

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ V SOUVISLOSTI
S TRAUMATEM V DĚTSTVÍ A AKTUÁLNĚ
VNÍMANÝM STRESEM

BINGE EATING IN RELATION TO CHILDHOOD TRAUMA
AND CURRENT PERCEIVED STRESS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Barbora Jelisejev**
Vedoucí práce: **Mgr. Helena Pipová, Ph.D.**

Olomouc
2024

Především děkuji své vedoucí, Mgr. Heleně Pipové, Ph.D., za ochotnou pomoc a cenné rady. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli při realizaci dotazníkového šetření. V neposlední řadě také svému manželovi a rodině za veškerou podporu v průběhu psaní celé práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Záchvatovité přejídání v souvislosti s traumatem v dětství a aktuálně vnímaným stresem“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2024

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Záchvatovité přejídání		7
1.1	Záchvatovité přejídání mezi ostatními diagnózami.....	7
1.2	Záchvatovité přejídání jako diagnóza.....	8
1.3	Prevalence.....	9
1.4	Komorbidita.....	10
2 Stres		12
2.1	Biologická stránka stresové reakce	13
2.2	Subjektivně vnímaný stres.....	14
2.3	Stresory.....	14
2.4	Komplexní reakce na stres.....	16
2.5	Krize	17
3 Trauma		18
3.1	Trauma u dětí.....	18
3.2	Citová vazba	20
3.3	Syndrom CAN.....	21
3.3.1	Tělesné týrání	21
3.3.2	Psychické týrání	22
3.3.3	Sexuální zneužívání.....	22
3.3.4	Zanedbávání	23
3.4	Jednorázové traumatizující události	23
3.5	Klasifikace traumatu.....	24
3.5.1	ICD-10.....	24
3.5.2	ICD-11	25
3.5.3	DSM-5	27
4 Souvislost BED a aktuálně vnímaného stresu		28
4.1	Stres v souvislosti s PPP.....	28
4.2	Stres v souvislosti s BED	29
5 Souvislost bed a traumatu prožitého v dětství		31
5.1	Zanedbávání a zneužívání v souvislosti s PPP	31
5.2	Zanedbávání a zneužívání v souvislosti s BED.....	33
5.3	Mechanismus a mediátory	34
5.4	Jednorázové traumatizující události v souvislosti s BED.....	35

VÝZKUMNÁ ČÁST	36
6 Výzkumný problém	37
6.1 Cíle výzkumu.....	38
7 Typ výzkumu a použité metody	39
7.1 Testové metody.....	39
7.1.1 Perceived Stress Scale (PSS-10)	39
7.1.2 Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form (ETISR-SF).....	39
7.1.3 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7).....	40
7.2 Hypotézy ke statistickému testování	41
8 Sběr dat a výzkumný soubor	43
8.1 Výzkumný soubor.....	43
8.2 Etické hledisko a ochrana soukromí	46
9 Práce s daty a její výsledky	47
9.1 Deskriptivní statistika použitých metod	47
9.2 Psychometrické parametry BEDS-7	49
9.3 Testování hypotéz.....	49
9.3.1 Souvislost vnímaného stresu a BED.....	49
9.3.2 Souvislost celkového traumatu v dětství a BED	50
9.3.3 Souvislost obecného traumatu v dětství a BED	50
9.3.4 Souvislost fyzického týrání v dětství a BED.....	51
9.3.5 Souvislost citového zneužívání v dětství a BED	51
9.3.6 Souvislost sexuálního zneužívání v dětství a BED	52
9.3.7 Souvislost traumatu v dětství a vnímaného stresu.....	52
9.3.8 Souvislost BMI a BED	52
9.3.9 Přehled závěrů z ověřovaných hypotéz	53
10 Diskuze	54
11 Závěr	61
12 Souhrn	62
LITERATURA	67
SEZNAM ZKRATEK	79
PŘÍLOHY	80

ÚVOD

Záchvatovité přejídání je v populaci poměrně rozšířenou psychiatrickou diagnózou, která narušuje život mnoha žen (ale i mužů) (Papežová, 2018). Přesto při vyslovení jejího názvu většina běžné české veřejnosti konstatuje, že o ní doposud neslyšela. Podobně velká část zahraničních výzkumů se v minulosti mnohem častěji zaměřovala na jiné typy poruch příjmu potravy, jako je mentální anorexie či mentální bulimie, a záchvatovité přejídání (BED) tak intenzivnímu zkoumání dlouho zůstávalo stranou. Tyto skutečnosti jsou důvodem, proč jsem se svou bakalářskou prací rozhodla zacílit právě tímto směrem. Domnívám se totiž, že ani v naší zemi výzkumu BED zatím nebyl věnován dostatečný prostor. Také trauma prožité v dětství i vnímaný stres jsou jevy, se kterými se nějakým způsobem v životě potkal snad téměř každý a jejich dopad na běžný život je nesporný. Přestože výzkum souvislostí mezi poruchami příjmu potravy a těmito fenomény trvá již léta, výsledky studií jsou doposud nejednoznačné.

Teoretická část mé bakalářské práce se proto zaměřuje na stručné představení zkoumaných jevů (záchvatovité přejídání, stres, trauma u dětí) a popis souvislostí mezi nimi. Cílem následující výzkumné části je ověřit, zda vůbec, a mezi kterými z výše uvedených jevů a jejich podtypů (záchvatovité přejídání a vnímaný stres, fyzické týrání, emocionální zneužívání, sexuální zneužívání, obecné traumatické události), existují souvislosti. Většina výzkumů záchvatovitého přejídání bývá navíc prováděna na adolescentech, přestože je tato diagnóza značně rozšířena i mezi dospělou populací. Hypotézy stanovené v této práci jsou proto testovány na vzorku žen přibližně ve věku mladé a střední dospělosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Obživný pud je jedním ze základních lidských pudů zajišťujících zachování své vlastní existence (Orel, 2020). Je ale zřejmé, že při příjmu potravy jde většinou o víc než pouhé naplnění fyziologických potřeb. Vedle fyzického hladu, který funguje jako signální mechanismus organismu a po přijetí potravy ustupuje, existuje také hlad emocionální, který může přetrvávat nezávisle na přijaté potravě (Pipová et al., 2020). Jídlo má tedy v životě člověka nejrůznější funkce. Je zdrojem potěšení, odměnou i trestem. Je využíváno k uklidnění v situacích plných frustrace a stresu i kompenzaci nefungujících lidských vztahů a nenaplněných emocionálních potřeb (Vágnerová, 2008). Příjem potravy tedy prostupuje všechny oblasti lidského života. Jídelní patologie se proto mohou projevit nejrůznějšími způsoby. A je často těžké vůbec určit, kdy se ještě jedná o zdravý vztah k jídlu a kdy již o projev patologie (Žitná, 2022).

1.1 Záchvatovité přejídání mezi ostatními diagnózami

Poruchy příjmu potravy [PPP] jsou obecně skupinou psychických poruch charakteristických abnormálními stravovacími návyky (Badrasawi & Zidan, 2019). Patří mezi ně především mentální anorexie (*anorexia nervosa*, [AN]), mentální bulimie (*bulimia nervosa*, [BN]) a záchvatovité přejídání (*binge eating disorder*, [BED]) (Papežová, 2018). AN se projevuje extrémním úbytkem hmotnosti, poruchou tělesného schématu a iracionálním strachem z přibírání, který je spojen s omezováním příjmu potravy, zvyšováním energetického výdeje nebo používáním kompenzačních mechanismů (vyvolané zvracení apod.). BN je charakterizovaná opakovanými epizodami záchvatů nekontrolované konzumace velkého množství jídla, které jsou následně nějakým způsobem kompenzovány (vyvolané zvracení, hladovění, extenzivní cvičení, užívání diuretik nebo projímadel apod.) (Badrasawi & Zidan, 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

Přestože termín „záchvatovité přejídání“ se v Mezinárodní klasifikaci nemocí objevil až nedávno, jedná se o fenomén v populaci značně rozšířený (Papežová, 2018). Je charakteristický neustálým zabýváním se a bažením po jídle (*craving*) a záchvaty přejídání (*binge eating*, [BE]). Významnou charakteristikou je také nespokojenost spojená s přítomností BE v životě dané osoby (Kornstein et al., 2016). Relativně často se vyskytuje u osob trpících obezitou, přestože tato souvislost není pravidlem. Dle Papežové se problémy se záchvatovitým přejídáním objevují asi u 18–46 % jedinců účastnících se redukčních

programů a téměř 54 % všech obézních pacientů trpí současně i BED (Papežová, 2018). Důvodem pro toto vysoké procento je zřejmě fakt, že na rozdíl od AN a BN nejsou záchvaty přejídání kompenzovány nevhodným jednáním, které by vedlo ke kontrole hmotnosti a *body mass index* [BMI] těchto osob proto přirozeně postupně stoupá (Badrasawi & Zidan, 2019; Kornstein et al., 2016).

Rozdíly mezi výše uvedenými diagnózami se v některých případech mohou stírat a jedna může pozvolna přecházet v druhou. Papežová uvádí, že „moderní pojetí PPP tato onemocnění chápe jako kontinuální spektrum nemocí od restriktivní formy AN, přes purgativní formu, BN, různé formy přejídání (psychogenní, noční) až po obezitu“ (Papežová, 2010, s. 134).

Přestože je BED řazeno mezi poruchy příjmu potravy, má silnou podobnost i s užíváním návykových látek. U obou těchto stavů totiž dochází k tomu, že člověk opakuje svoje chování, i přes jeho negativní dopady a svou vlastní touhu přestat. U užívání návykových látek se navíc podobně jako u BED vyskytuje *craving*, zvýšená úroveň impulzivity a některé další podobné symptomy. Významný je také vliv na systém odměny v mozku, který se opět vyskytuje u obou těchto poruchových chování (Naish et al., 2019).

1.2 Záchvatovité přejídání jako diagnóza

V diagnostickém manuálu Americké psychiatrické asociace má *binge eating disorder* své místo o něco déle než v Mezinárodní klasifikaci nemocí (*International Classification of Diseases*, [ICD]). V aktuálním pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch [DSM-5] se vyskytuje jako samostatná diagnóza patřící mezi poruchy příjmu potravy. Je definována jako opakující se epizody konzumace výrazně většího množství jídla, než by většina lidí v tak krátkém časovém období snědla. K těmto záchvatům přitom dochází za podobných okolností. Zároveň jsou provázeny pocity nedostatku kontroly. Jídlo může být přijímáno velmi rychle, nehledě na pocit nasycení. Objevují se také pocity viny, rozpaků nebo znechucení. Přejídání často probíhá v tajnosti o samotě. Poruchu obvykle doprovází úzkosti a záchvaty se vyskytují v průměru alespoň jednou týdně po dobu tří měsíců (American Psychiatric Association [APA], 2022)

V desátém vydání Mezinárodní klasifikace nemocí [ICD-10] se záchvatovité přejídání jako samostatná nosologická jednotka nevyskytuje. Dalo by se ale hledat pod diagnózou F50.4 („Přejídání spojené s psychologickými poruchami“). Do této

diagnostické jednotky spadá psychogenní přejídání a přejídání způsobené stresujícími událostmi (úmrť blízké osoby, nehoda, narození dítěte apod.) (WHO, 2004). V nové jedenácté verzi manuálu ICD-11, který zatím nebyl zcela převeden do českého jazyka, je již vedle všeobecně známých chorob, jako je AN nebo BN, součástí kategorie poruchy příjmu potravy a stravovacího chování („*Feeding or eating disorders*“) i *binge eating disorder*. Záchvatovité přejídání je zde charakterizováno častými opakujícími se epizodami přejídání (např. jednou týdně nebo častěji po dobu několika měsíců) (WHO, 2019).

Epizoda záchvatu je zde definována jako časové období (např. 2 hodiny), během něhož jedinec zažívá subjektivní ztrátu kontroly nad jídlem. Během tohoto časového úseku přijme buď výrazně vyšší množství stravy nebo ji přijímá jiným způsobem než obvykle. Dalším kritériem je skutečnost, že daná osoba má pocit neschopnosti jedení zastavit, popř. omezit druh či množství konzumovaného jídla. Záchvaty často doprovázejí negativní emoce (pocit viny, znechucení), jsou subjektivně vnímány jako stresující a mohou způsobovat problémy ve vztazích, i životě vůbec. Epizody přejídání přitom nejsou pravidelně doprovázeny nevhodným kompenzačním chováním zaměřeným proti přibírání na hmotnosti. Pokud se epizody přejídání pravidelně neopakují, je toto počínání klasifikováno pouze jako *binge eating* (WHO, 2019).

1.3 Prevalence

Vzhledem k tomu, že BED je často spojeno se společenskými předsudky, bývá prováděno v ústraní a velká část pacientů tak vůbec nemusí být detekována (Kilpela et al., 2023). Podle finské studie z roku 2021 v dnešní době celosvětově trpí záchvatovitým přejídáním přibližně 1,5 % žen a 0,3 % mužů (Keski-Rahkonen, 2021). Ve Spojených státech amerických se vyskytuje celoživotní prevalence BED u 3,5 % žen, subklinické záchvatovité přejídání přibližně u 0,6 % a jakékoliv záchvatovité přejídání u 4,9 % amerických žen. Stejná studie našla BED asi u 2 % Američanů. Subklinické záchvatovité přejídání se nacházelo u 1,9 % a jakékoliv záchvatovité přejídání u 4 % mužů v USA (Hudson et al., 2007). V Evropě byla v roce 2012 (Smink et al.) provedena studie, která uvádí celoživotní prevalenci BED u žen na 1,9 % a u mužů na 0,3 %. Jiná studie zjišťující prevalenci v Evropě uvádí, že BED se vyskytuje přibližně u 1-4 % žen (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Uvádí se, že nejrozšířenější je BED, podobně jako ostatní poruchy příjmu potravy, v období dospívání (Keski-Rahkonen, 2021). Zdá se, že u dětí a dospívajících je podobně častý jako mentální anorexie nebo mentální bulimie (Kjeldbjerg & Clausen, 2023). Jiné

studie ale uvádějí, že prevalence BED je dokonce vyšší než AN i BN (Kornstein et al., 2016). Také dle studie z roku 2013 probíhající ve 14 vyspělých zemích na více než 24 000 respondentech byla prevalence BED vyšší (medián 1,4 %; rozpětí v jednotlivých zemích 0,8–1,9 %) než pro BN (medián 0,8 %; rozpětí v jednotlivých zemích 0,4–1,0 %). Medián věku nástupu BED byl v této studii v rozmezí od pozdní puberty do počátku 20. roku života (Kessler et al., 2013). Stice uvádí, že věkový pík pro nástup záchvatového přejídání u žen je mezi 18. a 20. rokem života (Stice et al., 2013). Dle metaanalýzy z roku 2021 je celková odhadovaná prevalence BED mezi dětmi a dospívajícími 1,32 % a prevalence subklinické BED 3,0 % (Kjeldbjerg & Clausen, 2023). Do této analýzy byly zahrnuty studie, jejichž účastníci byli ve věku do 20 let nebo s průměrným věkem pod 20 let. U velké části adolescentů je ovšem tato diagnóza přítomna pouze na přechodnou dobu (Keski-Rahkonen, 2021). Významně vyšší procentuální zastoupení osob s BED bylo nalezeno ve studii mezi palestinskými studentkami, kde symptomy BED vykazovalo dokonce 50 % z nich. Do této studie se ovšem zapojilo pouze 154 osob (Badrasawi & Zidan, 2019).

Dospělí naproti tomu často udávají, příznaky dlouhodobě (Keski-Rahkonen, 2021). Dospělá populace ale doposud nebyla zdaleka tak zkoumána s ohledem na poruchy příjmu potravy jako adolescenti. Výzkum z posledních let ovšem ukazuje, že právě BED je mezi staršími ženami relativně vysoce procentuálně zastoupen (Wilfred et al., 2021). Konkrétně dvě studie z let 2019 (Thompson & Bardone-Cone) a 2021 (Wilfred et al.) uvádějí, že přibližně 12–25 % žen starších 60 let včetně zažívá epizody záchvatového přejídání (BE). U starších žen také zřejmě dochází často k nástupu nemoci až ve vyšším věku. Americká studie z roku 2023 uvádí, že ze 71 účastnicích se žen (60+ let) u 77,5 % docházelo k epizodám přejídání alespoň jednou týdně po dobu nejméně 3 měsíců. Nástup těchto epizod před 40. rokem věku uvedlo celkem 33,3 % účastnic, u 17,9 % epizody započaly mezi 40 a 55 lety a u 48,7 % ve věku 56 let a více (Kilpela et al., 2023).

1.4 Komorbidita

Pacienti s diagnózou záchvatového přejídání často vykazují i celou řadu dalších symptomů psychických nemocí. V celonárodně reprezentativní studii v USA se ukázalo, že 70 % osob s diagnózou BED současně trpí poruchami nálady, 68 % poruchami souvisejícími s užíváním návykových látek, 59 % úzkostnými poruchami, 49 % hraniční poruchou osobnosti a 32 % posttraumatickou stresovou poruchou (Keski-Rahkonen, 2021). Podobné souvislosti našlo i mnoho dalších studií. Ukazuje se například, že přibližně 30–

80 % osob s BED celoživotně trpí poruchou nálady nebo úzkostmi. S diagnózou záchvatovitého přejídání koreluje také vyšší výskyt narušení celkové psychické pohody, nižší sebepřijetí a sebevědomí, narušení emoční regulace a vyšší míra vnímaného stresu (Badrasawi & Zidan, 2019; Kornstein et al., 2016). Také zvýšený zájem o tělesnou hmotnost a postavu, přestože není diagnostickým kritériem BED, s ním může souviset (Grilo, 2013).

Vedle psychiatrických komorbidit se záchvatovitým přejídáním souvisí také mnoho somatických komplikací i vyšší mortalita, ve srovnání s osobami, které PPP netrpí (Kornstein et al., 2016). Obecně lze říci, že dochází k narušení nutričního stavu (Badrasawi & Zidan, 2019). Častý je výskyt obezity, diabetu mellitu 2. typu, dyslipidemie, hypertenze i metabolického syndromu (Badrasawi & Zidan, 2019; Keski-Rahkonen, 2021).

2 STRES

Pojem stres pochází z latinského slovesa „*stringo, ere*“, které lze přeložit jako „škrábnout, poškodit, otrhat“ (Kebza, 2011, s. 19) nebo také „utahovat, stahovat, zadržovat“ (Křivohlavý, 1994, s. 7). Před zavedením do psychologie, byl tento termín znám v technických oborech jako je mechanika, kde vyjadřoval působení tlaku nebo zátěže na určitý materiál. V přeneseném slova smyslu se následně začal užívat i ve vědách o člověku, kde označuje tlak situačních podmínek soustředěný na daného jedince (Křivohlavý, 1994). Přestože je tento pojem používán velmi často, neexistuje jeho jednotná definice. V různých případech se za ním může skrývat náročná situace, konkrétní stresor, reakce organismu nebo celkové vnitřní rozpoložení člověka.

V psychologii je na stres obvykle nahlíženo jako na situaci způsobenou nadměrnou tělesnou či duševní zátěží (Plháková, 2004). Jedná se o přirozenou reakci na okolnosti, ve kterých se osoba cítí ohrožena, je součástí konfliktu, či dochází k určité změně (Orel, 2020). Dle jednoho z prvních vědců zabývajících se tímto tématem, Selyeho (1956/1966, s. 82), je stres „stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému.“

V dnešní době se pojem stres v psychologii používá v širším pojetí a označuje „fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních nároků a adaptivních schopností člověka je přiměřeným způsobem zvládat“ (Mlčák, 2005, s. 24). Dle Křivohlavého (1994, s. 10) je stres „vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“ Jedná se tedy o situace, které vyžadují, aby člověk vynakládal svoje zdroje na přizpůsobení nebo vyrovnání se s okolnostmi (Monroe, 2008). Světová zdravotnická organizace definuje stres jako stav úzkosti nebo psychického napětí způsobeného obtížnou situací. Stres je podle ní přirozená lidská reakce, která lidi nutí řešit výzvy a hrozby v jejich životech (WHO, 2023).

Stres bývá popisován také jako obrana *self*. Odborníci se shodují na tom, že sebeúcta je pro člověka zásadní a její ohrožení je proto značně stresující a vyvolává snahu o její ochranu (Semmer et al., 2019). V případě, že daná osoba subjektivně považuje své schopnosti za nedostatečné k tomu, aby tohoto cíle dosáhla, se proto začíná rozvíjet stresová reakce (Shields & Slavich, 2017).

2.1 Biologická stránka stresové reakce

Stresová reakce mívá různou intenzitu. Jedná se o komplexní děj a může se projevit v oblasti tělesné, psychické, i vztahové (Orel, 2020). Na biologické úrovni dochází během stresové reakce ke změnám v rámci nervové a hormonální soustavy i imunitního systému (Mohapl, 1992). Fungování sympatoadrenálního systému zkoumal Cannon (1932). Vymezil dva možné způsoby, kterými lidé na stresovou situaci reagují – boj nebo útek (Cannon, 1915). Odtud vychází tzv. *fight or flight* reakce (Kebza, 2011). V pozdějších letech jiní autoři přidali několik dalších variant reakce na stres. Například Bracha (2004) uvádí celkem 5 možných stresových odpovědí – *freeze* (strnutí), *flight* (pokus o únik), *fight* (boj), *fright* (hraní mrtvého) a *faint* (mdloby).

Na Cannonův výzkum okamžité odpovědi na stres navázal Selye. Ten se zaměřil na kortikoidní pojetí stresu a definoval tzv. Obecný adaptační syndrom (*general adaptation syndrom* [GAS]), který se postupně rozvíjí při narušení homeostázy organismu (Selye, 1956/1966). Selye a v návaznosti na něj i další autoři uvádějí, že tento syndrom je nespecifický. Nezávisle na vyvolávajících stresorech je odpověď organismu vždy stereotypní (Selye, 1956/1966; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Přesto v dnešní době existují i názory, které s touto tezí zcela nesouhlasí a tvrdí, že různé stresory mohou stimulovat rozdílnou neuroendokrinní odpověď. Také v minulosti prožitý stres zřejmě ovlivňuje budoucí reakce na stres na úrovni nervového i endokrinního systému (Fink, 2016).

GAS lze rozdělit do tří fází. První fáze se nazývá poplachová reakce. Jedná se o stadium šoku. V této fázi dochází k výše zmíněným akutním reakcím organismu, které jsou způsobené adrenergní aktivací vedoucí k mobilizaci energie a zdrojů organismu (Kryl, 2004). Tato reakce trvá přibližně 6–48 hodin (Fink, 2016). Po ní následuje adaptace na novou situaci prostřednictvím působení kortizolu a rezistence se tak zvyšuje (Kryl, 2004). Tato fáze trvá od 48 hodin do 1–3 měsíců (Fink, 2016). Poslední fáze se nazývá stádiem vyčerpání neboli *exhaustce*. Obě předchozí reakce jsou vyčerpány. Organismus v tomto stavu není schopen již déle odolávat a spouštějí se patologické procesy, které mohou v konečném důsledku vést až ke smrti (Kebza, 2011; Kryl, 2004; Fink, 2016; Mlčák, 2005; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

2.2 Subjektivně vnímaný stres

Významným způsobem psychologickou teorii stresu rozvinul také Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984/2015). Tento americký psycholog kladl důraz na kognitivní hodnocení stresové situace. To dělil na tzv. primární kognitivní hodnocení (*primary appraisal*), ve kterém podle něj daná osoba analyzuje možné hrozící nebezpečí. A na sekundární kognitivní hodnocení (*secondary appraisal*), během něhož člověk zvažuje své možnosti tuto situaci zvládnout. Stresová reakce tedy nastává nejen kvůli vnějšimu stresoru, ale také v důsledku jeho významu pro konkrétního jedince (Kebza, 2011; Kryl, 2004; Křivohlavý, 2003). Kognitivní hodnocení je proto klíčové pro míru subjektivně vnímaného stresu a jeho emočního prožívání (Fink, 2016). Percipovaný stres je dán poměrem mezi tím, co je danou osobou chápáno jako ohrožující, a jaké možnosti řešení situace tato osoba vidí (Křivohlavý, 2003).

Na základě vymezení subjektivně prožívaného stresu lze definovat i tzv. distres a eustres. Distres je percipovaný stres, jenž daný jedinec subjektivně vnímá jako negativní emocionální stav spojený s prožíváním úzkostných či depresivních pocitů (Fink, 2016). Jedná se obvykle o situace, které tato osoba vyhodnotí jako neovlivnitelné, nepředvídatelné, nezvládnutelné a příliš vyžadující (Vágnerová, 2008). Eustres naproti tomu je vnímán pozitivně. Na biologické úrovni při něm sice také dochází k rozvoji stresové reakce, intenzivní negativní emocionální prožívání ale není přítomno (Křivohlavý, 2003). Naopak působí jako stimulátor a aktivizátor organismu. Napomáhá člověku překonávat překážky a hledat způsoby řešení (Fink, 2016; Vágnerová, 2008).

2.3 Stresory

Negativní životní okolnosti, které se stávají původci prožívaného stresu, se označují jako stresory (Křivohlavý, 2003; Orel, 2020). Není možné se jim zcela vyhnout. Stresory jsou běžnou součástí života každého člověka. Na rozdíl od stresové reakce, která má uniformní průběh, mají tyto podněty pro každého jedince velmi individuální význam. Tato variabilita se stírá až u extrémně náročných situací – traumatizujících událostí, na které většina osob reaguje podobně (Orel, 2020). Stresory je možné dělit více způsoby. V závislosti na jejich původu je lze klasifikovat na vnější, mezi které spadá široká škála podnětů nejrůznějšího typu – chemické, fyzikální, biologické, psychické, sociální nebo časové. Společným jmenovatelem těchto stresorů je vnější původ (např. nedostatek

tekutin, vysoká emocionální zátěž, vztahové konflikty či nedostatek času) (Pugnerová & Kvintová, 2016). Z této oblasti jsou zvláště sociální stresory v dnešní době ve spojitosti se zdravím a duševní pohodou často diskutovány (Gerhardt et al., 2021). Vnitřní stresory oproti tomu vycházejí z osobnostních charakteristik konkrétního člověka (např. úzkostné rysy nebo perfekcionismus) (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Jiný typ dělení posuzuje stresogenní podněty dle jejich závažnosti na poměrně mírné okolnosti – tzv. mikrostressory (ministresory) a na intenzivní děsivě působící podněty – tzv. makrostressory (Křivohlavý, 1994). To ale neznamená, že by mikrostressory nemohly mít závažné dopady na zdraví člověka. Stres se rozvíjí ve chvíli, kdy člověk v určité situaci prožívá tzv. nadlimitní zátěž. To znamená, že intenzita stresogenní situace je vyšší než jeho kapacita ji zvládat. Nadlimitní zátěž tak může způsobit jak jeden nebo několik velmi silných podnětů, tak i souhra více různých podnětů menších (Křivohlavý, 2003). Podle míry potřebné adaptace lze zdroje stresu rozdělit také na významné životní změny (je třeba se jim rychle přizpůsobit; např. zranění), série událostí (přizpůsobování probíhá delší dobu; např. nezaměstnanost nebo rozvod) a každodenní nepříjemnosti (vyžadují pravidelnou adaptaci; např. špatná doprava nebo pracovní prostředí) (Masoom, 2022).

Ať už ale stresové situace přicházejí v jakékoliv formě, napětí se postupně shromažďuje. Kumulovaný stres poté může výrazně zhoršit situaci člověka, který se následně setká s těžkou životní událostí (Mlčák, 2005). Přestože se typy stresu od sebe dají teoreticky oddělit, v reálném životě na sebe často navazují. Například závažná životní událost (např. výpověď) může iniciovat chronické potíže (např. nezaměstnanost a finanční potíže) (Shields & Slavich, 2017).

Zkoumáním stresogenního potenciálu těžkých životních událostí se v minulém století zabývali američtí psychologové Holmes a Rahe. Ti vytvořili škálu tvořenou 43 situacemi seřazenými od „nejnáročnější“ (100 b. – úmrtí manžela nebo manželky) po „nejméně náročnou“ (11 b. – pokuty a drobné přestupky) (Křivohlavý, 2003). Mezi tyto události zařadili eustresové i distresové životní situace, u kterých se očekával značný dopad na lidskou psychiku a zdraví (Mlčák, 2005). Předpokládali také existenci určité hranice, při jejímž překročení dochází k zásadnímu narušení zdravotního stavu člověka. Počítali přitom s možností kumulace stresorů z různých zdrojů a tedy i se sčítáním bodů z těchto událostí (Křivohlavý, 1994). Přestože je tato stupnice velmi známá, sklidil výzkum také značnou kritiku kvůli nedostatečnému zohlednění individuality jedince (Pugnerová & Kvintová, 2016).

2.4 Komplexní reakce na stres

Reakci na stres lze rozdělit do tří na sebe navazujících stádií (Vágnerová, 2008). V prvním z nich dochází k aktivaci obranných mechanismů a uvědomění prožívané zátěže. Stres aktivuje biologické procesy, o kterých již byla řeč výše. Rozvíjí se také psychická reakce, která je do velké míry ovlivněna kognitivním zhodnocením situace (Kryl, 2004). Na psychické rovině se percipovaný stres projevuje změnou emočního prožívání (úzkost, strach, hněv, smutek atd.) (Vágnerová, 2008). Na kognitivní úrovni může docházet ke změně myšlení, zpracování informací a jejich vyhodnocování (snížená schopnost koncentrace, vtíravé myšlenky, zkratkovité myšlení atd.). Spouští se také obranné mechanismy, pomocí kterých daná osoba na nevědomé úrovni reaguje na ohrožení vlastního sebepojetí. Příkladem obranných mechanismů může být např. kompenzace, projekce, konverze nebo útěk do fantazie (Mlčák, 2005).

Ve druhém stádiu osoba prožívající stres hledá možnou strategii řešení (Vágnerová, 2008). Zvládání stresu se označuje jako coping. Jedná se o kognitivní a behaviorální úsilí, které člověk používá ke zvládání stresu (Lazarus & Folkman, 1984/2015). Člověk se vědomě vyrovnává se zátěží a usiluje o řízení situace, přestože do té doby neměl dostatečné dovednosti k jejímu řešení. Coping tedy slouží k odstranění, popř. redukci prožívané nadlimitní zátěže (Křivohlavý, 1994, 2003). Jedná se o dynamický proces, který vyžaduje vědomou snahu postižené osoby. Konkrétní postupy jak zvládat stres se označují jako strategie boje se stresem a mají podobu specifických forem chování, dovedností a regulace myšlení či emocí (Di Nota et al., 2021). Přestože je poměrně obtížné copingové strategie konkrétně popsat, mají zásadní vliv na účinek a konečný dopad nepříznivých životních situací na člověka. V závislosti na použitých strategiích totiž může dojít k zeslabení i zesílení účinku dané situace, což má zásadní vliv nejen na akutní emoční prožívání, ale i na dlouhodobé fungování a rozvoj nejrůznějších onemocnění (Skinner et al., 2003). Copingové strategie lze rozdělit na dvě základní skupiny – strategie zaměřené na řešení problému (plánování, potlačení protichůdných aktivit, změna podmínek atd.) a na strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocemi (snižování prožívaného strachu, získávání emocionální opory, pozitivní reinterpretace atd.) (Křivohlavý, 2003; Mlčák, 2005).

V ideálním případě nakonec pomocí copingových strategií, změny okolností apod. dojde ke zvládnutí stresové situace. Fyziologické funkce se vracejí zpět do normy a subjektivní prožívání stresu postupně vymizí. V případě, že se ale stres zvládnout nedaří,

přechází do chronicity a vede k rozvoji třetího stádia reakce na stres – rozvoji stresem podmíněných poruch (např. psychosomatické poruchy) (Vágnerová, 2008). Jedním z důvodů pro nezvládnutí stresové situace může být i použití dysfunkčních a vyhýbavých strategií jako je např. maladaptivní stažení, vyhýbání se či užívání návykových látek (Di Nota et al., 2021).

Dlouhodobé vystavení stresu souvisí s horším zdravotním stavem, a to jak po stránce somatické, tak psychické. Co se týče psychiatrických diagnóz, v minulosti již byla prokázána souvislost mezi jejich výskytem a celkovým stresem (Shields & Slavich, 2017). Je ale otázkou, zda je možné najít také linky mezi konkrétními typy stresu a některými psychickými nemocemi (Emrich et al., in press). Mezi psychická onemocnění, jejichž rozvoj může stres vyvolat či urychlit patří například deprese, schizofrenie či bipolární porucha. Ze somatických nemocí jsou to ku příkladu onemocnění kardiovaskulární či autoimunitní (Ball & Lee, 2000; Fink, 2016; Shields & Slavich, 2017).

2.5 Krize

Krizi Orel, podobně jako stresovou reakci, zařazuje do tzv. hraniční zóny psychiatrie. Uvádí, že se jedná sice o situace, které jsou běžnou součástí života, mají ale potenciál spadnout i do zóny patologie (Orel, 2020). Krize definuje jako „komplexní reakci na novou situaci, kterou člověk nemůže snadno řešit. Souvisí s událostmi a situacemi, které vyžadují řešení a nutnost zásadní změny“ (Orel, 2020, s. 107). Reakce na krizi se podobá reakci na stres a lze na ni nahlížet jako na vystupňovanou stresovou situaci (Vágnerová, 2008). Do té doby známé strategie řešení ale přestávají být dostačující. Důležitým aspektem krize je její vymezení na základě subjektivního vnímání závažnosti jedincem. Stejná situace tedy nemusí být krizí pro každého (Orel, 2020). Některé krize jsou vyvolané velmi silnými podněty a lze o nich hovořit jako o tzv. traumatických krizích (Kebza, 2011).

3 TRAUMA

Slovo trauma pochází původně z řečtiny a dá se přeložit jako rána, poškození nebo porážka (Štěpánek, 2016a). V medicíně se používá pro označení rozsáhlého fyzického zranění. V psychologii je jeho pojetí obdobné. Traumatická událost označuje situaci, ke které obvykle dochází nečekaně a člověk při ní prožívá intenzivní pocit strachu, bezmoci, hrůzy a celkové zahlcení svého organismu (Jochmannová, 2021; Vágnerová, 2003). Tato zkušenost je natolik velká, že člověk není schopen ji vyřešit svými zvládacími mechanismy a má následně dlouhodobé dopady na psychickou, ale i fyzickou stránku člověka. Trauma je tedy „velmi stresující zážitek nebo zásadní životní traumatická událost, které vedou k mnoha změnám psychologickým, emocionálním a biologickým, ke změně postojů i hodnot nebo víry“ (Doležalová, 2020, s. 47). Dle Americké psychologické asociace typicky po této děsivé události okamžitě nastává fáze šoku a popření. Dlouhodobější reakce potom obvykle zahrnuje nepředvídatelné emoce, flashbaky, napjaté vztahy i fyzické příznaky (např. bolest hlavy, nevolnost) (APA, 2024).

Na rozdíl od dříve definované krize se jedná o situaci, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost a je natolik intenzivní, že vyvolá významnou reakci téměř v každém (Orel, 2020). I u traumatu je ale vnímání tíže události subjektivní a na každého jedince má stejná událost jinou velikost dopadu. Podobně jako krize, je tedy i trauma způsobeno stresovou reakcí, která ale nabývá extrémních rozměrů. „V důsledku silné, dlouhodobé nebo časté aktivace stresového systému dochází k morfologickým změnám v mozku, oslabení tělesných systémů a snížení prahu pro citlivost na stres“ (Musilová, 2019, s. 16). Tyto změny v organismu mají vliv na celý zbytek života jedince. Zvýšená citlivost na stres může vést k vyšší vnímavosti a zranitelnosti mimo jiné vůči různým onemocněním, ať už fyzickým nebo psychickým (Musilová, 2019). Důležité je ale i to, zda k traumatu došlo jednorázově (monotrauma) nebo se jedná o opakující se zkušenost (Jochmannová, 2021).

3.1 Trauma u dětí

V minulosti existovalo přesvědčení, že trauma prožité v dětském věku je obvykle pouze přechodné a snadno zapomenutelné. Jak ale současné výzkumy ukazují, tato představa je od pravdy velmi vzdálená. Právě naopak, trauma prožité v dětském věku může mít zásadní negativní dopady na psychosociální i biologickou stránku jedince (Jana Kocourková & Koutek, 2017). „Pokud je toxický stres zažíván již od dětství, zejména v citlivých

vývojových obdobích, dochází k negativnímu formování psychiky, mozku a k poškození dalších orgánů“ (Musilová, 2019, s. 17). Je třeba zvážit také vývojové stádium, ve kterém se dítě nachází. Vzhledem k nedostatečně vyvinuté osobnosti se mladý jedinec daleko hůře vyrovnává s prožívaným intenzivním stresem a emocemi. Zásadní je také závislost na pečujících osobách, které jsou často současně původci traumatu (Kocourková & Koutek, 2019; Raccanello et al., 2023).

Dětské trauma rozdělila Terr (1991) na dva typy. Trauma I. typu je charakterizováno jako náhlá traumatická událost, kterou nebylo možno předvídat. Zahrnuje úplné a detailní vzpomínky na událost a její zkreslené vnímání. Může se jednat například o nehodu, přírodní katastrofu, neopakující se zneužití apod. Trauma II. typu naproti tomu vzniká opakovaným vystavením traumatizující události, kterému se dítě není schopno vyhnout. Jeho součástí bývá popírání, znečitlivění, disociace a vztek. Příkladem může být zanedbávání, týrání, sexuální zneužívání nebo válka. Oba typy traumat se samozřejmě mohou i navzájem prolínat (Terr, 1991).

Jednorázové trauma obvykle vede k rozvoji posttraumatické stresové poruchy [PTSD], popř. některých dalších symptomů (deprese, úzkosti, poruchy chování), které se však v dětství může projevovat jiným způsobem než v dospělosti. Naproti tomu od dětství dlouhodobě prožívaný traumatický stres způsobuje dysregulaci stresového systému (Musilová, 2019). Chronické zneužívání či zanedbávání dítěte, popř. jiné opakující se traumatizující události, mají „hluboký dopad na vývoj osobnosti, s výskytem dalších deficitů duševního fungování, jako je emoční nestabilita, negativní sebehodnocení a problémy v interpersonálních vztazích“ (Kocourková & Koutek, 2019, s. 217). Van Der Kolk ve svém výzkumu z roku 2005 uvádí, že osoby vystavené chronickému interpersonálnímu traumatu vykazují trvale psychické poruchy, které často nejsou zachyceny v diagnóze PTSD. U obětí vystavených tomuto typu traumatizace, a to zvláště v období dětství, se objevuje častý výskyt problémů s regulací afektů a impulzů, paměti a pozorností, vnímáním sebe sama, mezilidskými vztahy, somatizací a změny v chápání systémů významů (zoufalství a beznaděj, ztráta dříve udržujících přesvědčení).

V ICD-10 nebylo trauma v závislosti na věku nijak specifikováno. Klasifikační systém se navíc primárně zaměřoval pouze na diagnostiku I. typu traumatu. Změny v posledních letech proto přinesly do ICD-11 zavedení komplexní posttraumatické stresové poruchy (Kocourková & Koutek, 2019). Komplexní PTSD (*Complex PTSD*) jako syndrom těch, kteří prožili protrahované a opakované trauma, poprvé popsala Judith Hermann (1992).

Opakované vystavení jedince různým traumatickým situacím, ne nutně charakteru trestného činu, se označuje jako polytraumatizace. S tímto termínem úzce souvisí také polyviktimizace, kterou lze definovat jako „prožitek mnoha viktimitizačních zkušeností různých druhů, např. pohlavní zneužívání, fyzické týrání, šikana a expozice násilí v rodině“ (Štěpánek, 2016b, s. 14). V minulosti se většina studií zaměřovala spíše na jediný typ traumatu a nebrala příliš v potaz opakovanou expozici traumat různého typu a jejich následnou kumulaci. Nyní se však ukazuje, že opakovaná traumatizace v důsledku různých typů událostí ve velké části případů vede k závažnějším dopadům než repetitivní zažívání jednoho traumatu téhož typu. Ukazuje se také, že existuje lineární souvislost mezi množstvím v dětství prožitých nepříznivých událostí a mírou negativních dopadů. Děti, které se opakovaně stávají oběťmi jsou navíc zranitelnější nezávisle na tom, v jakém kontextu se právě nacházejí (Štěpánek, 2016b).

3.2 Citová vazba

Sociální prostředí a vztah, zvláště s primárním pečovatelem, hraje pro regulaci traumatické stresové reakce zásadní roli (Musilová, 2019). Tzv. „vývojové trauma se nejčastěji objevuje na pozadí interpersonálních vztahů v dětství mezi prvotními pečovateli, ...kteří ovlivňují duševní zdraví a jeho kapacitu pro seberegulaci emocí, vnímání sama sebe, hloubku důvěry, strachu“ (Doležalová, 2020, s. 47). S touto problematikou je úzce spojena teorie vztahové vazby, jejímž autorem je John Bowlby (1969/2023). Jedná se o vazbu mezi dítětem a jeho primárním pečovatelem (obvykle matkou).

Každé dítě se rodí s potřebou blízkého vztahu se svou primární osobou (Slaměník, 2008). Na základě kvality vztahového pouta, které se mezi nimi vytvořilo, lze klasifikovat několik attachmentových stylů. První typ se označuje jako jistá vazba. Dítě prožívá pocit jistoty, bezpečí a důvěrného vztahu. Důvěřuje pečovateli, že mu bude poskytnuta dostatečná péče. Pokud ovšem takovýto vztah nezažívá, vyvíjí se vazba nejistá, a to buď úzkostná, vyhýbavá nebo dezorganizovaná (Lebedová, 2023). Získané vazebné chování ve větší či menší míře přetrvává celý život (Bowlby, 1969/2023). Attachment následně může ovlivnit jak psychické prožívání, tak sociální vztahování se a interakce daného jedince v průběhu celého života. Ukazuje se také, že děti, u kterých nebyla vytvořena jistá citová vazba, jsou při expozici traumatické události výrazně náchylnější k prohlubování narušení této vazby (Štěpánek, 2016b).

3.3 Syndrom CAN

S traumatem prožitým v dětství úzce souvisí neadekvátní péče o děti a tzv. syndrom CAN (*Child Abuse and Neglect*) neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který byl v roce 1992 definován Zdravotnickou komisí Rady Evropy ("Definice CAN podle zdravotní komise Rady Evropy", 1993). Přestože jeho přítomnost často odhalí lékař, nejedná se o konkrétní diagnózu v ICD-11, ale je možné jej zařadit pod více různých diagnóz (WHO, 2019). Syndrom CAN je definován jako „jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt“ (Dunovský, 1995). Hranice mezi tím, co je týrání, zneužívání či zanedbávání se přitom často stírají a ke každému z těchto chování může docházet jak v rodině, tak i mimo ni.

Tyto traumatické zážitky často vedou k rozvoji níže zmíněných diagnóz (viz kapitola 3.5) a mohou ovlivnit i celý další život oběti. Mezi časté dopady v pozdějším životě patří deprese, poruchy příjmu potravy, sebevražedné sklony, agresivita, poruchy chování nebo delikvence, ale i somatická onemocnění jako je diabetes mellitus 2. typu nebo kardiovaskulární onemocnění (Bláhová et al., 2019; Langmeier & Krejčířová, 2006). Neadekvátní péče o děti může nabývat mnoha různých forem a její dopady úzce souvisí nejen se náchylností jedince, ale i s podmínkami, opakováním událostí nebo typem a tíží traumatických situací (Pugnerová & Kvintová, 2016; Štěpánek, 2016b). Přestože mezi potenciálně traumatizující můžeme jistě zařadit všechny součásti syndromu CAN, v této práci jsou podrobněji rozebrány především jeho vybrané formy, které byly následně studovány i v rámci výzkumné části této práce.

3.3.1 Tělesné týrání

Tělesné týrání (fyzické zneužívání) je dle Zdravotní komise Rady Evropy definováno jako „tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení“ ("Definice CAN podle zdravotní komise Rady Evropy", 1993). Závažné následky může mít kromě násilí ze strany dospělých i agrese mezi dětmi navzájem (Říčan & Krejčířová, 2006). Fyzické týrání lze rozdělit na formu aktivní (bití, kopání, popálení, dušení apod.) a pasivní (nedostatečné péče jako je neposkytování stravy, ošacení či zdravotní péče). Pasivní tělesné týrání se přitom může překrývat se zanedbáváním (Pugnerová & Kvintová, 2016). Důsledky fyzického týrání jsou jak zdravotní (v některých případech až smrtelné), tak i psychické.

Mimo jiné může docházet ke zpomalení a narušení vývoje po stránce kognitivní, emoční i somatické, což daného jedince nezřídka ovlivní na celý život (Říčan & Krejčířová, 2006).

Navenek se tělesně týrané děti projevují různými způsoby. Některé jsou spíše utlumené, apatické, nedávající najevo žádné emoce. Jiné mohou být značně agresivní nebo neklidné a úzkostné. Vyskytnout se může také ochranné chování vůči mladším sourozencům (Langmeier & Krejčířová, 2006). Často se objevuje sociální odtazítost, depresivní nálada a nízké sebehodnocení. Chování těchto dětí může připomínat děti s nejistou vztahovou vazbou. V dospělosti se u nich často objevuje vyšší frekvence kriminality, poruchy osobnosti či přetrvávající emoční otupělost (Říčan & Krejčířová, 2006).

3.3.2 Psychické týrání

Psychické týrání je na rozdíl od fyzického daleko hůře vymežitelné i dokazatelné, jelikož jeho důsledky obvykle nejsou hmatatelné (Dunovský, 1995). Jeho hlavní podkategorií je především týrání (zneužívání) emocionální (citové, emoční), které opět může být aktivní (ponižování a nadměrná kritika, vyhrožování fyzickým ublížením, dlouhodobá nucená izolace od lidí, odpírání poskytnutí emoční podpory apod.) (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan & Krejčířová, 2006; Slaný, 2008) nebo pasivní (nezájem o dítě, nedostatečná péče nebo nevěšmavost apod.) (Dunovský, 1995). Dopadem emocionálního týrání může být zvýšená úzkostnost dítěte, psychosomatické projevy jako je třeba bolest hlavy, snížené sebevědomí nebo i narušení osobnostního vývoje (Dunovský, 1995; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Formou psychického, ale i fyzického, popř. sexuálního týrání může být také šikana. Jde o záměrné opakované jednání s cílem ublížit někomu, kdo se nemůže nebo nedovede bránit. Dochází k němu přitom mezi osobami ve stejném postavení (mezi žáky apod.) (Říčan & Janošová, 2010). V dnešní době se často objevuje také kyberšikana či kyberstalking (Janda, 2021).

3.3.3 Sexuální zneužívání

Za zneužívání obecně se dá považovat každá situace, ve které určitý jedinec „využívá druhého člověka ke svému vlastnímu prospěchu“ a činí tak „z pozice větší síly, společenské nebo intelektuální převahy“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 284). Konkrétně sexuální zneužívání lze potom definovat jako „nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu,

činnosti či chování“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 285). Dělí se na kontaktní (osahávání na erotogenních zónách, líbání, sexuální útok, znásilnění) a nekontaktní (exhibicionismus, verbální sexuální návrhy, vystavování sledování sexuálních aktivit, vystavování pornografií apod.) (Dunovský, 1995; Pugnerová & Kvintová, 2016; Slaný, 2008).

Tíže následných dopadů je silně ovlivněna tím, jaké je subjektivní vnímání situace dítětem. Krátce po incidentu oběti často prožívají pocity strachu, vztek, úzkost, vinu, stud nebo bezmoc. Mezi vnější projevy po sexuálním zneužití může patřit sebepoškozování, zhoršený prospěch ve škole či poruchy chování (Říčan & Krejčířová, 2006). U dětí se také často objevuje sexualizované chování, které se může projevit například při hře nebo ve vztazích s kamarády i dospělými lidmi (Langmeier & Krejčířová, 2006). V dlouhodobém horizontu jsou jeho důsledky různorodé. Kromě dopadů častých i u jiných forem týrání či zneužívání (deprese, úzkost, pocit bezmocnosti, poškození osobnostního vývoje, disociativní poruchy) se často narušuje také vývoj sexuální role, osobní identity a schopnost navázat intimní vztah (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan & Krejčířová, 2006).

3.3.4 Zanedbávání

Zanedbávání je „vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 286). Jak již z definice vyplývá, může být fyzické (nedostatečná výživa, oblečení, hygiena apod.) nebo psychické (nedostatečný dohled, nezáměr o vzdělání, nedostatek stimulace apod.). I fyzicky zanedbané děti ale mohou mít dostatečně naplněné psychické potřeby (Říčan & Krejčířová, 2006). Jak vyplývá i z výše uvedeného textu, zanedbávání se může překrývat s některými formami pasivního týrání. Důležitým znakem zanedbávání je ale dlouhodobý výskyt těchto symptomů (Pugnerová & Kvintová, 2016).

3.4 Jednorázové traumatizující události

Jak bylo zmíněno již dříve, trauma v dětství může být způsobeno buď chronicky prožívaným traumatickým stresem nebo jednorázovou traumatizující událostí jako je přírodní katastrofa, sexuální zneužití, které se ale neopakuje, účast v těžké nehodě či při násilném činu (Terr, 1991). Pro tyto jednorázové události jsou typické „detailní vzpomínky, prožívání „znamení“, že se blíží nebezpečí, tj. anticipace traumatické události ve formě signálů a předzvěstí události a zkrslená percepce“ (Štěpánek et al., 2019, s. 87). Jednorázová traumatizující událost může vést k rozvoji PTSD. U dětí se při něm ale často

vyskytují symptomy, které pro tuto diagnózu nejsou typické („internalizované potíže, jako jsou depresivní nebo úzkostné symptomy, nebo externalizované potíže ve formě poruch chování“) (Jana Kocourková & Koutek, 2017, s. 129).

3.5 Klasifikace traumatu

Trauma hraje zásadní roli v rozvoji mnoha psychiatrických onemocnění. Také symptomy přímo vyvolané jeho prožitím jsou v klasifikačních systémech shrnuty do jednotlivých diagnóz. Přestože se tyto diagnózy mohou překrývat a stanovení kritérií pro jednotlivé nosologické jednotky je jistě obtížné, bude jim v následujících odstavcích věnován prostor.

3.5.1 ICD-10

Symptomy spojené s následky traumatu lze v ICD-10 nalézt v kategorii F.43 pod názvem Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (WHO, 2004). Dlouhodobé následky traumatu jsou klasifikovány v rámci kategorie F62.0 – Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události. S traumatem souvisí také kategorie Disociativní stavy (F44).

Akutní stresová porucha (F43.0)

Akutní stresová porucha je krátkodobý stav trvající několik hodin až dnů po vystavení výraznému fyzickému nebo duševnímu stresu. Součástí je rychlý nástup příznaků, které se objevují během několika minut a zahrnují narušení psychických i somatických funkcí. Emocionální reakce během akutní stresové poruchy mohou být různorodé. Jednotlivec se může dočasně stáhnout (projevující se otupělostí nebo neúčastí) nebo naopak prožívat silné afektivní reakce, včetně úzkosti, hrůzy nebo vzteku, spolu s vegetativními příznaky jako je tachykardie a třes. Jsou také ovlivněny kognitivní funkce. Může dojít k různým změnám vědomí, strnutí, zúžení pozornosti a omezení kognitivních schopností. Chování jedince se může vyznačovat nadměrnou aktivizací nebo naopak v útlumem a strnutím (Jochmannová, 2021; WHO, 2004; Vágnerová, 2003).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) (F43.1)

Posttraumatická stresová porucha je dlouhodobější reakcí na mimořádně ohrožující nebo katastrofickou stresovou událost. Obvykle se tato porucha vyvíjí do šesti měsíců od traumatické události a může mít kolísavý průběh. Mezi charakteristické příznaky PTSD patří

časté flashbaky (opakované prožívání traumatické události ve vzpomínkách). Jedinci s PTSD mohou také trpět nočními můrami, emoční oploštělostí a projevy netečnosti vůči okolí. Průběh PTSD je individuální a může se u jednotlivých lidí lišit. Pokud nedojde k uzdravení, může být případ klasifikován jako F62.0 (Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události) (Jochmannová, 2021; WHO, 2004; Vágnerová, 2003).

Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení jsou diagnostikovány obvykle 3-6 měsíců po traumatické události a zahrnují subjektivní problémy a emoční poruchy. Tyto poruchy vznikají v reakci na stresující události, které mohou zahrnovat například kulturní šok, hospitalismus u dětí nebo ztrátu blízké osoby. Mezi časté příznaky patří depresivní nálada, úzkost a různé poruchy chování (Jochmannová, 2021; WHO, 2004).

Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události (F62.0)

Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události je diagnóza označující stav, který trvá alespoň 2 roky po expozici katastrofickému stresu. Tato forma posttraumatické reakce vzniká v důsledku tak extrémního stresu, že tolik nezohledňuje individuální zranitelnost, ale má potenciál ovlivnit každého jednotlivce bez ohledu na jeho předchozí odolnost vůči stresu. Charakteristické příznaky zahrnují zhoršení vztahů, sociální zdrženlivost a přítomnost stavů jako jsou pocity prázdnoty a beznaděje (Jochmannová, 2021; WHO, 2004).

3.5.2 ICD-11

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se nově již nevyskytuje diagnóza Akutní stresová porucha, která je v ní považována za normální reakci na extrémní stresor (Jochmannová, 2021).

Posttraumatická stresová porucha (6B40)

Posttraumatická stresová porucha se v ICD-10 nachází pod kódem F43.1. Jak bylo zmíněno výše, jedná se o stav, který se vyvíjí po expozici extrémně nebezpečným nebo děsivým situacím. Mezi klíčové projevy PTSD lze zařadit flashbaky, noční můry či prožívání zvýšeného pocitu ohrožení (Jochmannová, 2021; WHO, 2019).

Komplexní posttraumatická stresová porucha (C-PTSD) (6B4)

Komplexní posttraumatická stresová porucha [C-PTSD] je nová diagnostická kategorie, která byla zavedena jako reakce na potřebu diagnosticky vymezit dlouhodobé dopady závažných a opakovaných traumatických událostí (Kocourková & Koutek, 2019). Nahrazuje výše zmíněnou diagnózu F62.0. Zachycuje symptomy, které se objevují po extrémně ohrožujících životních situacích jako je mučení, dlouhodobé domácí násilí nebo opakované sexuální zneužívání. C-PTSD se podobá posttraumatické stresové poruše, ale kromě jejich typických symptomů navíc zahrnuje také další problémy, jako jsou potíže se vztahovou blízkostí apod. (Jochmannová, 2021; WHO, 2019).

Protrahované truchlení (6B42)

Další novou diagnózou, která se v ICD-11 objevuje je protrahované truchlení, které se rozvíjí po smrti blízké osoby. Je charakteristická atypicky dlouho přetrvávajícím intenzivním prožíváním smutku (Jochmannová, 2021).

Porucha přizpůsobení (6B43)

V ICD-10 se tato porucha vyskytuje pod kódem F43.2. Jedná se o reakci na psychosociální stresor nebo více stresorů (rozvod, konflikty atd.), přičemž daný jedinec není schopen se na situaci adaptovat a neustále se daným tématem zaobírá (Jochmannová, 2021; WHO, 2019).

Reaktivní poruchy attachmentu (6B44)

Reaktivní poruchy attachmentu se v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí vyskytují jako F94.1 – Reaktivní poruchy přichylnosti. Tato nová diagnóza je charakteristická narušenou citovou vazbou a rozvojem do pátého roku života (Jochmannová, 2021).

Desinhibovaná porucha sociálního kontaktu (6B45)

V ICD-10 se tato diagnóza vyskytuje jako F94.2 – Desinhibovaná porucha přichylnosti. Je typická abnormálním sociálním chováním a nedostatečnou péčí v raném dětství (jako je zanedbávání pod.). I tato diagnóza se rozvíjí do pěti let dítěte (Jochmannová, 2021).

3.5.3 DSM-5

Americká psychiatrická asociace ve svém manuálu DSM-5 uvádí následky traumatu jako oddělenou diagnostickou kategorii nazvanou Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem (APA, 2022). Jejím klíčovým diagnostickým kritériem je prožitek traumatické nebo stresující události. V kategorii jsou zařazeny Reaktivní poruchy přichylnosti (v ICD-10 jako F94.1; extrémní nedostatek péče, narušení citové vazby), Desinhibovaná porucha přichylnosti (v ICD-10 jako F94.2; přehnaně familiární chování při interakci s neznámými osobami, nedostatečná péče v dětství), Posttraumatická stresová porucha (V ICD-10 F43.10; zde rozlišené podle věku – do 6 a nad 6 let), Akutní stresová porucha (v ICD-10 F43.0) a Poruchy přizpůsobení (v ICD-10 F43.20-F43.25) (APA, 2020).

4 SOUVISLOST BED A AKTUÁLNĚ VNÍMANÉHO STRESU

4.1 Stres v souvislosti s PPP

Výzkum stresu trvá desítky let (Shields & Slavich, 2017). Již review z roku 2000 (Ball & Lee) shrnující souvislost mezi poruchami příjmu potravy a psychickým stresem ukazuje na jasnou souvislost mezi těmito dvěma fenomény. Stres je přitom možné rozdělit na významné životní události a subjektivně vnímaný stres, který je i jedním z fenoménů zkoumaných v rámci této práce. Přestože se zdá, že míra prožitého životního stresu je jasně spojena se symptomatologií poruch příjmu potravy, některé studie tento vztah nenalezly. Tato skutečnost může svědčit o tom, že percipovaný stres není k rozvoji PPP nezbytně nutný. Ukazuje se navíc, že souvislost se stresem je pravděpodobně u různých typů PPP rozdílně silná (Ball & Lee, 2000).

Zajímavé zjištění uvádí například systematické review a meta-analýza z roku 2018 (Monteleone et al.), které tvrdí, že pacienti trpící PPP vykazují, oproti zdravým jedincům, abnormální odpověď na mezilidský stres, jejíž součástí je silnější negativní afekt. Studie mezi vysokoškoláky v Severní Karolíně zase našla významnou souvislost mezi zvýšenou hladinou vnímaného stresu a PPP, přičemž u žen byl tento vztah ještě výrazně vyšší. Mezi identifikované stresory působící na rozvoj PPP patřil stres související se zdravím a vlastním vzhledem, dále stresory akademické, sociální, finanční či rodinné (Fruehwirth et al., 2023). K rozvoji PPP může zřejmě přispívat také stres způsobený akulturací (Papežová, 2010), příslušnost k minoritě (Keski-Rahkonen, 2021) i další sociální faktory (Badrasawi & Zidan, 2019).

Ukazuje se také, že symptomy PPP mohou fungovat jako copingové mechanismy (Wagener & Kari Much, 2010). Stice (2002) uvádí, že příznaky PPP mohou sloužit k regulaci negativních afektů. Jejich prostřednictvím se mohou jedinci uklidňovat, trestat, snižovat intenzitu prožívání negativních emocí, nahrazovat mezilidské vztahy či vyhýbat se dospívání a samostatnému fungování (Wagener & Kari Much, 2010).

4.2 Stres v souvislosti s BED

Binge eating disorder může být spojeno jak s makrostresory tak s ministresory (Ball & Lee, 2000). Ukazuje se, že pacienti s BED jsou, podobně jako pacienti s PPP obecně, často osoby, které prožívají těžké životní události nebo zažily v minulosti trauma (Naish et al., 2019). O této problematice bude více pojednáno v kapitole 5.4. Také chronický nebo recidivující stres se podílí na rozvoji BED. Akutně vnímaný stres naproti tomu hraje spíše roli při vyvolání symptomů či jejich udržování (Naish et al., 2019) a může také působit jako mediátor mezi traumatem či těžkou životní událostí a záchvatovitým přejídáním (Hund & Espelage, 2006).

Na různé osoby působí vnímaný stres individuálně. Může mít dopad na zvýšení příjmu stravy, změny ve stravě kvalitativního typu nebo naopak snížení množství konzumované potravy. Ukazuje se, že celkový příjem vlivem stresu narůstá v běžné populaci přibližně u 35–40 % lidí (Hill et al., 2022). U osob, které ale netrpí psychickými problémy v oblasti jídelní patologie, je tento nárůst kvantitativně poměrně malý. Naproti tomu například výzkum z roku 2016 uvádí, že vnímaný stres by mohl být významným cílem působení ke snížení záchvatovitého přejídání u žen (Chao et al., 2016). Zdá se tedy, že jeho vliv je zásadní, ale nejedná se nutně o spouštěč BED sám o sobě. Na druhou stranu u osob s určitou predispozicí se zřejmě působením intenzivního stresu může BED rozvinout. V tomto kontextu je z pohledu záchvatovitého přejídání zajímavá pandemie COVID-19. V průběhu lockdownu totiž došlo k nárustu percipovaného stresu a jeho řešení prostřednictvím maladaptivních copingových strategií, mezi nimi i emočního jedení. Což dle Burnatowské může být prvním krokem k právě k rozvoji záchvatovitého přejídání (Burnatowska et al., 2022).

Záchvatovité přejídání tedy, podobně jako bylo zmíněno u PPP obecně, zřejmě slouží jako maladaptivní copingová strategie vedoucí k úniku nebo modifikaci stresujících okolností a zvládnání distresu (Tomiya et al., 2011). Jedinci, kteří věří, že jídlo může zmírnit negativní emoce, jsou přitom k tomuto chování náchylnější. Epizody přejídání mohou navíc být jako způsob řešení distresu po omezenou dobu skutečně funkční (Della Longa & De Young, 2018). Dle Grila a Masheba (Grilo & Masheb, 2001) třetina jedinců s BED uvádí, že záchvatovité přejídání využívají jako způsob zlepšení nálady a podle DSM-5 (APA, 2020) je nejčastějším předchůdcem epizody záchvatovitého přejídání negativní afekt. V německém experimentu z roku 2009 bylo například zjišťováno jídelní chování

obézních jedinců s BED, u kterých byl těsně před podáním pokrmu indukován stres. Ve srovnání s osobami, které záchvatovitým přejídáním netrpěly, došlo u těchto pacientů v závislosti na míře prožívaného stresu k vyššímu nárůstu rychlosti příjmu potravy (Laessle & Schulz, 2009). S přítomností BED bývá asociována také nízká úroveň sociálního fungování (Monteleone et al., 2018). Mezilidské konflikty bývají častým zdrojem negativního afektu vedoucímu k epizodě přejídání (Elliott et al., 2010). Podobně Loro a Orleans ve své studii z roku 1981 uvádějí, že mezi časté podněty vedoucí k záchvatovitému přejídání patří mimo jiné problémy v osobních vztazích, neshody či osobní ztráty a dále také tlak ve škole nebo v práci (Loro & Orleans, 1981).

5 SOUVISLOST BED A TRAUMATU PROŽITÉHO V DĚTSTVÍ

5.1 Zanedbávání a zneužívání v souvislosti s PPP

Souvislost mezi různými formami traumatu prožitého v dětství a PPP byla v průběhu posledních desetiletí poměrně intenzivně zkoumána. Ve výsledcích studií se ovšem často objevovaly značné neshody. Přestože zvláště u sexuálního zneužívání bylo předpokládáno, že se jedná o rizikový faktor poruch příjmu potravy, review z roku 1993 (Connors & Morse) uvádí, že při srovnávání studií, které se zabývaly sexuálním zneužíváním v dětství, se vyskytovalo mnoho nesrovnalostí a nebyla nalezena jasná souvislost s jídelní psychopatologií. Na tomto místě je důležité zmínit také fakt, že celá skupina PPP byla v minulosti často zkoumána společně, popř. ve studiích chyběla podrobnější klasifikace a rozdělení na jednotlivé podtypy. Také kritéria i posuzování různých symptomů jídelní psychopatie se častokrát lišily. Navíc vzhledem k tomu, že záchvatovité přejídání je poměrně nová diagnóza, ve velké části studií, zvláště těch starších nebylo BED zahrnuto vůbec. Nesourodé výsledky studií jsou ovlivněny také použitím různých kategorií traumatu o odlišných kritériích pro jejich specifikaci. Vzhledem k tomu, že různé typy zneužívání a zanedbávání se také překrývají a často i vyskytují současně, je potom zřejmě velmi těžké určit jasné souvislosti.

Zpočátku byly nejčastěji zkoumanými fenomény sexuální zneužívání a fyzické týrání. Neumark-Sztainer uvádí, že sexuální zneužívání a fyzické týrání jsou silnými nezávislými rizikovými faktory pro narušení stravování mezi dospívajícími, a to nezávisle na pohlaví (Neumark-Sztainer et al., 2000). Také dle metaanalýzy z roku 2002 je mezi sexuálním zneužíváním v dětství a PPP sice malý, ale významný pozitivní vztah (Smolak & Murnen, 2002). Jiná studie z roku 2004 uvádí, že ženy, které v dětství zažily fyzické týrání měly dvakrát větší pravděpodobnost subklinické PPP. Účastnice tohoto výzkumu, které k tomu zažily i zneužívání sexuální měly dokonce třikrát větší pravděpodobnost rozvoje symptomů PPP oproti těm, které zneužívání nezažily (Rayworth et al., 2004). Výzkumy zabývající se těmito formami zneužívání probíhají i v současnosti. V americké národní studii mezi mladými dospělými z roku 2019 (Hazzard et al.), která se zaměřovala právě na sexuální zneužívání a fyzické zanedbávání a zneužívání, se ukázala jako významná

souvislost mezi současným výskytem více typů zneužívání a obavami ohledně záchvatovitého přejídání.

Ne všechny výsledky studií jsou ale v souladu. Villarroel ve své studii například uvádí, že sexuální zneužívání v dětství má sice vliv na zvýšené zabývání se hmotností, na jiné symptomy související s PPP ale již ne (Villarroel et al., 2012). V rozporu s výše zmíněným bylo také zjištění dvojice Mitchell a Mazzeo, kteří na vzorku mužů zkoumali souvislost mezi emočním zneužíváním, fyzickým zneužíváním, sexuálním zneužíváním, emocionálním zanedbáváním a fyzickým zanedbáváním a narušeným stravováním. Fyzické týrání a fyzické zanedbávání se v tomto výzkumu ukázaly jako jediné nepříznivé zážitky z dětství spojené s jídelní psychopatií (Mitchell & Mazzeo, 2005).

K zajímavým výsledkům došel výzkumnický kolektiv v čele s Kentem (Kent et al., 1999), který uvádí, že nezávisle na věku, ve kterém k traumatizaci došlo, jedinou formou předvídaných symptomů PPP je emocionální týrání. V této studii bylo přitom zkoumáno také sexuální zneužívání a fyzické týrání i zanedbávání. Přestože mechanismus, kterým by toto spojení fungovalo zatím není zcela znám, zdá se, že role emočního zneužívání by mohla mít klíčovou roli v každém typu zneužívání či zanedbávání (Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000). Podobná studie z roku 2009 (Kong & Bernstein) posuzovala vliv traumatu v dětství rozděleného do pěti domén (emocionální týrání, fyzické týrání, sexuální zneužívání, emocionální zanedbávání a fyzické zanedbávání) na jídelní psychopatií v dospělosti. V rámci tohoto výzkumu bylo zjištěno, že významnými bylo fyzické zanedbávání a emoční a sexuální zneužívání (Kong & Bernstein, 2009).

V posledních letech se ale přímá spojitost mezi sexuálním či fyzickým zneužíváním v dětství a rozvojem jídelní psychopatiie v dospělosti nezdá být tolik průkazná (Fischer et al., 2010). Určitá souvislost s fyzickým zneužíváním a sexuálním zneužíváním se ve studiích sice vyskytuje, je ale méně jasná (Guillaume et al., 2016; Kennedy et al., 2007). Mnohem jasnější vazbu lze nalézt například se sexuálním napadením v dospělosti (Fischer et al., 2010). Také souvislost mezi symptomy PPP a emočním zneužíváním se stává daleko zřejmější. Jak již bylo zmíněno výše, zdá se, že emocionální týrání není možné od ostatních forem špatného zacházení s dětmi zcela oddělit a obvykle se vyskytuje současně s nimi. Emocionální týrání by proto mohlo mít centrální význam. Výsledky mnoha studií z posledních dvaceti let ukazují na významný komplexní vztah mezi emočním zneužíváním a symptomy PPP (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hund & Espelage, 2006; Kennedy et al., 2007; Mills et al., 2015).

5.2 Zanedbávání a zneužívání v souvislosti s BED

Zdá se, že různé typy zneužívání by mohly být specifické pro subkategorie PPP a jednotlivé symptomy. Emocionální týrání bývá spojeno s větší nespokojeností s vlastním tělem a hmotností, nižší schopností běžného fungování a depresí, nižším sebevědomím a emočním jedením (Grilo & Masheb, 2001; Guillaume et al., 2016; Michopoulos et al., 2015). Podobně sexuální zneužívání je spojeno s větší tělesnou nespokojeností a zabýváním se tělesnou hmotností a jídlem, dietním chováním a nevhodnými metodami kontroly hmotnosti (zvracení, používání laxativ atd.) (Grilo & Masheb, 2001; Guillaume et al., 2016; Villarroel et al., 2012; Wonderlich et al., 2000). Fyzické zanedbávání a zneužívání potom spíše s dietním omezováním a také zvýšeným zabýváním se jídlem (Grilo & Masheb, 2001; Guillaume et al., 2016; Hazzard et al., 2019). Systematické review a metaanalýza z roku 2016 nenašla signifikantní asociaci mezi *anorexií nervosou* a sexuálním ani emocionálním zneužíváním. Naproti tomu záchvatovité přejídání i *bulimia nervosa* vykazovaly jasnou souvislost s různými typy zneužívání dětí (Caslini et al., 2016). Také americká průřezová studie z roku 2022 uvádí, že ve srovnání s pacienty s restriktivním typem mentální anorexie, lidé s BED častěji v dětství zažili různé formy špatného zacházení (Rienecke et al., 2022).

Se zavedením diagnózy BED se i výzkum začíná více zaměřovat konkrétně na tuto problematiku. Studie z roku 2001 odhalila u 69 % osob s touto diagnózou emoční zanedbávání, u 59 % emocionální týrání, u 49 % fyzické zanedbávání, u 36 % fyzické týrání a u 30 % sexuální zneužívání (Grilo & Masheb, 2001). Spojitost mezi různými druhy špatného zacházení v dětství a konkrétně záchvatovitým přejídáním ukazují i další studie. Wonderlich (2001) podporuje domněnku asociace sexuálního zneužívání v dětství a PPP, přičemž uvádí specifické propojení s BED a dalšími formami impulzivního sebedestrukčního jednání. V souladu s tímto zjištěním je také studie z roku 2021, která uvádí, že sexuální i fyzické týrání bylo silně spojeno se záchvatovitým přejídáním, ale spojitost s klasickým přejídáním byla téměř nulová (Yoon et al., 2021). Studie také ukazují na významné propojení s emocionálním zneužíváním v dětství (Feinson & Hornik-Lurie, 2016a), které se jeví oproti ostatním formám špatného zacházení častější a vykazuje jasnější propojení s jídelní psychopatií i přímo s BED (Feinson & Hornik-Lurie, 2016b).

5.3 Mechanismus a mediátory

Přesný mechanismus propojující traumata z dětství s PPP a konkrétně záchvatovitým přejídáním není znám. Existují však různé teorie a jsou známé některé významné fenomény, které by tento vztah mohly mediovat. Jedním z nejčastějších témat, které se v tomto kontextu ve studiích objevují je emoční dysregulace (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kent & Waller, 2000; Kim & Cicchetti, 2010; Michopoulos et al., 2015; Mills et al., 2015; Shipman et al., 2007; Wonderlich et al., 2001). S neschopností regulovat emoce souvisejí různé formy impulzivního sebedestrukčního chování, mezi nimi i záchvatovité přejídání. Trauma ale může vést i k mnoha dalším psychopatologiím. Často takovým, které právě s dysregulací emocí souvisejí (hraniční porucha osobnosti, PTSD, impulzivní sebedestruktivní chování) (Wonderlich et al., 2001). Je tedy zřejmě možné, že trauma vede prostřednictvím snížené regulace přímo k rozvoji symptomů PPP. Je tu ale i druhá varianta, která by vedla složitější cestou přes rozvoj jiných psychopatologií, které mohou zvýšit zranitelnost jedince vůči PPP (Wonderlich et al., 2001).

Pro vývoj nenarušené emoční regulace je zásadní interakce mezi dítětem a pečující osobou, prostřednictvím které se jedinec učí emoce rozeznávat i regulovat. V dalších letech vývoje jsou důležité také interakce s vrstevníky a dalšími významnými osobami v životě dítěte (Mills et al., 2015). Ukazuje se, že děti, které byly opakovanými oběťmi různých forem špatného zacházení se často cítí zahlceny svými emocemi a mají i v dospělosti problémy s jejich zvládnutím (Hasselle et al., 2017). Jedinci s nejistou vztahovou vazbou bývají zranitelnější vůči sociálnímu stresu (Monteleone, Ruzzi, et al., 2019) a často používají maladaptivní copingové strategie mezi nimi i záchvatovité přejídání (Della Longa & De Young, 2018; Hasselle et al., 2017). Ukazuje se, že nejistá vztahová vazba ovlivňuje emocionální reaktivitu již na biologické rovině (Monteleone, Ruzzi, et al., 2019; Monteleone et al., 2020).

Existují domněnky, že emocionální týrání a zanedbávání má mezi ostatními formami jedinečné postavení a ovlivňuje širší paletu symptomů jídelní psychopatologie (Kent & Waller, 2000). Dle studie zkoumající pacienty s AN a BN z roku 2019 navíc moderuje účinky sexuálního a fyzického zneužívání i zanedbávání (Monteleone, Cascino, et al., 2019). Roli emocionálního zneužívání zkoumal již v roce 2007 kolektiv autorů v čele s Kennedym, v této studii se však jeho funkce jako mediátoru nebyla neprokázána (Kennedy et al., 2007). Jako další mediátor účinku různých forem špatného zacházení s dětmi bývá zmiňováno

sebevědomí (*self-esteem*) (Groleau et al., 2012; Kennedy et al., 2007), úzkost (Kennedy et al., 2007; Kent et al., 1999), disociace (Kent et al., 1999), alexitymie (Hund & Espelage, 2006), vnímaná úroveň stresu (Hund & Espelage, 2006) nebo deprese (Kong & Bernstein, 2009; Michopoulos et al., 2015; Mitchell & Mazzeo, 2005). Ve studiích zaměřujících se konkrétně na BED byl jako mediátor nalezen hněv (Feinson & Hornik-Lurie, 2016a) a sebekritičnost (Feinson & Hornik-Lurie, 2016a, 2016b).

5.4 Jednorázové traumatizující události v souvislosti s BED

Posuzování souvislosti jednorázových traumatizujících událostí (např. úmrtí blízké osoby apod.) lze těžko oddělit od zkoumání vlivu těžkých stresových životních událostí i zanedbávání a zneužívání. Jelikož se tyto problematiky značně překrývají, je na tomto místě uvedeno jen několik souvisejících studií.

Ve studii, která se zabývala historií významných stresujících událostí v posledních šesti měsících bylo zjištěno, že pacientky s BED prožily v tomto období dokonce větší počet těchto událostí než pacientky s mentální bulimií. Nejčastějšími událostmi přitom byla ztráta blízké osoby, odloučení od člena rodiny a nehody. Závažnost psychopatologie se přitom odvíjela od počtu prožitých stresových událostí (Degortes et al., 2014). Se záchvatovitým přejídáním, zvýšeným BMI a rizikem obezity je spojen také PTSD (Mitchell et al., 2012; Mitchell & Wolf, 2016). Ve své studii Mitchell a Wolf (2016) pozorovali vliv smrti milovaného člověka a vliv boje ve válce nebo jeho následků prostřednictvím PTSD na rozvoj příznaků PPP a závislosti na jídle. Jako možnou cestou, od PTSD k PPP uvádějí maladaptivní potlačování emocí (Mitchell & Wolf, 2016).

Někteří autoři však argumentují, že expozice traumatu v dětství je značně rozšířena v celé společnosti, častokrát i neodhalena. Pochybují proto, že by bylo možné automaticky trauma v dětství s BED nebo i PPP obecně spojovat (Brewerton, 2023). Ve studii z roku 2021 zabývající se rolí PTSD a traumatu z dětství v patogenezi BED bylo například zjištěno, že trauma v dětství sice předpovídalo vyšší frekvenci výskytu záchvatovitého přejídání, ale pouze u účastníků s anamnézou PTSD (Hazzard et al., 2021). Podobně u osob, které prožili sexuální trauma a následně se u nich rozvinuly symptomy PPP, bylo pozorováno, že většina z nich zažila symptomatologii posttraumatické stresové poruchy (Holzer et al., 2008).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrické diagnózy, jejichž procentuální zastoupení je na vzestupu (Kohout et al., 2021). Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie není záchvatovité přejídání zatím zdaleka tolik prozkoumáno. Už desetiletí se výzkum zaměřuje na souvislost mezi traumatem prožitým v dětství i vnímaným stresem a PPP (Ball & Lee, 2000; Connors & Morse, 1993). Jako relativně nová diagnóza bylo však záchvatovité přejídání dlouhou dobu v těchto studiích ponecháno v ústraní. Nyní se však zdá, že souvislost i s touto diagnózou je značná, možná dokonce významnější než s AN i BN (Caslini et al., 2016; Rienecke et al., 2022).

Jelikož je zvláště trauma velmi komplexní problematikou a zahrnuje mnoho typů prožitých událostí, je otázkou, jakým způsobem, který z těchto typů PPP ovlivňuje. A zda existuje i přímá souvislost konkrétně s BED (Feinson & Hornik-Lurie, 2016b, 2016a; Grilo & Masheb, 2001; Wonderlich et al., 2001; Yoon et al., 2021). Také vnímaný stres dle studií souvisí se symptomy záchvatovitého přejídání (Ball & Lee, 2000; Chao et al., 2016). Dle některých výzkumů se ale zdá, že vliv traumatu, chronicky prožívaného stresu a aktuálně prožívaného stresu se liší (Naish et al., 2019). Trauma a dlouhodobě prožívaný stres zřejmě má potenciál podílet se na rozvoji BED (Degortes et al., 2014; Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kent & Waller, 2000; Mitchell & Wolf, 2016; Monteleone et al., 2020; Naish et al., 2019; Wonderlich et al., 2001), zatímco aktuálně percipovaný stres má pravděpodobně funkci spíše udržovací či iniciující konkrétní epizody přejídání (Naish et al., 2019). Přesné souvislosti i dráhy, kterými na sebe jednotlivé komponenty tohoto modelu působí, však zůstávají nejasné (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kim & Cicchetti, 2010; Michopoulos et al., 2015; Mills et al., 2015; Wonderlich et al., 2001).

6.1 Cíle výzkumu

Cílem tohoto výzkumu tedy je snaha o popis souvislostí mezi záchvatovitým přejídáním, traumatem prožitým v dětství a jeho jednotlivými formami a aktuálně vnímaným stresem v prostředí České republiky a zjištění, mezi kterými z těchto komponent existují statisticky prokazatelné souvislosti.

Velká část výzkumů ohledně záchvatovitého přejídání se zaměřuje na adolescenty (Keski-Rahkonen, 2021; Kjeldbjerg & Clausen, 2023). Některé studie ale ukazují, že BED je značně rozšířen i mezi ženami ve vyšším věku (Thompson & Bardone-Cone, 2019; Wilfred et al., 2021). Z tohoto důvodu byly do našeho výzkumu zapojeny ženy přibližně ve věku mladé a střední dospělosti.

Na základě popsaného cíle výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je souvislost mezi mírou aktuálně vnímaného stresu a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání?
2. Jaká je souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti?
3. Jaká je souvislost mezi zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi (nehoda, přírodní katastrofa, smrt blízké osoby apod.) prožitými v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti?
4. Jaká je souvislost mezi zkušeností s fyzickým týráním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti?
5. Jaká je souvislost mezi zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti?
6. Jaká je souvislost mezi zkušeností se sexuálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti?
7. Jaká je souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu?

7 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Celý výzkum probíhal kvantitativním způsobem pomocí dotazníkového šetření a následné statistické analýzy. Jednalo se o korelační studii. Pro uchopení výzkumného problému byly použity tři metody, z nichž dvě byly již dostupné v českém jazyce a jednu bylo nutno v rámci práce přeložit. Operacionalizace stresu byla provedena pomocí *Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983), operacionalizace traumatu prožitého v dětství pomocí *Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form* (Bremmer et al., 2007) a operacionalizace záchvatovitého přejídání pomocí *7-Item Binge-Eating Disorder Screener* (Herman et al., 2016).

7.1 Testové metody

7.1.1 Perceived Stress Scale (PSS-10)

Škála vnímaného stresu (*Perceived Stress Scale*) zjišťuje subjektivně vnímaný stres jedince, a to konkrétně to, do jaké míry daná osoba považuje svůj život za příliš zatěžující, nepředvídatelný a nekontrolovatelný (Cohen et al., 1983). Dotazník zachycuje významné životní události i každodenní starosti (*daily hassels*) prožívané v posledním měsíci. Originální anglická verze byla vytvořena v roce 1983 (Cohen et al.). V tomto výzkumu byla využita jeho deseti položková varianta PSS-10, přeložená do češtiny (Figalová, 2019). Na jednotlivé položky je odpovídáno pomocí pětibodové škály Likertova typu (Nikdy, Téměř nikdy, Občas, Poměrně často, Velmi často). Celkové skóre je dáno součtem všech položek, přičemž vyšší skóre značí vyšší míru vnímaného stresu. Některé položky jsou přitom bodovány reverzně. Studie, které zjišťovaly vnitřní konzistenci pomocí Cronbachovy alfy došly pro verzi PSS-10 (která měla nejlepší výsledky) k hodnotám 0,74 až 0,91 (Lee, 2012). U české verze PSS-10 vyšlo Cronbachovo alfa 0,91 (Figalová, 2019).

7.1.2 Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form (ETISR-SF)

Sebehodnotící dotazník raného traumatu (*Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form*) slouží k retrospektivnímu měření míry traumatu prožitého do 18 let. Autory původní anglické verze jsou Bremner, Bolus a Mayer (2007). Česká verze byla přeložena v roce 2019 (Pipová & Dolejš). Jak již z názvu vyplývá, jedná se o sebehodnotící dotazník. ETISR-SF se zaměřuje výhradně na události odehrané před osmnáctým rokem života jedince. Je

tvořen 29 dichotomickými položkami s možnostmi odpovědí ano/ne, z nichž prvních 27 se týká jednotlivých typů prožitého traumatu a dvě poslední se zaměřují na prožívání oběti v průběhu traumatické události (Bremner et al., 2007).

Položky, které se zaměřují na typy prožitého traumatu se dělí do celkem čtyř domén, na obecná traumata (11 položek), fyzické týrání (5 položek), citové zneužívání (5 položek) a sexuální zneužívání (6 položek). Kladná odpověď je vždy hodnocena 1 bodem a ty jsou v rámci každé domény sčítány. Cronbachova alfa pro jednotlivé domény v anglickém originálu se pohybuje mezi 0,70 a 0,87. Cronbachova alfa české verze byla 0,81.

7.1.3 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7)

Použitý 7-položkový screeningový dotazník záchvatovitěho přejídání (*7-Item Binge-Eating Disorder Screener*) je sedmi položkový nástroj určený k identifikaci osob, u kterých existuje riziko přítomnosti diagnózy záchvatovitěho přejídání. Tento nástroj byl vyvinut v roce 2016 na základě diagnostických kritérií pro *binge eating disorder* dle DSM-5 (Herman et al., 2016). Do českého jazyka nebyl dotazník doposud přeložen. Proto k vytvoření jeho české verze došlo v rámci této práce (viz Příloha 2; Pipová et al., 2024). Nejprve bylo vytvořeno pět nezávislých překladů. Následně byla provedena jejich obsahová analýza a po ní porovnání zpětného překladu do anglického jazyka s jeho původním zněním. Vzhledem k vysoké senzitivitě (100 %) a specificitě (38,7 %) je anglická varianta kvalitním screeningovým nástrojem (Herman et al., 2016).

Dotazník zjišťuje záchvatovité přejídání v posledních 3 měsících. První dvě otázky jsou dichotomické s možnostmi ano/ne. Následujících pět položek obsahuje čtyřbodovou škálu Likertova typu (Nikdy nebo málokdy, Občas, Často, Vždy). V rámci této práce použité skóre „závažnost BED“ bylo počítáno součtem bodů z těchto položek (psychometrické parametry viz kapitola 9.2). Na základě svých odpovědí byli navíc respondenti rozděleni do dvou skupin – na osoby, u kterých jsou pozorovány symptomy BED a na normální stav. Jestliže tedy odpověď na první i druhou otázku je „ano“ a současně u otázek 3-6 odpoví „Občas“, „Často“, nebo „Vždy“ a u otázky č. 7 „Nikdy nebo málokdy“ či „Občas“, spadá tato osoba do skupiny s pozorovanými symptomy záchvatovitěho přejídání (Herman et al., 2016).

7.2 Hypotézy ke statistickému testování

V návaznosti na teoretické poznatky popsané v prvních pěti kapitolách a výzkumné cíle byly stanoveny následující hypotézy:

Souvislost vnímaného stresu a BED

H1: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v metodě PSS-10 než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě PSS-10 a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost celkového traumatu v dětství a BED

H3: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího celkového skóru v metodě ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H4: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost obecného traumatu v dětství a BED

H5: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „obecné trauma“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H6: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „obecné trauma“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost fyzického týrání v dětství a BED

H7: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „fyzické týrání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H8: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „fyzické týrání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost citového zneužívání v dětství a BED

H9: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „citové zneužívání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H10: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „citové zneužívání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost sexuálního zneužívání v dětství a BED

H11: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „sexuální zneužívání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H12: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „sexuální zneužívání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Souvislost traumatu v dětství a vnímaného stresu

H13: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě ETISR-SF a celkovým skórem v metodě PSS-10.

Souvislost BMI a BED

H14: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, mají statisticky významně vyšší BMI než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

H15: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v metodě BEDS-7 a hodnotou BMI.

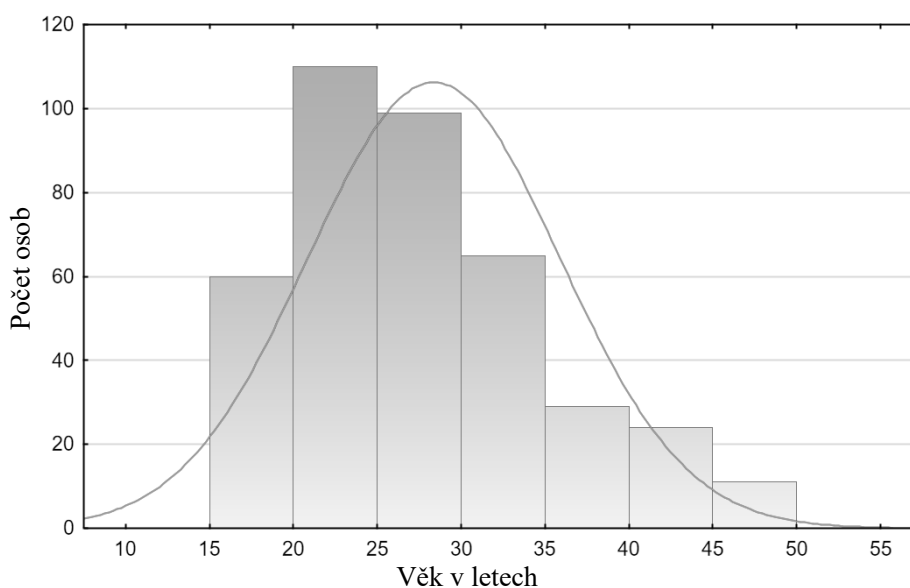
8 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Sběr dat se uskutečnil v zimě 2024. Účastníci byli do výzkumu zapojeni kombinací samovýběru a metody sněhové koule. Dotazník, který byl vyplňován v online prostředí, byl šířen prostřednictvím sociálních sítí na různých profilech a skupinách. Testová baterie byla tvořena celkem 51 otázkami. Jejichž vyplnění trvalo přibližně 10-15 min. V úvodní části se nacházely základní informace a byl popsán cíl výzkumu. Dále následovaly položky vlastní konstrukce zjišťující sociodemografické údaje (5 položek). Následující části již byly tvořeny přejatými dotazníky PSS-10, ETISR-SF a BEDS-7. Celá testová baterie byla před zahájením dotazníkového šetření pilotně odzkoušena.

8.1 Výzkumný soubor

Celkový počet respondentů, kteří se zapojili do výzkumu byl 471. Z toho bylo ovšem kvůli neodpovídajícímu věku (20) a pohlaví (53) 73 odpovědí vyřazeno. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 398 ženami ve věku 18-49 let. Průměrný věk (M) respondentek vyšel 28,27 let se směrodatnou odchylkou (SD) 7,47 a medián 27,00 let. Věkové rozložení respondentek znázorňuje obrázek 1. Nejvíce zastoupené nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské, které uvedlo přibližně 49 % respondentek. Druhé největší procentuální zastoupení mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitou (40 %). Poslední tři možnosti dohromady tvořily pouhých 12 % (základní vzdělání 5 %, středoškolské vzdělání ukončené učňovskou zkouškou cca 2 %, vyšší odborné vzdělání 5 %).

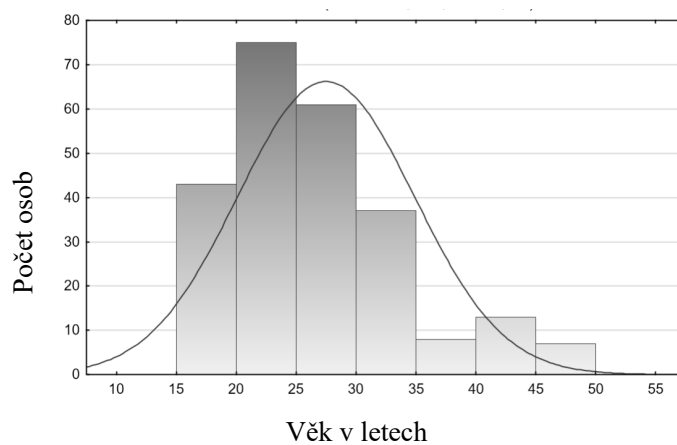
Obrázek 1: Věkové rozložení respondentek



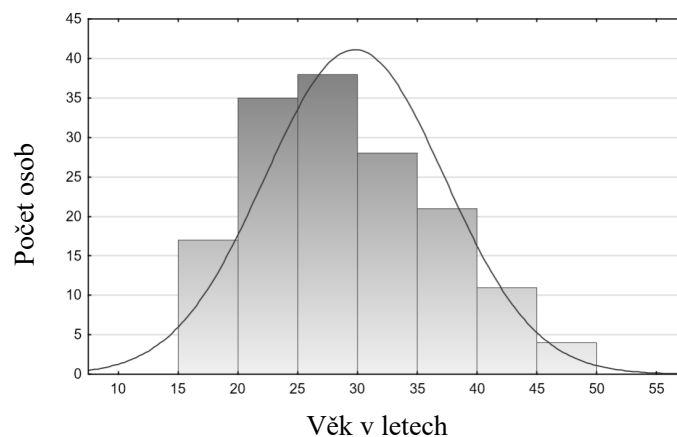
Co se týče tělesné konstituce, průměrná výška byla 168 cm s SD 6,00 a medián 168 cm. Nejnižší respondentka měřila 152 cm a nejvyšší 185 cm. Průměrná tělesná hmotnost se rovnala přibližně 72 kg s SD 18,40. Medián hmotnosti byl o něco nižší – pouhých 67 kg, nejnižší hodnota 36 kg a nejvyšší 177 kg. Průměrná hodnota BMI byla 25,40 kg/m² s SD 6,50. Medián vyšel na BMI 23,60 kg/m², minimum na 13,80 kg/m² a maximum na 59,80 kg/m². Při klasifikaci BMI na základě doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO, 2010) z těchto dat vychází, že přibližně 53 % respondentek mělo normální hmotnost, 6 % trpělo podvýživou a u 41 % se vyskytovala nadváha nebo obezita.

Na základě metody BEDS-7 bylo identifikováno 154 respondentek, které vykazovaly symptomy záchvatovitého přejídání, tedy asi 39 % osob z celého vzorku. Průměrný věk respondentek bez BED byl 27,39 let s SD 7,35. Rozložení věku ve skupině osob bez identifikovaných symptomů BED je znázorněno na obrázku 2. Průměrný věk respondentek s BED byl mírně vyšší 29,66 let s SD 7,47. Věkové rozložení respondentek znázorňuje obrázek 3.

Obrázek 2: Věk respondentek bez BED



Obrázek 3: Věk respondentek s BED



Srovnání věku, výšky, hmotnosti a BMI mezi těmito dvěma skupinami je shrnuto v tabulkách níže (tabulka 1 – srovnání rozložení věku, tabulka 2 – srovnání tělesné výšky, tabulka 3 – srovnání tělesné hmotnosti, tabulka 4 – srovnání BMI).

Tabulka 1: Srovnání rozložení věku (v letech) u osob vykazujících a nevykazujících symptomy BED

	osoby s BED	osoby bez BED
průměr	29,66	27,39
SD	7,47	7,35
medián	29,00	26,00
minimum	18,00	18,00
maximum	49,00	49,00

Tabulka 2: Srovnání tělesné výšky (v cm) u osob vykazujících a nevykazujících symptomy BED

	osoby s BED	osoby bez BED
průměr	168,39	167,74
SD	5,96	6,09
medián	168,00	168,00
minimum	155,00	152,00
maximum	185,00	185,00

Tabulka 3: Srovnání tělesné hmotnosti (v kg) u osob vykazujících a nevykazujících symptomy BED

	osoby s BED	osoby bez BED
průměr	78,89	67,29
SD	20,68	15,18
medián	75,00	64,00
minimum	45,00	36,00
maximum	177,00	147,00

Tabulka 4: Srovnání BMI (v kg/m²) u osob vykazujících a nevykazujících symptomy BED

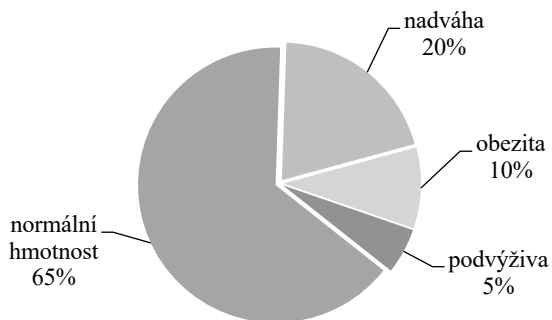
	osoby s BED	osoby bez BED
průměr	27,81	23,95
SD	7,01	5,61
medián	26,78	22,59
minimum	16,11	13,84
maximum	59,83	58,88

Z dat se také ukázalo, že zatímco osoby bez symptomů BED měly v 65 % případů tělesnou hmotnost v pásmu normy a nadváhou a obezitou dohromady trpělo 30 % osob z této skupiny, u žen s příznaky BED spadalo do kategorie normální hmotnosti pouhých 36 % respondentek a do pásma nadváhy a obezity celkem 59 % osob. Procentuální zastoupení jednotlivých kategorií BMI u osob bez BED a s BED znázorňuje obrázek 4 a 5.

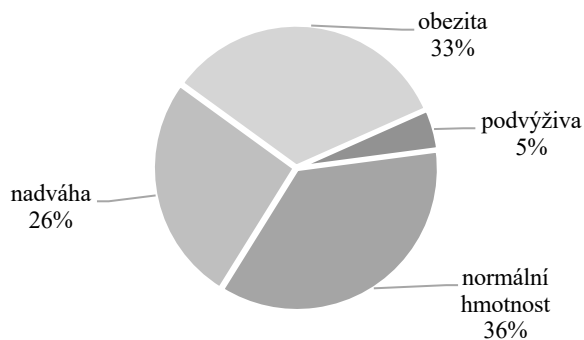
Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u osob s příznaky BED rozvrženo následovně – základní vzdělání cca 4 %, středoškolské vzdělání ukončené učňovskou zkouškou 0,5 %, středoškolské vzdělání ukončené maturitou 41,5 %, vyšší odborné vzdělání 8 % a vysokoškolské vzdělání 46 % respondentek. Ženy, které nevykazovaly symptomy BED spadaly z cca 5 % do kategorie základní vzdělání, další 2,5 % se nacházely v kategorii

středoškolské vzdělání ukončené učňovskou zkouškou, 39 % středoškolské vzdělání ukončené maturitou, 2,5 % vyšší odborné vzdělání a 51 % vysokoškolské vzdělání.

Obrázek 4: Kategorie BMI u osob bez BED



Obrázek 5: Kategorie BMI u osob s BED



8.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

V průběhu výzkumu bylo dbáno na etické hledisko a ochranu soukromí. V úvodní části dotazníku (viz Příloha 4) bylo přibliženo zaměření výzkumu a popsán obsah dotazníku. Respondenti v ní byli informováni, že účast v šetření je anonymní a dobrovolná, a že s daty bude nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Pro případ potřeby byl poskytnut kontakt na realizátora výzkumu a adresa Katedry Psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Respondenti byli také informováni, že odesláním dotazníku dávají souhlas se zpracováním vyplněných údajů pro účely této práce.

Jelikož se testová baterie dotýkala citlivých témat, byly v dotazníku uvedeny kontakty na organizace, na které je možné se v těchto oblastech v případě potřeby telefonicky obrátit. Na konci dotazníku byl opět uveden kontakt na realizátora výzkumu s poděkováním za vyplnění a výzvou ke kontaktování v případě potřeby.

9 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Data byla sbírána prostřednictvím softwaru Google Forms. Po dokončení sběru, byla všechna data automaticky převedena do tabulky v programu Microsoft Office Excel, kde došlo k jejich kontrole, čištění a výpočtu hrubých skóre. Tento program byl také využit k výpočtu základních parametrů výzkumného souboru a k deskriptivní statistice. Následně byla data otevřena v programu Statistica 14, kde byl nejprve použit Shapirov-Wilkovův test a histogram k ověření jejich normálního rozložení. A následně provedeno statistické testování hypotéz. Podle výsledku Shapirova-Wilkova testu data sice nevykazovala normální rozložení, avšak po zhodnocení histogramu, a vzhledem k dostatečnému počtu pozorování, byly pro analýzu přesto zvoleny parametrické testy, které se u podobně velkých vzorků ukazují jako spolehlivé (Dostál & Dominik, 2023).

9.1 Deskriptivní statistika použitých metod

V tabulkách níže jsou popsány základní parametry použitých škál. Vnímaný stres byl měřen pomocí metody PSS-10. Sebehodnotící dotazník raného traumatu (ETISR-SF) měřil jednak celkové trauma a dále jednotlivé typy traumatu (subškála obecné trauma, fyzické týrání, citové zneužívání a sexuální zneužívání). Závažnost BED byla měřena pomocí metody BEDS-7. V tabulce 5 se nachází deskriptivní statistika jednotlivých škál pocházející z dat celého zkoumaného vzorku. Následující dvě tabulky (tabulka 6 a tabulka 7) uvádějí deskriptivní statistiky jednotlivých škál na základě dat skupiny bez přítomnosti symptomů BED a skupiny s přítomností symptomů BED.

Tabulka 5: Deskriptivní statistika jednotlivých škál

Škála	Průměr (M)	Medián	Minimum	Maximum	SD
Vnímaný stres	22,70	23	6	39	6,18
Celkové trauma	8,03	8	0	24	4,44
Obecné trauma	2,19	2	0	8	1,77
Fyzické týrání	2,04	2	0	5	1,29
Citové zneužívání	2,91	3	0	5	1,83
Sexuální zneužívání	0,88	0	0	6	1,51
Závažnost BED	3,67	0	0	12	4,46

Tabulka 6: Deskriptivní statistika jednotlivých škál – osoby bez symptomatologie BED

Škála	Průměr (M)	Medián	Minimum	Maximum	SD
Škála vnímaného stresu	21,35	22	8	37	5,97
Celkové trauma	7,39	7,5	0	24	4,45
Obecné trauma	1,89	2	0	8	1,67
Fyzické týrání	2,06	2	0	5	1,28
Citové zneužívání	2,60	3	0	5	1,87
Sexuální zneužívání	0,84	0	0	6	1,50
Závažnost BED	0,39	0	0	9	1,38

Tabulka 7: Deskriptivní statistika jednotlivých škál – osoby se symptomatologií BED

Škála	Průměr (M)	Medián	Minimum	Maximum	SD
Škála vnímaného stresu	24,85	25,5	6	39	5,90
Celkové trauma	9,03	9	1	20	4,25
Obecné trauma	2,65	2	0	8	1,83
Fyzické týrání	2,02	2	0	5	1,30
Citové zneužívání	3,41	4	0	5	1,67
Sexuální zneužívání	0,95	0	0	6	1,54
Závažnost BED	8,86	9	4	12	2,10

9.2 Psychometrické parametry BEDS-7

Jako ukazatel vnitřní konzistence škály závažnosti BED (položky 3-6) počítané v rámci české verze BEDS-7 byla spočítána Cronbachova alfa, která vyšla jako $\alpha = 0,75$. Korelace celku s jednotlivými položkami vyšly pro tyto položky $r_3 = 0,572$, $r_4 = 0,443$, $r_5 = 0,622$ a $r_6 = 0,542$ (viz tabulka 8). Pomocí faktorové analýzy byla prokázána jednofaktorová struktura této škály, přičemž tento faktor vysvětluje 57,4 % rozptylu.

Tabulka 8: Analýza spolehlivosti položek

Položka	Průměr (po odstr.)	Rozptyl (po odstr.)	SD (po odstr.)	Korelace celku s pol.	Alfa (po odstr.)
3	6,526	3,701	1,924	0,572	0,673
4	6,503	3,907	1,977	0,443	0,746
5	5,989	3,680	1,918	0,622	0,647
6	6,029	3,708	1,926	0,542	0,689

9.3 Testování hypotéz

Jak bylo již zmíněno výše, k testování dat byly zvoleny parametrické testy. Konkrétně dvouvýběrový t-test pro dva nezávislé výběry a Pearsonův korelační koeficient. Všechny hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

9.3.1 Souvislost vnímaného stresu a BED

H1: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v metodě PSS-10 než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Testování hypotézy bylo provedeno pomocí nepárového dvouvýběrového t-test s výsledkem $t(243, 153) = -5,725$, $p < 0,001$, $d = 0,589$. Na základě těchto hodnot lze konstatovat, že byl nalezen statisticky významný rozdíl. Nulová hypotéza proto byla zamítnuta a přijata alternativní hypotéza.

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě PSS-10 a skórem v metodě BEDS-7.

Ke zjištění korelace byl použit Pearsonův korelační koeficient $r = 0,314$, $p < 0,001$ (viz Příloha 5). Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ se tedy jedná o významný výsledek. Nulová

hypotéza byla proto zamítnuta a přijata alternativní. Korelační koeficient 0,3 odpovídá středně silnému vztahu.

9.3.2 Souvislost celkového traumatu v dětství a BED

H3: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího celkového skóru v metodě ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Při použití nepárového t-testu byly výsledné hodnoty $t(243, 153) = -3,627, p < 0,001, d = 0,373$. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ tedy byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní.

H4: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu byla zjišťována souvislost mezi závažností BED a celkovou mírou traumatizace (viz Příloha 5). Výsledná hodnota testu vyšla $r = 0,166, p = 0,001$. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byl tento výsledek statisticky signifikantní. Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta a přijata alternativní hypotéza. Jednalo se o slabou korelaci.

9.3.3 Souvislost obecného traumatu v dětství a BED

H5: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „obecné trauma“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

I v tomto případě byl použit nepárový t-test: $t(243, 153) = -4,226, p < 0,001, d = 0,435$. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byla i v tomto případě nulová hypotéza zamítnuta a přijata hypotéza alternativní.

H6: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „obecné trauma“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Pearsonův korelační koeficient v tomto případě vyšel $r = 0,178, p < 0,001$ (viz Příloha 5). Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byl tedy výsledek statisticky signifikantní. Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta a byla přijata alternativní hypotéza. Jednalo se o slabý vztah.

9.3.4 Souvislost fyzického týrání v dětství a BED

H7: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „fyzické týrání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Nepárový t-test pro dva nezávislé výběry v tomto případě vyšel $t(243, 153) = 0,286$, $p = 0,775$, $d = 0,029$. Na rozdíl od předchozích testů, v tomto případě vyšlo $p > 0,05$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nebyl tedy nalezen statisticky významný rozdíl. Nulová hypotéza proto nebyla zamítnuta.

H8: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „fyzické týrání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Korelace mezi fyzickým týráním a závažností záchvatovitého přejídání nebyla na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky významná. Hodnota Pearsnova korelačního koeficientu vyšla $r = -0,019$, $p = 0,701$ (viz Příloha 5). Nulová hypotéza proto nebyla zamítnuta.

9.3.5 Souvislost citového zneužívání v dětství a BED

H9: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „citové zneužívání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Vzhledem k tomu, že při použití nepárového t-testu vyšly jeho hodnoty $t(243, 153) = -4,396$, $p < 0,001$, $d = 0,452$, nulová hypotéza byla zamítnuta a místo ní byla přijata alternativní.

H10: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „citové zneužívání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

Korelace byla opět testována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu $r = 0,214$, $p < 0,001$ (viz Příloha 5). Hodnota byla na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky signifikantní. Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta a přijata alternativní. Jednalo o slabou sílu vztahu.

9.3.6 Souvislost sexuálního zneužívání v dětství a BED

H11: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, dosahují statisticky významně vyššího skóru v subškále „sexuální zneužívání“ metody ETISR-SF než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Jelikož v tomto testování pomocí nepárového t-testu $t(243, 153) = -0,667$, $p = 0,505$, $d = 0,069$ vyšla p-hodnota $p > 0,05$, nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

H12: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v subškále „sexuální zneužívání“ metody ETISR-SF a skórem v metodě BEDS-7.

V tomto případě nebyla na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ pomocí Pearsonova korelačního koeficientu nalezena statisticky významná korelace (viz Příloha 5). Testové statistiky vyšly $r = 0,035$, $p = 0,493$. Nulová hypotéza tudíž nebyla zamítnuta.

9.3.7 Souvislost traumatu v dětství a vnímaného stresu

H13: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovým skórem v metodě ETISR-SF a celkovým skórem v metodě PSS-10.

Vzhledem k výsledku Pearsonova korelačního koeficientu $r = 0,291$, $p < 0,001$ se jedná o statisticky významný výsledek (viz Příloha 5). Alternativní hypotéza tedy byla přijata. Korelační koeficient je cca 0,3, což lze považovat za středně silný vztah.

9.3.8 Souvislost BMI a BED

H14: Ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, mají statisticky významně vyšší BMI než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly.

Při testování vyšly charakteristiky nepárového t-testu pro dva nezávislé výběry následovně: $(241, 152) = -6,041$, $p < 0,001$, $d = 0,624$. Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta a přijata hypotéza alternativní.

H15: U žen existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem v metodě BEDS-7 a hodnotou BMI.

Korelace byla testována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu $r = 0,287$, $p < 0,001$ (viz Příloha 5). Hodnota byla na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky

významná. Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta a přijata alternativní. Korelační koeficient je přibližně 0,3, jedná se tedy o středně silný vztah.

9.3.9 Přehled závěrů z ověřovaných hypotéz

V následující tabulce (tabulka 23) jsou shrnuty závěry ze všech hypotéz ověřovaných v rámci této práce. Přehled testovaných korelací lze nalézt v tabulce v Příloze 5.

Tabulka 9: Přehled závěrů z ověřování hypotéz

hypotéza	p-hodnota	přijetí
H1	<0,001	přijata
H2	<0,001	přijata
H3	<0,001	přijata
H4	0,001	přijata
H5	<0,001	přijata
H6	<0,001	přijata
H7	0,775	nepřijata
H8	0,701	nepřijata
H9	<0,001	přijata
H10	<0,001	přijata
H11	0,505	nepřijata
H12	0,493	nepřijata
H13	<0,001	přijata
H14	<0,001	přijata
H15	<0,001	přijata

10 DISKUZE

V České republice je diagnóza záchvatovité přejídání používána teprve krátce (WHO, 2019). Přesto se zdá, že je v populaci značně zastoupená (Papežová, 2018). Zahraniční studie obvykle udávají jeho prevalenci u žen mezi 1,5-4,9 % a u mužů o něco nižší, tj. kolem 0,3-4 % (Hudson et al., 2007; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Keski-Rahkonen, 2021). Prevalence nezávisle na pohlaví dle některých studií je až mezi 5 a 11 % (Chao et al., 2016). Přestože se obvykle uvádí, že nejvíce rozšířené jsou PPP i BED mezi dospívajícími (Keski-Rahkonen, 2021), ukazuje se vysoká prevalence také u žen ve věku střední dospělosti a starších (Kilpela et al., 2023). Prevalence s věkem zřejmě stoupá (Kilpela et al., 2023) a mezi ženami ve věku 60 let a více je kolem 12–25 % osob zažívajících epizody záchvatovitého přejídání (Thompson & Bardone-Cone; Wilfred et al., 2021).

Procentuální zastoupení žen s BED (39 %) v tomto výzkumu se zdaleka vymyká běžně nalezené prevalenci. Toto vysoké procento pravděpodobně souvisí s nereprezentativním vzorkem a metodou samovýběru. Podobně vysoké procento respondentek s BED se ale objevilo také například v palestinské studii mezi místními vysokoškolačkami, kde symptomy BED vykazovalo dokonce 50 % z nich (Badrasawi & Zidan, 2019). Přestože tedy výsledky mohou být zkreslené, i tak zřejmě ukazují na skutečnost, že záchvatovité přejídání je v české společnosti poměrně rozšířené, a to i mezi dospělými ženami, které byly v rámci tohoto výzkumu zkoumány.

Symptomatologie BED bývá spojena mimo další komplikace především s obezitou. V našem vzorku trpělo záchvatovitým přejídáním celkem 68 % ze všech účastnic s obezitou a 45 % ze všech účastnic s nadváhou. Vysoké procentuální zastoupení osob s obezitou mezi pacienty s BED uvádí z českých autorů také Papežová (54 %; Papežová, 2018) nebo Kviatkovská (celkem 67 % osob s nadváhou nebo obezitou; 2016). Také při statistickém testování našich dat se ukázalo, že ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, měly statisticky významně vyšší BMI než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly. Mezi skórem v této metodě a hodnotou BMI byla navíc nalezena středně silná pozitivní korelace. To je zřejmě způsobeno tím, že na rozdíl od jiných PPP, pacienti s BED nekompenzují svoje jednání jinými metodami vedoucími ke kontrole tělesné hmotnosti (např. vyvolané zvracení, zneužívání diuretik apod.) (Badrasawi & Zidan, 2019; Kornstein et al., 2016).

Jelikož se BED teprve relativně nedávno vydělilo ze skupiny PPP (WHO, 2019), není jako samostatná diagnóza zatím oproti AN a BN zdaleka tolik prozkoumána (Connors & Morse, 1993). Právě proto se zdá být přínosné výzkum v této oblasti posunovat dále a hledat specifika záchvatovitého přejídání, jak činí i mnoho výzkumníků současnosti (Burnatowska et al., 2022; Kilpela et al., 2023; Monteleone et al., 2018). I vzhledem k výše zmíněné vysoké prevalenci je jistě důležité zkoumat potenciální faktory podílející se patogenezi tohoto onemocnění. Jelikož vnímaný stres i trauma v dětství se ukazují jako fenomény ovlivňující rozvoj BED, byl bližší popis a statistické ověření těchto souvislostí v kontextu České republiky cílem i této práce.

První výzkumná otázka, na kterou byla v rámci práce hledána odpověď, se ptala na souvislost mezi mírou aktuálně vnímaného stresu a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání. Statistická analýza našeho vzorku prokázala signifikantní souvislost mezi těmito dvěma fenomény. Byla navíc zaznamenána středně silná pozitivní korelace mezi tíží BED a mírou vnímaného stresu pocházejícího z významných životních události a každodenních starostí prožívaných v posledním měsíci (Cohen et al., 1983). Skór PSS-10 u žen vykazujících symptomy BED ($M=24,85$, $SD=5,90$) přitom mírně převyšoval hodnoty klinické populace žen v ČR trpící psychiatrickou diagnózou ($M=24,41$, $SD=6,89$) (Figalová, 2019). Při srovnání skóre žen bez symptomů BED ($M=21,35$, $SD=5,97$) se vzorkem běžné ženské populace ($M=19,12$, $SD=6,75$) (Figalová, 2019) je v našem vzorku patrné vyšší průměrné skóre. To může odrážet způsob získávání dat pomocí samovýběru a sněhové koule, kdy do výzkumu byly pravděpodobně více zapojeny respondentky mající silnější vztah k tématu stresu a traumatu. Je tedy možné, že skutečný rozdíl mezi vnímaným stresem u žen v běžné populaci a žen s BED je ještě významnější.

Tyto výsledky jsou v souladu se zahraničními studii. Již v review z roku 2000 (Ball & Lee) bylo konstatováno, že průřezové studie ukazují na souvislost mezi aktuálně vnímaným stresem a PPP. Tři ze zahrnutých výzkumů dokonce zkoumaly přímo BED. V tomto review ovšem nebylo prokázáno, že by vnímaný stres PPP také predikoval. Podobně i studie z posledních let podporují souvislost těchto fenoménů, přičemž zdůrazňují silnější asociaci stresu se záchvatovitým přejídáním u žen (Chao et al., 2016) a upozorňují na možný rozvoj záchvatovitého přejídání z emočního jedení, které se zvláště v době pandemie COVID-19 stalo poměrně rozšířeným copingovým mechanismem (Burnatowska et al., 2022). Souvislost mezi aktuálně vnímaným stresem a přítomností BED je tedy zřejmá. Studie přitom ale naznačují, že spíše než na vznik této poruchy, působí prožívaný stres na její

rozvoj a indukuje konkrétní epizody záchvatů (Naish et al., 2019), jelikož BED slouží jako maladaptivní copingový mechanismus (Della Longa & De Young, 2018). Je také možné, že osoby s BED jsou k rozvoji stresové reakce náchylnější (Monteleone et al., 2018) a tím se tedy dostávají do začarovaného kruhu. Kvůli přítomnosti BED snadněji podléhají stresu, který „zvládají“ prostřednictvím BE, čímž záchvatovité přejídání dále prohlubují.

V pořadí druhá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. I v tomto případě byla mezi nimi nalezena významná statistická souvislost. Síla pozitivní korelace byla ovšem pouze slabá. Při srovnání výsledků se zdravou americkou populací (Bremner et al., 2007) je opět zřejmý vyšší skóre v našem vzorku osob bez symptomatologie BED ($M=7,39$, $SD=4,45$) než u této skupiny ($M=3,5$, $SD=3,3$). I v tomto případě je možné, že k tomuto rozdílu došlo v důsledku samovýběru. Svou roli by ovšem mohly hrát i kulturní rozdíly. Osoby se symptomatologií BED ($M=9,03$, $SD=4,25$) naopak vykazovaly hodnoty blízké se kontrolní skupině s traumatem ($M=10,1$, $SD=5,5$).

Naše výsledky tedy jsou v souladu s domněnkou, že opakovaná expozice traumatu, a to i různého typu (Štěpánek, 2016b), a jeho následná kumulace má zásadní dopad na rozvoj záchvatovitého přejídání (Wonderlich et al., 2001). K čemuž může zřejmě docházet prostřednictvím vícero možných mechanismů, jako je narušený vývoj osobnosti jedince (Kocourková & Koutek, 2019, Wonderlich et al., 2001) i jeho emoční dysregulace (Hasselle et al., 2017, Wonderlich et al., 2001) či fungování v interpersonálních vztazích (Elliott et al., 2010, Monteleone et al., 2018). Na druhou stranu expozice traumatu v dětství je v celé společnosti značně rozšířena a častokrát neodhalena. Je proto otázkou, zda lze na základě průřezových studií dělat závěry a spojovat prožité trauma s přítomností BED (Brewerton, 2023).

Následující výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jaká je souvislost mezi zkušeností s obecnými traumatickými událostmi (nehoda, přírodní katastrofa, smrt blízké osoby apod.) prožitými v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. I v tomto případě byla mezi těmito dvěma skutečnostmi nalezena signifikantní souvislost se slabou pozitivní korelací. Osoby bez symptomů BED ($M=1,89$, $SD=1,67$) v tomto případě vykazovaly obdobné skóre jako zdravá americká populace ($M=1,6$, $SD=1,8$). Ženy s příznaky BED ($M=2,65$, $SD=1,83$) skórovaly v této subškále výše než zdravá populace, ale níže než kontroly s traumatem ($M=3,3$, $SD=2,3$) (Bremner et al., 2007).

Zahraniční studie jsou povětšinou spíše rezervované v děláni jakýchkoli závěrů v této otázce (Brewerton, 2023). Zdá se, že trauma v dětství sice predikuje vyšší frekvenci výskytu BED, ale pouze u osob s anamnézou PTSD (Hazzard et al., 2021). Možným mechanismem působení na cestě od PTSD k PPP by mohlo být maladaptivní potlačování emocí (Mitchell & Wolf, 2016). V naší studii nebyla přítomnost PTSD v anamnéze respondentů zjišťována a není proto možné se k této problematice více vyjádřit. Skutečností ovšem zůstává, že určitá souvislost mezi jednorázovými obecnými traumatickými událostmi a přítomností BED byla nalezena a bylo by tak vhodné v budoucnu se této problematice věnovat více do hloubky.

Čtvrtá výzkumná otázka se ptala na souvislost mezi zkušeností s fyzickým týráním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. Na rozdíl od předešlých situací, v tomto případě statisticky významná souvislost ani korelace nebyla nalezena a hypotézu tedy nebylo možné přijmout. Zajímavé je, že jak u americké populace (Bremner et al., 2007) – zdravé ($M=1,0$, $SD=1,3$) i kontroly ($M=1,9$, $SD=1,7$) – bylo průměrné skóre v této subškále nižší než u obou skupin české populace (bez BED: $M=2,06$, $SD=1,28$; s BED: $M=2,02$, $SD=1,30$). Jedním z důvodů by mohl být rozdílný přístup k fyzickým trestům v těchto kulturách.

Výsledky zahraničních studií jsou v otázce souvislosti fyzického týrání a BED rozporuplné. Přestože existují studie, které tuto souvislost podporují (Grilo & Masheb, 2001; Yoon et al., 2021), mnoho jiných studií z posledních let se přiklání k tvrzení, že fyzické týrání se spíše pojí s dietním omezováním a zvýšeným zabýváním se jídlem (Guillaume et al., 2016; Hazzard et al., 2019), což jsou sice charakteristiky objevující se i u pacientů s BED, ovšem jsou více typické pro jiné typy PPP. Určitá souvislost s fyzickým zneužíváním se ve studiích tedy vyskytuje, je ale poměrně nejasná (Guillaume et al., 2016; Kennedy et al., 2007). Výzkumníci proto uvažují o možném centrálním vlivu emočního zneužívání, které se od ostatních forem zneužívání nedá zcela oddělit a jehož souvislost s BED je naopak čím dál tím jasnější (Groleau et al., 2012; Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000; Mills et al., 2015). K podobným závěrům se dospělo i v rámci této studie.

Pátá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. V souladu se zahraniční literaturou (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hund & Espelage, 2006; Kennedy et al., 2007; Mills et al., 2015) se i v této práci mezi nimi prokázala významná souvislost a alternativní hypotéza tedy mohla být přijata. Mezi oběma fenomény

byla nalezena slabá pozitivní korelace. Při srovnání s americkou populací (Bremner et al., 2007) skórovaly české ženy se symptomatologií BED ($M=3,41$, $SD=1,67$) i bez ní ($M=2,60$, $SD=1,87$) výše než americká populace, a to ta zdravá ($M=0,8$, $SD=1,3$) i kontroly s traumatem ($M=2,2$, $SD=1,9$). To se dá částečně opět vysvětlit metodou sběru dat, jelikož hodnoty u osob bez BED se blíží vzorku s traumatem, je možné, že dotazník vyplnilo mnoho osob s prožitým emocionálním traumatem v dětství. Skóre u osob vykazujících symptomatologii BED je ovšem v této subškále ještě vyšší než u kontrolní skupiny s traumatem. To zřejmě souvisí s významnou souvislostí mezi BED a emocionálním traumatem v dětství, ale je možné že se zde projevuje i kulturní odlišnost.

Studie z roku 2001 (Grilo & Masheb) zkoumající prevalenci různých typů traumatu u osob s BED odhalila u 69 % z nich emoční zanedbávání a u 59 % emocionální týrání. Jak již bylo zmíněno výše, existují domněnky, že emocionální týrání a zanedbávání má mezi ostatními formami špatného zacházení s dětmi jedinečné postavení (Kent & Waller, 2000). Je navíc možné, že moderuje účinky sexuálního a fyzického zneužívání i zanedbávání (Monteleone, Cascino, et al., 2019). I v tomto případě ale existují studie, které mediační funkci emocionálního zneužívání nepotvrzují (Kennedy et al., 2007).

Další výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi zkušeností se sexuálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. Při statistickém testování tento vztah nebyl prokázán jako významný, což lze pozorovat i na průměrném skórování respondentek a jejich srovnáním se vzorkem americké populace (Bremner et al., 2007). V našem souboru ženy bez příznaků BED ($M=0,84$, $SD=1,50$) ani s nimi ($M=0,95$, $SD=1,54$) nevykazovaly tak vysoké hodnoty jako kontrolní skupina s traumatem ($M=2,7$, $SD=1,7$). Vzorek zdravé populace ($M=0,2$, $SD=0,6$) měl ovšem hodnoty ještě o něco nižší, což opět může souviset s kulturními vlivy či samovýběrem dat.

Ve studiích je sexuální zneužívání dáváno do souvislosti s větší tělesnou nespokojeností a zabýváním se tělesnou hmotností a jídlem, dietním chováním a nevhodnými metodami kontroly hmotnosti (zvracení, používání laxativ atd.) (Grilo & Masheb, 2001; Guillaume et al., 2016; Villarroel et al., 2012; Wonderlich et al., 2000), což jsou opět charakteristiky jídelní patologie minimálně částečně více typické spíše pro jiné formy PPP. Přestože existují i studie, které dávají do souvislosti sexuální zneužívání přímo se záchvatovitým přejídáním (Yoon et al., 2021; Wonderlich et al., 2001), v posledních letech se zdá, že tato spojitost není tolik průkazná a jasná (Fischer et al., 2010; Guillaume et al., 2016; Kennedy et al., 2007). Podobně jako u fyzického týrání i v případě sexuálního je

možné, že rozvoj BED probíhá prostřednictvím emocionálního zneužívání (Monteleone, Cascino, et al., 2019), vůči němuž má nejspecifičtější vztah (Guillaume et al., 2016).

Poslední výzkumná otázka se dotazovala na souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu. Stres a trauma jsou od sebe neoddělitelné, jelikož trauma v podstatě vzniká působením velmi intenzivního stresoru. Zdá se, že trauma by mohlo stát na počátku vzniku a rozvoje záchvatového přejídání (Caslini et al., 2016), zatímco aktuálně prožívaný stres na tento již vzniklý problém dále působí a iniciuje konkrétní záchvaty přejídání (Naish et al., 2019). Z tohoto důvodu bylo i v rámci této práce zajímavé zkoumat, zda se souvislost mezi traumatem prožitým v dětství a stresem prožívaným v posledním měsíci skutečně potvrdí (Cohen et al., 1983). Při statistickém testování byla nakonec opravdu nalezena statisticky významná pozitivní korelace mající středně silný vztah. Není sice možné na tomto základě dělat žádné závěry co se týče kauzality a konkrétních vztahů mezi traumatem prožitým v dětství, vnímaným stresem a záchvatovým přejídáním. Přesto lze předpokládat, že výše zmíněná cesta od traumatu přes aktuálně vnímaný stres k záchvatům přejídání je možná a podpořená i řadou studií, které jako jedno z nejčastějších témat v souvislosti s BED uvádějí emoční dysregulaci. Ta vzniká podle nich působením traumatu v dětství a vede k různým formám impulzivního sebedestrukčního chování, mezi nimi i záchvatovitému přejídání (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kent & Waller, 2000; Kim & Cicchetti, 2010; Michopoulos et al., 2015; Mills et al., 2015; Shipman et al., 2007; Wonderlich et al., 2001) projevujícím se často právě v souvislosti s prožívaným stresem (Della Longa & De Young, 2018; Hasselle et al., 2017; Monteleone, Ruzzi, et al., 2019; Monteleone et al., 2020).

Výzkum tedy prokázal souvislost mezi záchvatovým přejídáním a aktuálně vnímaným stresem, kumulovaným traumatem prožitým v dětství, zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi a zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství i souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu u českých žen přibližně ve věku mladé a střední dospělosti (18-49 let). Tyto výsledky podporují domněnku o signifikantní souvislosti těchto jevů a o klíčové roli emocionálního zneužívání mezi ostatními formami týrání a zneužívání dětí na rozvoj BED.

Kromě popsání vztahů mezi záchvatovým přejídáním, vnímaným stresem a traumatem v dětství a statistickým testováním hypotéz o vztazích mezi nimi, které bylo cílem této práce, může být přínosem také překlad metody BEDS-7, která se hodí především

jako jednoduchá screeningová metoda k identifikaci rizikových pacientů (Herman et al., 2016), a je tedy využitelná např. v ordinacích praktických lékařů či ambulancích nutričních terapeutů. Přestože jsou výsledky na poměrně obecné rovině, mohlo by být užitečné také jejich poukázání na možná zacílení intervence pro terapii pacientů s BED, která je v České republice zatím spíše v počátcích a často se jedná o léčbu pouze symptomatickou (Kviatkovská et al., 2016). Z těchto cílů lze vypíchnout například terapii zaměřenou na prožití emocionální zneužívání, práci s emoční dysregulací či s epizodami záchvatovitěho přejídání jakožto maladaptivním copingovým mechanismem.

Hlavním limitem práce se zdá být nemožnost zobecnění výzkumu na českou populaci z důvodu využití metody samovýběru, která nezajišťuje reprezentativní vzorek. Dalším limitem mohlo být též využití nestandardizovaných dotazníků. Zkoumané téma bylo také poměrně široké a testová baterie z důvodu vyplnitelnosti respondenty ne příliš rozsáhlá. Do budoucna by proto jistě bylo vhodné zaměřit se podrobněji na jednotlivé jevy zahrnuté v rámci této práce (např. prostřednictvím longitudinální studie) i se věnovat možnostem prevence a terapie. Přínosný by mohl být také výzkum mezi muži a ženami ve vyšším věku.

11 ZÁVĚR

Z posuzování souvislostí mezi záchvatovitým přejídáním, mírou vnímaného stresu a traumatem prožitým v dětství u žen přibližně ve věku mladé a střední dospělosti plynou následující výsledky. Byla nalezena statisticky signifikantní souvislost mezi mírou aktuálně vnímaného stresu a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání (se středně silnou pozitivní korelací mezi těmito dvěma fenomény), mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání (se slabou pozitivní korelací mezi těmito dvěma fenomény), mezi zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi (nehoda, přírodní katastrofa, smrt blízké osoby apod.) prožitými v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání (se slabou pozitivní korelací mezi těmito dvěma fenomény), mezi zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání (se slabou pozitivní korelací mezi těmito fenomény) a mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu (se středně silnou pozitivní korelací mezi těmito fenomény). Dále bylo zjištěno, že ženy, u nichž byly dle BEDS-7 identifikovány symptomy záchvatovitého přejídání, měly statisticky signifikantně vyšší BMI než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly. Mezi závažností záchvatovitého přejídání a hodnotou BMI byla nalezena středně silná pozitivní korelace. Tyto výsledky podporují předpoklad o souvislosti těchto fenoménů a o centrální roli emocionálního zneužívání mezi ostatními formami týrání a zneužívání dětí na rozvoj BED i u českých žen přibližně ve věku mladé a střední dospělosti (18-49 let).

12 SOUHRN

Už desetiletí se výzkum zaměřuje na souvislost mezi traumatem prožitým v dětství i vnímaným stresem a PPP (Ball & Lee, 2000; Connors & Morse, 1993). Jako relativně nová diagnóza bylo však záchvatovité přejídání dlouhou dobu v těchto studiích ponecháno v ústraní. Nyní se však zdá, že souvislost i se záchvatovitým přejídáním (BED) je značná, možná dokonce významnější než s AN a BN (Caslini et al., 2016; Rienecke et al., 2022). Současně se ukazuje, že prevalence BED je v populaci poměrně vysoká (Papežová, 2018). Zahraniční studie obvykle udávají jeho prevalenci u žen mezi 1,5-4,9 % (Hudson et al., 2007; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Keski-Rahkonen, 2021).

Dle výzkumů se zdá, že vliv traumatu, chronicky prožívaného stresu a aktuálně vnímaného stresu se liší (Naish et al., 2019). Přesné souvislosti i dráhy, kterými na sebe tyto jednotlivé komponenty působí, však zůstávají nejasné (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kim & Cicchetti, 2010; Michopoulos et al., 2015; Mills et al., 2015; Wonderlich et al., 2001). Cílem tohoto výzkumu je tedy snaha o popis souvislostí mezi záchvatovitým přejídáním, aktuálně vnímaným stresem a traumatem prožitým v dětství (konkrétně čtyřmi typy traumatu – obecné jednorázové trauma, fyzické týrání, emocionální zneužívání a sexuální zneužívání) v prostředí České republiky a zjištění, mezi kterými z těchto komponent existují statisticky prokazatelné souvislosti.

Velká část výzkumů záchvatovitého přejídání se zaměřuje na adolescenty (Keski-Rahkonen, 2021; Kjeldbjerg & Clausen, 2023). Některé studie ale ukazují, že BED je značně rozšířeno i mezi ženami ve vyšším věku (Thompson & Bardone-Cone, 2019; Wilfred et al., 2021). Z tohoto důvodu byly do našeho výzkumu zapojeny ženy přibližně ve věku mladé a střední dospělosti. Celý výzkum proběhl kvantitativním přístupem, konkrétně se jednalo o korelační studii. Zkoumané fenomény byly operacionalizované pomocí metod BEDS-7 (záchvatovité přejídání), PSS-10 (vnímaný stres) a ETISR-SF (trauma prožité v dětství), přičemž dotazník BEDS-7 byl v rámci této práce také přeložen do českého jazyka. Dotazníkové šetření bylo provedeno v online prostředí a stanovené hypotézy byly testovány v programu Statistica 14.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 398 žen ve věku 18-49 let ($M=28,27$ let, $SD=7,47$). Pomocí metody BEDS-7 bylo identifikováno 154 respondentek, které vykazovaly symptomy záchvatovitého přejídání, tedy asi 39 % osob z celého vzorku, což odráží způsob získávání dat pomocí samovýběru a sněhové koule.

Symptomatologie BED bývá spojena mimo další komplikace především s obezitou. V našem vzorku trpělo záchvatovitým přejídáním celkem 68 % ze všech účastnic s obezitou a 45 % ze všech účastnic s nadváhou. Vysoké procentuální zastoupení osob s obezitou mezi pacienty s BED uvádí z českých autorů také Papežová (54 %; Papežová, 2018) nebo Kviatkovská (celkem 67 % osob s nadváhou nebo obezitou; 2016). Také při statistickém testování našich dat se ukázalo, že ženy, u nichž byly dle metody BEDS-7 identifikovány symptomy BED, měly statisticky významně vyšší BMI než ženy, u nichž tyto symptomy identifikovány nebyly. Mezi skórem v této metodě a hodnotou BMI byla navíc nalezena středně silná pozitivní korelace.

První výzkumná otázka, na kterou byla v rámci této práce hledána odpověď, se ptala na souvislost mezi mírou aktuálně vnímaného stresu a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání. Statistická analýza našeho vzorku prokázala signifikantní souvislost mezi těmito dvěma fenomény. Byla navíc zaznamenána středně silná pozitivní korelace mezi tíží BED a mírou vnímaného stresu pocházejícího z významných životních události a každodenních starostí prožívaných v posledním měsíci (Cohen et al., 1983). Tyto výsledky jsou v souladu se zahraničními studii. Již v review z roku 2000 (Ball & Lee) bylo konstatováno, že průřezové studie ukazují na souvislost mezi aktuálně vnímaným stresem a PPP. Tři ze zahrnutých výzkumů dokonce zkoumaly přímo BED. Podobně i studie z posledních let podporují souvislost těchto fenoménů, přičemž zdůrazňují silnější asociaci stresu se záchvatovitým přejídáním u žen (Chao et al., 2016) a upozorňují na možný rozvoj záchvatovitého přejídání z emočního jedení, které se zvláště v době pandemie COVID-19 stalo poměrně rozšířeným copingovým mechanismem (Burnatowska et al., 2022). Souvislost mezi aktuálně vnímaným stresem a přítomností BED je tedy zřejmá. Studie přitom ale naznačují, že spíše než na vznik této poruchy, působí prožívaný stres na její rozvoj a indukuje konkrétní epizody záchvatů (Naish et al., 2019), jelikož BED slouží jako maladaptivní copingový mechanismus (Della Longa & De Young, 2018). Je také možné, že osoby s BED jsou k rozvoji stresové reakce náchylnější (Monteleone et al., 2018).

V pořadí druhá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. I v tomto případě byla mezi nimi nalezena významná statistická souvislost. Síla pozitivní korelace byla ovšem pouze slabá. Naše výsledky tedy jsou v souladu s domněnkou, že opakovaná expozice traumatu, a to i různého typu (Štěpánek, 2016b), a jeho následná kumulace má zásadní dopad na rozvoj záchvatovitého přejídání (Wonderlich et al., 2001).

K čemuž může zřejmě docházet prostřednictvím vícero možných mechanismů, jako je narušený vývoj osobnosti jedince (Kocourková & Koutek, 2019, Wonderlich et al., 2001) i jeho emoční dysregulace (Hasselle et al., 2017, Wonderlich et al., 2001) či fungování v interpersonálních vztazích (Elliott et al., 2010, Monteleone et al., 2018).

Následující výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jaká je souvislost mezi zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi (nehoda, přírodní katastrofa, smrt blízké osoby apod.) prožitými v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. I v tomto případě byla mezi těmito dvěma skutečnostmi nalezena signifikantní souvislost se slabou pozitivní korelací. Zahraniční studie jsou povětšinou spíše rezervované v děláni jakýchkoli závěrů v této otázce (Brewerton, 2023). Zdá se, že traumatické události v dětství sice predikují vyšší frekvenci výskytu BED, ale pouze u osob s anamnézou PTSD (Hazzard et al., 2021). Možným mechanismem působení na cestě od PTSD k PPP by mohlo být maladaptivní potlačování emocí (Mitchell & Wolf, 2016).

Čtvrtá výzkumná otázka se ptala na souvislost mezi zkušeností s fyzickým týráním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. V tomto případě statisticky významná souvislost ani korelace nalezena nebyla a hypotézu tedy nebylo možné přijmout. Výsledky zahraničních studií jsou v otázce souvislosti fyzického týrání a BED rozporuplné. Přestože existují studie, které tuto souvislost podporují (Grilo & Masheb, 2001; Yoon et al., 2021), mnoho jiných studií z posledních let se přiklání k tvrzení, že fyzické týrání se spíše pojí s dietním omezováním a zvýšeným zabýváním se jídlem (Guillaume et al., 2016; Hazzard et al., 2019), což jsou charakteristiky objevující se i u pacientů s BED, ovšem jsou více typické pro jiné typy PPP. Určitá souvislost s fyzickým zneužíváním se ve studiích tedy vyskytuje, je ale poměrně nejasná (Guillaume et al., 2016; Kennedy et al., 2007). Výzkumníci proto uvažují o možném centrálním vlivu emocionálního zneužívání, které se od ostatních forem zneužívání nedá zcela oddělit, a jehož souvislost s BED je naopak čím dál tím jasnější (Groleau et al., 2012; Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000; Mills et al., 2015). K podobným výsledkům bylo dojito i v rámci této studie.

Pátá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. V souladu se zahraniční literaturou (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hund & Espelage, 2006; Kennedy et al., 2007; Mills et al., 2015) se i v této práci mezi nimi prokázala významná souvislost a alternativní hypotéza tedy mohla být přijata. Mezi oběma fenomény byla nalezena slabá pozitivní korelace. Studie z roku 2001 (Grilo & Masheb) zkoumající

prevalenci různých typů traumatu u osob s BED odhalila u 69 % z nich emoční zanedbávání a u 59 % emocionální zneužívání. Jak již bylo zmíněno výše, existují domněnky, že emocionální zneužívání a zanedbávání má mezi ostatními formami špatného zacházení s dětmi jedinečné postavení (Kent & Waller, 2000). Je navíc možné, že moderuje účinky sexuálního a fyzického zneužívání i zanedbávání (Monteleone, Cascino, et al., 2019). I v tomto případě ale existují studie, které mediační funkci emocionálního zneužívání nepotvrzují (Kennedy et al., 2007).

Šestá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi zkušeností se sexuálním zneužíváním v dětství a výskytem symptomatologie záchvatovitého přejídání v dospělosti. Při statistickém testování tento vztah nebyl prokázán jako významný. Ve studiích je sexuální zneužívání dáváno do souvislosti s větší tělesnou nespokojeností a zabýváním se tělesnou hmotností a jídlem, dietním chováním a nevhodnými metodami kontroly hmotnosti (zvracení, používání laxativ atd.) (Grilo & Masheb, 2001; Guillaume et al., 2016; Villarroel et al., 2012; Wonderlich et al., 2000), což jsou opět charakteristiky jídelní patologie minimálně částečně více typické spíše pro jiné formy PPP. Přestože existují i studie, které dávají do souvislosti sexuální zneužívání přímo se záchvatovitým přejídáním (Yoon et al., 2021; Wonderlich et al., 2001), v posledních letech se zdá, že tato spojitost není tolik průkazná a jasná (Fischer et al., 2010; Guillaume et al., 2016; Kennedy et al., 2007). Podobně jako u fyzického týrání i v případě sexuálního je možné, že rozvoj BED probíhá prostřednictvím emocionálního zneužívání (Monteleone, Cascino, et al., 2019), vůči němuž má nejspecifičtější vztah (Guillaume et al., 2016).

Poslední výzkumná otázka se dotazovala na souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu. Stres a trauma jsou od sebe neoddelitelné, jelikož trauma v podstatě vzniká působením velmi intenzivního stresoru. Zdá se, že trauma by mohlo stát na počátku vzniku a rozvoje záchvatovitého přejídání (Caslini et al., 2016), zatímco aktuálně prožívaný stres na tento již vzniklý problém dále působí a iniciuje konkrétní záchvaty přejídání (Naish et al., 2019). Z tohoto důvodu bylo i v rámci této práce zajímavé zkoumat, zda se souvislost mezi traumatem prožitým v dětství a stresem prožívaným v posledním měsíci skutečně potvrdí (Cohen et al., 1983). Při statistickém testování byla nakonec opravdu nalezena statisticky významná pozitivní korelace mající středně silný vztah. Není sice možné na tomto základě dělat žádné závěry co se týče kauzality a konkrétních vztahů mezi traumatem prožitým v dětství, vnímaným stresem a záchvatovitým přejídáním. Přesto lze předpokládat, že výše zmíněná cesta od traumatu přes aktuálně

vnímaný stres k záchvatů přejídání je možná a podpořená i řadou studií, které jako jedno z nejčastějších témat v souvislosti s BED uvádějí emoční dysregulaci. Ta vzniká podle nich působením traumatu v dětství a vede k různým formám impulzivního sebedestrukčního chování, mezi nimi i záchvatovitému přejídání (Groleau et al., 2012; Guillaume et al., 2016; Hasselle et al., 2017; Kent & Waller, 2000; Kim & Cicchetti, 2010; Michopoulos et al., 2015; Mills et al., 2015; Shipman et al., 2007; Wonderlich et al., 2001) projevujícím se často právě v souvislosti s prožívaným stresem (Della Longa & De Young, 2018; Hasselle et al., 2017; Monteleone, Ruzzi, et al., 2019; Monteleone et al., 2020).

Výzkum tedy prokázal souvislost mezi záchvatovitým přejídáním a aktuálně vnímaným stresem, kumulovaným traumatem prožitým v dětství, zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi a zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství i souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu u českých žen přibližně ve věku mladé a střední dospělosti (18-49 let). Tyto výsledky podporují domněnku o signifikantní souvislosti těchto jevů a o klíčové roli emocionálního zneužívání mezi ostatními formami týrání a zneužívání dětí na rozvoj BED.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání, text revidován). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2024, 15. ledna). *Trauma*. American Psychiatric Association. <https://www.apa.org/topics/trauma>
- Badrasawi, M. M., & Zidan, S. J. (2019). Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: A cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 33-41. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0263-1>
- Ball, K., & Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: A review. *Psychology & Health*, 14(6), 1007–1035. <https://doi.org/10.1080/08870440008407364>
- Bláhová, K., Fencl, F., & Lebl, J. (2019). *Pediatrická propedeutika* (3. vydání). Galén.
- Bowlby, J. (2023). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem* (I. Müller, překladatel; 2. vydání). Portál. (Původně vydáno 1969).
- Bracha, H. S. (2004). Freeze, Flight, Fight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum. *CNS Spectrums*, 9(9), 679–685. <https://doi.org/10.1017/S1092852900001954>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Brewerton, T. D. (2023). History of abuse is not predictive of eating disorders with binge-eating episodes (but posttraumatic stress disorder is). *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 48(5), 367–368. <https://doi.org/10.1503/jpn.230064-1>
- Burnatowska, E., Surma, S., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Relationship between Mental Health and Emotional Eating during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(19), článek 3989. <https://doi.org/10.3390/nu14193989>
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton and Company. <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-00620620R-bk>

- Cannon, W., B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton & Company.
<https://reader.library.cornell.edu/docviewer/digital?id=chla3117174#page/247/mode/1up>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1–11.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199301\)13:1<1::AID-EAT2260130102>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199301)13:1<1::AID-EAT2260130102>3.0.CO;2-P)
- "Definice CAN podle zdravotní komise Rady Evropy z r.1992" (1993). *My a děti, děti a my*, 23(4), 9.
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful Life Events and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378–382. <https://doi.org/10.1002/erv.2308>
- Della Longa, N. M., & De Young, K. P. (2018). Experiential avoidance, eating expectancies, and binge eating: A preliminary test of an adaption of the Acquired Preparedness model of eating disorder risk. *Appetite*, 120, 423–430.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.022>
- Di Nota, P. M., Kasurak, E., Bahji, A., Groll, D., & Anderson, G. S. (2021). Coping among public safety personnel: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, 37(4), 613–630. <https://doi.org/10.1002/smi.3039>
- Doležalová, P. (2020). Komplexní vývojové trauma a užívání návykových látek. *Psychologie a její kontexty*, 10(2), 45-58. <https://doi.org/10.15452/PsyX.2019.10.0012>
- Dostál, D., & Dominik, T. (2023). *Manuál pro psaní kvalifikačních prací na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci*. Univerzita Palackého v Olomouci.
https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/studentum/Studium/Manual/2023_09_Manual.pdf
- Dunovský, J. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (1. vydání). Grada.

- Elliott, C. A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M., & Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(5), 424–428. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.012>
- Emrich, M., Park, C. L., Russell, B. S., & Fendrich, M. (in press). Differential effects of COVID-19 stressor types on mental health and moderating roles of coping strategies. *International Journal of Stress Management*. <https://doi.org/10.1037/str0000318>
- Feinson, M. C., & Hornik-Lurie, T. (2016a). Binge eating & childhood emotional abuse: The mediating role of anger. *Appetite*, *105*, 487–493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.018>
- Feinson, M. C., & Hornik-Lurie, T. (2016b). ‘Not good enough:’ Exploring self-criticism’s role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. *Eating Behaviors*, *23*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.005>
- Figalová, N. (2019). *Překlad a psychometrické vlastnosti české verze škály vnímaného stresu* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/50ievv/DP_Figalov.pdf
- Fink, G. (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress Series* (1. vydání). Academic Press.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, *11*(3), 190–192. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.001>
- Fruehwirth, J. C., Mazzolenis, M. E., Pepper, M. A., & Perreira, K. M. (2023). Perceived stress, mental health symptoms, and deleterious behaviors during the transition to college. *PLOS ONE*, *18*(6), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287735>
- Gerhardt, C., Semmer, N. K., Sauter, S., Walker, A., De Wijn, N., Kälin, W., Kottwitz, M. U., Kersten, B., Ulrich, B., & Elfering, A. (2021). How are social stressors at work related to well-being and health? A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *21*(1), článek 890. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10894-7>
- Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, *46*(3), 208–211. <https://doi.org/10.1002/eat.22082>

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obesity Research*, *9*(5), 320–325. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>

Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A., & Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(3), 326–332. <https://doi.org/10.1002/eat.20939>

Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, Ph. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, *6*(1), článek 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>

Hasselle, A. J., Howell, K. H., Dormois, M., & Miller-Graff, L. E. (2017). The influence of childhood polyvictimization on disordered eating symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *68*, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.003>

Hazzard, V. M., Bauer, K. W., Mukherjee, B., Miller, A. L., & Sonnevile, K. R. (2019). Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*, *98*, článek 104171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104171>

Hazzard, V. M., Crosby, R. D., Crow, S. J., Engel, S. G., Schaefer, L. M., Brewerton, T. D., Castellini, G., Trottier, K., Peterson, C. B., & Wonderlich, S. A. (2021). Treatment outcomes of psychotherapy for binge-eating disorder in a randomized controlled trial: Examining the roles of childhood abuse and post-traumatic stress disorder. *European Eating Disorders Review*, *29*(4), 611–621. <https://doi.org/10.1002/erv.2823>

Herman, B. K., Deal, L. S., DiBenedetti, D. B., Nelson, L., Fehnel, S. E., & Brown, T. M. (2016). Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01896>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M., & O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, *16*(2), 280–304. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1923406>

- Holzer, S. R., Uppala, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Simonich, H. (2008). Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.011>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 393–407. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.003>
- Chao, A., Grey, M., Whittemore, R., Reuning-Scherer, J., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 320–332. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9699-1>
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(3), 128–131.
- Janda, M. M. L. (2021). *Syndrom CAN v moderním pojetí* (1. vydání). Tribun EU, s.r.o.
- Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí: Kategorie, projevy a specifika odborné péče* (1. vydání). Grada.
- Kebza, V. (2011). *Chování člověka v krizových situacích* (2. vydání). Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta.
- Kennedy, M. A., Ip, K., Samra, J., & Gorzalka, B. B. (2007). The Role of Childhood Emotional Abuse in Disordered Eating. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1), 17–36. https://doi.org/10.1300/J135v07n01_02
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887–903. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00018-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00018-5)
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A Greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 159–167. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<159::AID-EAT5>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<159::AID-EAT5>3.0.CO;2-F)

- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O’Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kilpela, L. S., Marshall, V. B., Hooper, S. C., Becker, C. B., Keel, P. K., LaCroix, A. Z., Musi, N., & Espinoza, S. E. (2023). Binge eating age of onset, frequency, and associated emotional distress among women aged 60 years and over. *Eating Disorders*, 31(5), 479–486. <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2192600>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kjeldbjerg, M. L., & Clausen, L. (2023). Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 549–574. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2019). Specifika posttraumatické stresové poruchy v dětství a dospívání. *Česko-slovenská pediatrie*, 74(4), 216–219.
- Kohout, P., Havel, E., Matějovič, M., & Šenkyřík, M. (Ed.). (2021). *Klinická výživa* (1. vydání). Galén.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897–1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
- Kornstein, S. G., Kunovac, J. L., Herman, B. K., & Culpepper, L. (2016). Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01905>
- Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 38–40.

Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres* (1. vydání). Grada.

Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví* (2. vydání). Portál.

Kviatkovská, K., Albrecht, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 275–279. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf

Laessle, R. G., & Schulz, S. (2009). Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 505–510. <https://doi.org/10.1002/eat.20648>

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. vydání). Grada.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (2015). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. (Původně vydáno 1984).

Lebedová, A. (2023). *Léčba traumatu: Pohled neurovřed* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/183148/130354516.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lee, E. H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>

Loro, A. D., & Orleans, C. S. (1981). Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addictive Behaviors*, 6(2), 155–166. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(81\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(81)90010-1)

Masoom, M. R. (2022). Percieved Stress in Emerging Adulthood: The Role of Sense of Control and the Mediation Effects of Religiosity and Materialistic Values. *Human Affairs*, 32(1), 48–62. <https://doi.org/10.1515/humaff-2022-0005>

Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>

Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 156–166. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>

Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2005). Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviors*, 6(4), 318–327. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.03.004>

Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307–315. <https://doi.org/10.1002/eat.20965>

Mitchell, K. S., & Wolf, E. J. (2016). PTSD, food addiction, and disordered eating in a sample of primarily older veterans: The mediating role of emotion regulation. *Psychiatry Research*, 243, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.013>

Mlčák, Z. (2005). *Psychologie zdraví a nemoci* (1. vydání). Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví* (1. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci.

Monroe, S. M. (2008). Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 33–52. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207>

Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *European Psychiatry*, 61, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>

Monteleone, A. M., Marciello, F., Cascino, G., Cimino, M., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Del Giorno, C., & Monteleone, P. (2020). Early traumatic experiences impair the functioning of both components of the endogenous stress response system in adult people with eating disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 115, článek 104644. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104644>

Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Cascino, G., Del Giorno, C., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.232>

Monteleone, A. M., Treasure, J., Kan, C., & Cardi, V. (2018). Reactivity to interpersonal stress in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis of studies using an experimental paradigm. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 87, 133–150. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.002>

- Musilová, Z. (2019). *Komplexní trauma* [Rigorózní práce, Univerzita Palackého v Olomouci].
https://theses.cz/id/i012pm/Zuzana_Musilov_Komplexn_trauma_Rigorozn_prce_psychologie_.pdf
- Naish, K. R., Laliberte, M., MacKillop, J., & Balodis, I. M. (2019). Systematic review of the effects of acute stress in binge eating disorder. *European Journal of Neuroscience*, *50*(3), 2415–2429. <https://doi.org/10.1111/ejn.14110>
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(3), 249–258. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200011\)28:3<249::AID-EAT1>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200011)28:3<249::AID-EAT1>3.0.CO;2-H)
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3. vydání). Grada.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (1. vydání). Grada.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (1. vydání). Mladá fronta.
- Pipová, H., Dolejš, M., Suchá, J., Kostková, M., & Urešová, A. (2020). *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století* (1. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci. <https://doi.org/10.5507/ff.20.24458212>
- Pipová, H., & Dolejš, M. (2019). *Sebehodnotící dotazník raného traumatu*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie* (1. vydání). Academia.
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje* (1. vydání). Grada.
- Raccanello, D., Rocca, E., Barnaba, V., Vicentini, G., Hall, R., & Brondino, M. (2023). Coping Strategies and Psychological Maladjustment/Adjustment: A Meta-Analytic Approach with Children and Adolescents Exposed to Natural Disasters. *Child & Youth Care Forum*, *52*(1), 25–63. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09677-x>
- Rayworth, B. B., Wise, L. A., & Harlow, B. L. (2004). Childhood Abuse and Risk of Eating Disorders in Women: *Epidemiology*, *15*(3), 271–278. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000120047.07140.9d>

- Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: Comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), článek 72. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00594-x>
- Řičan, P., & Janošová, P. (2010). *Jak na šikanu* (1. vydání). Grada.
- Řičan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4. vydání). Grada.
- Selye, H. (1966). *Život a stres* (W. Jonec, překladatel; 1. vydání). Obzor. (Původně vydáno 1956).
- Semmer, N. K., Tschan, F., Jacobshagen, N., Beehr, T. A., Elfering, A., Kälin, W., & Meier, L. L. (2019). Stress as Offense to Self: A Promising Approach Comes of Age. *Occupational Health Science*, *3*(3), 205–238. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00041-5>
- Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2017). Lifetime stress exposure and health: A review of contemporary assessment methods and biological mechanisms. *Social and Personality Psychology Compass*, *11*(8), článek 12335. <https://doi.org/10.1111/spc3.12335>
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-maltreating Families: Implications for Children's Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 268–285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie* (2. vydání). Grada.
- Slaný, J. (2008). *Syndrom CAN: (Syndrom týraného dítěte)* (1. vydání). Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, *14*(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>,
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(2), 136–150. <https://doi.org/10.1002/eat.10008>

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Štěpánek, P. (2016a). *Deprese a suicidalita u polytraumatizovaných adolescentních dívek* [Dizertační práce]. Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/th/kkmj6/000000_DIZERTACE_Petr_Stepanek.pdf
- Štěpánek, P. (2016b). *Vývojové trauma* [Rigózní práce, Masarykova univerzita]. https://is.muni.cz/th/u33n5/Stepanek_Vyvojove_trauma_final.pdf
- Štěpánek, P., Schmidtová, J., & Čermák, I. (2019). Vývojová traumatická porucha: Nový pohled na traumatickou zkušenost v dětství a adolescenci. *Československá psychologie*, 63(1), 84-103. <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:3db71ce2-5b9a-4a18-b704-655c14576081?article=uuid:7caa3f5c-2886-4a5a-ae65-5a55e1095c80>
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thompson, K. A., & Bardone-Cone, A. M. (2019). Disordered eating behaviors and attitudes and their correlates among a community sample of older women. *Eating Behaviors*, 34, článek 101301. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.004>
- Tomiyama, A. J., Dallman, M. F., & Epel, E. S. (2011). Comfort food is comforting to those most stressed: Evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology*, 36 (10), 1513-1519. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.04.005>
- Vágnerová, M. (2003). *Psychopatologie pro sociální pracovníky* (1. vydání). Technická univerzita.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (1. vydání). Portál.
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 10(4), 188–192.
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2012). Childhood sexual and physical abuse in Spanish female undergraduates: Does it affect eating disturbances? *European Eating Disorders Review*, 20(1), 32-41. <https://doi.org/10.1002/erv.1086>

Wagener, A. M., & Much, K. (2010). Eating Disorders as Coping Mechanisms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(3), 203-212.
<https://doi.org/10.1080/87568225.2010.486291>

Wilfred, S. A., Becker, C. B., Kanzler, K. E., Musi, N., Espinoza, S. E., & Kilpela, L. S. (2021). Binge eating among older women: Prevalence rates and health correlates across three independent samples. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), článek 132.
<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00484-8>

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMUTH, G., & Thompson, K. M. (2000). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disturbance in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1277–1283. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00015>

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 401–412.
<https://doi.org/10.1002/eat.1101>

World Health Organization. (2004). *The International Classification of Diseases and Related Health Problems* (10. revize, 2. vydání). World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *A healthy lifestyle—WHO recommendations*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. revize). World Health Organization. <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2023, 18. listopadu). *Stress*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Yoon, C., Emery, R. L., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Sexual and physical abuse and identity of the perpetrator: Associations with binge eating and overeating in Project EAT 2018. *Eating Behaviors*, 43, článek 101577.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101577>

Žitná, B. (2022). *Jak vzniká narušený vztah k jídlu* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. https://is.muni.cz/th/gg5ip/Diplomova_prace_Zitna.pdf

SEZNAM ZKRATEK

AN	anorexia nervosa
APA	American psychiatric association
BE	binge eating
BED	binge eating disorder
BEDS-7	7-Item binge-eating disorder screener
BMI	body mass index
BN	bulimia nervosa
CAN	Child abuse and neglect
C-PTSD	complex post-traumatic stress disorder
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ETISR-FF	Early trauma inventory self-report-short form
GAS	general adaptation syndrom
ICD	International classification of diseases
PPP	poruchy příjmu potravy
PSS-10	Perceived stress scale
PTSD	post-traumatic stress disorder
WHO	World health organization

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Český a anglický abstrakt
2. 7-položkový screeningový dotazník záchvatovitého přejídání (Pipová, Jelisejev, Suchá, 2024)
3. Ukázka datové matice
4. Ukázka úvodu dotazníkové baterie
5. Pearsonův koeficient a příslušné p-hodnoty škál

PŘÍLOHA 1

Český a anglický abstrakt

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Záchvatovité přejídání v souvislosti s traumatem v dětství a aktuálně vnímaným stresem

Autor práce: Mgr. Barbora Jelisejev

Vedoucí práce: Mgr. Helena Pipová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 79 stran, 124 938 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 131

Abstrakt:

Cílem této práce je popis a ověření souvislostí mezi záchvatovitým přejídáním, aktuálně vnímaným stresem a traumatem prožitým v dětství a jeho jednotlivými formami na vzorku žen ve věku 18-49 let v prostředí České republiky. Data jsou získána pomocí internetového dotazníkového šetření, jehož součástí je metoda PSS-10, ETISR-SF a BEDS-7, jenž je přeložen do českého jazyka v rámci této práce. Výzkumný soubor je tvořen 398 ženami, přičemž u 154 z nich byly identifikovány symptomy záchvatovitého přejídání. Výsledky práce ukazují na signifikantní souvislost mezi záchvatovitým přejídáním a aktuálně vnímaným stresem, kumulovaným traumatem prožitým v dětství, zkušeností s jednorázovými obecnými traumatickými událostmi a zkušeností s emocionálním zneužíváním v dětství a dále na signifikantní souvislost mezi mírou kumulovaného traumatu prožitého v dětství a mírou aktuálně vnímaného stresu a na signifikantní souvislost mezi BED a BMI. Tyto výsledky podporují domněnku o významné souvislosti těchto fenoménů a o významné roli emocionálního zneužívání mezi ostatními formami týrání a zneužívání dětí na rozvoj BED.

Klíčová slova: záchvatovité přejídání, vnímaný stres, trauma v dětství

ABSTRACT OF THESIS

Title: Binge eating in relation to childhood trauma and current perceived stress

Author: Mgr. Barbora Jelisejev

Supervisor: Mgr. Helena Pipová, Ph.D.

Number of pages and characters: 79 pages, 124 938 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 131

Abstract:

The aim of this study is to describe and verify the association between binge eating disorder, current perceived stress and trauma experienced in childhood and its various forms in a sample of women aged 18-49 years in the Czech Republic. The data are obtained by means of a web-based questionnaire survey, which includes the PSS-10, ETISR-SF and BEDS-7, which is translated into Czech language as part of this thesis. The research population consists of 398 women, 154 of whom were identified as having symptoms of binge eating. The results of the study show a significant association between binge eating disorder and current perceived stress, cumulative childhood trauma, experience of one-off general traumatic events and experience of childhood emotional abuse, as well as a significant association between the level of cumulative childhood trauma and the level of current perceived stress and a significant association between BED and BMI. These results support the hypothesis of a significant association between these phenomena and the significant role of emotional abuse among other forms of child abuse and maltreatment on the development of BED.

Key words: binge eating disorder, perceived stress, childhood trauma

PŘÍLOHA 2

7-položkový screeningový dotazník záchvatovitého přejídání (Pipová, Jelisejev, Suchá, 2024)

Screeningového dotazníku záchvatovitého přejídání

Následující otázky se týkají Vašich stravovacích návyků a chování v posledních 3 měsících. U každé otázky vyberte odpověď, která Vás nejlépe vystihuje.

1. Měl/a jste v **posledních 3 měsících** epizody nadměrného přejídání (tzn. snědl/a jste výrazně větší množství jídla, než by většina lidí snědla za podobnou dobu)?

Ano

Ne

2. Trápíte se svými epizodami nadměrného přejídání?

Ano

Ne

V posledních 3 měsících...

3. Jak často jste měl/a **během epizod nadměrného přejídání** pocit, že nemáte kontrolu nad svým jídlem (např. nejste schopen/a přestat jíst, cítíte se nucen/a jíst nebo se opakovaně vracíte pro více jídla)?

Nikdy nebo málokdy

Občas

Často

Vždy

4. Jak často jste **během epizod nadměrného přejídání** pokračoval/a v jedení, i když už jste neměl/a hlad?

Nikdy nebo málokdy

Občas

Často

Vždy

5. Jak často jste se **během epizod nadměrného přejídání** styděl/a za to, kolik jste toho snědl/a?

Nikdy nebo málokdy

Občas

Často

Vždy

6. Jak často jste se **během epizod nadměrného přejídání** cítil/a ze sebe znechucen/a nebo jste se cítil/a provinile?

- Nikdy nebo málokdy
- Občas
- Často
- Vždy

7. Jak často jste si v **posledních 3 měsících** vyvolal/a zvracení jako způsob kontroly své hmotnosti nebo postavy?

- Nikdy nebo málokdy
- Občas
- Často
- Vždy

PŘÍLOHA 3

Ukázka datové matice

5. Jak často Vám v j. pesš	6. Jak často jste v p. pesš	7. Jak často jste v p. pesš	8. Jak často jste v p. pesš	9. Jak často jste byl pesš	10. Jak často jste v j. pesš	ČÁST A. Obecná tra Před dosažením věk	ČÁST A. Obecná tra Před dosažením věk
poněmáh často	1. poněmáh často	3. občas	2. občas	2. občas	2. poněmáh často	3. Ne	0. Ano
poněmáh často	1. poněmáh často	3. občas	2. občas	2. poněmáh často	1. občas	2. Ne	0. Ano
němáh nikdy	3. poněmáh často	3. velmi často	0. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nikdy	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. nikdy	0. poněmáh často	1. poněmáh často	1. občas	2. nikdy	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. nemáh nikdy	3. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. velmi často	0. poněmáh často	1. poněmáh často	3. nikdy	0. Ano	1. Ne
občas	2. občas	2. nemáh nikdy	3. nemáh nikdy	3. nikdy	0. občas	3. Ano	1. Ne
občas	2. velmi často	4. poněmáh často	1. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nikdy	0. Ne	0. Ne
občas	2. poněmáh často	3. velmi často	0. nemáh nikdy	3. velmi často	4. velmi často	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	2. poněmáh často	2. občas	2. občas	2. poněmáh často	3. poněmáh často	3. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	3. velmi často	0. občas	2. nikdy	0. Ne	0. Ne
velmi často	0. občas	0. občas	2. poněmáh často	1. poněmáh často	3. nemáh nikdy	3. Ano	1. Ne
poněmáh často	1. poněmáh často	3. občas	2. občas	2. občas	2. poněmáh často	3. Ano	1. Ano
poněmáh často	1. občas	2. občas	2. poněmáh často	1. občas	1. občas	1. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. občas	1. poněmáh často	1. občas	2. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
občas	2. poněmáh často	3. poněmáh často	1. poněmáh často	1. nikdy	0. občas	2. Ne	0. Ne
občas	2. poněmáh často	3. poněmáh často	1. poněmáh často	1. poněmáh často	3. nikdy	0. Ne	0. Ne
velmi často	0. nemáh nikdy	1. občas	2. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. občas	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. poněmáh často	1. občas	2. nemáh nikdy	1. poněmáh často	3. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. poněmáh často	3. poněmáh často	1. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
velmi často	0. občas	2. velmi často	0. občas	2. nemáh nikdy	1. poněmáh často	3. Ne	0. Ne
němáh nikdy	3. občas	2. občas	2. občas	2. poněmáh často	3. poněmáh často	3. Ne	0. Ne
občas	2. velmi často	4. poněmáh často	1. poněmáh často	1. občas	2. občas	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. velmi často	4. poněmáh často	1. velmi často	0. nemáh nikdy	1. poněmáh často	3. Ne	0. Ano
občas	2. poněmáh často	3. občas	2. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. nemáh nikdy	3. poněmáh často	3. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
němáh nikdy	3. poněmáh často	3. občas	2. občas	2. velmi často	4. poněmáh často	3. Ne	0. Ne
poněmáh často	3. nemáh nikdy	4. nemáh nikdy	3. nikdy	4. velmi často	4. velmi často	4. Ne	0. Ne
občas	2. poněmáh často	3. nikdy	4. občas	0. občas	0. občas	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. velmi často	0. velmi často	0. nikdy	0. nikdy	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. občas	2. poněmáh často	1. nikdy	0. nikdy	0. Ne	0. Ne
němáh nikdy	3. občas	2. nemáh nikdy	3. nemáh nikdy	3. poněmáh často	3. občas	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. poněmáh často	3. nemáh nikdy	3. poněmáh často	1. poněmáh často	3. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ano
velmi často	0. občas	2. velmi často	0. velmi často	0. nikdy	0. nikdy	0. Ne	0. Ne
poněmáh často	2. poněmáh často	1. poněmáh často	1. občas	2. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. poněmáh často	1. poněmáh často	1. občas	2. občas	2. Ne	0. Ne
němáh nikdy	3. velmi často	4. občas	2. nemáh nikdy	3. velmi často	4. velmi často	4. Ne	0. Ne
občas	2. poněmáh často	3. poněmáh často	1. občas	2. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
němáh nikdy	3. poněmáh často	3. občas	2. občas	2. občas	2. občas	2. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. poněmáh často	3. poněmáh často	1. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne
poněmáh často	1. občas	2. velmi často	0. poněmáh často	1. nemáh nikdy	1. občas	2. Ne	0. Ne
občas	2. občas	2. občas	2. občas	2. nemáh nikdy	1. nemáh nikdy	1. Ne	0. Ne

PŘÍLOHA 4

Ukázka úvodu dotazníkové baterie

Záchvatovité přejídání v souvislosti s traumatem v dětství a aktuálně vnímaným stresem

Dobrý den,
tento dotazník je součástí bakalářské práce, kterou píšete v rámci studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník je zaměřen na téma záchvatovitého přejídání a jeho souvislosti s vnímaným stresem a traumatem prožitým v dětství. Vyplnění dotazníku zabere cca 10 min. Všechny odpovědi jsou anonymní a účast ve výzkumu je dobrovolná. S daty bude nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Při vyplňování dotazníku, prosím, odpovídejte pouze jedenkrát, a to bez dlouhého uvažování a na všechny otázky. Pomůžete tak zajistit, co nejvyšší kvalitu výzkumu. Kromě úvodní otevřené otázky na základní údaje budete vždy pouze vybírat jednu z uvedených možností. Odesláním dotazníku dáváte souhlas s jeho zpracováním pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám moc děkuji za účast
Barbora Jelisejev

Realizátor výzkumu: Mgr. Barbora Jelisejev, tel.: 777 304 718, e-mail: bjelisejev@gmail.com
Instituce, pod kterou výzkum probíhá: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Vodární 6, Olomouc

PŘÍLOHA 5

Pearsonův korelační koeficient a příslušné p-hodnoty škál

	Závažnost BED	Škála vnímaného stresu	Celkové trauma	Obecné trauma	Fyzické týrání	Citové zneužívání	Sexuální zneužívání	BMI
Závažnost BED		,314 p=,000	,166 p=,001	,178 p=,000	-,019 p=,701	,214 p=,000	,035 p=,493	,287 p=,000
Škála vnímaného stresu	,314 p=,000		,291 p=,000	,184 p=,000	,134 p=,008	,325 p=,000	,132 p=,008	,115 p=,022
Celkové trauma	,166 p=,001	,291 p=,000		,711 p=0,00	,624 p=0,00	,754 p=0,00	,659 p=0,00	,171 p=,001
Obecné trauma	,178 p=,000	,184 p=,000	,711 p=0,00		,252 p=,000	,339 p=,000	,289 p=,000	,105 p=,038
Fyzické týrání	-,019 p=,701	,134 p=,008	,624 p=0,00	,252 p=,000		,349 p=,000	,264 p=,000	,070 p=,167
Citové zneužívání	,214 p=,000	,325 p=,000	,754 p=0,00	,339 p=,000	,349 p=,000		,308 p=,000	,187 p=,000
Sexuální zneužívání	,035 p=,493	,132 p=,008	,659 p=0,00	,289 p=,000	,264 p=,000	,308 p=,000		,093 p=,066
BMI	,287 p=,000	,115 p=,022	,171 p=,001	,105 p=,038	,070 p=,167	,187 p=,000	,093 p=,066	

Pozn.: Tučně vyznačené hodnoty jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky signifikantní.