

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra mikrobiologie, výživy a dietetiky



Poruchy příjmu potravy

Bakalářská práce

Anna Přibáňová

Výživa a potraviny

doc. Ing. Boris Hučko, CSc.

© 2020 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Poruchy příjmu potravy" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15.6.2020

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu práce doc. Ing. Borisi Hučkovi, CSc. za odborné vedení, cenné připomínky, rady a podněty, kterými přispěl k vypracování mé bakalářské práce.

Poruchy příjmu potravy

Souhrn

Problematika poruch příjmu potravy, která v posledních letech postihuje čím dál více mladých lidí na celém světě, se vyskytuje zejména u žen. Nástup onemocnění se liší v jednotlivých typech, ale obecně se považuje za nejrizikovější věk od 15 do 30 let. I přes narůstající počet vědeckých prací a výzkumů, zabývajících se poruchami příjmu potravy, je v této oblasti stále mnoho neznámých.

Mentální anorexie je závažné duševní onemocnění, jehož vinou nemocní jedinci vnímají zkresleně své tělo. Navazuje na to omezený příjem potravy. Při velké snaze snížit hmotnost mohou jedinci extrémně cvičit nebo začít používat různá diuretika nebo laxativní látky. Kromě snižující se hmotnosti mohou osoby trpící mentální anorexií postihnout i jiná závažná onemocnění, která jsou úzce spojena. Pokud se příznaky neodhalí v dostatečně krátké době, uzdravení se stává složitějším a trvá déle. Velké množství případů končí smrtí.

Mentální bulimie se vyznačuje především opakujícími se záchvaty přejídání. Po záchvatu se u jedinců vyskytuje pocit viny, který má za následek samoindukované zvracení. Kromě nízké tělesné hmotnosti spojuje pacienty trpící mentální bulimií nadužívání projímadel nebo diuretik. U mnoha z nich pak mentální bulimii předchází mentální anorexie. Stejně jako u anorexie je onemocnění doprovázeno dalšími duševními nemocemi. V porovnání s mentální anorexií má však menší počet úmrtí.

Léčba poruch příjmu potravy je velmi náročná a složitá. Je vypracováno několik osvědčených postupů, při kterých se kombinují jednotlivé terapie. Důležitá je spolupráce pacientů, rodiny a ošetřovatelů. Každý pacient má však ojedinělý průběh nejen onemocnění, ale také léčby. Proto se nedá přenést jeden léčebný postup na všechny ostatní a je potřeba ke každému přistupovat individuálně.

Prevence má za úkol snižovat riziko vzniku poruch příjmu potravy. V dnešní době, kdy se všichni pohybují na internetu a jsou ovlivněni médii, je těžké se orientovat v informacích, které mohou být mnohdy zavádějící nebo špatně chápány zejména mladými dívkami. V České republice existuje několik organizací, které nabízejí odborné poradenství a terapie jak ve formě jednotlivých sezení, tak ve formě besed ve školách. Ve světě se rozšiřuje hlavně internetová forma prevence v podobě počítačových programů a mobilních aplikací.

Klíčová slova: příjem potravy; poruchy; prevence; léčení; počty nemocných v populaci

Eating disorders

Summary

Eating disorder problematics, which has been affecting more and more young people all over the world in recent years, mainly occur with women. The start of illness differs from each individual type, but generally the riskiest period in life is from 15 to 30 years of age. Even though the amount of science studies and researches is growing, there are still much unknown in this area.

Anorexia nervosa is a serious mental disease, through which affected individuals perceive their body in a distorted way. This leads to a limited food consumption. A great desire for weight reduction forces individuals to extreme exercising or using of diuretics or laxative substances. Apart from weight reduction, individuals suffering from anorexia nervosa can also be affected by other serious illnesses, which are close related. If symptoms are not discovered soon, healing becomes more complicated and time consuming. A significant amount of cases results in death.

Bulimia nervosa is characterized by repetitive seizures of overeating. Feeling of guilt appears at individuals after seizures, which leads to self-induced vomiting. Apart from low body weight patients connect overuse of laxatives or diuretics. Many cases of bulimia nervosa are a result of anorexia nervosa. Just like with anorexia, this disease is accompanied by other mental diseases. Although compared to anorexia nervosa has lower death rate.

Eating disorders curing is very complicated. Several verified approaches have been established, during which individual therapies are being combined. Cooperation of patients, family and doctors is very important. Every patient has a unique process of not only the disease but also the treatment. This is way a unified treatment approach cannot be applied to everyone and each individual has to be approached separately.

Prevention is aimed to decrease the risk of eating disorder occurrence. Nowadays, when everyone spends their time on the internet and is affected by public media, it is difficult to orientate in range of information, which may often be misleading or wrong-interpreted by young girls. There are several organizations in Czech Republic, which offer professional consulting and therapies. These are realized either as mass discussions in schools or as individual consultations. Internet form of prevention such as computer programs or smartphone applications is spreading all over the world.

Keywords: food consumption, disorders, prevention, curing, level of ill in population

Obsah

1 Úvod.....	7
2 Cíl práce.....	8
3 Přehled literatury.....	9
3.1 Poruchy příjmu potravy	9
3.2 Historie poruch příjmu potravy	11
3.2.1 Historie anorexie.....	12
3.2.2 Historie bulimie.....	12
3.3 Rizikové faktory poruch příjmu potravy.....	13
3.3.1 Psychosociální faktory	13
3.3.2 Osobnostní faktory – Impulzivita a perfekcionismus	14
3.4 Mentální anorexie	16
3.4.1 Atypická mentální anorexie	17
3.4.2 Restriktivní poruchy příjmu potravy.....	17
3.4.3 Příčiny onemocnění	19
3.5 Mentální bulimie	22
3.5.1 Nadměrné přejídání.....	23
3.5.2 Příčiny onemocnění	24
3.6 Poruchy příjmu potravy u mužů	27
3.7 Srovnání onemocnění žen a mužů	28
3.8 Léčba poruch příjmu potravy.....	30
3.8.1 Rodinná terapie	34
3.8.2 Psycho-behaviorální terapie	35
3.8.3 Farmakologická terapie	36
3.8.4 Kognitivně behaviorální terapie	36
3.8.5 Poruchy příjmu potravy a těhotenství.....	37
3.9 Prevence.....	38
4 Závěr	40
5 Literatura.....	41

1 Úvod

Tuto práci jsem si vybrala, neboť mě problematika poruch příjmu potravy zajímá a myslím si, že v poslední době je i velmi aktuálním tématem. O nemocech se příliš nemluví, ročně jimi onemocní čím dál více osob a bohužel velký počet z nich zemře.

Poruchy příjmu potravy představují skupinu poruch, které jsou definovány různými stupni vnímání obrazu těla a narušeného stravovacího chování. Onemocnění mívá často dlouhý a složitý průběh, který je spojen s psychikou člověka. Vinou těchto problémů mívají pacienti sníženou kvalitu života a může to vést až k vážným zdravotním rizikům. Nejčastěji nemoc propuká v časném adolescentním věku. Vzhledem k závažnosti onemocnění je důležité brzké odhalení nemoci. To pak přispívá k rychlejšímu uzdravení jedince (Trompeter et al. 2019).

S tímto onemocněním je spojené také velmi vysoké riziko úmrtí. Konkrétně mentální anorexie má nejvyšší úmrtnost ze všech poruch příjmu potravy, která je 6-12× vyšší u jedinců trpících touto nemocí oproti zdravé populaci. Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s vysokou mírou psychické komorbidity a lékařské komplikace zahrnují mimo jiné kardiovaskulární onemocnění, neurologické, gastrointestinální, endokrinní a dermatologické problémy. V podstatě mohou ovlivnit každý orgán v těle. U mladých žen jsou tyto poruchy spojeny s výrazným poškozením fungování těla a jsou dvanáctou nejčastější příčinou zdravotních potíží (Fitzsimmons-Craft et al. 2019).

Klinický termín „poruchy příjmu potravy“ popisuje skupinu diagnóz, které obvykle zahrnují negativní přesvědčení o jídle, tvaru těla a hmotnosti, což má za následek chování, jako je omezení stravování, přejídání, nadměrné cvičení, zvracení a užívání projímadel. V současné době jsou zařazené do pátého vydání *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* mentální anorexie, mentální bulimie, nadměrné přejídání a jiné identifikované poruchy příjmu potravy. Tento přehled se zaměřuje na mediátory a moderátory léčebných účinků v anorexii a bulimii, což jsou dobře prozkoumané kategorie, na které se většina dosavadních léčebných výzkumů zaměřila. Mezi těmito dvěma diagnózami se překrývají některé příznaky, které jsou považovány za společné (Hamadi & Holliday 2020).

Za jednu z příčin vzniku, rozvoje a udržení poruch příjmu potravy, se považuje úzkost. Úzkost je z lékařského (psychiatrického) pohledu složitá kombinace emocí, zahrnujících strach, zlé předtuchy a obavy. Do jisté míry je to normální reakce organismu na stres. Má adaptivní funkci a mobilizuje energii. Nesmí však překročit únosnou mez (nesmí trvat příliš dlouho, objevovat se často, být intenzivní anebo neadekvátní). Pokud se únosná hranice překročí, začíná se hovořit o stavech úzkosti. Několik vědců tak předpokládalo, že úzkostné stavy vytvářejí ideální podmínky pro rozvoj poruch příjmu potravy. Krátkodobé snížení úzkosti není řešením (Forrest et al. 2019).

2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo na základě prostudované vědecké literatury popsat různé druhy poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy se liší, často postihují mladé lidi a jsou provázeny psychickými problémy.

3 Přehled literatury

3.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou psychosociální onemocnění, postihující mnoho dospívajících i dospělých. Jedinci s poruchami příjmu potravy mívají také další zdravotní problémy, např. diabetes, metabolické poruchy, u žen ztráta menstruace, onemocnění dutiny ústní a zubní kazy, onemocnění srdce, kardiovaskulární a endokrinní poruchy, velmi nízké sebevědomí, a především narušené vnímání obrazu těla (Silverstein et al. 2019).

Pro pacienta toto onemocnění představuje značnou psychickou zátěž. Osoby mohou trpět komorbiditami a sníženým sociálním fungováním (Salmanian et al. 2019). Khang-Dao Le (2017) se s Mohammadiem et al. (2019) shoduje a uvádí, že poruchy příjmu potravy nesou značnou ekonomickou a sociální zátěž pro pacienty i jejich okolí (Le et al. 2017). Choroba bývá často propojená s jinými poruchami, jako je bipolární porucha, deprese, stavy úzkosti, obsedantně-kompulzivní porucha. Neobvyklé není ani užívání alkoholu u pacientů s poruchami příjmu potravy. Někdy je duševní tlak na pacienta tak vysoký, že může zvýšit riziko sebevraždy (Mohammadi et al. 2019).

Rozlišujeme zejména 2 základní typy poruchy příjmu potravy, přičemž zejména v posledních letech se definují nové podtypy. Jedná se o anorexii a bulimii. Obě poruchy mají společný strach pacientů z tloušťky, neustálé sledování hmotnosti a vzhledu. Při onemocnění anorexií pacienti nepřijímají téměř žádnou potravu. Naopak u pacientů s bulimií dochází k nadměrnému přejídání se, poté výčítkám, následně k držení různých diet a v konečné fázi zvracení a požití projímadel. V řadě případů se diagnóza anorexie přemění na bulimii (Krch 2008).

Dlouho se předpokládalo, že tímto onemocněním jsou postiženy pouze ženy, žijící v západních zemích. Hypotéza syndromu vázaného na západní kulturu je však dnes vyvrácena rostoucím výskytem v mnoha zemích se středním až nízkým příjmem. Jiní vědci předpokládali, že se jedná o syndrom změny kultury, spojený s rychlými sociokulturními změnami na úrovni jednotlivce nebo společnosti. Nejnovější údaje ukazují stabilizaci výskytu zejména mentální anorexie v Evropě a Severní Americe a zvyšující se četnost poruch příjmu potravy i v asijských a arabských zemích (Montgrémier et al. 2020).

Neurobiologické mechanismy, podílející se na vývoji a udržování poruch příjmu potravy, jsou stále nejasné (Stopyra et al. 2019).

Byl proveden výzkum, ve kterém byl sledován vztah mezi používáním médií, obrazem těla a rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Tento vztah je sledován po celá desetiletí. Zpočátku byly hlavními pozorovanými médii časopisy a televize, zatímco v poslední době jsou zkoumány online média, a to hlavně sociální média. Z výzkumu byl zjištěn vztah mezi vlivem sociálních médií a neuspořádaným stravovacím režimem. Často dochází k vynechání jídla, po kterém následuje nadměrné přejídání a kompenzační chování. Tento vztah je potřeba nadále lépe zkoumat, protože mezi jednou z nejvíce ohrožených skupin poruch příjmu potravy jsou

dívky od 13 let. Tento věk bývá nejnižší přípustný pro založení si některých účtů sociálních médií jako je Facebook, Instagram a jiné (Wilksch et al. 2020).

Snaha o hubnutí může předcházet poruchám příjmu potravy. Regulace hmotnosti je rozdělena na zdravé, nezdravé a extrémní postupy hubnutí. Nezdravé chování při regulaci tělesné hmotnosti se obvykle vyznačuje enormním omezením příjmu kalorií a nutriční nerovnováhou. Zahrnuje půst, použití potravinových náhrad, jako jsou práškové náhražky nebo speciální nápoje. Při tomto způsobu hubnutí jedinec velmi často cvičí. Při extrémních postupech kontroly tělesné hmotnosti si může dotyčná osoba schválně vyvolávat zvracení a užívat látky potlačující chuť k jídlu, projímadla nebo orální diuretika (látky navozující zvýšené vylučování vody a elektrolytů v moči). Takové chování později zvyšuje riziko rozvoje anémie, osteoporózy, chybějící nebo nepravidelnou menstruaci a dehydrataci. Představuje hrozbu nejen pro tělo, ale i duševní zdraví, která s sebou nese nepřijatelné osobní, rodinné a společenské riziko. Rozsah kontroly hmotnosti se v jednotlivých zemích liší, je běžnější v rozvinutých zemích. Některé studie však naznačují zvýšený výskyt i v zemích s nízkým a středním příjmem (Tuffa et al. 2020).

Mentální anorexie má jednu z nejvyšších úmrtností v porovnání s jakoukoli jinou psychickou poruchou a sebevražda je druhou hlavní příčinou úmrtí. Pokud budeme brát, že toto onemocnění postihuje hlavně ženy, pak ve srovnání s 15-34letými ženami v běžné populaci je u jedinců s anorexií přibližně 5,2krát vyšší pravděpodobnost, že předčasně zemřou a 18krát vyšší pravděpodobnost, že spáchají sebevraždu. Kromě sebevražedné smrti hlásí jedinci s anorexií větší množství sebevražedných myšlenek než ženy v běžné populaci, přičemž 20-43 % osob s anorexií nezůstane pouze u myšlenek, ale o sebevraždu se pokusí. Více než polovina těchto pokusů je provedena v prvním roce onemocnění (Wang et al. 2019).

Podle studie je potřeba zkoumat spíše vztahy mezi sebevraždou a určitým typem poruch příjmu potravy než diagnózy, při kterých se projevuje více typů chování. Nedávný výzkum, který zkoumal konkrétní chování při poruchách příjmu potravy a nesuicidální poškozování zjistil, že restriktivní stravování bylo spojeno s nadměrným přejídáním a následným očištěním (vzvracení potravy). Během tohoto sebepoškozování nedochází k sebevraždě, ale k poškození těla. Wang et al. (2019) tento výzkum provedl a zjistil, že sebevražedné myšlenky jsou běžné u dospívajících a mladých dospělých s poruchami příjmu potravy s nízkou hmotností. Dále zjistil, že půst, jako specifický druh restriktivního stravování, byl spojen se zvýšenou pravděpodobností sebevražedných myšlenek. Z toho vyplývá, že snížený příjem potravy může zvýšit riziko sebevražedných myšlenek nad rámec rizika spojeného s jiným chováním při poruchách příjmu potravy. Tento fakt rozšiřuje narůstající množství literatury o významu tohoto stravování při předpokládání sebepoškozovacího chování. Tím se vyvrátil předpoklad z roku 2014, který udává, že vztah mezi sebepoškozováním (včetně sebevražd) je velmi nízké spojený se sníženým příjmem potravy.

V roce 2017 sepsal kolektiv autorů příručku: Devět pravd o poruchách příjmu potravy. Autoři se zaměřili spíše na prezentaci pravd o onemocnění než na mýty spojené s nemocí. Snažili se uvést obecné povědomí o poruchách:

Pravda 1. Mnoho lidí s poruchami příjmu potravy vypadá zdravě, přesto však mohou být vážně nemocní. Do této pravdy se zahrnuje několik jednotlivých kapitol. 1) Poruchy příjmu potravy jsou spojené s významným somatickým, psychosociálním a psychologickým rizikem 2) Většina jedinců s poruchami nevypadá, že by měli nějaké problémy s potravou 3) Somatické, psychosociální a psychologické projevy a komorbidity onemocnění mohou být velmi obtížně odhalitelné 4) Většina nemocných jedinců nevyhledá léčbu.

Pravda 2. Rodiny nejsou na vině a mohou být nejlepším prostředníkem mezi pacientem a poskytovatelem léčby. V této pravdě se autoři zaměřili na rodinu, ve které: 1) Biologické rizikové faktory přispívají k rozvoji poruch 2) Je potřeba zkoumat jednotlivé interakce a zjistit, jak rodina, ve které se nachází nemocný, funguje 3) Je léčba zaměřena na rodinných členech.

Pravda 3. Diagnóza poruch příjmu potravy je zdravotní krize, která narušuje fungování osob a rodiny. 1) Poruchy příjmu potravy narušují osobní a rodinné fungování 2) Léčba bývá velmi finančně náročná a způsobuje finanční zátěž pro rodinu 3) V průběhu dospívání se onemocnění může propojit s jiným funkčním poškozením a zpožděním zdravého vývoje 4) V dospělosti může nemoc narušit intimní vztah, reprodukční schopnosti a celkovou kvalitu života související se zdravím.

Pravda 4. Poruchy příjmu potravy nejsou volbou jedince, ale závažně biologicky ovlivněné onemocnění.

Pravda 5. Poruchy příjmu potravy postihují všechna pohlaví bez rozdílu věku, ras, etnicity, tělesných tvarů a hmotností, sexuální orientace a socioekonomických statutů. V tomto bodě se autoři zaměřili na to, koho onemocnění postihuje, a zjistili, že: 1) postihuje muže i ženy 2) se onemocnění může objevit v jakékoli části života 3) se vyskytuje ve všech etnických skupinách a rasách 4) se vyskytuje onemocnění u jedinců různých velikostí a tvarů 5) neexistuje přímá souvislost mezi socioekonomickým stavem a rizikem poruch.

Pravda 6. Poruchy příjmu potravy přinášejí zvýšené riziko jak sebevražedných, tak lékařských komplikací.

Pravda 7. Při vývoji poruch příjmu potravy hrají důležitou roli geny a vnější prostředí.

Pravda 8. Jednotlivé geny nepředpovídají, kdo onemocní poruchami příjmu potravy.

Pravda 9. Úplné zotavení z poruch příjmu potravy je možné. Je však důležitá včasná detekce a intervence (Schaumberg et al. 2017).

3.2 Historie poruch příjmu potravy

Již v 5. století před naším letopočtem se můžeme setkat s pojmem asithia, který použil Hippokrates při zmínce o poruchách příjmu potravy. Úplně první v historii použil termín anorexie Galén, a to ve 2. století našeho letopočtu. První zmínka o dobrovolné smrti hladem se datuje do 14. století. Avšak první klinické odkazy jsou ze 17. století, a to od anglického lékaře Richarda Montonova. Ve svém díle „Phthisiologia“ popisuje tzv. nervové opotřebení. Právě on je považován za „prvního portrétistu mentální anorexie“. V roce 1780 charakterizovali stejné onemocnění neurolog Whytt a lékař Nadeau (Papežová 2012).

3.2.1 Historie anorexie

První žena, o které je prokazatelně známo, že trpěla onemocněním anorexia mirabilis, byla svatá Kateřina (Caterina di Giacomo di Benincasa), která žila ve 14. století v Itálii v Sieně. Od svých šestnácti let si stravu omezila pouze na chléb, vodu a zeleninu. Jednalo se o formu svatého půstu, ke kterému byla nábožensky motivována poté, co se jí v noci zjevil Kristus. Podvýživa byla hlavní příčinou smrti i na tuto dobu v relativně mladém věku 33 let (Galassi et al. 2018). Šlo o stav anorexie, který byl zaměřen na duchovní čistotu, namísto snahy o hubnutí a nadhodnocení tvaru těla a tělesné hmotnosti (Dell'Osso et al. 2016).

Na rozdíl od anorexie mirabilis, kterou trpěla již zmiňovaná sv. Kateřina, anorexie neurosa, kterou trpí dnešní pacienti, je onemocnění psychické, kdy se člověk vidí jako obézní a nelíbí se sám sobě (Galassi et al. 2018).

Omezení jídla se postupně oddělovalo od náboženské čistoty a bylo propojeno se sebezprezentací těla. Od poloviny 18. století se ideál ženské krásy pomalu změnil ze zaoblených tvarů na štíhlé. Éterická a křehká krása se stala výsadou vyšší třídy. Lidé, hlavně ženy, byly vystavovány společenským tlakům západních kultur, které zdůrazňovaly image a štíhlost ženského těla (Dell'Osso et al. 2016).

Zmínky o mentální anorexii pochází z 19. století zejména z Francie, a to od lékaře (fyziologa a frenologa) Fleura Imberta, který rozlišil anorexii na gastrickou a nervovou. U gastrické anorexie jde o trávicí poruchu, u nervové anorexie mozek blokuje chuť k jídlu a pacient nepocítuje hlad.

Do první světové války byli tehdejší lékaři přesvědčeni, že mentální anorexie je dušení onemocnění. Pomocí psychosomatické medicíny a psychoanalýzy ve 20. století byla diagnóza potvrzena. V Čechách se poruchami příjmu potravy zabývali například prof. Vratislav Jonáš, prof. Otakar Janota, prof. Hana Papežová, František David Krch (Papežová 2012).

3.2.2 Historie bulimie

V historických zdrojích jsou záznamy o bulimii méně časté. Známým jevem v období antického Říma bylo, že vyšší vrstvy společnosti se přejídaly s následným zvracením. Podobné chování, obžerství, nebylo výhradou pouze antického Říma, ale pokračovalo dále ve starověku i středověku. O tom svědčí různé zápisy ve starých kronikách.

Termín bulimie vznikl spojením řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Byl tím myšlen hlad tak velký, „že by člověk snědl až vola“. Byly přisuzovány emocionálním faktorům. V minulém století byla bulimie považována za onemocnění poruch trávení.

Bulimia nervosa byla jako termín poprvé oficiálně použita v 80. letech 20. století psychiatrem Gerardem Ruselem. Pacientkami byly ženy, které se zvracením či za použití projímadel zbavovaly velkého množství pozřeného jídla (Papežová 2012).

3.3 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Na začátku je důležité upozornit na to, že rizikový faktor není příčinou choroby. Rizikové faktory rozdělujeme na psychosociální a biologické (Papežová 2012). S přibývajícimi výzkumy na identifikaci faktorů souvisejících se vznikem poruch příjmu potravy se zjišťuje, že je velmi důležité odhalit spíše řadu příčin než izolovat jednotlivé faktory vztahující se ke konkrétní diagnóze. Jedním z potenciálních transdiagnostických faktorů je strach z negativního hodnocení. Tento strach je definován jako úzkost z negativního hodnocení jednoho druhým. Může být zvláště důležitý při vývoji poruch příjmu potravy, protože obavy z toho, jak někdo hodnotí tělesnou hmotnost nebo i tvar těla může zvýšit obavy z vlastního těla (Trompeter et al. 2019).

3.3.1 Psychosociální faktory

Vliv psychosociálních faktorů zahrnuje nepřesné a negativní vnímání tělesné hmotnosti, nespokojenost s obrazem těla, nadváhou, nízkým sebevědomím a depresivními příznaky. U adolescentů a dospívajících je to s největší pravděpodobností způsobeno rozvojem těla, a to hlavně ve věku, kdy se rozvíjejí některé partie, jako například hýždě, stehna, u dívek ňadra a jiné části těla (Tuffa et al. 2020). Do této skupiny zařazujeme pohlaví, etnický původ a věk.

Pohlaví

Bylo zjištěno, že větší počet pacientů představují ženy. Onemocněním anorexií a bulimií trpí ženy 10x více než muži. Co se týká záchvatů přejídání, rozdíl mezi počtem nemocných žen a mužů není tak velký. Ženy se přejídají 2,5 × častěji než muži. Z těchto důvodů se řadí pohlaví jako závažný rizikový faktor. Tato skupina je více ohrožena i z toho důvodu, že ženy trpí daleko více stavu úzkosti a depresemi (Papežová 2012).

Nedávný průzkum poukázal na rozdíl v míře poruch příjmu potravy u některých skupin. Míra výskytu onemocnění se liší podle pohlavní identity nebo osobního vnímání pohlaví, které se může, ale nemusí lišit od pohlaví při narození. Výzkum prokázal vyšší výskyt onemocnění u žen než u mužů, ale také bylo identifikováno toto onemocnění právě u osob transgender, tj. osob, které se neztotožňují s pohlavím, se kterým se narodily než u osob cisgender, tj. osob, které se ztotožňují s pohlavím, se kterým se narodily. Podobně se také liší výskyt podle sexuální orientace. Jednotlivci, kteří jsou orientováni jako homosexuálové, lesbičky a bisexuálové, uvádějí vyšší výskyt onemocnění poruch příjmu potravy ve srovnání s heterosexuály (Simone et al. 2020).

Etnický původ

Poruchy příjmu potravy, převážně anorexie, jsou uváděny častěji u bělochů, respektive bělošských dívek než u Afroameričanek. Ty svou postavu tak často neřeší a nedrží diety. Afroameričanky trpí častěji záchvaty přejídání oproti bělochům. Údaje vyplývají z výzkumů provedených v USA (Papežová 2012). Problém poruchy příjmu potravy je zejména ve vyspělých zemích na rozdíl od zemí rozvojových, kde je potravy nedostatek (Kang 2019).

Věk

Kritickou skupinu tvoří adolescenti, věková skupina v rozmezí přibližně 13-18 let. V průběhu těchto let se mohou rozvíjet další duševní onemocnění, proto je považován věk za nespécifický rizikový faktor (Papežová 2012).

Univerzitní léta spadají do klíčové vývojové fáze nazývané jako „vznikající dospělost“. Toto období života, ve kterém mnoho mladých dospělých odchází z domova a začínají se vysokoškolsky vzdělávat, doprovází ke vzniku mnoha duševních poruch a poruch chování. Výskyt poruch příjmu potravy vrcholí v pozdní adolescenci, přičemž přechod na vysokou školu je rizikovým obdobím. Odhaduje se, že 2-4 % vysokoškolských studentů trpí poruchami příjmu potravy. Mnoho dalších studentů přiznává, že jejich příjem potravy se výrazně omezil (Harrer et al. 2020).

Solmi et al. (2018) provedl výzkum se svými kolegy, ve kterém se věnovali nástupu onemocnění. Vyhodnocovali data získaná od pacientů, kteří byli přijati na ambulanci poruch příjmu potravy ve Fakultní nemocnici v Padově v Itálii. Podmínkami pro zařazení pacientů do studie byly: minimální věk 14 let, diagnostikována nemoc (mentální anorexie, mentální bulimie nebo poruchy přejídání). Osoby, které splňovaly tyto podmínky, ale trpěly závažnou komorbiditou jako je například schizofrenie, závislost na alkoholu a jiné, byly z výzkumu vyloučeny. Zkoumali celkem 955 osob s mentální anorexií, 813 osob s mentální bulimií a 300 osob s poruchami přejídání. Z výsledku vyplynuly údaje uvedené v tabulce 1, kde jsou uváděny průměrné hodnoty.

Tabulka 1 - Průběh onemocnění (Solmi et al. 2018)

	Mentální anorexie	Mentální bulimie	Poruchy přejídání
Věk nástupu onemocnění (roky)	18,58	19,17	24,30
Věk při nástupu na ambulanci (roky)	23,13	26,06	35,31
Doba trvání nemoci (měsíce)	35,56	58,03	100,81

3.3.2 Osobnostní faktory – Impulzivita a perfekcionismus

Mezi osobnostní faktory se řadí impulzivita a perfekcionismus. Tyto faktory jsou stále předmětem výzkumu. Doposud není jasný přesný vliv na onemocnění poruch příjmu potravy. Dá se předpokládat, že osoba, která má v rodinné anamnéze svých blízkých příbuzných zvýšenou míru perfekcionismu, může tuto vlastnost podědit a později se takový člověk může stát náchylnější k projevům anorexie nebo bulimie. Riziko onemocnění poruch příjmu potravy se zvyšuje, pokud se k perfekcionismu řadí nedostatek sebevědomí a kritický pohled na své tělo (Papežová 2012).

U jedinců s poruchami příjmu potravy je prokázáno, že se perfekcionismus mnohem častěji vyskytuje ve srovnání se zdravými osobami. Je považován nejen za rizikový faktor, ale také jako udržující faktor a bariéru bránící při léčbě. Proto je nutné při léčbě začít snižovat jeho

projevy. Pro snížení se používají dvě osvědčené metody léčby, a to kognitivně-behaviorální metoda a skupinová léčba. Většina výzkumů se zaměřuje na testování, zda se v průběhu léčby perfekcionismus sníží nebo se změní jeho forma projevu. Například vysoké standardy jsou pojaty jako vysoké očekávání na sama sebe a může nebo nemusí být doprovázeno sebekritickým hodnocením, pokud očekávání není splněno. Dále se vyskytuje maladaptivní perfekcionismus, což je sebekritické hodnocení spojené se zaujetím nad chybami a očekáváním ostatních. Obecně se považuje jako strach z chyb, pochybnostech o činech, rodičovské kritice anebo rodičovského očekávání, kdy obavy z chyb jsou nejvíce spjaty s psychopatologií poruch příjmu potravy a to zejména v rámci mentální anorexie (Levinson et al. 2017)

Impulzivita se rozlišuje u jednotlivých podtypů onemocnění. Pacienti s diagnostikovaným přejídáním anebo s mentální bulimií mají tendenci vykazovat větší impulzivitu než kontrolu sami nad sebou. Zatímco pacienti, kteří omezují příjem jako u mentální anorexie, bývají méně impulzivní. Obecně lze tyto vlastnosti rozdělit na „zdravé“ a „nezdravé“. Impulzivita je tendence jednat s malým nebo takřka žádným předvídáním, reflexí nebo zvažováním důsledků. Pro nezdravou impulzivitu jsou důsledky takového chování například nedodržování vypracovaných plánů, nebo třeba i pořizovat si věci, na které dotyčná osoba nemá. Existují však i pozitivní (zdravé) důsledky takovéto vlastnosti, jako je například rychle přemýšlet a rozhodovat se během několika vteřin (Landt et al. 2016).

Podstatná část pacientů je však ovlivněna kombinací perfekcionismu a impulsivity. Byla provedena studie, která se zabývala vztahem těchto vlastností a symptomů poruch příjmu potravy. Ze studie vyplynulo, že pokud se zkombinuje perfekcionismus s impulzivitou, pak účastníci vykazují mnohem vyšší úroveň psychopatologie (Landt et al. 2016).

Puttevis et al. (2019) zkoumal vztah mezi perfekcionismem a sebevědomím u 2312 pacientů přijmutých do Centra poruch příjmu potravy ve Fakultní nemocnici v Gentu v Belgii. Uvedl, že nízké sebevědomí patří také mezi hlavní prediktory nemoci a je velmi pevně spojeno s dlouhodobým udržováním nemoci. Sebevědomí lze definovat jako subjektivní hodnocení vlastní hodnoty. I u neklinických osob je nízké sebevědomí spojeno s větší touhou být štíhlejší. Pokud je u pacientů sebevědomí vyšší, předpovídá to lepší, rychlejší a účinnější léčbu. Dle třífaktorového interaktivního modelu působí sebevědomí jako moderátor interakcí mezi perfekcionismem a vnímáním váhy při předpovídání bulimie. Přesná povaha však není dosud zcela jasná. Avšak ze studie vyplynul nejprve vztah mezi perfekcionismem a potřebou snižovat hmotnost, přesněji, čím vyšší je úroveň perfekcionismu, tím silnější je touha pacientů být štíhlí. Bylo odhaleno, že sebevědomí dokáže zmírnit účinek perfekcionismu a tím i snížit tlak na potřebu hubnout. Čím nižší je sebevědomí pacientů, tím silněji je spojení mezi perfekcionismem a potřebou hubnout. Tento silný vztah byl identifikován pouze u skupiny pacientů trpících mentální anorexií, popřípadě formou poruch příjmu potravy, která nebyla blíže specifikována, nikoli však u skupin s mentální bulimií nebo poruchami přejídání.

3.4 Mentální anorexie

Anorexie je obecně definována jako stav, ve kterém je abnormálně nízká tělesná hmotnost spojena s intenzivním strachem z tloustnutí a zkreslenými představami ohledně hmotnosti, tvaru těla a o snaze hubnutí. Jedinec odmítá potravu, přestože má hlad (Hartmann et al. 2016).

Chování pacientů se liší od běžného chování lidí. Například pro většinu z nás je hlad nepříjemný, pro některé může být i velmi nepříjemný a za každou cenu se mu snažíme vyhnout, nebo ho alespoň velmi rychle zahnat. Snažíme se dosáhnout energetické rovnováhy (energetický příjem je roven energetickému výdeji). Jak dokazuje epidemie globální obezity, stále rostoucí část světa se nachází v prodloužené pozitivní energetické bilanci. Jejich energetický příjem převyšuje výdej. Jedinci trpící mentální anorexií hladoví a popírají přítomnost typických hladových signálů. Je to zapříčiněno z části z důvodu sníženého vnímání tělesných podnětů. Jedinci s predispozicí k anorexii ze začátku bývají nervózní a uvádějí, že omezení příjmu potravin na ně má uklidňující účinek (Bulik et al. 2019).

Mentální anorexie je velmi závažná duševní porucha se složitou a stále málo jasnou biologickou a psychologickou etologií. Jedná se nejen o strach z tloustnutí, ale také o nedostatek sebeuznání a sebelásky. Jak již bylo zmíněno, s podvýživou souvisí i další onemocnění, která mohou vést až k fyzickému poškození. Z neurobiologického hlediska se však o pozadí mentální anorexie prozatím mnoho neví. Byl proveden výzkum, ze kterého vyplynulo, že v průběhu onemocnění dochází ke snížení bílé a šedé hmoty mozkové. Dochází také k narušení funkční konektivity a modifikaci mozkových nervových obvodů. Některé z těchto změn se při léčbě mohou vrátit do normálního stavu, zatímco jiné mohou přetrvávat (Meneguzzo et al. 2019).

K nástupu anorexie obvykle dochází během dospívání. Počet nemocných v dětském a adolescentním věku může být na vzestupu, proto je nutné včas odhalit propukající nemoc a provést taková opatření, aby se zabránilo prodloužení nemoci a zmírnil její průběh (Andersen et al. 2018).

Rozdíl mezi anorexií a mentální anorexií spočívá v tom, že samotná anorexie je dočasná ztráta chuti k jídlu, zatímco mentální anorexie je dlouhodobá psychická nemoc, kdy pacient odmítá potravu a vůbec nepocituje hlad. Velmi často to bývají lidé, kteří trpí poruchou osobnosti (Meneguzzo et al. 2019).

Onemocnění mentální anorexie (zkráceně AN) je spojováno také s řídnutím kostí a zároveň i zvýšeným rizikem zlomenin. Časté zlomeniny proto mohou být také jedním z příznaků (Nagata et al. 2019).

Změny diagnostických kritérií od roku 2020 pro mentální anorexií jsou menší, ale stále velmi důležité. Přestože se stále vyskytují fyzické důsledky hladovění, jako je amenorea a osteopenie, první z nich již není povinným kritériem pro diagnostiku mentální anorexie z důvodu méně častého výskytu. Hlavním důvodem vyřazení amenorie, což je vynechání menstruace, bylo časté užívání hormonální antikoncepce. Další změnou v oblasti diagnostiky je ten, že pacient nemusí vykazovat „strach z tuku“ nebo přibírání na váze, což je často

považováno za kulturně-specifický jev. Pokud to však není uvedeno, je k potvrzení diagnózy mentální anorexie nutný důkaz v chování, jak již bylo zmíněno, například strach z obrazu těla. Tento ukazatel však není rozhodující pro osoby trpící Restriktivní poruchou příjmu potravy (Hay 2020).

3.4.1 Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie patří mezi nové diagnózy poruch příjmu potravy. Popisuje pacienty, kteří splňují všechna kritéria pro mentální anorexii, kromě toho, že jejich hmotnost je v normálním rozmezí nebo může být i nad normální hmotností. I v tomto případě dochází ke ztrátě některých biologických funkcí, jako je například ztráta menstruace. Odhaduje se, že téměř jedna třetina adolescentů s nadváhou nebo obezitou se podílí na poruchách příjmu potravy. Ve skutečnosti se také odhaduje, že 70 % pacientů s atypickou anorexií již dříve trpělo obezitou nebo nadváhou. Za posledních 6 let vzrostl počet takovýchto pacientů pětikrát (Nagata et al. 2018). Téměř jedna třetina amerických adolescentů s nadváhou nejspíše trpí také poruchami příjmu potravy (Nagata et al. 2019). Předpokládá se, že počet nemocných s atypickou formou anorexie bude i v dalších letech narůstat. Hlavním důvodem je nárůst průměrné hmotnosti populace, která pomalu, ale jistě roste (Hay 2020).

U adolescentů s atypickou mentální anorexií je nedostatečné množství informací o řídnutí kostí. Bylo však zjištěno, že pacienti mají daleko závažnější příznaky poruch příjmu potravy, co se týče stravovacích návyků a obav z tvaru těla ve srovnání s adolescenty s mentální anorexií. Bylo také zjištěno, že adolescenti s atypickou anorexií mají stejně závažné záchvaty a nutkání více cvičit, jako adolescenti s mentální anorexií (Nagata et al. 2019).

O neurobiologii výživy a stravování se zajímá stále větší počet vědeckých prací. Souvisí totiž nejen s poruchami příjmu potravy, ale i s udržováním obezity. Diskutuje se, zda pozorované rozdíly mohou mít za následek právě zvyšující se hmotnost. Marcus (2018) ve svém článku předkládá studii, při které byli lidé s normální hmotností a s nadváhou vystaveni různým úkolům. Osoby s normální hmotností měly daleko lepší výsledky. Rychleji a s větší přesností byly schopny reagovat a plnit úkoly. Jedinci s obezitou spojenou s poruchami příjmu potravy vykazovali zvýšenou impulzivitu a větší potíže s ovládním emocí než druhá skupina.

Potenciální vhodnou léčbou pro adolescenty trpící atypickou formou mentální anorexie je rodinná léčba a ambulantní terapie pro stabilní pacienty. Počáteční zaměření při rodinné terapii je na rodičích, kteří se starají o stravování svých dětí, aby se obnovila ideální hmotnost (Hughes et al. 2017).

3.4.2 Restriktivní poruchy příjmu potravy

Tento typ poruch příjmu potravy pochází z anglického Avoidant Restrictive Food Intake Disorders (zkráceně ARFID). Je nedávno pojmenovaná diagnóza. Poprvé byl pojem zaveden v pátém vydání Diagnostické a statistické příručky duševních poruch (DSM – V) jako heterogenní diagnóza (Bryson et al. 2018). Představuje jednu z nejvýznamnějších revízi sekce poruch výživy a stravování. Je charakterizována jako vyhýbání se nebo omezení potravy, která

má za následek nedostatek makroživin nebo mikroživin, ztrátu hmotnosti nebo neschopnost získat očekávanou hmotnost během období růstu, závislost na náhražkách a doplňcích stravy a může významně zhoršit psychosociální fungování. Pacienti netrpí strachem z přibývání na hmotnosti nebo narušeným obrazem těla, nýbrž odmítají různé druhy potravin z vlastního přesvědčení. Symptomy nelze zcela vysvětlit jinou lékařskou nebo psychiatrickou poruchou (Ornstein et al. 2017)

Stejně jako u mentální anorexie, tímto onemocněním trpí také děti a mladší dospívající. Není u nich snadné rozpoznat vybíravost od nemoci. Proto získané informace o tomto typu onemocnění vychází z informací zjištěných na dospělých pacientech. Projevy jsou rozdílné. Mnoho mladých lidí, jejichž příznaky mohly být dříve přehlíženy nebo považovány za normální chování, dnes splňují kritéria pro diagnostikované nemoci zařazené do kategorie kombinovaných poruch příjmu potravy, včetně ARFID. Toto onemocnění je považováno za celkem nové, neboť teprve před šesti lety byly definovány příznaky. Přesné hranice však nejsou vymezené. Pacienti nemusí splňovat všechna kritéria, kterými jsou: absence hubnutí, nedostatek potravy, závislost na jídle, užívání výživových doplňků. Lékaři označují toto onemocnění jako poruchu výživy dětí. Onemocnění má některé velmi podobné symptomy s mentální anorexií. Mezi podobné patří omezení příjmu potravy, vyhýbání se potravě, ve všech případech anorexie a některých případech ARFID pak i pokles tělesné hmotnosti. Oproti anorexii se však porucha výživy vyznačuje přetrvávajícím selháním při uspokojování příslušných výživových, anebo energetických potřeb. ARFID se tedy od anorexie liší hlavně v tom, že člověk nehubne záměrně (Eddy & Thomas 2019).

Onemocnění se dělí na podtypy pacientů, kteří:

- 1)** se vyhýbají některým potravinám kvůli sensorickým vlastnostem, smyslové averzi nebo nadměrné smyslové stimulaci,
- 2)** mají averzi nebo strach z dané potraviny, založený na předchozí zkušenosti,
- 3)** omezují příjem potravy a jeví malý zájem o stravování,
- 4)** začínají rozvíjet podobné rysy, které můžeme vidět u mentální anorexie, včetně obav o tělesnou hmotnost, toto je označováno jako ARFID „Plus“,
- 5)** mají podobné příznaky již od dětství, mají vybíravé stravování, zvláštní chutě k jídlu, nepoznou například nic dané barvy.

Onemocnění ARFID je diagnóza, která leží přímo na křižovatce mezi poruchami výživy a poruchami příjmu potravy. Na počátku se řadilo mezi poruchy výživy kojenců a dětí v raném dětství, u kterých nedocházelo k úmyslnému snižování hmotnosti. V roce 2013 bylo zařazeno jako onemocnění poruch příjmu potravy k mentální anorexii, bulimii. Sharp (2019) se shoduje s autory Eddy & Thomas (2019), že onemocnění se nachází na pomezí mezi poruchami příjmu potravy a poruchami výživy. Dále však uvádí, že bývá často spojeno s vrozenou, anebo vývojově získanou chorobou, jako je například autismus. Pokud se zaměříme na odhalení této nemoci, sledují se 4 základní kritéria:

- 1)** osoba nehubne záměrně,
- 2)** ve výživě jsou významné nutriční nedostatky,
- 3)** může vzniknout závislost na doplňcích stravy,

4) dochází k výraznému narušení psychosociálního fungování (Sharp & Stubbs 2019).

Vzhledem k tomu, že ARFID je relativně nová diagnóza, existuje nedostatek literatury s velmi malým počtem studií, které zkoumají výsledky léčby. Hlášená prevalence v klinických vzorcích se pohybuje v rozmezí od 1,5 do 22,5 % v závislosti na nastavení kritérií, přičemž tito pacienti bývají mladší a pravděpodobně je i vyšší výskyt nemocných mužů ve srovnání s ostatními poruchami příjmu potravy (Bryson et al. 2018).

3.4.3 Příčiny onemocnění

Mentální anorexie má jednu z nejvyšších úmrtností z psychiatrických poruch. Proto je velmi důležité zabývat se příčinami jejího vzniku, aby se dalo zvyšujícím se počtu obětí zabránit (Bulik et al. 2019).

Sociodemografický faktor

Jak již bylo zmíněno, jsou ženy ohroženy mnohem více než muži (Lindberg & Hjern 2003). Avšak v poslední době se zvyšuje počet nemocných chlapců a mladých mužů. Stejně jako ideál ženské krásy, je i mužská postava čím dál více idealizována, a i na muže je obzvláště v posledních letech vyvíjen tlak na vzhled postavy (Smith et al. 2017).

Mezi tyto faktory se také řadí zařazení do společenské třídy. Bylo prokázáno, že děti rodičů, kteří mají vyšší postavení a tím jsou společensky na vyšším žebříčku, mají blíže k tomuto onemocnění, než děti rodičů s nižší vzděláním, nebo děti v rodinách pobírající sociální dávky (Lindberg & Hjern 2003).

Psychosociální faktory

Mladiství nebo dospívající mají vyšší sklony k anorexii, pokud byl jeden z rodičů, nebo jiný člen rodiny léčen nebo propuštěn z nemocnice, ve které se léčil s psychiatrickou diagnózou. Dále, dle výzkumu, má vliv na onemocnění také to, pokud se dítě nebo mladistvý nachází v dětském domově nebo si opakovaně prošlo nezdařenou adopcí (Lindberg & Hjern 2003). Prokazuje se také, že vyšší riziko vzniká, pokud trpí mentální anorexií sourozenec (Kakhi & McCann 2016).

K těmto faktorům se velmi často připojuje sebepoškozování jako je řezání se, kousání nebo pálení se. Není však přesně známý vztah, a proto je potřeba se touto problematikou dále zabývat. Z provedené studie vyplynulo, že sebepoškozování se daleko častěji vyskytuje u osob, které byly vystaveny agresivnímu chování svých vrstevníků, pokud v rodině v průběhu jídla vládlo napětí, pokud rodiče měli problémy s alkoholem nebo byli zneužíváni (Vieira et al. 2018).

Hartman (2012) ve svém článku uvádí, že hlavně dospělé osoby jsou vystaveny daleko častěji stresu. Ten pak vede ke vzniku poruch příjmu potravy. Ve srovnání se zdravými ženami, byly ženy s poruchou přejídání v dětství vystaveny špatným zkušenostem, jejich rodiče trpěli depresemi, rodina jim často předkládala to, jak vypadají a jak se stravují. Takovéto trauma si pak nesou do dospělého života a 21% žen z výzkumu uvedlo, že rok před nástupem

onemocnění prožily velmi složité životní situace jako je například rozvod nebo úmrtí v rodině (Hartmann et al. 2012).

Genetické faktory

Je nesporné, že mentální anorexie je familiární. U příbuzných žen je pravděpodobnost propuknutí onemocnění až 11krát vyšší než u osob bez onemocnění. Bulik et al. (2019) ve své práci uvádějí, že byla provedena studie, při které odhadli heritabilitu založenou na jednom nukleotidovém polymorfismu, kdy $h^2=0,20$. Dále během studie identifikovali první významný lokus na chromozomu-12 napříč celým genomem.

Genetické faktory se podílejí na etiologii poruch příjmu potravy napříč vývojem. Zděděné jsou i úzce související příznaky jako je omezené stravovací chování. Obě poruchy spolu úzce souvisí nejen v příznacích, ale byla prokázána i návaznost co se genetického hlediska týče. Waszczuk et al. (2019) se shodují s Bulik et al. (2019) ve tvrzení, že dědivost poruch příjmu potravy je nízká (okolo $h^2=0,20$). Zbývající variabilita je vysvětlena právě nesdílenými vlivy vnějšího prostředí.

Další studie odhalily z pohledu nemoci 8 významných lokusů napříč genomem, které geneticky korelovaly s velkým počtem metabolických a psychiatrických fenotypů, což odráží klinicky pozorovanou komorbiditu. Jedinci s mentální anorexií mají statisticky méně tukové hmoty a nižší hustotu kostí. Takové změny jsou klinickými charakteristikami nemoci, ale obecně se považují za následky hladovění. Jak mentální anorexie, tak složení těla, měřené bioelektrickou impedanční analýzou, jsou dědičné. Byla zjištěna významná negativní autosomální korelace založená na jednom nukleotidovém polymorfismu mezi mentální anorexií a indexem tělesné hmotnosti. Anorexie dále sdílí stejné genetické variace s metabolickými vlastnostmi, jako je citlivost na inzulín a cholesterol (Hübel et al. 2019). To poprvé odhalilo, že složka genetického rizika pro mentální anorexiu souvisí s tělesným složením a metabolismem (Duncan et al. 2017b). Britská studie, která provedla systematický přehled, dále zjistila, že adolescenti a dospělí ztrácí rozdílně tukovou tkáň, pokud jsou postiženi mentální anorexií. Adolescenti ztrácí více centrální tukové tkáně, zatímco dospělí více periferní tukové tkáně (Hübel et al. 2019).

Ando et al. (2014) se v jedné své studii zaměřil na sledování endokanabinoidního systému u pacientů s poruchami příjmu potravy. Systém se skládá ze dvou receptorů, a to z kanabinoidních receptorů 1 (CB1R) a 2 (CB2R), endogenních ligandů (například N-arachidonoyl-ethanolamid zkráceně AEA, anandamid a 2-arachidonoyl-glycerol) a enzymu pro biosyntézu a inaktivaci ligandu (například amid hydroláza mastné kyseliny – fatty acid amid hydrolasa FAAH). Systém je zodpovědný za regulaci mnoha centrálních a periferních funkcí, včetně chuti k jídlu, příjmu potravy a energetické bilance. Dysregulace endokanabinoidního systému se podílí na neurobiologickém základě neuropsychiatrických poruch, jako jsou úzkostné poruchy, deprese, schizofrenie a poruchy příjmu potravy. Zvýšená hladina endogenních ligandů byla zpozorována u mentální anorexie, ale ne u pacientů s mentální bulimií. Zvýšená hladina CB1R však byla naměřena jak u anorexie, tak u bulimie. FAAH je membránový enzym, který inhibuje aktivitu amidů mastných kyselin, včetně AEA, což je hlavní

ligand pro CB1R. Ten zprostředkovává mnoho akcí AEA a ovlivňuje chuť k jídlu, příjem potravy, emoce a bolest. Narušením genu pro FAAH se pak dramaticky mění příjem potravy a chování jedince. Z toho vyplývá, že geny pro FAAH a pro CB1R jsou velmi významně spojené s mentální anorexií i bulimií.

Sociokulturní faktor

Příčin onemocnění je velké množství, většina studií se však zaměřuje na vliv vnějšího prostředí jako je sociokulturní faktor. Výzkumy prokazují souvislosti mezi sociálními tlaky, porovnáním a nespokojenosti s tělem. Lidé se velmi často srovnávají s okolím, nebo jsou okolím kritizováni. Ti, kteří jsou vystavováni většímu tlaku médií, si postupně začínají stěžovat na svou postavu a jsou vystavováni větším rizikům rozvoje poruch příjmu potravy (Bulik et al. 2019). V dnešní době se také klade čím dál větší důraz na zpracování potravin, odkud pochází, do čeho je potravina zabalená a jaký má výroba dopad na životní prostředí. Tyto faktory jsou velmi zásadní pro již zmíněné onemocnění ARFID (Eddy & Thomas 2019).

Jedním z rizikových faktorů, které přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy, je expozice médií, zejména u dospívajících, kteří jsou zranitelnější vůči zprávám přenášených prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků, které vytvářejí nerealistický obraz těla. Tanzanská studie skutečně prokázala, že zvýšený přístup k televizi a internetu předpověděl příznaky poruch příjmu potravy. Jedním pravděpodobným základním mechanismem pro média ovlivňující onemocnění, jsou změny v obraze těla (jako je sebepojetí a ideálu těla) v důsledku přijetí ideálu krásy. Předpokládá se, že média šíří ideály krásy a způsobují tím narušený pohled osob na vlastní tělo. Osoby se pak snaží snižovat svou hmotnost a snaží se přizpůsobovat. Taková změna pak může vést k větší tělesné nespokojenosti, která je považována za klíčový faktor po rozvoj a udržení si poruch (Terhoeven et al. 2020).

Angažovanost mladých lidí na sociálních sítích se stupňuje a často je vyšší než 2 hodiny denně. Průřezový výzkum ukázal, že častější používání webových stránek sociálních sítí a fotografických aktivit na sociálních médiích je spojeno a pravděpodobně přispívá k rozvoji rizikových faktorů poruch příjmu potravy, zejména u dospívajících dívek. Z tohoto důvodu byla provedena pilotní studie, která měla odhalit gramotnost v oblasti sociálních médií u dospívajících dívek ve věku 11-14 let na rizikové faktory poruch příjmu potravy. Sociální média představují jedinečné tlaky na nespokojenost s tělem a na poruchy stravování. Je to vysoce vizuální prostředí, ve kterém jsou podporovány ideály vzhledu (McLean et al. 2017).

Existují jisté komunity osob nemocných poruchami příjmu potravy, které se na internetových stránkách dělí o své rady, jak dojít ke štíhlé postavě. Je zřejmé, že na webových stránkách „pro Ana“ nebo „pro Mia“ anebo také „Anamia“ si lidé srovnávají svou štíhlou postavu a sebekontrolu nad jídlem. Často využívají obrázky celebrit k povzbuzení uživatelů, aby usilovali více o hubnutí, bez ohledu na možné důsledky. Pokud se mladé dívky nebo chlapci na takovéto stránky dostanou, je větší pravděpodobnost vzniku onemocnění (Kendal et al. 2017).

Poruchy příjmu potravy se mohou vyskytnout také u osob, které se nachází mezi dvěma různými sociálními světy. Bývají to například migranti, kteří se vyrovnávají s dvěma odlišnými

kulturami. Pro popis tohoto mechanismu byl vytvořen nový termín „střet kultur“, který je definován jako konflikt vznikající z interakce lidí s různými kulturními hodnotami. Kulturní konflikt odráží mnoho dilemat dvou nebo více různých kultur po procesu akumulace (Montgrémier et al. 2020).

Doktor Koutek ve své práci z roku 2011 rozdělil faktory pro vznik mentální bulimie následovně:

- 1) Predisponující faktory**, do kterých zařadil individualitu, rodinné a sociokulturní činitele.
- 2) Spouštěcí faktory**, ve kterých uvádí jako nejdůležitější narušení rodinné rovnováhy, změny v nárocích kladené z vnějšího prostředí, z čehož může vyplývat ztráta sebevědomí. V neposlední řadě pak uvádí specifické požadavky ve vývojových obdobích, jako je například puberta.
- 3) Udržující faktory**, které si nemocní udržují v průběhu celého onemocnění a často s nimi mají problémy i po uzdravení. Mezi tyto faktory zařadil syndrom hladovění, zvracení, změny endokrinní, percepční poruchy, neřešené predispoziční faktory, sociokulturní zaujetí štíhlosti a latrogenní faktory, což jsou faktory, které mohou být způsobeny lékařem nebo těsně související s lékařským zákrokem.

3.5 Mentální bulimie

Mentální bulimie je chorobný strach z obezity, který se u pacientů zvyšuje, až se stává nezvládnutelný (Krch 2008). Řadí se mezi běžné poruchy příjmu potravy, které mají celoživotní incidenci 1-3 % (Strumila et al. 2020). Většinou jí trpí lidé s nízkým sebevědomím, kteří drží nejrůznější diety. V momentě, kdy se situace stane nezvládnutelná, dochází k nekontrolovatelnému přejídání se, zvracení i používání projímadel. Bez lékařské pomoci bývá tento stav pro pacienty prakticky nezvládnutelný (Krch 2008). Meule et al. (2018) ve svém článku mimo jiné uvádějí, že osoby, které trpí mentální bulimií nebo poruchami přejídání, trpí častějšími a intenzivnějšími chutěmi k jídlu než běžné osoby.

U pacientů dochází k nekontrolovatelným pocitům hanby, viny a znechucení. Bývá to spojené s depresemi, stavy úzkosti i úmyslným sebepoškozováním. Největší výskyt počtu nemocných bývá ve věkovém rozpětí 13-18 let. Jedná se o 3x vyšší počet pacientů než u anorexie (Hurst et al. 2017). Studie prokázaly, že až u 50 % pacientů s mentální anorexií se v určitém okamžiku jejich života vyvinou bulimické příznaky a jejich onemocnění se z mentální anorexie přemění v mentální bulimii. Tito pacienti pak vyžadují speciální péči. Bylo u nich zjištěno také nižší procento tělesného tuku a svalové hmoty a vyšší procento extracelulární vody (Strumila et al. 2020).

Mentální bulimie, jako psychická porucha, také nese stigma duševního zdraví. Onemocnění může být odhaleno přáteli nebo rodinou, protože jednotlivci nemusí vykazovat závažné vnější příznaky, jako ty, které jsou charakteristické u mentální anorexie. Stravování u lidí s těmito poruchami příjmu potravy může být tajné kvůli souvisejícím pocitům rozpaků nebo viny (Sun et al. 2020).

Pacienti s diagnostikovanou mentální bulimií mohli prožít v dětství všechny formy dětského zanedbání, zneužívání a mnohdy byli léčeni pro depresi. Byla u nich vyzorována nižší délka života a nižší index tělesné hmotnosti. Mají také většinou velmi aktivní životní styl. (Strumila et al. 2020). Naopak jedinci s poruchou nadměrného přejídání (zkráceně BED) se označují spíše jako sedaví či neaktivní. (Mathisen et al. 2018).

U pacientů bylo zjištěno mnoho funkčních změn v mozku. V oblasti pro chování při stravování, chuť k jídlu a emoční regulaci mozek vykazuje hyperkonektivitu s dorsální cirkulární kůrou (dACC). Hyperkonektivita může naznačovat narušení vědomí těla nebo známky změny chuti, která je základem psychopatologie mentální bulimie. Kromě toho byla prokázána zvýšená vazba mezi dACC a orbitofrontální kůrou a precunem. Tyto oblasti mozku byly zapojeny do samoreferenčního zpracování, které zahrnuje sledování vlastního zevnějšku, fyzického vzhledu a emočního stavu, což naznačuje, že jedinci s bulimií budou vykazovat vyšší míru sebepozorování. To pak vede k zaujetí obrazu těla (Stopyra et al. 2019).

Nedávné modely mentální bulimie mezi dospělými dále naznačují, že počáteční impulzivní chování v rámci individuální prezentace onemocnění může v průběhu času vést ke vzniku kompulzivity (z latinského slova kompulze – bezsmyslné opakování určitých pohybů nebo sestav pohybu, kterým se dotyčný nemůže ubránit) (Gorrell et al. 2019).

Diagnostika mentální bulimie se do současnosti změnila jen velmi málo. Kritéria se rozšířila o nadměrně stravování (buďto jde o přejídání velkým množstvím potravy, nebo osoba ztrácí kontrolu nad jídlom). Tento jev se musí u nemocných objevit alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců. Dalšími vlastnostmi nemocných jsou rychlé jezení, než je běžné, jedí i přes to že nemají hlad, jedí až do nepřiměřené sytosti a ve většině případů chtějí být při jídle sami (Hay 2020).

Výskyt mentální bulimie je výrazně vyšší u osob s poruchami pozornosti nebo hyperaktivitou ve srovnání s běžnou populací. Například u pacientů s onemocněním ADHD (z anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorders) se onemocnění vyskytuje téměř 5× častěji než u ostatních. Léčba těchto lidí se zdá být však snazší. Při léčbě ADHD je podávána látka lisdexamfetamin dimesylát, což je psychostimulant schválený pro léčbu a nedávno byl schválen pro léčbu středně těžké a těžké formy poruch příjmu potravy u dospělých. Při podávání léku v dávkách 50 a 70 mg/den bylo pozorováno snížené chování typické pro mentální bulimii (Keshen & Helson 2017).

3.5.1 Nadměrné přejídání

Porucha příjmu potravy ve formě nadměrného přejídání (z anglického binge eating disorder, zkráceně BED) a mentální bulimie je charakterizovaná opakujícími se fázemi příjmu potravy a ztrátou kontroly sami nad sebou během přejídání. Jedinci s mentální bulimií kompenzují své komplexy nadměrnou konzumací jídla tím způsobem, že si vyvolávají samoindukované zvracení nebo mohou používat prostředky, jako například projímadlo. Jedinci trpící nadměrným přejídáním však nevykazují opakující se kompenzační chování, což způsobuje nadváhu a obezitu (Stopyra et al. 2019).

U pacientů s nadměrným přejídáním nebylo prokázáno pravidelné nevhodné kompenzační chování. Důležité je zmínit, že asi 33 % jedinců s mentální bulimií a 88 % jedinců s nadměrným přejídáním projevuje komorbidní obezitu, která je definovaná nadměrnou akumulací tělesného tuku. Komorbidita je termín, nejčastěji používaný v lékařství a znamená přítomnost jednoho či více onemocnění vyskytujících se současně s primárním onemocněním (Blume et al. 2019). Chládková & Miovský (2017) uvádějí, že komorbidita je závažný psychiatrický problém, který vzniká, pokud se u jedné osoby vyskytne více diagnóz. Pokud by se neodhalila včas, může způsobovat závažné problémy, které mohou vyústit až k poruchám příjmu potravy.

Gordon et al. (2019) ve svém článku uvádí, že téměř 80 % osob s celoživotním nadměrným příjmem potravy má komorbidní psychiatrickou poruchu jako je náladovost, úzkost, užívání návykových látek a jiné. Kvůli nedostatku kompenzačního chování, které je běžné u mentální bulimie, jako je zvracení, je toto onemocnění často doprovázeno obezitou nebo fyzickými komplikacemi, které mohou vést k obezitě. Dále uvádí, že v běžné populaci je přibližně 30-42 % lidí s touto poruchou obézní. Tímto procentem se shoduje s Duncanem, který již v roce 2017 ve svém článku uvedl, že 42 % osob s poruchami přejídání trpí obezitou. Při léčbě takto nemocných pacientů je pak mnohem složitější docílit zdravého a normálního stravování a zároveň snížit hmotnost na optimum. Aby byla léčba opravdu účinná, musí lékaři získat přesné informace o skutečném výskytu a prevalenci poruch nadměrného přejídání u jedinců s vysokou hmotností (Duncan et al. 2017a).

3.5.2 Příčiny onemocnění

Přesná příčina onemocnění ještě není úplně známá. Jde o kombinaci takových faktorů, které posilují strach z tloušťky. Důležitou roli pravděpodobně má i genetika. Jsou studie o vlivu serotoninu na vznik bulimie. Jedná se o chemickou látku v mozku, která ovlivňuje také příjem potravy.

Rizikovým obdobím je zejména puberta. Mezi faktory, které nejvíce ovlivňují příčiny onemocnění, řadíme kulturní, společenské, rodinné, biologicko-genetické a individuální. Všechny faktory jsou mezi sebou velmi propojené. Jako příčinou onemocnění není nikdy pouze jeden z nich (Hail & Le Grange 2018).

Faktory kulturní

Je vyvíjen velký tlak médií na představu o tom, jak má vypadat krásný člověk. Například kladné postavy ve filmech jsou nereálně upravené, mají dokonalou postavu a vzhled, což v běžném životě neodpovídá realitě. Takový člověk má k dispozici řadu osobních trenérů, vizážistů a výživových poradců, což u běžně pracujícího člověka není finančně ani časově zvládnutelné.

V dnešní době se klade čím dále větší důraz na štíhlou figuru a ten, kdo se nepřibližuje zidealizovanému standardu, se může setkávat s problémy v osobním a sociálním životě. Lidé trpící obezitou mohou být mylně nařknuti okolím z lenosti a ošklivosti. Například při pracovním

pohovoru si většinou zaměstnavatelé vybírají zaměstnance, kteří vypadají reprezentativněji, což jsou štíhlí a krásní lidé (Krch 2008).

Faktory společenské

Člověk dnešní doby se bojí vybočovat a snaží se zařadit do společenské normy, ve které je povolena pouze malá tolerance k odlišnostem. Klade se důraz na úspěch ve fyzických výkonech. Od lidí můžeme slyšet poznámky typu: „Všechno jde, když se chce“ nebo „stačí jen chtít, musíš zatnout zuby“. Ale jen málokdo si uvědomí, že ne vždy je to možné.

Nejvíce se můžeme potkat s touto problematikou u mladších dětí, zejména pak ve školním věku. Jak již bylo zmíněno, jedná se o kategorii od 13-18 let. Děti si často neuvědomují, jaký dopad může mít jejich posměch vůči silnějším kamarádům. Většinou jsou pak vyřazeni z kolektivu. Mohou to být začátky poruch příjmu potravy (Krch 2008).

Obecně je adolescence považována za kritický vývojový stupeň bulimických symptomů, které se během tohoto období postupně zvyšují. V roce 2012 z dlouhodobé studie vyplynul předpoklad, který uvádí, že pokud adolescent onemocní mezi 15 a 16 rokem života, pak se pravděpodobnost na pozdější výskyt velmi snižuje. U nadměrného přejídání je pak pravděpodobně nejvíce ohrožený věk mezi 17 a 18. Tvrzení však nebylo dostatečně potvrzeno, a proto se doporučuje věnovat větší pozornost a provádět další studie na toto téma (Abebe et al. 2012).

Faktory rodinné

Od rodičů si přebíráme veškeré návyky. Ať už se jedná o hygienické, zdravotní nebo péči o domácnost. Mezi jedny z hlavních patří návyky stravovací. Správně by člověk měl jíst minimálně 5x denně, menší porce, ideálně s rozstupem maximálně 4 hodin. Avšak jestliže má rodina nesprávné návyky, může se stát, že dítě se naučí jíst 2x až 3x denně velké porce, a to v nevhodný čas. Může to vést k obezitě (Krch 2008).

Řada pacientů má traumatizující vzpomínky z dětství, kdy jim bylo ublíženo, a proto se snaží pro okolí působit nepřitažlivým dojmem, aby se situace již nikdy neopakovala. V tomto případě se jedná o pacienty jak s podvýživou, tak i s nadváhou (Navrátilová & Kalendová 2019).

Faktory biologicko-genetické

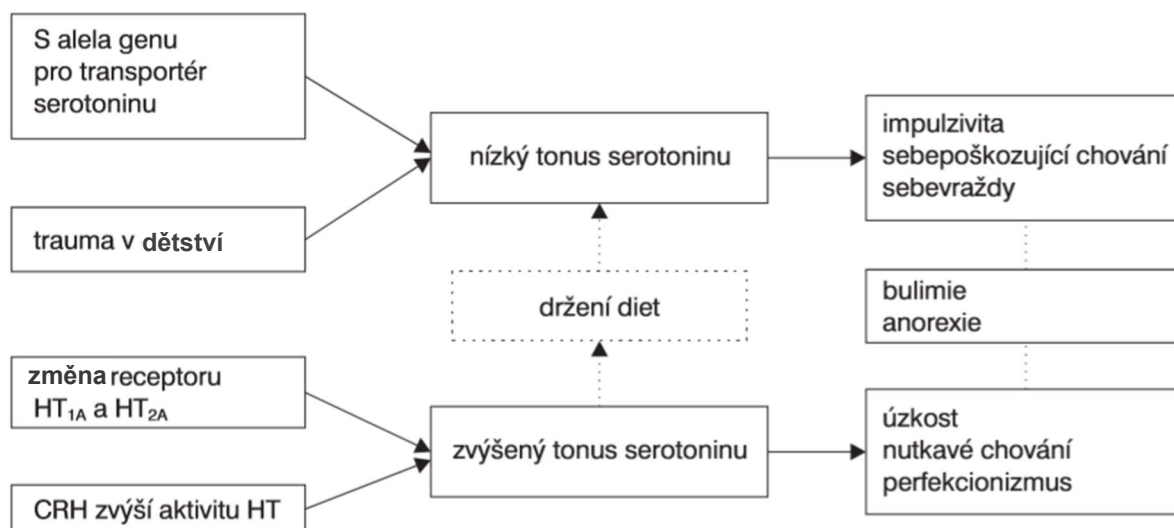
Onemocnění se převážně vyskytuje u dívek. Mnohem větší riziko hrozí u dvojčat. Onemocnění se prohlubuje z důvodu vzájemné podpory dvojčat v tom, aby nejedla, což může přejít až do hladovění. Z počátku dochází ke snižování apetitu a potřeby se dostatečně najíst. V konečné fázi dochází k odmítání potravy úplně. Při nátlaku ze strany rodičů nebo okolí dochází k pseudouzdravení, avšak propuká bulimie. Po pozření jídla přijde na řadu jeho vyzvracení (Navrátilová & Kalendová 2019).

Existuje důvod se domnívat, že příznaky premenstruačního syndromu (zkráceně PMS) nebo premenstruační dysforické poruchy (zkráceně PMDD) by mohly sloužit jako udržující faktory u mentální bulimie, zejména u nadměrného přejídání u žen. Stejně jako u jiných poruch příjmu potravy, mohou fyziologické a psychologické příznaky spojené s premenstruačními

stavy sloužit jako spouštěče nadměrného příjmu potravy anebo pročišťování, který může potenciálně ovlivnit nástup onemocnění nebo bránit zotavení. Chuť k jídlu je posilována vyplavujícími ovariálními hormony (zejména estrogen E2). Studie zjistily, že ženy pociťují nekontrolovatelné potřeby zkonsumovat větší množství jídla, a to zejména na konci a začátku menstruačního cyklu. U žen citlivějších na výkyvy ovariálních hormonů prostřednictvím PMS a PMDD, je větší pravděpodobnost, že se u nich projeví příznaky narušeného stravování. Na tuto teorii však bylo provedeno velmi malé množství výzkumů, kdy první byl uskutečněn v roce 2016. Je potřeba, aby se tomuto vlivu hormonů věnovala větší pozornost (Nobles et al. 2016).

Serotoninová hypotéza

Serotonin (chemický vzorec 5-hydroxytryptamin, zkráceně 5-HT) je neurotransmiter zapojený do široké škály funkcí, jako je motorická aktivita, stravování, spánek, spokojenost, nálada, termoregulace, kardiovaskulární a respirační aktivita. Vzniká oxygenací aminokyseliny tryptofanu v serotogenních neuronech v „raphe“ oblasti mozkového kmene. Produkce je limitována přísunem esenciální aminokyseliny potravou a jeho transportem přes hematoencefalickou bariéru. Axony těchto neuronů se mnohočetně větví a difuzně distribuují serotonin do celého centrálního nervového systému včetně mozkové kůry. Serotoninový signál nepředává pouze jednu informaci konkrétním neuronům, ale spíše nastavuje celkovou reaktivitu mozku. Několik studií prokázalo inhibiční účinky chování při stravování, což naznačuje, že působí jako anorexigenní faktor, který podporuje sytost. V centrálním a periferním nervovém systému bylo nalezeno sedm různých 5-HT receptorů. Hlavními jsou 5-HT_{1A} a 5-HT_{2A}. Výsledky studie, týkající se asociace mezi tímto polymorfismem a poruchami příjmu potravy, jsou stále neprůkazné, s některými pozitivními ale i negativními výsledky ve čtrnácti různých asociačních studiích (Ceccarini et al. 2019).



Obrázek 1- Možné účinky serotoninu na vznik onemocnění poruch příjmu potravy (Papežová 2012)

Serotoninová teorie (obrázek 1) u mentální anorexie je založena na myšlence, že někteří jedinci mají permanentně zvýšenou hladinu serotoninu a díky tomu trpí úzkostlivostí a

strachem. Při hladovění dochází ke snížení hladiny serotoninu a tím se snižují stavy úzkosti. U pacientů s mentální anorexií byla zjištěna snížená hladina metabolitů serotoninu v mozkomíšním moku. Po uzdravení těchto osob hladina vzrostla a mnohdy pak převyšovala normu zdravých. Role serotoninu u pacientů s mentální bulimií je zatím nejasná. V jistém ohledu se bulimie jeví jako opak anorexie. Snížený tonus serotoninu u mentální bulimie je spojen se zneužíváním v dětství a sebepoškozujícím chováním. Jeho nedostatek vede ke zhoršení symptomů nebo k přechodnému relapsu vyléčených osob. Dostupnost serotoninových receptorů je však podobná jak u bulimie, tak u anorexie. Snižuje se 2A a zvyšuje 1A receptory (Lee & Lin 2010).

Compan et al. (2012) popisuje obecný vztah mezi serotoninem a onemocněním. Při zvýšené aktivitě neuronů 5-HT a jejich vyšší expresi mozek snižuje potřebu přijímat potravu a tím dochází ke snížení tělesné hmotnosti. Byla provedena farmakologická studie, při které byly použity myši jako pokusná zvířata. Zjistilo se, že při podávání například fenfluraminu, který v těle zvyšuje extracelulární hladinu serotoninu, se snižuje potřeba potravy. Podobný účinek má také amfetamin. Takovéto látky reagují s již zmíněnými receptory 1A, 2A a dalšími. Pokud však byla testovaným zvířatům podána injekce s antagonisty 5-HT_{1/7} do nucleus accumbens (jádro ležící proti přepážce součástí bazálních ganglií koncového mozku) jejich potřeba přijímat potravu vzrostla (Compan et al. 2012). Několik studií testovalo i účinek antidepresiv, jako jsou inhibitory vychytávání serotoninu, při léčbě poruch příjmu potravy (Lee & Lin 2010).

Injekční opatření by se mohlo zdát jako velmi jednoduché řešení k vyléčení nemoci. Avšak kvůli tomu, že serotonin se nepodílí pouze na funkci stravování, je jeho aplikace velmi riziková. Bylo by potřeba provést rozsáhlejší studie a pokusy, při kterých by se zjistila přesná dávka, a hlavně konkrétní forma podávané látky. Pro nejasné účinky se testovala zatím pouze zvířata (Gestel et al. 2014).

Faktory individuální

Každý pacient se k onemocnění dostane jinou cestou. Ať už je příčina jakákoliv, je velmi důležité odhalit příznaky zavčas, aby nedošlo k propuknutí nemoci. Jestliže je neléčená, může skončit až smrtí. V dnešní době je několik možností léčby. A tak má člověk i možnost volby, jak se dostat z problémů (Krch 2008).

3.6 Poruchy příjmu potravy u mužů

Nedávné studie naznačují, že incidence a prevalence poruch příjmu potravy u mužů se zvyšuje. Až 25 % jedinců trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií jsou muži (Zayas et al. 2018). U mužů je daleko častěji pozorované nadměrné přejídání jako jedno z onemocnění poruch příjmu potravy (Hay 2020). V posledních desetiletích byla zpochybněna platnost diagnostických kritérií u mužů. Hlavní bod kritiky byl, že diagnóza byla zaměřena na symptomy nátlaku na hubnutí, které byly primárně prezentovány ženami. Zároveň to vylučuje další tělesnou nespokojenost, kterou je touha po svalnatém těle, kterou častěji prezentují muži. Pro muže je však důležitá nejen štíhlost, ale také svalnatost. Před výzkumem se očekával častější

výsledek uzdravení u mužů než u žen v návaznosti na to, že ženy mnohem častěji uvádí, že trpí depresemi a stavy úzkosti (Strobel et al. 2019).

Pokud se u mužů vyskytují poruchy příjmu potravy ve formě anorexie nebo bulimie, jde s největší pravděpodobností o muže, kteří se považují za homosexuály. Byl proveden výzkum „menšinového stresu“, který potvrdil zkušenosti mužů s diskriminací a útlakem na základě jejich sociální identity. Například muž, který se považuje za transgendera (osoba, která se neztotožňuje s pohlavím, se kterým se narodila) a gaye, může být vystaven diskriminaci související s jeho pohlavní identitou a sexuální orientací. Zatímco muži homosexuálové mohou zažít diskriminaci související s jejich sexuální orientací, je velmi málo pravděpodobné, že by byli utiskováni za jejich pohlavní identitu (Simone et al. 2020).

Největším problémem pro správnou léčbu je převaha neklinických případů, kdy muži onemocněním trpí, ale nevyhledávají odbornou pomoc. Pokud ji vyhledají, je velmi obtížné u nich stanovit správný postup léčby z důvodu malého množství nashromážděných dat. (Smith et al. 2017) Při léčbě se z důvodů nedostatečného množství informací spoléhá na výzkum žen. Není však známo, do jaké míry je tato genderová zaujatost relevantní pro léčbu mužů. Z provedeného výzkumu vyplývá stejná účinnost u mužů jako u žen. Avšak navrhuje se, aby se provedly další studie, které by specifikovaly onemocnění u jednotlivého pohlaví. Dále z výzkumu vyplynulo, že muži mají stejné statistické údaje jako ženy. Nelišili se ani věkem při nástupu, délkou onemocnění, počtem předchozích ambulantních léčebných režimů, životním uspořádáním, úrovní vzdělání ani partnerskou situací. Při nástupu na kliniku však měli vyšší BMI (Body Mass Index) než ženy. Muži měli také méně předchozích hospitalizací a menší počet dní, kdy byli hospitalizováni (Strobel et al. 2019).

3.7 Srovnání onemocnění žen a mužů

Klinické a epidemiologické studie poruch příjmu potravy zdůraznily nižší prevalenci mužů s těmito poruchami ve srovnání se ženami. Je přibližně jeden nemocný muž na 9 žen (Agüera et al. 2017). Ačkoli enviromentální faktory hrají významnou roli, důvody pro tento nevyvážený poměr pohlaví zůstává nevyřešen (Hübel et al. 2019). Jelikož je nemoc považována za „ženské onemocnění“ může toto stigma vést k tomu, že muži trpící poruchami příjmu potravy jsou poddiagnostikováni a hledají léčbu s nižší frekvencí. Může to být důvod, proč se tomuto tématu dostává relativně málo pozornosti od výzkumných pracovníků a proč má několik studií zaměřených na poruchy příjmu potravy u mužů výsledky s relativně malým množstvím vzorků (Agüera et al. 2017).

Ačkoli muži i ženy sdílejí podobné klinické vlastnosti, byly popsány některé genderové zvláštnosti. Muži vykazují menší starosti o to, jak vypadá jejich tělo a nepropadají depresím tak často jako ženy. Tyto charakteristiky však mohou odrážet sociokulturní genderové rozdíly, protože rozdíly jsou podobné těm, které jsou popsány mezi zdravými muži a ženami. Je třeba poznamenat, že muži trpící poruchami příjmu potravy bývají častěji homosexuálové. Je u nich možné pozorovat odlišné kompenzační chování. Například muži vykazují vyšší frekvenci zvracení, ale minimálně užívají laxativní látky než ženy. U žen se nejčastěji objevuje

onemocnění s nízkou tělesnou hmotností jako je mentální anorexie a bulimie, a to hlavně ve věku mezi 13-35 lety věku, zatímco muži častěji trpí premorbidní nadváhou nebo obezitou zejména v pozdějším věku. Dále je u mužů vyšší riziko úmrtnosti než u žen (Agüera et al. 2017).

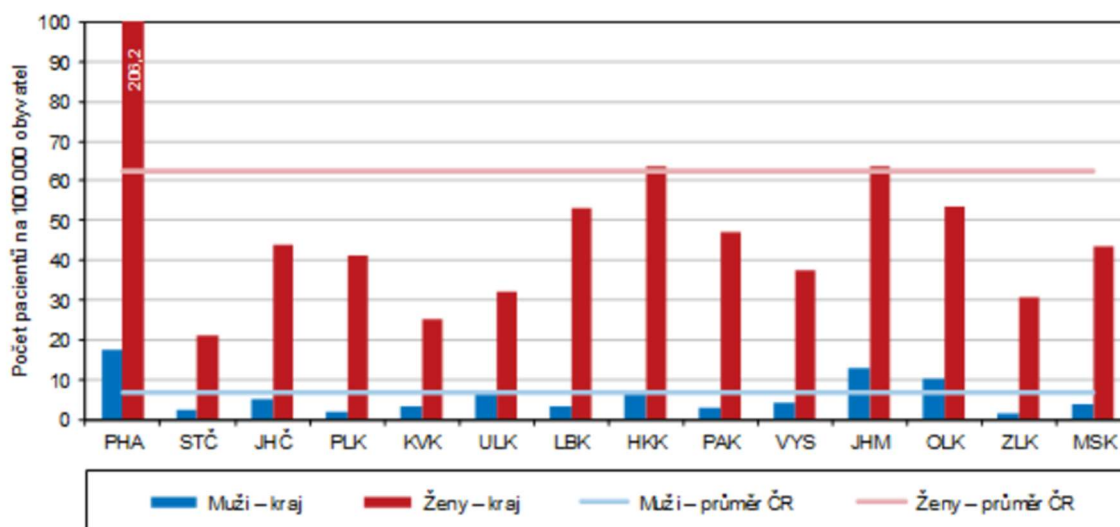
Ve studii Agüera et al. (2017) bylo srovnáno 131 žen a 131 mužů. Ke každému muži byla náhodně přidělena jedna žena. Před léčbou byl přijatým pacientům rozdán dotazník, ve kterém se sledoval hlavně rodinný stav, dosažený stupeň vzdělání a kvantitativní proměnné (například věk). Dotazníkem se chtělo zjistit, zda existují zásadní rozdíly mezi pohlavím. Informace z dotazníku se nachází v tabulce 2. Avšak kromě použití projímadel, které muži takřka neužívají, nebyly zjištěny markantní rozdíly. Proto je potřeba se dále věnovat rozdílnostem onemocnění mezi ženami a muži.

Tabulka 2 - Sledované parametry mezi ženami a muži (Agüera et al. 2017)

		Ženy	Muži
Rodinný stav (počet osob)	Svobodná/ý	102	98
	Ženatá/ý	25	25
	Rozvedená/ý	4	8
Stupeň vzdělání (počet osob)	Základní	46	58
	Středoškolské	64	52
	Vysokoškolské	21	21
Průběh nemoci	Věk (roky)	27,21	26,72
	Věk nástupu nemoci (roky)	20,25	20,64
	Doba trvání nemoci (rok)	6,73	6,27
	Frekvence zvracení (za týden) po dobu nemoci	4,17	4,28
	Frekvence požití projímadel (za týden)	2,18	0,61

Provedená metaanalýza z roku 2020 však uvádí, že vážený průměr celoživotních poruch příjmu potravy je 8,4 % u žen, zatímco u mužů 2,2 %. Poměr nemocných žen a mužů trpících mentální bulimií, popřípadě poruchami z přejídání je 3:1 ve prospěch žen. V porovnání s mentální anorexií je to pak 7:1 opět ve prospěch žen. U mužů byla dále definovaná nová porucha, a to strach z obrazu těla co se týká svalů. Muži chtějí vypadat atraktivně a mít velké svaly, často pak vynechávají normální jídla a nahrazují je doplňky stravy. Ty však nezvládnou pokrýt veškeré denní výživové parametry. Studie dále věnovala pozornost posouzení onemocnění a léčbě symptomů a komorbidních stavů, které jsou častěji přítomny u mužů. Mezi ně patří nadměrné cvičení, požadavky na sílu a mužskou sexualitu s rozvojem sexuální identity. Pro muže bývá velmi důležité pracovat ve skupině. Měl by však být proveden výzkum na správnou léčebnou metodu pro muže. U žen jsou postupy více méně pevně dané (Thapliyal et al. 2020).

Český statistický úřad v roce 2018 vydal přehled za rok 2017, ve kterém uvádí počty mužů a žen trpících onemocněním léčených ambulantně. Z grafu 1 je patrné, že nejvyšší počet nemocných a léčených žen se nachází v Praze, který převyšuje 206 osob na 100 000 obyvatel.



Graf 1 - Počet ambulantních pacientů s poruchami příjmu potravy podle pohlaví a bydliště v roce 2017 v ČR (převzato z ČSÚ 2020)

3.8 Léčba poruch příjmu potravy

Doporučení pro léčbu mentální anorexie obecně ukazují, že obnovení hmotnosti je prvním nezbytným krokem. Několik organizací vydalo zprávy, ve kterých uvádí, specifické rady pro léčbu dospívajících s poruchami příjmu potravy, např.: Management skutečně nemocných pacientů do 18 let s mentální anorexií, Společnost zdraví a medicíny dospívajících a Americká akademie pediatrie adolescentů. Všechny tyto zdroje uvádějí jako prioritu léčby odříkání potravy. Poskytují poradenství lékařům z klinik s různými léčebnými postupy. Společnost zdraví a medicíny dospívajících poskytují některé pokyny ohledně faktorů, které je třeba zvážit při výběru správné léčebné metody, popřípadě zda by neměl být pacient hospitalizován v návaznosti na stupeň podvýživy (Buchman et al. 2019).

Několik zemí vypracovalo pokyny s osvědčenými postupy pro léčbu mentální anorexie i mentální bulimie. Jako nejaktuálnější soubor doporučení pro léčbu dětí a dospívajících, včetně podrobné metodiky, která je zveřejněna v anglickém jazyce, byla vybrána směrnice britského národního institutu pro péči o zdraví. Za zmínku také stojí, že všechny ostatní publikované národní směrnice doporučují použití rodinné intervence při léčbě anorexie u dospívajících, ačkoli použitá terminologie a specifická forma doporučené rodinné intervence se liší. Jako další možná terapie se považuje psychologická terapie pro anorexii i bulimii (Hamadi & Holliday 2020). Zdroje pro léčbu mentální bulimie jsou omezené. Do roku 2018 existovaly pouze čtyři publikované randomizované kontrolované studie (RCT) psychologické léčby a pouze jedna otevřená medikační studie (Hail & Le Grange 2018).

Výsledky dlouhodobé studie léčby mentální anorexie naznačují, že 61 % pacientů vykazuje známky onemocnění i po pětiletém sledování a téměř 40 % zůstává nemocných po dvacetidvouletém sledování. Nová zjištění naznačují, že ačkoli intervence obecně přinášejí malá zlepšení tělesné hmotnosti, tyto účinky nejsou zohledňovány při následujícím pozorování a účinky léčby psychologické funkce jsou nevýznamné (Ambwani et al. 2020).

Poruchy příjmu potravy mají závažné zdravotní a psychické následky s úmrtností u 4-5 % nemocných. Jsou značné rozdíly uzdravení u jednotlivých nemocí. Mentální anorexie má 57-94% šanci na úplné zotavení. Mentální bulimie má větší výkyvy v uzdravení. Accurso et al. (2019) ve své práci uvádí, že úplné zotavení z bulimie zvládne 5-99 % pacientů. Velké rozptýlení úspěšnosti je způsobeno mnoha důvody. Mezi nejvýznamnější je řazeno obtížné odhalení nemoci. Dále uvádí, že je velmi náročné zvýšit tělesnou hmotnost na více než 85 % ideální hmotnosti, přesto však na tuto hmotnost dosáhne 94 % pacientů. Získat zpět ideální hmotnost na celých 100 % se daří pouze 65 % pacientů. Orientační hmotnosti je možno vidět v tabulce 3.

Tabulka 3 - Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy ve věku 20 let (Krch 2008)

Tělesná výška (v cm)	Tělesná hmotnost (v kg)
158	48-54
159	49-55
160	49,5-55,5
161	50-56
162	50,5-57
163	51-57,5
164	51,5-58
165	52-58,5
166	53-59,5
167	53,5-60,5
168	54,5-61,5
169	55-62
170	55,5-62,5
171	56-63,5
172	57-64
173	58-65
174	58,5-66
175	59-66,5
176	60-67
177	60,5-67,5
178	61-68,5

Vzhledem k nebezpečí tohoto onemocnění je zásadní vyvinout alternativní možnosti, které mohou být pro nemocné přijatelnější, a které mohou podpořit motivaci a najít odbornou léčbu. Hanba je jednou z nejčastěji uváděných překážek při vyhledávání léčby a napomáhá k udržení chorobného stavu. Existují nyní důkazy o tom, že rozvíjení sebekompasování může vést ke snížení hanby. Sebekompasování je tendence reagovat na osobní tíseň a nedostatky spíše s laskavostí a porozuměním než sebekritikou a žárlivostí (Kelly & Waring 2018).

Mezi jednu z nejdůležitějších věcí před samotnou léčbou by mělo být uvědomění si, že je třeba vyhledat odbornou pomoc. Mít příležitost se dozvědět, že příznaky už mohou způsobovat vážné zdravotní problémy. Méně než polovina jedinců s poruchami příjmu potravy

uznává, že vůbec nějaké problémy mají. Rozpoznání příznaků je ještě horší, pokud příznaky poruch příjmu potravy nezahrnují vyvolávané zvracení. V jedné studii si téměř polovina účastníků uvědomila svůj problém se stravou a začala ho řešit vyhledáním odborné pomoci. V druhé polovině si účastníci svůj problém neuvědomovali, ale i přesto jeden z pěti vyhledal odbornou pomoc (Fitzsimmons-Craft et al. 2019).

Při léčbě poruch příjmu potravy na klinice se docela snadně daří pacienta přimět, aby přibíral na váze pomocí ústavních protokolů re-výživy. Jakmile se však pacient propustí do domácí péče, do prostředí pro něj typické a známé, dochází často opět ke ztrátě hmotnosti (Bulik et al. 2019). Proto by měl být vypracovaný konkrétní denní léčebný program (Buchman et al. 2019). Terapeut pak musí být řádně proškolen a musí mít znalosti, týkající se nejen dané problematiky (emočních, psychických a sociálních nejen projevů ale i důsledků), ale také znalosti z oblasti nutričního poradenství (Štecková 2007).

V průběhu samotné léčby je potřeba vhodně využít lékařskou podporu. Musí se brát v úvahu, že při léčbě může některá metoda přestat působit na pacienta. V případě ambulantní léčby může dojít až v 73 % případů ke snížení účinnosti léčby. Proto by se měla volit kombinace léčebných programů (Hoskins et al. 2019).

Porozumění prožívané situace ze strany zdravotníků při léčbě poruch příjmu potravy hraje také významnou roli. Nejen lékař, ale celý zdravotnický tým si musí vybudovat vztah s pacientem a získat jeho důvěru (Graham et al. 2020).

Do dnešního dne bylo provedeno mnoho studií, které se zabývaly a zkoumaly účinnost jednotlivých léčebných postupů. Velká řada se zabývala převážně léčbou mentální anorexie u dospívajících. Důležité je, že stávající léčba adolescentů, založená na důkazech, byla navržena a testována pomocí ambulantního formátu. Autoři ve svém článku uvádí, že úroveň péče je třeba rozdělit na ústavní, pobytovou, intenzivní ambulantní péči a denní nemocniční program. Takovéto rozdělení pak pomáhá zjistit, které z léčeb není věnována dostatečná pozornost a pro co by se měly dělat další studie. V podstatě většina existujících studií používala naturalistické a otevřené zkušební formáty, s výjimkou jednoho randomizovaného pokusu, který byl proveden v Německu. Denní nemocniční program byl porovnáván s ústavní péčí s cílem obnovení a udržení hmotnosti. Všechny výsledky byly při propouštění pacientů obecně pozitivní. Přičemž výsledky z Německa dokumentovaly kromě zvýšené tělesné hmotnosti také snížené chování, které je typické při poruchách příjmu potravy. Dále pak byly vykazovány nižší stavy úzkosti a deprese (Reilly et al. 2020).

Přestože je známo, že včasná intervence zlepšuje prognózu poruch příjmu potravy, je běžné, že lidé s tímto onemocněním čekají na léčbu měsíce až roky. Například v Centru pro klinické intervence, specializované australské veřejné klinice poruch příjmu potravy, se počet doporučení pro léčbu zvýšil ze 107 v roce 2008 na 262 v roce 2016, aniž by došlo ke zvýšení počtu zaměstnanců. Výsledkem bylo, že jednotlivci čekali na léčbu až devět měsíců. Dlouhé čekací seznamy vedou nejen v Austrálii k neúčasti léčby a nepříznivě ovlivňují výsledky léčby a postoje pacientů k jejich nemoci. Některé ústavy zabývající se léčbou poruch příjmu potravy snížily čekací seznamy tím, že upřednostňovaly pacienty s nedávným nástupem (tři roky

a méně), což zkrátilo čekací doby a zvýšilo příjem této populace s prioritou (Fursland et al. 2018).

Zejména v posledních letech umožnily vědecké metody velký pokrok v porozumění významu poruch příjmu potravy, jejich rizikových faktorů a léčby. Nyní existuje řada přístupů léčby založených na důkazech, jako je kolaborativní lékařská, nutriční a psychologická péče, terapie založená na rodině (převážně pro mentální anorexii) a kognitivně-behaviorální terapie vedené terapeutem (u mentální bulimie a poruchách přejídání). Lane et al. (2019) ve své práci uvádí, že pouze 23 % lidí s poruchami příjmu potravy podstoupí léčbu. Dooley-Hash et al. (2019) odhaduje, že pouze u jedné třetiny nemocných bude nemoc odhalena a následně léčena. Často u jedinců, u kterých je nemoc odhalena a diagnostikována, dochází ke zpoždění následující léčby.

Lane et al. (2019) ve své práci doporučuje použít při léčbě systémové myšlení. Slouží pro pochopení složitých problémů, včetně prevence nehod, organizačního řízení a veřejné politiky. Dále kladou důraz na to, aby brali léčbu jako celek a nezaměřovali se na jednotlivé dílčí úseky. Jako příklad uvádí přidělování finančních prostředků. Může se to zdát rozumné při řešení konkurenčních požadavků na zdroje. Takové rozhodnutí má však dopad spíše na kvalitu péče o pacienta a vyvíjení tlaku na lékaře. Systémové myšlení bylo dříve aplikováno na kvalitu zdravotní péče a bezpečnost pacientů. V oblasti léčby poruch příjmu potravy je aplikováno pouze formálně.

Vědci nedávno navrhli pro rozšíření přístupu k léčbě poruch příjmu potravy zavedení digitálních technologií a léčebných postupů na internetu. Podobným způsobem pak může být použita technologie ke zlepšení hledání jedinců, kteří potřebují pomoci. Jedním z technologií je program Reach Out and Recover (zkráceně ROAR). Je to webový nástroj, který slouží ke zlepšení vyhledávání osob, které potřebují pomoci, ale z nějakého důvodu to nedělají. K nízké úrovni vyhledávání léčby přispívají systémové bariéry, jako je například nedostatek informací k rozpoznání nemoci. Kromě systémové bariéry se vyskytuje také bariéra na individuální úrovni. Jedná se především o strach ze změny v důsledku očekávaných negativních důsledků léčby nebo neochoty vzdát se například pocitu kontroly nad vlastním tělem a tím i vzhledem. V on-line programech však nedochází k osobnímu setkání, a tak nemocní častěji zkouší tuto variantu léčby. Kromě již zmíněného programu ROAR existují i další, například Student Bodies nebo Media Smart. Mezi další nově vyvinuté platformy se řadí Appetite for life, Featback a Pro Youth (McLean et al. 2019).

Cílem všech léčebných metod je co možná nejdříve zajistit nutriční rehabilitaci, odstranit jídelní patologii a postupně dojít až k normálnímu stravovacímu režimu (Štecková 2007).

Ve španělsku v roce 2016 byla hodnocena léčba v projektu *The Body Project*, při které se odhalovala účinnost jednotlivých terapií a aktivit při hospitalizaci. Hodnotil se nejen pohled pacientů, ale zapojili se i lékaři. Ze studie vyplynulo, že nejcennějším aspektem skupinových programů byl samotný formát, následovaný diskusí o problémech, na kterých se podíleli jednotlivci mezi sebou. Důraz se kladl na to, aby pacienti věděli, že v tom nejsou sami. Sdílení zkušeností a soudržnost ve skupině jsou přínosem psychoterapeutických skupinových intervencí. Při tomto projektu se pravděpodobně poprvé lidé povzbuzovali, aby vyjádřili své

obavy týkající se obrazu těla. Jednotlivé aktivity, které se prováděly během projektu je možno vidět v tabulce 4, ve které je vidět i to, jak přínosné byly (kolik osob pro ně v dotazníku hlasovalo).

Tabulka 4 - Zpětná vazba od účastníků intervence v *The Body Project* (Túry et al. 2019)

		Pacienti	Lékaři
Nejúčinnější	Nastavení skupinové terapie	47	56
	Diskutování o problémech	30	26
	Psaní a sdílení dopisů	23	27
	Domácí práce	12	11
Méně účinné	Všechny aktivity byly cenné	20	25
	Aktivismus těla	5	8
	Hraní rolí	7	17
	Jiné aktivity	5	9
Návrhy na zlepšení pro budoucnost	Žádné návrhy na změnu	16	15
	Častější diskutování	4	9
	Delší sezení	14	12
	Zahrnout videa	7	5
	Více interaktivních aktivit	5	5
Celkem odpovědí		195	225

Pokud se už pacienti dostanou do rukou odborníků, velmi často dochází k odmítání pomoci. Ve skutečnosti asi tři čtvrtiny pacientů s anorexií si během prvních let léčby svou nemoc vůbec nepřipouští. Nutnost nedobrovolné léčby poruch příjmu potravy je kontroverzní otázkou. Někteří autoři uvádí, že nucená léčba je účinná jen v krátkodobém horizontu. Z mnohých studií vyplývá, že dlouhodobý účinek je velmi nejistý. U závažných případů mentální anorexie je hospitalizace nezbytně nutná. V případě extrémní emaciace může být poskytnuta výživa podávaná intravenózně. V takovýchto případech je nezbytně nutné snížit u pacienta odpor k jídlu a zvýšit motivaci k uzdravení. Ve všech případech je pozitivní přístup terapeuta předpokladem účinnosti. Zásadní je vnímání nátlaku kladeného na pacienta. Tlak na ně kladený nemusí nutně souviset s omezování svobody. Nižší úroveň donucování lze dosáhnout dobrým terapeutickým vztahem a transparentní, otevřenou komunikací s rodiči a terapeuty. Existují jistá doporučení týkající se snížení rezistence v případě odmítnutí léčby u pacientů s mentální anorexií. Patří mezi ně: zapojení do dobrovolné organizace; identifikace odmítnutí; okolí musí být připraveno na vyjednávání; zvážit rizika a přínosy léčby; zajistit, aby metody léčby nebyly neodmyslitelně represivní nebo také zajistit diferenciální léčbu chronické mentální anorexie (Túry et al. 2019).

3.8.1 Rodinná terapie

Včasná intervence v dětských letech je důležitou součástí úspěšných terapií pro děti a dospívající žijící s duševním onemocněním. Rodinná terapie jako specializovaná terapie je praktikována různými obory, které mají postgraduální kvalifikaci v této oblasti praxe. Přístupy

a postupy se mohou lišit v návaznosti na disciplíně klinického lékaře. Během této léčby se na rodiny nahlíží jako na systémy a zjišťuje se jeho funkčnost. Zkoumají se rodinné role, pravidla a rituály. K rodinné dysfunkci dochází, pokud se rodina jako celek není schopna přizpůsobit změnám. V návaznosti na toto zjištění bylo vyvinuto několik přístupů k rodinné terapii, a to z pohledu psychodynamického, zážitkového, strategického, systémového, strukturálního, kognitivního chování a psycho-edukačního. Protože se přístupy liší, mění se také modely rodinné terapie, které lze v léčbě využít (Berry et al. 2019).

Lydecker & Grilo (2017) ve svém kvalitativním výzkumu naznačují, že rodiče jsou znepokojeni ztrátou tělesné hmotnosti a uvědomují si souvislost mezi jejich vlastními stravovacími návyky. Rodiče, kteří se snaží pomoci svým dětem získat kontrolu nad jídlem a zvýšit svou tělesnou hmotnost často hlásí, že nejsou schopni nebo si neví rady, jak toho docílit. Pokusy pomoci svým dětem bez dohledu odborníka může být zavádějící, a dokonce to může až zhoršit současné problémy.

Poprvé byla provedena rodinná terapie pro léčbu poruch příjmu potravy u dospívajících ve Velké Británii. Léčby se účastnilo 85 adolescentů ve věku 13-20 let. Terapie probíhala po dobu deseti týdenních sezení a tříměsíční následná sezení s možností sezení s blízkými, například s rodiči (Hail & Le Grange 2018).

Některé studie uvádí rodinnou terapii jako velmi účinnou. Protože rodiče nebo pečovatelé a vychovatelé své dítě znají nejlépe, bývají nejlepším zdrojem změn chování v průběhu léčby. Po schůzkách s doktorem se dá pak lépe upravovat léčba na základě zjištěných informací (Accurso et al. 2019). Zapojení rodiny do léčby je zásadní pro řešení rezistence pacienta, i když individuální léčba je částečná terapeutická strategie nejen u mladých pacientů ale i u dospělých. Rodina je rozhraním mezi pacientem a terapeutem, rodiče musí převzít odpovědnost za své potomky v těžkých situacích. Jejich povinností je pravidelně kontrolovat tělesnou hmotnost dětí a omezit spalování kalorií. Existují i případy, kdy si pacient nepřeje přítomnost a účast rodičů. V takovém případě je nutno respektovat přání. Existuje však i rodinné poradenství (léčba bez pacienta), která se stává schůdnou možností. I pro rodiče je užitečné navštěvovat terapii. Mohou se při nich naučit, jak se vypořádat se svým anorektickým dítětem a lépe kontrolovat patologické chování (Túry et al. 2019).

3.8.2 Psycho-behaviorální terapie

Hlavní léčbou poruch příjmu potravy jsou popsány stávající národní a mezinárodní pokyny, forma psycho-behaviorální terapie, která je nejčastěji poskytovaná ambulantně. Lidé se závažnějšími příznaky nebo nezlepšující se péčí, mohou být léčeni v částečném (denním) nebo úplném nemocničním odborném programu. Terapie je založena na léčbě lékařem, který je informovaný o poruchách příjmu potravy a je považována za neúčinnější a lidé ji preferují. Léčba touto formou je mnohem finančně náročnější a snížit její cenu by se dalo počtem hospitalizací. Kromě psychiky nemocného musí řešit další odvětví jako je výživa, fyzické a duševní zdraví, a proto je ideální mít tým lékařů složený z psychologického terapeuta a rodinného lékaře. U těch, kteří vyžadují nemocniční péči, je nutná další interdisciplinární

podpora. Mezi ně patří registrovaný dietolog a sociální pracovník nebo rodinný terapeut (Hay 2020).

3.8.3 Farmakologická terapie

Na rozdíl od psychologické léčby došlo k menšímu pokroku ve farmakologické léčbě mentální anorexie. Nyní existuje několik malých studií antipsychotik druhé generace, jako je olanzapin pro anorexii se smíšenými výsledky. Byla provedena studie, při které během šestnácti týdnů byla podávána v průměru dávka 7,77 mg/den látky, jako primární léčba pro dospělé s anorexií. Byla zjištěna střední úspěšnost pokusu. Pacienti průměrně přibrali 0,7 kg za jeden měsíc. V průběhu studie bylo jedné skupině podávané placebo pro porovnání účinnosti. Přírůstek na hmotnosti u pacientů, kterým bylo podáváno placebo, byl zanedbatelný. Jiné psychotropní látky, jako jsou například antidepresiva, mají malý přímý vliv nebo důkaz o tom, že by podporovaly léčbu anorexie. Mohou být však použity, pokud osoba trpí silnou depresí. Pro léčbu bulimie a nadměrného přejídání byly během studií použity látky topiramát a lisdexafetamin. Tyto látky však nebyly nikdy podávány samostatně (Hay 2020).

3.8.4 Kognitivně behaviorální terapie

Trvalé zotavení z bulimie nebo poruch nadměrného přejídání vyžaduje, aby se léčba zaměřila na hodnocení tělesné hmotnosti, příjem potravy, na efektivní regulaci představ o těle a odstranění následného zvracení po jídle. Kognitivně behaviorální terapie je považována za preferovanou terapii při léčbě právě mentální bulimie a při poruchách příjmu potravy s přejídáním. Bylo zjištěno, že fyzická aktivita zlepšuje kognitivní funkce, samoregulaci a pozitivní vliv na sebevědomí, sebepojetí, soběstačnost, sebehodnocení a celkovou kvalitu života. Kromě těchto pozitivních vlivů se zjistilo, že pravidelná fyzická aktivita zmírňuje příznaky úzkosti a deprese. Pokud by se tedy pohyb a sport zahrnul do léčby, může se předpokládat, že dojde k pozitivním změnám. Bývají však zahrnuty jen výjimečně u bulimie. Vysvětlením může být fakt, že při cvičení vzniká nutkání kontrolovat hmotnost a tvar těla, což je jeden z ukazatelů onemocnění mentální bulimie. U nadměrného přejídání je však velmi často využíván sport (Mathisen et al. 2020).

Rostoucí část výzkumů naznačuje, že soucit může také působit jako ochranný faktor proti špatnému vnímání obrazu těla a patologii příjmu potravy. V průřezové studii dospívajících žen bylo zjištěno, že sebekompasování chrání před neuspořádaným jídlem. Používání kognitivních přístupů k řešení negativních základních přesvědčení o závažnosti příjmu potravy (jako je sebekritika a hanba) bude méně účinné, než přístupy, zaměřené na emoční mechanismy jako jsou snímky nemocných, které jsou zaměřené na soucit. Nedávná experimentální práce ukázala, že snímky, na kterých se vyskytují nemocní pacienti, mají větší vliv na emoce než verbální projev. V celé řadě psychologických poruch se stále častěji používají a vyhodnocuje používání snímků jako doplněk ke standardní kognitivně-behaviorální léčbě. Předběžný výzkum ukazuje, že může zlepšit výsledky léčby a může být také účinný jako samostatná léčba

v některých poruchách příjmu potravy, včetně selhání některé z předchozích léčeb (Pennesi & Wade 2018).

Byl proveden výzkum, který propojil kognitivně-behaviorální terapii se snímky nemocných, a zjistilo se, že po předložení fotografií se snížily příznaky onemocnění o 50% u pacientů daného pokusu (Pennesi & Wade 2018).

V roce 2017 bylo léčeno kognitivně-behaviorální léčbou 262 pacientů. Stejný počet žen a mužů. Léčba trvala celkem patnáct týdnů u mentální anorexie. Pacienti se dostavovali do nemocnic vždy od pondělí do pátku od 9:00 do 15:00. U mentální bulimie a poruch přejídání léčebný program trval šestnáct týdnů, během kterých se pacienti účastnili ambulantních skupinových terapeutických sezení, vždy po 90 minutách. Tato forma byla již dříve popsána španělskými lékaři a byla prokázána její účinnost. Muži byli léčeni v rámci skupinové terapie určené pouze pro muže, na kterých se řešila specifická témata učená výhradně jim. Například sexuální orientace a obavy o snížení sexuální touhy (libida) v důsledku snížené hladiny testosteronu. Při propouštění byli pacienti přehodnoceni a rozděleni do tří kategorií – úplná remise, částečná remise a léčba bez remise. Ti, kteří léčbu nedokončili, byli vyhodnoceni jako předčasné ukončení léčby. Z tabulky 5 vyplývá, že celkem 56,25 % pacientů dosáhlo úplného uzdravení, 31,77 % bylo částečně vyléčeno a 11,98 % pacientů nezaznamenalo žádný náznak uzdravení a jejich symptomy stále přetrvávaly.

Tabulka 5 - Porovnání výsledků léčby u mužů a žen s poruchami příjmu potravy (Agüera et al. 2017)

	Mentální anorexie (%)		Mentální bulimie (%)		Porucha přejídání (%)	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
Předčasné ukončení léčby	12,8	20,5	7,5	40	21,4	21,4
Léčba bez remise	7,7	12,8	20	0	0	0
Léčba s částečnou remisí	10,3	23,1	52,5	12,5	28,6	21,4
Léčba s úplnou remisí	69,2	43,6	20	47,5	50	57,1

3.8.5 Poruchy příjmu potravy a těhotenství

V posledních letech narostl zájem o zkoumání poruch příjmu potravy v průběhu těhotenství. Bye et al. (2020) uvádí, že těhotenství může být vysoce emotivním obdobím pro ženy se současnou nebo předchozí anamnézou poruch příjmu potravy. V průběhu těhotenství se začíná měnit tělo a chutě k jídlu. Většinu žen tento stav přiměje přizpůsobit se potřebám nenarozeného dítěte. To bývá největší motivací k uzdravení a pacientky se zbavují symptomů. Přesto u malého počtu sledovaných žen je zvýšené riziko v průběhu celého těhotenství a porodů. Rizika se liší mezi jednotlivými kategoriemi poruch příjmu potravy a přetrvávají u žen, které jsou v remisi. Důležité je včasné rozpoznání symptomů těhotenství od příznaků poruch příjmu potravy, včetně vynechání menstruace nebo zvracení. Přesnější informace však zatím nejsou podloženy dostatečným množstvím výzkumů. Proto je potřeba dále zkoumat, zda může být těhotenství jednou z cest k uzdravení.

3.9 Prevence

Prevence z latinského slova *praevenire* (předcházet) je soubor veškerých opatření, které mají zabránit vzniku nežádoucího jevu. Má za úkol nejen bránit vzniku, ale snižovat i jeho pravděpodobnost vzniku a předcházet mu (Shaw et al. 2016).

Watson et al. (2017) ve svém článku uvádí, že existuje přes 100 randomizovaných kontrolovaných studií, které jsou rozhodující pro stanovení preventivních a léčebných zásahů a jejich zjištění může mít široký dopad. Dále však poukazuje na to, že studie, které vědci v oboru pokládají za studie prevence poruch příjmu potravy, nejsou ve skutečnosti prevence jako takové. Nezabývají se tím, jak zabránit vzniku nových případů. To by vyžadovalo výkonné studie s extrémně velkými vzorky a zdoluhavým sledováním. Vědci běžně považují za preventivní studie takové, které hodnotí, zda má zásah pozorovatelný dopad na teoretické riziko a ochranné faktory poruch příjmu potravy. Tím se myslí pravděpodobnost vztahu mezi úrovní rizika a diagnostikou poruch příjmu potravy.

Dvě systematické studie z roku 2017 zjistily, že intervence, založená na kognitivní disonanci (je to stav myslí, vzniklý rozporem mezi dvěma postoji, například znalostmi, vírou nebo chováním a skutečným stavem věci), která je známá jako *The Body Project*, je jediným zásahem se silným důkazem o snížení rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy. Takovýto krok byl široce realizován na mnoha středních školách, vysokých školách a univerzitách v USA, na Islandu a v Mexiku (Le et al. 2017).

Zejména v posledních letech se politika a legislativa ukázaly jako velká páka pro získání univerzální prevence. Kromě toho byla zapojena na makroúrovni také zisková průmyslová odvětví, jako je potravinářství, móda a kosmetický průmysl. Ti těží z jednotlivců, kteří se zajímají o tělo a výživu (Rodgers & Sonnevill 2018).

Zdokumentované případy nemocných po celém světě poukazují na nutnost prevence. Ročně na poruchy příjmu potravy zemře velké množství mladých lidí. Dosavadní snahy o prevenci však stále nejsou dostačující, aby se zabránilo každoročnímu přibývání případů. Existuje mnoho organizací, které se zabývají prevencí. V této oblasti je potřeba motivovat více odborníků v oblasti veřejného zdraví a uvědomit si závažnost onemocnění (Austin & Sonnevill 2013).

Ideálním způsobem, jak integrovat nový obsah do vzdělávacích programů, je přístup založený na případových metodách. Je to výuková metoda založená na diskuzi a řešení problémů, která prostřednictvím případových studií seznamuje studenty se scénáři z celého světa. Jednotlivé případy jsou detailně rozebírány. Každý případ obsahuje obvykle protagonistu, který čelí kritickému dilematu, které musí účastníci řešit pomocí týmové práce v učebnici. Výuka případových metod je jednou z technik v rámci obsáhlejší pedagogiky variabilně nazývané také jako vědecké vyučování, aktivní učení zaměřené na studenta a učení založené na problémech. Je dokázáno, že práce ve skupinách je účinnější, než tradiční vyučovací metody jako jsou přednášky nebo Sokratova diskuse. Práce ve skupinách je účinnější i z pohledu dlouhodobějšího udržení znalostí (Austin & Sonnevill 2013).

V poslední době roste počet programů prevence online. Některá zjištění těchto technologicky vylepšených programů jsou velmi slibná. Kromě toho jsou preventivní programy účinné také v oblastech, jako je duševní zdraví a chování. Před programem ProYouth byl první internetový program zaměřený na poruchy příjmu potravy nazýván Student Bodies. Program je modelován tak, že je zaměřen nejen na prevenci ale i samotnou léčbu. Jak již bylo zmíněno, nejvíce postiženou skupinou jsou ženy, a proto byl program modelován právě po ně. Zejména pak pro vysokoškolsky vzdělané ženy. Tento program byl úspěšně vyhodnocen v Německu a Americe (Szabó et al. 2015).

Prevence se dá rozdělit na tři základní – primární, sekundární a terciární.

1) Primární prevence by měla spočívat v rodinné výchově, v působení společenských vlivů jakož i tlak z médií a stravovacích návyků. Aby dítě již od malička nebylo odsuzováno, a to hlavně ze strany rodičů, ve kterých vidí svůj vzor.

2) Sekundární prevence má za úkol detekovat a ovlivňovat ohrožené skupiny, ve kterých je dbáno na hmotnost (například při tanci, gymnastice a jiných zájmových kroužcích).

3) Terciární prevence se pak zabývá prevencí relapsu. Tedy stavu, kdy se člověk vrací do stavu, ve kterém byl již v minulosti, v tomto případě znovu onemocní. Dále se věnují obnově plného zdraví včetně fertility. V posledních letech se pak zaměřuje na to, jak zamezit přenosu jídelní patologie na další generace (Papežová 2012).

V České republice existuje několik organizací, které se zabývají prevencí. Patří mezi ně *Anabell*, portály s odbornou pomocí *jsemkdojsem.cz* nebo *ideální.cz* a řada jiných. Takřka všechny provádí nejen internetové a psychologické poradenství, individuální sezení pro nemocné a jejich rodiny, ale také navštěvují školy, ve kterých přednáší dětem a mladistvým o problematice. Bohužel jsou téměř vždy zpoplatněné, a to nemalými částkami. Hodinová konzultace se pohybuje okolo 350 korun pro jednotlivce, besedy do školy jsou v řádech deseti tisíc. Právě to může být problém, že konzultace nejsou všem dostupné.

4 Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažná onemocnění spojená s psychickými poruchami, které mnohdy končí i smrtí. Ročně onemocní mentální anorexií nebo bulimií desítky tisíc osob na celém světě. Vyskytují se zejména u mladých dívek a žen. V posledních letech přibývá i nemocných mužů. Jejich počet je oproti ženám daleko nižší. Obecně jsou poruchy příjmu potravy rozděleny na mentální anorexii a mentální bulimii. Obě mají své podtypy.

Léčba onemocnění je velmi složitá a náročná nejen z pohledu psychiky rodiny, ale i z finanční stránky. Nejdůležitější je včasné odhalení. I přes mnoho vypracovaných léčebných postupů není jednoduché dojít k uzdravení v krátké době. Každému pacientovi vyhovují jiné druhy terapií. Proto je potřeba při léčbě využívat jejich kombinaci. V poslední době se zvyšuje počet mobilních aplikací, které napomáhají nemocným říct si o pomoc.

Primární prevence má za úkol snižovat riziko vzniku poruch příjmu potravy. Její základ tkví v rodině, poněvadž rodina je první významnou sociální skupinou, ve které si jedinec osvojuje své postoje. Proto by prevence měla být zajišťována v první řadě od rodičů, kteří by si měli více všimnout svých dětí. Důležitá je komunikace mezi rodiči a dětmi, jejich vztahy, postoje k jídlu a stravovacím návykům. Po rodině je dalším významným faktorem škola, která by měla žáky vést ke správným stravovacím návykům a zdravému životnímu stylu. Proto by se měl klást větší důraz na prevenci ze strany školy. Vytvořit příznivé podmínky pro osobní rozvoj každého žáka, posilovat sebedůvěru s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování. Sekundární prevence má za úkol včasné odhalování a intervenci onemocnění. V České republice přibývá preventivních programů a organizací pro oblast poruch příjmu potravy. V organizacích velmi často pracují právě uzdravení pacienti, kteří předávají své zkušenosti a varují před onemocněním.

5 Literatura

- Abebe DS, Lien L, Soest Tv. 2012. The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study. *International Journal of Eating Disorders* **45**:737-745.
- Accurso EC, Sim L, Muhlheim L, Lebow J. 2019. Parents know best: Caregiver perspectives on eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*.
- Agüera Z, et al. 2017. Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* **25**:293-301.
- Ambwani S, Cardi V, Albano G, Cao L, Crosby RD, Macdonald P, Schmidt U, Treasure J. 2020. A multicenter audit of outpatient care for adult anorexia nervosa: Symptom trajectory, service use, and evidence in support of “early stage” versus “severe and enduring” classification. *International Journal of Eating Disorders*.
- Andersen SB, Lindgreen P, Rokkedal K, Clausen L. 2018. Grasping the weight cut-off for anorexia nervosa in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1346-1351.
- Ando T, et al. 2014. Association of the c.385C>A (p.Pro129Thr) polymorphism of the fatty acid amide hydrolase gene with anorexia nervosa in the Japanese population. *Molecular Genetics & Genomic Medicine* **2**:313-318.
- Austin SB, Sonnevile KR. 2013. Closing the “know-do” gap: training public health professionals in eating disorders prevention via case-method teaching. *International Journal of Eating Disorders* **46**:533-537.
- Berry E, Bruce R, Oprescu F. 2019. Family Therapy for Child and Youth Mental Health: A Scoping Literature Review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* **40**:429-456.
- Blume M, Schmidt R, Hilbert A. 2019. Abnormalities in the EEG power spectrum in bulimia nervosa, binge-eating disorder, and obesity: A systematic review. *European Eating Disorders Review* **27**:124-136.
- Bryson AE, Scipioni AM, Essayli JH, Mahoney JR, Ornstein RM. 2018. Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* **51**:470-474.
- Buchman S, Attia E, Dawson L, Steinglass JE. 2019. Steps of care for adolescents with anorexia nervosa—A Delphi study. *International Journal of Eating Disorders* **52**:777-785.
- Bulik CM, Flatt R, Abbaspour A, Carroll I. 2019. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **73**:518-525.
- Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, Micali N. 2020. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *European Eating Disorders Review* **28**:141-155.
- Carlson SM, Wang TS. 2007. Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development* **22**:489-510.

- Ceccarini MR, et al. 2019. 5-HT2AR and BDNF gene variants in eating disorders susceptibility. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*.
- Český statistický úřad. 2018. Ambulantní pacienti s diagnózou poruch příjmu potravy podle pohlaví a kraje bydliště v roce 2017. Available from: <https://www.czso.cz/documents/10180/91280972/33023119g74.png/2fa263fa-45bd-4e23-b550-d669433500ce?version=1.11&t=1571990008062> (accessed January 2018).
- Chládková N, Miovský M. 2017. Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Psychotherapeutic Responses to Comorbidity of Eating Disorders and Substance Abuse: a Pilot Study*. **17**:22-32.
- Compan V, Laurent L, Jean A, Macary C, Bockaert J, Dumuis A. 2012. Serotonin signaling in eating disorders. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Membrane Transport and Signaling* **1**:715-729.
- Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, Ricca V. 2016. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* **12**:1651-1660.
- Dooley-Hash S, Adams M, Walton MA, Blow FC, Cunningham RM. 2019. The prevalence and correlates of eating disorders in adult emergency department patients. *International Journal of Eating Disorders* **52**:1281-1290.
- Duncan AE, Ziobrowski HN, Nicol G. 2017a. The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women. *European Eating Disorders Review* **25**:165-171.
- Duncan L, et al. 2017b. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry* **174**:850-858.
- Eddy KT, Thomas JJ. 2019. Introduction to a special issue on child and adolescent feeding and eating disorders and avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders* **52**:327-330.
- Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Graham AK, Smolar L, Park D, Mysko C, Funk B, C BT, Wilfley DE. 2019. Results of disseminating an online screen for eating disorders across the U.S.: Reach, respondent characteristics, and unmet treatment need. *International Journal of Eating Disorders* **52**:721-729.
- Forrest LN, Sarfan LD, Ortiz SN, Brown TA, Smith AR. 2019. Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders: A network approach. *International Journal of Eating Disorders* **52**:701-711.
- Fursland A, Erceg-Hurn DM, Byrne SM, McEvoy PM. 2018. A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: Impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1373-1377.

- Galassi FM, Bender N, Habicht ME, Armocida E, Toscano F, Menassa DA, Cerri M. 2018. St. Catherine of Siena (1347-1380 AD): one of the earliest historic cases of altered gustatory perception in anorexia mirabilis. *Neurological Sciences* **39**:939-940.
- Gestel M, Kostrzewa E, Adan R, Janhunen S. 2014. Pharmacological manipulations in animal models of anorexia and binge eating in relation to humans. *British Journal of Pharmacology* **171**:4767-4784.
- Gordon G, Brockmeyer T, Schmidt U, Campbell IC. 2019. Combining cognitive bias modification training (CBM) and transcranial direct current stimulation (tDCS) to treat binge eating disorder: study protocol of a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* **9**:(e030023) DOI: 030010.031316 / bmjopen-032019-030023.
- Gorrell S, Kinasz K, Hail L, Bruett L, Forsberg S, Lock J, Le Grange D. 2019. Rituals and preoccupations associated with bulimia nervosa in adolescents: Does motivation to change matter? *European Eating Disorders Review* **27**:323-328.
- Graham MR, Tierney S, Chisholm A, Fox JRE. 2020. The lived experience of working with people with eating disorders: A meta-ethnography. *International Journal of Eating Disorders*.
- Hail L, Le Grange D. 2018. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* **9**:11-16.
- Hamadi L, Holliday J. 2020. Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* **53**:3-19.
- Harrer M, et al. 2020. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*.
- Hartmann A, et al. 2016. The Intersession Process in Psychotherapy for Anorexia Nervosa: Characteristics and Relation to Outcome. *Journal of Clinical Psychology* **72**:861-879.
- Hartmann AS, Czaja J, Rief W, Hilbert A. 2012. Psychosocial risk factors of loss of control eating in primary school children: A retrospective case-control study. *International Journal of Eating Disorders* **45**:751-758.
- Hay P. 2020. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal* **50**:24-29.
- Hoskins JJ, Blood L, Stokes HR, Tatham M, Waller G, Turner H. 2019. Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders* **52**:530-537.
- Hughes EK, Grange DL, Court A, Sawyer SM. 2017. A case series of family-based treatment for adolescents with atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **50**:424-432.
- Hurst K, Read S, Holtham T. 2017. Bulimia nervosa in adolescents: a new therapeutic frontier. *Journal of Family Therapy* **39**:563-579.
- Hübel C, et al. 2019. Genomics of body fat percentage may contribute to sex bias in anorexia nervosa. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* **180**:428-438.

- Hübel C, Yilmaz Z, Schaumberg KE, Breithaupt L, Hunjan A, Horne E, García-González J, O'Reilly PF, Bulik CM, Breen G. 2019. Body composition in anorexia nervosa: Meta-analysis and meta-regression of cross-sectional and longitudinal studies. *International Journal of Eating Disorders* **52**:1205-1223.
- Kakhi S, McCann J. 2016. Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry* **20**:24-29c.
- Kang S. 2019. Metabolic and psychiatric basis of anorexia nervosa. *Lancet Psychiatry* **6**:727-727.
- Kelly AC, Waring SV. 2018. A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1005-1009.
- Kendal S, Kirk S, Elvey R, Catchpole R, Prymachuk S. 2017. How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating disorders. *Health Expectations* **20**:98-111.
- Keshen A, Helson T. 2017. Preliminary Evidence for the Off-Label Treatment of Bulimia Nervosa With Psychostimulants: Six Case Reports. *The Journal of Clinical Pharmacology* **57**:818-822.
- Koutek J. 2011. Poruchy příjmu potravy. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* **66**:243-248.
- Landt MCTSOt, Claes L, Furth EFv. 2016. Classifying eating disorders based on “healthy” and “unhealthy” perfectionism and impulsivity. *International Journal of Eating Disorders* **49**:673-680.
- Lane BR, Read GJM, Cook L, Salmon PM. 2019. A systems thinking perspective on the barriers to treatment access for people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Sawyer SM, Paxton SJ, Mihalopoulos C. 2017. The modelled cost-effectiveness of cognitive dissonance for the prevention of anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescent girls in Australia. *International Journal of Eating Disorders* **50**:834-841.
- Lee Y, Lin PY. 2010. Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: A meta-analytic study. *International Journal of Eating Disorders* **43**:498-504.
- Levinson CA, Brosos LC, Vanzhula IA, Bumberry L, Zerwas S, Bulik CM. 2017. Perfectionism Group Treatment for Eating Disorders in an Inpatient, Partial Hospitalization, and Outpatient Setting. *European Eating Disorders Review* **25**:579-585.
- Lindberg L, Hjern A. 2003. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders* **34**:397-408.
- Lydecker JA, Grilo CM. 2017. Children of parents with BED have more eating behavior disturbance than children of parents with obesity or healthy weight. *International Journal of Eating Disorders* **50**:648-656.
- Manasse SM, Forman EM, Ruocco AC, Butryn ML, Juarascio AS, Fitzpatrick KK. 2015. Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of

- overweight women with and without binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders* **48**:677-683.
- Marcus MD. 2018. Obesity and eating disorders: Articles from the *International Journal of Eating Disorders* 2017–2018. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1296-1299.
- Mathisen TF, et al. 2018. Body composition and physical fitness in women with bulimia nervosa or binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* **51**:331-342.
- Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friberg O, Vrabel K, Bratland-Sanda S, Pettersen G, Sundgot-Borgen J. 2020. Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *International Journal of Eating Disorders*.
- McLean SA, Caldwell B, Robertson M. 2019. Reach Out and Recover: Intentions to seek treatment in individuals using online support for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* **52**:1137-1149.
- McLean SA, Wertheim EH, Masters J, Paxton SJ. 2017. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* **50**:847-851.
- Meneguzzo P, Collantoni E, Solmi M, Tenconi E, Favaro A. 2019. Anorexia nervosa and diffusion weighted imaging: An open methodological question raised by a systematic review and a fractional anisotropy anatomical likelihood estimation meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* **52**:1237-1250.
- Mohammadi MR, et al. 2019. Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*.
- Montgrémier MVAd, Moro MR, Chen J, Blanchet C, Lachal J. 2020. Eating disorders and representations of the role of women in China: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*.
- Nagata JM, Carlson JL, Golden NH, Long J, Murray SB, Peebles R. 2019. Comparisons of bone density and body composition among adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **52**:591-596.
- Nagata JM, Garber AK, Buckelew SM. 2018. Weight restoration in atypical anorexia nervosa: A clinical conundrum. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1290-1293.
- Navrátilová M, Kalendová M. 2019. Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. *Eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa, the most serious somatic and metabolic complications. Methods of their realimentation. Summary of our 30-years of experience from the internist point of view.* **74**:290-300.
- Nobles CJ, Thomas JJ, Valentine SE, Gerber MW, Vaewsorn AS, Marques L. 2016. Association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with bulimia nervosa and binge-eating disorder in a nationally representative epidemiological sample. *International Journal of Eating Disorders* **49**:641-650.

- Ornstein RM, Essayli JH, Nicely TA, Masciulli E, Lane-Loney S. 2017. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* **50**:1067-1074.
- Pennesi J-L, Wade TD. 2018. Imagery rescripting and cognitive dissonance: A randomized controlled trial of two brief online interventions for women at risk of developing an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* **51**:439-448.
- Puttevils L, Vanderhasselt MA, Vervaeke M. 2019. Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review* **27**:381-390.
- Reilly EE, Rockwell RE, Ramirez AL, Anderson LK, Brown TA, Wierenga CE, Kaye WH. 2020. Naturalistic outcomes for a day-hospital programme in a mixed diagnostic sample of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*.
- Rodgers RF, Sonnevville K. 2018. Research for leveraging food policy in universal eating disorder prevention. *International Journal of Eating Disorders* **51**:503-506.
- Salmanian M, et al. 2019. Prevalence, comorbidities, and sociodemographic predictors of conduct disorder: the national epidemiology of Iranian children and adolescents psychiatric disorders (IRCAP). *European child & adolescent psychiatry*.
- Schaumberg K, et al. 2017. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* **25**:432-450.
- Sharp WG, Stubbs KH. 2019. Avoidant/restrictive food intake disorder: A diagnosis at the intersection of feeding and eating disorders necessitating subtype differentiation. *International Journal of Eating Disorders* **52**:398-401.
- Shaw H, Rohde P, Stice E. 2016. Participant feedback from peer-led, clinician-led, and internet-delivered eating disorder prevention interventions. *International Journal of Eating Disorders* **49**:1087-1092.
- Silverstein LS, Haggerty C, Sams L, Phillips C, Roberts MW. 2019. Impact of an oral health education intervention among a group of patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). *Journal of Eating Disorders* **7**:1-6.
- Simone M, Askew A, Lust K, Eisenberg ME, Pisetky EM. 2020. Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. *International Journal of Eating Disorders*.
- Smith KE, Mason TB, Murray SB, Griffiths S, Leonard RC, Wetterneck CT, Smith BER, Farrell NR, Riemann BC, Lavender JM. 2017. Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders* **50**:769-775.
- Solmi M, Collantoni E, Meneguzzo P, Degortes D, Tenconi E, Favaro A. 2018. Network analysis of specific psychopathology and psychiatric symptoms in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* **51**:680-692.

- Stopyra MA, Simon JJ, Skunde M, Walther S, Bendszus M, Herzog W, Friederich H-C. 2019. Altered functional connectivity in binge eating disorder and bulimia nervosa: A resting-state fMRI study. *Brain and Behavior* **9**:(e01207) DOI: 01210 01002 / brb01203 01207.
- Strobel C, Quadflieg N, Naab S, Voderholzer U, Fichter MM. 2019. Long-term outcomes in treated males with anorexia nervosa and bulimia nervosa—A prospective, gender-matched study. *International Journal of Eating Disorders* **52**:1353-1364.
- Strumila R, et al. 2020. The implications of previous history of anorexia nervosa in patients with current bulimia nervosa: Alterations in daily functioning, decision-making, and bone status. *European Eating Disorders Review* **28**:34-45.
- Sun S, He J, Fan X, Chen Y, Lu X. 2020. Chinese media coverage of eating disorders: Disorder representations and patient profiles. *International Journal of Eating Disorders* **53**:113-122.
- Szabó K, Czeglédi E, Babusa B, Szumska I, Túry F, Sándor I, Bauer S. 2015. The European Initiative ProYouth for the Promotion of Mental Health and the Prevention of Eating Disorders* Screening Results in Hungary. *European Eating Disorders Review* **23**:139-146.
- Terhoeven V, Nikendei C, Bärnighausen T, Bountogo M, Friederich HC, Ouermi L, Sié A, Harling G. 2020. Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health* **25**:132-141.
- Thapliyal P, Conti J, Bandara RSL, Hay P. 2020. “It exists”: An exploratory study of treatment experiences in men with eating disorders. *Australian Psychologist*.
- Trompeter N, Bussey K, Hay P, Griffiths S, Murray SB, Mond J, Lonergan A, Pike KM, Mitchison D. 2019. Fear of negative evaluation among eating disorders: Examining the association with weight/shape concerns in adolescence. *International Journal of Eating Disorders* **52**:261-269.
- Tuffa TA, Gebreyesus SH, Endris BS, Getnet Y, Abebe DS. 2020. Unhealthy weight control behaviors among Ethiopian female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*.
- Túry F, Szalai T, Szumska I. 2019. Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *Journal of Clinical Psychology* **75**:1444-1454.
- Vieira AI, Machado BC, Moreira CS, Machado PPP, Brandão I, Roma-Torres A, Gonçalves S. 2018. Eating disorders and non-suicidal self-injury: Structural equation modelling of a conceptual model. *European Eating Disorders Review* **26**:431-437.
- Wang SB, et al. 2019. Restrictive eating, but not binge eating or purging, predicts suicidal ideation in adolescents and young adults with low-weight eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Waszczuk MA, Waaktaar T, Eley TC, Torgersen S. 2019. Etiological influences on continuity and co-occurrence of eating disorders symptoms across adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Eating Disorders* **52**:554-563.

- Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. 2020. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders* **53**:96-106.
- Zayas LV, et al. 2018. Gender differences in eating disorder psychopathology across DSM-5 severity categories of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* **51**:1098-1102.

