

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u adolescentních dívek

Bakalářská práce

Autor: Adéla Novotná
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Lucie Křivánková, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Adéla Novotná

Studium: P19P0150

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u adolescentních dívek**

Název bakalářské práce AJ: Causes of eating disorders in adolescent girls

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Teoretická část charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci. Bližší pozornost je věnována bio-psycho-sociálním příčinám onemocnění, epidemiologii a kategorizaci poruch příjmu potravy dle DSM 5. Empirická část práce mapuje přítomnost vybraných rizikových faktorů PPP u adolescentek. Výzkumná metoda kvantitativního šetření: standardizovaný dotazník a dotazník vlastní konstrukce.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-80-246-22477.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: Mgr. Lucie Křivánková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D., samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 27. 4. 2022

Novotná Adéla

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za cenné rady a konzultace, které mi pomohly při vypracování této bakalářské práce. Rovněž mé poděkování patří všem informantkám za jejich ochotu a otevřenost při poskytování rozhovorů.

Anotace

NOVOTNÁ, Adéla. *Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u adolescentních dívek*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 69 stran. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Práce je rozdělena do tří kapitol, přičemž první dvě kapitoly tvoří teoretickou část a jsou vytvořeny na základě poznatků čerpaných z odborné literatury. První kapitola se zabývá možnými příčinami vzniku poruch příjmu potravy s rozdělením na biologické a psychosociální faktory a v druhé kapitole jsou popsány jednotlivé typy známějších, ale i méně známých poruch příjmu potravy. Třetí kapitola tvoří empirickou část práce, ve které je pomocí kvalitativního výzkumného šetření, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru, zmapována přítomnost vybraných rizikových faktorů poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Cílem bakalářské práce je popsat rizikové faktory, jejichž působení hraje zásadní roli při vzniku poruch příjmu potravy u adolescentek a porovnat je s informacemi obsaženými v teoretické části.

Klíčová slova: adolescence, porucha příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie

Annotation

NOVOTNÁ, Adéla. *Causes of eating disorders in adolescent girls*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 69 pp. Bachelor Thesis.

The Bachelor thesis deals with the multicausal etiology of eating disorders in adolescent girls. The work is divided into three chapters, while the first two chapters form a theoretical part and are created on the basis of knowledge drawn from the literature. The first chapter deals with the possible causes of eating disorders, divided into biological and psychosocial factors, and the second chapter describes the various types of well-known but also less well-known eating disorders. The third chapter forms an empirical part of the work, in which the presence of selected risk factors of eating disorders in adolescent girls is mapped using a qualitative research survey, specifically a semi-structured interview. The aim of the bachelor thesis is to describe the risk factors whose effects play a crucial role in the development of eating disorders in adolescents and compare them with the information contained in the theoretical part.

Keywords: adolescence, eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 27. 4. 2022

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
1 Multikauzální etiologie poruch příjmu potravy	10
1.1 Biologické faktory poruch příjmu potravy	10
1.2 Psychosociální faktory poruch příjmu potravy	14
2 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy	22
2.1 Mentální anorexie.....	23
2.2 Mentální bulimie	26
2.3 Psychogenní (záchvatovité) přejídání	29
2.4 Méně známé typy poruch příjmu potravy	31
3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy v adolescenci	34
3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	34
3.2 Výzkumná metoda	35
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
3.4 Vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů.....	39
3.5 Souhrn výzkumného šetření	45
Závěr	53
Seznam použitých zdrojů	54
Seznam příloh.....	60
Přílohy.....	61

Úvod

Duševní onemocnění jsou v dnešním světě velmi rozšířeným, vyčerpávajícím psychickým stavem, provázejícím čím dál větší množství lidí. Mezi ně patří i poruchy příjmu potravy, jedno z nejčastějších psychiatrických onemocnění dospívajících dívek. Důvody, proč poruchy příjmu potravy vznikají, jsou i přes odbornost moderní medicíny stále velkým otazníkem. Jelikož se jedná o bio-psycho-sociálně podmíněná onemocnění, je nezbytné brát v potaz jejich multikauzální etiologii.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Teoretická část se zabývá, na základě poznatků čerpaných z odborné literatury, možnými příčinami vzniku poruch příjmu potravy s rozdělením na biologické a psychosociální faktory a popisuje jednotlivé typy známějších, ale i méně známých poruch příjmu potravy.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření zaměřenému na zkoumání příčin vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících dívek. Výzkumnou metodou kvalitativního šetření je polostrukturovaný rozhovor, jehož se zúčastnilo 5 zletilých dívek, které v období adolescence onemocněly některou z poruch příjmu potravy. Rozhovory byly provedeny formou osobního setkání, což umožnilo vytvořit vhodné prostředí pro hladký průběh rozhovoru na dané intimní téma. Informantky se, dle jejich slov, cítily díky osobnímu kontaktu příjemněji a více v bezpečí, než kdyby musely hovořit do monitoru počítače, což považují za velmi důležité při sběru takto citlivých informací.

Vzhledem ke kvalitativní povaze praktické části bakalářské práce jsou na základě části teoretické stanoveny 4 výzkumné otázky, k jejichž zodpovězení poslouží odpovědi informantek. Cílem bakalářské práce je zmapovat rizikové faktory, jejichž působení hraje zásadní roli při vzniku poruch příjmu potravy u adolescentek a porovnat je s informacemi z odborné literatury. Poznátky získané z výzkumného šetření mohou být vhodně využity při realizaci programů primární prevence poruch příjmu potravy.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu aktuálnosti dané problematiky a stále narůstajícím počtům případů onemocnění navzdory zvyšující se informovanosti o závažnosti důsledků onemocnění a také z důvodu mého osobního zájmu o téma poruch jídelního chování a faktorů majících vliv na rozvoj poruchy.

1 Multikauzální etiologie poruch příjmu potravy

Na konkrétní příčiny vzniku poruch příjmu potravy (dále PPP) si bohužel nedokážeme jednoznačně odpovědět, což by logicky velmi usnadnilo prevenci a jejich komplexní léčbu. Na čem se však shodneme, je zdůraznění koexistence mnoha různých faktorů (Papežová et al., 2010). „V posledních dvaceti letech se postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti poruch příjmu potravy.“ (Hainer et al., 2011, s. 378)

1.1 Biologické faktory poruch příjmu potravy

V oblasti biologických faktorů nalézáme mnoho charakteristik, které mohou hrát významnou roli při vzniku PPP a nemůžeme je nikterak ovlivnit. Řadíme do nich především pohlaví, věk a etnický původ. Jejich výhodou je však možnost vytvoření různých preventivních programů zaměřených na konkrétní rizikové skupiny (Papežová et al., 2010).

Pohlaví

Jak uvádí Krch (1999), ženské pohlaví hraje zásadní roli ve vzniku a rozvoji PPP. Dokonce, u žen je riziko vzniku mentální anorexie až desetkrát vyšší než u mužů.

Nejen mentální anorexie či bulimie, ale i psychogenní přejídání postihuje více ženy než muže, konkrétně až 2,5x častěji (Spitzer et al., 1992, Wittchen et al., 1998, Hsu, 2004 in Papežová et al., 2010). Důvodem bývá ve většině případů fakt, že mužské tělo se v průběhu dospívání mění odlišně než tělo ženské. Muži nabírají především svalovou hmotu a jejich postava je celkově mohutnější. Ženy naopak přibírají především tukovou tkáň a jejich tělo se transformuje z dívčích proporcí do kypřejších ženských tvarů (Krch et al., 1999).

Je potvrzeno, že ženy jsou více ohroženy vlivem médií a sociálního prostředí než muži. Poukazuje na to výzkum, jehož autory jsou Ricciardelli a McCabe (2001). Autoři dle svého výzkumu dodávají, že muži jsou sice méně ovlivnitelní médii než ženy, avšak, musejí oplývat zdravě pozitivním vztahem k vlastní osobě. Muži z médií čerpají inspiraci k dosažení své vysněné postavy, zjištěné informace jim jsou užitečné. Naopak u většiny žen dochází vlivem médií k negativním postojům vůči vlastnímu tělu a následnému snížení sebevědomí (Novák, 2010). Již u dětí se média podílejí na odlišném působení jejich vnímání. „Sledování televize u chlapců

je přímo úměrné riziku vzniku negativních stereotypů tlusté dívky, ale nepodporuje negativní stereotyp tlustého chlapce. Předtím než děti, a zejména chlapci, začnou idealizovat štíhlost, naučí se z médií hanobit tloušťku.“ (Novák, 2010, s. 15)

Ženy mají také v oblibě dosahovat své vysněné postavy držením nejrůznějším redukčních diet. Tyto jídelní plány jsou však ve většině případů založeny na hladovění či velmi nízkém energetickém příjmu, mnohdy nižším, než je jejich samotný bazální metabolismus. A právě držení těchto redukčních diet výrazně zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy, především mentální anorexie a bulimie (Krch, 2002). Mnohdy ženy začnou držet dietu z důvodu nápodoby chování jejich matky, pro kterou představuje střídání různých diet jakýsi životní styl (Fraňková, 2006 in Fraňková et al., 2013). Normální jedení, řídicí se pocity hladu a sytosti, vystřídal restriktivní stravování s neustálými výčitkami a pocity vlastního selhání (Krch, 2008). Někdy je také jako důvod uváděn strach z genetických predispozic při pohledu na postavu matky s nadváhou, avšak většinou je tato kritika neoprávněně přehnaná (Fraňková, 2006 in Fraňková et al., 2013).

Muži trpící PPP bývají spíše výjimkou, ale v posledních letech se jejich počet zvyšuje, především u prepubertálních chlapců. Své konání chlapci odůvodňují v první řadě přáním po sportovním vzhledu (Kocourková et al., 1997). Výzkum z roku 2005 udává, že 10 % pacientů s mentální anorexií a bulimií tvoří právě muži, přičemž bulimie převažuje nad anorexií (Weltzin, 2005 in Strother et al., 2012). Avšak, již o dva roky později, tedy v roce 2007, toto číslo vzrostlo až na 25 % (Hudson et al., 2007 in Strother et al., 2012). Přibývá spekulací o souvislosti mezi PPP a sexuální orientací u mužů (Papežová et al., 2010). Dokonce, až 27 % homosexuálně či bisexuálně orientovaných mužů trpí některou z poruch příjmu potravy. Pokud se zaměříme konkrétně na mentální bulimii, toto číslo vzroste až na děsivých 42 % (Carlat et al., 1997 in Papežová, 2010). Studie potvrzuje, že za důvodem hladovění transsexuálních mužů stojí často snaha přiblížit svou postavu ženskému vzhledu, přičemž ve většinové společnosti je právě štíhlost jedním z ukazatelů ideálu krásy (Surgenor a Fear, 1998, Winston et al., 2004 in Papežová et al., 2010).

Věk

Důležitým faktorem, ovlivňujícím vznik PPP, je věk, především období **puberty**. Například mentální anorexie je přímo považována za adolescentní patologii.

Ve srovnání s ostatními vývojovými obdobími, právě v **adolescenci** dochází k nejvýraznějším změnám v oblasti vnímání vlastního těla a jídelního chování (Kocourková et al., 1997). Dospívání je typické řadou změn. Tou nejviditelnější je bezpochyby fyzické vyzrávání. Ženy v tomto období přibývají na tělesném tuku, především v oblasti boků a stehen. Začíná vývoj sekundárních pohlavních znaků a s tím i počátek menarche (Novák, 2010). Oproti tomu muži v průběhu dospívání spíše přibývají na svalové hmotě. „*Jinak řečeno, dívky se spíše „zakulacují“, chlapci „vytahují“ a „posilují“.*“ (Krch, 2002, s. 56)

Adolescence představuje velmi náročné období plné jak fyzických, tak psychických změn, které mohou být doprovázeny mimořádným stresem. Především dochází k sebeuvědomování a přemýšlení o sobě (Krch et al., 1999). Takové sebeuvědomování probíhá z velké části interpersonálně, přičemž dochází ke komparativnímu chování, tedy k porovnání vlastní osoby s ostatními lidmi (Armas, Kelly, 1989 in Krch et al., 1999). Zvláště v tomto psychicky zranitelném období, které adolescence představuje, je přibírání na váze pro citlivější povahy velkou hrozbou. Pro mladé ženy, které nejsou připravené na změny spojené s dospíváním, bývá toto období velký rizikový faktor v rozvoji PPP. U takových dívek dochází k obavám, zda jsou dostatečně fyzicky atraktivní a štíhlost mají spojenou s úspěchem a oblíbeností (Novák, 2010).

Oproti dětství, kdy se jedinci zaměřují především na výkon, výsledky a soutěžení, s nástupem dospívání se stává hlavní hodnotou adolescentů atraktivita. Do popředí se dostává touha být atraktivní pro druhé pohlaví, což zahrnuje především péči o zevnějšek. Ženy se zajímají o svůj vzhled o něco dříve než muži, u kterých přetrvává delší dobu zaměření na výkon a výsledek. Avšak, ve většině případů dochází s přibývajícím věkem jak u mužů, tak u žen, k upřednostňování významu zdraví a komplexní péče o něj (Fialová, Krch, 2012).

Období adolescence je typické i významnými sociálními změnami. Mnozí autoři prosazují názor, že poruchy příjmu potravy symbolizují strach z dospělosti (Novák, 2010). Tyto sociální změny přinášejí do života jakousi nejistotu, která v jedinci přirozeně vyvolává pocity stresu. „*V období nejistoty přirozeně stoupá míra úzkosti a citlivost na reakce okolí. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může být spojena*

se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se, a tudíž nejistý osud a sociální kontext.“
(Krch, 2004, s. 15)

Genetické predispozice

Genetické faktory hrají také svou roli v náchylnosti ke vzniku poruch příjmu potravy. Především u monozygotních dvojčat, která mají totožný genetický základ, je velká pravděpodobnost, že se nemoc rozvine i u druhého jedince (Nesse, 2020). Dokonce v rodinách, ve kterých se někdy objevily poruchy příjmu potravy, je riziko výskytu těchto poruch u dalších generací až 5x vyšší než v běžné populaci (Hsu, 1990 in Papežová et al., 2010).

Jak uvádí Hosák et al. (2015), na rozvoji mentální bulimie mají svůj podíl hereditární okolnosti ve 33–84 procentech a u mentální anorexie dokonce v 50–90 procentech.

Nadváha a obezita

Svůj podíl na riziku vzniku PPP má i obezita. Vlivem reprezentování štíhlosti ve společnosti jako vzoru úspěšnosti a oblíbenosti dochází k drsné předpojatosti vůči obézním lidem (Krch et al., 1999). Tato předpojatost se dokonce stala jakýmsi kulturním fenoménem, kdy jsou obézní jedinci vnímáni jako oškliví, líní a hloupi (Ciliska, 1990 in Krch et al., 1999). Přestože mají ženy přirozeně větší sklony k nabírání tukové hmoty, neboť ke správnému fungování organismu potřebují tukové tkáně více než muži, obézním ženám se dostává ještě větší předpojatosti než obézním mužům. V potaz není brán ani fakt, že někteří lidé mají od přírody danou mohutnější stavbu těla než ostatní (Orbach, 1978, Wooley, Wooley, 1979 in Krch et al., 1999).

Obézní jedinci, kteří se snaží dosáhnout nižší váhy, učiní toto rozhodnutí většinou právě kvůli váhové stigmatizaci. Začnou své tělo vnímat zkresleně s velmi negativním postojem a zároveň u nich dojde k patologickému zaobírání se problematikou redukce váhy (Ocisková, Praško, 2015). Proto hraje obezita významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy (Marinov et al., 2012), především, objeví-li se v dětství či v rodině (Hainer et al., 2011). Typickou PPP u obézních lidí je mentální bulimie (Marinov et al., 2012). Obézní bulimičky často argumentují své kompenzační chování tím, že nemohou

začít normálně pravidelně jíst, aniž by se vzdaly zvracení, neboť jejich obavy z tloušťky jsou opodstatněné (Hainer et al., 2011).

Strach z obezity je jednou z nejčastějších příčin vzniku poruch příjmu potravy. Ať už se jedná o obavu z důsledku neustále se zvyšujícího výskytu obezity v populaci, či z důvodu zkušenosti některého člena rodiny s obezitou. Nelze tedy vyloučit budoucí předpoklad růstu poruch příjmu potravy spolu s rostoucí incidencí obezity (Hainer et al., 2011).

Obezita, stejně jako poruchy příjmu potravy, je nemoc těla i duše. Proto ani obezitu nelze léčit bez vhodné psychoterapie a pomoci odborníků v oblasti psychologie (Svačina, 2005).

1.2 Psychosociální faktory poruch příjmu potravy

Osobnostní rysy jedince

Typickým rizikovým faktorem pro rozvoj určité poruchy bývají osobnostní rysy jedince. Ani u poruch příjmu potravy tomu není jinak. Mentální anorexie je spojována především s obsedantně kompulzivním chováním, zvýšenou úrovní perfekcionismu, úzkostí a kognitivní rigiditou. Mentální bulimii představuje spíše impulzivita, depresivní příznaky a nestálá osobnost (Krch., 2004).

Jedinci trpící mentální anorexií se ještě před propuknutím nemoci jeví jako odpovědné, spolehlivé, přizpůsobivé a velmi pečlivé osoby. Kladně hodnoceny jsou nejen v oblasti školní výuky, ale i v zájmových aktivitách a rodinném prostředí. V průběhu rozvoje PPP se však jejich povahy mění. Velmi rychle se stávají úzkostnými, trpí depresivními stavy a na okolí reagují dráždivě (Machová et al., 2015).

Přestože perfekcionismus je typický spíše pro MA, u jedinců trpících MB můžeme spolu s impulzivitou pozorovat i perfekcionistické rysy (Vitousek, Manke, 1994 in Papežová et al., 2010). „*Dívky s mentální bulimií v porovnání s dívkami s mentální anorexií nebývají hodnoceny jako tolik přizpůsobivé. Velmi si cení sebeovládání a sebekontroly, které však ztrácejí ve vztahu k jídlu, a proto jim bulimické přejídání způsobuje stud, pokoření, pocity viny a depresivní ladění.*“ (Machová et al., 2015, s. 201)

Náročné životní události a stres

Stres je přirozenou součástí života a mnohdy nám slouží jako velmi užitečný pomocník. Trvá-li však stres příliš dlouho a je založen na negativních prožitcích a pocitech, může jej často doprovázet několik nepříznivých důsledků, mezi které patří i poruchy příjmu potravy (Krch et al., 1999).

Většina pacientů trpících PPP si je schopna vzpomenout na situaci, která odstartovala jejich začarovaný kruh problémů s jídlem (Bruch, 1973 in Krch et al., 1999). Avšak, rozvoj poruchy nespočívá v zážitku jedné negativní události, nýbrž v déletrvajících a opakujících se zkušenostech s traumatickými událostmi (Papežová et al., 2010). Takové negativní zkušenosti zahrnují například sexuální zneužívání, výsměchy a nadávky či psychická traumata různého rázu (Novák, 2010).

Tyto negativní životní události, mající vliv na vznik PPP, se vážou především na období dětství. Pokud jedinci zažijí v dětství například sexuální zneužívání či domácí násilí, stravovací návyky mohou sloužit jako kompenzace dřívějších situací, které se nedaly vlastní vůlí ovlivnit a mít pod kontrolou (Carr-Gregg, 2012). Poruchy příjmu potravy bývají jakýmsi vyústěním zoufalých pokusů volání o pomoc, které se jedinci z vnějšího okolí nedostává (Novák, 2010).

Sexuální zneužívání v dětství se až tragicky často vyskytuje v anamnéze u pacientek s MA či MB. Zároveň se objevují pocity viny, studu, deprese či zneužívání návykových látek (Rotry, Yager, 1996 in Papežová et al., 2010). Někteří odborníci uvádějí v souvislosti se znásilněním, že snižování energetického příjmu představuje snahu zabránit sexuálnímu dozrávání v adolescenci (Carr-Gregg, 2012).

Veškeré negativní životní události a zkušenosti mají jedno společné – doprovází je intenzivní a dlouhodobý stres. Poruchy příjmu potravy poté jedinci slouží k uniknutí od stresu a negativních emočních dopadů vyvolaných duševními či fyzickými traumaty (Papežová, 2004).

Rodinný systém a jídelní chování

Rodina a vzájemné vztahy jejích členů hrají v rozvoji PPP také svou roli. Je prokázáno, že u mnoha pacientek trpících MA předcházely rozvoji poruchy problémy v rodinném prostředí (Gowers et al., 1996, Hoersh et al., 1995 in Papežová et al., 2010). Tyto problémy pramenily především z neadekvátního tlaku ze strany rodičů,

kterému musely pacientky čelit. Jedná se například o přehnané nároky ohledně sportovních či školních úspěchů, které rodiče na děti kladli bez ohledu na jejich názory či schopnosti. Taktéž jsou uváděny příliš brzké rozhovory rodičů s dcerami o sexualitě vzhledem k jejich nízkému věku, nebo požadavky na více „ženské“ chování (Hoersh et al., 1996 in Papežová et al., 2010).

Rodinné hodnoty, normy, ideály a konvence, tedy celé rodinné prostředí svým působením ovlivňuje prožívání jedince (Kocourková et al., 1997). Některé bulimické pacientky uváděly jako hlavní rodinný problém nedostatečnou lásku ze strany rodičů a celkově hodnotily vzájemné vztahy jako emočně neuspokojivé a chladné (Dolan et al., 1990 in Krch et al., 1999). Stejně tvrzení zastává Humphrey, který uvádí, že *„pro bulimické rodiny je charakteristický nedostatek péče a empatie, stejně tak jako častý výskyt negativních a hostilných interakcí.“* (Humphrey, 1986 in Krch et al., 1999, s. 67)

Důležité jsou nejen vztahy dětí s rodiči, ale i sourozenců mezi sebou. Chronické problémy mezi sourozenci jsou častým jevem předcházejícím propuknutí nemoci. Samotné onemocnění může symbolizovat „volání“ o pozornost rodičů, která je většinou věnována sourozenci (Papežová et al., 2010). Rodina jakožto celek, v níž jedinec trpící PPP vyrůstá, bývá často popisována jako rigidní, s hyperprotektivními prvky (extrémní ochrana, přehnaná péče), obtížnou schopností vzájemné komunikace a vyjadřování emocí. Členové rodiny se záměrně vyhýbají konfliktům a výměně názorů (Vodáčková et al., 2012).

Pro rodiny s anorektickým dítětem jsou příznačné čtyři základní znaky, konkrétně:

1. *„Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace.*
2. *Slabé mezigenerační hranice mohou způsobit spojení jednoho dítěte s rodičem a vyloučení druhého rodiče na okraj. Obtížné vyrovnávání se s konflikty vede k tomu, že se jim rodina vyhýbá a když k nim dojde, nedokáže je řešit.*
3. *Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně. Anorektické dítě cítí často nadměrnou potřebu ochraňovat svou rodinu (nemoc dítěte jako by ji chránila před případným rozbitím).*

4. *Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce. Měníci se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat než se jim přizpůsobit.*“
(Minuchin et al., 1978 in Krch et al., 1999, s. 66–67)

Z uvedeného je patrné, že členství v konkrétním rodinném systému výrazně determinuje vývoj jídelního chování a postoje k jídlu, zejména v dospívání.

Jídelní chování a emoce

Vztah člověka k jídlu se formuje již od dětství, není tedy divu, že při utváření prvotních postojů k jídlu hraje nejdůležitější roli rodina (Mertin, Gillernová, 2010). Proto je nesmírně důležité nastolit dětem již od narození správné stravovací návyky, které alespoň z části chrání jedince před nezdravými a nebezpečnými postoji k jídlu propagovanými v průběhu života na každém kroku (Lazzari, 2013). Zcela první zkušenost dítěte s příjmem potravy na počátku postnatálního života představuje proces kojení, který utváří pevné pouto mezi matkou a dítětem. Je přirozené, že matky vnímají dětský pláč a křik jako signál k nasycení, nicméně, ne vždy tomu tak opravdu je, proto je zásadní naučit se rozpoznat, kdy dítě pláčem či křikem vyžaduje potravu a kdy se snaží upozornit na uspokojení jiných potřeb (Fraňková et al., 2013).

Dokonce, existují i případy matek, které se jídlom snaží preventivně předcházet jakýmkoliv problémům dítěte, přestože se aktuální potřeby potomka vůbec nemusí týkat hladu. Tyto matky využívají jídlo jako všelék na veškeré potřeby dítěte, což je pro ně nejjednodušší způsob, jak jej utišit. Většinou si však neuvědomují nebezpečnost svého jednání, kdy si dítě tímto zarytým vzorcem chování může vybudovat mylnou představu o jednoduchosti řešení veškerých životních překážek a problémů pomocí konzumace potravy (Fraňková et al., 2013). Postupem času dítě nedokáže rozeznat fyziologický hlad od psychologického (Málková, 2018). Nicméně, někteří rodiče se tohoto zlovyku dopouštějí cíleně i u starších dětí, přestože se jim potomek s konkrétním problémem svěří a jsou si vědomi, že přísun jídla tento problém nevyřeší, ale pouze utiší momentální situaci. Takoví rodiče se spokojí s tím, že se dítě na okamžik zabaví konzumováním potravy a ničím je „neotravuje“. Přesně takové momenty jsou skvělým základním kamenem pro pozdější vznik poruchy příjmu potravy (Mertin, Gillernová, 2010).

Avšak, spojení emočních stavů a příjmu potravy funguje i na opačném principu. Lze konstatovat, že chuť a postoje k jídlu z velké části ovlivňují právě emoce. Veškeré emoční stavy, ať už pozitivní či negativní, mohou úzce souviset se skladbou našeho jídelníčku a procesem trávení. V podstatě lze považovat trávicí ústrojí za jakýsi druhý mozek, a jelikož spolu střeva i mozek spolupracují skrze nervová spojení, skladba našeho jídelníčku se automaticky projeví na našem psychickém rozpoložení (Holford, 2013). Je důležité omezit především konzumaci průmyslově zpracovaných potravin majících svůj podíl na vzniku řady psychických potíží, od lehčích forem podrážděnosti či únavy až po úzkost a deprese (Peterson, 2020). Naopak upřednostňovat bychom měli konzumaci čerstvého ovoce a zeleniny, fermentovaných potravin, celozrnných výrobků, libového masa a potravin s vysokým obsahem omega 3 mastných kyselin (Akhtar, 2015).

Transgenerační přenos jídelního chování

Zásadní roli ve vytváření postojů a vztahu k jídlu sehrávají jídelní zvyklosti praktikované v rodině, proto je velmi důležité využít situace a dítěti jít příkladem (Lazzari, 2013). Bylo by zbytečné snažit se dítě vést ke zdravé výživě, pokud by ostatní členové rodiny, sloužící dítěti jako vzor, takové zásady nedodržovali (Kammerer, 2007). Nicméně, hovoříme-li o zásadách zdravé výživy a postojů k jídlu, musíme se na celou problematiku zaměřit komplexně, tedy nejen z pohledu konzumace zdraví prospěšných potravin, ale také z psychologického hlediska, které má v rámci zdravého přístupu k jídlu ještě zásadnější dopad (Lazzari, 2013).

V rámci vlivu emocí na jídelní chování je nezbytné zmínit problematiku rodinné atmosféry, neboť příjemné rodinné klima má velmi příznivé účinky na pozitivní vztah k jídlu. Naopak prožívání negativních emocí výrazně znesnadňuje zažívací procesy a mnohdy vede až k extrémům v oblasti příjmu potravy, ať už se jedná o přejídání či opačný problém, odmítání jídla. U dětí jsou tyto problémy ještě závažnější, neboť dítě prožívá veškeré emoce o něco intenzivněji než dospělý člověk a následky si nese po celý život (Fraňková et al., 2013).

Závažný problém, ohrožující zdravý vývoj dítěte, se objevuje typicky v „bohaté“ společnosti a pramení ze snahy matek udržet si štíhlou linii. Svého cíle, tedy vysněné postavy, matky dosahují nejčastěji omezováním se v jídle a střídáním různých dietních plánů. Je zcela přirozené, že děti napodobují chování svých rodičů. Především pro

předškolní děti je ideálním vzorem jídelní chování matky, které však ne vždy odpovídá zásadám zdravého stravování. Dospělou matku dietní omezování nemusí nikterak negativně ovlivnit, zatímco dětem může výrazně zkomplikovat jejich fyzický i psychický vývoj (Mertin, Gillernová, 2010).

Již krátce po narození dochází prostřednictvím potravy k prvnímu uspokojení potřeb, dokonce hned dvou najednou. Primárně se jedná o uspokojení potřeby hladu, zároveň však dojde i k emocionálnímu uspokojení. Jídlo je tedy spojováno s pocity bezpečí, něhy, klidu a spokojenosti (Novák, 2010). Bohužel, některé matky dokonce nezdravým způsobem odpírají přísun potravy svým dětem ze strachu, že budou obézní (Mertin, Gillernová, 2010). Takové odpírání potravy však v dětech vyvolává pocity deprivace spojené s nedostatkem mateřské lásky (Meadow a Weiss, 1992 in Novák, 2010). Podobných negativních důsledků může být dosaženo v případě upozorňování dětí na energetickou hodnotu jednotlivých potravin, přestože to může být z dobrého úmyslu. Stejně tak není vhodné říkat dětem, jak dlouho by musely vykonávat určitou fyzickou aktivitu, aby spálily všechny kalorie, které určité jídlo obsahuje. Všechny tyto zpočátku nevinné „rady“ mohou v dětech pěstovat pocity strachu z jídla a následné obezity, což bývá typickým startovním impulsem při vzniku poruch příjmu potravy (Slimáková, 2018).

Vztah dítěte k jídlu pěstují nejen rodiče, ale důležitou roli hrají i sourozenci, především ti starší. Přestože může mít každé dítě rozdílné jídelní preference, v období úpadku nejsilnější vazby na rodiče a postupného osamostatňování se dochází k upřednostňování názorů sourozenců a nutriční rady rodičů ztrácejí na hodnotě (Mertin, Gillernová, 2010). Takové osvojování způsobů chování je typickou součástí procesu socializace a pro mladší sourozence je právě učení nápodobou nejpřirozenějším mechanismem sociálního učení (Vágnerová a Lisá, 2021).

Svůj význam v utváření jídelních návyků má i společné stolování, které významně přispívá k rodinné kohezi. Společná jídla celé rodiny u jednoho stolu značně posilují citové vazby všech členů rodiny (Fraňková et al., 2013), přičemž jejich největším přínosem je vytvoření pocitu lásky, bezpečí a klidu (Mertin, Gillernová, 2010).

Velký podíl na ovlivňování způsobů stravování dětí v rodině má i dosažené vzdělání matky, neboť s vyšším vzděláním matky stoupá i pravděpodobnost nákupu zdravých potravin a přípravy nutričně vyvážených pokrmů. Naopak matky,

které dosáhly pouze základního vzdělání, kupují častěji instantní pokrmy a prioritně uplatňují tradiční českou kuchyni před odlehčenějšími recepty. Se stoupající vzdělaností dochází k nižší frekvenci nákupu uzenin, paštik, majonéz a dalších nezdravých, průmyslově zpracovaných potravin. Svou roli při nákupu a přípravě pokrmů sehrává samozřejmě i finanční situace rodiny, kdy dostatek peněz umožňuje dovolit si dražší a kvalitnější potraviny (Fraňková et al., 2013).

Z těchto poznatků lze usoudit, že kvalitní vzdělání a odborné znalosti matek jsou přímo úměrné zajištění kvalitního a plnohodnotného stravování nejen dětí, ale i celé rodiny (Fraňková et al., 2013).

Média a ideál krásy

V dnešní společnosti jsme dennodenně vystavováni útokům médií, v nichž extrémní štíhlost představuje symbol úspěšnosti a atraktivity. Média svým působením v podstatě vybízejí dívky, především ty dospívající, k tomu, aby dosáhly nepřírozeně nízké hmotnosti za každou cenu. A to i přes nebezpečnost spočívající v tom, že tato vyhublost bývá pro drtivou většinu dívek naprosto v rozporu s dědičnými faktory, které určují jejich přirozené tělesné rozměry (Carr-Gregg, 2012).

Vliv médií silně ovlivňuje jedince již od dětského věku. Harrison uvádí, že „*sledování televize u chlapců je přímo úměrné riziku vzniku negativních stereotypů tlusté dívky, ale nepodporuje negativní stereotyp tlustého chlapce. Předtím než děti, a zejména chlapci, začnou idealizovat štíhlost, naučí se z médií hanobit tloušťku.*“ (Harrison, 2000 in Novák, 2010, s. 15).

Ohromné riziko představují především takzvané „pro ana“ weby a blogy, kde se jedinci trpící PPP ve svém chování podporují a anorexii popisují jako životní styl. Odmítání potravy tvoří cestu k jejich vytouženému cíli, tedy extrémní vyhublosti. Tyto weby jsou navíc plné detailních rad a návodů, jak nejlépe a nejrychleji dosáhnout nižšího čísla na váze a jak úspěšně klamat své okolí. Anorektické blogy zároveň razí heslo: „Raději budu mrtvá než tlustá“ (Nielsen Sobotková et al., 2014).

Riziková prostředí

Stejně jako u jiných psychiatrických onemocnění, i u poruch příjmu potravy velmi záleží na prostředí, v němž se jedinec vyskytuje. Například v okruhu lidí, kde jídlo,

vzhled a štíhlost hrají velkou roli, je logicky zvýšené riziko vzniku PPP. Takto ohroženy bývají například baletky, modelky či gymnastky (Hainer et al., 2011).

Za rizikové prostředí lze, podle Emmerové (2019), považovat i skupinu vrstevníků, kdy dochází k osvojování norem vrstevnické skupiny, které však bývají jak fyzicky, tak psychicky nebezpečné (držení diet, důraz na štíhlost a ostré kritizování obezity). Jak uvádí Novák (2010), dospívající dívky často přejímají různé druhy patologického chování z řad svých přátel, ať už ze strachu z případného výsměchu pramenícího z nedodržení vrstevnických norem či vlivem hromadného povzbuzování. Mezi takové typické chování lze zařadit zneužívání laxativ, držení diet, kladení důrazu na štíhlost a jiné, přičemž nejdůležitějším měřítkem adolescentek bývá fyzický vzhled.

2 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří k velmi vážným a nejčastějším psychiatrickým onemocněním dospívajících dívek. Nebezpečné jsou především kvůli svým důsledkům a dlouhodobému průběhu (Krch, 2007). Typickým rysem poruch příjmu potravy je negativní vztah k vlastnímu tělu projevující se narušenými postoji k jídlu a osobnímu vzhledu. Jedinci trpící PPP často upřednostňují přehnanou kontrolu výživy a neustálé zabývání se jídlom před sociálními kontakty a aktivitami (Marková et al., 2006). Onemocnění se často vyskytuje v období adolescence a zároveň se řadí mezi jedno z nejvýraznějších rizikových chování v dospívání, přičemž mezi dvě nejnámější formy řadíme mentální anorexii a bulimii (Nielsen Sobotková et al., 2014). Přestože se anorexie i bulimie vyznačují svými typickými příznaky, které bývají rozdílné, v jádru toho mají hodně společného. Obě onemocnění spojuje nadměrná a mnohdy neoprávněná obava z tloušťky a z ní vyplývající snaha o dosažení a udržení štíhlé linie. Pacientky podléhají neustálé vizuální kontrole vlastní postavy pramenící v nespokojenosti s vlastním tělem (Krch, 2007).

Jak již bylo zmíněno, poruchy v jídelním chování jsou příznačné především pro období dospívání, což obnáší mnohá rizika. Problémy zasahují do formování identity jedince, souvisejí se strachem z dospělosti a následným odmítáním zvládnutí vývojových úkolů adolescence (Macek, 1999). Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie, se většinou objevují v obtížných životních situacích, které jsou typické pro dospívání. U dívek dochází počátkem puberty k typickým tělesným změnám, kterým se v danou chvíli těžko přizpůsobují. Ať už se jedná o přibírání na váze či nástup menstruačního cyklu. Konkrétně pro mladé perfekcionistky je příznačný především nadměrný strach z přibírání a následná snaha o dosažení štíhlosti kombinací nejrůznějších diet a cvičení (Novák, 2010). Tyto pocity však nevznikají z ničeho nic. Jak potvrdil výzkum reprezentativního vzorku mladých norských žen, pro období adolescence je obvyklé, že se chtějí dospívající dívky vyrovnat svým vrstevnicím. Chtějí být dostatečně atraktivní, štíhlé a velmi je znepokojuje otázka, co si o nich myslí okolí (Kansi et al., 2003). Samozřejmě, celé situaci nepomůže ani mediálně propagovaný ideál krásy v podobě extrémně vyhublých modelek. Vliv sociálního prostředí hraje při vzniku PPP obrovskou roli (Botta, 1999). Následující podkapitoly popisují jednotlivé typy známějších, ale i méně známých poruch příjmu potravy.

2.1 Mentální anorexie

Kukla et al. (2016) definují mentální anorexii jako extrémní hmotností úbytek či věku nepřiměřeně nízký hmotnostní přírůstek zapříčiněný vlastním úmyslem, který je vázán na udržení co nejnižší hmotnosti a mylné představě o svém těle. Dle Krcha (2007) může být snižování tělesné hmotnosti realizováno buďto redukcí energetického příjmu nebo zvýšením energetického výdeje. To je ve většině případů, podle Papežové a Hanusové (2012), realizováno zneužíváním laxativ, odvodňujících prášků a dietních přípravků. Co se týče zvýšení energetického výdeje, až polovina nemocných přidává k nízkému energetickému příjmu ještě nadměrné fyzické cvičení. Pro mentální anorexii, stejně jako mentální bulimii, je podle Fialové a Krcha (2012) typická nespokojenost s vlastním tělem a nadměrný strach z obezity. Nemocní jsou paralyzováni strachem z nárůstu váhy a navzdory podvázce se permanentně cítí obézní (Papežová, Hanusová, 2012).

Podle MKN-10 lze o mentální anorexii mluvit v případě udržování tělesné váhy nejméně 15 % pod předpokládanou váhou. Jako další ukazatel slouží Queteletův index hmoty těla (Body Mass Index = BMI), který se vypočítá podle vzorce $BMI = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}}$. Jedinec s BMI 17,5 nebo méně již spadá do kritérií určujících mentální anorexii. V případě prepubertálních pacientů postačí jako určující kritérium nesplnění očekávaného váhového přírůstku během růstu (Hosák et al., 2015). Nicméně, index BMI není zcela přesným ukazatelem, jeho hodnota může být velmi zavádějící. Výpočet BMI platí zhruba pro průměrného člověka. Číslo samo o sobě nám neříká nic o tom, z čeho se tělo skládá, kolik má svalů a tuků. Jelikož jsou svaly těžší než tuk, měření BMI může být velmi nepřesné například u profesionálních sportovců s poruchou příjmu potravy. Kdybychom se řídili pouze výsledným číslem, nemocný jedinec by tabulkově pravděpodobně odpovídal normální tělesné hmotnosti. K efektivnějšímu výsledku slouží speciální váhy, které změří poměr svalové hmoty, tuku a vnitřního tuku. Můžeme je nalézt například u nutričních specialistů či sportovních lékařů (Gaudlová, 2015).

Dalším diagnostickým kritériem pro určení MA je úmyslné snižování váhy pacienta, čehož je dosaženo držením různých diet a vyhýbáním se „nezdravým“ pokrmům. Zároveň pacient užívá další prostředky ke snížení váhy, mezi které patří vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, nadměrná fyzická aktivita či užívání

anorektik a diuretik (Hosák et al., 2015). Co se týče nadměrné fyzické aktivity a dietních jídel, je velký oříšek rozpoznat hranici, kdy již nastává problém. Většina postižených odůvodňuje své chování tím, že se pouze snaží dodržovat zásady zdravého životního stylu, do kterého patří cvičení a zdravá strava (Carr-Gregg, 2012). Výsledky chování postižených v podobě zřetelného úbytku váhy a pocitu silné vůle ještě umocňují nutkání pokračovat v dosažení svého cíle – co nejnížší tělesné hmotnosti. Ve svém konání nacházejí postižení podporu a motivaci z řad vrstevníků, kteří si předávají rady a zkušenosti z oblasti redukce příjmu potravy (Fraňková et al., 2013).

Neméně důležité kritérium představuje výrazně zkreslená představa pacienta o vlastní váze a tělesných tvarech. Specifickou psychopatologii představuje strach z obezity přetrvávající i při výrazné podváze. Pacient si neuvědomuje patologické vnímání vlastního tělesného schématu. Typické jsou také zvnitřnělé obsedantní myšlenky spojené s udržením podváhy. (Hosák et al., 2015). Někdy si postižení mohou vypěstovat různé patologické jídelní rituály, mezi které patří například konzumace pouze určitých druhů potravin, odnášení pokrmů do soukromí mimo dohled ostatních lidí či jzení jen v určité denní dobu (Carr-Gregg, 2012). Poruchy jídelního chování a s ním spojené rituály mohou mnohdy připomínat chování autistických dětí nebo psychotických pacientů. Jedná se například o oddělování jednotlivých složek potravy či vybírání pevných částí z polévky (Pulkrábková in Fraňková, 2013). Při konzumaci potravy pacienti jedí velmi pomalu, každé sousto je několikrát pečlivě rozkousáno, někteří jedinci si dokonce obsedantně počítají, kolikrát daný kousek potravy musejí rozkousat. Cílem tohoto dlouhého žvýkání je navýšení pocitu sytosti, který typicky nastupuje až po přibližně půl hodině jzení, a potlačení pocitu hladu, k čemuž anorektičtí pacienti často využívají žvýkání žvýkaček. Mezi další typické rysy patří dlouhá úprava jídla na talíři (krájení pokrmu na malé kousky, dlouhé míchání polévky apod.). Tyto jídelní rituály slouží především pro snížení psychické tenze nemocných (Fraňková, 2013).

Čtvrtým kritériem jsou komplexní endokrinní změny zahrnující hypotalamo-pituitárně-gonadální osu. U žen se tyto změny projevují dle MKN-10 amenoreou. V DSM 5 však amenorea z diagnostických kritérií vymizela, což bylo v odborné veřejnosti dlouho diskutováno, neboť tento symptom je velmi často „maskován“ při používání hormonální antikoncepce. U mužů dochází vlivem endokrinních změn

ke ztrátě libida a potence (Hosák et al., 2015). Výjimkou nejsou ani zvýšené hodnoty některých hormonů, například stresového hormonu kortizolu či růstového hormonu. Mezi další výkyvy v organismu lze zařadit poruchy vylučování inzulínu a změny periferního metabolismu hormonů štítné žlázy (Novák, 2010).

Posledním, tedy pátým kritériem pro určení MA, jsou opožděné nebo dokonce zastavené pubertální projevy. Jestliže je začátek onemocnění před nástupem puberty, ve většině případů dojde k opoždění nebo zastavení vzrůstu, chybám ve vývoji sekundárních pohlavních znaků a u dívek se rozvíjí primární amenorea. Dojde-li u jedince k uzdravení, je velká šance k normálnímu dokončení vývoje, nicméně menarche je ve většině případů opožděna (Hosák et al., 2015).

DSM 5 rozlišuje mentální anorexii na dva základní typy – restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický). U purgativního typu MA dochází v průběhu nemoci k opakovaným epizodám zvracení, užívání diuretik či laxativ. Zjištění, o jaký typ MA se jedná, je zásadní pro stanovení prognózy (Hosák, 2015). Rozdílností bývá především odlišnost komorbidit a průběhu poruchy purgativního typu anorexie, pro který je typický vyšší sklon k impulzivitě, emoční labilitě, abúzu návykových látek a suicidálnímu chování (Hainer et al., 2011).

V kontrastu s odmítáním potravy je velmi zajímavým zjištěním fakt, že nemocní s anorexií mají mnohdy zvýšený zájem o jídlo a vaření (Krch, 2007). Rádi tráví svůj volný čas v kuchyni přípravou pokrmů a studiem různých kuchařských knih (Fraňková et al., 2013). Nicméně, sami nemocní tyto pokrmy nekonzumují. Jsou rádi, když mohou „vykrmovat“ ostatní lidi kolem sebe (Krch, 2007). Vášeň pro vaření lidí trpících hladem potvrzuje i studie známá pod názvem „Minnesotský experiment“. Výzkum měl za úkol objasnit, jaké fyzické a psychické následky může mít hladovění na zdravé jedince. Za šest měsíců intenzivního hladovění, kdy dospělí muži přijímali pouhých 1570 kalorií denně rozdělených do dvou pokrmů, pocítili razantní změny. U mužů se objevila například výrazná agrese až hostilita, ztráta jakéhokoliv sexuálního zájmu, pesimismus, deprese a mnoho dalších následků (Křivohlavý, 2009). Avšak, u jedinců došlo i k zajímavé změně v oblasti jejich zálib, která souvisí právě s vařením a zájmem o jídlo. *„Po ukončení režimu drastické redukce příjmu potravy u nich došlo k úpravě fyziologických parametrů i psychických symptomů, ale navíc se tito muži začali zajímat*

o jídlo (což předtím nepatřilo k jejich zájmům) podobně, jako je to popisováno u adolescentních anorektiček.“ (Fraňková et al., 2013, s. 118)

Ohledně výskytu poruch příjmu potravy ve společnosti je realizováno mnoho studií, nicméně výsledky nelze jednoduše shrnout, neboť každá epidemiologická studie přichází s jiným procentem výskytu, především v případě prevalence (Novák, 2010). Dle Kukly et al. (2016) se pohybuje prevalence MA okolo 1 %, Raboch et al. (2012) uvádějí celosvětovou prevalenci konkrétně u mladých dívek v rozmezí od 0,3 do 1 %. *„Údaje o prevalenci onemocnění mentální anorexií se u různých autorů liší. Jedním z problémů je objektivita údajů získaných prostřednictvím dotazníků (věrohodnost, pravdivost údajů, návratnost dotazníků), dat o neléčených subjektech a hospitalizovaných pacientech apod.“ (Fraňková et al., 2013, s. 117)*

Co se týče stanovení incidence MA v ekonomicky rozvinutých zemích, Novák (2010) uvádí roční nárůst 6 až 9 případů na 100 000 obyvatel. U dívek mezi 15 až 19 lety byla zjištěna nejvyšší incidence MA, toto číslo činilo 30 až 80 případů, zatímco u mužů je incidence až desetkrát nižší než u žen. Krch (2007) upozorňuje na rostoucí výskyt MA i v neobvykle nižších či vyšších věkových skupinách. Přestože přibývá případů MA u žen starších 30 let, ještě více zarážející je údaj, že některé anorektické tendence se objevují již u mnoha dvanáctiletých děvčat. Dle Kocourkové a Koutka (2002), děti mladší dvanácti let tvoří až 5 % pacientů trpících poruchou příjmu potravy. Jak uvádí Krch (2007), typické je pro první objev některých anorektických příznaků především období adolescence. Až u 6 % děvčat se koncem puberty tyto příznaky objevují.

Je důležité nepodceňovat problematiku poruch příjmu potravy a uvědomit si její extrémně nebezpečné důsledky, mezi které může patřit i smrt. Jak uvádí manuál DSM IV, mortalita u MA dokonce přesahuje hranici deseti procent. Úmrtí ve většině případů nastává z důvodu vyhladovění, metabolického rozvratu, nebo sebevraždy (Stárková, 2007).

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je charakterizována, stejně jako MA, přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Na rozdíl od MA, pro bulimii jsou typické opakované záchvaty přejídání s následným pocitem viny, které jsou kompenzovány nevhodnými metodami

k zábraně tloustnutí, nejčastěji však vyvolaným zvracením (Kukla et al., 2016). Podle Krcha (2007) je však pocit přejezení velmi relativní. Mnohdy se jedinci cítí přeplnění jen z důvodu konzumace pro ně nepřiměřeně velké porce potravy, přičemž pro zdravé jedince může být toto množství zcela normální. Z tohoto důvodu se nelze spoléhat pouze na množství snědené potravy jako příznak přesycení, vhodnějším ukazatelem se jeví subjektivní pocit ztráty kontroly nad konzumací jídla.

Mentální bulimie se rozvíjí ještě více pomalu a nenápadně než anorexie. Její typické rysy se mnohdy ztrácí v chaosu jídelního chování dnešní doby. Ať už se jedná o špatné stravovací návyky rodiny či nevhodné dietní rituály praktikované širokou veřejností (Krch et al., 1999). Vlivem vzrůstajícího tlaku dnešní doby na dodržování dietních opatření dochází mnohdy k rozvoji PPP i z pouhé neznalosti, kdy mladé ženy zaměňují drastické redukční diety za normální jídelní režim, přičemž ani neví, kolik by optimálně měly vážit (Krch, 2007).

Opakující se záchvaty přejídání jsou, jak již bylo uvedeno, spojeny s kompenzačním chováním, které zahrnuje kromě zvracení například hladovění, používání projímadel a diuretik, nadměrnou fyzickou aktivitu či aplikaci klystýru (Carr-Gregg, 2012). Typické je střídání fází hladovění s přejídáním. Následná obava z tloušťky, vyvolávající v nemocném úzkost, je často potlačována kontrolou tělesné hmotnosti formou vážení až několikrát denně. Nemožnost zastavit příjem jídla vlastní vůlí v jedinci vyvolává silné pocity bezmoci, někdy až depresivní stavy (Fraňková et al., 2013). Oproti MA, u jedince trpícího MB se většinou nevyskytuje výrazný úbytek tělesné váhy, proto je velmi obtížné odhalit tento závažný problém (Vodáčková et al., 2012). Bulimičtí pacienti mají většinou hmotnost v normě, nebo se dokonce může vyskytnou i mírná nadváha (Pasz, Plechatá, 2020). *„Anorexie a bulimie jsou považovány za dvě strany téže mince: často onemocnění přechází z anorexie do bulimie, nebo se střídá období anorektické s obdobím bulimickým.“* (Vodáčková et al., 2012, s. 450)

Podle MKN-10 patří mezi první diagnostické kritérium mentální bulimie především již zmíněné přejídání se doprovázené extrémní touhou po jídle. Pacienti si zároveň chorobně kontrolují svou tělesnou hmotnost a neustálé zabývání se jídlem tvoří každodenní rituál (Hosák et al., 2015). Nicméně, jedinci trpící MB si svou nemoc uvědomují, dokonce mají snahu zbavit se začarovaného kruhu přejídání a následného

kompenzačního chování (Kukla et al., 2016), což však není vůbec snadné, neboť zvracení popisují jako něco „úlevného“ (Vodáčková et al., 2012). Z důvodu časnějšího odhalení daného onemocnění a následnou možností úspěšnější léčby je v DSM 5 zkrácena frekvence záchvatů přejídání a zvracení ze tří záchvatů týdně na jeden (Hosák et al., 2015).

Typickým záchvatům přejídání, které již byly popsány, mohou často předcházet různé nevyrovnanosti psychického původu, jako například pocity osamělosti, prázdnoty, smutku až deprese. Po krátké euforii z přijatého jídla však tyto disharmonie nezmizí, ba naopak, nastoupí ještě ve větší míře, společně se sebeobviňováním a výčitky svědomí (Vránová, 2013). Tyto výčitky v jedinci vyvolávají impuls ke kompenzačnímu chování (Kopecká, 2015). Druhé diagnostické kritérium je tedy popisováno jako „*snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, thyroideálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.*“ (Hosák et al., 2015, s. 281)

Třetí diagnostické kritérium MB uvádí specifickou psychopatologii, která se vyznačuje především patologickým strachem z tloušťky a stanovením příliš nízké cílové váhy (Hosák et al., 2015). Častá bývá také v anamnéze pacienta předchozí zkušenost s mentální anorexií (Novák, 2010). Nicméně, v případě, že pacienti nesplňují všechna diagnostická kritéria pro MA či MB, přitom i tak projevují typický klinický obraz onemocnění, dle MKN 10 lze hovořit o atypických formách daných poruch (Kocourková et al., 1997).

Mezi další, méně známé příznaky bulimie, můžeme zařadit například ztvrdlou kůži na kloubech prstů, která vzniká jako následek strkání prstů do krku za účelem vyvolání zvracení. Samotné zvracení může způsobit efekt „syslích tváří“, kdy má pacient opuchlou lící část obličeje, dále potíže uvnitř dutiny ústní, například vředy v ústech či problémy s chrupem (Carr-Gregg, 2012).

Prevalence mentální bulimie u mladých dívek bývá, podle Kocourkové et al. (1997), celosvětově uváděna od 1 do 3 %, přičemž Raboch et al. (2012) dodávají, že až 15 % adolescentů v ČR splňuje některá typická kritéria. Bulimie se týká především žen, u mužů se s touto diagnózou setkáme velmi ojediněle (Vránová, 2013). Nástup nemoci se objevuje později než u MA, přibližně okolo pozdní adolescence

až rané dospělosti (Fraňková et al., 2013). Co se týče stanovení incidence mentální bulimie, pro její dlouhodobější hodnocení nám chybí důležitá validní data, neboť do roku 1979 nebyla MB vůbec lékařsky zaznamenávána (Krch et al., 1999). Nicméně, na jednom se odborníci shodnou, a to, že oproti mentální anorexii došlo během sedmdesátých a osmdesátých let k významně rychlejšímu růstu incidence mentální bulimie (Krch et al., 1999).

2.3 Psychogenní (záchvatovité) přejídání

Psychogenní, nebo také záchvatovité přejídání, je porucha příjmu potravy podílející se, vzhledem ke svému charakteru, na narůstajícím zdravotním problému v populaci, kterým je obezita. Tato porucha je některými rysy podobná mentální bulimii (Rokyta et al., 2015). Vyznačuje se neustálým zájmem o jídlo, který vyústí až v tzv. bažení po jídle neboli „craving“. Toto dychtění můžeme přirovnat například touze narkomana po drogách. Stejně jako u MB, i u psychogenního přejídání dochází ke konzumaci velkého množství jídla během krátkého časového intervalu, což nazýváme „binge eating“ (Papežová et al., 2010). Toto množství potravy konzumuje jedinec zpravidla o samotě, neobvykle rychle a bez předcházejícího pocitu hladu (Vodáčková et al., 2012). Jelikož se nemocný přejídá tajně v soukromí, ostatní lidé z jeho okolí o tomto problému nemusí vůbec vědět. Naopak, mívají pocit, že se jedinec stravuje zcela „normálně“. Avšak, k udržení tajemství ohledně své poruchy příjmu potravy musí nemocný využívat mnoha intrik a lží (Cooper, 2014). „*Po záchvatech hyperfagie mají postižené osoby silné pocity viny ze ztráty kontroly nad přejídáním, které jsou provázeny strachem z tloušťky, avšak nevzniká u nich purgativní chování.*“ (Rokyta et al., 2015, s. 295)

Pro diagnózu dle klasifikace DSM 5 je nutné, aby docházelo k přejídání minimálně jednou týdně za posledních šest měsíců. Zároveň nesmí být přejedení následováno jakýmkoliv kompenzačními mechanismy (Hosák et al., 2015). Čtvrtina těchto záchvatů trvá dokonce celý den, nicméně, chování jedinců bývá velmi různorodé (Papežová et al., 2010). Psychogenní přejídání má samozřejmě hned několik symptomů, avšak pro diagnózu podle DSM 5 je nutná přítomnost alespoň tří z nich. Patří mezi ně rychlá konzumace potravy bez pocitu hladu, následný nepříjemný pocit plnosti, jení tajně o samotě, následné pocity studu, viny, deprese a znechucení ze sebe sama (Hosák et al., 2015).

Jak uvádí Papežová et al. (2010), MKN-10 stanovila pro psychogenní přejídání 3 kritéria, a to:

- a) Myšlení a chování jedince zaměřeno na jídlo. Typická je blaženost po jídle a konzumace velkého množství potravy vedoucí k přejedení.
- b) Jedinec neužívá kompenzačních mechanismů k potlačení kalorického účinku jídla.
- c) Patologický strach z tloušťky a snaha dosáhnout nezdravě nízké tělesné váhy. Záchvaty přejídání jsou v mnoha případech následkem nevhodně zpracovaného distresu.

Množství snědeného jídla během záchvatu je velmi individuální. Většinou se však tato hodnota pohybuje mezi 1500 až 3500 kaloriemi. Nicméně, jsou zaznamenány i případy nemocných, kteří byli schopni zkonzumovat během jednoho záchvatu jídlo s energetickou hodnotou až 20 000 kalorií, ba i více (Cooper, 2014).

Lidé trpící záchvatovitým přejídáním popisují tuto poruchu jako velmi psychicky vyčerpávající stav, který je nutí chovat se nepřírozeně a vykonávat věci, které jsou jim „proti srsti“. Z tohoto důvodu se někdy místo „psychogenního přejídání“ používá termín „kompulzivní přejídání“. Toto nepřírozené jednání v postižených vyvolává silné pocity zoufalství, neboť nezřídka klesnou až k takovému chování, jako je odcizení potravy svým přátelům, krádeže v obchodech, či dokonce jedení jídla vyhozeného cizími lidmi (Cooper, 2014). Tyto extrémní pocity bezmoci u nemocných mohou vyvolat další negativní následky, jako jsou úzkosti, deprese a zanedbávání společenského života (Kviatkovská et al., 2016).

Studie prokázaly výskyt psychogenního přejídání především u jedinců trpících morbidní obezitou (Rokyta et al., 2015). Taktéž je dokázáno, že odbornou pomoc vyhledají dříve obézní pacienti trpící záchvatovitým přejídáním, než obézní bez této poruchy příjmu potravy (Papežová et al., 2010). Psychogenní přejídání postihuje přibližně 2 % dospělých osob (Rokyta et al., 2015). Celoživotní prevalence psychogenního přejídání v Evropě se uvádí, dle diagnostických kritérií DSM 4, u žen okolo 1,9 % a u mužů přibližně 0,3 %. Ve Spojených státech se prevalence pohybovala ve vyšších číslech, konkrétně 3,5 % u žen a 2,0 % u mužů (Smink et al., 2012). „*Vyšší prevalence onemocnění ve Spojených státech může být vysvětlena zmírněním*

diagnostických kritérií v průzkumu ze dvou epizod přejedení během týdne na pouhou jednu dle DSM-5.“ (Kviatkovská et al., 2016, s. 276)

2.4 Méně známé typy poruch příjmu potravy

Pod pojmem „poruchy příjmu potravy“ si jistě většina lidí představí především mentální anorexii a bulimii. Nesmíme však zapomenout na další typy poruch příjmu potravy, které možná nejsou ve společnosti tak známé, nicméně, jejich důsledky mohou být neméně závažné (Kulhánek, 2014).

Ortorexie

Patologická posedlost zdravou výživou neboli ortorexie je porucha příjmu potravy, pro kterou je typický extrémní strach z „nezdravého“ jídla (Kasper, 2015). Tato posedlost zdravým stravováním může mít různé projevy. Ať už se jedná o nakupování pouze biopotravin, sbírání informací o potravinách (o jejich původu, výrobě) nebo extrémní strach z návštěvy restaurací či cukráren. Spolu s vyřazováním většiny potravin z jídelníčku dochází ke ztrátě tělesné hmotnosti, někdy až k podvýživě (Cenková, 2010). Přestože prvotním cílem jedince není snížení tělesné váhy, často dojde k rychlé adaptaci na tento váhový úbytek a následně může být problém přimět jedince k přibrání na váze. Z těchto rysů lze usoudit, že ortorexie je v podstatě anorexie se specifickou argumentací (Krch, 2016).

Zpočátku může být chování jedince okolím obdivováno, neboť na „zdravém stravování“ není nic špatného. Nicméně, tato posedlost rozhodně nevykazuje pozitivní vztah ke stravě, neboť hlavní náplní života nemocného se stává obsedantní chování spojené se snahou mít absolutní kontrolu nad svým zdravím (Pugnerová, Kvintová, 2016). Velkým problémem při snaze o dosažení změny v jejich patologickém chování bývá argumentace a obhajování svých jídelních návyků běžně uznávanými a doporučenými radami z oblasti zdravé výživy. Tím se ortorektici dostávají do pozice pro ně žádoucí a jsou ještě méně ochotni přistoupit ke změně než jedinci trpící anorexií (Krch, Švédová, 2013).

Bigorexie

Bigorexie, nazývaná také „Adonisův komplex“ či muskulární dysmorfofobie, je formou poruchy příjmu potravy vyznačující se zkresleným vnímáním vlastního těla se zaměřením na svalovou hmotu. Jedinci trpící bigorexií, převážně muži, si neustále připadají slabí, nedostatečně vyvinutí a následně usilují o dosažení mnohdy nereálných cílů ohledně tělesných proporcí a fyzické zdatnosti (Cenková, 2010). Projevy této poruchy zahrnují především orientaci myšlenek jedince na velikost vlastních svalů a procento tělesného tuku. Pacient trpí obavami týkajícími se svalových nedostatků, závislostí na fyzických aktivitách (především na posilování), zneužívá anabolické steroidy a dodržuje přísný jídelní režim (Papežová et al., 2010).

Přestože bigorexie zpočátku nepůsobí tak nebezpečně jako ostatní poruchy příjmu potravy, hrozí i zde několik negativních zdravotních následků. Jedná se především o poškození pohybového aparátu z důvodu dlouhodobého přetěžování organismu a nedostatečné regenerace (Cenková, 2010). Bigorektici vykonávají fyzickou aktivitu i v případě nemoci či zranění, neboť představa vynechání tréninku v nich vzbuzuje extrémní strach a úzkost. V neposlední řadě dochází k narušení sociálních vazeb a interpersonálních vztahů z důvodu upřednostnění fyzické aktivity a přesného jídelního plánu před sociálním životem (Papežová et al., 2010).

Drunkorexie

Drunkorexie, jiným názvem alkorexie, je velmi nebezpečná, až život ohrožující forma poruchy příjmu potravy spojená s alkoholismem (Pasz, Plechatá, 2020). Definice uvádí, že je to v podstatě „*opakovaná redukce příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více vysoce kalorického alkoholu.*“ (Kulhánek, 2009 in Papežová et al., 2010, s. 132)

Tato porucha příjmu potravy vychází z faktu, že alkohol (zejména ten tvrdý) obsahuje vysoké množství kalorií, přičemž postižení mají strach z přibírání na váze, avšak alkohol si odepřít nechtějí. Z tohoto důvodu raději snižují příjem potravy na minimum, aby si mohli dopřát alkoholické nápoje a zároveň se nebát přírůstku na váze. Nejenže drunkorexie zahrnuje cílené snížení energetického příjmu z potravy, ale často dochází i ke zvýšenému výdeji energie na diskotékách. Kombinací tvrdého

alkoholu a energetických nápojů obsahujících kofein dochází ke zvýšení látkové přeměny a tím i energetického výdeje (Kulhánek, 2014).

Stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy, i u drunkorexie dochází k narušení psychiky. Zejména druhý den po večírku se objevují typické depresivní stavy, kdy si jedinec vyčítá přijaté kalorie z alkoholu či jídla, neboť v opilosti člověk zapomene na své hranice a přirozeně svůj hlad „dojí“. Drunkorexie taktéž zasahuje do společenského života nemocného, dochází k sociální izolaci, pocitům samoty a úzkostem (Kulhánek, 2014).

3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy v adolescenci

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na multikauzální etiologii poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, typické příčiny vzniku poruch příjmu potravy jsou stále nejednoznačné. „*Jedná se o multifaktoriální onemocnění spojující genetické předpoklady a specifické vlivy prostředí.*“ (Pasz, Plechatá, 2020)

3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zmapovat konkrétní příčiny vzniku poruch příjmu potravy u nyní již zletilých informantek, které si v období dospívání prošly některou z poruch příjmu potravy a porovnat je s informacemi získanými z odborné literatury. Znalost konkrétních rizikových faktorů může být využita v programech primární prevence poruch příjmu potravy a přispět k omezení incidence onemocnění.

Na základě cíle výzkumného šetření a poznatků uvedených v teoretické části bakalářské práce byly stanoveny čtyři následující výzkumné otázky a na ně navazující tazatelské otázky:

VO1: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv vývojové změny v adolescenci? (fyzické vyžívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků, přibírání na váze apod.)

1. Jaký typ poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se u vás objevil?
2. V kolika letech se u vás objevila PPP?
3. Byla jste v období adolescence spokojená se svou postavou? Pokud ne, s čím jste byla nespokojená?
4. Srovnávala jste svou postavu v období dospívání s ostatními dívkami?
5. Pozorovala jste na sobě v období dospívání strach z dospělosti? (zodpovědnost, osamostatnění se apod.)

VO 2: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv genetické faktory?

6. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s obezitou?
7. Měla jste někdy vy sama strach, že budete obézní?
8. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s některou z PPP?
9. Jaké jsou vaše typické povahové rysy?

VO3: Prožívaly informantky nějakou náročnou životní situaci či dlouhodobý stres mající vliv na vznik onemocnění?

10. Prožila jste před propuknutím nemoci nějakou náročnou životní situaci?
Pokud ano, jakou?
11. Kladli na vás rodiče v průběhu života vysoké nároky? Pokud ano, jaké?
12. Jaké většinou panovaly vztahy ve vašem rodinném prostředí?

VO4: Mělo sociální prostředí, v němž se informantky pohybovaly, vliv na vznik onemocnění?

13. Jaké jídelní zvyklosti byly uplatňovány ve vaší rodině? (zdravá/nezdravá strava, matčin vztah k jídlu apod.)
14. Jaké byly vaše zájmy a koníčky v období dospívání?
15. Jak na vás v období dospívání působila média? (reklamy na hubnoucí produkty, propagované diety, štíhlost přirovnávaná ke štěstí a úspěšnosti)
16. Byl ve vaší vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu?
17. Kdo byl v období dospívání vašim ženským „ideálem krásy“?

3.2 Výzkumná metoda

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, přičemž ke sběru dat posloužil polostrukturovaný rozhovor. Vedení kvalitativního rozhovoru má svá úskalí, jedná se o poměrně náročnou metodu získávání dat. Tazatel by měl oplývat několika nezbytnými schopnostmi, které zajistí hladký průběh rozhovoru. Mezi základní patří například empatie, tolerance, koncentrace, disciplína či interpersonální porozumění (Hendl, 2008).

Realizace výzkumného šetření pomocí rozhovoru není tak jednoduchým procesem, jakým se na první pohled může zdát a rozhodně nezahrnuje pouze samotný rozhovor a následný přepis. Celý proces je založen na výběru konkrétní metody, přípravy rozhovoru, případně i jednotlivých otázek, průběhu vlastního dotazování, přepisu informací získaných rozhovorem, vyhodnocení dat, a nakonec ze závěrečného shrnutí celého výzkumného šetření (Švaříček et al., 2007).

„Zvláštní pozornost je nutné věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku dotazování je třeba prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem.

Také zakončení rozhovoru je jeho důležitou součástí. Právě na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme ještě získat důležité informace.“ (Hendl, 2008, s. 167)

Pro výzkumné šetření této práce byl využit polostrukturovaný rozhovor (rozhovor pomocí návodu), který je charakteristický předem připraveným návodem, tedy seznamem otázek nutných k probrání v průběhu dialogu. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je relativní volnost při získávání potřebných informací, což zahrnuje možnost libovolně přehazovat pořadí či přizpůsobovat formulace jednotlivých otázek dle situace (Hendl, 2008).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinu výzkumného šetření tvořilo 5 žen, jež dobrovolně zareagovaly na mou prosbu týkající se poskytnutí informací k bakalářské práci umístěnou na sociálních sítích. Ženy vybrané pro uskutečnění rozhovoru splňovaly všechna předem stanovená kritéria, tedy zletilost, v období adolescence prodělanou poruchu příjmu potravy a úspěšné vyléčení z nemoci. Kritérium zotavení bylo zvoleno z praktického důvodu, aby nedocházelo vlivem stále trvající PPP ke zkreslení některých odpovědí, byť nevědomky.

Rozhovory s ženami proběhly formou osobního setkání za účelem vytvoření příjemného prostředí při sběru informací na dané intimní téma. Za velkou výhodu osobního setkání považují možnost pozorovat neverbální komunikaci informantek, která mnohdy poskytne ještě zásadnější poznatky o probíraném tématu než samotná slovní spojení. Zároveň si trůfnu tvrdit, že díky osobnímu setkání mi byly informantky ochotny sdělit i detailní a citlivé informace, které bych se skrze monitor počítače nedozvěděla.

Všechny informantky ústně souhlasily s využitím zvukového záznamu při rozhovoru a se zpracováním poskytnutých informací pro výzkumné šetření bakalářské práce. Pro zachování anonymity informantek byla změněna jejich křestní jména.

Informantka č. 1: Klára

Věk: 22 let

Diagnóza: mentální anorexie, ortorexie a záchvatovité přejídání

Sociální anamnéza: Klára je 22 let, trvalé bydliště má společně s matkou a o 6 let mladším bratrem v rodinném domku nedaleko Mladé Boleslavi. Otec se od rodiny odstěhoval před dvěma lety, rodiče se rozvedli. Většinu času Klára pobývá v bytě s přítelem v Hradci Králové, kde také studuje, konkrétně na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové, obor Jazyková a literární kultura.

Klára na mě působila velmi příjemně, byla klidná a otevřená všem otázkám, což mě mile překvapilo, neboť jsme se s Klárou nikdy dříve neviděly. Zaujalo mě, že si v životě prošla mnoha psychickými problémy, a i přesto byla velmi pozitivně naladěná, díky čemuž jsem se v její přítomnosti cítila opravdu dobře.

S Klárou jsme měly v plánu rozhovor uskutečnit venku před budovou Univerzity Hradec Králové, na lavičce, v příjemném prostředí přírody. Bohužel, vzhledem ke špatnému počasí jsme byly nuceny provést rozhovor na odlehlém místě jedné z chodeb uvnitř Univerzity Hradec Králové. I přes nucenou změnu plánu, která nás zpočátku zaskočila, proběhnul celý rozhovor bez komplikací.

Informantka č. 2: Anna

Věk: 23 let

Diagnóza: atypická mentální anorexie, ortorexie

Sociální anamnéza: Anně je 23 let, bydlí společně s matkou a otcem v rodinném domku nedaleko Hradce Králové. Má o 6 let staršího bratra, ten bydlí již pátým rokem sám, avšak často se navštěvují, mají velmi dobrý sourozenecký vztah. Anna studuje na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové obor Sociální pedagogika. Magisterský titul jí dle jejich slov „neláká“, ráda by se po dokončení bakalářského studia usadila a začala pracovat.

Při osobním setkání jsme si s Annou opravdu rozuměly, neboť jsme obě velmi upovídané a přátelské. Přestože jsou otázky ohledně zkušenosti s poruchou příjmu potravy dost intimní záležitostí, Anna na jakýkoliv dotaz odpovídala otevřeně a detailně, za což jí mockrát děkuji.

Rozhovor s Annou se uskutečnil v jedné poměrně klidné a útulné kavárně uprostřed Hradce Králové.

Informantka č. 3: Sára

Věk: 22 let

Diagnóza: mentální anorexie

Sociální anamnéza: Sáře je 22 let a žije společně se svým kocourem v malé garsonce v Jablonci nad Nisou. Rodiče jsou rozvedení, otec si našel milenkou, za kterou se odstěhoval a založili rodinu a Sára matka žije nyní v bytě sama. Sára má ještě dva sourozence. Staršího bratra, kterému je 31 let a má již svou rodinu a poté pětiletého nevlastního brášku, kterého má otec s novou ženou. Vystudovala osmileté gymnázium zakončené maturitní zkouškou, nyní se živí jako servírka.

Sára na mě zapůsobila velmi mile, je příjemná a přátelská. Hned na první pohled mě zaujal její extravagantní vzhled. Nelze si nevšimnout, že našla oblíbení v potetované kůži a výrazném líčení. Její projev byl velmi emocionálně nabitý a otevřený. Neměla problém odpovědět na jakýkoliv dotaz i mimo rozhovor k této práci.

Jelikož Sára bydlí v Jablonci nad Nisou, rozhovor jsme se rozhodly uskutečnit v bytě mého přítele, neboť i on bydlí právě v tomto městě. Prostředí bytu mi přišlo vhodné zejména z důvodu dostatku klidu a soukromí.

Informantka č. 4: Klaudie

Věk: 18 let

Diagnóza: mentální anorexie

Sociální anamnéza: Klaudii je 18 let, žije pouze s maminkou v panelákovém bytě v Liberci. Rodiče se rozvedli, když jí byl jeden rok. Má o pět let starší sestru, která bydlí se svým přítelem. Klaudie studuje obchodní akademii v Jablonci nad Nisou a ráda by pokračovala ve studiu na vysoké škole.

Klaudie na mě působila velmi stydlivě a nervózně, což je pochopitelné, neboť sama o sobě tvrdí, že je introvert a cítí se dobře jen mezi lidmi, které zná. Nicméně, i přes ostych a nervozitu bylo poznat, že je Klaudie opravdu milá a hodná duše.

Původně jsme s Klaudií plánovaly, stejně jako s Klárou, uskutečnit rozhovor někde venku v přírodě. Bohužel nám počasí opět nepřálo, tudíž jsme se rozhodly vést dialog v jedné příjemné kavárně v Jablonci nad Nisou.

Informantka č. 5: Michaela

Věk: 23 let

Diagnóza: mentální bulimie

Sociální anamnéza: Michaela je 23 let, bydlí v Liberci v menším bytě společně se svou matkou a studuje Technickou univerzitu v Liberci. Má dva sourozence, o 10 let staršího bratra a o 7 let starší sestru, rodiče se rozvedli těsně před tím, než u Michaely propukla porucha příjmu potravy. Sama zatím netuší, kde by chtěla pracovat po dokončení vysoké školy, ve svém volném čase působí brigádně jako baristka v jedné liberecké kavárně.

Michaela na mě působila zprvu lehce nervózně, což je zcela normální, neboť jsme se vůbec neznaly. Nicméně, v průběhu rozhovoru opadl prvotní ostych a konverzace plynula přirozeně hladce.

Díky slunečnému počasí se rozhovor uskutečnil v jednom libereckém parku, což bylo velmi příjemné, neboť prostředí přírody vytvořilo skvělou atmosféru. Pro ještě větší pohodlí jsme si před začátkem rozhovoru zakoupily kávu v nedalekém stánku, což jsme obě, jakožto milovnice kávy, velmi ocenily.

3.4 Vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů

Jak již bylo uvedeno na začátku empirické části bakalářské práce, polostrukturovaný rozhovor obsahoval 17 otázek vytvořených na základě 4 výzkumných otázek.

VO1: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv vývojové změny v adolescenci? (fyzické vyžívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků, přibírání na váze apod.)

VO 2: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv genetické faktory?

VO3: Prožívaly informantky nějakou náročnou životní situaci či dlouhodobý stres mající vliv na vznik onemocnění?

VO4: Mělo sociální prostředí, v němž se informantky pohybovaly, vliv na vznik onemocnění?

VO1: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv vývojové změny v adolescenci? (fyzické vyžívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků, přibírání na váze apod.)

Otázka č. 1: Jaký typ poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se u vás objevil?

První otázka rozhovoru se zaměřovala na zjištění konkrétního typu poruchy příjmu potravy, který se u informantky objevil, přičemž některé ženy potvrdily, že mají zkušenost i s více než jednou PPP.

U dvou informantek, Sary a Kládie, se objevila mentální anorexie, Michaela má zkušenost s mentální bulimií, Anna se potýkala s atypickou mentální anorexií a následnou ortorexií a Klára si prošla dokonce třemi poruchami příjmu potravy – anorexií, ortorexií a následným záchvatovitým přejídání.

Otázka č. 2: V kolika letech se u vás objevila PPP?

U první informantky se PPP objevila mezi 16. a 17. rokem života, u druhé o něco dříve, přibližně v 15 letech. Dokonce, u třetí a čtvrté informantky propuklo onemocnění již ve 14 letech. Poslední, tedy pátá žena, onemocněla, stejně jako Anna, v 15 letech.

Otázka č. 3: Byla jste v období adolescence spokojená se svou postavou? Pokud ne, s čím jste byla nespokojená?

Klára na tuto otázku odpověděla: „*Nebyla jsem moc spokojená. Mojí problémovější partií bylo vždy břicho.*“ Anna odpověděla velmi obsáhle, v závěru z odpovědi vyplynulo, že přibližně od 14 let na sobě začala vnímat nedostatky, které chtěla změnit. Začala být nespokojená s břichem, boky a stehny, dokonce si přála mít vysněnou mezeru mezi stehny jako vysportované dívky na sociální síti Instagram. Sára uvedla, že v období dospívání nebyla spokojená s ničím. Dokonce vyslovila i stejné přání jako informantka č. 2. Doslova uvedla: „*Byla jsem v pubertě, pořád jsem si připadala tlustá. Hlavně nohy se mi nelíbily, přála jsem si je mít hubené a nejlíp mít mezeru mezi stehny.*“ Kládie se svou postavou také nebyla spokojená, připadala si tlustá a chtěla mít plošší břicho. Poslední informantka, Michaela, začala být se svou postavou nespokojená v 15 letech, jakmile musela z důvodu nedostatku času omezit sport. Jako své problémové partie vnímala břicho a stehna.

Otázka č. 4: Srovnávala jste svou postavu v období dospívání s ostatními dívkami?

Klára jasně a bez rozmyšlení odpověděla: „*Samozřejmě, že ano, asi jako většina dospívajících dívek.*“ Anna naopak uvedla, že dokud se u ní nerozjela porucha příjmu potravy naplno, svou postavu s ostatními nesrovnávala. Tento nešvar se u ní objevil až při propuknutí mentální anorexie. Sára odpověděla: „*Jo, vždycky. Když jsem šla ve škole po chodbě a viděla jsem nějakou hubenou holku, tak jsem si říkala, že takhle taky zhubnu, a naopak, když jsem viděla někoho tlustého, tak jsem si říkala fuj, proč se sebou něco nedělá?*“ Klaudie přiznala, že svou postavu srovnávala především s hubenými a vysokými ženami, které obdivovala. Michaela odpověděla jasně a stručně: „*Ano.*“

Otázka č. 5: Pozorovala jste na sobě v období dospívání strach z dospělosti? (zodpovědnost, osamostatnění se apod.)

Na tuto otázku odpověděly všechny informantky takřka stejně. Uvedly, že strach z dospělosti rozhodně neměly, spíš naopak, těšily se na „svůj klid“ a soukromí.

VO 2: Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv genetické faktory?

Otázka č. 6: Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s obezitou?

Klára, Klaudie a Michaela jednoznačně odpověděly: „*Ne.*“ Anna uvedla, že babička má nějaká kila navíc, ale neví, zda se to dá považovat za obezitu. Sára odpověděla: „*Děda, ale s ním jsem se nikdy nevidala.*“

Otázka č. 7: Měla jste někdy vy sama strach, že budete obézní?

Klára odpověď zněla: „*Asi ano, já jsem si tak i připadala.*“ Naopak Anna a Sára shodně uvedly, že strach nikdy neměly. Prý dobře věděly, že by nikdy nedopustily, aby byly obézní. Klaudie odpověděla: „*Ano měla, obrovský. Hlavně, když jsem viděla fotky obézních lidí, tak jsem si říkala, že takhle nechci nikdy vypadat.*“ Michaela s klidem pronesla: „*Ne.*“

Otázka č. 8: Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s některou z PPP?

Klára na tuto otázku odpověděla: „*Prý moje teta (maminky ségra). Nejspíš sklony k mentální anorexii. Ale v té době, kdy tím trpěla, tak se tyto problémy moc neřešily a nikdo si toho moc nevšímal.*“ Všechny ostatní informantky odpověděly negativně.

Otázka č. 9: Jaké jsou vaše typické povahové rysy?

První informantka Klára uvedla perfekcionismus, empatii, úzkostnost a dodala, že je „rodinný typ“. Anna vyjmenovala zodpovědnost, přátelskost, empatii, úzkostnost a vztahovačnost. Sára jako své typické povahové rysy uvedla cílevědomost, výbušnost a vztahovačnost, smysl pro humor a přátelskost. Poté ještě dodala, že má nízké sebevědomí. Klaudie odpověděla: „*Jsem hodná, někdy až moc hodná. Introvertní, stydlivá. Otevřu se pouze v okruhu lidí, které znám a mohu jim důvěřovat. Myslím si, že jsem i pečlivá a taky že dodržím, co mám.*“ Poslední informantka Michaela popsala svou osobu jako samostatnou, racionální, netrpělivou, otevřenou, vstřícnou a obezřetnou.

VO3: Prožívaly informantky nějakou náročnou životní situaci či dlouhodobý stres mající vliv na vznik onemocnění?

Otázka č. 10: Prožila jste před propuknutím nemoci nějakou náročnou životní situaci?

První informantka uvedla, že před propuknutím PPP u ní byla zjištěna roztroušená skleróza. Tříkrát ji ochrnula polovina obličeje, v šestnácti letech byla hospitalizována v nemocnici Motole, kde byla často sama. Za další stresové chvíle považuje hádky rodičů a následné stížnosti své matky na chování otce. Klára byla často svědkem toho, kdy si matka na manžela stěžovala, konkrétně uvedla: „*Mamka říkala, že tátu nemá ráda, že jsou spolu vlastně jen kvůli tomu, že jsem se jim neplánovaně narodila.*“

Sára, Klaudie a Michaela byly, stejně jako Klára, často svědky hádek svých rodičů. Sára uvedla, že si její otec před propuknutím PPP našel milenkou, sama si však nepřipouští možný vliv rozvodu rodičů na vznik onemocnění. Michaela ještě dodala, že po negativním zážitku rozvodu svých rodičů ji čekal ještě vlastní, ne zcela jednoduchý rozchod. Přiznává, že obě tyto zkušenosti měly vliv na propuknutí mentální bulimie, neboť se snažila zajídat své emoce.

Anna si na nic konkrétního, co by ji nějak ovlivnilo, nevzpomíná.

Otázka č. 11: Kladli na vás rodiče v průběhu života vysoké nároky? Pokud ano, jaké?

Při odpovědi na otázku číslo 11 se čtyři informantky z pěti shodly na stejné odpovědi, a to, že rodiče na ně vysoké nároky nekladli, spíše naopak, veškerý tlak na sebe vytvářely informantky samy svým perfekcionismem a touhou po dokonalosti.

Pouze informantka číslo 4 uvedla: „*Mamce nikdy nepřijdu v ničem dost dobrá, i když se snažím.*“

Otázka č. 12: Jaké většinou panovaly vztahy ve vašem rodinném prostředí?

Odpovědi na otázku číslo 12 byly různorodé. Klára uvedla: „*S mamkou jsme k sobě měly vždy blízko, povídaly jsme si jako nejlepší kamarádky. S tátou jsem si nikdy moc nerozuměla. A rodiče si spolu také nerozuměli.*“ Naopak Anna popsala rodinné prostředí jako veselé a šťastné. „*Doma to bylo vždycky v pohodě, jsme šťastná rodina.*“ Sára popsala rodinné klima následovně: „*Doma s mamkou vždycky pohoda, no a s tátou to bylo vždycky tak, že buďto byla hrozná pohoda, anebo jsme se furt hádali.*“ Kláudie odpověděla: „*Celkem napjaté, rodiče se často hádali, i když spolu už nežili. Mamka na mě a na ségru nikdy neměla moc času, je dost zaneprázdněná.*“ Michaely odpověď zahrnovala neustálé hádky rodičů, především vlivem chování otce a celkově rodinné prostředí zhodnotila jako „nepříjemné“.

VO4: Mělo sociální prostředí, v němž se informantky pohybovaly, vliv na vznik onemocnění?

Otázka č. 13: Jaké jídelní zvyklosti byly uplatňovány ve vaší rodině? (zdravá/nezdravá strava, matčin vztah k jídlu apod.)

U této otázky se všechny informantky shodly na velmi podobné odpovědi. Všech 5 žen uvedlo, že se u nich doma jídlo nikdy moc neřešilo, jedlo a vařilo se zcela „normálně“, všeho s mírou. Žádná z informantek nepotvrdila patologický způsob stravování své matky.

Otázka č. 14: Jaké byly vaše zájmy a koníčky v období dospívání?

Informantka Klára se věnovala převážně skautingu. Před samotným propuknutím PPP nebyla zrovna vášnivou sportovkyní, avšak při nástupu mentální anorexie začala navštěvovat posilovnu. Anna objevila svou největší vášeň v tancování, aktivně se věnovala tanečnímu stylu „street dance“ od svých 10 do 14 let. Sára uvedla, že byl jejím koníčkem sport jako takový. Závodně se věnovala atletice, rekreačně jezdila na kole, lyžích, občas si šla zaběhat či zacvičit do posilovny. Kromě sportu našla oblíbení také ve čtení, často společně se svou matkou. Čtvrtá informantka, Klaudie, se věnovala (a stále věnuje), stejně jako Anna, tanečnímu stylu „street dance“. Bavilo ji poslouchat hudbu, sledovat seriály a učit se cizím jazykům. Michaela ráda trávila čas sportem na čerstvém vzduchu a navštěvovala dramatický kroužek.

Otázka č. 15: Jak na vás v období dospívání působila média? (reklamy na hubnoucí produkty, propagované diety, štíhlost přirovnávaná ke štěstí a úspěšnosti)

První, druhá a pátá informantka na tuto otázku odpověděly téměř totožně. Klára, Anna i Michaela obdivovaly vysportovaná těla „fitness“ žen na sociální síti Instagram. Přály si vypadat stejně, nebo alespoň podobně, jako tyto nezdravě vyhublé influencerky. Třetí informantka, Sára, více podléhala produktům doporučeným k dosažení štíhlé linie, jako jsou různé spalovače tuků a čaje na hubnutí. Klaudie uvedla: „*Média na mě působila silně. Byla jsem taková naivní a věřila jsem různým dietním doporučením z internetu, pila jsem třeba kávu s citronem, abych rychlejc spalovala tuky, nebo jsem si koupila stahovací korzet a spala jsem v něm, to mi mělo zúžit pas.*“ Zároveň obdivovala, stejně jako Klára, Anna a Michaela, „fitness“ ženy na Instagramu.

Otázka č. 16: Byl ve vaší vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu?

Tři z pěti informantek potvrdily důležitost štíhlé postavy ve skupině svých vrstevníků, zatímco dvě informantky se s tímto názorem neztotožňovaly. Anna a Sára uvedly, že se ve školní třídě bavili všichni spolužáci se všemi, váha zde nehrála zásadní roli. Zároveň obě ženy potvrdily, že ony samy si přály být hubené, tlak ze strany vrstevníků v tom nehrál roli.

Otázka č. 17: Kdo byl v období dospívání vašim ženským „ideálem krásy“?

Klára na tuto otázku odpověděla: „*Neměla jsem žádný svůj vzorový ideál krásy.*“ Anna se v dospívání vzhlídlá v již zmiňovaných „fitness“ ženách na Instagramu, obdivovala jejich vysportované postavy. Sára, stejně jako Klára, neměla žádný ženský vzor, jak by chtěla vypadat. Klaudie uvedla: „*Hubené vysoké modelky a herečky. Jednou takovou je třeba Cara Delevingne.*“ Michaely vzorem byly především Victoria's Secret modelky.

3.5 Souhrn výzkumného šetření

První výzkumná otázka této bakalářské práce zní: **Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv vývojové změny v adolescenci? (fyzické vyžívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků, přibírání na váze apod.)**

Dle odpovědí, vztahujících se k první výzkumné otázce, lze usoudit, že všechny informantky začaly být v období adolescence nespokojené se svou postavou, která se přirozeně, vlivem hormonálních změn, měnila a formovala. Dle Nielsen Sobotkové et al. (2014) je období adolescence samo o sobě rizikovým faktorem pro vznik některé z poruch příjmu potravy. Všechny informantky porovnávaly svou postavu s ostatními dívkami ve svém okolí a přály si vypadat totožně, jako jejich štíhlé vrstevnice. Jedna z informantek dokonce uvedla, že při setkání s někým obézním jí v hlavě běhaly myšlenky, že nedopustí, aby někdy vypadala stejně.

Za své nejproblémovější partie v období dospívání informantky považovaly břicho, boky a stehna. Cooper (2014) ve své knize potvrzuje největší nespokojenost jedinců trpících PPP právě s oblastmi břicha, boků a stehen. Dvě ženy uvedly, že si přály mít mezeru mezi stehny, což už samo o sobě odporuje fyziologické přirozenosti zdravého ženského těla, avšak touha informantek po dosažení svého cíle byla silnější než racionální informace o hrozícím nebezpečí jejich přání.

Ze získaných informací lze považovat období věku mezi 14 a 15 lety za nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy. Žádná z informantek však neprožívala pocity strachu z nastupující dospělosti a s ní spojeným osamostatněním se, které se často k danému věkovému období vážou. Například Stárková (2005) uvádí

jako jednu z možných příčin vzniku poruch příjmu potravy právě strach ze zodpovědnosti a samostatnosti, což nástup dospělosti obnáší.

Shrnutí VO1

Ze získaných informací, vztahujících se k první výzkumné otázce, vyplývá, že u všech informantek mělo období adolescence vliv na rozvoj poruchy příjmu potravy. Toto vývojové období, charakteristické především viditelnými tělesnými změnami jedinců, na informantky působilo negativně zejména v oblasti vnímání a hodnocení vlastního těla. Všechny informantky porovnávaly vlastní postavu se svými vrstevnicemi a měly stanovené cíle v oblasti fyzického vzhledu, kterých se snažily dosáhnout. Dvě ženy si přály mít mezeru mezi stehny

Informantky vnímaly v období adolescence jako své nejproblémovější partie především břicho, boky a stehna, což jsou právě ty části těla, které se v průběhu dospívání mění, z dětských rysů se stávají ženské křivky. I z tohoto důvodu lze potvrdit vliv vývojových změn v adolescenci na vznik poruch příjmu potravy u informantek.

Adolescence představovala pro informantky riziko především v oblasti fyzických změn, zatímco změny psychosociální, například nastupující dospělost a s ní nutnost osamostatnění se, přijaly informantky kladně. Všechny ženy se na novou životní etapu velmi těšily.

Druhá výzkumná otázka této bakalářské práce zní: **Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv genetické faktory?**

Většina informantek v rodinné anamnéze nezaznamenala přítomnost obezity. Dvě informantky uvedly, že mají v rodině pouze jednoho z prarodičů s nadváhou, nicméně tato skutečnost u nich nehrála roli při vzniku poruchy příjmu potravy.

Tři informantky z pěti neměly nikdy strach z toho, že budou jednou samy obézní, přestože je strach z obezity jednou z nejčastějších příčin vzniku PPP (Hainer et al., 2011). Věděly, že nárůst váhy u nich, vzhledem k jejich pevné vůli, nehrozí. Dvě informantky sice zaznamenaly strach z obezity, ten však nebyl vázán na genetické předpoklady.

Dle čtyř negativních reakcí na přítomnost poruchy příjmu potravy v rodinné anamnéze lze usoudit, že hereditární faktory na vznik poruch příjmu potravy

u informantek nehrály zásadní roli. Jedna z pěti informantek sice uvedla možnou přítomnost příznaků poruchy příjmu potravy u své tety, nicméně, diagnóza nebyla potvrzena žádným lékařským posudkem a ženu nebylo potřeba léčit za pomoci odborníka, proto přisuzují uvedené příznaky spíše experimentování s jídlem, přestože je prokázaná určitá souvislost s vyšším rizikem rozvoje PPP a přítomnosti PPP v rodinné anamnéze (Krejčířová et al., 2006).

Co se týče povahy informantek, některé osobnostní rysy se v odpovědích opakovaly. Mezi ně patří i typické povahové rysy, které bývají spojovány se vznikem a rozvojem PPP. Informantky zmiňovaly především perfekcionismus, úzkostnost, vztahovačnost, pečlivost a spolehlivost, přičemž právě tyto lidské vlastnosti lze považovat za rizikové pro vznik patologického jídelního chování (Pasz, Plechatá, 2020). Ženy uvedly i jiné vlastnosti, které však nemají obvyklou souvislost s danou problematikou, například přátelskost, racionalitu, obezřetnost, stydlivost či schopnost empatie.

Shrnutí VO2

Dle uvedených informací plyne závěr, že hereditární faktory u informantek nehrály zásadní roli na propuknutí poruch příjmu potravy. Pouze dvě informantky uvedly jednoho člena z rodiny s nadváhou, avšak důrazně dodaly, že nepociťovaly strach z případné dědičnosti, tudíž u nich nelze připisovat vliv genetických faktorů na rozvoj poruchy. Další tři informantky ve své rodinné anamnéze přítomnost obezity nezaznamenaly.

Dvě informantky se obávaly toho, že se stanou obézní, ale tyto obavy nepramenily z genetických predispozic. Zbylé tři informantky takový strach neměly, vlastní ego by jim nedovolilo dospět k obezitě.

Ani co se týče přítomnosti PPP v rodinné anamnéze výsledky nepotvrdily vliv genetických faktorů na rozvoj nemoci u informantek. Čtyři ženy z pěti nezaznamenaly žádnou poruchu příjmu potravy u někoho z rodiny. Jedna informantka uvedla experimentování s jídlem své tety, nicméně toto chování nevyžadovalo zásah odborníka.

Pouze v jedné z otázek z polostrukturovaného rozhovoru, vztahujících se k druhé výzkumné otázce, lze předpokládat určitý vliv genetických předpokladů pro rozvoj PPP,

a to v oblasti osobnostních rysů informantek. Některé z uvedených povahových rysů se shodovaly s rizikovými vlastnostmi pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy, konkrétně perfekcionismus, úzkostnost, vztahovačnost, pečlivost a spolehlivost.

Třetí výzkumná otázka této bakalářské práce zní: **Prožívaly informantky nějakou náročnou životní situaci či dlouhodobý stres mající vliv na vznik onemocnění?**

Čtyři z pěti informantek prožily shodnou stresující zkušenost, která mohla mít vliv na rozvoj poruchy příjmu potravy, a to napjaté rodinné prostředí zapříčiněné častými dohady rodičů. To, že byly informantky přímými svědky hádek svých rodičů v nich zanechalo silné negativní emoce. Jedna z pěti z informantek si na žádnou významnou stresovou situaci nevzpomíná. Papežová (2004) popisuje poruchy příjmu potravy jako maladaptivní reakci na dlouhodobý stres.

Tlak ze strany rodičů a příliš velké nároky na informantky neuvedla ani jedna z nich. Čtyři ženy přiznaly, že ony samy na sebe vždy kladly přehnané nároky a ve všem chtěly být co nejlepší, přičemž rodiče na ně nijak netlačili. Nebezpečně vysoká míra perfekcionismu, kterou jedinci trpící PPP mnohdy oplývají, představuje velké riziko pro rozvoj nemoci (Krejčířová et al., 2006). Pouze jedna z žen uvedla věčnou nespokojenost své matky se vším, co informantka dělá, avšak nepopsala by to přímo jako přehnané požadavky.

Rodinné prostředí, v němž informantky žily, se lišilo případ od případu. Jedna informantka vyrůstala v klidném a veselém rodinném klimatu, zatímco dvě další informantky na prostředí domova nevzpomínají zrovna nejlépe. Vlivem sporů mezi rodiči lze popsat jejich rodinné prostředí jako napjaté a nepříjemné. Zbylé dvě informantky uvedly nestálé vztahy v rodinném prostředí, kdy rodinnou pohodu hbitě vystřídalaly hádky a problémy různého rázu. Přitom i atmosféra rodinného prostředí hraje velkou roli v poruchách jídelního chování a intenzivní stres pramenící z dlouhodobě napjatého prostředí domova mnohdy vytváří živnou půdu pro rozvoj poruch příjmu potravy (Fraňková, 2013).

Shrnutí VO3

Čtyři informantky uvedly shodnou stresující situaci, ve které se před propuknutím poruchy příjmu potravy nacházely. Dlouhodobé hádky rodičů, kterým byly informantky

svědky, se na nich negativně podepsaly v podobě chronického stresu. Lze předpokládat, že tyto negativní zkušenosti měly u informantek určitý vliv na rozvoj poruch příjmu potravy. Pouze u jedné z informantek tento předpoklad nelze uvést, neboť si sama na žádnou stresovou situaci nevzpomíná.

Co však nelze potvrdit je rozvoj PPP vlivem stresu pramenícího z vysokých nároků rodičů kladených na informantky. Čtyři z pěti žen uvedly, že nepociťovaly žádný tlak ze strany svých rodičů na jejich výsledky, namísto toho přiznaly, že tento tlak na sebe vytvářely ony samy. Na jednu z pěti informantek matka neměla vysoké nároky, neříkala jí, co má, či nemá dělat, avšak bezdůvodně zhanila jakýkoliv výsledek, kterého dcera dosáhla.

Co se týče rodinného klima, ve kterém informantky vyrůstaly, nelze s jistotou uvést, zda mělo velký vliv na rozvoj patologického jídelního chování žen. U čtyř informantek, které své rodinné prostředí nepovažovaly za ideální, lze tuto skutečnost předpokládat za riziko pro vznik poruchy. Dvě z nich popsaly atmosféru rodinného prostředí jako nepříjemnou a napjatou, další dvě informantky uvedly zkušenost s nestálou domácí atmosférou – chvílemi byl domov naplněn radostí, kterou rázem vystřídalý hádky a problémy. Jen jedna informantka vyličila rodinné klima jako veselé, naplněné pohodou a láskou.

Čtvrtá výzkumná otázka této bakalářské práce zní: **Mělo sociální prostředí, v němž se informantky pohybovaly, vliv na vznik onemocnění?**

V rodinném prostředí, v němž informantky vyrůstaly, se dle odpovědí nevyskytovaly žádné patologické vzorce jídelního chování. Všechny informantky popsaly přístup rodiny k jídlu jako zcela normální, založen na zásadě „všeho s mírou“. Ve všech rodinách se k jídlu přistupovalo racionálně a žádná z informantek nepotvrdila negativní vzorce chování své matky ve vztahu k jídlu, což mnohdy představuje určité riziko pro rozvoj PPP v rodinném prostředí (Mertin, Gillernová, 2010).

V případě koníčků a zálib informantek, každá dívka se zajímala o něco jiného, avšak často v odpovědích zaznívaly různé druhy sportu. Dvě ženy z pěti se shodly na zcela totožné zálibě, kterou bylo tancování, konkrétně taneční styl „street dance“. Dále dívky vyjmenovaly sporty jako atletiku na závodní úrovni, rekreačně pak jízdu na kole, lyžích, běh, posilování a skauting. Další, energeticky méně náročné zájmy

zahrnovaly poslech hudby, sledování seriálů, čtení, dramatický kroužek a učení se cizím jazykům. Žádná z informantek neuvedla takové záliby, u kterých by hrál zásadní roli vzhled a důraz na štíhlou postavu, jako je, dle Hainera et al. (2011), gymnastika, balet či modeling. U jedné z uvedených zálib, konkrétně atletiky, by mohlo hrozit určité riziko vzniku PPP, z důvodu zvýšených nároků na udržení určité tělesné váhy za účelem dosažení co nejlepších sportovních výsledků. „*Sportovci se silnou sportovní identitou mohou být náchylní ke vzniku poruch příjmu potravy, zvláště pokud se zabývají disciplínami, v nichž je žádoucí štíhlá postava.*“ (Andersen, Fawknorová, 2005 in Tod et al., 2012, s. 159)

Co se týče vlivu médií na rozvoj negativního vztahu k vlastnímu tělu, dle uvedených odpovědí ženy nejvíce podléhaly sociální síti Instagram. Čtyři z pěti informantek obdivovaly vysportovaná těla populárních žen cvičících ve fitness centrech a přály si dosáhnout stejně vyrýsované a štíhlé postavy. Právě média se svou propagací „ideální postavy“ velmi často podílejí na vzniku poruch příjmu potravy (Machová et al., 2015). Dále jedna z informantek přiznala, že ji velmi ovlivňoval dietní průmysl a doporučované produkty na hubnutí, jako jsou různé spalovače tuku a čaje pro štíhlou linii. Tato propagace dietních produktů a nízkotučných potravin představuje další velké riziko pro rozvoj nesprávných stravovacích návyků u adolescentek (Grabe et al., 2008 in Giles, 2012). Další uvedené riziko představoval internet jako takový, jedna z žen přiznala důvěru v různé internetové rady a doporučení, jak snadno dosáhnout štíhlé linie. Popsala, jak se naučila pít černou kávu s citronem pro rychlejší spalování tuků, a dokonce spala ve stahovacím korzetu ve snaze získat „vosí pas“.

Tři informantky z pěti potvrdily, že byl v jejich vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu. Emmerová (2019) potvrzuje tento manipulativní tlak vrstevnické skupiny na dodržování určitých norem týkajících se postavy a vzhledu, který může být základním impulsem pro rozvoj poruch v jídelním chování. Další dvě informantky ve skupině svých vrstevníků žádný důraz na štíhlost nezaznamenaly. Váha a postava celkově v jejich kolektivu nehrála žádnou roli.

Podle uvedených odpovědí, dvě informantky neměly v období adolescence žádný konkrétní ženský ideál krásy, kterému by se chtěly přiblížit. Další informantka považovala za svůj ideál ženskosti vysoké a štíhlé herečky či modelky. Konkrétně jmenovala britskou modelku, herečku a zpěvačku Caru Delevingne. Shodně odpověděla

i čtvrtá informantka, pro kterou představy o parametrech ženské krásy splňovaly především modelky, konkrétně modelky Victoria's Secret. Poslední informantka se vzhlížela hlavně ve vysportovaných „fitness“ ženách na sociální síti Instagram. To, že podvyživené modelky představují nebezpečný vzor pro dospívající dívky, je všeobecně známo, i proto lze tuto skutečnost považovat za možné riziko vzniku nemoci u tří informantek (Hainer et al., 2011).

Shrnutí VO4

Dle získaných informací lze usoudit, že sociální prostředí se částečně mohlo podílet na vzniku poruch příjmu potravy u informantek, avšak pouze v určitých směrech.

Podle odpovědí informantek se v rodinném prostředí, v němž vyrůstaly, nevyskytovaly žádné patologické vzorce jídelního chování. Dokonce všechny ženy potvrdily, že se v jejich rodinách vařilo vždy zcela „normálně“, nebyly zaznamenány žádné ohrožující vzorce chování. Z tohoto důvodu lze vyvodit fakt, že jídelní chování uplatňované v rodinách nehrálo žádnou roli na vzniku nemoci u informantek.

Zájmy a koníčky informantek v období dospívání byly různorodé, často se však v odpovědích opakoval sport. Konkrétně tancování (taneční styl „street dance“), na závodní úrovni atletika, rekreačně jízda na kole, lyžích, běhání, posilování a skauting. Další zájmy, které již nebyly vázány na vyšší energetický výdej, zahrnovaly četbu, poslech hudby, sledování seriálů, dramatický kroužek a učení se cizím jazykům. Lze vzít v potaz určité riziko vzniku PPP u informantky při výkonu atletiky na závodní úrovni, avšak ze všech poskytnutých informací nelze potvrdit výrazný vliv zálib informantek na rozvoj jejich onemocnění.

Co však lze předpokládat za důležité riziko při vzniku poruch příjmu potravy u informantek je vliv médií. Čtyři ženy potvrdily svou silnou ovlivnitelnost sociální sítí Instagram, především zveřejněnými fotografiemi sportovkyň chlubicích se vyrýsovanou postavou. Jedna z informantek věřila produktům doporučeným dietním průmyslem. Užívala různé produkty na snížení váhy, například spalovače tuků či hubnoucí čaje. Další informantka uvedla ovlivnění internetem jako takovým, na kterém lehce vyhledala různé rady ohledně snížení váhy, které však postrádaly racionalitu, například pití černé kávy s citronem, či spaní ve stahovacím korzetu.

V případě vlivu vrstevnické skupiny na vznik a rozvoj PPP u informantek nelze vyvodit jednoznačný předpoklad. Tři ženy potvrdily důležitost štíhlé postavy ve skupině svých vrstevníků, zatímco další dvě ženy tuto skutečnost nezaznamenaly. Lze proto předpokládat určité riziko vzniku poruch příjmu potravy ve skupině adolescentních jedinců, avšak nemusí platit vždy.

Dle odpovědí informantek, týkajících se jejich ženského ideálu krásy v období adolescence, nelze, stejně jako u vrstevnických skupin, vyvodit jednoznačný závěr. Dvě informantky neměly žádný ideál krásy, zatímco další dvě se vzhlídky ve štíhlých, často až podvyživených modelkách. Jedna z žen uvedla, že její obdiv patřil především vysportovaným „fitness“ ženám na sociální síti Instagram.

Závěr

Bakalářská práce nesoucí název „Příčiny vzniku poruch příjmu potravy u adolescentních dívek“ se věnovala problematice multikauzální etiologie poruch v jídelním chování. Cílem práce bylo zmapovat konkrétní rizikové faktory, jejichž působení hraje zásadní roli při vzniku poruch příjmu potravy u adolescentek a porovnat je s informacemi z odborné literatury.

Práce byla rozdělena do tří kapitol, přičemž obsah prvních dvou kapitol tvořil teoretickou část práce obsahující poznatky z odborné literatury vztahující se k dané problematice. První kapitola se věnovala možným příčinám vzniku poruch příjmu potravy s rozdělením na biologické a psychosociální faktory. Druhá kapitola se zabývala popisem různých typů poruch příjmu potravy, od známějších, jako je mentální anorexie, mentální bulimie či psychogenní přejídání, až po méně známe typy, například ortorexii, drunkorexii či bigorexii. Třetí kapitola byla zaměřena na kvalitativní výzkumné šetření, jehož se zúčastnilo pět zletilých dívek majících zkušenost se vznikem poruchy příjmu potravy v období adolescence.

Na základě cíle bakalářské práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, k jejichž zodpovězení bylo zrealizováno výzkumné šetření, přičemž ke sběru dat posloužil polostrukturovaný rozhovor. Podle čtyř výzkumných otázek, týkajících se vlivu různých faktorů na vznik poruch příjmu potravy, byly vytvořeny jednotlivé tazatelské otázky, které posloužily k jejich objasnění.

Z výsledků výzkumného šetření lze potvrdit multifaktoriální podmíněnost poruch příjmu potravy, jak je uvedeno v odborné literatuře. Problematika poruch v jídelním chování je velmi individuální záležitostí, proto je třeba vzít v potaz subjektivní zkušenosti informantek mající vliv na výsledky výzkumného šetření, které nelze zobecnit na všechny postižené jedince. Rezervy práce lze shledat v menším počtu informantek, tudíž v menší možnosti srovnání zkušeností a vyvození přesnějšího závěru práce.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

AKHTAR, Miriam. *Pozitivní psychologii proti depresi: Jak svépomocí dosáhnout štěstí, pohody a vnitřní síly*. Praha: Grada, 2015. 184 s. ISBN 978-80-247-4839-9.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

CENKOVÁ, Tamara. *Jak přežít pubertu svých dětí*. Praha: Grada, 2010. 168 s. ISBN 978-80-247-2913-8.

COOPER, Peter. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. 184 s. ISBN 978-80-262-0706-1.

FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.

FRAŇKOVÁ, Slávka et al. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. 304 s. ISBN 978-80-246-2247-7.

GAUDLOVÁ, Gabriela. *Běhání pro ženy: s Běhej.com*. Brno: CPress, 2015. 160 s. ISBN 978-80-264-0851-2.

GILES, David. *Psychologie médií*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3921-2.

HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HEINRICH, Kasper. *Výživa v medicíně a dietetika: Překlad 11. vydání*. Praha: Grada, 2015. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

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

HOLFORD, Patrick. *Klíč k dobré náladě: Deset ověřených způsobů, jak si zlepšit náladu a najít motivaci*. Praha: Anag, 2013. 240 s. ISBN 978-80-7263-830-7.

HOSÁK, Ladislav a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

- KAMMERER, Doro. *První tři roky života dítěte: Průvodce pro rodiče*. Praha: Grada, 2007. 496 s. ISBN 978-80-247-1839-2.
- KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie: 4., přepracované a doplněné vydání*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.
- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním, 3., doplněné a přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013. 44 s. ISBN 978-80-905436-5-2.
- KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LAZZARI, Simona. *Vývoj dítěte v 1.-3. roce*. Praha: Grada, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-3734-8.
- MACEK, Petr. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
- MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví: 2., aktualizované vydání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MARINOV, Zlatko a kol. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-4210-6.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

- MERTIN, Václav a Ilona GILLERNOVÁ, ed. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-627-8.
- NESSE, Randolph M. *Proč je dobré cítit se špatně: Vhledy z pomezí evoluční psychiatrie*. Praha: Dybbuk, 2020. 384 s. ISBN 978-80-7438-230-7.
- NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: Rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, 2020. 544 s. ISBN 978-80-275-0389-6.
- PETERSON, Tanya J. *101 pravidel, jak zastavit úzkost: Získejte znovu kontrolu nad životem, který chcete žít*. Praha: Grada, 2020. 216 s. ISBN 978-80-271-1795-6.
- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- SLIMÁKOVÁ, Margit. *Velmi osobní kniha o zdraví*. Praha: BizBooks, 2018. 336 s. ISBN 978-80-265-0753-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOD, David et al. *Psychologie sportu*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3923-6.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2021. 544 s. ISBN 978-80-246-4961-0.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence: Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag, 2013. 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1.

Elektronické zdroje

BOTTA, Renée A. Television images and adolescent girls' body image disturbance. *Journal of Communication* [online]. 1999, vol. 49, no. 2, pp. 22–41 [cit. 2021-10-30]. ISSN 1460-2466. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1999.tb02791.x>.

KANSI, Juliska et al. Eating Problems and the Self-Concept: Results Based on a Representative Sample of Norwegian Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. 2003, vol. 32, no. 5, pp. 325–335 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1573-6601. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1024917930602>.

KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi* [online]. 2002, roč. 3, č. 3, s. 98–100 [cit. 2021-11-18]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 1, s. 14–16 [cit. 2021-12-31]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>.

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* [online]. Praha, 2007, roč. 4, č. 10, s. 400–422 [cit. 2021-10-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>.

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, roč. 17, č. 4, s. 238–239 [cit. 2021-11-30]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>.

KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. In: *Idealni.cz* [online]. Praha, 2014 [cit. 2021-12-02]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>.

KVIATKOVSKÁ, Katarína et al. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. 2016, roč. 112, č. 6, s. 275–279 [cit. 2021-11-28]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf.

MÁLKOVÁ, Iva. Jak nenásilně a zábavně učit správnému vztahu k jídlu?. In: *Vím, co jím* [online]. Praha, 2018 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: https://www.vimcojim.cz/magazin/specialy/vyziva-deti/Jak-nenasilne-a-zabavne-ucit-spravnemu-vztahu-k-jidlu__s20129x11210.html.

PAPEŽOVÁ, Hana. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 6, s. 291–296 [cit. 2022-01-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/02.pdf>.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012, 47 s. [cit. 2021-11-06]. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>.

SMINK, Frédérique R. E. et al. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* [online]. 2012, vol. 14, no. 4, pp. 406–414 [cit. 2021-11-29]. Available from: https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/35647700/Chapter_2.pdf.

STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 1, s. 11–15 [cit. 2022-04-22]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>.

STÁRKOVÁ, Libuše. Mortalita a morbidita u pacientek s PPP. *Česká a slovenská psychiatrie: Časopis české psychiatrické společnosti a slovenskej psychiatrickej spoločnosti* [online]. 2007, roč. 103, suppl. 1, s. 33–34 [cit. 2021-11-18]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_9_1.pdf.

STROTHER, Eric et al. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating disorders* [online]. 2012, vol. 20, no. 5, pp. 346–355 [cit. 2021-12-03]. ISSN 1532-530X. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2012.715512?needAccess=true>.

SVAČINA, Štěpán. Obezitologický pohled na poruchy příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2005, roč. 101, č. 7, s. 354–356 [cit. 2021-12-28]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_7_353_356.pdf.

Seznam příloh

Příloha A: Výzkumné otázky a tazatelské otázky určené k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantkou Annou

Příloha C: Přepis rozhovoru s informantkou Klárou

Přílohy

Příloha A: Výzkumné otázky a tazatelské otázky určené k polostrukturovanému rozhovoru

Výzkumné otázky

1. Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv vývojové změny v adolescenci? (fyzické vyžívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků, přibírání na váze apod.)
2. Měly na propuknutí nemoci u informantek vliv genetické faktory?
3. Prožívaly informantky nějakou náročnou životní situaci či dlouhodobý stres mající vliv na vznik onemocnění?
4. Mělo sociální prostředí, v němž se informantky pohybovaly, vliv na vznik onemocnění?

Tazatelské otázky určené k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaký typ poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se u vás objevil?
2. V kolika letech se u vás objevila PPP?
3. Byla jste v období adolescence spokojená se svou postavou? Pokud ne, s čím jste byla nespokojená?
4. Srovnávala jste svou postavu v období dospívání s ostatními dívkami?
5. Pozorovala jste na sobě v období dospívání strach z dospělosti? (zodpovědnost, osamostatnění se apod.)
6. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s obezitou?
7. Měla jste někdy vy sama strach, že budete obézní?
8. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s některou z PPP?
9. Jaké jsou vaše typické povahové rysy?
10. Prožila jste před propuknutím nemoci nějakou náročnou životní situaci? Pokud ano, jakou?
11. Kladli na vás rodiče v průběhu života vysoké nároky? Pokud ano, jaké?
12. Jaké většinou panovaly vztahy ve vašem rodinném prostředí?
13. Jaké jídelní zvyklosti byly uplatňovány ve vaší rodině? (zdravá/nezdravá strava, matčín vztah k jídlu apod.)
14. Jaké byly vaše zájmy a koníčky v období dospívání?

15. Jak na vás v období dospívání působila média? (reklamy na hubnoucí produkty, propagované diety, štíhlost přirovnávaná ke štěstí a úspěšnosti)
16. Byl ve vaší vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu?
17. Kdo byl v období dospívání vaším ženským „ideálem krásy“?

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantkou Annou

Rozhovor Anna

1. Jaký typ poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se u vás objevil?

„Nejprve atypická mentální anorexie a pak to přešlo asi po roce a půl do ortorexie.“

2. V kolika letech se u vás objevila PPP?

„No, anorexie mi začala asi v 15 letech.“

3. Byla jste v období adolescence spokojená se svou postavou? Pokud ne, s čím jste byla nespokojená?

„Jak se to vezme. Do mých asi 13 let jsem svou postavu fakt neřešila. Nějak mě ani nenapadlo sledovat se a řešit, jak vypadám. Závodně jsem tancovala street dance a tréninky byly dost náročný, takže jsem spalovala hodně kalorií. Zároveň jsem jedla úplně všechno, na co jsem měla chuť a myslím si, že jsem byla tak akorát, ani ne hubená, ani ne tlustá. Potom asi od těch 14 let jsem se začala dost srovnávat s takovýma těma „fitness“ holkama na Instagramu. Líbilo se mi, jak jsou vysportovaný, hlavně ty bříšáky. No a taky jsem se chtěla zalíbit jednomu klukovi, kterej dřív chodil s hodně hubenou holčinou a nějak od té doby jsem se sebou začala být nespokojená. Nejvíc asi s břichem, bokama a stehnama. Pamatuju si, že jsem si hrozně přála mít mezeru mezi stehnama.“

4. Srovnávala jste svou postavu v období dospívání s ostatními dívkami?

„Dokud se u mě neobjevily ty problémy, tak ani ne. Fakt jsem svou postavu nějak neřešila. Ale když jsem potom chtěla zhubnout, tak jsem si začala všimát holek v okolí, jak vypadají. Když se rozjela anorexie naplno, tak jsem pozorovala hlavně ty hubený holky a říkala jsem si, že bych taky chtěla vypadat jako ony a štválo mě, že mají hezkou hubenou postavu, aniž by pro to musely něco dělat.“

5. Pozorovala jste na sobě v období dospívání strach z dospělosti? (zodpovědnost, osamostatnění se apod.)

„Ne, to určitě ne. Spíš jsem se na to už těšila.“

6. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s obezitou?

„Babička z mamky strany, vlastně mamky mamka, tak ta má celý život nějaký ty kila navíc. Ale zdravotní problémy kvůli tomu naštěstí nikdy neměla, tak nevím, jestli se to dá nazvat vyloženě jako obezita.“

7. Měla jste někdy vy sama strach, že budete obézní?

„To asi ani ne. Věděla jsem, že bych to nikdy nedopustila. Vždycky jsem dokázala to, co jsem si umanula, takže kdybych viděla, že přibírám, hned bych s tím něco udělala a určitě bych to nenechala dojít k obezitě.“

8. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s některou z PPP?

„O nikom nevím.“

9. Jaké jsou vaše typické povahové rysy?

„No, tak rozhodně jsem hodně zodpovědná, někdy možná až moc. Jsem přátelská, myslím si, že i empatická. Taky jsem velký extrovert, vždycky mě je všude plno (*smích*). Ale taky jsem dost úzkostlivá a vztahovačná.“

10. Prožila jste před propuknutím nemoci nějakou náročnou životní situaci? Pokud ano, jakou?

„Na nic konkrétního, co by mě nějak ovlivnilo, si nevzpomínám.“

11. Kladli na vás rodiče v průběhu života vysoké nároky? Pokud ano, jaké?

„Po pravdě ani moc nevím. Ale myslím si, že ne. To spíš já jsem byla ta, co na sebe pořád kladla vysoký nároky a ve všem jsem chtěla být nejlepší. Pamatuju si, že tatškovi vždy hodně záleželo na tom, abych se měla v životě dobře, což přirovnával k dobrým studijním výsledkům. Vždycky, když jsem třeba začala randit s nějakým klukem, tak mi říkal, že studium je na prvním místě (*smích*). Ale ani jeden z rodičů se třeba nezlobili, když jsem dostala pětku, nebo tak.“

12. Jaké většinou panovaly vztahy ve vašem rodinném prostředí?

„Doma to bylo vždycky všechno v pohodě, jsme šťastná rodina. V létě i v zimě jsme jezdili na dovolený, asi do mých 17 let. Potom už jsme na to s bráchou byli oba velký a už se nám s rodičema logicky tolik nechtělo. Doma občas společně hrajeme třeba karty, nebo si prostě jenom povídáme že jo. A s oběma rodičema i s bráchou jsem si vždycky rozuměla a rozumím. Je teda pravda, že si na jednu horší chvíli vzpomínám, to mi bylo asi 13 a rodiče se dost hádali, chvíli to i vypadalo, že se rozvedou, ale o tom moc mluvit nechci, protože si na to ani pořádně nevzpomínám. Jen vím, že se spekovalo o tom, jestli se tatka nevidá

s nějakou ženskou. Dodnes nevím, co na tom bylo pravdy a upřímně to ani vědět nepotřebuju, je to minulost.“

13. Jaké jídelní zvyklosti byly uplatňovány ve vaší rodině? (zdravá/nezdravá strava, matčin vztah k jídlu apod.)

„U nás se jídlo nikdy nějak moc neřešilo, jedlo se prostě normálně. Mamka vždycky vařila poctivou domácí kuchyni, umí výborný polívky. Nikdy jsme moc nevařili omáčky, ale ani ne kvůli tomu, že by to nebylo zdravý, ale prostě jsme měli radši jiný jídla. Ale nějaká nutriční stránka těch jídel se prostě moc neřešila. Mamka občas zkoušela nějaký diety, ale to mě nezajímalo. Celkově jsem jídlo brala prostě jako něco k zahnání hladu a zároveň potěšení chutí.“

14. Jaké byly vaše zájmy a koníčky v období dospívání?

„No tak největší koníček bylo rozhodně tancování. Tančila jsem od mých asi 10 do 14 let street dance, jak jsem už říkala. Jezdili jsme na různé závody a tak. Byla tam dobrá parta, vždycky byla sranda.“

15. Jak na vás v období dospívání působila média? (reklamy na hubnoucí produkty, propagované diety, štíhlost přirovnávaná ke štěstí a úspěšnosti)

„Mmm, co si tak vzpomínám, tak jsem byla hodně ovlivněná Instagramem. V tu dobu, jak se mi anorexie rozjela, tak začal hroznej „boom“ takových těch fit holek na Instagramu. Samý vysekaný sportovkyně, co si fotily kulatej zadek a pekáč buchet na břicho. Ani nevím, jestli tak ve skutečnosti fakt vypadaly, nebo jestli se upravily filtra, ale prostě jsem chtěla vypadat jako ony. Nejdřív jsem začala jenom jíst zdravě a běhat, což šlo vlastně dobře. Zhubla jsem, já nevím, asi 4 kila zdravým způsobem a všichni mě chválili, což mě samozřejmě těšilo (*smích*). Pak se mi ale zvýšilo sebevědomí a chtěla jsem víc. Chtěla jsem být ještě víc hubená, aby mě lidi ještě víc chválili a asi i obdivovali. A chtěla jsem to co nejrychlejc že jo. Takže jsem se rozhodla prostě nejíst a přidat na sportu.“

16. Byl ve vaší vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu?

„Právě že ani ne. Bavili jsme se i hubený s tlustejma, i tlustý s hubenejma, tohle se moc neřešilo. Jako jo, občas někdo utrousil ve třídě nějakou rádoby vtípnou poznámku, ale nijak se nelpělo na tom, aby byli všichni hubený. Já si jen pamatuju, když mi jeden kluk řekl, když jsem šla na chodbě před ním do schodů, že mám velkou prdel. To si pamatuju doteď, a i když se spolu normálně bavíme, jsme kámoši, tak prostě tohle si budu pamatovat vždycky, hodně mě to urazilo.“

Nepřišla jsem si tlustá, ale vlastně jakmile mi tohle řekl, tak jsem se taky začala víc pozorovat.“

17. Kdo byl v období dospívání vaším ženským „ideálem krásy“?

„No asi ty vysportované holky z Instagramu.“

Příloha C: Přepis rozhovoru s informantkou Klárou

Rozhovor Klára

- 1. Jaký typ poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se u vás objevil?**
„Mentální anorexie, potom ortorexie a nakonec záchvatovité přejídání.“
- 2. V kolika letech se u vás objevila PPP?**
„Anorexie se mi začala intenzivně rozjíždět někde mezi 16 a 17 lety.“
- 3. Byla jste v období adolescence spokojená se svou postavou? Pokud ne, s čím jste byla nespokojená?**
„Nebyla jsem moc spokojená. Mojí problémovější partií bylo vždycky břicho, ale třeba nohy jsem měla podle ostatních vždy celkem hubený (*smích*).“
- 4. Srovnávala jste svou postavu v období dospívání s ostatními dívkami?**
„Samozřejmě, že ano, asi jako většina dospívajících dívek.“
- 5. Pozorovala jste na sobě v období dospívání strach z dospělosti? (zodpovědnost, osamostatnění se apod.)**
„To rozhodně ne, spíš naopak. Vždy jsem se těšila až budu mít svou domácnost a budu osamostatněná. Mým snem je odjakživa být matkou, mít svou rodinu a domácnost.“
- 6. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s obezitou?**
„Ne.“
- 7. Měla jste někdy vy sama strach, že budete obézní?**
„Asi ano, já jsem si tak i připadala.“
- 8. Má/měl někdo z vaší rodiny zkušenost s některou z PPP?**
„Prý moje teta (maminky ségra). Nejspíš sklony k mentální anorexii. Ale v té době, kdy tím trpěla, tak se tyhle problémy moc neřešily a nikdo si toho moc nevšímal.“
- 9. Jaké jsou vaše typické povahové rysy?**
„Jsem velký perfekcionista a často úzkostlivá. Myslím si, že dokážu být empatická, taky jsem dost rodinný typ.“
- 10. Prožila jste před propuknutím nemoci nějakou náročnou životní situaci? Pokud ano, jakou?**
„Roztroušená skleróza, měla jsem třikrát obrnu poloviny obličeje. Bylo to v 11, 12 a 16 letech. V těch šestnácti jsem musela být hospitalizována v nemocnici

v Motole, přitom bydlím v Mladé Boleslavi, kvůli vzdálenosti za mnou rodiče a kamarádi nemohli tak často jezdit. Byla jsem tam hodně osamocená. Půl roku jsem musela užívat kortikoidy, který způsobily opuchnutí těla. Byla jsem celá oteklá, hlavně v obličejí, připadala jsem si tlustá, vlastně jsem tak i vypadala. Do toho žádný sport, takže jsem skoro nejedla, protože jsem se bála, že budu ještě tlustší. No a další co mě napadá, tak jsem byla párkrát svědkem toho, kdy si mamka stěžovala na tátu. Říkala, že ho nemá ráda, že jsou spolu vlastně jen kvůli tomu, že jsem se jim neplánovaně narodila. Rodiče si nerozuměli a s tátou jsem nikdy neměla dobřej vztah.“

11. Kladli na vás rodiče v průběhu života vysoké nároky? Pokud ano, jaké?

„No právě že vůbec. To spíš já jsem vždy byla ta perfekcionistka, a když se mi něco nepovedlo podle představ, připadala jsem si, že jsem sama sebe zklamala. Já sama jsem chtěla být ve všem, co dělám, dost dobrá.“

12. Jaké většinou panovaly vztahy ve vašem rodinném prostředí?

„S mamkou jsme k sobě měly vždy blízko, povídaly jsme si jako nejlepší kamarádky. S tátou jsem si nikdy moc nerozuměla. A rodiče spolu si taky nerozuměli.“

13. Jaké jídelní zvyklosti byly uplatňovány ve vaší rodině? (zdravá/nezdravá strava, matčin vztah k jídlu apod.)

„Jídlo se u nás nikdy moc neřešilo. Prostě jsme něco jedli, ale neřešili jsme nějakou vyváženost jídelníčku, nebo pestrost. Maminka pracovala v pekárně, takže jsme měli často přísun čerstvých koblih a sýrových rohlíků (*smích*).“

14. Jaké byly vaše zájmy a koníčky v období dospívání?

„Hlavně skauting. Před propuknutím nemoci jsem na sport moc nebyla, až potom jsem začala chodit do posilovny.“

15. Jak na vás v období dospívání působila média? (reklamy na hubnoucí produkty, propagované diety, štíhlost přirovnávaná ke štěstí a úspěšnosti)

„Především jsem chtěla vypadat jako holky na Instagramu. V období mého dospívání na Instagramu hodně frčely hubené vysportované postavy. Dnes už se tam častěji ukazuje ta realita.“

16. Byl ve vaší vrstevnické skupině kladen důraz na štíhlou postavu?

„Ano, byl. Ve třídě jsme byli všichni tak nějak hubený. Bála jsem se, abych nebyla ta „nejtlustší“ ze třídy, i když jsem tak nějak tlustá nebyla, a nestala se terčem šikany.“

17. Kdo byl v období dospívání vaším ženským „ideálem krásy“?

„Neměla jsem žádné svůj vzorovej ideál krásy.“