nejkvalitnější potraviny. Později však dochází k vyřazování většiny jídel, které považují za nebezpečná a dochází ke značné redukci přijímané potravy. Jedinci trpí podvýživou, začínají se objevovat deprese, úzkosti, dochází ke ztrátě sociálního kontaktu, především s lidmi, kteří nesouhlasí se stejnými stravovacími návyky, a většina případů končí smrtí. Orthorexie a anorexie mají společné rysy, ale je důležité rozlišovat tyto dvě choroby. Jednice trpící anorexií se zabývá množstvím jídla, naopak jedinec, který trpí orthorexií, se zabývá kvalitou konzumovaných potravin. Společnou charakteristikou je velmi nízká váha. K diagnostice orthorexie slouží Bratmanův test, jehož autorem je americký lékař Steve Bratman. Ten také poprvé použil termín orthorexie nervosa.

1.2.3 BIGOREXIE

Při této poruše si jedinci přijdou nedostatečně svalově vyvinutí, slabí či drobní, jsou nespokojeni se svým vzhledem a snaží se zmožutnit za účelem zmožutnění těla. Vytváří se závislost na posilování, aby došlo k nabrání svalové hmoty a aby se zbavili své méněcennosti. Nadměrné a dlouhodobé cvičení zatěžuje především pohybový aparát, který nemá možnost zregenerovat se. Vynechání fyzické aktivity vede ke stresu a výčítkám svědomí, proto pacienti cvičí i přesto, pokud u nich došlo k nějakému zranění. V důsledku přijímání potravin s vysokým obsahem bílkovin aminokyselin dochází k poškození gastrointestinálního traktu⁶, ledvin i jater. Ze začátku je okolí vnímá jako svědomití a pečující o své zdraví a obdivuje je, často ale dochází k sociální izolaci, která je způsobena trávením veškerého volného času ve fitcentrech a soustředěností pouze na své tělo.

⁶ Trávicí soustava

Aby mohl jedinec být diagnostikován jako bigoretik, musí splňovat minimálně dvě z následujících čtyř kritérií:

1. jedinec upřednostňuje trénink před pracovními a společenskými aktivitami
2. vyhýbá se aktivitám, při kterých je nutno se odhalit a nemůže-li se aktivitě vyhnout, je na něm patrná velká nervozita a stres
3. zdravotní problémy jedince neodradí od toho, aby šel cvičit
4. žije v představě vlastní nedokonalosti, která ovlivňuje jeho osobní i pracovní vztahy a dochází k sociální izolaci⁷

⁷ <http://www.doktorweb.cz/poruchy-prijmu-potravy-drunkorexie-orthorexie-bigorexie-zachvatovite-prejidani/> [online] [cit. 15-11-2015]

2. MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie patří společně s mentální bulimií mezi nejčastěji se vyskytující poruchy příjmu potravy (dále jen PPP). U mentální anorexie dochází k cílenému ubývání na hmotnosti. Hlavním zájmem je neustálé hubnutí, které je ovládáno vtíravou myšlenkou. Hlavními příznaky jsou dietní omezování, nadměrná cvičení, vyprovokované zvracení a zneužívání anorektik a diuretik. Porucha se vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen, ale mohou jí trpět i ženy po menopauze. Postižení mohou být i adolescentní chlapci a mladí muži. Příčinou výskytu může být nová životní situace, ve které jedinec nachází, se kterou se ale není schopen vyrovnat. Může se jednat o biologické (začátek puberty), psychologické (jednotlivá stadia adolescence) nebo sociální (nástup na střední/vysokou školu) faktory. Porucha začíná u osob s normální hmotností nebo u osob mírně či středně obézních. Vzniku choroby často předchází dieta, kdy jedinec viditelně zhubne a je okolím podporován a chválen za viditelný úbytek na hmotnosti. I po dosažení optimální hmotnosti jedinec setrvává v držení diet kvůli touze po dalším uznání. Někdy se objevují záchvaty žravosti, po kterých následuje vyvolané zvracení. MA anorexie se může vyskytovat jako jediná epizoda, ale i ve formě epizod, které se mohou opakovat až po dobu několika let. Indikátorem dobré prognózy je méně extrémní úbytek na váze a menší odmítání připustit si onemocnění jako závažný problém. U jedinců, kteří mají extrémně nízkou tělesnou hmotnost, nízký ekonomický status a odmítají si přiznat, že trpí poruchou příjmu potravy, je prognóza horší (Smolík, 2002, s. 308-309).

2.1. HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Termín anorexie se poprvé objevuje ve 2. století našeho letopočtu a jako první ho použil starověký lékař Galén. Do této doby jsou poruchy příjmu potravy označovány podle Hippokrata jako asithia. První klinické obrazy odpovídající mentální anorexii byly popsány anglickým lékařem Richardem Mortonem, který ve své knize „*Phthisiologia*“ z roku 1689 popisuje takzvané nervové opotřebení, způsobené nejen fyzickými příčinami, ale i emocionálními vlivy. Stejně symptomy byly popsány i v roce 1767 anglickým neurologem Whyttem a francouzským lékařem Nadeauem.

Na začátku 19. století francouzský frenolog a fyziolog Fleury Imbert rozlišoval dva druhy anorexie. Prvním typem byla *anorexie gastrická*, která byla převážně poruchou trávení. U druhého typu pacientky odmítaly potravu, neboť mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocity hladu, proto byla označována jako *anorexie nervová*. Avšak první věrohodné zmínky o mentální anorexii jsou popsány v literatuře až koncem 19. století. V roce 1859 byla popsána sitomanie, tehdy označována jako sitofobie, o rok později se objevil termín hypochondrické delirium. Hypochondrické delirium sloužilo jako označení choroby, při které mladé dívky odmítaly jíst, neměly chuť k jídlu a byly vyhublé. Při snaze vyléčit je se však lékaři potýkali se silným odporem. Whitey Gull se na své přednášce v roce 1816 věnoval hysterické apepsii, při níž mladé dívky výrazně hubnou, aniž by trpěly tuberkulózou. Upozorňuje přitom na emocionální příčiny této choroby. Příznaky popsané Gullem se shodují s příznaky, které jsou uváděny i dnes. Patří mezi ně velký úbytek hmotnosti, amenorea, zácpa a neklid. Tato přednáška byla publikována v roce 1874, přičemž název hysterická apepsie byl nahrazen názvem anorexie nervosa. Termín mentální anorexie byl všeobecně přijat na konci 19. století. V České republice se této problematice začal mezi prvními věnovat František Faltus, který v roce 1977 publikoval monografii s názvem „*Řekni mi, co jíš*“ a v roce 1979 „*Anorexia mentali, Anorektické symptomy, jejich diagnostika a léčba.*“ V roce 1979 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu, jež byla jako první svého druhu ve střední a východní Evropě (Krch, 2005, s. 27-31).

2.2. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE

2.2.1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN-10

- a) Mentální anorexie je porucha, která je charakterizována především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Jídlo odmítají jedinci zejména kvůli obavám z tloušťky, nikoli proto, že by na jídlo neměly chuť, ačkoliv to popírají. Nechutenství se většinou vyskytuje až v pozdním stadiu onemocnění a je důsledkem hladovění. U některých jedinců lze pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s jídlem souvisí, jako například jeho energetická hodnota nebo složení.
- b) U pacientů dochází k výraznému úbytku hmotnosti, nebo u dětí k chybění přírůstku hmotnosti, což vede k hmotnosti nižší nejméně o 15 % oproti normální nebo očekávané hmotnosti, která je přiměřená věku a výšce.
- c) Důsledkem vyhýbání se jídlu dochází k výrazné ztrátě tělesné hmotnosti, jedinec se vyhýbá především jídlům, po kterých si myslí, že ztloustne.
- d) Jedinec se vnímá jako příliš tlustý/tlustá, proto dochází ke stanovení si velmi nízkého prahu tělesné hmotnosti.
- e) U žen se objevuje amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence, která je zapříčiněna rozsáhlou endokrinní poruchou, zahrnující hypothalamo – hypofyzo – gonádovou osu. Výjimku tvoří ženy, užívající hormonální antikoncepci, u kterých nedochází ke ztrátě menstruace.
- f) Porucha nesplňuje kritéria A a B pro mentální bulimii.

Lze rozlišit dva typy mentální anorexie. Pokud se nevyskytují záchvaty přejídání, vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ nebo diuretik, jedná se o typ *restriktivní*. V případě, že se během současné epizody u mentální anorexie objevují záchvaty přejídání a vypuzování (zvracení, zneužívání laxativ, diuretik či klyzmat), jde o *typ záchvatového přejídání s následným vypuzováním*

2.2.2. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE DSM – IV⁸

- a. Jedinec odmítá udržovat tělesnou hmotnost na úrovni nebo nad úrovní normální váhy, která je přiměřená věku a výšce, například úbytek hmotnosti udržující tělesnou hmotnost na nižší úrovni než je 85 % očekávané hmotnosti, popřípadě dochází k absenci růstu váhy v období růstu, což vede k tělesné hmotnosti, která je nižší než 85 % hmotnosti adekvátní k danému věku.
- b. I přesto, že tělesná hmotnost je velmi nízká, má jedinec intenzivní strach z přibírání
- c. Dalším diagnostickým kritériem podle DSM – IV je narušené vnímání tělesné hmotnosti nebo tělesných proporcí a jejich přehnaný vliv na sebehodnocení. Současně dochází k odmítání závažnosti nízké váhy.
- d. U žen se po menarche⁹ objevuje amenorea, menstruace se nedostaví po dobu nejméně tři po sobě následujících menstruačních cyklů. Za amenoreu lze považovat i uměle vyvolanou periodu, například estrogenem (Smolík, 2002, s. 309-310).

⁸ Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

⁹ První menstruace

2.3. EPIDEMIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

První epidemiologické studie pochází již z 20. století a téměř všechny potvrzují nárůst onemocnění mentální anorexií, který byl výrazný především do 70. let. Poté docházelo ke stabilizaci a to v celé západní Evropě. Jednou z posledních studií je finská studie (Keski-Rahkonen et al., 2007, In: Papežová, 2010), která se zabývala prevalencí¹⁰ mentální anorexie. Byl zjišťován její výskyt u žen narozených mezi lety 1975-1979 a celoživotní prevalence mentální anorexie dosahovala 2,2 %. Procentuální výskyt stoupl na 4,2 % v případě, kdy byla použita definice mentální anorexie, která nevyžadovala výskyt všech kritérií. Tato studie se shoduje i s dalšími studiemi z Austrálie a USA. Počet případů mentální anorexie je výrazně nižší u mužů. Podle populační studie, která probíhala v roce 2007 v USA, tvoří muži přibližně čtvrtinu všech případů, které byly identifikovány (Hudson et al., 2007, In: Papežová, 2010). Podle výsledků populačních studií probíhajících v západní Evropě a USA se celoživotní prevalence mentální anorexie vyskytuje přibližně mezi 0,5-2,2 % u žen, přičemž muži tvoří 10-25 % všech případů.

V současné době se incidence¹¹ mentální anorexie pohybuje mezi 4,7/100 000 a 7,7/100 000 obyvatel. Údaje jsou poskytovány z registrů lékařů primární péče v západní Evropě, tyto údaje potvrzuje i výzkum z roku 1995 s incidencí, která dosahovala 8,1/100 000. Studie se zabývala především vlivem urbanizace na výskyt PPP, přičemž u žen žijících na venkově byla zjištěna průměrná roční incidence 13,2, kdežto u žen žijících ve velkých městech se incidence pohybovala okolo 16,1. Incidence mentální anorexie byla vyšší na venkově, ve velkoměstě byla výrazně vyšší incidence mentální bulimie (Hoek et al., 1995, In: Papežová, 2010, s. 25-30).

Nejčastěji se objevují nové případy u dívek ve věku mezi 15 a 19 lety, avšak mnoho jedinců s anorexií nemusí být hospitalizováno a léčeno, tím se také nedostanou do seznamu pacientů. Záleží také na tom, jaká diagnostická kritéria jsou užívána. Krch (2005, s. 37) též uvádí i závislost registrovaných případů s informovaností laické veřejnosti o dané problematice. Počet nových případů je vyšší i v případě takzvaného „informačního boomu“, ke kterému dochází v určitém období, což může být vnímáno jako dramatický nárůst incidence.

¹⁰ Počet případů, událostí nebo stavů v populaci, udává se v určitém čase a má zásadní význam pro plánování služeb a péče pro dané onemocnění.

¹¹ Výskyt nových případů onemocnění v určitém časovém období, který je udáván za na 100 tisíc obyvatel. Má zásadní význam pro pochopení etiologie konkrétního onemocnění.

V České republice se zvýšil počet hospitalizovaných pacientek s mentální anorexií, který v roce 1989 činil 135, na 534 v roce 1999. Necelé 1 % dívek trpí v České republice mentální anorexií a začíná nejčastěji ve věku mezi 13 až 19 lety. Na konci puberty se mohou příznaky mentální anorexie objevit až u 6 % dospívajících dívek. Úmrtnost této nemoci se pohybuje mezi 2 % až 8%, přičemž průměrně dochází k uzdravení v polovině případů.

(Marádová, 2007, s. 9)

2.4. SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexii můžeme poznat u jedinců na základě několika změn jídelního chování a zvyklostí. Výrazně dochází ke změně jídelníčku, nejprve z něj anorektické pacientky vyřazují příliš vydatná a nezdravá jídla (tučná jídla, sladkosti). Poté si postupně zakazují další potraviny (bílé pečivo, knedlíky, maso), nakonec konzumují jen potraviny, které jsou označené jako „light“. Vynechávání jídel si racionálně odůvodňují, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla, tvrdí, že nemají čas, nebo že jsou právě po večeři. Pokud dostanou jídlo, úzkostlivě si hlídají, aby dostaly malou porci, jsou schopné jednu lžičku jogurtu jíst až dvacet minut, dlouho si jídlo prohlížejí a dělí na velmi malé kousky. I po takto malém soustu se cítí přejedené. Dalším důležitým faktorem je i vyhýbání se jídlu ve společnosti, neadekvátně reagují na to, když je někdo pozoruje při jídle, jsou napjaté a vyděšené. Aby nepřibraly, neustále pobíhají a mají potřebu se zpotit, chodí až několik kilometrů pěšky, posilují několik hodin denně a jen stěží se dokážou uvolnit a odpočívat. Záměrně se oblékají do volných šatů, nebo naopak do oblečení, ve kterém je vidět jejich vyhublá a plochá postava. Tato ambivalence se objevuje i při rozhovorech o jídle, kterému se buď nadměrně věnují, nebo naopak vyhýbají. Tato střídavá období jsou ovlivněna především prvním zhubnutím, které je spojeno se vzrůstem sebevědomí, kdy jsou nemocní aktivní a společenští, postupně se ale více soustřeďují na jídlo, své tělo a hubnutí. Dokáží se několik hodin denně pozorovat před zrcadlem a kontrolovat svou postavu a tělesnou hmotnost. Často se také snaží zapít hlad, nebo naopak nepijí vůbec, až může dojít k dehydrataci. Redukce hmotnosti vede v některých případech ke kachexii¹², která dosahuje u některých jedinců až pod BMI 12.

Ze zdravotních problémů se nejčastěji objevuje nižší tolerance chladu, zimomřivost se atypicky projevuje, i pokud je venku teplo, zácpy a poruchy menstruačního cyklu, popřípadě amenorea. Ke ztrátě menstruace dochází v případě poklesu tělesného tuku pod kritickou úroveň pro daného jedince. Téměř u všech pacientek se vyskytují kardiovaskulární obtíže. Zejména sinusová bradykardie¹³, která se objevuje až u 80 % postižených. Přibližně u stejného procenta osob se lze setkat s hypotenzí. Ta je důsledkem nedostatečného příjmu tekutin, může vést k závratím a náhlým ztrátám vědomí. Nesprávná výživa a odmítání mléčných produktů, které obsahují vitaminy a tuky, způsobuje vznik

¹² Ztráta hmotnosti a svalové hmoty jako důsledek nemoci

¹³ Odchylka od normálního srdečního rytmu, zpomalení na 60 až 50 tepů za minutu.

osteoporózy. Ta vzniká již během prvních dvou let při onemocnění mentální anorexií. Dalšími somatickými příznaky jsou problémy v oblasti dermatologie. Kůže anorektických pacientek bývá pokryta lanugem, může se objevit suchá šupinatá kůže a kožní vyrážky v případě zneužívání diuretik a projímadel. U zvracejících pacientek se lze setkat s mozoly na hřbetech rukou, modřinami či purpurou. Některé pacientky mají jasně nažloutlé zabarvení kůže, takzvanou karotenodermii, která je způsobena hyperkarotenemií. Ta je přítomna až u 72 % postižených. Výrazně zvýšená je také náchylnost k nemocem. Podvýživa výrazně oslabuje imunitu těla a nemoci, se kterými se zdravý jedinec vypořádá snadno, jsou pro anorektické pacienty závažné. Přetrvávají delší dobu, probíhají v mnohem těžších formách, často jsou také provázeny komplikacemi (Krch, 2005, s. 94-100).

Onemocnění je však spojené nejen se somatickými změnami, ale také se změnami psychickými. Začátek hubnutí přináší euforickou náladu a nárůst sebevědomí. Nemocní jsou aktivní a rádi tráví svůj volný čas ve společnosti. Postupně se však začínají stále více věnovat své postavě a touze zhubnout. Poté se zcela začínají vyhýbat svým přátelům, rodině a uzavírají se sami do sebe. Dochází ke zhoršení nálady, jsou přecitlivělí a podráždění, může být přítomen depresivní syndrom. Pocity selhání a hanby mohou v některých případech vyústit až v pokusy o sebevraždu. Důležitým příznakem je porucha tělového schématu. I přesto, že je pacientka extrémně štíhlá, má neustále pocit, že musí nadále hubnout a že je příliš silná. Pokračuje v držení diet a cvičení. Provází ji strach z nárůstu tělesné hmotnosti, který by mohl být nepatrný, ale mohl by podle ní pokračovat a vést až k obezitě. U většiny nemocných vymizí pocit hladu a chuti k jídlu, pokud ne, snaží se ho stále překonávat. Velmi nápadný je zájem o jídlo, kdy nemocné velmi rády vaří pro druhé a sbírají recepty. Samy se ale vyhýbají konzumaci jídel. Komplikace, které jsou důsledkem nemoci, zvyšují soustředění se nemocného na sebe sama. Proto je jedinec trpící PPP stále více sebestředný a potřebuje pozornost od svého okolí. Postupně si zvyká na to, že mu ostatní ustupují a že mají zájem především o něj. Proto nemoc, o kterou původně nestál, má určité výhody a přináší mu zisky. Proto se můžeme u některých jedinců setkat s nepříjemnými pocity v případě, že by měli o svou nemoc přijít (Krch, 2002, s. 23-29).

3. MENTÁLNÍ BULIMIE

V šedesátých a sedmdesátých letech převažovala hlavně mentální anorexie, kdežto v osmdesátých a devadesátých letech se setkáváme s nárůstem případů mentální bulimie, což reflektuje 10. revize MKN, která obsahuje pojem poruchy příjmu potravy, na rozdíl od 9. revize, ve které se nacházel pouze pojem mentální anorexie. Obě formy mohou přecházet jedna v druhou, nejčastěji začíná onemocnění mentální anorexie, jež přechází v mentální bulimii až u poloviny pacientek. Společným znakem obou typů je touha zůstat extrémně štíhlá (Hort et al., 2008, s. 263).

Pro onemocnění mentální bulimií jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání, po kterých následuje zvracení nebo užívání projímadel. Jedinec se nadměrně zabývá kontrolou své tělesné hmotnosti, proto po pozření jídla vyvolává záměrné zvracení. To má za následek somatické komplikace. Mentální bulimii může často předcházet výskyt mentální anorexie v průběhu několika měsíců až let. Bulimie začíná většinou v adolescentním věku nebo v rané dospělosti u jedinců, kteří se snaží záměrně snížit svou tělesnou hmotnost. Začátek následuje často po změnách v životě, například začátek studia, změna zaměstnání, opuštění domova či nové příbuzenské vztahy. Může docházet k remisím¹⁴, při kterých se objevují záchvaty přejídání velmi zřídka nebo vůbec. Průběh je zpravidla chronický a pacienti vyhledávají léčbu až po několika letech. Postižený si své narušené návyky v příjmu potravy uvědomuje a rozdíl mezi záchvaty přejídání a zvýšeného příjmu jídla dokáže dobře rozlišit. Při záchvatech přejídání obvykle nepocítují hlad a v konzumaci pokračují i při pocitech přesycenosti. Před nimi jedinec trpí pocity osamělosti, smutku, prázdnoty a izolace. Tyto pocity mizí během záchvatu přejídání, po němž se ale ihned vrací depresivní nálada a pocity viny, kterými se jedinec vědomě zdrcuje.

Záchvaty mohou trvat několik minut, většinou ne déle než dvě hodiny a odehrávají se vždy v tajnosti. Většina z nich začíná spontánně, mohou být ale i plánované, především u chronických průběhů poruchy. V době záchvatů je kalorický příjem 3x až 25x větší, než je doporučený denní příjem. Jídlo obsahuje vysoké procento sacharidů, zpočátku pacienti konzumují především sladkosti, v době záchvatu ale konzumují veškeré dostupné jídlo, například i velké množství zeleniny. U některých jedinců dochází ke střídání období přejídání s dlouhými půsty a nepřiměřeně intenzívním cvičením. Po záchvatu si postižený

¹⁴ Návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím nemoci

vyvolá zvracení mechanickým drážděním hltanu prsty. Pokud tímto způsobem dochází k vyvolávání často, objevují se stopy macerace¹⁵ na hřbetech prstů.

Často se ve spojení s bulimií objevují další příznaky porušení kontroly impulzů, jako je alkoholismus, abúzus drog, kradení, sebepoškozování či dokonce sebevražedné pokusy. Jako další projevy lze uvést edémy rukou a nohou, bolesti hlavy a krku, zubní kazy, pocity plnosti a bolesti břicha. Mohou se objevit i závratě, točení hlavy nebo nepravidelnost menstruačního cyklu, trvalá amenorea se ale nevyskytuje.

(Smolík, 2002, s. 316)

¹⁵ Změknutí vzniklé působením tekutiny

3.1. HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE

Stejně tak, jako patří do dějin lidstva odmítání jídla, je historie přejídání stará jako lidstvo samo. Nenasytné přejídání a hltání jídla se vyskytovalo v dějinách především mezi privilegovanou elitou společnosti. Mezi šlechtou bylo běžné se přejíst a poté jídlo vyzvracet, za účelem dalšího hodování.

Původně sloužil pojem bulimie k označení zlého démona, který znamenal velký hlad (*pou limos = polys limos*). Později se však vychází pouze z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad) a jedná se o tak velký hlad, při kterém je člověk schopen sníst celého vola. Pojem bulimie byl též užíván pro slabost a mdloby, které byly způsobené hladem. Její etiologie byla spojována zejména s dysfunkcí a abnormalitou trávicího ústrojí. V 17. století bylo rozlišováno až sedm druhů bulimie, přičemž čtyři z nich byly symptomatické a měly několik příznaků jako průjem, křeče a cizopasníky.

V roce 1874 byla popsána na přednášce vedené Gullem nenasytná chuť k jídlu u anorektické pacientky a záchvaty přejídání u pacientek, které se z anorexie léčí. Na přelomu 19. a 20. století se objevilo několik kazuistik nutkavého přejídání, po němž následovalo vyvolané zvracení. Nejlépe popsaná kazuistika byla publikována v roce 1944 ve Švýcarsku, psychiatrem Ludwigem Binswangerem, ačkoliv tyto příznaky byly zprvu považovány za neurotickou poruchu. Jednalo se o příběh Ellen Westové, která bojovala s bulimií a neovladatelnou touhou po štíhlé postavě, jež ji dovedla k násilnému zvracení a extrémnímu nadužívání laxativ. I přesto, že stále častěji byly brány v úvahu emocionální faktory, jako například sklíčenost či deprese, byla bulimie považována především za projev nesprávného trávení. V roce 1979 byl poprvé Geraldem Russelem použit termín *bulimia nervosa*, který znamenal silné a neovladatelné nutkání přejídat se. Pojem bulimia nervosa byl spojen s chorobným strachem ze ztloustnutí a s vyhýbáním se ztloustnutí vyvoláním zvracení, nebo zneužíváním pročišťujících prostředků, popřípadě kombinace obojího u žen s normální tělesnou hmotností. Tímto způsobem si udržovaly nízkou váhu až několik let a nechtěly se těchto metod dobrovolně vzdát.

Na počátku sedmdesátých let přibývalo žen, které se přejídaly, ale zároveň si udržovaly svou tělesnou hmotnost v normě díky zvracení, užíváním projímadel, nebo držely přísné až drastické diety. V této době se již rozlišovala mentální anorexie od mentální bulimie. Objevilo se několik návrhů pro název této choroby (dysorexie, bulimarexie, syndrom dietního chaosu, syndrom přejídání a pročišťování). Nakonec se ujal

termín bulimie, který v roce 1987 v revidované verzi DSM- III byl sjednocen s britskou terminologií a označen jako *mentální bulimie*.

(Krch, 2005, s. 31-33)

3.2. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE

3.2.1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN-10

- a) U mentální bulimie dochází k opakovanému přejídání, nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Při těchto záchvatech přejídání je konzumováno velké množství jídla s vysokým obsahem kalorií.
- b) Neustálé zabývání se jídlem, silné puzení k jídlu, které často může přejít až v záchvatovité přejídání (žádostivost).
- c) Pacienti se snaží čelit vykrmuujícímu účinku jídla následujícími způsoby:
 1. vyprovokované zvracení
 2. vyprovokovaný průjem
 3. střídavá období hladovění
 4. užívání léků, jako jsou anorektika, syntetické hormony štítné žlázy a diuretik. V případě, že se nemoc vyskytuje u diabetiků, může docházet k záměrnému vynechávání inzulínu.
 5. neustálé obavy z tloušťky, vlastní pocity přílišné tloušťky, jejichž následkem je obvykle podváha.

(Smolík, 2002, s. 314)

3.2.2. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE DSM – IV

- a. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, takzvaného binge eatingu, tato epizoda je charakterizována dvěma okruhy příznaků:
 1. Pacientka konzumuje velké množství jídla v různých časových intervalech, například každé dvě hodiny. Množství zkonsumovaného jídla je mnohem větší ve srovnání s jídlem, které dokáže sníst většina lidí.
 2. Dochází k pocitu ztráty kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání.
- b. Následkem přejídání je nevhodné kompenzační chování, aby nedošlo k nárůstu tělesné váhy. Objevuje se požívání diuretik či projímadel, popřípadě nadměrné cvičení a období hladovění.
- c. Tyto opakující se kompenzace se objevují nejméně dvakrát týdně, po dobu tří měsíců.
- d. Sebehodnocení je příliš ovlivněno hmotností.
- e. *„Rušivé příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu epizod mentální anorexie.“* (Smolík, 2002, s. 315)

U mentální bulimie lze rozlišit dva typy, typ purgativní, kdy si jedinec pravidelně vyvolává zvracení a dochází k nadužívání projímadel, diuretik či klyzmat.¹⁶ U druhého nevypuzujícího typu se osoba trpící mentální bulimií uchyluje ke kompenzačnímu chování, jako je půst, nadměrné cvičení, ale nevyvolává si záměrně zvracení a nedochází k nadužívání diuretik, projímadel či klyzmat.

K tomu, aby mohla být určena diagnóza mentální bulimie, je nutné, aby pacientka splňovala nejméně tři ze základních znaků. Mezi tyto znaky řadíme opakující se epizody přejídání, spojené s pocity nekontrolovatelnosti a neovladatelnosti. Dále extrémní kontrola tělesné hmotnosti, která se opakuje, toto kritérium zahrnuje i období, kdy pacientka střídavě hladoví. Podle DSM – IV zahrnuje toto kritérium i extrémní cvičení. Z toho vyplývá, že bulimie je diagnostikována i u osob, které si nevyvolávají po jídle zvracení a které nezneužívají purgativní způsob ke kontrole své tělesné hmotnosti. Třetím znakem je nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Smolík, 2002, s. 314-315).

¹⁶ Vpravení tekutiny do tlustého střeva konečníkem

3.3. EPIDEMIOLOGIE MENTÁLNÍ BULIMIE

Zatímco u anorektických pacientek se setkáváme s uspokojením z některých příznaků nemoci, u mentální bulimie je tomu spíše naopak. Neustálé diety, snaha zhubnout a strach z tloušťky provází téměř každou mladou ženu. Hlavním příznakem mentální bulimie je přejídání, ten se ale vyskytuje mezi ženami velmi často. I z tohoto důvodu byla uváděna v prvních studiích až desetiprocentní prevalence této poruchy. Pokud se ale přesněji specifikují kritické příznaky a jejich frekvence, prevalence mentální bulimie klesá. Fairburn a Beglin (In: Krch, 2005) se pokusili analyzovat výsledky padesáti studií, zabývajících se epidemiologií mentální bulimie. Zjistili, že pokud nejsou stanoveny limity, uvedlo záchvaty přejídání 35,8 % respondentů. Zatímco ve studiích, kde byla určena podmínka přejídání se alespoň jednou týdně, dosahovala prevalence 15,7 %. Podobné výsledky byly u podmínky zvracení. Přibližně 8 % dotazovaných uvedlo, že zvrací za účelem kontroly své tělesné hmotnosti, 2,4 % respondentů zvracelo pak častěji než jednou týdně.

Mentální bulimie jako diagnóza do roku 1979 neexistovala. Z tohoto důvodu je jen málo studií, které by se zabývaly incidencí této nemoci. Údaje z roku 1985 až 1989 uvádí 11,5 případů na 100 000 obyvatel. To však mohou být podle Krcha (2005, s. 37) značně podhodnocené údaje, neboť nárůst incidence mentální bulimie se zvyšoval o 15 % za rok. U více než poloviny pacientek byla přítomna nadváha. Lze tedy předpokládat, že tyto pacientky nechodily tak často k lékaři, nebo že příznaky mentální bulimie byly podceňovány ze strany lékařů. Pouze polovině pacientek byla doporučována hospitalizace či psychiatrická péče. Nejvyšší nárůst incidence byl zaznamenán v letech 1988 a 1977, poté došlo ke stagnaci. Údaje se lišily především podle toho, o jakou věkovou skupinu se jednalo. U dívek mezi desátým a devatenáctým rokem byla incidence stabilní, incidence u žen ve věku 20-39 let byla nižší. V současné době lze předpokládat, že prevalence mentální bulimie se pohybuje mezi 1 až 4 % žen. Ve skutečnosti může být tento počet vyšší. Narušené postoje k jídlu se pravděpodobně pohybují mezi 5 až 10 % mladých žen a dívek. Zde jsou zahrnuty lehčí formy, hraniční případy, jako jsou atypické syndromy či jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Většinou však dochází k rozvinutí plného syndromu.

V České republice onemocní mentální bulimií každá dvacátá dívka, tedy až 6 % dívek. Stejně tak jako mentální anorexie, i mentální bulimie je až dvacetkrát častější onemocnění dívek než chlapců. Strach z tloušťky vede až 2 % českých dívek k tomu, aby

zvracelo, a téměř 2 % dívek si vyvolává zvracení s menší frekvencí než první 2 %. Dalších 6 % dospívajících dívek se o zvracení minimálně jednou pokusilo za účelem zhubnout. Největším rizikem pro mladé dívky a ženy jsou drastické diety a špatně povědomí o tom, jaká je optimální váha (Marádová, 2007, s. 9).

3.4. SYMPTOMY MENTÁLNÍ BULIMIE

Hlavními symptomy mentální bulimie jsou záchvaty přejídání a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. Jedná se o záchvaty „vlčího“ hladu, kdy je pacientka schopna sníst obrovské množství jídla, zároveň ale dochází k výčtkám, a zůstává touha po štíhlosti. Ráno a dopoledne nedochází téměř k žádnému pozření potravy, váha a příjem potravy je pod kontrolou. Tato situace se však během dne mění a v odpoledních či večerních hodinách se pacientka přejídá. Kalorická hodnota tohoto jídla je až několikrát vyšší než doporučená denní dávka, energetická hodnota jednorázového příjmu potravy může mít 5 – 10 000 kcal. Často pacientka pozře neobvyklé kombinace jídel a sní vše, co je v lednici k dispozici pro celou rodinu. Za celý den může energetická hodnota jídel dosáhnout až 50 000 kcal, přičemž doporučená denní dávka je přibližně 1470 kcal. Poté následují pocity viny ze selhání, které vedou pacientku k tomu, aby si vyvolala zvracení. Nejčastěji bývá vyvoláno prsty nebo předmětem, například lžící. Zvracení a jeho vyvolání je zpočátku obtížné, postupně se ale může stát spontánním a bez větších obtíží. Tělesná váha fluktuuje, může klesat a stoupat a dochází k rozvinutí typického kruhu a tento cyklus přejídání a zvracení může trvat až několik let. V některých případech jsou místo zvracení zneužívána laxativa, nebo po přejedení následuje nadměrné cvičení.

Strach z tloušťky může mít několik podob, jako je strach sníst, strach najíst se v restauraci, strach mít plný žaludek, ale i strach sníst o něco víc, než bylo plánováno. Strach postupně roste a pacientky se obávají tloušťky. Tato situace se stává obtížně řešitelnou a každé řešení je bolestivé, protože je pokaždé spojeno s narůstající nejistotou a strachem. Zpočátku se může jednat pouze o vynechávání nezdravých potravin, které má svou racionální podstatu a argumenty. S rostoucími obavami z porušení zásad zdravé stravy jedí pacientky stále to samé jídlo nebo nic. Jídelníček je příliš chudý a jeho nedodržení je provázeno pocity paniky a je vnímané jako přejedení.

Somatickým příznakem je stejně jako u mentální anorexie závažná porucha vnitřního prostředí. Pacientky jsou nápadně unavené, projevuje se u nich nadměrná spavost způsobena hypokalemií¹⁷, která může vést k srdeční arytmii, ale i k srdeční zástavě. Následkem častého zvracení je poškozená zubní sklovina a zvýšená kazivost chrupu. Zvracení též vede k zvětšení průšních žláz. To může být dalším psychologickým problémem, neboť jejich obličej vypadá širší a pacientky si potvrzují svůj pocit, že jsou

¹⁷ Pokles draslíku v těle

silné. Vzácnými somatickými komplikacemi, které ohrožují život nemocných, jsou akutní dilatace žaludku a ruptura jícnu. Následkem dlouhodobého omezování jídla a tekutin je velmi často dehydratace organismu.

Krch (2008, s. 36) uvádí několik dalších zdravotních důsledků, které jsou zapříčiněny nedostatečnou výživou. Patří mezi ně například zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké, suché vlasy, které se lámou, zácpa, nepravidelná menstruace a to i u dívek s normální tělesnou váhou. Nedostatečná výživa postihuje i játra, ledviny, zrak a u mladých dívek je zpomalen či zastaven růst. U pacientek může docházet k odvápnění kostí, které je důsledkem nízkého energetického příjmu.

4. ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Tato kapitola se zabývá příčinami vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Jedna porucha může často přecházet v druhou a faktory, které je způsobují, se v mnoha případech shodují. Z tohoto důvodu lze etiologii těchto poruch považovat za velmi podobnou.

Vznik mentální anorexie je stejně tak jako mentální bulimie podmíněn multifaktoriálně. Jedná se o vlivy rodinné, biologické, sociokulturní a individuálně – psychologické, které jsou ve společné interakci. Onemocnění se objevuje především v zemích s nadbytkem jídla a snadnou dostupností potravin, jedná se o takzvaný západní hodnotový systém, kdy se ideálem krásy a zdraví stává štíhlé ženské tělo. K rozšíření poruchy došlo převážně ve druhé polovině 20. století, právě v této době se jídlo v západních zemích stalo snadněji dostupné a docházelo k deritualizaci jídla. Dívky trpící touto poruchou bývají výrazně citlivé a perfekcionistické, často s nadprůměrnou inteligencí a studijními ambicemi. Jako jeden z etiologických faktorů vzniku onemocnění je uváděn strach z dospělosti, proto se často nemoc objevuje po menarche, kdy dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků (Hort et al., 2008, s. 278).

Sociální a kulturní faktory

Sebeovládání, úspěch, výkon a prestiž jsou atributy módního ideálu, který má vliv nejen na dospělé ženy, ale především adolescenty, kteří vidí cestu k sebekontrolě a kráse právě ve štíhlosti. Štíhlosti se pak snaží dosáhnout pomocí diet, které mohou vést v extrémních případech až k poruchám příjmu potravy. Především ženy a dívky jsou vystaveny mediálnímu tlaku, který jako kult krásy a fyzické přitažlivosti zdůrazňuje štíhlost. Diety jsou ve většině případů neúčinné a východiskem z této situace se stává zvracení či hladovění. Sociální a kulturní tlaky jsou v rozporu jak s biologickou přirozeností lidského, především ženského těla, tak v rozporu s adekvátní představou sebe sama. Mediální vliv má za následek sníženou sebedůvěru a zkreslené sebehodnocení, posiluje nadměrný zájem o tělesnou váhu a neustálou kontrolu vlastního těla. Nevhodné postoje a názory týkající se jídla se stávají společenským standardem mající velký společenský vliv.

Biologické faktory

Riziko vzniku mentální anorexie je u žen až desetkrát vyšší než u mužů. Především v období puberty adolescence, kdy dochází k nejvýraznějším psychickým a tělesným změnám, se zvyšuje riziko vzniku mentální anorexie. U dívek v ČR mezi 8. a 16. rokem se zvyšuje BMI z 16 na 19. Přibývání tukových zásob a nárůst hmotnosti mohou ale dospívající dívky považovat za určitou hrozbu, která není v souladu se současným ideálem krásy.

Vývojové determinanty

Obavu o svou váhu a vzhled mají dnes dívky již ve věku mezi devátým a desátým rokem. V tomto věku se objevují snahy zhubnout a strach z tloušťky. Touha po štíhlosti je vyšší zvláště u dětí, které trpí nadváhou. Příčinou vzniku nejen u dospělých, ale i u dětí mohou být diety. Podle výzkumu, který probíhal v Británii, bylo zjištěno, že silné děti jsou na okraji skupiny vrstevníků a jen málokdy je někdo označí jako nejlepšího přítele, naopak jsou nazývány neobratnými, línými a hloupými. Tyto děti jsou velmi často terčem posměchu, proto se snaží zhubnout a tím se zvyšuje riziko vzniku PPP (Novák, 2010, s. 16).

Období typické pro vznik PPP je období dospívání. Jedinec si v průběhu dospívání uvědomuje sám sebe, což je někdy velice bolestivé. Snaží se prosazovat své zájmy a názory a stává se zranitelnějším. Středem jeho zájmu je především svět vrstevníků, kterým se snaží zalíbit, a touží po jejich pozitivním hodnocení. Názor ostatních pak velice ovlivňuje jeho sebevědomí. Jedinec tíhne k určitým sociálním skupinám, například k partě, se kterou se velmi rychle ztotožní, přebírá její hodnoty postoje. V případě projevení nesouhlasu či kritiky se jedinec cítí zraněn. U dívek se například v partě může začít řešit váha a různé diety. Proto neustále přibývá dívek, které onemocněly, protože se chtěly vyrovnat dívkám v partě, nebo chtěly být chváleny za štíhlou postavu.

Shore a Porter (1990, In: Krch, 2005, s. 61) uvádí, že zatímco chlapci dospívání považují za přiblížení se maskulinnímu ideálu krásy, pro dívky znamená dospívání naopak oddálení se současnému ideálu krásy. V kontextu s biologickými faktory se také uvádí patologie menstruačního cyklu. Amenorea je jedním z hlavních znaků onemocnění. Třetina až polovina pacientek ztrácí menstruaci před výrazným úbytkem hmotnosti. Toto zjištění lze

interpretovat dvěma způsoby. Amenorea se může objevit jako důsledek redukčních diet, při kterých pacientka výrazně omezuje jídlo a dochází k endokrinním změnám.

Další možnou interpretací je vliv psychogenních faktorů. Tato interpretace spočívá v nevědomém odmítání známek dospělosti jakou je například ztráta menstruace. Avšak menstruační cyklus může přetrvávat u dívek, které užívají hormonální antikoncepci. V případě jejího vysazení menstruace vymizí (Kocourková et al., 1997, s. 49).

Rodinné faktory

Pacientky, u kterých se objevila mentální anorexie, udávají jako důvod vzniku určitou životní událost. Nejčastěji se jedná o nárazky týkající se tělesného vzhledu, životní změny či rodinné problémy. Poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček objevují až pětkrát častěji než v běžné populaci, doposud ale nebylo potvrzeno, že by existovala typická anorektická rodina. V rodinách pacientek se však objevují posedlosti zdravou výživou, diety velmi často také obezita. Příčinou vzniku může být i rodina, která je příliš orientovaná na výkon a perfekcionismus (Krch, 2002, s. 65-69).

Rodiny, u kterých se objevuje anorektické dítě, mají specifické charakteristiky, mezi které patří složitost přehnaně blízkých vztahů, přičemž blízkost a lojalita mají větší význam než seberealizace a samostatnost, dále se uvádí obtížné vyrovnávání se s konflikty, pokud k nějakému konfliktu dojde, rodina se s ním neumí vyrovnat a řešit ho. Dalším znakem těchto rodin je přílišná citlivost k potřebám rodinných příslušníků vedoucí k hyperprotektivité¹⁸. Nemoc v tomto případě slouží jako ochrana před rozpadem rodiny. Charakteristická je také rigidita, a to v pevně stanovených modelech interakce. Tyto děti se cítí snadno ohrožené a dochází u nich k somatizaci, kterou vyjadřují to, co v rodině nelze řešit zralejším způsobem. Pro tyto rodiny jsou typické anorektičky – restriktérky, u nichž se objevuje extrémní kontrola jídelního chování (Kocourková et al., 1997, s. 55-58).

Problém nastává především v případě separace dítěte od rodiny, která s sebou přináší změnu a konflikty. Mladé ženy se musejí vyrovnat s tím, že opouští svůj dosavadní domov, jejich problémy jsou poté chápány jako vyrovnání se s konfliktem opustit rodinu. Separace

¹⁸ Nadměrná péče o dítě, která může mít negativní dopad na jeho vývoj

od rodiny může být spouštějícím faktorem při vzniku PPP, avšak podle Krcha může mít separace od rodiny pozitivní vliv na některé pacienty, kteří se léčí.

Emocionální faktory

Velmi často se u pacientek trpících mentální anorexií či mentální bulimií vyskytují úzkostné a depresivní příznaky. Tyto příznaky převážně souvisí s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Až 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje během onemocnění kritéria velké depresivní poruchy.¹⁹ Depresivní znaky se vykytují převážně u pacientek s mentální bulimií, a to ve 20 % až 80 %. Podle některých zjištění je možné předpokládat, že PPP mohou mít společnou příčinu nebo že PPP je variantou primární depresivní poruchy. Tato hypotéza byla poprvé vyslovena v roce 1977 Cantwellem, který na základě několikaletého sledování zjistil u 67 % anorektických pacientek dlouhodobé depresivní poruchy. Tento předpoklad je podporován jednak častější prevalencí depresivních poruch rodinách u pacientů s PPP, jednak efektivnost antidepressiv při krátkodobé léčbě mentální bulimie. Vyskytující se deprese u pacientek s PPP jsou často důsledkem zdravotních, psychických a sociálních problémů, které souvisí s malnutricí²⁰, nepřiměřenou sebekontrolou či naopak s neschopností se pořád kontrolovat.

Příčinou vzniku PPP mohou být i některé životní události či situace, které jsou často považovány za predisponující či spouštěcí faktory. Jako nejčastější důvod jsou zmiňovány narážky na tloušťku a celkový tělesný vzhled, kdy pacientce bylo řečeno, že by měla zhubnout, nebo že je příliš silná. Dalším spouštěcím faktorem mohou být sexuální a jiné konflikty, výrazná životní změna, osobní neúspěchy, nemoc či separace od rodiny. Hsu (1990, In: Krch, 2000, s. 64-65) však zmiňuje, že tato data nemusejí být validní vzhledem k jejich retrospektivnímu sledování. Odrážejí tedy to, co si pacient, jeho rodina a okolí o daném problému myslí. Proto zdůrazňuje, že příčiny mohou spíše vyjadřovat osobní perspektivy zaujatého výzkumníka než opravdovou podstatu věci.

Podle Palmera (In: Kocourková et al., 1997, s. 55) bylo u mnoha pacientek, které měly mentální anorexie, zjištěno sexuální zneužití v dětství osobou významně starší. Sexuální zneužití ovlivňuje identitu a především prožívání tělesného obrazu, proto může

¹⁹ Chorobný stav projevující se depresivními rysy

²⁰ Malnutrice je stav, při kterém má jedinec nedostatek živin nutných pro funkci organismu

oběť sexuálního zneužívání neustále kontrolovat a omezovat vše, co přichází dovnitř. Lze tedy u psychogenních poruch vidět sexuální symboliku významu.

Kocourková (1997, s. 61) uvádí i psychosomatický model onemocnění. Jedná se o model, ve kterém jde o společné působení faktorů predisponujících, spouštěcích a udržujících. Za predisponující individuální faktory je možné označit ženské pohlaví a typ osobnosti s nejistou identitou a křehkou narcistickou rovnováhu, ale i typ osobnosti s vysokým perfekcionismem a velmi silnou výkonovou orientací. Predisponující rodinné vlivy jsou rodiny. Sociokulturní rovina pak zahrnuje zejména příslušnost k vyšší střední třídě a společensky vysoké hodnocení výkonnosti a štíhlosti. Spouštěcími faktory jsou psychotraumata, spojená s obdobím puberty. Dívky nechtějí přijmout měnící se tělesné tvary a komentáře ohledně rozvoje pohlavních sekundárních znaků prožívají negativně. Nevhodný komentář, který se týká například obezity u dané dívky, může působit traumaticky, ačkoliv se jedná o obezitu reálnou. Dalším spouštějícím faktorem je nápodoba. Ta bývá často u dívek, které se snaží vyrovnat svému idolu. Může se jednat o zpěvačky, modelky, ale i o kamarádku, která právě začala držet dietu a chce zhubnout. I některá prostředí mohou být považována za riziková, neboť vyžadují štíhlost a patologické chování ve vztahu k jídlu je přímo vyžadováno. Příkladem jsou různé umělecké školy (baletky), sportovní školy (gymnastky) či sportovní kluby (žokejové). Udržující faktory souvisí s rozvojem symptomatiky, která je vázaná na poruchy příjmu potravy. Jsou to faktory, které jsou spojeny se syndromem hladovění a oslabením sebevědomí, jež je následkem tohoto syndromu. Působí jak primární zisk z poruchy (ztráta hmotnosti, tak zisk sekundární, kterým může být získání pozornosti v rodině. Udržujícím faktorem se někdy stává i nedostatečné porozumění psychologickým mechanismům fungování pacientky, kdy pacientka ztěžuje lékaři správnou intervenci. Nevhodné chování pacientky odmítající spolupracovat s lékařským personálem, může být příčinou vzniku trestajících postojů ošetřujícího personálu. Tím dochází k posilování lpění postižené na patologických postojích.

5. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU

Poruchy příjmu potravy nejsou bohužel jen problémem dospělých žen a mužů, ale objevují se již u dívek v adolescenci, můžeme se s nimi setkat i u dětí mladších deseti let a na počátku dospívání. V tomto období je složitější poruchu identifikovat, protože často dochází k popírání, nebo si děti stěžují na nevolnost a další tělesné problémy související s jídlem. V dětském věku se setkáváme především s mentální anorexií. Dopady PPP mohou mít u dětí fatální následky, týkající se jak stránky psychické, tak fyzické. Čím dříve jedinec onemocní, tím jsou následky závažnější, neboť může dojít k narušení růstu a celkového vývoje organismu, proto je důležité co nejdříve dítě svěřit lékařům, aby nedocházelo k dalšímu poškozování organismu. A to zejména u mentálních anorektiček, kdy v nejhorších případech může dojít k úmrtí pacientky. Nejčastěji se u dětí setkáváme s mentální anorexií (Příloha č. 2), která má podle Nicholse a Laska (In: Hort, 2008, s. 275) následující diagnostická kritéria:

1. Záměrný úbytek hmotnosti, například vyhýbání se jídlu, zneužívání projímadel či nadměrné cvičení.
2. Zkreslené vnímání tělesné hmotnosti a postavy
3. Děti trpící mentální anorexií se chorobně zabývají hmotností a postavou. Zabývání se vlastním tělem a hmotností probíhá téměř stejným způsobem jako u adolescentů.

Děti s mentální anorexií reagují velmi agresivně, jsou často útočné, nebo se naopak projevují velmi infantilně a nepřiměřeně ke svému věku, proto je jejich léčba náročná. Cíle léčby jsou pro ně nepochopitelné a veškeré pokusy o vykrmení pociťují negativně. Často se u dětských anorektických pacientů vyskytují depresivní příznaky. Do léčby je nutné zapojit celou rodinu i se sourozenci. Rodiče si často dávají za vinu, že jejich dítě onemocnělo, mohou se dostat do konfliktu, proto je důležité, aby byli této viny zbaveni a společnými silami bojovali proti mentální anorexii dítěte. Nemocné dívky se fixují na matku a otce často odmítají. Jejich osobnost je popisována jako perfekcionistická, jsou zodpovědné a mají dobré výsledky jak ve škole, tak v zájmových činnostech. Hospitalizace je nutná v případech, kdy váhový úbytek je více než 25 % optimální tělesné hmotnosti, hrozí dehydratace organismu, přetrvává zvracení nebo se u dítěte vyskytuje těžká deprese až suicidiální chování. Přesto, že se setkáváme s mentální anorexií již u dětí, typickým obdobím pro vznik této nemoci je puberta. Dívky v pubertě se více zajímají o své tělo a záleží jim na hodnocení druhých. Tělesné proporce se výrazně mění. Některé dívky

tyto změny nechtějí přijmout a jejich cílem se pak stává zhubnout. Riziko vzniku PPP se zvyšuje u dívek, které jsou fyzicky vyspělejší, ty mají častěji obavy z dalšího růstu tělesné hmotnosti. Většina dívek má však normální tělesnou hmotnost, proto se jim nedaří zhubnout rychle, a výsledkem jsou pocity selhání a snížené sebevědomí. U mentální anorexie se v dětském věku nejedná přímo o nechutenství, jde spíše o záměrné hladovění za účelem snížení hmotnosti. Stejně tak jako dospělé ženy, začínají dívky vynechávat vydatná jídla a omezují příjem kalorií na minimální hodnotu, velmi často dochází pouze k příjmu tekutin a vynechání všech jídel, aby došlo k výrazné a rychlé redukci tělesné hmotnosti. (Hort et al., 2008, s. 275-276). Další poruchou příjmu potravy, se kterou se můžeme setkat již u dětí, je mentální bulimie. Ta se sice u dětí před čtrnáctým rokem téměř nevyskytuje, ale její výskyt není úplně vyloučen. Začátek onemocnění mentální bulimií je okolo čtrnáctého roku. Pacientky se tajně přejídají a poté dochází k navozenému zvracení, aby snížily kalorický příjem. Tyto problémy si vyčítají a často kvůli nim prožívají pocity vzteku. Bulimické dívky jsou závislé na hodnocení druhých lidí, pokud poruší své sebeovládání a sebekontrolu, cítí se provinile a za své chování se stydí. Většinu svého času stráví přemýšlením o jídle. Z tohoto důvodu jsou společensky izolované a cítí se osaměle. Někdy se mohou objevit poruchy sebekontroly i v jiných oblastech (drogy, promiskuita). Jako porucha, která je na hranici mezi mentální anorexií a emoční poruchou v dětství, je označována emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu. Dítě odmítá potravu, aniž by byla primárně přítomna afektivní porucha. Dochází k poruchám nálad a výraznému úbytku tělesné hmotnosti. Chybí však nutkavé myšlenky související s jídlem a nepřiměřené vnímání vlastního těla a hmotnosti. Děti uvádějí různé důvody, proč odmítají potravu. Nejčastěji mluví o strachu ze špatného jídla, které je něčím nakazí, nebo budou zvracet. Po konzumaci jídla si stěžují na bolesti břicha. U emocionální poruchy, která je spojena s vyhýbáním se jídlu, hrozí stejně nebezpečné somatické následky jako u mentální anorexie.

Nejen mentální anorexie a mentální bulimie, ale i obezita může vést k závažným somatickým komplikacím. Počet jedinců trpících obezitou v posledních letech stoupá zejména v západních zemích, které jsou ekonomicky rozvinuté. Obezitu lze definovat jako nadváhu, která přesáhne nejméně o 20 % ideální váhu, jež je vypočítaná podle věku, výšky a pohlaví. K tomuto výpočtu je ale nutné zařadit změření kožní řasy na předloktí, podle které se posuzuje nadbytečný podkožní tuk. Děti s obezitou netrpí pouze somatickými problémy, jako je zvýšený výskyt kardiovaskulárních onemocnění a hypertenze

v dospělosti, ale především problémy v oblasti sociální. V dětském věku je měřítkem úspěchu zejména sportovní zdatnost, proto jsou děti s nadváhou často odmítané, což může vést až k sociální izolaci. Objevuje se u nich snížené sebehodnocení, které může přejít do depresivního syndromu. V adolescentním věku se objevují další problémy vznikající důsledkem špatného navazování kontaktu s opačným pohlavím. Jedinci se obtížněji seznamují a navazování vztahů je pro ně složité až nepříjemné. Frustraci pak řeší další konzumací jídla a dostávají se tak do začarovaného kruhu. V rodinách těchto dětí se lze velmi často setkat s hyperprotektivní matkou a pasivním otcem. Léčba obezity nespočívá jen v hubnutí a držení diet, které by mohly vést k jojo-efektu. Musí také dojít k celkové změně jídelních návyků a zařazení pohybu do života jedince. Terapie má dvě hlavní fáze, v první se jedná o snížení tělesné hmotnosti, druhá je pak zaměřena na udržení normální váhy. Pokud se v rodině vyskytuje obezita i u dalších členů, je léčba méně úspěšná a trvá déle, proto je důležité, aby došlo ke změně životosprávy v celé rodině. Pro úspěšné uzdravení dítěte je nutná podpora celé rodiny a vrstevníků (Hort et al., 2008, s. 275-276).

Jako další poruchu vyskytující se u dětí lze uvést syndrom vybíravosti v jídle. Jedná se o poruchu typickou pro děti mezi osmým a dvanáctým rokem. Pro tento syndrom je charakteristická vybíravost v jídle, která je omezena pouze na dvě až tři potraviny. Tento syndrom je pozorován častěji u chlapců než dívek. Další syndrom, vyskytující se ve stejném věku, je syndrom pervazivního odmítání jídla. Jedná se o nemoc, při které dítě odmítá mluvit, chodit i jíst. Většinu nemocných tvoří na rozdíl od syndromu vybíravosti v jídle dívky. Někdy se lze setkat s odmítáním jídla jako účelového chování. Dítě si tak odmítáním snaží prosadit své vlastní zájmy. Vynucuje si hračky, počítačové hry či například drahé oblečení. Důvodem odmítání může být i pocit dítěte, že nedostává dostatek lásky a péče od rodičů. Toto přesvědčení je většinou oprávněné. Pozornost a lítost rodičů si tak snaží získat tím, že nejí a že bude díky tomu nemocné. Někdy si dokonce přeje umřít, aby tím své rodiče potrestalo (Fraňková et al., 2013, s. 110).

Kromě zmíněných poruch se můžeme u dětí setkat s takzvanými specifickými poruchami příjmu jídla v útlém dětském věku, které jsou charakteristické pro děti v raném věku. Řadíme mezi ně dvě poruchy. První se nazývá ruminace, druhá má název pika.

Ruminací označujeme poruchu příjmu potravy, u které dochází k opakovanému dávení natrávené potravy, přičemž dochází k její opětovné konzumaci. S touto poruchou se lze setkat u dětí v raném věku, zejména v období kojeneckém, ale i batolecím. Častěji se

vyskytuje u dětí s mentální retardací. Děti ruminují spíše v době, kdy jsou o samotě, neprojevuje se u nich nevolnost ani jiné negativní pocity. Příčinou vzniku mohou být různé deprivací vlivy či problémy s blízkou osobou, kterou je nejčastěji matka. U té se velmi často projevují příznaky duševní poruchy. Léčba spočívá především ve společné rodinné terapii, nutné je též výchovné poradenství a podpora rozvíjení výchovných schopností matky. Pokud dojde ke kachexii a závažným poruchám, ohrožující jedinců život, je nutná hospitalizace.

Pokud mluvíme o termínu pika, jedná se o požívání nestravitelných látek, jako je hlína, barviva, odpadky, vlasy či papír a textilie. Objevuje se zpravidla v útlém dětském věku, v pozdějším věku se vyskytuje ojediněle. Pika je spojena především s rodinami, pro které je charakteristická nízká sociokulturní úroveň. Dítě tak reaguje například na rozvod rodičů, výchovné zanedbávání nebo dokonce týrání. V případě přítomnosti infantilního autismu, mentální retardace či u psychického onemocnění porucha přetrvává do dospělosti a nemusí souviset s rodinnými podmínkami. Léčba vyžaduje jak práci s dítětem, tak spolupráci s rodinou. Život dítěte může být ohrožen v případě konzumace látek, které mohou způsobit otravu. Pokud je pika pouze doprovodným symptomem určité duševní poruchy, je nutné primárně léčit duševní onemocnění (Hort et al., 2008, s. 281-282).

Poruchám příjmu potravy u dětí je možné předcházet vhodnou prevencí, především v období před nástupem puberty. Důležitou rolí má nejen rodina, ale výchovně by měla působit i škola. Realizovat preventivní program je možné v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu. Náplní tohoto programu je podpora pozitivního sociálního klimatu ve třídě, výchova ke zdravým stravovacím návykům a vytváření podmínek pro optimální rozvoj osobnosti, posilování jeho sebedůvěry a omezování výskytu sebedestruktivního chování (Marádová, 2007, s. 22 – 23).

Mužík (2007, s. 134) klade důraz na prevenci, která začíná především v rodině. Dítě by nemělo být trestáno či odměňováno pomocí jídla, pokud ano, nemělo by to být příliš často. Jídlo má podle něj sdužovací funkci, kdy se sejde celá rodina a společně stoluje. Jako další aspekt prevenci PPP uvádí, že dítě nemá být nuceno, aby snědlo celou porci, pokud ale dovolíme dítěti dojíst se sladkostmi, nezjistí, že funkce jídla je nemít hlad, neboť při dojedením se sladkostmi hlad již nemá. Společné stolování nesmí být místem, kde se rodina hádá, nebo se řeší problémy. Nepříjemné zážitky u jídla by si tak dítě mohlo

spojit a dochází k záměrnému vyhýbání se jídlu. Časté riziko je i držení diet v rodině. Pokud rodič drží dietu, v žádném případě by o ní neměl mluvit před dítětem. Rodiče jsou pro dítě vzorem, proto je rozhodujícím faktorem vztah k jídlu, který mají oba rodiče.

Poruchy příjmu potravy u dětí mají negativní dopad jak na psychiku, tak na somatický vývoj dítěte. Chronická podvýživa způsobuje opožděný vývoj, často dochází k poškození srdce a vnitřních orgánů. Nedostatečná výživa způsobuje omezenou schopnost koncentrace a myšlení. Dalšími psychickými následky je především deprese a pocity strachu.

6. TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

I přesto, že některým obětem poruch příjmu potravy se podaří vyhledat odbornou pomoc dříve, než klesnou na úplné dno, jen málokdy dochází k tomu, aby člověk požádal o pomoc a aby ji sám chtěl vyhledat. Pokud je pacient ve stavu, který ohrožuje jeho život, tedy ve stavu akutním, je nutná pomoc rodiny, přátel a v neposlední řadě odborných pracovníků. Znamená to tedy, že pacient musí být hospitalizován až do doby, dokud se neuzdraví. Pro nemocného se jedná o velmi náročnou životní situaci, kdy trpí fyzicky i psychicky a pro ostatní se cítí být přítěží. Nemocní často odmítají pomoc i od blízkých členů rodiny a přátel, přesto je nutné vytrvat a ujistit jedince, že ho máme rádi a že skutečně potřebuje odbornou péči. Při hospitalizaci je hlavní prioritou tělesné zdraví pacientů, obnovuje se rovnováha elektrolytů a postupně dochází ke zvyšování hmotnosti. I z tohoto důvodu jsou začátky léčby náročné a reakce pacienta na začátek léčby může být deprese, strach, slzy či úzkost (Pierre, 1990, s. 202).

Terapií poruch příjmu potravy se zabývá velké množství různých terapeutických strategií. Existují různé formy terapie, mezi které patří například terapie individuální, rodinná, skupinová či farmakoterapie. Pokud mají pacienti problémy s vyjadřováním a verbální komunikací, lze také využít terapie beze slov, jako je arteterapie, muzikoterapie či psychodrama. Terapie PPP se zaměřují především na tři oblasti, a to typické chování osobnosti s PPP, myšlenkové procesy, které mají vliv na udržení tohoto chování, a na emoce (Hall, 2003, s. 100-101).

Terapie probíhá vždy delší čas, je nutné počítat i s několika měsíci. V některých případech je jedinec schopen léčit se ambulantně, při akutním ohrožení života je však nutná léčba na klinice, kde lze zvládnout možné komplikace. „*Doporučení do nemocnice vystavuje lékař, při náhlém nastupujícím vážném tělesném onemocnění pak také lékař první pomoci.*“ (Leibold, 1995, s. 103). Ambulantní léčba je vhodná tedy, pokud je pacient schopný a ochotný pravidelně docházet na terapii. Nicméně se častěji doporučuje pobyt na klinice, neboť určitou dobu se provádí i somatická léčba (Leibold, 1995, s. 104).

- I. Kognitivně behaviorální terapie – KBT je velmi účinná především u pacientek, které trpí mentální bulimií. Cílem terapie je získání kontroly nad stravovacími návyky a zároveň také snížení zájmu, který souvisí jak s tělesnou váhou, tak s tělesnými proporcemi
- II. Rodinná terapie – Rodinné terapie se musí účastni kromě pacienta také rodiče a sourozenci. Cílem terapie je pak pozitivní změna rodinných vztahů. Rodiče mají

z této terapie často strach, protože se obávají obvinění, že za nemoc dítěte mohou oni. Proto je důležité, aby nedocházelo ke kritice zdravých členů rodiny či jejich obviňování. Nutná je důvěryhodná spolupráce. Rodinná terapie musí být často kombinována ještě s dalšími metodami psychoterapie, protože často jako samotná nestačí k vyléčení pacienta (Hall, 2003, s. 99-102).

- III. Skupinová terapie – Skupinová terapie slouží jako zmenšený model společnosti a pacienti si tak mohou nacvičit vhodné sociální způsoby chování, které mu potom pomohou zvládat konflikty v běžném životě. Jedinec se tedy učí reagovat ne negativní vlivy ve společnosti rozumněji než odmítáním potravy. Skupinu tvoří šest až dvanáct účastníků, kteří se scházejí několikrát týdně. Výhoda spočívá především v těchto častých setkání, kdy jedinec trénuje vhodné způsoby chování než v běžném životě. Další výhodou je pak pomoc celé skupiny při vybavování podvědomých příčin nemoci a následná pomoc při jejich zpracování. Úloha terapeuta je při skupinové terapii především ta, aby řídil celou skupinu, aniž by nápadně zasahoval.

(Leibold, 1993, s. 113-114)

- IV. Farmakoterapie – Farmakoterapie neboli užívání léků může pacientům sloužit jako další forma pomoci při léčbě PPP. Léky musí být předepsány odborníkem, tedy lékařem či přímo psychiatrem. Lékař by měl informovat pacienta o možných vedlejších účincích či o změnách dávkování (Hall, 2003, s. 101).

Obecná doporučení při léčbě PPP²¹

- Lékaři by se neměly během léčby příliš často měnit, je nutné zachovat kontinuitu.
- U dětí a dospívajících by měla být zajištěna především informovanost rodičů, popřípadě blízkých osob o průběhu nemoci a možnostech léčby.
- Lékaři a terapeuti by se měli snažit společně co nejvíce komunikovat a domluvit se na jednotném postupu, jak nemoc vyléčit.
- Pacienti s mentální bulimií by měli být léčeni převážně ambulantně, pokud se nevyskytují sebevražedné pokusy, závislost na drogách nebo alkoholu.
- Tělesná onemocnění doprovázející PPP musí být při léčbě zohledněna

Předpokladem úspěšné léčby je jak spolupráce odborníků z řad pediatriů, psychiatrů, endokrinologů či gynekologů, tak spolupráce celé rodiny, především

²¹ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026p_Essstoerungen_2015-06_01.pdf [online] [cit. 10-2-2015]

u dětských pacientů, kde hrají důležitou roli rodiče i sourozenci. Dalším důležitým předpokladem je pak správná motivace pacientů, aby pochopili, že nemoc jim znesnadňuje život i v jiných směrech než jen ve fyzické únavě. Čím dříve jedinec poruchou začne trpět, tím mohou být následky závažnější. Proto je léčba vždy procesem na dlouhou dobu. U dětí je pak nutné dohlížet na to, zda dodržují stanovená pravidla, což představuje zátěž i pro rodinné příslušníky. I když se podaří jedince vyléčit, neznamená to, že se porucha nikdy nevrátí. Často sami pacienti uvádí, že myšlenkami na jídlo a hubnutí se nelze stoprocentně ubránit.

7. KAZUISTIKY

7.1. KAZUISTIKA PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Pacientka č. 1: Monika, 23 let

Diagnóza. Mentální anorexie

Osobní a rodinná anamnéza

Monika se narodila jako první dítě do úplné rodiny. Ačkoli těhotenství bylo po celou dobu rizikové a porod trval velmi dlouho, vyvíjela se Monika jako dítě bez větších obtíží. Do patnácti let, kdy u ní byla nemoc poprvé diagnostikována, neměla žádné problémy, které by se týkaly stravovacích návyků. Ve škole měla vždy dobré výsledky, základní školu téměř se samými jedničkami a na střední škole měla vyznamenání. Úspěchy ve škole pro ni byly důležité, kdykoliv se jí ve škole něco nepovedlo, nebo byla kvůli ní pod stresem, váha šla opět rychle dolů. V průběhu nemoci vážila i pouhých třicet kilogramů při výšce 162 cm. Do patnácti let vyrůstala Monika společně s oběma rodiči ve Svitavách. Otec je vysokoškolsky vzdělaný a matka má střední školu. S rodiči do patnácti let neměla žádné větší konflikty, více si ale rozuměla s otcem. Do doby, kdy rodiče žili spolu, neobjevily se u Moniky potíže s příjmem potravy. Poté, co se rodiče rozvedli, bydlela sama s matkou v jedné domácnosti. A v této době se začaly objevovat první problémy.

Průběh nemoci

Nejdříve se snažila zhubnout vynecháváním sladkostí. I přes vynechávání sladkostí však váha zůstávala pořád stejná. Proto došlo i k vynechávání masa. Nakonec jediným zdrojem potravy bylo ovoce a zelenina. Díky velmi nízkému kalorickému příjmu šla váha rychle dolů a Monika se cítila spokojená. Několikrát denně se vážila a hlídala každý gram, který byl navíc. K tomu ještě přidala cvičení, kterému se věnovala téměř denně. Váha v této době byla pod 40 kilogramů a byla nutná hospitalizace v nemocnici. První hospitalizace proběhla v Praze – Motol. Poté došlo k mírnému nárůstu váhy, avšak poté to s Monikou bylo jako na houpačce, jak řekla ona sama. Chvilí byla váha nad 40 kilo, ale opět došlo k náhlému poklesu, ke kterému docházelo vždy při menším nezdaru, ať už v osobním nebo rodinném životě. Po rozvodu rodičů měla jak s matkou, tak s otcem komplikované vztahy. Otec si našel novou partnerku a založil s ní novou rodinu.

Léčba

Poprvé byla diagnostikována Monice mentální anorexie v 16 letech. Její váha byla tak nízká, že muselo dojít k hospitalizaci v Praze, nemocnice Motol. Tam se léčila po dobu tří měsíců, ale potom byla propuštěna na revers.

Brno – Bohunice bylo dalším místem, kde byla Monika hospitalizována na pět měsíců. Nejdříve strávila měsíc na jednotce intenzivní péče, neboť její váha se v této době pohybovala pouze okolo 30 kilogramů. Poté navštěvovala terapii. Po Brně se léčila v nemocnici ve Svitavách. Bohužel bez úspěchu, proto se opět vrátila do Brna, kde již jednou byla. V Brně byla tři měsíce a poté odešla na revers zpět domů. V místě bydliště pak navštěvovala psychologa, který ji do devatenácti let pomáhal se s anorexií vypořádat.

Současná situace

Monika na mě působila vyrovnaně a klidně. O nemoci dokázala hovořit bez problémů. Momentální váhu neví, protože se již přes dva roky nevážíla, k vážení ji nepřinutí ani lékař. Přesto si již dva roky udržuje stabilní váhu, kterou pozná i podle oblečení. Nedrží žádné diety a do jídelníčku se snaží zařadit veškeré potraviny. Nevěnuje se ani žádnému sportu, ale to spíše z časových důvodů. V budoucnu by chtěla opět začít cvičit. V současné době není Monika léčena, byla ukončena psychiatrická léčba. Dva roky nedochází ani k psychologovi, zatím ji od té doby nepotřebovala a nevyskytly se problémy ohledně stravování. Nyní má Monika samostatnou domácnost a je spokojená s životem, která má. Práce ji velmi naplňuje. Nemoc jí vzala mnoho přátel. Cítila se osaměle a neměla chuť do života. Nyní má dost přátel a přítele, který je její oporou.

7.2. KAZUISTIKA PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Pacientka č. 2: Tereza, 25 let

Diagnóza: Mentální anorexie

Osobní a rodinná anamnéza

Tereza do svých šestnácti let neměla problémy s dietami, aktivně se věnovala sportu, díky kterému se udržovala v dobré fyzické kondici. Doma nikdy neslyšela, že by měla zhubnout apod., ani ona sama se necítila tlustá nebo oplácaná. Jídlo neřešila, chutnalo jí vše a nikdy po něm neměla výčitky svědomí. Hrála tenis a občas chodila s otcem hrát volejbal. Ve škole měla vždy velmi dobré výsledky a jako oblíbený předmět označila matematiku. Je spíše introvert, ale i přesto měla ve třídě dobré kamarády a byla oblíbená. Problém neměla ani s učiteli, kteří ji vždy považovali za ctižádostivou a chytrou žákyni. První menstruace se objevila ve dvanácti letech, ale do rozvodu rodičů probíhala puberta běžným způsobem, ve škole si udržoval stále dobré výsledky. Bohužel kvůli anorexii se jí na střední škole výrazně zhoršil prospěch, především kvůli časté absenci. První problémy se objevily až po rozvodu rodičů, kdy si matka našla nového partnera a založila s ním novou rodinu, do té doby měla z jídla radost.

Rodinná anamnéza

Tereza se narodila jako nejstarší ze tří sourozenců do úplné rodiny. Ani během těhotenství, ani během porodu nedošlo k žádným komplikacím. Když jí bylo sedm let, narodil se jí mladší bratr a již v tomto věku se cítila, jak říká, „na druhé koleji“, protože veškerá péče byla směřována na bratra, který se narodil s lehčí vadou zraku. V této době začala Tereza hrát tenis a tento koníček jí vydržel až do patnácti let. Díky sportu nemusela nikdy řešit váhu a příjem kalorií, protože měla vysoký výdej energie. Bohužel s tenisem musela v patnácti letech skončit kvůli rozvodu rodičů. Obě děti zůstaly bydlet s matkou a Tereza tak měla velmi často na starost mladšího bratra. S otcem se vídala pouze sporadicky, ten projevoval zájem spíše o mladšího bratra. Matka si po krátké době našla mladšího přítele, se kterým se jí narodil další syn. Veškerá pozornost tak patřila nejmladšímu chlapci, na druhém místě byl pak prostřední syn a Tereza se začala cítit osamocená, protože byla nejstarší a tím pádem se o sebe musela postarat sama. Necítila pozornost ani ze strany otce, která by jí možná pomohla, jak sama řekla.

Průběh nemoci

Právě v době, kdy se matce narodilo třetí dítě s novým partnerem, se začaly u Terezy objevovat první problémy související s příjmem potravy. Měla pocit, že si ji začnou více všimnout, až bude hubenější a tím i krásnější. Nejdříve zkoušela různé diety, při kterých vynechávala veškeré sacharidy. Podařilo se jí během měsíce zhubnout pět kilogramů. Štíhlejší postava se jí líbila a úbytku váhy si všimlo i okolí. Tereza znala kalorickou hodnotu každého jídla, které snědla a každý den počítala svůj kalorický příjem. Nakonec začala vyřazovat kromě sacharidů i bílkoviny a tuky. Přes den snědla pouze tři jablka a k večeři jednu nebo dvě mrkve. Z původní váhy 62 kilogramů se při výšce 169 cm dostala na váhu 39 kilogramů. Byla často nemocná a každá nemoc měla těžký průběh. I pouhá chřipka trvala několik týdnů. Matka se jí snažila donutit jíst, ale bohužel neúspěšně. Tereza byla schopná rozdělit jednu housku na sedm dílů, které pak jedla celý den. Váha klesla na pouhých 32 kilogramů a Tereza byla hospitalizována v nemocnici.

Léčba

V roce 2006 byla Tereze poprvé diagnostikována mentální anorexie v pražském Motole. Tam strávila celkem čtyři měsíce a přibrala sedm kilo. Po návratu domů se však problémy opět vrátily a váha opět klesla na pouhých 31 kilogramů. Musela být opět hospitalizována, tentokrát po dobu pěti měsíců. Během pobytu v nemocnici docházela na terapii, kterou hodnotí velmi kladně. Podařilo se jí během této doby přibrat dvanáct kilo. Po pobytu v nemocnici jí matka domluvila návštěvu u psychologa, ke kterému Tereza docházela až do roku 2010.

Současná situace

V současné době pracuje Tereza jako asistentka v jedné pražské firmě a dodělává si dálkově vysokou školu. Od roku 2010 zatím nevyhledala odbornou pomoc, ale není přesvědčena, že se nemoc už nikdy nevrátí. I přesto, že si již pět let udržuje stejnou váhu, má strach, aby se opět nedostala do začarovaného kruhu. Tučným a kalorickým jídlům se raději vyhýbá, aby nedošlo k tomu, že začne hlídat svůj kalorický příjem. Snaží se stravovat zdravě a dvakrát týdně chodí hrát tenis. Myšlenkám na jídlo a štíhlou linii se ale zcela vyhnout nedá. Podle jejích slov situaci zvládla zejména díky podpoře matky. Právě díky mentální anorexii si prý k sobě našly cestu a sblížily se. Na otázku, co jí anorexie vzala, mi odpověděla, že především sebeúctu a radost ze života. „*Na neúspěchy ve škole časem zapomeneš, ale na to, že se nemáš ráda, ne.*“

8. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Tyto poruchy se vyskytují nejen u mladých žen, ale i u dětí, u kterých se mohou objevit narušené jídelní návyky a postoje. V některých případech způsobují vznik mentální anorexie či mentální bulimie.

8.1. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem praktické části diplomové práce je identifikace narušených jídelních postojů k jídlu. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké je procentuální zastoupení dívek, jež jsou těmito poruchami potenciálně ohroženy. Výzkum byl zaměřen na postižení dietního chování a zkušenosti s dietami u dospívajících dívek, neboť diety mohou být příčinou vzniku těchto poruch. Odborná literatura uvádí, že velká část populace má zkušenost s dietou již v dětském věku a v dospívání.

8.2. FORMULACE HYPOTÉZ

HYPOTÉZA Č. 1: U $\frac{1}{3}$ respondentek se objeví narušené jídelní postoje

HYPOTÉZA Č. 2: $\frac{1}{2}$ zkoumané populace držela alespoň jednou během svého života dietu

9. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

9.1. VÝZKUMNÉ METODY

Při výzkumu byla použita metoda dotazníku, a to dotazník jídelních postojů EAT 26, jehož autorem je Gardner. Dotazník byl vytvořen za účelem rozpoznání osob, které mají narušené jídelní postoje. EAT 26 (Eating Attitude Test) vypovídá nejen o narušeném postoji k jídlu, ale i o narušeném vztahu ke svému tělu. Dotazník má celkem 26 otázek, které se vyhodnocují následujícím způsobem:

Tabulka č. 1: Bodové hodnocení otázek 1 – 24, 26

vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
3	2	1	0	0	0

Tabulka č. 2: Bodové hodnocení otázky č. 25

vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
0	0	0	1	2	3

U dotazníku je hodnoceno celkové skóre. Pokud vyjde součet bodů 20 a více, lze konstatovat, že se u žáka vyskytuje narušený jídelní postoj, který může být indikátorem PPP. Kromě celkového skóre můžeme dotazník rozdělit do třech subškál, které se jednotlivě zaměřují na určitou oblast jídelního chování. Jedná se tři následující subškály:

1. dietní chování
2. bulimie
3. orální kontrola

9.2. POPIS VÝBĚROVÉHO VZORKU RESPONDENTŮ A POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Výzkum byl proveden na střední odborné škole v Plzni, název školy pro zachování anonymity není uveden, a zúčastnily se ho pouze dívky, které byly ve věku od patnácti do osmnácti let (viz tabulka). Dotazník byl vyplněn celkem devadesáti respondentkami, ty byly dále rozděleny do čtyř skupin podle věkových kategorií. Dotazník jsem rozdala během souvislé praxe v rámci hodin psychologie, kterou jsem absolvovala právě na této střední škole. Při rozdání dotazníků bylo žákyním sděleno, že se jedná o anonymní vyplnění a mají na něj dostatek času. Během průzkumného šetření byl dvakrát kladen dotaz

pouze na jednu otázku, a to na patnáctou, zda jim jídlo trvá déle než ostatním. Všechny dotazníky byly vyplněny celé a mohly být použity.

Tabulka č. 3: Počet respondentek v jednotlivých věkových kategoriích

věk	počet respondentek
15	24
16	28
17	18
18	20

9.3. ZÍSKANÁ DATA A INTERPRETACE JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

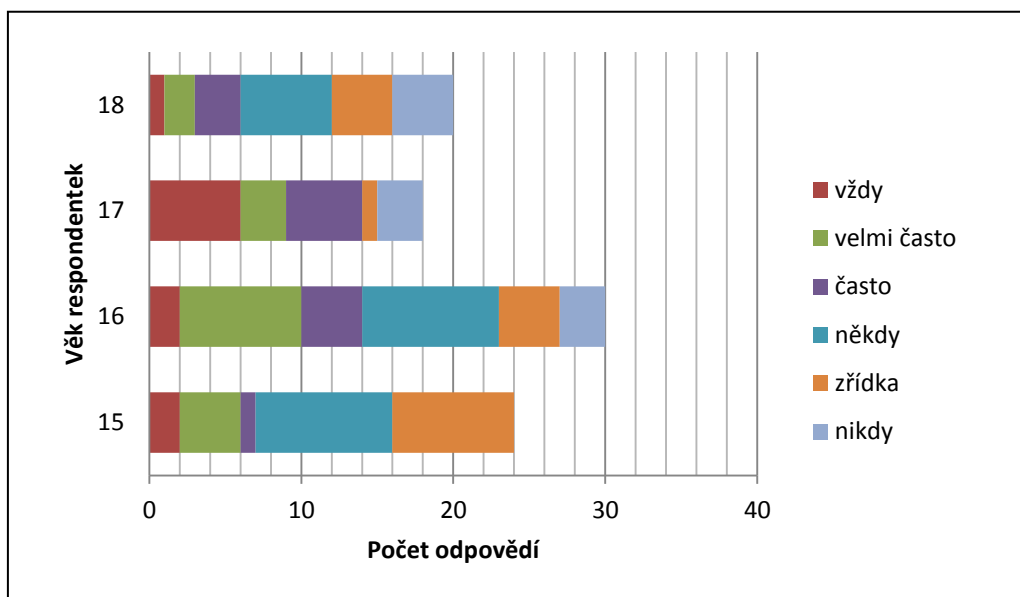
Získaná data jsou vyhodnocena pomocí tabulek s procentuálním zastoupením jednotlivých odpovědí. Všechny výsledky jsou dále doplněny stručným komentářem a grafy, které slouží k přehlednění získaných dat z dotazníkového šetření.

1. Mám hrůzu z nadváhy.

První otázka je zaměřena na dietní chování, které v současné době patří k běžnému životnímu stylu mladých dívek. Výsledky tak potvrdily očekávání, že strachem z nadváhy trpí velký počet dotazovaných. 17 (18,9 %) dívek má velmi často strach z nadváhy a 13 dotazovaných často, nejvíce pak ve věkové kategorii 16 let. Dotazník tak potvrzuje, že vysoké procento mladých dívek má strach z toho, že přibere.

Tabulka č. 4: Vyhodnocení otázky č. 1

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	2	4	1	9	8	0
16	2	8	4	9	4	3
17	6	3	5	0	1	3
18	1	2	3	6	4	4
% (15-18)	12,2	18,9	14,4	26,7	18,9	11,1



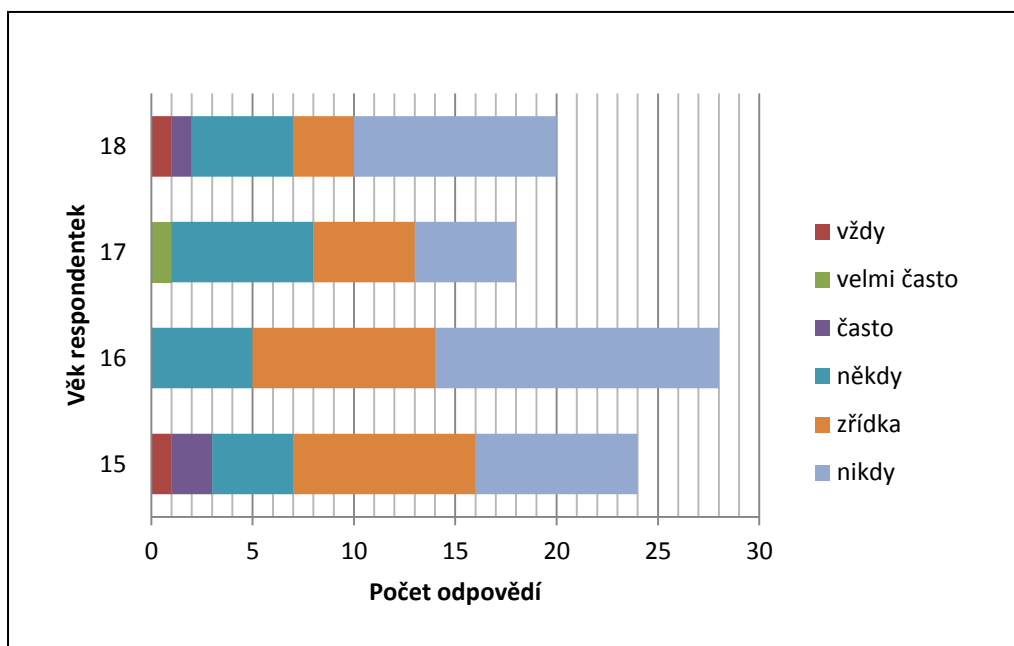
Graf č. 1: Grafické vyhodnocení otázky č. 1

2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.

Nejvíce tázaných dívek zaškrtnulo odpověď nikdy (41,1 %), a to nejčastěji respondentky ve věku šestnáct let, které tuto možnost zvolily čtrnáctkrát. Odpověď zřídka byla zvolena celkem u 26 dívek (28,9 %). I přesto, že převažují odpovědi spíše negativní, můžeme konstatovat, že až 23,3 % tázaných dívek se někdy vyhýbá jídlu, když má hlad.

Tabulka č. 5: Vyhodnocení otázky č. 2

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	0	2	4	9	8
16	0	0	0	5	9	14
17	0	1	0	7	5	5
18	1	0	1	5	3	10
% (15-18)	2,2	1,1	3,3	23,3	28,9	41,1



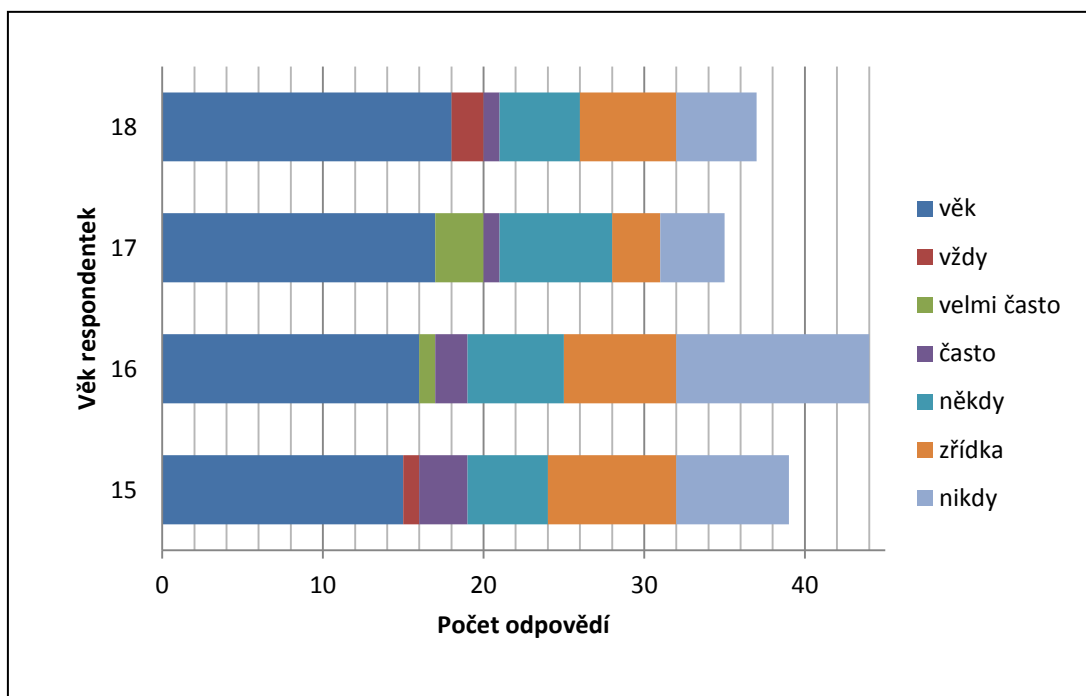
Graf č. 2: Grafické vyhodnocení otázky č. 2

3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.

U třetí otázky se většina dívek rozhodla pro nikdy (31,1 %) a zřídka (26,7 %). U dívek se tak nevyskytují narušené jídelní postoje, které by mohly vést ke vzniku mentální bulimie.

Tabulka č. 6: Vyhodnocení otázky č. 3

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	0	3	5	8	7
16	0	1	2	6	7	12
17	0	3	1	7	3	4
18	2	0	1	5	6	5
% (15-18)	3,3	4,4	7,8	25,6	26,7	31,1



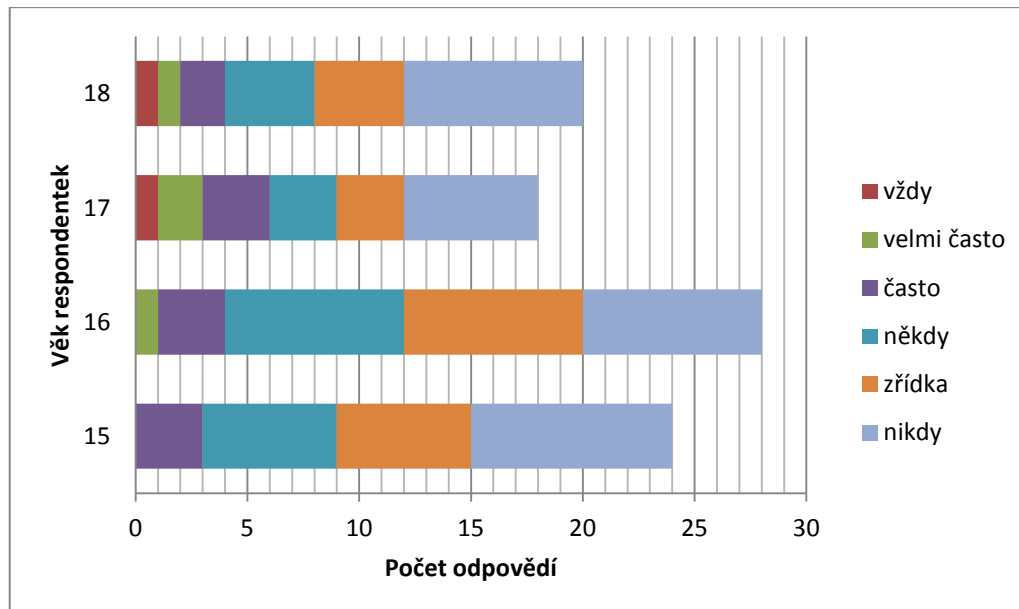
Graf č. 3: Grafické vyhodnocení otázky č. 3

4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.

U čtvrté otázky, která opět sleduje sklony k bulimickému chování, zvolilo nejvíce dívek variantu nikdy (34,4 %). Výsledky jsou podobné jako u předchozí otázky a riziko vzniku bulimie je nízké. Vždy a velmi často zvolilo dohromady 6 tázaných dívek (6,8 %), ale možnost často celých 12,2 %. 11 dívek z celkového počtu 90 dotazovaných má tak dle odpovědí často problém s přejídáním. Mezi věkovými skupinami se v dotazníku u této otázky neobjevily žádné výraznější rozdíly.

Tabulka č. 7: Vyhodnocení otázky č. 4

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	0	3	6	6	9
16	0	1	3	8	8	8
17	1	2	3	3	3	6
18	1	1	2	4	4	8
% (15-18)	2,2	4,4	12,2	23,3	23,3	34,4



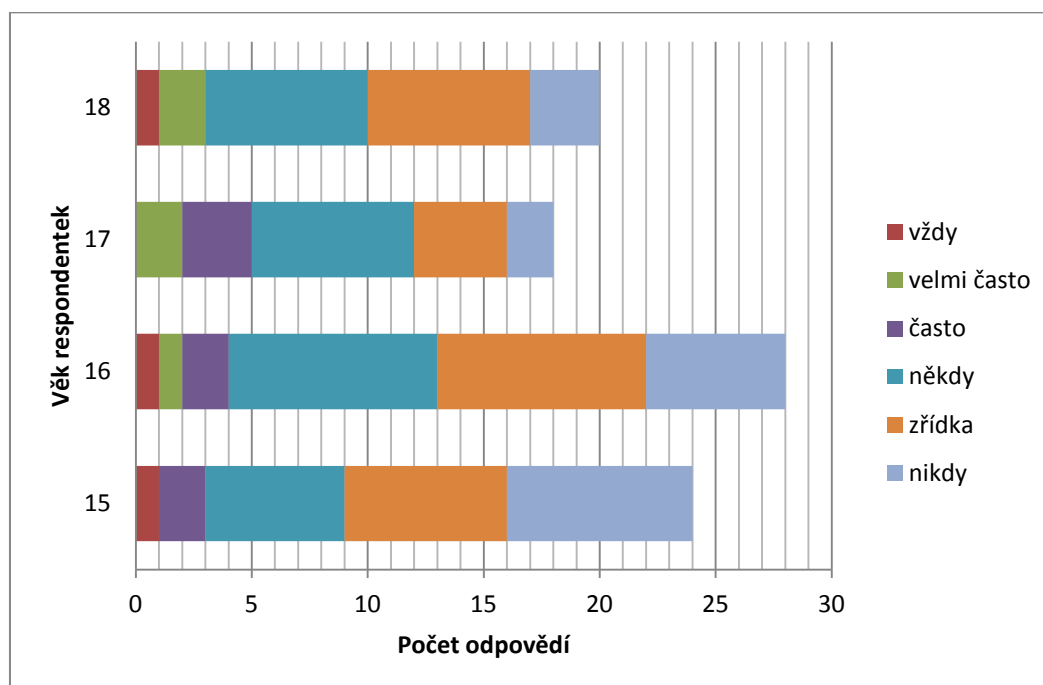
Graf č. 4: Grafické vyhodnocení otázky č. 4

5. Krájím jídlo na malé kousky.

U páté otázky je patrný překvapující výsledek, kdy nejvyšší procento z celkového počtu odpovědí získala varianta někdy. Z dotazovaných dívek si tedy 29 (32,2 %) někdy krájí jídlo na malé kousky a tím vědomě kontrolují jeho příjem. Nejčastěji tuto možnost zvolily respondentky, kterým je právě šestnáct let. Podobného procentuálního zastoupení však dosáhla i varianta zřídka, a to celých 30 %. Nikdy se nejčastěji objevilo u patnáctiletých dívek (8 dívek), nejméně pak u dívek ve věku sedmnáct let (2).

Tabulka č. 8: Vyhodnocení otázky č. 5

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	0	2	6	7	8
16	1	1	2	9	9	6
17	0	2	3	7	4	2
18	1	2	0	7	7	3
% (15-18)	3,3	5,6	7,8	32,2	30	18,9



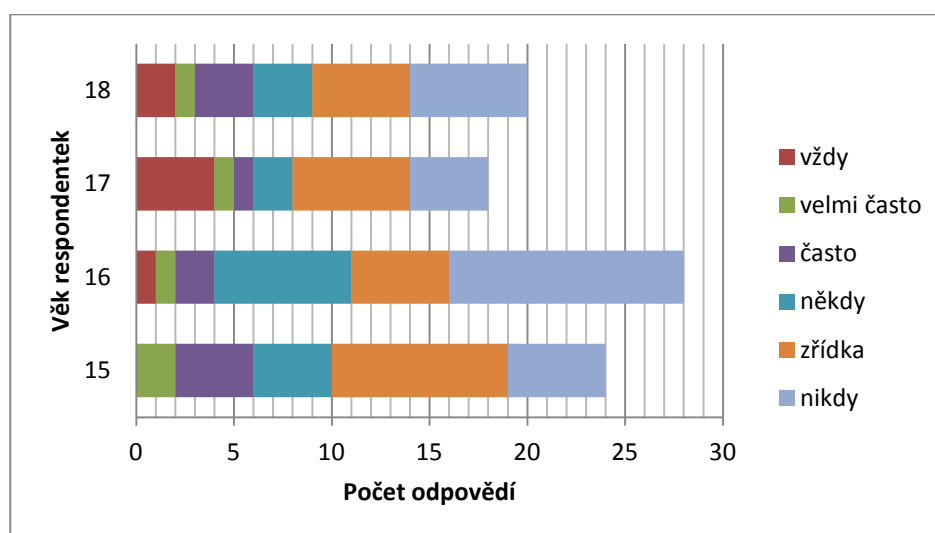
Graf č. 5: Grafické vyhodnocení otázky č. 5

6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.

I přesto, že se v současné době vyskytují téměř ve všech médiích energetické hodnoty jídel a diskuse, které se týkají kalorií, dotazované dívky si ve většině případů neuvědomují kalorickou hodnotu jídla, které právě konzumují. Možnost nikdy tvořila 30 % a varianta zřídka 27,8 % z celkového počtu odpovědí. Nejvíce dívek napříč věkovými kategoriemi tak volilo variantu zřídka. Značný nesoulad s výše uvedeným je patrný zejména u respondentek ve věku 16 let, které nejčastěji zaškrtnly možnost nikdy (12 dívek).

Tabulka č. 9: Vyhodnocení otázky č. 6

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	4	4	9	5
16	1	1	2	7	5	12
17	4	1	1	2	6	4
18	2	1	3	3	5	6
% (15-18)	7,8	5,5	8,9	17,8	27,8	30



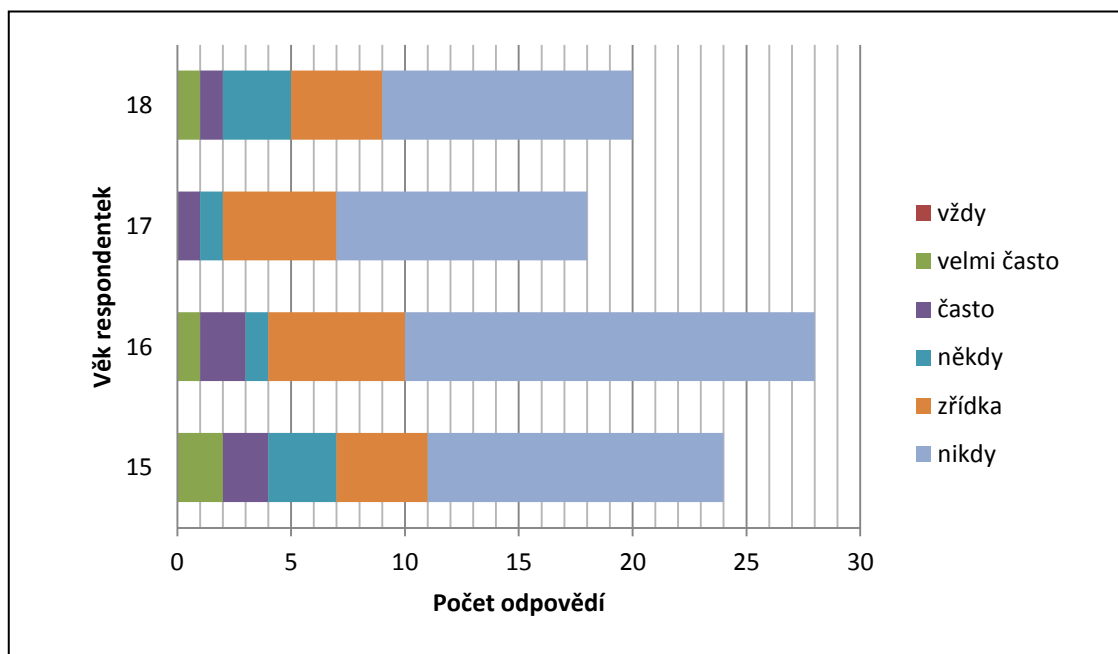
Graf č. 6: Grafické vyhodnocení otázky č. 6

7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).

Více než polovina dívek se dle výsledků tohoto dotazníku nikdy nevyhýbá jídlům, která mají vysoký obsah uhlovodanů. Je překvapující, že ačkoliv se tato otázka zaměřuje na dietní chování, nejčastěji zvolenou variantou byla možnost nikdy (58,9 %). Lze předpokládat, že dietní chování nespočívá ve vynechávání jídel, která mají vysoký obsah uhlovodanů.

Tabulka č. 10: Vyhodnocení otázky č. 7

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	2	3	4	13
16	0	1	2	1	6	18
17	0	0	1	1	5	11
18	0	1	1	3	4	11
% (15-18)	0	4,4	6,7	8,9	21,1	58,9



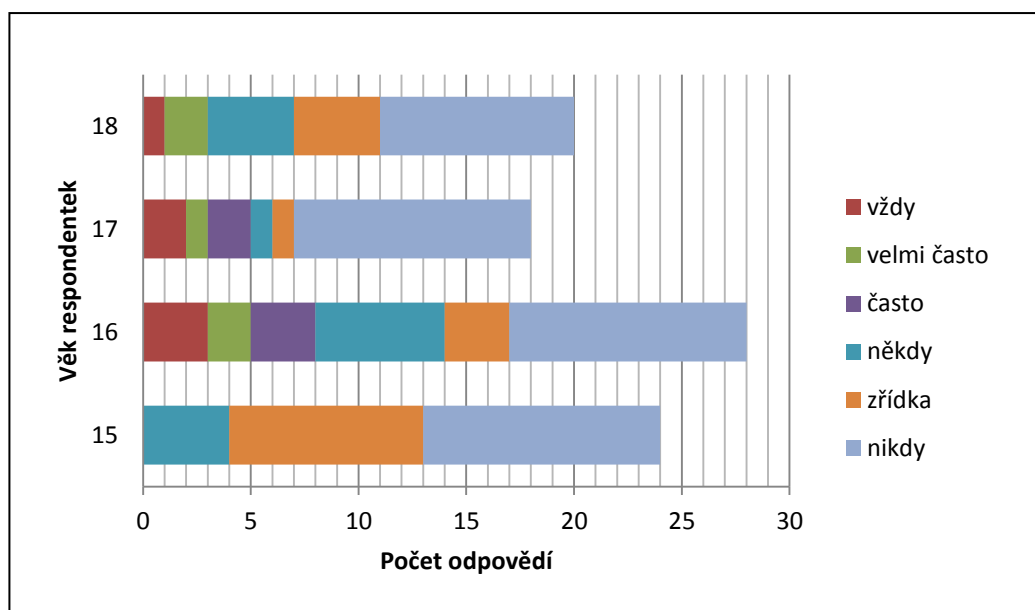
Graf č. 7: Grafické vyhodnocení otázky č. 7

8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.

42 respondentek (46,7 %) si nemyslí, že by ostatní chtěli, aby jedly více. Odpověď nikdy opět patří k nejčastější volbě tázaných a je ve věkovém rozmezí 15-17 zastoupena shodným počtem (11 dívek). Zajímavým výsledkem jsou tři nuly u možností vždy – často a velmi často, a to u nejmladších respondentek. Odpovědi velmi často a často mají shodný celkový počet odpovědí (5), variantu vždy si pak zvolilo šest dívek.

Tabulka č. 11: Vyhodnocení otázky č. 8

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	0	0	4	9	11
16	3	2	3	6	3	11
17	2	1	2	1	1	11
18	1	2	0	4	4	9
% (15-18)	6,7	5,6	5,6	16,7	18,9	46,7



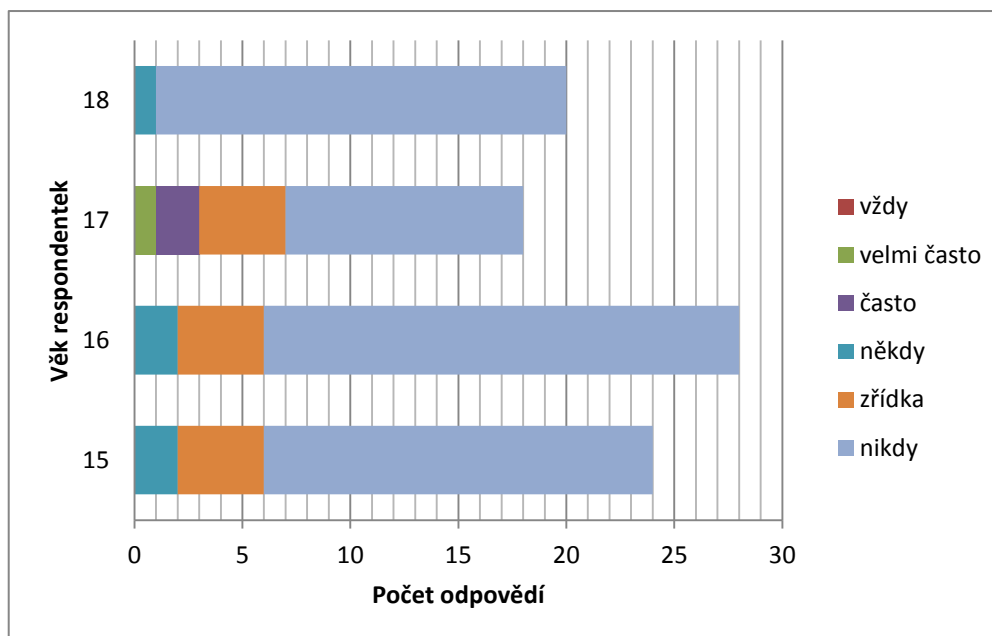
Graf č. 8: Grafické vyhodnocení otázky č. 8

9. Po jídle zvracím.

Pouze u jedné dívky dochází velmi často ke zvracení po jídle, často jen u dvou dívek a někdy u dívek pěti. Nula odpovědí se tak vyskytlo ve všech věkových skupinách u volby vždy. Zvracení tak u respondentek nepatří mezi narušené jídelní postoje, které by mohly vést ke vzniku poruch příjmu potravy. Více než tři čtvrtiny tázaných označily možnost nikdy, zřídka 13,3 % a možnost někdy pouhých 5,6 %. Rozdílu si můžeme povšimnout v případě sedmnáctiletých dívek u odpovědi nikdy, kterou si vybralo pouze 11 z nich, přičemž u ostatních byla tato čísla vyšší.

Tabulka č. 12: Vyhodnocení otázky č. 9

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	0	0	2	4	18
16	0	0	0	2	4	22
17	0	1	2	0	4	11
18	0	0	0	1	0	19
% (15-18)	0	1,1	2,2	5,6	13,3	77,8



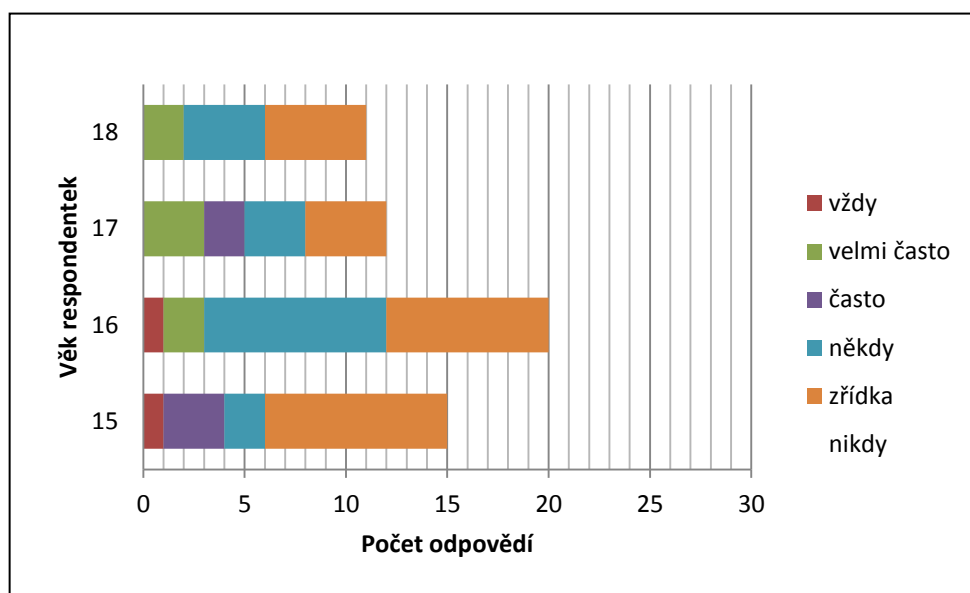
Graf č. 9: Grafické vyhodnocení otázky č. 9

10. Po jídle se cítím velmi provinile.

Provinile se po jídle cítí vždy dvě dívky ve věku 15-16 let, u možnosti velmi často se již počet zvyšuje na sedm dívek, ovšem zvedá se také věk respondentek, které tuto možnost zvolily. Variantu často zaškrtno pět dívek (5,6 %). Avšak u možnosti někdy už vzrůstá počet odpovědí na osmnáct, což je celkem 20 %. Nejvíce tázaných se pak rozhodlo pro možnost nikdy (35,6 %) a zřídka (28,9 %). Tyto možnosti volily téměř všechny dívky shodně napříč věkovým spektrem.

Tabulka č. 13: Vyhodnocení otázky č. 10

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	0	3	2	9	9
16	1	2	0	9	8	8
17	0	3	2	3	4	6
18	0	2	0	4	5	9
% (15-18)	2,2	7,8	5,6	20	28,9	35,6



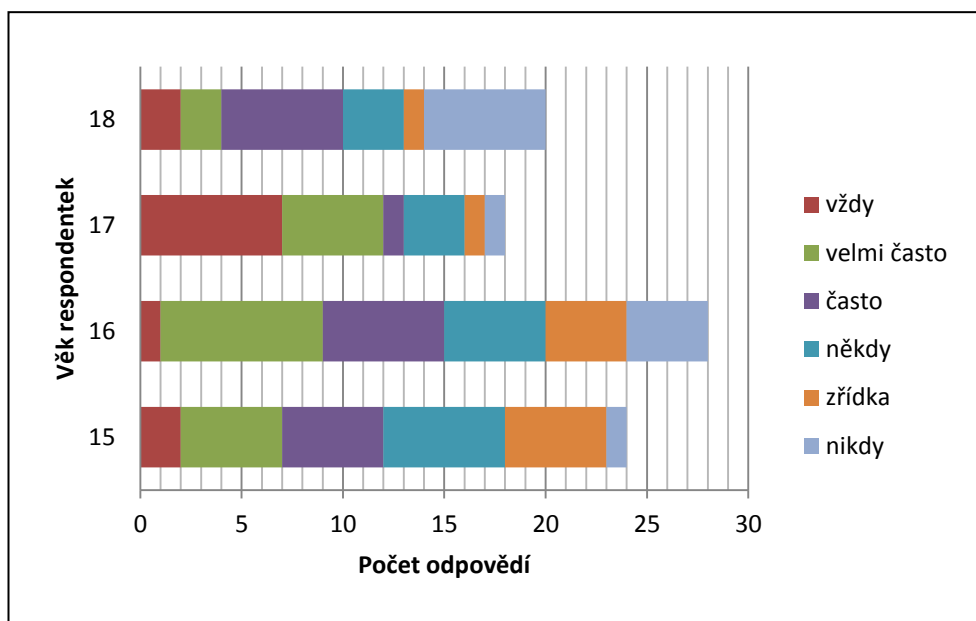
Graf č. 10: Grafické vyhodnocení otázky č. 10

11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší.

Jedenáctá otázka souvisí s ideálem krásy, kterým je již několik let štíhlost a tento ideál je podsouván mladým ženám a dívkám, které pak mají zkreslené představy o kráse a optimální tělesné váze. Touha po tom být štíhlá se objevuje u 18 dotazovaných (22,2 %), velmi často dívky myslí na to, že chtějí být štíhlejší. 18 tázaných zvolilo odpověď (20 %) často a variantu vždy celkem 12 dívek. Nejméně procent pak představují možnosti zřídka (12,2 %) a nikdy (13,3 %). Můžeme tedy říci, že odpovědi s kladnou tendencí jasně převažují.

Tabulka č. 14: Vyhodnocení otázky č. 11

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	2	5	5	6	5	1
16	1	8	6	5	4	4
17	7	5	1	3	1	1
18	2	2	6	3	1	6
% (15-18)	13,3	22,2	20	18,9	12,2	13,3



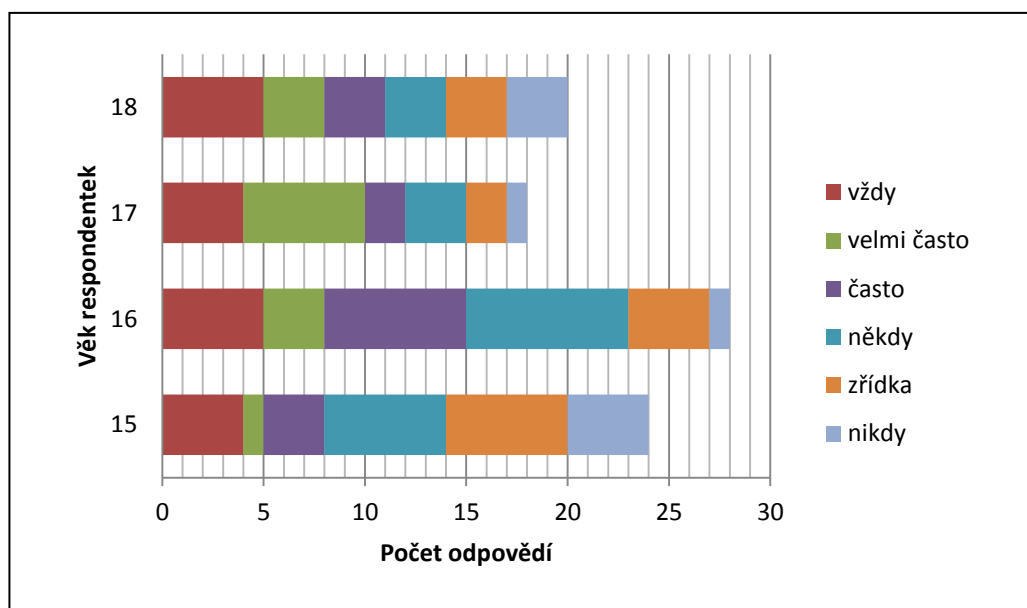
Graf č. 11: Grafické vyhodnocení otázky č. 11

12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.

Na spalování kalorií při cvičení myslí někdy až 20 dotázaných dívek (22,2 %). Druhou nejčastější volbou je pak možnost vždy (20 %), varianta velmi často se celkem vyskytla v 14,4 % případech a možnost často v 16,6 %. Otázka č. 12 je zaměřena na dietní chování, lze tedy říci, že u vysokého procenta respondentek se objevuje sklon k dietnímu chování. Nejméně pak byla zvolena možnost nikdy (10 %).

Tabulka č. 15: Vyhodnocení otázky č. 12

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	4	1	3	6	6	4
16	5	3	7	8	4	1
17	4	6	2	3	2	1
18	5	3	3	3	3	3
% (15-18)	20	14,4	16,6	22,2	16,7	10



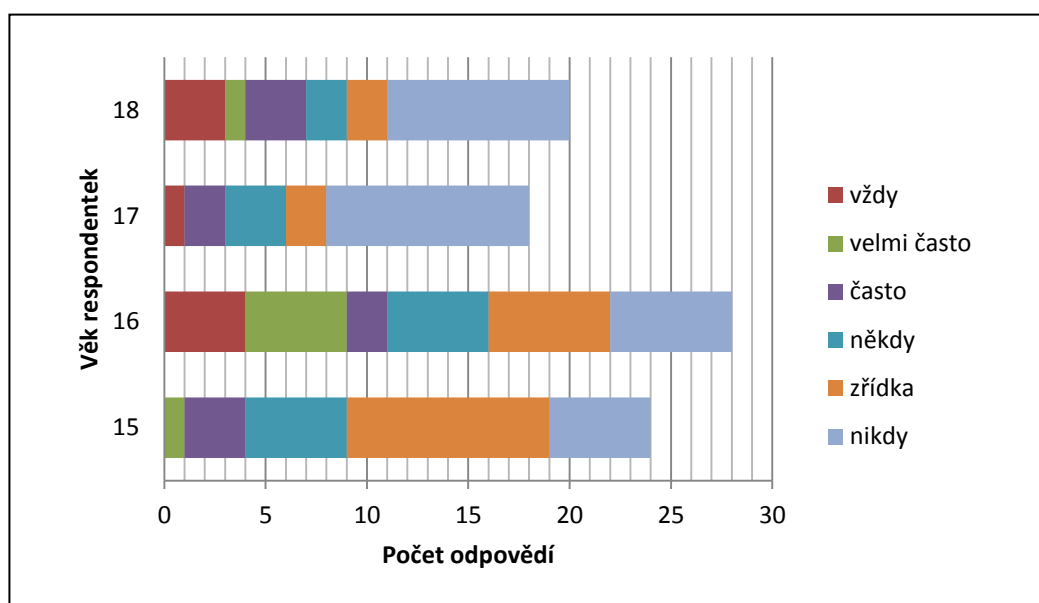
Graf č. 12: Grafické vyhodnocení otázky č. 12

13. Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).

8 dotazovaných potvrdilo, že se druzí domnívají, že jsou příliš štíhlé, 7 si to myslí velmi často a 10 dívek je přesvědčeno o tomto tvrzení často. Nejvíce dívek zvolilo variantu nikdy (33,3 %) a také někdy (22,3 %). Více než polovina dotázaných dívek si tak nemyslí, že by je okolí považovalo za příliš štíhlé. Téměř třetina respondentek pak tento pocit vždy nebo alespoň často zažívá.

Tabulka č. 16: Vyhodnocení otázky č. 13

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	1	3	5	10	5
16	4	5	2	5	6	6
17	1	0	2	3	2	10
18	3	1	3	2	2	9
% (15-18)	8,9	7,8	11,1	16,7	22,2	33,3



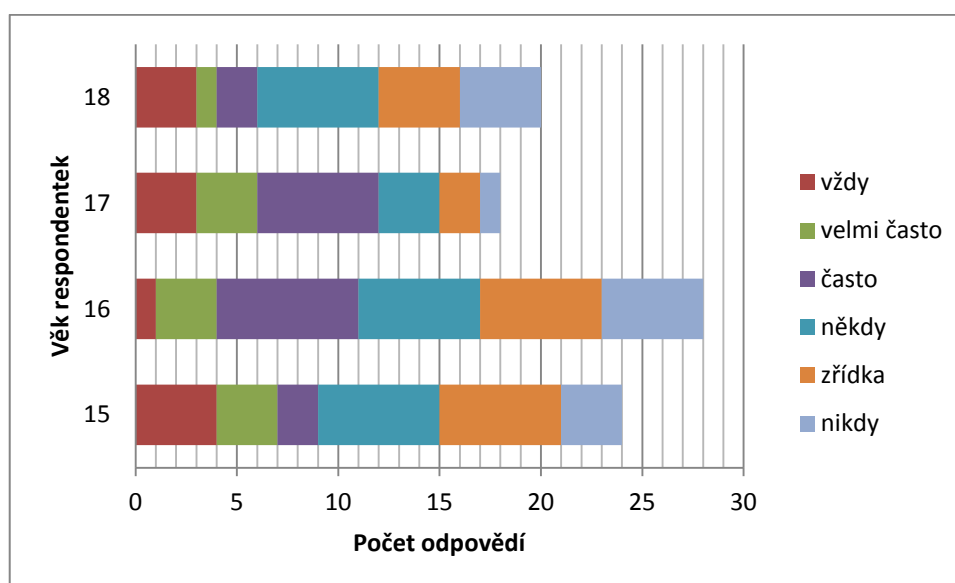
Graf č. 13: Grafické vyhodnocení otázky č. 13

14. Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.

Nejčastěji zvolená varianta byla možnost někdy (23,3 %), druhou nejčastější možností zřídka (20 %). Podobného procentuálního zastoupení dosáhla i odpověď často (18,9 %). U každé z možností byla vybrána minimálně jedna varianta. Více než 40 % dotázaných dívek tak často až vždy přemýšlí o své postavě negativně s myšlenkou, že mají více tuku, než chtějí. Stejný počet dívek o tuku na svém těle přemýšlí někdy či zřídka. Jen necelých 15 % dotázaných dívek takto nikdy nesmýšlí.

Tabulka č. 17: Vyhodnocení otázky č. 14

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	4	3	2	6	6	3
16	1	3	7	6	6	5
17	3	3	6	3	2	1
18	3	1	2	6	4	4
% (15-18)	12,2	11,1	18,9	23,3	20	14,4



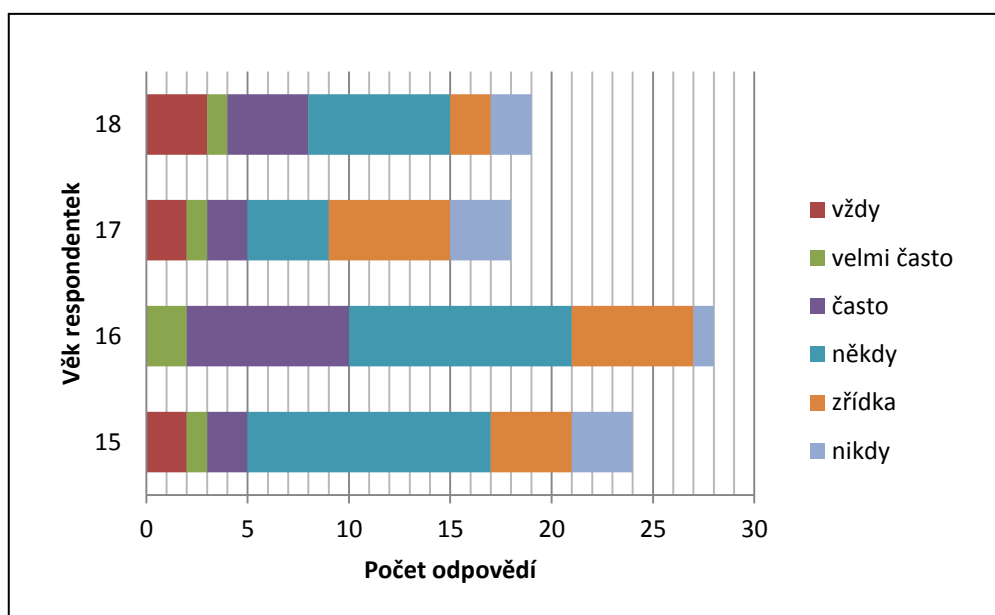
Graf č. 14: Grafické vyhodnocení otázky č. 14

15. Jídlo mi trvá déle než ostatním.

Většina dívek u třinácté otázky souhlasila s odpovědí někdy, tato možnost byla označena u 34 (37,8 %) respondentek, a to zejména u dívek mezi patnáctým a šestnáctým rokem. Patnáctá otázka je zaměřena na neobvyklé postoje spojené s konzumací jídla, která se potvrdila až u 70 % dívek.

Tabulka č. 18: Vyhodnocení otázky č. 15

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	2	1	2	12	4	3
16	0	2	8	11	6	1
17	2	1	2	4	6	3
18	3	1	4	7	2	2
% (15-18)	7,8	5,6	17,8	37,8	20	10



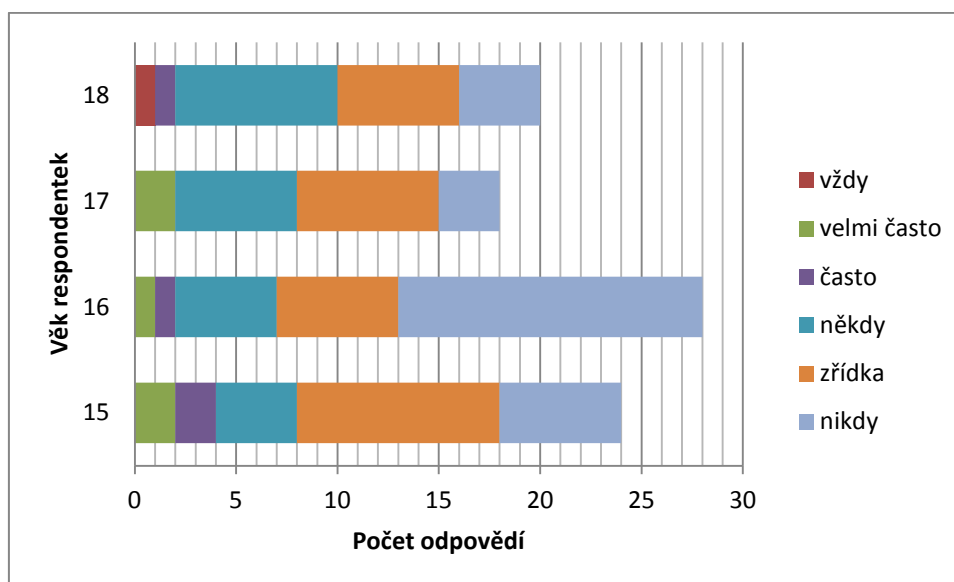
Graf č. 15: Grafické vyhodnocení otázky č. 15

16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr.

Je překvapivé, že většina dívek zvolila možnost nikdy a zřídka, ačkoliv se jedná o otázku, která opět souvisí s dietním chováním.

Tabulka č. 19: Vyhodnocení otázky č. 16

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	2	4	10	6
16	0	1	1	5	6	15
17	0	2	0	6	7	3
18	1	0	1	8	6	4
% (15-18)	1,1	5,6	4,4	25,6	32,2	31,1



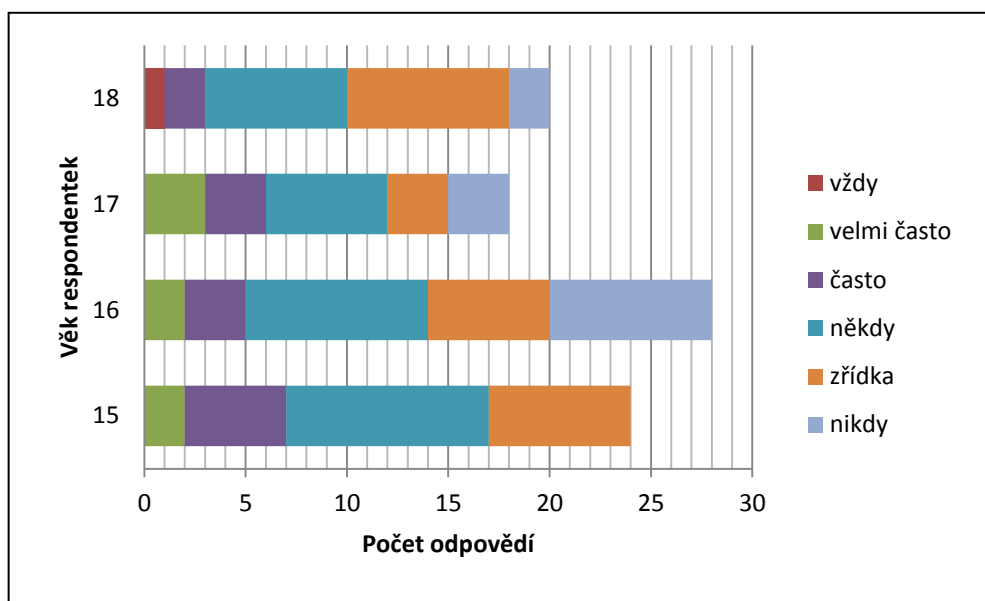
Graf č. 16: Grafické vyhodnocení otázky č. 16

17. Jím dietní jídla.

Otázka na konzumaci dietních jídel byla pouze u jedné respondentky označena jako vždy, počet odpovědí však stoupal u velmi často (7,8 %), často (12,3 %) a někdy (26,7 %). Někdy dosáhlo nejvyššího počtu označení, je tedy zřejmé, že alespoň někdy se respondentky stravují dietními jídly, aby si zachovaly tělesnou hmotnost a nepřibraly. Nikdy dosáhlo relativně nízkého procentuálního zastoupení 14,4 %.

Tabulka č. 20: Vyhodnocení otázky č. 17

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	5	10	7	0
16	0	2	3	9	6	8
17	0	3	3	6	3	3
18	1	0	2	7	8	2
% (15-18)	1,1	7,8	13,3	35,6	26,7	14,4



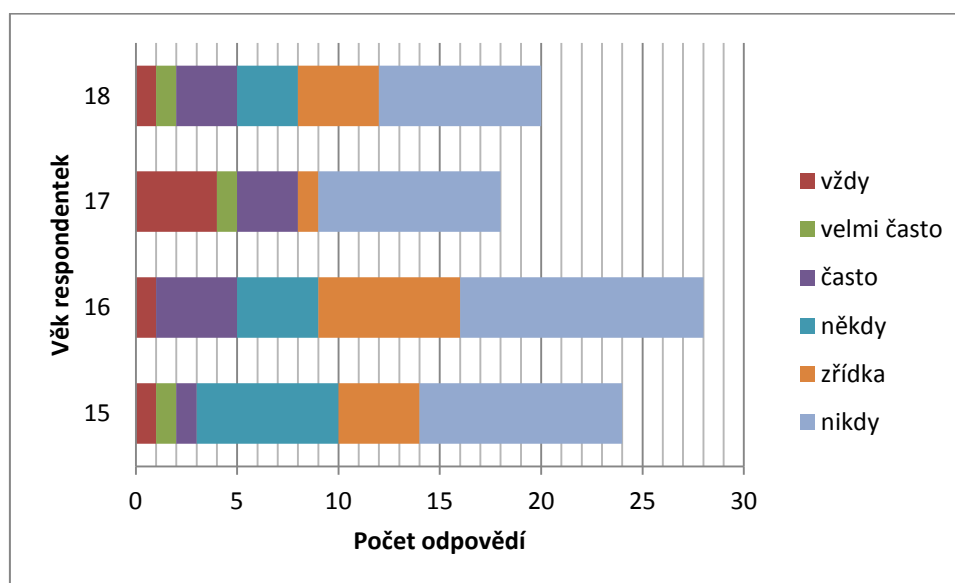
Graf č. 17: Grafické vyhodnocení otázky č. 17

18. Cítím, že jídlo ovládá můj život.

Nejvíce respondentek se rozhodlo pro možnost nikdy (43,3 %), nemají tedy pocit, že by jídlo ovládalo jejich život, ale pokud sečteme odpovědi vždy, často a velmi často, cítí 21 dívek, že jejich život je jídlem ovládán. Tyto pocity jsou charakteristické pro jedince, kteří trpí mentální bulimií, popřípadě se u nich objevují narušené jídelní postoje vedoucí ke vzniku této poruchy. Někdy má tento pocit 15,6 % dívek.

Tabulka č. 21: Vyhodnocení otázky č. 18

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	1	1	7	4	10
16	1	0	4	4	7	12
17	4	1	3	0	1	9
18	1	1	3	3	4	8
% (15-18)	7,8	3,3	12,2	15,6	17,8	43,3



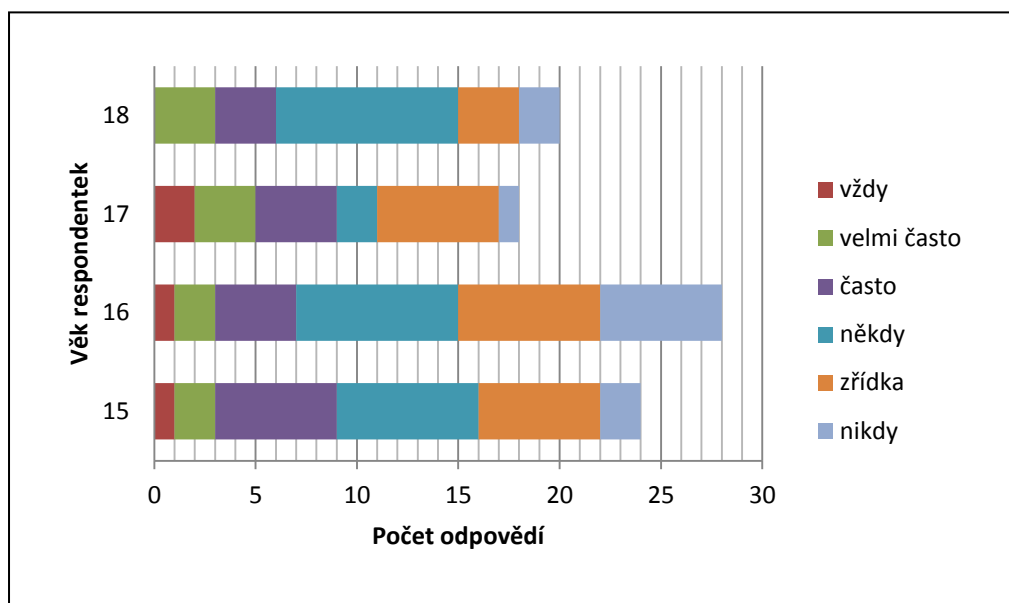
Graf č. 18: Grafické vyhodnocení otázky č. 18

19. Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo.

Někdy sebeovládání v jídle potvrdila $\frac{1}{3}$ respondentek, 26 dívek se snaží udržet kontrolu nad tím, co konzumuje. Často pak přijímanou stravu kontroluje 18,9 % a velmi často 11,1 % dívek. Jako druhá nejčastější možnost byla označena odpověď zřídka (24,4 %). Vždy se kontrolou jídla zabývají pouze 4 dívky z 90 dotazovaných, a to jedna ve věku 15-16 let, dvě dívky ve věku 17 let a žádná osmnáctiletá respondentka.

Tabulka č. 22: Vyhodnocení otázky č. 19

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	2	6	7	6	2
16	1	2	4	8	7	6
17	2	3	4	2	6	1
18	0	3	3	9	3	2
% (15-18)	4,4	11,1	18,9	28,9	24,4	12,2



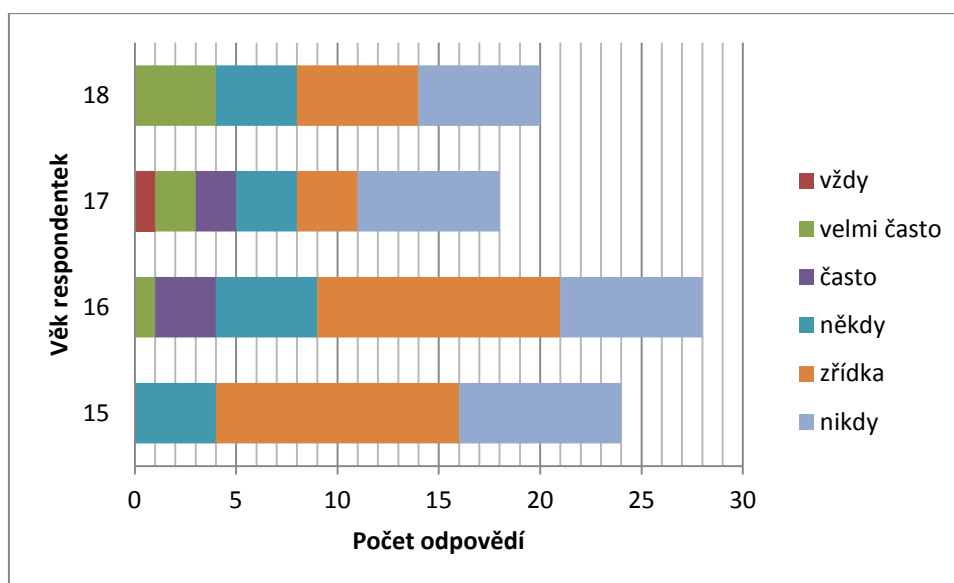
Graf č. 19: Grafické vyhodnocení otázky č. 19

20. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.

Vždy se do jídla cítí nucena pouze jedna dívka, velmi často již sedm dívek a u varianty často číslo označených odpovědí klesá na pět dotazovaných. Nejčastěji se dotazované rozhodly pro zřídka (36,7 %) a pro nikdy (32,2 %). Šestnáct respondentek (17,8%) cítí někdy tlak ze svého okolí, aby více jedly.

Tabulka č. 23: Vyhodnocení otázky č. 20

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	0	0	4	12	8
16	0	1	3	5	12	7
17	1	2	2	3	3	7
18	0	4	0	4	6	6
% (15-18)	1,1	7,8	5,6	17,8	36,7	31,1



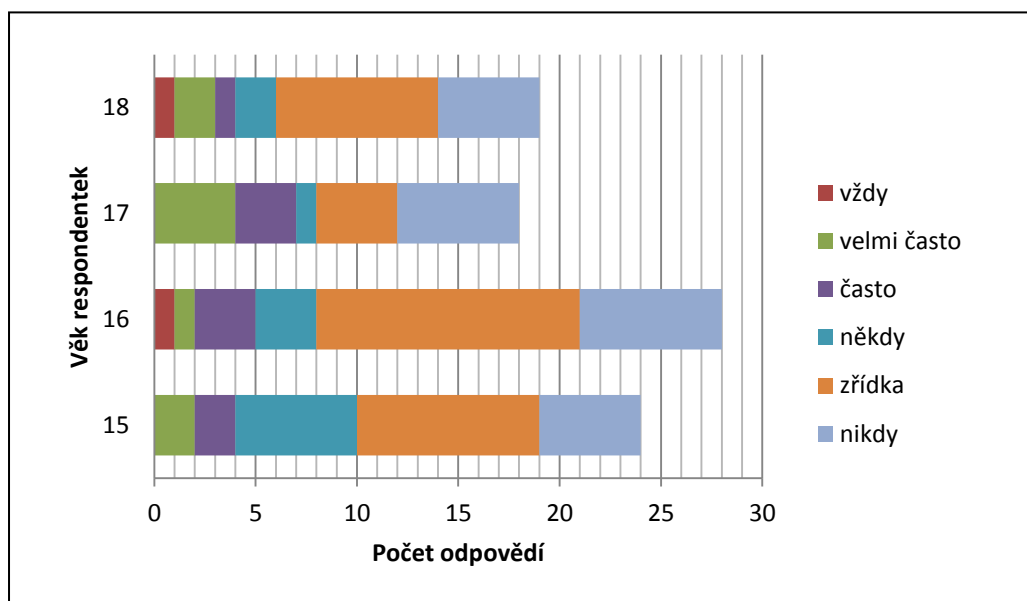
Graf č. 20: Grafické vyhodnocení otázky č. 20

21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.

Nadměrně se myšlenkám na jídlo věnují vždy pouze dvě dívky. Velmi zajímavým výsledkem jsou pak odpovědi u velmi často a často, které mají stejný počet devíti dívek, a tvoří tak dohromady 20 % z celkového počtu odpovědí. Více jak 1/3 (37,8 %) se rozhodla pro zřídka a 25,6 % pro nikdy. Někdy má tyto myšlenky dvanáct dívek (13,3 %) z devadesáti dotazovaných.

Tabulka č. 24: Vyhodnocení otázky č. 21

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	2	6	9	5
16	1	1	3	3	13	7
17	0	4	3	1	4	6
18	1	2	1	2	8	5
% (15-18)	2,2	10	10	13,3	37,8	25,6



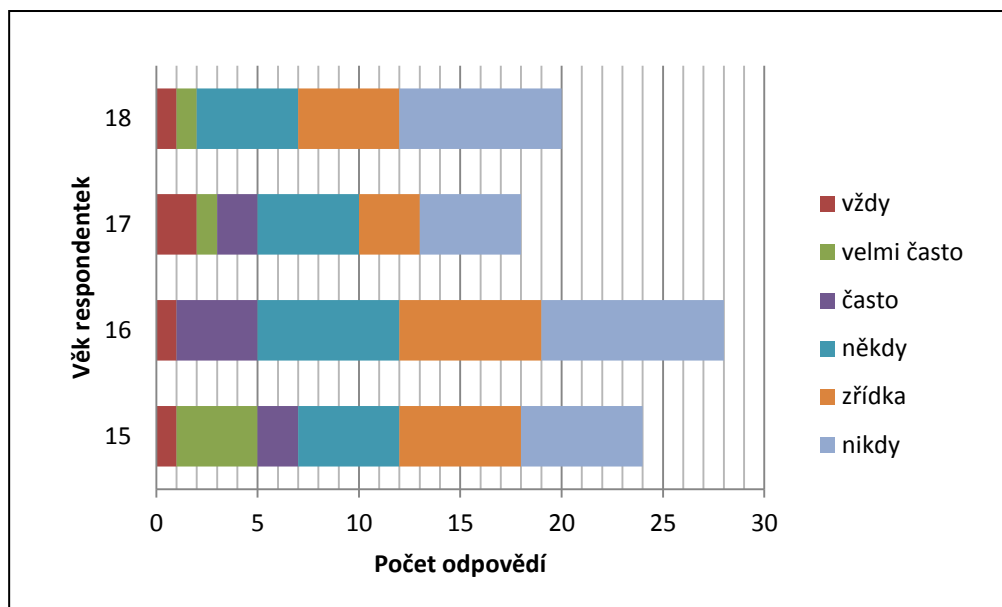
Graf č. 21: Grafické vyhodnocení otázky č. 21

22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.

Výsledky dotazníku byly vyrovnané v případě možností někdy (24,4 %) a zřídka (23,3 %). Nepříjemně se pak po konzumaci sladkostí cítí 41 dívek, včetně s odpovědí někdy, pro kterou se jich rozhodlo celkem 22 (24,4 %).

Tabulka č. 25: Vyhodnocení otázky č. 22

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	4	2	5	6	6
16	1	0	4	7	7	9
17	2	1	2	5	3	5
18	1	1	0	5	5	8
% (15-18)	5,6	6,7	8,9	24,4	23,3	31,1



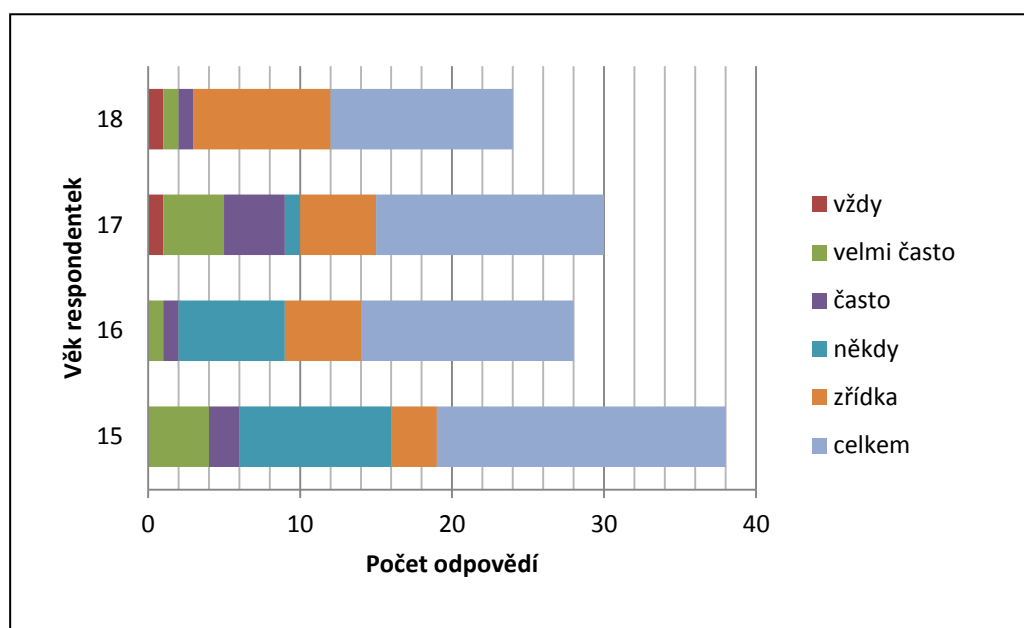
Graf č. 22: Grafické vyhodnocení otázky č. 22

23. Držím diety.

Zkušenost s dietami má v současné době mnoho dospívajících dívek i mladých žen. Hlavní příčinou u dětí je především nesprávný vzor v rodině, kdy matka nebo celá rodina drží diety, které jsou pak velmi často tématem rodinné konverzace. Tomu odpovídají i výsledky dotazníkového šetření, kde bylo zjištěno, že alespoň někdy drží dietu 20 % dívek ve věku od 15 do 18 let a pouze 1/3 se dietami nezabývá.

Tabulka č. 26: Vyhodnocení otázky č. 23

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
	0	4	2	10	3	5
	0	1	1	7	5	14
17	1	4	4	1	5	3
18	1	1	1	0	9	8
% (15-18)	2,22	11,11	8,88	20	24,44	33,33



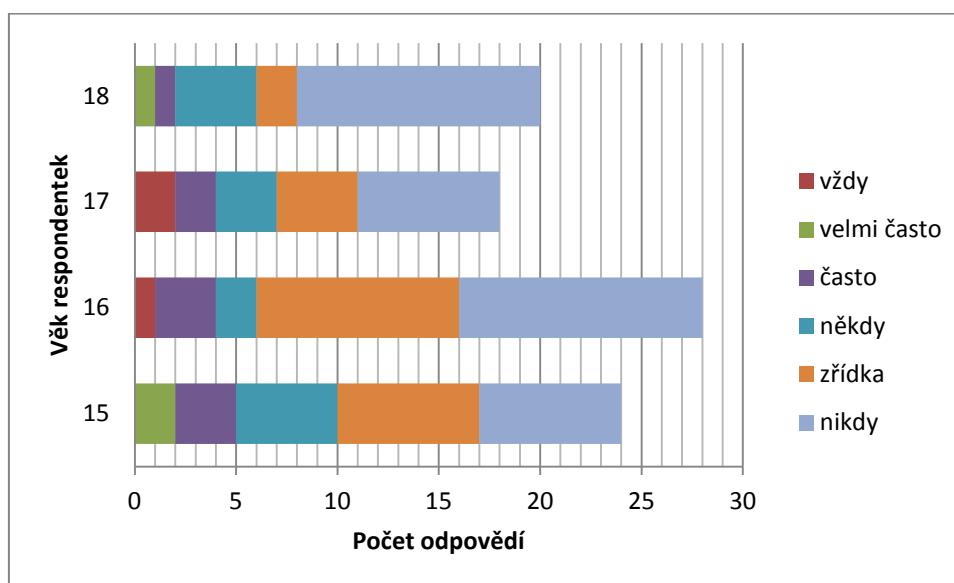
Graf č. 23: Grafické vyhodnocení otázky č. 23

24. Mám rád/a prázdný žaludek.

Vždy a velmi často je pocit prázdného žaludku příjemný stejnému počtu dívek, které si tuto možnost zvolily v obou případech třikrát (celkem 6,6 %). 25,6 % pociťuje zřídka prázdný žaludek jako uspokojující a necelá polovina (42,2 %) toto tvrzení zcela odmítá.

Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 24

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	2	3	5	7	7
16	1	0	3	2	10	12
17	2	0	2	3	4	7
18	0	1	1	4	2	12
% (15-18)	3,3	3,3	10	15,6	25,6	42,2



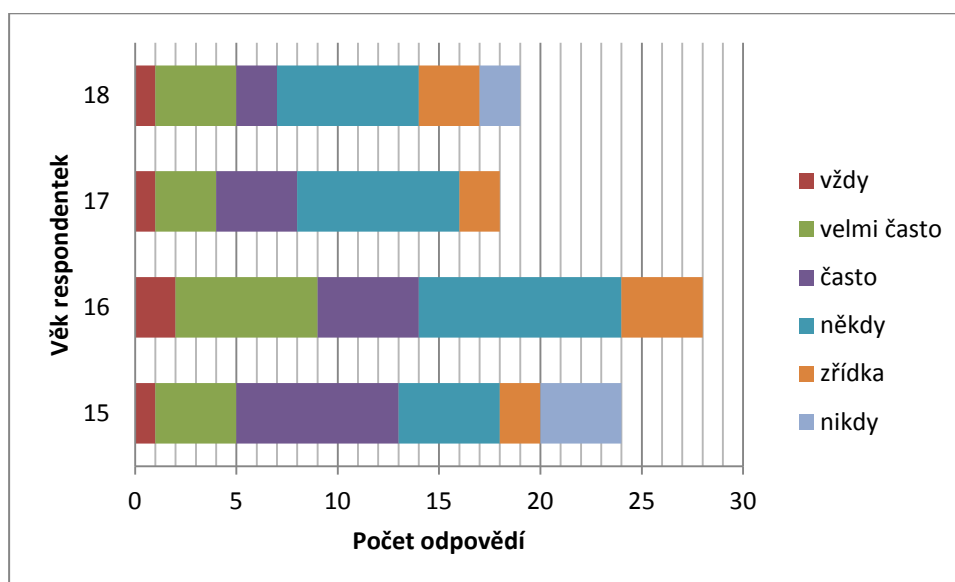
Graf č. 24: Grafické vyhodnocení otázky č. 24

25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.

Předposlední otázka má opačné bodování, tedy 1, 2, 3 body (někdy, zřídka, nikdy). Nejčastěji byla zvolena možnost někdy. Zajímavé je, že vydatná jídla ochutnává velmi často dvacet dívek z devadesáti dotazovaných.

Tabulka č. 28: Vyhodnocení otázky č. 25

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	1	4	8	5	2	4
16	2	7	5	10	4	0
17	1	3	4	8	2	0
18	1	4	2	7	3	2
%(15-18)	5,55	20	21,11	33,33	12,22	6,66



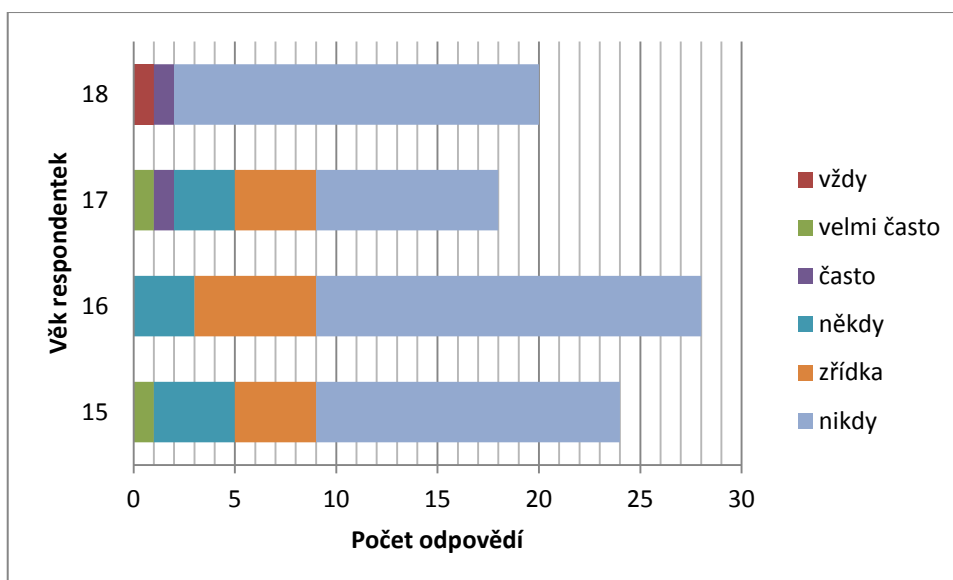
Graf č. 25: Grafické vyhodnocení otázky č. 25

26. Po jídle mívám nucení ke zvracení.

Je překvapující, že u většiny dotazovaných dívek se nevyskytuje nutkavý pocit na zvracení po tom, když se nají. Sklony k bulimickému chování se touto otázkou nepotvrzují. Většina respondentek zvolila možnost nikdy.

Tabulka č. 29: Vyhodnocení otázky č. 26

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
15	0	1	0	4	4	15
16	0	0	0	3	6	19
17	0	1	1	3	4	9
18	1	0	1	0	0	18
%(15-18)	1,11	2,22	2,22	11,11	15,55	67,77



Graf č. 26: Grafické vyhodnocení otázky č. 26

9.4. SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

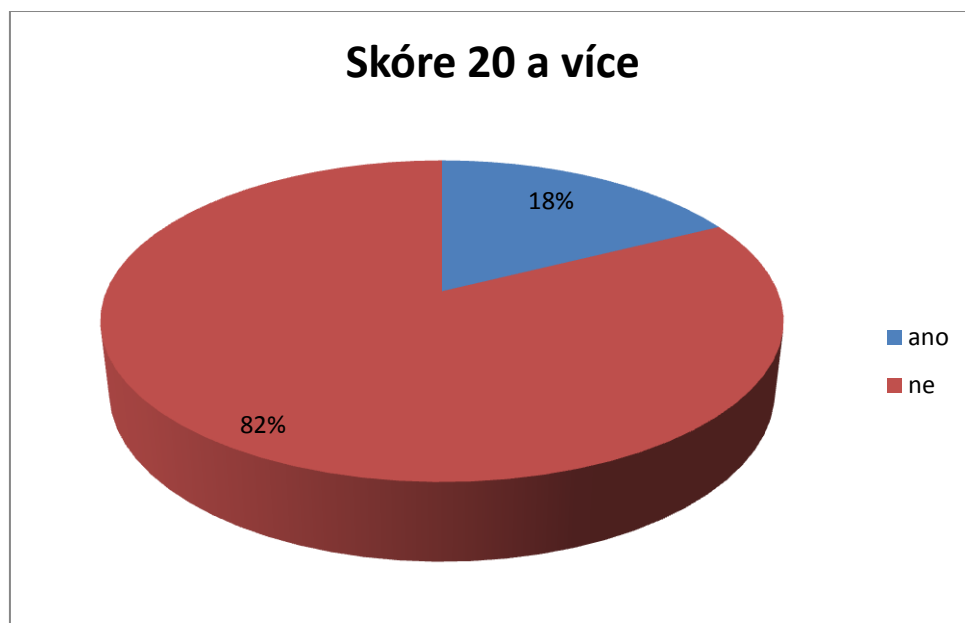
HYPOTÉZA Č. 1:

U 1/3 respondentek se vyskytují narušené jídelní postoje.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Skóre 20 a včetně vyšlo celkem u 16 dívek (17,8 %). I přesto, že tato hypotéza byla vyvrácena, problém s příjmem potravy je možné sledovat u vysokého počtu respondentek. Výsledky dotazníku tak potvrzují, že počet dívek, u kterých se PPP objevují, se stále zvyšuje. Alarmující je skutečnost, že věk, kdy porucha vzniká, klesá. Jak můžeme sledovat (viz tabulka), vysoké skóre vyšlo již patnáctiletým dívkám. V každé věkové kategorii se objevily dívky, jež měly skóre 20 či vyšší.

Tabulka č. 30 : Vyhodnocení hypotézy č. 1

věk	skóre 20 a více
15	4
16	3
17	6
18	3
% (15-18)	17,8



Graf č. 27: Grafické vyhodnocení hypotézy č. 1

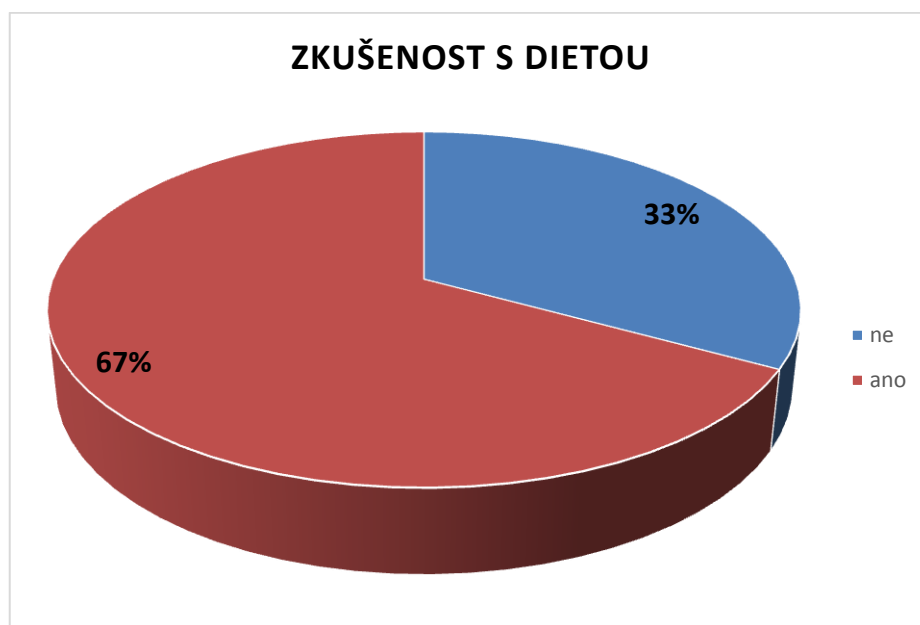
HYPOTÉZA Č. 2:

½ zkoumané populace držela alespoň jednou během svého života dietu.

Z výsledků dotazníkové šetření vyplývá, že 66,7 % dotazovaných dívek má zkušenosti s dietami. Je alarmující, že nejvyššího procentuálního zastoupení (celkem 19 dívek) dosáhly nejmladší respondentky, kterým je teprve patnáct let. Nejmenší zkušenost s dietami mají pak dívky ve věku osmnáct let (celkem 12 dívek). Drastické a velmi často nesmyslné diety mohou vést k narušení přiměřených jídelních návyků, jsou často jedním z faktorů vedoucích ke vzniku PPP. Velmi často je vzorem matka, popřípadě další členové rodiny, držící diety. Hypotetický předpoklad se tak na základě výsledků dotazníku potvrdil.

Tabulka č. 31: Vyhodnocení hypotézy č. 2

věk	vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	celkem
15	0	4	2	10	3	19
16	0	1	1	7	5	14
17	1	4	4	1	5	15
18	1	1	1	0	9	12
% (15-18)	2,22	11,11	8,88	20	24,44	66,7



Graf č. 28: Grafické vyhodnocení hypotézy č. 2

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se u zkoumaného počtu respondentek objeví narušené jídelní postoje, hlavní výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření. Odborná literatura uvádí, že poruchu příjmu potravy má v současné době až 15 % dospívající mládeže. Zvyšuje se především počet mladých dívek, které trpí mentální anorexií. Ta se dříve objevovala až u dětí okolo osmnáctého roku, dnes se tato hranice posunula a poruchu zjišťujeme již u třináctiletých dívek. Ačkoliv první hypotéza byla vyvrácena, 17,8 % respondentek dosáhla v dotazníku takového skóre, které signifikuje narušené jídelní postoje (viz graf). Ty mohou vést ke vzniku PPP, proto je tento výsledek znepokojující. Druhým předpokladem bylo, že ½ dotazovaných doposud držela alespoň jednu dietu. Výzkum prokázal potvrzení této hypotézy. Překvapivým výsledkem však bylo, že s dietou se setkala 66,7 % dívek (viz graf). Jedná se nejen o vliv rodiny, kde se dietami zabývají rodiče nebo sourozenci, ale i o vliv médií. V těch se během posledních let dostávají do popředí trendy, které radí ženám, jak účinně a rychle zhubnout. Tyto rady jsou ale ve většině případů nebezpečné, protože jsou založené na výrazném snížení důležitých živin. Diety však nejsou jedinou příčinou vzniku PPP, jde o působení několika faktorů.

10. ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy patří v současné době k aktuálním a závažným problémům společnosti, o kterém by měla být informována nejen laická společnost, ale i pedagogové. Důvodem je stále klesající věková hranice jedinců, kteří začnou touto poruchou trpět. Čím dříve jedinec onemocní, tím hůře se s poruchou vyrovnává a tím jsou následky horší. Poruchy mají negativní dopad na celkový vývoj osobnosti i na fyzické zdraví. I u vyléčeného jedince není jistota, že se nemoc znovu neobjeví. Relaps u těchto poruch se vyskytuje velmi často, zejména pokud se jedinec ocitne ve stresové situaci. Studium teoretických poznatků byly odhaleny závažné aspekty těchto poruch. Zajímavé je, že se začínají častěji objevovat i mužů a mladých chlapců. Poruchy příjmu potravy jsou lékaři označovány jako celoživotní problém, který může způsobovat celoživotní komplikace.

Výzkum odhalil některé závažné momenty, které se týkají zkušenosti s dietami. Je alarmující, že zkušenost s dietami mají velmi mladé dívky. Stále rostoucí počet žen a dospívajících trpících některou poruchou příjmu potravy je v mnoha případech zapříčiněn právě nezdravými a drastickými dietami.

Rozborem kazuistik se ukázalo, že spouštěčem mentální anorexie u obou dívek byl rozvod rodičů, po kterém se obě dívky začaly zajímat o svou postavu. Nejdříve se soustředily na vynechání určitých potravin, až snížily svůj denní příjem na kritickou hranici.

Závěrem lze konstatovat, že tyto poruchy jsou stále frekventovanější a zasluhují více pozornosti jak ze strany odborníků, tak ze strany veřejnosti, neboť jsou stále podceňovány a laická veřejnost je stále nedostatečně informována. Závažné nejsou jen poruchy samy, ale i jejich chronicita.

11. RESUMÉ

Diplomová práce „*Poruchy příjmu potravy v dětském věku*“ se zabývá problematikou poruch příjmů potravy, především se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Zaměřuje se na jejich etiologii, symptomy, epidemiologii i na možnosti jejich léčby. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má celkem šest kapitol, první kapitola se věnuje atypickým a nespecifickým poruchám příjmu potravy, dalšími kapitolami jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Předposlední kapitola se zabývá poruchami příjmu potravy u dětí. Poslední kapitola pak popisuje terapie těchto poruch.

Cílem praktické části je výzkumné šetření pomocí dotazníku EAT -26, které probíhalo na plzeňské střední škole a zúčastnilo se ho celkem devadesát respondentek. Praktická část byla doplněna o dvě případové studie dvou pacientek, které v dětském věku trpěly mentální anorexií a dokázaly tuto poruchu za pomoci rodiny a přátel zvládnout. Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že poruchy příjmu potravy mají vzrůstající tendenci a jsou závažným problémem již u dospívajících dívek.

12. SUMMARY

The diploma thesis Eating Disorders of the children deals with the topic of eating disorders, mainly mental anorexia and mental bulimia. It focuses on etiology, symptoms, and epidemiology and on possibilities of therapy. The thesis is in two parts dividend, practical and theoretical. Theoretical part has ..chapters, the first one deals with atypical forms of eating disorders, next chapter is concernd with anorexia and bulimia. Penultimate chapter deals with eating disorders by children and the last one describes therapy of disorders.

The main goal of practical part is questionnaire survey with EAT-26, which was at Secondary school in Plzeň realized by nineteen respondents. Practical part was completed with two case studies of two women, which suffered from mental anorexia and they overpowered this disorder thanks to family and friends. On the grounds of questionnaire survey was found out, that the tendency of eating disorder gowns up and it is a grave problem by pubescent girls.

13. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

13.1 LITERATURA

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-858-8597-2.

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta : teorie, výzkum, praxe*. Vyd. 1 Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7

HALL, Lindsey. *Rozlučte se s bulimií*. Vyd. 1 Brno: Egra Group, 2003. 80-86517-60-8.

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

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří a LEBL, Jan. *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 2. Havlíčkův Brod: Grada, 2004. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 3. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-309.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3678-074.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie; Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

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

MUŽÍK, Vladislav. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole: příručka pro učitele*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-156-0.

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

NOVOTNÁ, Lenka, HRÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-261-0115-4.

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?* Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9

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

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.

13.2 INTERNETOVÉ ZDROJE

Faltus, František. *Syndrom nočního jedictví*. [online]. [cit. 10.11.2015]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf].

Almut Zeeck et al. *Diagnostik und Behandlung von Essstörungen*. [online]. 1.Auflage 2015 [cit. 10.2.2015]. Dostupné z: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026p_Essstoerungen_2015-06_01.pdf]

Paterová, Ingrid. *Poruchy příjmu potravy (drunkorexie, orthorexie, bigorexie, záchvatovité přejídání)*. [online]. 3.12.2013 [cit. 15. 11. 2015]. Dostupné z:

[http://www.doktorweb.cz/poruchy-prijmu-potravy-drunkorexie-orthorexie-bigorexie-zachvatovite-prejidani/]

14. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Modelka „Twiggy“²²



Příloha č. 2: Dívka trpící mentální anorexií²³



²² <http://www.the60s.estranky.cz/img/picture/24/twiggy-1.jpg> [online] [cit. 12-4-2016]

²³ <http://www.bambiklub.cz/upload/editor/image/divka.jpg> [online] [cit. 12-4-2016]

Příloha č. 3: Dotazník EAT-26

Milí studenti, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku do mé diplomové práce. Děkuji za Vaši spolupráci. Vyhodnocení dotazníků je anonymní.

Datum:.....

Pohlaví:.....

Věk:.....

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1) Mám hrůzu z nadváhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Krájím jídlo na malé kousky.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Po jídle zvracím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Po jídle se cítím velmi provinile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Jídlo mi trvá déle než ostatním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Jím dietní jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Cítím, že jídlo ovládá můj život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Držím diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Mám rád/a prázdný žaludek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 25) Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla
- 26) Po jídle mívám nucení ke zvracení