

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Poruchy příjmu potravy v adolescenci

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Kubíčková
Studijní program: B7507 - Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Kateřina Kubíčková
Studium:	P13475
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Poruchy příjmu potravy v adolescenci
Název bakalářské práce AJ:	Eating disorders in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje problematice týkající se poruch příjmu potravy v období adolescence. Teoretická část se věnuje vymezení mentální anorexie a bulimie, dále popisuje další nespecifické poruchy spojené s příjmem potravy. Práce se zabývá příčinami onemocnění (multikauzální etiologie), důsledky a léčbou poruch příjmu potravy, včetně prevence. Empirická část práce zjišťuje přítomnost symptomů PPP u adolescentů ve věkovém rozmezí 14 - 20 let. Výzkumná metoda: dotazník vlastní konstrukce.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X. PAPEŽOVÁ, Hana. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577. FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	12.2.2015

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 28. 4. 2016

Kateřina Kubíčková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, trpělivost a spolupráci během tvorby mé závěrečné práce

Anotace

KUBÍČKOVÁ, Kateřina, 2016. *Poruchy příjmu potravy v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 61 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se věnuje problematice týkající se poruch příjmu potravy v období adolescence. Teoretická část se věnuje vymezení mentální anorexie a bulimie, dále popisuje další nespecifické poruchy spojené s příjmem potravy. Práce se zabývá příčinami onemocnění (multikauzální etiologie), důsledky a léčbou poruch příjmu potravy, včetně prevence. Empirická část práce zjišťuje přítomnost symptomů PPP u adolescentů ve věkovém rozmezí 14-20 let. Výzkumnou metodou je dotazník vlastní konstrukce. Předpokládá se, že zjištěná data budou přínosem jak pro pedagogické pracovníky škol, tak pro pracovníky v oblasti patologie a prevence.

Klíčová slova: anorexie, bulimie, adolescence, přítomnost symptomů, prevence

Annotation

KUBÍČKOVÁ, Kateřina, 2016. *Eating disorders in adolescence*. Hradec Králové, Faculty of Education, University of Hradec Králové. 61 pp. Bachelor Degree Thesis.

The Bachelor Thesis deals with problematic focused on eating disorders in adolescence. Teoretic part is based on definitions of mental anorexia and bulimia, further there is a description of another atypical eating disorders. There is mentioned causes of disease (multicausal etiology), consequences and medical treatment of eating disorders in the thesis, including prevention.

Empirical part is trying to find out presence of symptoms of eating disorders by adolescents about 14-20 years old. Explorative method is questionnaire of construction on my own. The discovered data are supposed to be useful not only for pedagogical workers, but also for workers in pathological and preventive sphere.

Key words: anorexia, bulimia, adolescence, presence of symptoms, prevention

Obsah

Úvod.....	9
1 Epidemiologie a multikauzální etiologie PPP.....	10
1.1 Epidemiologie PPP.....	10
1.2 Multikauzální etiologie PPP.....	11
1.2.1 Biologické faktory a obezita v etiologii PPP.....	12
1.2.2 Psychologické faktory.....	15
1.2.3 Sociální a kulturní faktory.....	20
2 Charakteristika poruch příjmu potravy.....	22
2.1 Mentální anorexie.....	23
2.2 Mentální bulimie.....	25
2.3 Nespecifické poruchy PPP.....	27
2.3.1 Emoční porucha spojená s vyhýbáním jídla (FAED).....	27
2.3.2 Vybíravost.....	28
3 Důsledky PPP.....	28
3.1 Zdravotní komplikace.....	28
3.2 Sociální důsledky.....	31
4 Prevence a léčba PPP.....	32
4.1 Prevence PPP.....	32
4.2 Léčba.....	35
4.2.1 Psychoterapie v komplexní léčbě PPP.....	36
4.2.2 Farmakoterapie.....	40
5 Analýza rizikových projevů potravního chování u adolescentů.....	41
5.1 Výzkumný cíl a stanovení hypotéz.....	41
5.2 Průzkumný soubor a procedura.....	43
5.2.1 Bližší charakteristika výzkumného souboru.....	44
5.3 Popis metod.....	47

5.4 Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření.....	48
5.4.1 Vztah deprese a experimentování s jídelním chováním u adolescentů.....	48
5.4.2 Vztah deprese a spokojenosti s tělem u adolescentů.....	49
5.4.3 Postoj k vlastnímu tělu u chlapců a dívek.....	50
5.4.4 Vztah BMI v normě s projevy rizikového potravního chování.....	51
5.5 Souhrn	53
Závěr	55
Seznam použité literatury a zdrojů.....	57
Seznam tabulek a grafů	60
Seznam příloh.....	61

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou širokým označením pro celou sérii problémů týkajících se stravování, které jsou velmi často spojené s narušeným vnímáním sebe sama a postojem k vlastnímu tělu. Právě problematika neobjektivního hodnocení vlastního těla je závažným jevem objevujícím se zejména v období dospívání. Pozornost jsem tedy zaměřila na dospívající, u kterých jsou onemocnění tohoto typu považována za nejrizikovější, přestože s poruchami příjmu potravy se můžeme setkat téměř v jakémkoliv věku.

Téma poruch příjmu potravy zahrnuje velké množství variací na tuto problematiku. Vedle mentální anorexie a bulimie a jejich atypických forem bývá k PPP zařazováno i psychogenní a noční přejídání a s nimi spojená obezita. Ve své práci jsem se podrobněji věnovala oblasti mentální anorexie a bulimie. Okrajově jsou zmíněny i některé z dalších nespecifických poruch příjmu potravy, jakými jsou například emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu nebo vybíravost.

Poruchy příjmu potravy jsem si jako téma bakalářské práce zvolila zejména proto, že mě zajímá současný stav možného výskytu těchto poruch – přítomnost rizikového chování v adolescenci a jeho možné příčiny. Výskyt PPP byl mapován v Královehradeckém kraji, empirická data byla pro účely práce získána prostřednictvím dotazníkového šetření – baterií testů standardizovaných dotazníků. Šetření bylo provedeno u 102 respondentů.

Další důvodem mého výběru tématu práce byl předpoklad, že zjištěná data by mohla být přínosem jak pro pedagogické pracovníky škol, tak pro pracovníky v oblasti patologie a prevence. Právě ve školství je důležité porozumět chování adolescentů, zaměřit se kromě rizikového chování na etiologii (rizikové zájmy, osobnostní faktory, závislosti na psychoaktivních látkách, určité vzorce chování vedoucí týkající se přímo stravování apod.) a včas tak odhalit potenciální onemocnění. Tato opatření jsou zahrnuta také v materiálech MŠMT, jakými jsou například Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018 či Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů.

1 Epidemiologie a multikauzální etiologie PPP

V následujících podkapitolách je přiblížena rozšířenost poruch příjmu potravy – anorexie a bulimie, a to jak z hlediska věku, tak pohlaví. Dále jsou zde popsány faktory, které mohou mít vliv na vznik těchto poruch. Jsou jimi faktory biologické, psychologické a sociální.

1.1 Epidemiologie PPP

Nejčastěji se s poruchami příjmu potravy (dále PPP) můžeme setkat u dospívajících (adolescentů), což je více než u jiných věkových skupin považováno za zdraví a vývoj ohrožující, a to zejména proto, že zde ještě nebyl zcela dokončen vývoj. Nejrizikovější je dle Hoeka a van Hoeken (2003), Stice (2002) a Wittchena et al. (1998) právě adolescence a časná dospělost (Pavlová in Papežová, 2010, s. 38).

O epidemiologii PPP s časným začátkem je prozatím velice málo informací, základní údaje se shodují, ale v některých studiích (Higgs, Goodyer a Birch, 1989; Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh a Lask, 1987; Jacobs a Isaacs, 1986) je uváděno vyšší procento chlapců s PPP než dívek (Krch a kol., 2005, s. 115).

Jak Vágnerová (2004, s. 467) uvádí, jsou mentální anorexií postiženy mladé ženy většinou do 30 let a právě dospívající dívky, přibližně ve 0,5-1 % populace, u chlapců je výskyt těchto poruch méně frekventovaným – jedná se o poměr 1:10. Specifické jídelní chování charakteristické hubnutím a strachem z tloušťky dívky a chlapce neodlišuje, ale chlapci na rozdíl od dívek popisují důvody v jiných pojmech – většinou je to touha po vypracovaných svalech (Kocourková, 1997, s. 20).

Mentální anorexie se i podle Krcha a kol. (2005, s. 56) objevuje u 0,5 % dospívajících dívek a mladých žen a narušené jídelní postoje jsou přítomny u 7-11 % dívek a mladých žen. Úmrtnost se dle studií pohybuje v rozmezí 2-8 % (Marádová, 2007, s. 9). Smrt nastává obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy nebo metabolického rozvratu (Stárková, 2009, s. 312). Závažný je také fakt, že mentální anorexie se objevuje již u 7letých dětí (Krch a kol., 2005, s. 114).

Mentální bulimií trpí ženy ve věkovém rozmezí 16-40 let, v populaci to je 2-6 %, před první menstruací se zpravidla nevyskytuje (Krch a kol., 2005, s. 114). Úmrtnost se dle studií pohybuje v rozmezí 0-2 % (Marádová, 2007, s. 9).

Epidemiologické výzkumy zahrnují i faktory, které mohou mít na výskyt PPP vliv, jako například pohlaví, věk, barva pleti, tělesná hmotnost, sociální status nebo profese (Krch a kol., 2005, s. 42). V sociokulturní rovině hraje svou roli například příslušnost k vyšší střední třídě a západní industrializovaná společnost (Kocourková, 1997, s. 62).

Většina nemocných nevyhledá lékařskou pomoc, a tak je přesný počet nemocných nemožné zjistit (Vágnerová, 2004, s. 467). Četnost registrovaných případů záleží i na práci odborníků - jakým způsobem užívají kritéria, na informovanosti laické veřejnosti, či na tom, jak je daná problematika aktuálně populární (Krch a kol., 2005, s. 36).

Odhalit přítomnost mentální bulimie nebo její příznaky je mnohem složitější, než je tomu u mentální anorexie, a to především proto, že osoby postižené mentální bulimií jsou schopny udržovat si normální váhu. Okolí si tedy ničeho podezřelého nemusí všimnout. Obě poruchy však mají společné omezování energetického příjmu v úmyslu dosáhnout štíhlosti, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem (Marádová, 2007, s. 6).

Celková prevalence s incidencí v ČR mají vzestupnou tendenci odpovídající trendu západních zemí (Novák, 2010, s. 12). V poslední době se navíc výskyt PPP rozšiřuje jak do nižších, tak i vyšších věkových skupin (Krch, 2007, s. 420). Přibývá také pacientů z různých sociálních vrstev (Krch, 2004, s. 71). Obecně by se dalo říci, že narůstá výskyt PPP i pestrost atypických obrazů a výskyt komorbidit, tedy nemocí a problémů, které se s PPP pojí.

1.2 Multikauzální etiologie PPP

„V posledních dvaceti letech se ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti poruch příjmu potravy.“ (Krch, 2007, s. 421)

Poruchy příjmu potravy, stejně jako je tomu u jiných onemocnění, mají různé příčiny. Vznikají tedy v důsledku působení kombinací faktorů biologických, psychologických, sociálních a kulturních. Pozornost by měla být věnována v tomto ohledu i rizikovým zájmům a profesím. Následující podkapitoly se podrobněji zaměřují, kromě výše zmíněných, také na poruchy příjmu potravy v souvislosti se syndromem rizikového chování v adolescenci.

Jedním ze společných jmenovatelů může být stres. PPP se pravděpodobně rozvíjí v rámci vzájemného působení určitých dispozic a zátěžových vlivů, tedy působením stresu (Vágnerová, 2004, s. 467). **Stres** je z neurobiologického hlediska komplexní adaptační odpověď organismu na zátěž a dán může být **biologicky** – infekce, operace, hlad, chlad, **psychologicky** – ohrožení sebevědomí, sebeúcty, neúspěch, pocity bezmocnosti, neschopnost sebeprosazení nebo vzniká **v sociální oblasti** – rodinný konflikt, ztráta důležité osoby či postavení. **Akutní** stres práh bolesti zvyšuje, **chronický** ho naopak snižuje (Papežová, 2004, s. 294-296).

Žádná konkrétní příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení, neexistuje (Marádová, 2007, s. 16). V případě anorexie se etiologicky a patogeneticky jedná o biopsychosociální onemocnění, v případě bulimie jde kromě faktorů podporujících vznik anorexie o záchvatovitou etiologii, a to vzhledem k epidemickému výskytu přejídání (Němečková, 2007, s. 155-156).

1.2.1 Biologické faktory a obezita v etiologii PPP

To, že je mentální anorexie biologicky podmíněnou, navrhl Russell (1977). Jde podle něho o „*primární hypotalamickou dysfunkci neznámé etiologie a základní porucha této dysfunkce se projevuje na hypotalamicko-pituitární-gonadální ose (...). Zůstává ale nezodpovězena otázka, nakolik jsou tyto změny primární či sekundární k procesu hladovění a ztrátě hmotnosti.*“ (Kocourková, 1997, s. 49)

Na rozvoj PPP může mít vliv i nemoc, která v organismu propukne. Vliv mají krátkodobá (viróza) nebo chronická somatická onemocnění, která mohou vyžadovat dodržování diety (průjmy, hepatitida), nebo jsou zcela bez souvislosti se zažívacím traktem (Hrachovinová, 2002, s. 283).

Co se týče zvýšeného rizika propuknutí nemoci, hraje důležitou roli genetická dispozice. Pod genetickou kontrolou jsou kromě váhy i mechanismy energetické rovnováhy a rozložení tuku v těle (Papežová, 2003, s. 22). Genetický podíl je při vzniku anorexie 50-90 %, při vzniku bulimie 35-83 % (Papežová, 2003, s. 21). Při výskytu v rodině je zde velká pravděpodobnost, že se u dalších členů nemoc projeví také, tento jev může být způsoben vlivem stejného sociálního prostředí, hodnot či stylu života (Vágnerová, 2004, s. 467). Nejvíce ohrožené jsou příbuzné ženského pohlaví (Papežová, 2003, s. 21). Jak Vágnerová (2004, s. 467) dále uvádí, genetické studie,

kteřé zmiňuje Strober (1995, v Geldner a kol., 1996), prokazují souvislost dispozice ke vzniku mentální anorexie a afektivní poruchy.

Nezanedbatelnou roli v lidském těle hrají hormony. Energetickou rovnováhu organismu ovlivňuje hormon leptin, který potlačuje chuť k jídlu a tak i jeho příjem a úbytek váhy (Drago in *Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities: workshop*, 2007, s. 22). Pro regulaci příjmu potravy je dále důležitá funkce hypotalamu, jeho dysfunkce se však může projevit teprve za zvýšeného stresu. K těmto potížím přispívá i porucha systémů regulujících pocity hladu a sytosti. Za možnou příčinu vzniku bulimie lze považovat nedostatek serotoninu, chuť k jídlu podporuje také noradrenalin. Nadbytek serotoninu oproti tomu množství jídla a dobu mezi jídly redukuje. (Lebl, 1997; Paclt a Florián, 1998; Graham a kol., 1999; Köhler, 1999, in Vágnerová, 2004, s. 468)

Závažným faktem je, že ve stravě chybí dle výzkumu středoškolské mládeže dostatek vlákniny, vápníku a vitamínů, jsou zde také nedostatky ve stravovacích a pohybových návycích (Fialová; Krch, 2012, s. 115). Absence zdravých stravovacích návyků je v poslední době eliminována snahou zavést do školních kantýn a automatů zdravější potraviny.

Obezita

Zvláštní pozornost je v souvislosti s PPP věnována obezitě jako jednomu z možných doprovodných jevů těchto problémů. Výrazný vliv na výskyt obezity má pohlaví jedince - větší riziko výskytu obezity je u žen.

„Ženy všech věkových skupin a ras mají tendenci tloustnout více než muži. Ženy během dospívání spíše tloustnou a přibývají na tělesném tuku, zatímco muži spíše hubnou. Dospívající ženy s bílou barvou pleti a z rodin s vyššími příjmy jsou zpočátku dospívání silnější, ale koncem dospívání štíhlejší než ženy z rodin nižšími příjmy.“ (Garn a Clark, 1975, v Krch a kol., 2005, s. 49)

Obezita se v posledních letech u dětí a mládeže vyskytuje vzhledem k sedavému způsobu života poměrně často. Prevalence nadměrné hmotnosti se u 6-14letých dětí dle Bunce a Štilce (2007) pohybuje okolo 29 % (Fialová, Krch, 2012, s. 103).

Nadváha může být spojena s osamělostí. Jelikož člověk se za nadváhu stydí, nevěnuje se kariéře, sociálnímu a rodinnému životu, jídlo pak slouží jako útěcha, čímž se dotyčný ocitá v začarovaném kruhu. Obezita z přejídání je v podstatě neurózou, jedná

se o poruchu regulace chuti k jídlu (Marádová, 2007, s. 22). Mezi záchvatovitým přejídáním a obezitou nachází souvislost i Marcus a Wing, tyto záchvaty nacházejí u 20-46 % obézních. Dále uvádějí, že až 20 % lidí léčených pro obezitu může trpět bulimií (Novák, 2007, s. 394). U vzniku obezity hraje v posledních letech významnou roli stres, který je diagnostickou jednotkou jak pro obezitu a psychogenní přejídání, tak i pro další spektrum PPP (Papežová, 2004, s. 291).

Obezita může souviset také s diabetem. Často se vyskytuje komorbidita poruchy příjmu potravy a diabetu 1. typu, kde dieta patří k nejjednodušším léčebným prostředkům, ale v praxi je pro nemocné většinou její dodržování obtížnější než užívání léků nebo aplikace inzulínu, u diabetiček užívajících inzulín byl dle studie (v Essenu, 1998) nižší výskyt bulimie, zatímco u diabetiček 2. typu byl vysoký výskyt záchvatovitého přejídání (Hrachovinová, 2002, s. 283-284). Podle mnoha studií je souvislost mezi nevhodnými stravovacími návyky, dietami a právě diabetem doložena. Ve studii Krcha a kol. (2000) se ukázalo, že diabetičky ve srovnání s normální populací mají častěji nadváhu a snaží se zhubnout. Silná je vazba obezity i s diabetem 2. typu (Fialová, Krch, 2012, s. 232). Nadměrná péče o hmotnost, a to i ze strany zdravotníků, může být rizikovým faktorem pro vznik jídelních problémů až PPP (Hrachovinová, 2002, s. 284).

Marcus a Wing (1987) uvádí, že až 46 % obézních, kteří se účastní programů pro hubnutí, trpí záchvaty přejídání a až 20 % pro obezitu léčených jedinců může odpovídat kritériím pro mentální bulimii. Obezita je dále doprovázena již zmíněnými dietami, zvracením či užíváním laxativ nebo diuretik. Pacienti s PPP mají podobné postoje jako lidé s obezitou – strach z tloušťky, osobní ambice a reakce v oblasti příjmu potravy. (Krch a kol., 2005, s. 46-47)

Jak Krch a kol. (2005, s. 60) uvádí, podle autorů (Ciliska, 1990) se předpojatost vůči obézním lidem projevuje hlavně v předsudcích, že takoví lidé jsou hloupí, líní a oškliví a že, podle dalších autorů (Olbrach, 1978; Wooley a Wooley, 1979), se předpojatost vůči ženám projevuje s větší intenzitou. Štíhlost je spojována s mládím, zdravím, úspěšností, aktivitou a nezávislostí a společenské postavení obézních je tak výrazně slabší (Kocourková, 1997, s. 58-59) a lidem trpících nadváhou je často za jejich stav dávana plná odpovědnost (Novák, 2010, s. 57).

Obezitu ovlivňují dědičné faktory jako schopnost spalovat tuky a sacharidy, aktivita enzymů tukového metabolismu, citlivost k hormonu inzulínu, chuťové preference tuků a sladkého nebo nastavení mechanismů regulujících tělesnou hmotnost v hypotalamu

(Krch a kol., 2005, s. 86). Podíl genů na vzniku a rozvoji obezity se dle Fialové a Krcha (2012, s. 230) pohybuje mezi 40-50 %.

Ve vyšším věku je zde riziko snadné unavenosti, onemocnění žlučníku, záněty kůže, netečnosti, zpomalenosti (Marádová, 2007, s. 22). I další varování před riziky nadváhy, jakými jsou srdeční selhání, vysoký tlak, kloubní problémy nebo cukrovka, strach z obezity podporují - dietu tak často drží i lidé s velice mírnou nadváhou, kteří ji nepotřebují a tyto diety jejich nadváhu mohou naopak v důsledku poruchy normální regulace váhy a energie zhoršit (Papežová, 2003, s. 42-43). Redukční diety zvyšují riziko vzniku PPP až osmkrát (Marádová, 2007, s. 16). Důsledkem obezity jsou i tzv. syndrom spánkové apnoe, zvýšené množství oxidu uhličitého v krvi (Pickwickův syndrom), žlučové kameny, ztučnění jater a zvýšené riziko nádorových onemocnění, důsledkem jsou i psychické komplikace, i když je otázkou, zda nejsou spíše příčinou (Fialová, Krch, 2012, s. 233-235).

Důležité je zdůraznit, že konzumace pro tělo zdravých potravin v žádném případě nezaručí jeho neškodnost, pokud není dodržena jeho maximální denní dávka, kterou je konkrétní jedinec schopný zvládnout a zpracovat. *„Žádné jídlo nevede nevyhnutelně k tloustnutí, to záleží na množství. Naopak konzumace jakéhokoliv zdravého jídla v nadměrných dávkách může být velmi nezdravá.“* (Papežová, 2003, s. 67)

Aktivní obézní jedinec má optimističtější prognózu, co se týče kardiovaskulárních onemocnění než štíhlý necvičící člověk – u obézních je tedy důležitější aktivita než redukce hmotnosti (Fialová, Krch, 2012, 235). V každém případě je nutné o prevenci obezity uvažovat již u dětí v kojeneckém věku. Nepřekrmovat dítě je však důležité v každém věku, jelikož obezita například ve třinácti letech předpovídá obezitu i ve věku dospělém (Marádová, 2007, 22).

1.2.2 Psychologické faktory

„U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vykytují depresivní a úzkostné příznaky (...).“ (Krch a kol., 2005, s. 69-70)

Dle Williamse a kol. (2007, s. 16) se alespoň jedna epizoda **deprese** objeví během života u 12 % mužů a 20 % žen, přičemž první epizody jsou zaznamenány u jedinců kolem 20 let, ve značné míře pak i u dětí a adolescentů. Krch a kol. (2005, s. 69) uvádí,

že podle Hsu (1990) kritéria depresivní poruchy splňuje zhruba 20 % anorektiček a 40 % bulimiček. Dle Theinera (2011, s. 106) se deprese v komorbiditě s PPP vyskytuje až v 60-95 %, kdy „*se depresivní syndrom u bulimie jeví etiologicky podobný depresivní poruše a podobně také reaguje na léčbu antidepresivy. U mentální anorexie je etiologie patrně odlišná a reakce na antidepresiva je minimální.*“ Většina prací se drží výkladu, že deprese je speciálně u mentální anorexie sekundárním projevem a je vázána na stav hladovění (Kocourková, 1997, s. 50). Výskyt depresivních poruch v rodinách s anorektickou pacientkou vedl k uvažování o afektivní poruše, která by byla přenášena geneticky a podložena biologicky, výsledky žádného z výzkumů ale tuto teorii zatím nepodložily (Němečková, 2007, s. 155). Zvýšený výskyt deprese je zaznamenáván u diabetiků a diabetiček zvláště s jídelními problémy (Hrachovinová, 2002, s. 287). Je také důležité podotknout, že v raném stádiu deprese, kdy se nálada začne horšit, není nálada tou, která působí potíže, ale je to spíše reakce na ni - obvyklou reakcí je se ze špatné nálady vymanit a zbavit se jí jakýmkoliv způsobem, což ale povětšinou způsobí jen utvrzení nebo zhoršení duševní bolesti, které se jedinec snaží uniknout (Williams a kol., 2007, s. 2).

I osoby s hraniční poruchou osobnosti mají u pacientů větší zastoupení a nemoci přispívají i charakterové vlastnosti jako perfekcionismus, puritánství a asketismus, sebekritičnost, impulzivita, nestálost, závislost, zranitelnost a úzkostnost (Papežová, 2003, s. 25). Krch a Fialová (2012, s. 191) uvádějí, že podle Krcha (2000) úzkostnost a nízké sebevědomí sice patří mezi možné rizikové faktory vzniku PPP, ale prvotní úbytek hmotnosti u mentální anorexie je spojen paradoxně s jeho posílením a dívky ohrožené PPP jsou tak sebevědomějšími než jejich vrstevnice. Také negativní emocionalita, nepřiměřená sebekontrola a nízká sebeúcta jsou u adolescentů příčinou nespokojenosti se svým tělem (Novák, 2010, s. 18-20). Jak zmiňuje Papežová (2004, s. 292-294), ke ztrátě sebekontroly dochází při přechodu z anorektického do bulimického chování. V případě duševních poruch má ale motivace odmítání jídla jiný charakter, kdy pacientům nejde o hubnutí - například u depresivního syndromu je nechutenství až sekundárním znakem, u psychotických poruch schizofrenního typu může jít o bludy, kdy si pacient myslí, že jídlo je otrávené apod. (Kocourková, 1997, s. 18). U pacientů s PPP se uvádí výskyt další psychiatrické poruchy až v 97 %, z toho u 94 % jde o poruchu nálady, u 56 % o úzkostnou poruchu a u 22 % se jedná o zneužívání návykových látek (Theiner, 2011, s. 105).

Dlouhodobě **nefunkční rodinné vztahy** mohou být také jednou z příčin poruch příjmu potravy. Nejpravděpodobnější vliv rodiny na rozvoj nemoci spočívá v podněcování nemoci, kdy členové rodiny štíhlost chválí a oceňují sebekontrolu (Novák, 2010, s. 22). Nebo jde naopak o hanlivé komentáře týkající se tělesného vzhledu a váhy, obezity a diety ze strany rodinných příslušníků (Krch, 2004, s. 73). Mentální anorexii lze považovat také za projev neaktivní vzpoury, která se projevuje právě v oblasti jídla. V rodinách, které se prezentují jako bezproblémové, ale skrytě jsou orientovány na výkon a úspěch dětí, manipulaci, rodinné problémy neřeší a spíše je potlačují, ani není jiný způsob možný. Významným je i vztah mezi matkou a dcerou, kdy jsou matky anorektických dívek charakteristické svým perfekcionismem, kritičností, hyperprotektivností, přičemž samy bývají nesebevědomé a nejisté. (Vágnerová, 2004, s. 469). U dívek se poté objevují podobné rysy (Kocourková, 1997; Graham a kol., 1999, in Vágnerová, 2004, s. 469). V psychoanalytických teoriích je mentální anorexie považována za manifestaci konfliktního vztahu matky a dítěte, stejně tak i obava z dospívání a sexuality (Němečková, 2007, s. 155). Bruchová (1978) také upozorňuje na ranou zkušenost mentálních anorektiček s matkami, které dítě sice krmily vzorně, ale jen když samy měly hlad, takže dítě se muselo přizpůsobovat a nebudovalo si vlastní hranice (Kocourková, 1997, s. 47). Navzájem se ovlivňují také sourozenci, výskyt PPP je v tomto případě uváděn mezi 3-10 % (Krch, 2004, s. 73).

Narušená komunikace a nižší úroveň intimních vztahů se podle posledních zdrojů zdají být spíše důsledkem než příčinou (Papežová, 2004, s. 292). Přesto zvýšené riziko rozvoje PPP podporuje v rodině nedostatečná komunikace a rodičovská péče, nízké očekávání rodičů, absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nezávislost, výskyt alkoholismu, emočních poruch a sociální izolace v rodině.

V mnoha případech není jednoduché rozhodnout, zda k rodinné dysfunkci přispívají PPP nebo je tomu naopak. Role rodiny je navíc vyšetřována většinou retrospektivním dotazováním, což může výsledky ovlivnit a zkreslit.

Vývojové změny v adolescenci a syndrom rizikového chování

Pro vznik mentální anorexie a bulimie je období adolescence kritické. Je uváděno, že mentální anorexie je také vyjádřením strachu z dospělosti (Novák, 2010, s. 16). Zvracení u bulimie je zase možné pochopit jako symbolické odvržení něčeho nežádoucího – špatné vlastnosti apod. (Smolík, 1996, in Vágnerová, 2004, s. 469).

Rizikovým a zároveň velice častým je v tomto období experiment s jídlem. Dietní tendence a experimenty s jídlem se objevují již u dívek v osmém a devátém ročníku základní školy, kdy ze strachu z tloušťky zvrací, vynechávají některé z hlavních jídel a vyhýbají se společnému jídlu v jídelně či rodině (Marádová, 2007, s. 17). Během vývoje se mění nejen energetická potřeba, ale také možnosti, kdy se většina dospívajících začíná sama rozhodovat o tom, kdy, kde a co budou konzumovat, čímž se zvyšuje riziko nevhodných stravovacích návyků – jediným pravidelným a nutričně vyváženým jídlem bývají právě obědy ve školních jídelnách. Přístup k jídelním návykům se může lišit v závislosti na stádiu adolescence.

Obecně znát vývojová období adolescentů je důležité při realizování psychologických strategií (Kocourková, 1997, s. 65). Většina vývojových členění se shoduje na tom, kdy puberta končí, méně ale na tom, kdy začíná. Kocourková (1997, s. 68) zmiňuje Elliota a Feldmana (1993), kteří adolescenci rozdělují do tří základních fází:

- raná adolescence 10–14 let
- střední adolescence 15-17 let
- pozdní adolescence 18-20 let

Nejčastěji jsou zdůrazňovány čtyři okruhy období adolescence: separace od rodiny, vývoj dospělé sexuality, formace identity, vývoj sociální a pracovní kompetence (Kocourková, 1997, s. 68-69).

Zásadní v každém období adolescence je přijetí ženské role, s čímž se některé dívky nedokáží vyrovnat. Mají z ní strach, a tak se jí snaží vyhnout. S přijetím této role úzce souvisí sexualita (Vágnerová, 2004, s. 468).

Adolescentní dívky se svou váhou zabývají velmi často a je uváděno, že zhruba mezi 17–18 lety se až 60 % dívek vidí jako „tlusté“ a drží diety, aniž by měly s vyšší hmotností problém (Kocourková, 1997, s. 45). Mezi 9-10 lety se snaží zhubnout až 40 % dívek (Novák, 2010, s. 13). Krch (2004, s. 72) uvádí, že ve věku 13 let 35 %

dívek a 13 % chlapců nejsou spokojeni se svým tělem a až 50 % dívek si přeje zhubnout. Dívky jsou navíc ve vztahu ke svému tělu uvědomělejší než chlapci a v případě nespokojenosti je zde výraznější snaha o nápravu pohybem a stravováním (Fialová, Krch, 2012, s. 115). Mají také ke svému tělu nižší úctu a nižší sebevědomí vázané na tělesný vzhled (Krch, 2004, s. 71). U dospívajících diabetiček, které mají sklon k obezitě, je také pravděpodobnost výskytu PPP a dalších psychických problémů (Hrachovinová, 2002, s. 286).

Se změnou postavy se tedy v dospívání každý vyrovnává jinak, závisí na osobnosti, jak je se svým tělem schopna se vyrovnat a identifikovat. Je také nutné brát v úvahu, že se změny u obou pohlaví značně liší.

„Z pohledu pozorovatele nejde u chlapců o tak výraznou kvalitativní proměnu. Sekundární pohlavní znaky nejsou v běžném sociálním kontaktu viditelné, zjevný je především růst postavy a rozvoj svalstva, což je obecně akceptováno pozitivně.

Proměna postavy dívek je na první pohled mnohem nápadnější a ostatní lidé ji chápou jako signál zásadnější kvalitativní změny. Z tohoto důvodu může okolí i dívka sama také jinak reagovat, nejednoznačně, nebo dokonce odmítavě. Proměna může přijít neočekávaně, příliš rychle a dívku zaskočit.“ (Vágnerová, 2004, s. 465)

Změny jsou viditelnější proto, že u žen se v pubertě mění procento tuku v těle až na 17-25 % tělesné váhy a rychle narůstají hladiny estrogenu (Papežová, 2004, s. 296). Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 464), prožívána je jakákoliv změna, a to i pokud neznamena zhoršení. Vštípená představa o svém těle může přetrvávat i po změně, kdy tělo už představě neodpovídá. Příkladem může být v dětství baculatější dívka, které je její vzhled připomínán a ta se tak považuje za tlustou. Svůj postoj vůči tělu však nezmění, ani když dospěje a zeštíhlí – změna těla tedy nemá význam, pokud se nezmění postoj člověka. Dívky často považují za ideální hmotnost tu, co měly před pubertou (Kocourková, 1997, in Vágnerová, 2004, s. 468).

V souvislosti s PPP u adolescentů se hovoří o syndromu rizikového chování. Za rizikové chování je považováno, kromě experimentu s jídlem a následných PPP, také šikana, násilí ve školách, záškoláctví, užívání návykových látek, anabolik a steroidů, obecně kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování a mnohé další. Jak uvádí Dolejš (2010, s. 19), podle Miovskeho a Zapletalové (2006; www.adiktologie, 2010) jde v případě rizikového chování o soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné vědecky zkoumat a ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi.

1.2.3 Sociální a kulturní faktory

„Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory.“ (Krch a kol., 2005, s. 60)

V našich sociokulturních podmínkách je na tělesnou atraktivitu kladen velký důraz. Štíhlost je současným ideálem, což je rizikem patologického vztahu ke svému tělu. Mediálně prezentované vzory jsou akceptovány jako normální, přestože jsou jen krajností a zbytku populace nedostupné, nehledě na to, že dívky se v dospívání tomuto vzoru ještě více vzdalují. Jak Vágnerová (2004, s. 466) uvádí, dívky, které se se svým tělem neidentifikovaly, zaujímají proti němu negativní postoj a mohou ho považovat za příčinu problémů v mezilidských vztazích či zaměstnání. Přestože tyto problémy většinou nejsou způsobeny vzhledem, mnoho dívek věří, že by měly větší úspěch jako štíhlejší. Tímto způsobem může dojít až k poruchám příjmu potravy.

Ke snížení výskytu PPP nepřispívá ani fakt, že *„velká část mladých žen dnes zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim a neví, kolik by měly vážit“*, přičemž intenzita s jakou je dietní chování realizováno závisí na individuálních možnostech, které souvisí s věkem, osobností a rodinným prostředím (Krch, 2007, s. 421).

Jak Novák (2010, s. 42) podotýká, v dětství mohou mít vliv na pojetí sebe sama pohádky. Zpovědi či osobní příběhy nemocných v knižní podobě mohou být také nebezpečné, protože celou problematiku často podávají jednostranně a dramaticky (Krch, 2007, s. 422). Jedinec se dále setkává s tím, že na štíhlost je zaměřena móda, štíhlost prezentují i média reklamami, modelkami, herečkami, anorektické způsoby života jsou podporovány také na internetu. Současná média o štíhlé linii a dietách pojednávají více než dříve, a tak je posun ženského ideálu směrem ke štíhlosti nejen přijímán, ale i preferován stále větším počtem žen a mužů.

Štíhlost vzbuzuje dojem sebekontroly, ale už bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo (pomocí techniky, operací), příčinou vzniku mohou být i rady o zdravé výživě, přičemž ale o nezdravém jídle mluvit nelze - škodlivé je pouze jídlo nevyvážené (Papežová, 2003, s. 19-20). Novák (2007, s. 400) podotýká, že *„povaha příčinného vztahu mezi mediálními obrazy ženského ideálu štíhlosti a symptomatologií poruch příjmu potravy zůstává nejistá. (...) Nebezpečí vzniká teprve tehdy, když konzumentky médií začnou považovat štíhlé postavy za přitažlivé.“*

Negativní úlohu ve vzniku PPP hraje také sociální učení (Bandura), kdy čím častěji se bude určitý jev objevovat (v médiích, na internetu), tím častěji bude napodobován, přičemž důležitým aspektem jsou zde i tzv. incentive – pobídky k takovému chování. Sociálně kognitivní teorie učení pracuje s vnímanou osobní zdatností - čím je nižší, tím má jedinec větší sklon ke špatným výkonům a nedostatečným řešením, což ovlivňuje jeho míru sebepřijetí. Teorie sociálního srovnávání (Festinger) upozorňuje na tzv. sestupné a vzestupné srovnávání, kdy sestupné je zdrojem pozitivního sebekonceptu, zatímco opakované vzestupné vede ke snižování sebeúcty. (Novák, 2010, s. 30-31)

Mezi pacientkami je mnoho dívek srovnávajících se se svým dvojčetem, matkou nebo s děvčaty ve sportovním oddílu, v tomto věku jsou totiž jedinci sociálně vnímavější, soupeřivější a sebevědomí je labilnější (Krch, 2004, s. 72). I podle Nováka (2010, s. 18) je nebezpečný **vliv vrstevníků** a kamarádských skupin, kdy si adolescentní dívky osvojují postoje (důraz na štíhlost) a chování (zneužívání projímadel) a chovají se tak buď pod tlakem povzbuzování, nebo naopak hrozícího posměchu, který by následoval po neakceptování vrstevnických norem.

Dalším z faktorů podporujících vznik PPP je v sociální oblasti **životní událost**, která způsobí změnu postoje. Jak Krch (2005, s. 64) uvádí, podle NICE (2004) je vážná životní událost příčinou mentální anorexie či bulimie až v 70 %. Jednat se může o zneužití, trauma nebo posměch nebo jde o dívky, které si neosvojily konstruktivní způsoby zvládání (coping) osobních krizí a PPP tak slouží k regulaci nepříjemných pocitů (Novák, 2010, s. 17). Dále se může jednat o rozvod nebo závislost rodičů, jinou rodinnou krizi nebo ztrátu blízkého (Papežová, 2003, s. 22). Především u bulimie se v anamnéze vyskytuje právě vývojový stres způsobený ztrátou rodičů, sexuálním zneužíváním, neadekvátní kritičností, vysokými nároky, zanedbáváním rodičovské péče či naopak přehnaným zájmem o dítě či alkoholismus (Papežová, 2004, s. 291-292). Pravděpodobnost vzniku mentální anorexie je vyšší, pokud dívky musí čelit změnám nebo požadavkům, kterým nejsou schopné se přizpůsobit (Novák, 2010, s. 16). PPP tedy sice vznikají jako reakce na vysokou hladinu stresu, významným rizikovým faktorem jsou ale především adaptační mechanismy, mezi které patří i schopnost vyhledat sociální podporu.

Riziko mohou představovat i určité **zájmy a profese**. Některé z nich lze jednoznačně označit za rizikovější v porovnání s ostatními, například balet nebo modeling. Jsou zde ale i další profese, které na první pohled nijak rizikově nepůsobí. Za rizikovou skupinu

jsou považovány dívky a ženy, jejichž profese nebo profesní příprava je spojena s fyzickým zevnějškem. Krch a kol. (2005, s. 60) zmiňuje fakt, že co se týče vzhledu, v souvislosti s profesionálním uplatněním je na ženy vyvíjen větší tlak a dle Palazzolliho (1974) si ženy musí svůj vzhled nejen udržovat, ale zároveň se vyrovnávat s profesionálním výkonem. Druss a Silverman (1979) zmiňují anorektické chování baletek, Garner a Garfinkel (1980) stejný problém zmapovali u profesionálních modelek a tanečnic. Hodges a kol. (1996) našli ve státě South Carolina studenty kulinární univerzity splňující tatáž kritéria onemocnění. Častá kontrola tělesné hmotnosti byla dále objevena u zápasníků (Enns et al., 1987; Woods et al., 1988), žokejů (King a Mezey, 1987) a gymnastek (Rosen a Hough, 1988). Brownell, Rodin a Wilmore (1992) upozorňují na dietní chování atletů, plavců a gymnastů. (Krch a kol., 2005, s. 45)

Uvedené profese nemusí nutně znamenat, že lidé v konkrétním odvětví zákonitě budou mít problémy se svoji váhou, jde pouze o zvýšené riziko výskytu poruch příjmu potravy. Dietní chování však nelze brát na lehkou váhu, k PPP může u některých jedinců vést.

2 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické „*odmítáním udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (např. hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (DSM-IV)*“ (Krch a kol., 2005, s. 113)

Následující podkapitoly jsou zaměřeny na popis konkrétních forem poruch příjmu potravy, na mentální anorexii a bulimii. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, možných příčin jejich vzniku může být několik. Okrajově je potom pozornost zaměřena na další nespecifické poruchy příjmu potravy.

2.1 Mentální anorexie

„Základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, resp. s odmítáním jídla.“ (Vágnerová, 2004, s. 470)

Mentální anorexie je tedy charakteristická úmyslným snižováním váhy nebo podváhou, přičemž si pacient mnohdy vůbec neuvědomuje závažnost svého chování a argumenty okolí o nebezpečnosti svého jednání ignoruje nebo popírá.

Nemocní neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí, přestože někdy uvádí důvody, proč nemohou (Krch, 2007, s. 420). Anorexie může proběhnout jako jedna epizoda s remisí nebo chronifikací, nebo může proběhnout v rámci několika epizod v rozsahu několika let, průměrná doba trvání tohoto onemocnění je 5 let (Němečková, 2007, s. 156). Podle MKN-10 a DSM-IV je v případě mentální anorexie veškerá snaha jedince orientována na redukcí hmotnosti (výchozí hmotnost může být různá) především držením drastických diet, nadměrným cvičením, zvracením či užíváním farmak. O mentální anorexii se jedná, pokud dojde k úbytku váhy o 15 %, u předpubertálních pacientů se nahlíží na nesplněný očekávaný váhový přírůstek (Kocourková, 1997, s. 16). Světová zdravotnická organizace pro anorexii stanovila hranici 17, 5 BMI (Papežová, 2012, s. 66). BMI je doplňováno dalšími měřeními, obvodem pasu či měřením síly vrstvy podkožního tuku (Němečková, 2007, s. 156). Novák (2007, s. 393) uvádí, že čím nižší BMI žena má, tím víc je ke štíhlému ideálu přitahována. Při stanovení diagnózy anorexie se však nesmí jednat o úbytek váhy v důsledku nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie, depresivních poruch a některých typů závislostí (Krch, 2007, s. 420).

V rámci anorexie se objevují dva typy, které se zásadně liší průběhem této nemoci. Specifickými typy anorexie jsou **nebulimický (restriktivní) typ**, kdy u pacienta nedochází k opakovanému přejídání a **bulimický (purgativní) typ** kdy k záchvatům přejídání dochází (Krch a kol., 2005, s. 17).

Uspokojení a snížení úzkosti přináší právě hladovění, resp. ovládnutí pocitu hladu a následně závislost na tomto pocitu. Jednou z obran těla je ale nadměrná potřeba jídla. Po přejedení mají anorektičky pocity neschopnosti, selhání, a tak si vyprovokují zvracení či užijí projímadlo, což se může opakovat. (Vágnerová, 2004, s. 470-471)

Vágnerová (2004, s. 471) uvádí, že podle literatury Kocourkové (1995) a Koutka (2000) tak reaguje zhruba 30-50 % pacientek trpících mentální anorexií. Nízkou váhu si pokládají za povinnost a téměř nikdy tedy nejde o nechutenství způsobené zdravotními problémy, ale o potlačování hladu a omezení příjmu (Kocourková, 1997, s. 17-18). Toto chování může vést až k úmrtí pacientky. Většina prací se shoduje na tom, že mentální anorexie je duševní nemocí s nejvyšší mortalitou (Stárková, 2009, s. 312).

Mezinárodní klasifikace nemocí zmiňuje i fakt, že kořeny těchto poruch (anorexie i bulimie) sahají až do dětství: „*Jestliže je počátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.*“ (Krch a kol., 2005, s. 113)

Onemocnění se pojí se ztrátou schopnosti nezaujatě hodnotit vlastní tělo, někdy je tělo posuzováno dokonce jako cizí objekt, který je na obtíž. Chybí zde motivace k léčbě, jelikož svůj problém popírají a mnohdy jsou impulzem k návštěvě lékaře až somatické potíže, které se v důsledku hladovění a podvýživy objeví (Vágnerová, 2004, s. 472). Je to zejména rozsáhlá endokrinní porucha, která u žen způsobuje amenoreu a u mužů ztrátu sexuálního zájmu a potence (Kocourková, 1997, s. 17).

Osobnost nemocných, kteří trpí anorexií, je charakteristická následujícími znaky: větší senzibilita, sebekontrola, racionalizace, nízká potřeba vyhledávat nové podněty, černobílý styl myšlení, důraz na platné normy a pravidla, perfekcionismus, nízké sebevědomí, sklony k sebeomezování, únikové obrany, introverze, rezervovanost, nedůvěřivost (Vágnerová, 2004, s. 473). Dále jsou dívky charakteristické svou výraznou přizpůsobivostí, odpovědností a úspěšností ve školní i zájmové činnosti, často ale v souvislosti s jídlem lžou a dostávají se tak do konfliktů s rodiči (Kocourková, 1997, s. 19). Omezování se v jídle bývá paradoxně spojeno se zvýšeným zájmem o něj, kdy na ně pacientky neustále myslí, sbírají recepty a rády vaří (Marádová, 2007, s. 7). Mnohé anorektičky se svou nemoc snaží skrývat volným oblečením, některé se jí naopak pyšní a volí oblečení těsné a upnuté (Němečková, 2007, s. 156).

Kocourková (1997, s. 101) uvádí, že mentální anorexie se podle Horneho (1985) dělí na tři stadia:

- Prodromální stadium předchází váhovému úbytku, je spojené s traumatem či stresem, který vede ke snížení sebeúcty nebo ke zvýšení pozornosti zaměřené na své tělo.

- Omezování příjmu potravy, ztráta váhy doprovázena příjemnými pocity, hrdostí nad kontrolou, strachem z přibrání. Odmítání přiznání si patologického procesu, chybí i motivace k terapii a pomoc je považována za agresi.
- Somatické komplikace často doprovázené depresí, zhoršením paměti, pozornosti, konflikty s blízkými. V této fázi je pacientka k terapii motivovanější, i když touží spíše po odstranění sekundárních potíží a z přibrání má stále strach.

„Podle současných údajů 44 % pacientů dosáhne remise, tedy netrpí příznaky onemocnění, 28 % dosáhne neúplné remise. 24 % onemocnění má nepříznivou prognózu.“ (Němečková, 2007, s. 156)

2.2 Mentální bulimie

„Základním příznakem mentální bulimie je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání.“ (Vágnerová, 2004, s. 474)

Pro mentální bulimii je tedy typické přejídání se množstvím vysokokalorické stravy (tzv. binge eating) a přehnaná kontrola váhy (Novák, 2010, s. 11). Epizody přejídání probíhají nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců, a to v podobě konzumace většího množství jídla v krátkém časovém rozmezí (Němečková, 2007, s. 156). Podle MKN-10 a DSM-IV je mentální bulimie charakteristická především nadhodnocováním hmotnosti a proporcí těla a přeceňováním jeho významu v rámci sociálního postavení. Frekvence záchvatů je různá, množství potravy velké (finanční náročnost). Nasycení doprovází dočasné uspokojení následované pocity viny a nutkavostí se požitou stravou zbavit. Nemocní postižení mentální bulimií mají většinou tendenci svou situaci řešit a jsou tedy k léčbě více motivováni. (Vágnerová, 2004, s. 475)

Nejtěžší je, stejně jako u anorexie, začít jíst pravidelně a vzdát se diet – přestože zpočátku tato změna může vést k nárůstu váhy, důležitá je její stabilizace. Diabetičtí pacienti mohou navíc úmyslně zanedbávat inzulinovou léčbu (Kocourková, 1997, s. 17).

Pro stanovení diagnózy mentální bulimie je důležité vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu,

přejídání se vyskytuje i u obsedantních a depresivních poruch, u mánie a oligofrenie (Krch, 2007, s. 420).

Osobnost nemocných trpících mentální bulimií je charakteristická následujícími znaky: impulzivita a neschopnost sebeovládání, emoční labilita, prožitky deprese a úzkosti (Vágnerová, 2004, s. 475). Pacienti nejsou považováni za významně přizpůsobivé, vyznačují se perfekcionismem, sebeovládáním a ztrátu sebekontroly během bulimických epizod považují za selhání provázené pocitem viny a studu (Kocourková, 1997, s. 19). Bulimie se často vyskytuje v komorbiditě se závislostí na alkoholu či drogách, sebepoškozováním a suicidálními pokusy typu intoxikací (Stárková, 2004, s. 314). V této souvislosti je proto důležité věnovat pacientovi zvýšenou pozornost a v případě podezření na sebepoškozující aktivity okamžitě vyhledat odbornou pomoc.

Stejně jako anorexie i bulimie se liší ve svém průběhu, a to konkrétně charakterem snižování váhy. Specifickými typy bulimie jsou **purgativní typ**, kde jsou zneužívána laxativa, diuretika či je vyvoláváno zvracení a **nepurgativní typ**, kdy jsou drženy diety, hladovky nebo pacient intenzivně cvičí (Krch a kol., 2005, s. 19). Pokud se u bulimie objeví výrazný úbytek tělesné hmotnosti (normálně tomu tak není) a BMI starších pacientů je nižší než 17,5, jedná se o bulimickou (purgativní) formu mentální anorexie (Marádová, 2007, s. 8). U bulimie je také velké riziko dietního chování – několikadenní půsty a omezování nebo vylučování vysokokalorických jídel, kdy při selhání nebo při náhlém přístupu k „nebezpečným potravinám“ se pacienti přejídají (Papežová, 2003, s. 66). Pacientky většinou mají určitou skladbu potravin, které při záchvatu konzumují (Němečková, 2007, s. 157).

S bulimií související psychogenní přejídání se od toho prostého liší zejména tím, že následuje do 2 hodin po požití většího množství jídla a je doprovázeno pocitem ztráty kontroly nad jídlem, znechucení a studu (Papežová, 2003, s. 17-18).

Noční přejídání je také doprovodným jevem bulimie. Diagnostická kritéria byla stanovena Stunkardem a jsou jimi „*konzumace nejméně čtvrtiny celkového množství kalorií konzumovaných během jednoho dne a po večeři a nespavost. Nespavost nejméně polovinu času spánku před a po půlnoci a ranní anorexie se zanedbatelnou snídaní.*“ (Papežová, 2003, s. 18)

Velmi často se v anamnéze bulimických pacientů vyskytuje dřívější epizoda mentální anorexie s odstupem několika měsíců či let, a to v mírné podobě přiměřené ztráty váhy nebo přechodnou amenoreou (Kocourková, 1997, s. 17-18). Dle Krcha

(2007, s. 421) se v anamnéze pacientů s mentální bulimií uvádí kratší či delší období anorexie ve více než polovině případů. Je tedy důležité v průběhu anorexie či v případě mírné ztráty váhy zaměřit pozornost na náhlou změnu způsobu stravování, která by mohla indikovat nástup mentální bulimie.

V případě mentální bulimie je prognóza bohužel o něco pesimističtější, než je tomu u budoucího vývoje mentální anorexie: „Asi 27 % pacientek dosáhne léčením plné remise, 40 % neúplné remise, nepříznivý průběh s chronifikací je u 33 % pacientů.“ (Němečková, 2007, s. 157)

2.3 Nespecifické poruchy PPP

„Atypické PPP jsou u dětí důležité vzhledem k nebezpečnosti snížení tělesné hmotnosti ohrožující tělesný růst a celkový vývoj. Vymezení atypické PPP se může lišit v závislosti na délce onemocnění a na tom, zda je dominujícím příznakem pokles hmotnosti.“ (Krch a kol, 2005, s. 114)

Krch a kol. (2005, s. 114) uvádí, že v dětství PPP zahrnují emoční poruchu s vyhýbáním se jídlu (Higgs, Goodyer a Birch, 1989), vybíravost v jídlu (Bryant-Waugh a Kaminski, 1993), odmítání jídla a syndrom pervazivního odmítání (Lask, Britten, Kroll, Magagna a Tranter, 1991).

Dětská vybíravost a vyhýbání se jídlu jsou do určité míry normální, toto jídelní chování však nesmí překročit hranici, kdy se pro dítě stává z dlouhodobějšího hlediska nebezpečným. Kromě již zmíněných existují i další nespecifické poruchy, jakými jsou syndrom nočního přejídání, pica, drunkorexie, ruminace, orthorexia nervosa, bigorexie, Adonisův syndrom nebo záchvatovité přejídání.

2.3.1 Emoční porucha spojená s vyhýbáním jídlu (FAED)

Tento termín, jak uvádí Krch a kol. (2005, s. 114), byl přejat od Higgse et al. Dítě může mít spoustu důvodů, proč odmítá přijímat potravu: strach, že mu bude špatně, strach z nákazy, strach z udušení, strach z polykání či důvod, že „nemá hlad“, „nemůže jíst“ nebo ho „bolí břicho“.

Tyto děti jsou stejně ohroženy jako typičtí pacienti s mentální anorexií, na rozdíl od nich ale na intervenci obvykle reagují velice dobře (Krch a kol., 2005, s. 114).

2.3.2 Vybíravost

Středem zájmu je u těchto dětí spíše druh jídla než jeho množství, kdy jsou orientovány pouze na dva až tři druhy potravin (sušenky, hranolky), což může vyvolávat rodinné konflikty. V adolescenci se ale často tyto problémy vyřeší samy a není třeba se jimi nijak zvlášť znepokojovat. (Krch. a kol., 2005, s. 114)

Syndrom pervazivního odmítání

Jedná se o extrémní formu vyhýbavého chování typického pro posttraumatickou stresovou poruchu (je třeba brát v úvahu i zneužívání), kdy dítě odmítá jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat. Vyhýbání se jídlu může v dětství souviset i se somatickou nebo jinou psychickou poruchou: obsedantně-kompulzivní porucha, deprese, chronický únavový syndrom, zánětlivé poruchy střev apod. (Krch a kol., 2005, s. 115)

3 Důsledky PPP

Poruchy příjmu potravy mají na pacienty nepříznivý vliv, a to především v oblasti tělesných funkcí. Při dlouhotrvajících komplikacích mohou mít až fatální důsledky, od nevratných změn v organismu až po úmrtí. PPP se projevují v podobě zdravotních komplikací a změnami týkajícími se sexuality a plodnosti.

Některé pacientky splňují diagnostická kritéria pro mentální anorexií a při jiných příležitostech pro bulimii (Krch a kol., 2005, s. 94). Hranice mezi těmito dvěma onemocněními je nejasná a příznaky u pacientů mohou být kombinované.

3.1 Zdravotní komplikace

Mezi nejobvyklejší zdravotní komplikace patří kardiovaskulární a endokrinní. U dospělých jsou potíže spojené s mentální anorexií často po návratu ke zdravému stravování reverzibilní. U dětí tomu tak ve většině případů není (Krch a kol., 2005,

s. 116). Rozdíly jsou zapříčiněny jednotlivými chybějícími složkami (tuky, sacharidy, bílkoviny, vitaminy). Mezi **fyzické obtíže** způsobené primárně ztrátou tělesné hmotnosti nebo v důsledku zvracení, užívání projímadel a diuretik patří dle Krcha a kol. (2005, s. 93-101) kromě kardiovaskulárních komplikací následující:

- komplikace renální – hypochloremie, hypochlorní metabolická alkalóza
- gastrointestinální – benigní zduření parotických slinných žláz, ústní a zubní potíže
- kosterní – osteomalacie, osteoporóza, snížená minerální denzita kostí
- endokrinní – amenorea, hypogonadismus, zvýšená hladina kortizolu v plazmě
- hematologické – změny krevního obrazu a kostní dřeně
- neurologické – tonicko-klonické křeče, zmatenost, tetanie, svalová slabost
- metabolické – zhoršení regulace tělesné teploty
- dermatologické – suchá kůže, karotenodermie, ochlupení, modřiny, vyrážky

Při užívání hormonální antikoncepce se amenorea nemusí projevit, menstruace vymizí až po vysazení, přičemž tyto dívky mají také nápadně velká prsa v porovnání s vyhublým tělem (Kocourková, 1997, s. 49-50). Pokud jedinec reaguje na stresovou zátěž manipulací s jídlem, hladověním či přejídáním, mohou být poškozeny homeostatické mechanismy (Papežová, 2004, s. 294). Bulimičky si navíc často zvracení vyvolávají prstem nebo různými předměty, dochází tak ke zranění krku a jícnu.

Mentální anorexie a bulimie narušují také psychickou pohodu, osobní, rodinný a společenský život. Mezi **psychickými problémy** se podle Papežové (2003, s. 37) objevují následující:

- zhoršení nálady, plačtivost a pesimismus
- vtíravé myšlenky na jídlo a někdy touhu po přejedení
- snížení zájmu a schopnosti udržovat vztahy
- snížení koncentrace a výkonnosti
- malé problémy se zdají nezvládnutelné
- problémy s myšlením (flexibilitou)

Dle Marádové (2007, s. 15) je to dále:

- zvýšení sebevědomí – na začátku onemocnění, přibývajících nejistota – v průběhu
- posilování závislosti na okolí, které reaguje úzkostí a obavami
- dospívající, kterým hladovění „nejde“, při pocitu přejedení hledají jiné prostředky jako kouření a experimentování s návykovými látkami

Dalším možným neblahým důsledkem je v případě PPP zvýšená četnost sebezpoškození, které se dle Papežové a dalších autorů v *Addiction and Eating disorders – Neurobiology and Comorbidities: workshop* (2007, s. 26) objevuje až ve 30-40 %.

U dětí je rozpoznání potíží v důsledku PPP složitější než u dospělých – jsou rychleji dehydratované, před pubertou rychleji hubnou (Irwin, 1981), amenorea může být primární a podvýživa se nemusí projevovat pouze nízkou tělesnou hmotností, ale také opožděnou pubertou. Nejlepšími indikátory vážných problémů jsou u dětí stopy oběhové dekompenzace ve formě hypotenze, bradykardie a nepřítomnost periferního pulzu (Krch a kol., 2005, s. 116). „*Dlouhodobé následky časného počátku PPP nejsou stále ještě dostatečně prozkoumány.*“ (Krch a kol., 2005, s. 117)

Sexualita a plodnost

„*Existuje shoda v tom, že u většiny žen se během aktivní fáze mentální anorexie v důsledku vyhublosti a s ní spojené snížené činnosti pohlavního systému (hypogonadismu) projevuje výrazně snížený zájem o sex* (Tuiten et al., 1993).“ (Krch a kol., 2005, s. 103)

U chlapců s psychopatologickým vztahem k jídlu se v důsledku rozsáhlé endokrinní poruchy také snižuje zájem o sex a způsobuje ztrátu potence (Kocourková, 1997, s. 17). Chudý sexuální život je tedy spojen především s dlouhodobým hladověním, podvýživou a neuspokojivým sociálním životem (Krch, 2004, s. 72).

Krch a kol. (2005, s. 105-111) uvádí, že bulimičky jsou obecně v této oblasti přibližně stejně sexuálně aktivní jako jejich vrstevnice a zmiňuje další problémy týkající se menstruace, plodnosti, těhotenství a rodičovství:

Vynechání **menstruace** je typické pro anorexii, je způsobena ztrátou tělesné hmotnosti, snížením množství tuku v těle, hyperaktivitou. Po normalizaci tělesné hmotnosti se menstruace obnovuje (Krch, 2004, s. 72). Je třeba podotknout, že ztráta menstruace nemusí být mladou dívkou považována za něco nepříjemného.

Téměř všechny anorektičky jsou v aktivní fázi anorexie **neplodnými**, a to v důsledku omezení sexuální aktivity nebo hormonálních poruch. Přesto podle Marshalla

a Palmera, 1988, in Krch a kol., 2005, s. 107) může k otěhotnění dojít i při ztrátě menstruace.

Během **těhotenství** dle Krcha (2004, s. 72) dochází u anorektiček k zesílení úzkosti, deprese a strachu z tloušťky, což může posílit jejich snahu tloustnutí bránit, přestože si jsou vědomy, že by jejich dítě mohlo být v důsledku nedostatečné výživy poškozeno. Stejně je tomu u bulimických pacientek.

3.2 Sociální důsledky

Na sociální fungování má značný vliv **rodičovství**. Rodičovství je u pacientek problematické, protože symptomy narušují každodenní rodinný život a jsou v rozporu s citlivým rodičovským přístupem. Rodiče kromě toho mají také problémy v interpersonálních vztazích, což v první řadě významně ovlivňuje vztah rodič-dítě.

Bylo uskutečněno mnoho studií, které se této problematice týkají, avšak často s protichůdnými výsledky. Například jak uvádí Krch a kol. (2005, s. 109) v dánské studii (Brinch, Isager a Tolstrup, 1988) mělo bezproblémovější fungování ve výsledku více anorektických matek než bezdětných žen, zatímco ve studii Woodesida (1993) tomu bylo naopak. Pro mentální bulimii platí to samé (ve Woodsidově studii z roku 1993 byli zahrnuti i bulimičky).

Problémy se vykytují i v oblasti mezilidských interakcí, kdy pacient není schopen navazovat nové vztahy či udržet na stávající úrovni ty staré. To následně negativně ovlivňuje psychickou stránku osobnosti, kdy člověk nemá sociální oporu, nemá se na koho obrátit ve chvílích krize a problémy se tak rozšiřují do dalších oblastí života, jakými jsou práce či studium.

„Pacienti se mohou stát sociálně izolovanými, což souvisí i s tím, že až 85 % času, kdy bdí, mohou být zaměstnání jídelními problémy a potížemi. Mohou se u nich projevit i poruchy v regulaci sebekontroly v jiných než jídelních oblastech, jako například drogy a promiskuita.“ (Kocourková, 1997, s. 20)

Co se týče negativního vlivu onemocnění na pracovní schopnosti, jedná se především o problémy s kognitivními dysfunkcemi, depresivní symptomatikou a somatickými důsledky, u mladších nepracujících dívek se objevují opakovaná studijní selhání (Papežová, 2010, s. 394).

4 Prevence a léčba PPP

„Hlavní zásadou při léčbě je všestranný multidisciplinární přístup a úzká spolupráce s rodiči.“ (Krch a kol., 2005, s. 122)

Přístup rodiny hraje důležitou roli nejen v případě samotné léčby, ale je také významným faktorem, co se týče primární prevence. Podpora a komunikace podporují rodinnou resilienci, která v mnoha ohledech práci s pacientem usnadňuje. Následující podkapitoly prevenci a léčbu PPP přibližují.

4.1 Prevence PPP

Informace, jak konkrétně řešit či předcházet PPP, lze získat v poradenských centrech a jiných institucích či ve svépomocných příručkách, v první řadě je však důležitá role rodiny a školy. Právě ve škole mohou být poskytnuty základní informace týkající se PPP a zdravých stravovacích návyků.

V rámci prevence návratu špatných stravovacích návyků a zároveň podmínkou pro úspěšnou léčbu je důležité nepřístupovat na podmínky, jež si (bývalí) pacienti kladou. Těmito požadavky jsou: jedení o samotě a v jinou dobu než ostatní, připravování jídla pro ostatní a pro sebe, jedení jen v případě hladu a toho, co dané osobě chutná, nejedení po 18. hodině, nejedení s určitým členem rodiny nebo nejedení v místnosti, kde je světlo, puštěné rádio a podobné záminky (Marádová, 2007, 20-21).

Důležité je předcházet strachu z tloušťky. Výchova ke zdraví by měla směřovat k zabránění jak obezity, tak přílišné vyhublosti. *„Dlouhodobě přínosným momentem prevence může být potlačování důrazu na tělesný vzhled dětí, oceňování jejich různorodosti a osobnostních kvalit.“ (Marádová, 2007, s. 23)*

Ve školním prostředí je žádoucím podpora výchovou ke zdravým stravovacím návykům, vhodnou formou jsou didaktické hry na rozvoj vědomí sebe samého, sebevědomí a zkoumání vlastní osobnosti (Marádová, 2007, s. 24). **Primární prevence** také spočívá ve výchově v rodině, kultuře stravování a v působení společnosti, kde je navíc důležité sebehodnocení, které média a kulturní vzory ovlivňují.

V rámci primární prevence řeší problematiku rizikového chování MŠMT prostřednictvím několika závazných dokumentů. Mezi hlavní patří Národní strategie

primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování a Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, v němž je zahrnut také Minimální preventivní program, jenž podléhá kontrole České školní inspekce ČR. Podle pokynu se na tvorbě Minimálního preventivního programu podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy, koordinaci tvorby a kontrolu realizace má na starost školní metodik prevence, který může spolupracovat i s metodikem prevence v pedagogicko-psychologické poradně. Realizace Minimálního preventivního programu se uskutečňuje v podobě interaktivních seminářů, besed či pobytových akcí.

Do primární prevence lze zařadit také mezinárodní výzkumnou studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků – HBSC (Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků, ©2012). Studie vychází ze stanoviska Světové zdravotní organizace, že životní styl v dospělosti je výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Česká republika se spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy studie poprvé účastnila v roce 1995. Výzkum se opakuje vždy ve čtyřletých intervalech.

Sekundární prevence spočívá v rozpoznání a ovlivnění ohrožených skupin, jakými jsou děti s obezitou a se zájmy jako modeling, tanec a další, **terciární prevence** se zaměřuje na zabránění relapsu a obnovení zdravého životního stylu.

Prevence dále existuje v podobě **prevence univerzální**, kterou vykonávají vládní politika a sociální instituce, **selektivní prevence** orientující se na rizikové skupiny a **cílové preventivní programy**, které jsou věnovány vysoce ohroženým skupinám (Fialová, Krch, 2012, s. 237-238).

Jak Papežová (2010, s. 314) uvádí, dle Krcha (2009) vyšel článek s doporučeními založenými na projektu EAT, který zkoumal jídelní chování adolescentů:

- snažit se zabránit dietám a podporovat dlouhodobou fyzickou aktivitu
- pracovat na pozitivním vnímání vlastního těla
- podporovat častější společné rodinné stolování a komunikaci o zdravém jídle a cvičení
- edukace matek o významu správné výživy, podpora komunikace rodičů s dětmi s nadváhou týkající se jejich možné šikany

Mezi další zásady při výchově dětí s narušeným postojem k sobě, stravovacím či pohybovým návykům dle Fialové a Krcha (2012, s. 238-239) patří:

- zdůrazňovat fakt, že nikdo není dokonalý, každý má své chyby
- učit mít rád sám sebe a své přednosti i nedostatky a vést k toleranci druhých
- neklást důraz na přílišnou zodpovědnost
- neřešit rodinné a jiné problémy před dítětem
- nezveličovat školní výsledky a chválit za jednotlivé úspěchy
- nesnažit se formovat dítě „k obrazu svému“ za každou cenu
- vyvarovat se soudům typu: „Ty vypadáš“, „Jsi tak vychrtlá, proč se nenajíš?“, „Všechno na tobě visí.“, „Jsi sobec, snažíme se ti pomoci a tobě je to jedno, nevážíš si toho“. Přijatelné jsou věty typu: „To nevádí, snažil ses, jak to šlo“, „Nezáleží na tom, jak vypadáš, mám tě rád a vždy se mi na tobě líbilo...“

Papežová (2003, s. 55-63) zmiňuje strategie, které mohou pomoci vyhnout se přejídání:

- jíst kontrolovaně a pravidelně podle předem vytvořeného plánu (při selhání se ihned k plánu vrátit) a naplánovat si činnost po jídle
- omezit jídlo na jedno nebo dvě místa (kuchyň, obývací pokoj)
- při vaření omezit ochutnávání
- věnovat se pouze jídlu, jíst pomalu a naučit se na talíři nechávat zbytek
- omezit zásoby jídla
- nenechat se do jídla nutit a mluvit s někým (poskytnutí podpory)
- omezit alkohol, který ke ztrátě kontroly nad jídlem přispívá

Co se týče prevence vzniku PPP u diabetiků, jejím základem je správná edukace, k jejímž zásadám patří zaměření se na výběr potravin, striktně nezakazovat sladké (diabetik 1. typu v přiměřeném množství sladké konzumovat může), odborníci by se neměli uchýlovat k „nálepkování“ potravin a pacienta jako „dobrý“/„špatný“ a zároveň si zejména u adolescentů ověřit, že dieta obsahuje jejich oblíbené potraviny (Brunerová in Papežová, 2010, s. 273). V případě cukrovky vede trvalý úbytek hmotnosti o 5-10 % ke snížení rizika jejího vzniku až o 50 % (Fialová, Krch, 2012, s. 232).

4.2 Léčba

Léčba by neměla být orientována pouze na pátrání po příčině, ale také na individuální situaci nemocného a z bezprostřední situace také vycházet. Odhodlat se a vytrvat v průběhu léčby je důležitým prvkem úspěchu. Právě motivace je jedním z nejdůležitějších stavebních kamenů léčby. Motivaci ke změně můžeme podle Papežové (2003, s. 28) rozdělit do pěti kroků: popření, úvahy o změně, příprava, akce a udržení. Významnou roli hrají také udržující faktory nemoci, jakými jsou primární zisk z poruchy - snižování úzkosti patologickou kontrolou PP a sekundární zisk – upoutávání pozornosti (Kocourková, 1997, s. 64).

Hospitalizace je podle Krcha kol. (2005, s. 188) nutná především z následujících důvodů:

- hmotnostní úbytek o 25 % a více
- dehydratace
- pomalý tep, nízký krevní tlak
- časté zvracení nebo zvracení krve
- deprese nebo suicidální chování

Herzog a Beresin (1991) považují hospitalizaci za nutnost, pokud ambulantní psychoterapeutická péče nepřinese do dvou měsíců žádné zlepšení v oblasti jídelních návyků (Kocourková, 1997, s. 98). Doporučována je také v případě výrazné sociální izolace (Krch, 2007, s. 422).

Doba hospitalizace se pohybuje okolo tří měsíců, u dítěte je potřeba sledovat jak váhový přírůstek, tak psychologické a psychopatologické problémy dítěte a jeho rodiny, přičemž práce je týmová ve spolupráci s dětským psychiatrem, psychologem a sociální pracovníci (Kocourková, 1997, s. 98). „*Při správně vedené léčbě lze počítat se vzestupem hmotnosti asi o 0,5 kg za týden.*“ (Kocourková, 1997, s. 122)

Léčba by měla potlačovat faktory přispívající k udržování nemoci, motivovat ke změně postojů k jídlu a co se týče kolektivu, neměl by být pacient šikanován, ale ani přehnaně chráněn před následky svého chování (Marádová, 2007, s. 16). Podle Papežové (2004, s. 296) je „*dalším úkolem terapie PPP zlepšit vztah*

mezi vnímáním negativních emocí při stresu a dissociovanými autonomními reakcemi a zkresleným vnímáním vlastního těla. “

Mezi pacienty se vyskytuje poměrně vysoké procento chronických průběhů PPP, a to ve 25-35 % (Papežová, 2001, s. 177). O chronicitu se u PPP jedná většinou v případě trvání 10 – 15 let (Krch, 2007, s. 421).

Problémem může být i postoj pacienta k nemoci. Mezi pacientkami doporučenými na specializovanou jednotku se jich nachází méně než polovina ve stádiu, kdy se chtějí uzdravit, třetina neví, zda se chce uzdravit a zbytek o uzdravení nejeví zájem (Papežová, 2001, s. 178).

K léčbě se využívá individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, behaviorálně-kognitivní přístup a farmakoterapie. K farmakoterapii se přistupuje zejména v případech s depresivní symptomatikou (Kocourková, 1997, s. 99). V případě bulimických, a to nejen diabetických pacientů, je pro terapeutický přístup vhodné přihlédnout k tomu, zda má pacient v anamnéze mentální anorexii nebo obezitu (Krch, 2007, s. 420).

4.2.1 Psychoterapie v komplexní léčbě PPP

Psychoterapie je nezbytná, přičemž preferována je KBT (Němečková, 2007, s. 157). Kocourková (1997, s. 99) uvádí, že Andersen (1990) zdůrazňuje respektování tří základních charakteristik vztahujících se k psychoterapii:

- zaměření na tzv. centrální dynamickou formulaci
- multimodalitu forem psychoterapeutického působení
- posloupnost v užití psychoterapeutických technik přizpůsobených potřebám pacienta

Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je využívána zejména u starších adolescentů a dětí s mentální anorexií nebo emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu. K individuální terapii by se mělo přistoupit, pokud zároveň probíhá deprese, obsedantně-kompulzivní porucha nebo specifické emoční poruchy (strach z polykání, udušení). Individuální terapie, kromě předešlých uvedených příkladů, následuje většinou po neúspěšné rodinné terapii. (Krch a kol., 2005, s. 120-121)

V rámci individuálního přístupu probíhá několik terapeutických metod, rodiče dítěte jsou informováni o způsobu léčby – někdy je s rodiči uzavírán kontrakt (Kocourková, 1997, s. 99).

Psychoanalýza se potom zaměřuje především na význam nevědomých obsahů a fantazií. Cílem je hlubší osobnostní změna, která vede k adaptivnějšímu způsobu života. Ve srovnání s dospělými je nutno dítě pojímat jako rostoucího jedince, kde je jiná úroveň kognitivních funkcí, verbalizační kapacita, introspektivní schopnosti a závislost na rodičích, kteří je do terapeutického procesu přivádějí. Terapeut musí být zaměřen na techniky pro mladší věk. Šedesátá léta přinesla orientaci na vztah se svým primárním objektem – matkou, týkající se hlavně pocitů bezpečí. Terapie je zaměřena na deficity ve vývoji ega, já a na počátku se klade největší důraz na vybudování kontaktu. Masterson (1985) rozděluje psychoterapeutické působení u pacientů s mentální anorexií na tři fáze: **Testování** začíná léčbou, kdy pacientova verbalizace neznamena vyjadřování jeho pocitů, ale slouží k manipulaci terapeuta a končí skutečnou terapeutickou aliancí. Při **propracování** dochází k otevřenému a verbálnímu vyjadřování pocitů, kdy pacient nadává, pláče, je depresivní, ale jí. A **separace** je charakteristická úzkostí ze separace od terapeuta. (Kocourková, 1997, 105-109)

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je tradičním programem pro adolescenty zaměřeným především na zvyšování sebeúcty. Probíhá mezi vrstevníky, zapojit se ale v rodičovské skupině mohou i rodiče. Skupina je vedena terapeutem. (Krch a kol., 2005, s. 120)

Skupinová psychoterapie pomáhá pracovat s úzkostmi vázanými s návratem z psychiatrického oddělení do kolektivu vrstevníků, kde jsou hospitalizované děti vystaveny otázkám typu ve které nemocnici byly a potřebují na ně být připraveny (Kocourková, 1997, s. 101).

Důležité je uvažovat o výhodách a nevýhodách heterogenních nebo homogenních skupin (diagnóza, pohlaví). Využívány jsou neverbální techniky jako arteterapie, muzikoterapie nebo práce s tělem. Ve spolupráci s rodiči jsou využívány dvě základní skupiny, diskuzní a vlastní terapeutická:

- **Diskuzní skupina** probíhá jednou týdně během hospitalizace a náplní jsou diskuze o rodičovské problematice zaměřené na racionální zvládnutí problému. Mezi účastníky neprobíhají významnější interakce.

- **Psychoterapeutická skupina** spočívá ve zvládnutí emočního prožívání, především pocity viny a vzteku a v pochopení, že jejich rodinné vztahy a potíže dítěte spolu mohou souviset (aniž by se na kohokoliv svalovala vina).
(Kocourková, 1997, s. 114-116)

Kognitivně-behaviorální terapie

Turk (1993) pokládá tuto terapii za vhodnou již u starších dětí s mentální anorexií, které chápou rozdílná řešení a přístupy (Kocourková, 1997, s. 105). Účinnost této terapie se pohybuje v rozmezí 40-60 % (Papežová, 2001, s. 177). Tento přístup je založen na rozpoznání a popsání problému, který je charakteristický některými svými přesvědčeními (např. černá/bílá) a v nejlepším případě poté následuje změna chování (Papežová, 2003, s. 50). Cílem je tento extrémní styl myšlení „všechno nebo nic“ změnit, jelikož se nevztahuje pouze na oblast jídla, ale i na morálku, úspěch a sebekontrolu – lpění na výborném prospěchu, kdy dvojka na vysvědčení je posuzována jako traumatizující (Kocourková, 1997, s. 104).

Novější formy KBT jsou orientovány i na motivační otázky, terapeutický vztah, interpersonální vztahy, emoční reakce na ohrožení a jsou na nich založené svépomocné manuály a aktivity (Papežová, 2001, s. 177).

Hlavním cílem je průběžné zvyšování váhy, což je zajišťováno pozitivním podmiňováním, například stupňováním sociálních výhod, jakými jsou účast na více aktivitách, vycházky, návštěva doma. Souběžně je důležité psychoterapeutické zaměření na prožívání, myšlení a vztahy k druhým lidem a zejména pozitivní vztah s terapeutem. Ten je u mladších pacientek většinou negativní a navíc přichází spíše na popud blízkých, ne z vlastní vůle. (Kocourková, 1997, s. 102-104)

Rodinná terapie

Užitečnost a efektivita rodinné terapie je nepochybná. Tento druh terapie je vhodnou volbou, pokud se objevují problémy v rodinných vztazích, a to zejména pokud dívka stále žije s rodiči. Působí zároveň také jako prevence vzniku problémů v komunikaci.

Rodinná terapie může probíhat i během hospitalizace, přestože je většinou poskytována ambulantně a pomáhá rodičům se s nově vzniklou situací vyrovnat (Kocourková, 1997, s. 113). Rodinná terapie se u dětských pacientů jeví jako výrazně

účinnější než jiné (Theiner, 2011, s. 106). Na standartní rodinnou terapii nereaguje kolem 10-20 % pacientů (Papežová, 2001, s. 177).

Jak Kocourková (1997, s. 111-112) uvádí, v rodinné terapii jsou významné dva směry: **strukturální orientace** Salvadora Minuchina a **strategická orientace** Mary Palazzoli-Selvini.

V prvním případě struktura rodin vykazuje známky nadměrně ochraňující rodiny, rigidní, bez schopnosti řešit konflikty. Terapie zahrnuje sezení s pacientkou, rodiči a sourozenci, intervence probíhá přímo a terapie je v první fázi zaměřena na odstranění symptomů. Druhá fáze je zaměřena na vztahové problémy a jasnost hranic mezi subsystemy (subsystem partnerský, rodičovský). Rosman et al. (1977) zmiňuje, že „u adolescentních anorektiček je třeba posilovat rodičovskou koalici a vliv rodičů, v období střední adolescence je třeba posilovat autonomii a individualizaci dítěte a bránit jeho intruzi do rodičovského subsystemu a u starších adolescentů je třeba napomáhat úspěšnému separování se od primární rodiny.“

Strategická orientace se soustřeďuje spíše na „cirkulární zpětnovazebný proces v rodině a na současné patologické transakční vzorce, které chce změnit.“

Jako součást denního stacionáře existují také týdenní programy pro několik rodin, které jsou doplněny ambulantním sledováním a setkáváním jednotlivých skupin rodin (Papežová, 2001, s. 177). Zde mají rodiče možnost vyměnit si vzájemně postřehy jak z terapie, tak z domácího prostředí. Pokud jsou ale rodiče mezi sebou či vůči dítěti v konfliktu nebo úplně chybí, nemohou pacientovi zajistit pravidelné jídlo a nejsou ani schopni spolupracovat na řešení problému.

V oblasti léčby PPP existují **další terapeutické přístupy** (Papežová, 2001, s. 177-178), které jsou na následujících řádcích zmíněny pouze okrajově a slouží tak k dokreslení celkového obrazu užívaných terapií.

- Kognitivně analytická terapie (CAT) – kombinace KBT s pozorností zaměřenou na interpersonální vztahy, především na vztah pacient – terapeut.
- Dialektická behaviorální terapie (DBT) – zlepšení ovládní afektů u žen s psychogenním přejídáním a založen na předpokladu, že přejídání plní u těchto patientek stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů.
- Motivační terapie – úlohou terapeuta je poskytnutí takových podmínek a informací, které napomohou „zdravému“ posunu v motivaci pacienta typicky během 4 sezení.

4.2.2 Farmakoterapie

Na začátek je potřeba zdůraznit, že medikace sama o sobě zmírňuje a ovlivňuje pouze příznaky, nikoliv příčinu. Farmakologie u PPP není první volbou léčby, v některých případech je však vhodná a preferována jsou antidepresiva (Němečková, 2007, s. 156-157). V případě mentální anorexie jsou nejčastěji předepisována antipsychotika, antidepresiva, lithium, thymostabilizátory, prokinetika a zinek, v akutní fázi anorexie nezabírají ani antidepresiva, u bulimie jsou výsledky farmakoterapie nadějnější (Theiner, 2011, s. 106). V této podkapitole je pozornost věnována jednotlivým skupinám, do kterých lze farmakoterapii dle užívané medikace zařadit. Léky lze podle působení dělit na psychofarmaka, nutriční podporu, vitamíny a gynekologickou medikaci.

Terapie psychofarmaky

Nejčastěji je jimi zmírňován depresivní syndrom, nejvýznamnějšími jsou tedy při léčbě antidepresiva. Ovlivňují se jimi úzkostné stavy, nutkavé tělesné aktivity, žaludeční potíže, chuť k jídlu. Druhými nejvýznamnějšími psychofarmaky jsou neuroleptika, která jsou ordinována v případech spojených s napětím, neklidem, nutkavostí či negativismem. Minimálně se v oblasti psychofarmak využívají anxiolytika, jelikož při dlouhodobějším užívání vzniká závislost. (Kocourková, 1997, s. 117-118)

Nutriční podpora

Léčba hyponutričních až kachektických stavů zahrnuje podávání vitamínů (A, B, C), preparátů pro parenterální, případně perorální výživu a doplnění chybějících minerálů (vápník, hořčík, zinek). Vždy je zde však snaha o co nejpřirozenější skladbu stravy a jejího požívání. (Kocourková, 1997, s. 118-119)

Gynekologická medikace

Lékaři zejména z oblasti psychiatrie nevidí v této terapii smysl, dle většiny gynekologů je ale nutná. Někdy se vychází z postojů samotných pacientek. Hormonální terapie je obecně doporučována při několik měsíců trvající amenoree (i při nízké hmotnosti), protože ta znamená zvýšené nebezpečí osteoporotických změn. „*Pokud amenorea trvá i přes navození normální hmotnosti, je gynekologická medikace vhodná vždy.*“ (Kocourková, 1997, s. 119-120)

5 Analýza rizikových projevů potravního chování u adolescentů

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, období dospívání je rizikovou a vývojově náročnou etapou formování osobnosti jak po stránce psychické, tak po té fyzické. Utváření a především dodržování zdravých jídelních návyků je důležitou oblastí výchovy, jež zásadním způsobem podmiňuje kvalitu budoucího života. Rozvoj PPP v průběhu dospívání může zabránit přirozenému dozrání osobnosti a osvojení si některých ze sociálních a pracovních dovedností. Nelze opomíjet ani informovanost o možnostech prevence a pomoci.

PPP nejsou brány jako sociálně patologický jev, protože nejde primárně o sociální problém. Určité výkyvy v chování (včetně experimentu s potravním chováním) jsou v adolescenci normální, obdobně jako jiné projevy **syndromu rizikového chování v adolescenci** (Kabíček, Sobotková aj., 2014).

5.1 Výzkumný cíl a stanovení hypotéz

Celková prevalence s incidencí v ČR mají vzestupnou tendenci odpovídající trendu západních zemí (Novák, 2010, s. 12). V poslední době se výskyt PPP navíc rozšiřuje jak do nižších, tak i vyšších věkových skupin (Krch, 2007, s. 320).

Cílem empirické části práce je zmapovat vybrané rizikové faktory poruch příjmu potravy v adolescenci s důrazem na vztahy mezi spokojeností s vlastním tělem, depresí a experimentem s jídelním chováním. Jak uvádí Krch a kol. (2005, s. 69-70), většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost.

Dílními cíli je zjistit postoj k jednotlivým částem těla, četnost a závažnost zdraví ohrožujících behaviorálních projevů v oblasti potravního chování (restrikce a záchvaty přejídání, užívání farmaceutických přípravků za účelem snížení váhy či závažný úbytek váhy ve zmiňovaném období aj.).

H1 - Deprese se objevuje v souvislosti s projevy rizikového jídelního chování.

Daná hypotéza byla stanovena na základě odborné literatury. Vágnerová (2004, s. 470) uvádí, že uspokojení a snížení úzkosti přináší právě hladovění, resp. ovládnutí pocitu hladu a následně závislost na tomto pocitu. Přejídání se vyskytuje u obsedantních a depresivních poruch, u mánie a oligofrenie (Krch, 2007, s. 320). Dle Theinera (2011, s. 106) se navíc deprese v komorbiditě s PPP vyskytuje až v 60-95 %, dále tvrdí, že *„u bulimie se depresivní syndrom jeví etiologicky podobný depresivní poruše a podobně také reaguje na léčbu antidepresivy (...)“*.

H2 - Deprese hraje roli v negativním vnímání vlastního těla a spokojenosti s ním.

Druhá hypotéza byla také stanovena na základě odborné literatury. Krch a Fialová (2012, s. 191) uvádějí, že podle Krcha (2000) úzkostnost a nízké sebevědomí sice patří mezi možné rizikové faktory vzniku PPP, ale prvotní úbytek hmotnosti u mentální anorexie je spojen paradoxně s jeho posílením a dívky ohrožené PPP jsou tak sebevědomější než jejich vrstevnice. Také negativní emocionalita, nepřiměřená sebekontrola a nízká sebeúcta jsou u adolescentů příčinou nespokojenosti se svým tělem (Novák, 2010, s. 18-20).

H3 - Chlapci mají kladnější postoj ke svému tělu a jsou s ním více spokojeni.

Třetí hypotéza byla opět stanovena na základě odborné literatury. Krch (2004, s. 72) uvádí, že ve věku třinácti let 35 % dívek a 13 % chlapců nejsou spokojeni se svým tělem a až 50 % dívek si přeje zhubnout. Dívky jsou navíc ve vztahu ke svému tělu uvědomělejší než chlapci a v případě nespokojenosti je zde zřetelná výraznější snaha o nápravu pohybem a stravováním (Fialová, Krch, 2012, s. 115). Adolescentní dívky se svou váhou zabývají velmi často a je uváděno, že mezi 17 – 18 lety se až 60 % dívek vidí jako „tlusté“ a drží diety, aniž by měly s vyšší hmotností problém (Kocourková, 1997, s. 45).

H4 – U osob s BMI v normě se projevy rizikového potravního chování většinou neobjevují.

BMI v normě se v běžné populaci vyskytuje celkem ve 40 % u mužů a v 50 % u žen. Podváha je zaznamenána u 0,6 % u mužů a 5,5 % u žen a nadváha u 45 % u mužů a nadváha u 29 % žen (Stručná zpráva o výsledcích Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS, 2008, s. 8). Je třeba zdůraznit, že hodnotu BMI výrazně ovlivňuje fyzická aktivita.

5.2 Průzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření bylo uskutečněno kvantitativní formou prostřednictvím baterie dotazníků vlastní konstrukce zaměřených na problematiku rizikového chování v oblasti stravování a pojetí vlastního těla, některé z otázek byly orientovány také na depresivitu.

Tuto metodu výzkumného šetření jsem zvolila jednak pro vhodnost vzhledem k věku respondentů, neboť na odpovědi mají dostatek času, a jednak z důvodu naprosté anonymity, ze které vyplývá i pocit bezpečí a ochota otázky zodpovědět upřímně a bez pocitů studu. Přestože je úroveň soukromí při hromadném vyplňování ve výukové hodině do určité míry snížena a omezena, věřím, že výsledky šetření to nijak výrazně neovlivnilo. Nevýhodou této metody je nemožnost dalšího hlubšího zkoumání sledovaných jevů.

Celkem jsem s žádostí o spolupráci oslovila 8 školských zařízení (3 ZŠ, 3 SŠ a 2 Gymnázia). V případě obou gymnázií jsem byla odmítnuta z důvodu vysokého počtu podobných žádostí a nemožnosti všem vyhovět, jedna ze SŠ odmítla z důvodu charakteru otázek v dotazníku, jež jsou orientovány na problematiku týkající se spíše děvčat, studenti této školy však byli převážně mužského pohlaví. Další SŠ a ZŠ na žádost nereagovaly vůbec. Ke spolupráci tedy ve výsledku svolila jedna SŠ a 2 ZŠ.

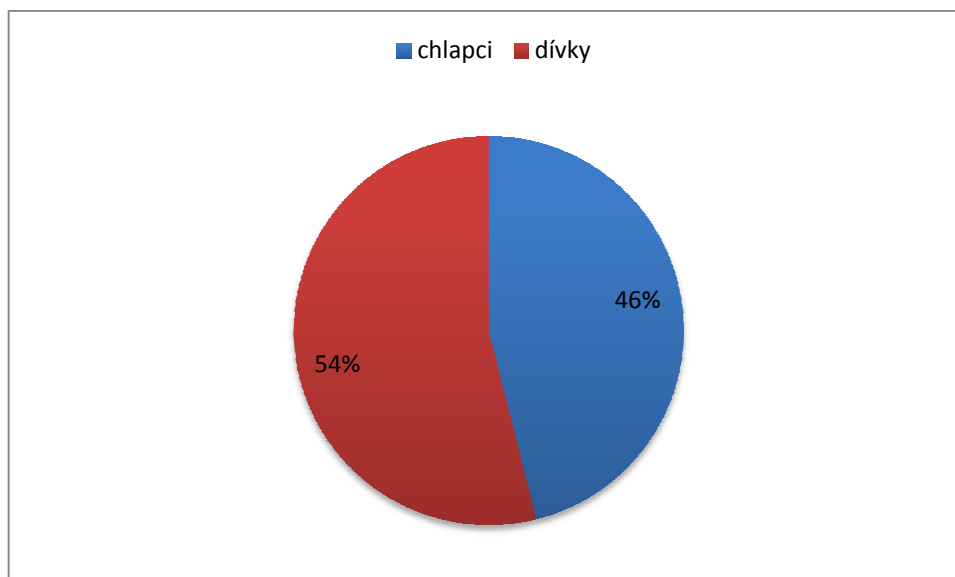
Průzkum, který byl uskutečněn v březnu 2016, byl orientován na adolescenty ve věku 14-20 let. Celkově bylo vyplněno 102 platných dotazníků. Elektronickou formou bylo ze 102 vyplněno v rámci hodiny informatiky 33 dotazníků, 69 bylo rozdáno a vyplněno v papírové formě ve vyučovacích hodinách.

Některé dotazníky (z celkového počtu 110) musely být vyřazeny z důvodu například nevyplnění vloženého dotazníku deprese v papírové verzi, neuvedení některého z úvodních údajů (věk, pohlaví, váha, výška atd.) či z důvodu očividného uvádění nepravdivých údajů, kdy byly v celém dotazníku zaškrtnuty například pouze první odpovědi. V jednom případě byly odpovědi v dotazníku deprese zaškrtnuty vždy na rozmezí dvou ze tří možností s poznámkou, že chybí i čtvrtá možnost a často není jednoduché zvolit jednoznačnou odpověď.

5.2.1 Bližší charakteristika výzkumného souboru

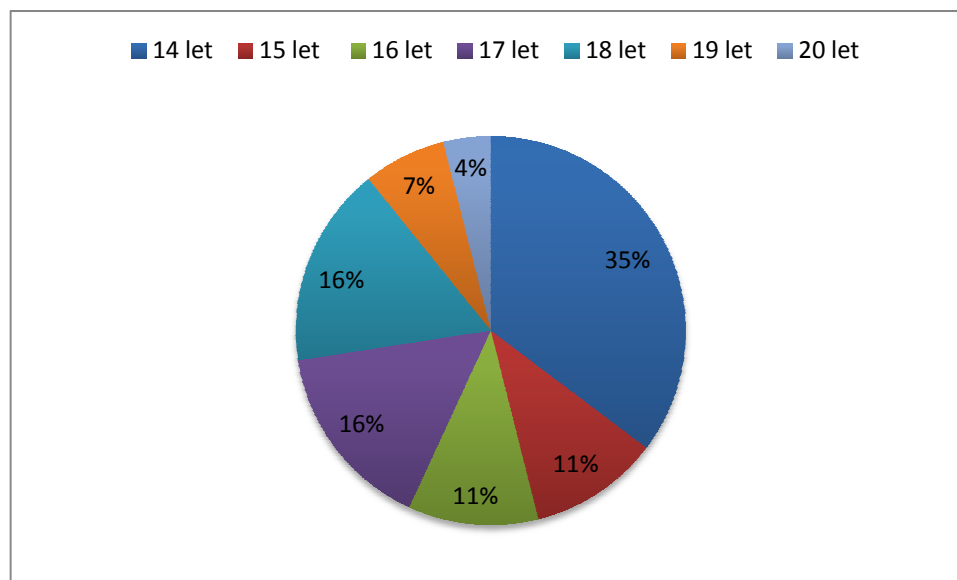
Z průzkumného souboru 102 respondentů bylo 55 (54 %) dívek a 47 (46 %) chlapců. Z celkového počtu 102 bylo 33 dotazníků vyplněno na Základní škole Sever v Hradci Králové, 14 dotazníků v 9. třídě na Základní škole v Dobrušce a 55 dotazníků na Obchodní akademii v Náchodě. Procentuální zastoupení respondentů dle pohlaví je znázorněno na grafu 1.

Graf 1 Charakteristika respondentů dle pohlaví



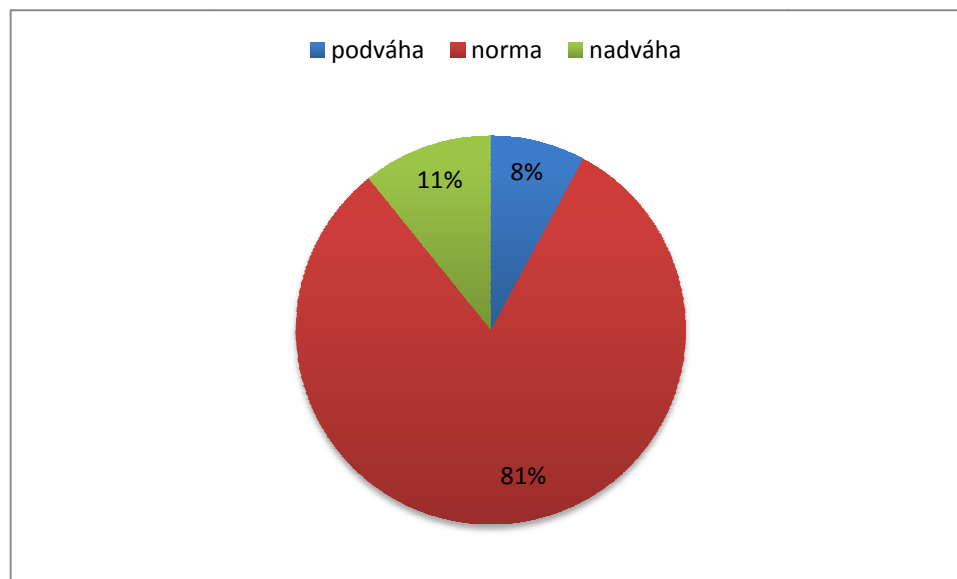
Respondenti byli dotazováni také na věk. Nejpočetnější skupinou jsou osoby ve věku 14 let (35%), dále 17 a 18 let (16%), 15 a 16 let (11%), 19 let (7%) a nejmenší skupinu tvoří 20letí (4%). Procentuální poměr věkového zastoupení je znázorněn na grafu 2.

Graf 2 Charakteristika respondentů dle věku



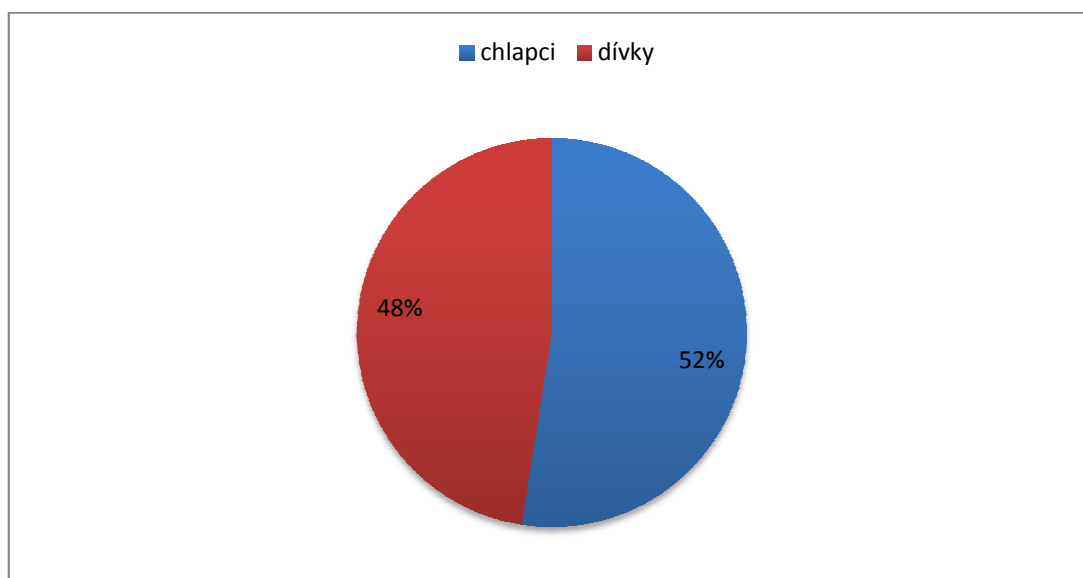
Dalším z kritérií bylo napsání váhy a výšky. Z těchto údajů jsem vypočítala BMI respondentů. Obezita 1., 2. ani 3. stupně nebyla zjištěna u žádného z respondentů. Největší počet osob mělo BMI v normě (81 %), jedinců s podváhou a nadváhou bylo znatelně méně (přibližně 10 %). Výsledné BMI podváhy bylo určeno dle vyhodnocovací tabulky v dotazníku EAT 26, kde jsou znázorněny hodnoty podle věku a pohlaví, které již značí podváhu. BMI normy a nadváhy bylo vyhodnocováno stejným způsobem. Procentuální rozložení je ukázáno na grafu 3.

Graf 3 Charakteristika respondentů dle BMI



Respondenti byli také dotazováni na to, zda minimálně 3krát týdně cvičí. Tato informace doplňuje hodnotu BMI, kdy jedinci, kteří pravidelně cvičí, mohou mít BMI vyšších hodnot, což však neznamená, že by měli nadváhu, ale pouze větší objem svalové hmoty. Cvičení má také vliv na celkovou naladěnost a vnímání vlastního těla. Z grafu 4 je zřejmé, že pravidelněji cvičí chlapci.

Graf 4 Charakteristika respondentů dle pravidelného cvičení



5.3 Popis metod

První použitou metodou testové baterie byl dotazník BCS - „*Body Cathexis Scale*“, který zjišťuje míru spokojenosti s vlastním tělem. Respondent hodnotí své pocity z 12 částí svého těla, ke kterým zaujímá stanoviska od zcela pozitivního po negativní. Spokojenost s vlastním tělem souvisí se sebevědomím. Osoba s vysokým skóre tedy bude mít pravděpodobně dobré sebehodnocení. (Fialová, Krch, 2012, s. 66)

Jako druhý byl použit dotazník EAT 26, který je, jak uvádí Papežová (2010, s. 400), v oblasti poruch příjmu potravy screeningovou metodou, která umožňuje odhalit rizika poruch příjmu potravy na školách a u jiných rizikových populací, například u atletů. Pro zhodnocení rizika užívá 3 kritéria: skóre EAT, nízkou váhu s porovnáním s normou v dané věkové skupině a behaviorální projevy indikující možné symptomy PPP nebo výrazná ztráta hmotnosti (poslední část dotazníku). Skóre EAT je vypočítáváno z bodově ohodnocených odpovědí v rámci 26 otázek rozdělených do 3 subškál (dietní chování, bulimické chování a zabývání se jídlem a restriktivní chování). Vždy je potřeba zvolit jednu nejvíce vyhovující odpověď. Pokud je výsledné skóre vyšší než 20, měli by jedinci být vyšetřeni kvalifikovaným profesionálem pro vyloučení nebo potvrzení přítomnosti poruchy příjmu potravy. Behaviorální projevy indikující možné symptomy PPP se musí objevit v posledních 6 měsících a posuzuje se také jejich intenzita: nikdy, 1 za měsíc nebo méně, 2 až 3krát za měsíc, 1krát týdně, 2 až 6krát týdně, jednou denně a více, ztráta 10 kg. Pokyny k vyhodnocení dotazníku obsahují případy označených odpovědí, které již značí nutnost vyhledat pomoc profesionála.

Třetí typ dotazníku CDI (Childrens Depression Inventory) svými otázkami zjišťuje míru depresivity u adolescentů. Je považován za vůbec první standardizovanou sebeposuzovací škálu depresivity u dětí. Autorem dotazníku je M. Kovacs. Autorem příručky v češtině je M. Preiss. CDI vznikla z Beckovy sebeposuzovací škály depresivity pro dospělé (Preiss, 1998). Dotazník obsahuje 27 položek a je rozdělen do 5 subškál, kdy první subškála (A) zjišťuje intenzitu špatné nálady, druhá (B) interpersonální problémy, třetí (C) nevykonnost, čtvrtá (D) anhedonii (otupělé emoce) a pátá (E) snížené sebehodnocení. Položky jsou hodnoceny na třibodové škále – absence symptomů znamená skóre 0, mírné projevy skóre 1 a výrazné projevy symptomů skóre 2. Čím vyšší je výsledné celkové skóre, tím vyšší je i riziko problému.

5.4 Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření

5.4.1 Vztah deprese a experimentování s jídelním chováním u adolescentů

Tabulka 1 Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním

	A	B	C	D	E	CDI	DCH	BCH	RCH	EAT
A	1									
B	0,60	1								
C	0,51	0,30	1							
D	0,68	0,54	0,36	1						
E	0,61	0,33	0,50	0,49	1					
CDI	0,90	0,67	0,68	0,83	0,76	1				
DCH	,28**	,23*	,08	,17	,13	,23*	1			
BCH	,38**	,34**	,20*	,33**	,25**	,39**	,76**	1		
RCH	,24*	,14	-,09	,27**	,00	,16	,50**	,47**	1	
EAT	,34**	,27**	,07	,27**	,14	,28**	,94**	,84**	,74**	1

Vysvětlivky: A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, CDI = celková depresivita, DCH = dietní chování, BCH = bulimické chování, RCH = restriktivní chování, EAT = celkové skóre EAT, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 1 vykresluje statisticky významné vztahy mezi depresivním prožíváním a jídelním chováním. Špatná nálada pozitivně koreluje s dietním chováním ($r = 0,28^{**}$), bulimickým chováním ($r = 0,38^{**}$), restriktivním chováním ($r = 0,24^{*}$) a s celkovým EAT skóre ($r = 0,34^{**}$). Interpersonální potíže pozitivně korelují s dietním chováním ($r = 0,23^{*}$), bulimickým chováním ($r = 0,34^{**}$) a s celkovým EAT skóre ($r = 0,27^{**}$). Nevykonnost pozitivně koreluje s bulimickým chováním ($r = 0,20^{*}$). Anhedonie pozitivně koreluje s bulimickým chováním ($r = 0,33^{**}$), restriktivním chováním ($r = 0,27^{**}$) a s celkovým EAT skóre ($0,27^{**}$). Snížené sebehodnocení pozitivně koreluje s bulimickým chováním ($r = 0,25^{**}$). Celková deprese koreluje s dietním chováním ($r = 0,23^{*}$), bulimickým chováním ($r = 0,39^{**}$) a s celkovým EAT skóre ($r = 0,28^{**}$). Dietní chování pozitivně koreluje s bulimickým chováním ($r = 0,76^{**}$), restriktivním chováním ($r = 0,50^{**}$) a s celkovým EAT skóre ($r = 0,94^{**}$). Bulimické chování pozitivně koreluje s restriktivním chováním ($r = 0,47^{**}$) a s celkovým EAT skóre ($r = 0,84^{**}$). Restriktivní chování pozitivně koreluje s celkovým EAT skóre ($r = 0,74^{**}$).

Vyšší hodnoty depresivního ladění souvisejí s mírou intenzity experimentu s jídelním chováním. Z celkového pohledu lze říci, že podle tabulky 1 má největší statistický vztah

depresivita s bulimickým chováním, kdy kladně koreluje se všemi subškálami depresivního chování. Dalším významným statistickým vztahem je korelace mezi dietním chováním a celkovým EAT skóre.

5.4.2 Vztah deprese a spokojenosti s tělem u adolescentů

Tabulka 2 Korelace mezi depresí a spokojeností s tělem

	A	B	C	D	E	CDI	Vzhled
A	1						
B	0,60	1					
C	0,51	0,30	1				
D	0,68	0,54	0,36	1			
E	0,61	0,33	0,50	0,49	1		
CDI	0,90	0,67	0,68	0,83	0,76	1	
vzhled	-0,24*	-0,20*	-0,30**	-0,20*	-0,36**	-0,33**	1

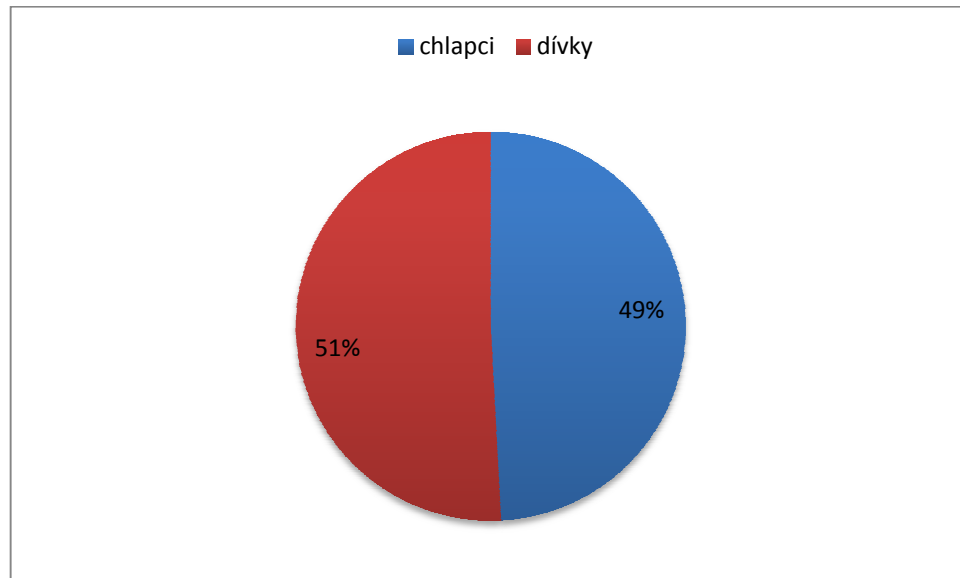
Vysvětlivky: CDI = celková depresivita, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 2 ukazuje statisticky významné vztahy mezi depresí a spokojeností s vlastním tělem. Spokojenost se vzhledem vlastního těla negativně koreluje se špatnou náladou ($r = -0,24^*$), interpersonálními potížemi ($r = -0,20^*$), nevykonností ($r = -0,30^{**}$), anhedonií ($r = -0,20^*$), sníženým sebehodnocením ($r = -0,36^{**}$) a s celkovou depresivitou ($r = -0,33^{**}$).

Vyšší hodnoty depresivního ladění souvisejí se záporným vnímáním celkového vzhledu. Zde se ukazuje, že nejvýznamnějším statistickým vztahem je vztah mezi vzhledem a sníženým sebehodnocením. Je tedy zřejmé, že jedinci, kteří svůj vzhled hodnotí spíše negativně, si zároveň méně věří a působí nesebejistě. Myslím, že tato skutečnost se odráží také v jejich mezilidských vztazích a v komunikaci.

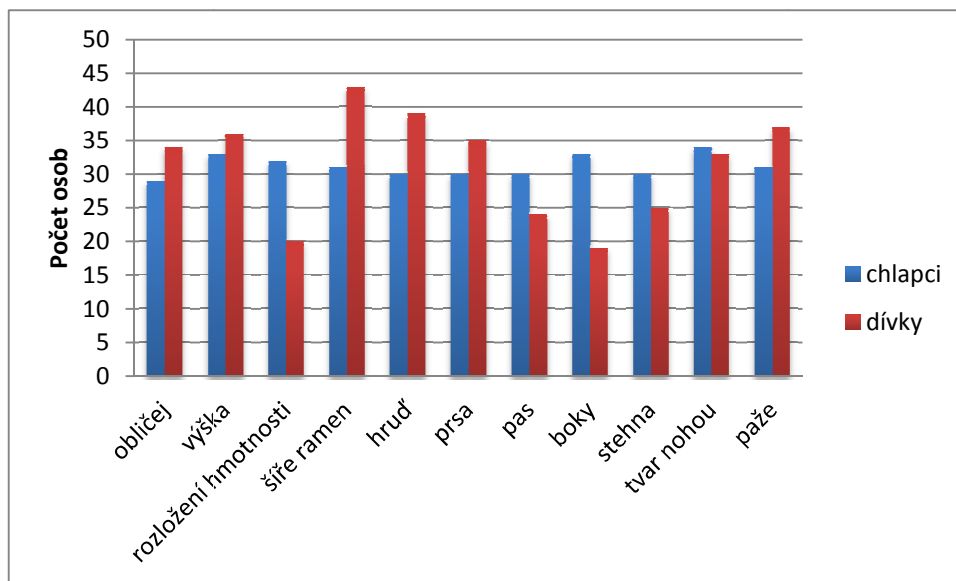
5.4.3 Postoj k vlastnímu tělu u chlapců a dívek

Graf 5 Spokojenost s celkovým vzhledem



Na škále spokojenosti se svým tělem od 1 (naprostá spokojenost) do 5 (naprostá nespokojenost), bylo pro určení spokojenosti vybráno ohodnocení 1 a 2, pro určení nespokojenosti hodnocení 4 a 5. Se svým celkovým vzhledem bylo spokojeno celkem 59 osob (84 %), spíše nespokojeno 11 (16 %). Graf 5 představuje porovnání spokojenosti chlapců a dívek. Se svým vzhledem bylo spokojeno 30 dívek (51 %), chlapců 29 (49 %).

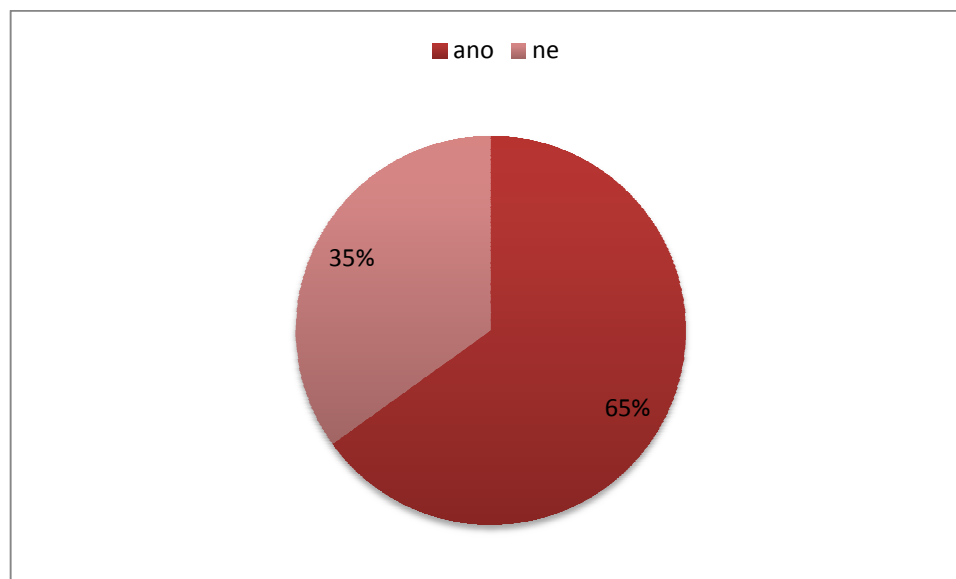
Graf 6 Spokojenost s jednotlivými částmi těla



Z grafu 6 vyplývá, že jednotlivé části těla ohodnotilo 1 a 2 body přibližně 30 chlapců. U dívek jsou zřetelné výkyvy, a to především co se týče spokojenosti s rozložením hmotnosti, kde je zároveň možné rozeznat nejvýraznější rozdíl hodnocení chlapců (32) a dívek (20). Další významné rozdíly lze vidět v porovnání hodnocení boků u chlapců (33) a dívek (19) a stehen u chlapců (30) a dívek (25).

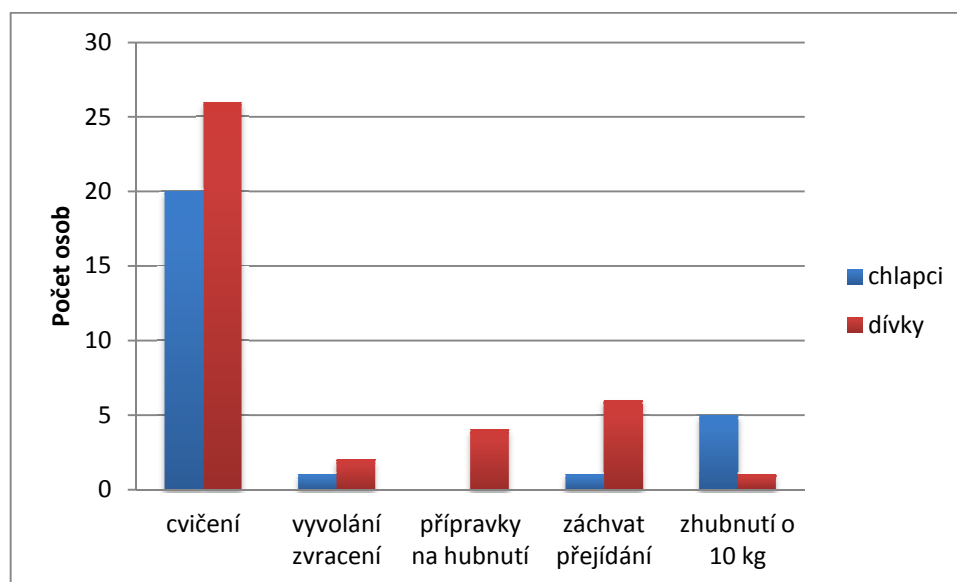
5.4.4 Vztah BMI v normě s projevy rizikového potravního chování

Graf 7 Výskyt projevů rizikového potravního chování u osob s BMI v normě



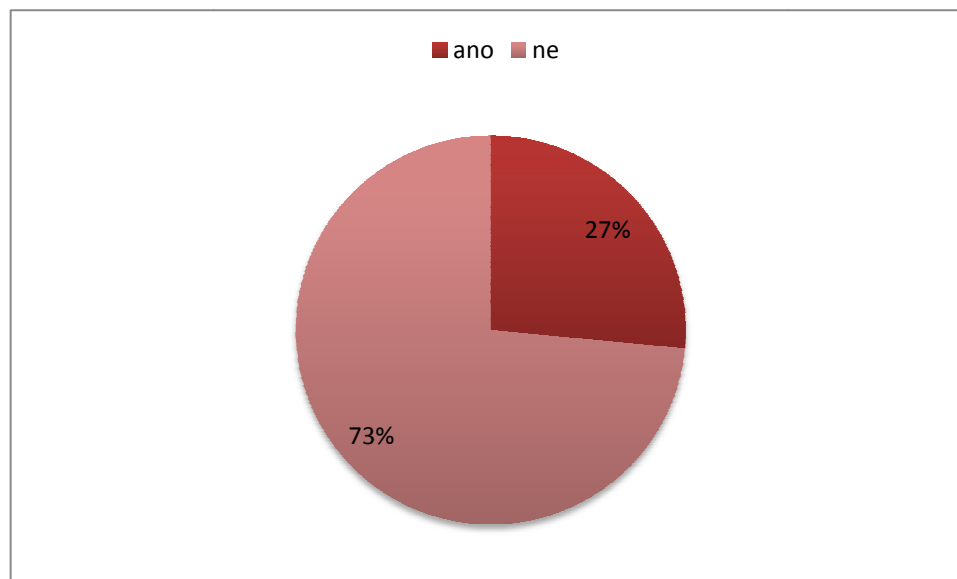
Z grafu 7 vyplývá, že z 83 osob, které mají BMI v normě, se u 54 osob (65 %) v posledních 6 měsících objevilo rizikové jídelní chování, a to v některé z dále uvedených forem.

Graf 8 Behaviorální projevy rizikového potravního chování



Graf 8 ukazuje, že největší zastoupení rizikového jídelního chování má jednoznačně cvičení po dobu delší než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu, kdy se takto chová 20 chlapců a 26 dívek. Zde je potřeba zdůraznit, že extrémně rizikově se při cvičení dle dotazníku EAT 26 (cvičení 1 denně) chovají pouze 4 osoby. Ani další formy jídelního chování, které se vyskytnou 1 měsíčně nebo méně, nejsou dle dotazníku EAT 26 důvodem pro vyhledání pomoci profesionála. Jsou jimi zvracení, které si s cílem udržet si váhu nebo tvar těla v uvedené četnosti vyvolal 1 chlapec a 2 dívky, 4 dívky užily projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika, 1 chlapec a 5 dívek mělo záchvat přejídání. Zvýšené riziko přítomnosti symptomů PPP dle dotazníku EAT 26 může znamenat v posledních 6 měsících záchvat přejídání 1 týdně, který ve své odpovědi uvedla jedna dívka a ztráta 10 kg, kterou uvedlo 5 chlapců a 1 dívka. Respondenti mnohdy vykazovali kombinace symptomů, kdy například měli záchvat přejídání a zároveň si vyvolali zvracení.

Graf 9 Nutnost zásahu profesionála



Graf 9 představuje procentuální rozložení respondentů s BMI v normě, kteří by dle dotazníku EAT 26 měli vyhledat pomoc profesionála. Kritérium pro vyhledání pomoci profesionála je skóre první části dotazníku vyšší než 20 a v posledních 6 měsících (s cílem snížit nebo si udržet váhu) cvičení 1 denně, užívání projímadel, pilulek na hubnutí nebo diuretik 1 měsíčně nebo méně, vyvolání si zvracení 1 měsíčně nebo méně a záchvaty přejídání 2 až 3krát měsíčně. Toto kritérium splnilo 22 osob (27 %).

5.5 Souhrn

H1 - Deprese se objevuje v souvislosti s projevy rizikového jídelního chování.

Z tabulky 1 je zřejmé, že jedinci, u kterých lze zaznamenat projevy rizikového jídelního chování, a to zejména chování bulimické a dietní, vykazují zároveň celkovou depresivitu. Většina prací se drží výkladu, že deprese je speciálně u mentální anorexie sekundárním projevem a je vázána na stav hladovění (Kocourková, 1997, s. 50).

Hypotéza je potvrzena.

H2 - Deprese hraje roli v negativním vnímání vlastního těla a spokojenosti s ním.

Korelace v tabulce 2 potvrzuje vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a celkovou depresivitou. V souvislosti s celkovou depresivitou se často vyskytuje snížené sebehodnocení.

Hypotéza je potvrzena.

H3 - Chlapci mají kladnější postoj ke svému tělu a jsou s ním více spokojeni.

Z grafu 5 vyplývá, že se svým vzhledem jsou více spokojeny dívky. Postoj k vlastnímu tělu je tvořen složkou kognitivní - poznání tvaru a velikosti a složkou emocionální - míra nespokojenosti s partiemi a kondice (Fialová, Krch, 2012, s. 29). Výsledek nelze generalizovat.

Hypotéza je vyvrácena.

H4 – U osob s BMI v normě se nevyskytují projevy rizikového potravního chování.

Graf 7 ukazuje, že projevy rizikového potravního chování se u osob s BMI v normě vyskytují v 65 %. BMI v normě může znamenat přítomnost bulimického chování, rovněž ale může znamenat, že se jedná pouze o experiment s jídlem, který je běžný právě mezi adolescenty. Z grafu 8 vyplývá, že hlavní symptomy bulimického chování, jakými jsou zvracení a záchvaty přejídání, jsou zastoupeny v minimální míře.

Celkové výsledky šetření dle Stručné zprávy o výsledcích Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS (2008, s. 8) týkající se hodnot BMI 15-24letých osob jsou však podobné výsledkům respondentů mého průzkumného souboru. Normu BMI dle šetření EHIS splňuje 69 % mužů a 71 % žen, dle mého šetření 85 % mužů a 78 % žen, podváhu má dle šetření EHIS 2 % mužů a 18 % žen, dle mého šetření 2 % mužů a 13 % žen, nadváhu má dle šetření EHIS 26 % mužů a 7 % žen, dle mého šetření 13 % mužů a 9 % žen.

Hypotéza je vyvrácena.

Závěr

Práce se v teoretické části snaží přiblížit problematiku týkající se poruch příjmu potravy v adolescenci. Období adolescence lze obecně považovat za období plné fyzických a osobnostních změn, je tedy obdobím značně rizikovým, což byl hlavní důvod pro výběr jak tématu, tak cílové skupiny. Opomíjet by se v tomto věku neměla ani prevence rizikových jevů, a to nejen ve spojitosti s poruchami příjmu potravy.

Teoretická část se věnuje charakteristice mentální anorexie a mentální bulimie se snahou popsat příčiny vzniku a možné důsledky těchto nemocí. Pozornost jsem zaměřila také problém v dnešní době bohužel až příliš aktuální, na obezitu a s ní spojená rizika. Okrajově jsem uvedla některé z nespécifických poruch. Zaměřila jsem se také na možnosti léčby, kde hraje významnou roli rodina, která je důležitou položkou také v rámci primární prevence.

Cílem empirické části bylo prostřednictvím výzkumného šetření zjistit, zda jsou adolescenti spokojeni se svým vzhledem a v jaké míře vykazují přítomnost symptomů rizikového jednání ve spojitosti s jídelním chováním. Šetření proběhlo u adolescentů žijících v Královehradeckém kraji. Zaměřila jsem se na vybrané faktory, a to na depresi a experiment s jídlem. Dílčími cíli bylo zjistit postoj k jednotlivým částem těla a četnost projevů rizikového jídelního chování v posledních 6 měsících. Výzkum proběhl na třech školách. K výzkumnému šetření jsem použila kvantitativní výzkumnou strategii, kde byla jako výzkumný nástroj užitá baterie standardizovaných dotazníků. Zjišťovala jsem spokojenost s vlastním tělem, projevy rizikového potravního chování a za využití korelace souvislost depresivity s těmito projevy. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů.

Dvě z hypotéz byly potvrzeny, dvě vyvráceny. Vyvrácení hypotézy, která tvrdí, že více jsou se svým tělem spokojeni chlapci, mě celkem překvapilo. Druhou vyvrácenou hypotézou bylo tvrzení, že jedinci s BMI v normě většinou nevykazují projevy rizikového potravního chování. U adolescentů tomu ale tak není, většina jedinců s BMI v normě tyto projevy vykazuje. V období adolescence jde v řadě případů o experiment, ke zdravým jídelním návykům se adolescenti většinou vrací a mají tedy BMI v normě. Na výsledky výzkumného šetření má vliv mnoho faktorů, nelze je proto generalizovat.

Zadané cíle jsem splnila zpracováním výsledků dotazníků a vyhodnocením jednotlivých problémových oblastí jídelního chování adolescentů v Královeshradeckém kraji. Přístup škol, ve kterých bylo výzkumné šetření realizováno, byl velice vstřícný, studenti se zadáním a vyplňováním neměli žádný problém.

Vzhledem k věku respondentů můžeme doufat, že projevy rizikového chování, ať už v podobě nadměrného denního cvičení či užívání látek ke kontrole hmotnosti, jsou záležitostí tohoto konkrétního období a že se časem tyto projevy vytratí.

Seznam použité literatury a zdrojů

Addiction and Eating Disorders - Neurobiology and Comorbidities: workshop : April 26-29, 2007, Czech Republic, Brno, Masaryk University Conference Centre. 1st ed., 2007. Prague: Office of the Czech Republic Government. 75 s. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-18-5.

DOLEJŠ, Martin, 2010. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.

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

KOCOURKOVÁ, Jana, Jan LEBL a Jiří KOUTEK, 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* 1. vyd. Praha: Galén. 156 s. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František, 2005. *Poruchy příjmu potravy.* 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 255 s. ISBN 802470840-X.

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

PREISS, Marek, 1998. *CDI Sebeposuzovací škála depresivity pro děti*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika s. r. o.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

WILLIAMS, J., 2007. *The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press, viii. 273 p. ISBN 1593854498.

Elektronické zdroje

HRACHOVINOVÁ, Tamara, 2002. Komorbidita poruch příjmu potravy a diabetes mellitus 1. Typu. *Pediatric pro praxi* [online]. 6 [cit. 2016-02-01]. 283-287. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/06/06.pdf>

KRCH, František, 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. Praha. 4(10) [cit. 2016-02-03]. 420-422. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla, 2007. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 4 [cit. 2016-02-03]. 155-157. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>

NOVÁK, Michal, 2007. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy?. *Česk. a slov. Psychiat.* [online]. 8 [cit. 2016-02-02] 393 a 400. ISSN 1212 0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_393_401.pdf

PAPEŽOVÁ, Hana, 2001. Nové terapeutické přístupy na 3. Mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 4 [cit. 2016-02-14]. 177-178. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Papezova.pdf>

PAPEŽOVÁ, Hana, 2004. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 6 [cit. 2016-03-01]. 291-296. ISSN 1803-5272. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1909&magazine_id=2

STÁRKOVÁ, Libuše, 2009. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 10(6) [cit. 2016-01-20]. 310-314. ISSN 1803-5272. Dostupné z: http://www.pediatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4195&magazine_id=4

THEINER, Pavel, 2011. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 12(3) [cit. 2016-01-20]. 105-106. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>

Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků. [online]. ©2012 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.hbsc.upol.cz/>

Stručná zpráva o výsledcích Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS 2008 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [cit. 2016-03-01]. ISBN 978-80-7280-916-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008>

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1 Korelace mezi depresí a experimentem s jídelním chováním

Tabulka 2 Korelace mezi depresí a spokojeností s tělem

Grafy

Graf 1 Charakteristika respondentů dle pohlaví

Graf 2 Charakteristika respondentů dle věku

Graf 3 Charakteristika respondentů dle BMI

Graf 4 Charakteristika respondentů dle pravidelného cvičení

Graf 5 Spokojenost s celkovým vzhledem

Graf 6 Spokojenost s jednotlivými částmi těla

Graf 7 Výskyt projevů rizikového potravního chování u osob s BMI v normě

Graf 8 Behaviorální projevy rizikového potravního chování

Graf 9 Doporučení pomoci profesionála

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník BCS

Příloha B – Dotazník EAT 26

Příloha C – Dotazník CSOC

Příloha A

DOTAZNÍK BCS

Ohodnoťte spokojenost s vlastním tělem na škále od 1 do 5. Zaškrtněte vždy jedno políčko.

1 - naprostá spokojenost, 5 - úplná nespokojenost

	1	2	3	4	5
1. Vzhled obličeje					
2. Výška					
3. Rozložení hmotnosti					
4. Šíře ramen					
5. Hrud'					
6. Prsa					
7. Pas					
8. Boky					
9. Stehna					
10. Tvar nohou					
11. Paže					
12. Celkový vzhled					

Příloha B

DOTAZNÍK EAT 26

Zaškrtněte odpověď pro každé z následujících tvrzení:

1 - vždy, 2 - velmi často, 3 - často, 4 - občas, 5 - zřídka, 6 - nikdy

	1	2	3	4	5	6
13. Mám hrůzu z nadváhy.						
14. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.						
15. Mám pocit, že se příliš zabývám jídlem.						
16. Zažívám záchvaty přejídání s pocitem, že možná nebudu moct přestat.						
17. Krájím si jídlo na malé kousky.						
18. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
19. Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (např. chléb, rýže, brambory apod.).						
20. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.						
21. Po jídle zvracím.						
22. Po jídle se cítím extrémně provinile.						
23. Myslím na to, jak toužím být štíhlejší.						
24. Když cvičím, myslím na to, jak spaluji kalorie.						
25. Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený/á.						
26. Zabývám se myšlenkou, že mám na těle tuk.						
27. Jíst mi trvá déle než ostatním.						
28. Vyhýbám se jídlům, která obsahují cukr.						
29. Jím dietní jídla.						
30. Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.						
31. Ohledně jídla se kontroluji.						
32. Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.						
33. Jídlu věnuji příliš času a myšlenek.						
34. Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.						
35. Držím dietu.						
36. Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.						
37. Po jídle je mi na zvracení.						
38. Rád/a zkusím nová jídla bohatá na živiny.						

Zaškrtněte vyhovující odpověď.

Jak často jste v posledních 6 měsících:	Nikdy	1 za měsíc nebo méně	2 až 3krát za měsíc	1krát týdně	2 až 6krát týdně	Jednou denně a více
39. Měl/a záchvat přejídání s pocitem, že možná nebudete moci přestat?						
40. Vyvolal/a si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?						
41. Užil/a projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?						
42. Jste cvičil/a více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu?						
43. Zhubl/a jste za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více?	ANO			NE		

DOTAZNÍK SCOS

T-94 Testový sešit

CDI
 jméno a příjmení:
 věk: dnešní datum:

- | | |
|---|---|
| 1 | Málokdy jsem smutný.
Často jsem smutný.
Pořád jsem smutný. |
| 2 | Nic se mi nedaří.
Nejsem si jistý, jestli se mi daří.
Všechno se mi daří. |
| 3 | Skoro všechno dělám dobře.
Hodně věcí dělám špatně.
Všechno dělám špatně. |
| 4 | Mnoho věcí mně baví.
Baví mně jenom něco.
Nic mně nebaví. |
| 5 | Pořád je mi zle.
Často se cítím špatně.
Málokdy se cítím špatně. |
| 6 | Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.
Mám strach, že se mi může stát něco špatného.
Vím určitě, že se mi něco špatného stane. |

- | | |
|----|---|
| 7 | Nenávídím se.
Nemám se rád.
Mám se rád. |
| 8 | Za všechno špatné můžu já.
Můžu za mnoho špatného.
Za špatné věci obvykle nemůžu. |
| 9 | Nemyslím na to, že bych se zabil.
Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to.
Chci se zabit. |
| 10 | Každý den je mi do pláče.
Často je mi do pláče.
Málokdy je mi do pláče. |
| 11 | Všechno mě nudí.
Často mě něco nudí.
Jenom málokdy mě něco nudí. |
| 12 | Jsem rád mezi lidmi.
Často nechci být mezi lidmi.
Vůbec nechci být mezi lidmi. |
| 13 | Vůbec se nedokážu soustředit.
Je těžké se soustředit.
Snadno se mohu soustředit. |

Hodnocení	A	B	C	...	D	...	E
-----------	---	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	---	-----	---	-----	---	-----	-----

Celkem: A= B= C= D= E=

T-94 Testový sešit

14	Vypadám dobře. Nevypadám zrovna nejlépe. Vypadám hrozně.
15	Musím se pořád nutit, abych ve škole pracoval. Často se musím nutit, abych ve škole pracoval. Pracovat ve škole mi nedělá žádná potíže.
16	Každou noc špatně spím. Často spím špatně. Spím dobře.
17	Málokdy jsem unavený. Často jsem unavený. Pořád jsem unavený.
18	Většinou nemám chuť k jídlu. Často nemám chuť k jídlu. Mám chuť k jídlu.
19	Nestarám se o své starosti a bolesti. Často mě trápí různé starosti a bolesti. Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.
20	Necítím se sám. Často se cítím sám. Pořád se cítím sám.

21	Ve škole nemám nikdy legraci. Málokdy mám ve škole legraci. Často mám ve škole legraci.	B
22	Mám hodně kamarádů. Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc. Nemám žádné kamarády.	
23	Ve škole se mi daří. Ve škole se mi daří hůře než dřív. Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem vynikal.	
24	Nikdy nebudu tak dobrý, jako ostatní děti. Když chci, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. Jsem stejně dobrý, jako ostatní děti.	D
25	Nikdo mě nemá doopravdy rád. Nevím, jestli mě má někdo doopravdy rád. Někdo mě má určitě rád.	
26	Většinou udělám, co se po mě chce. Většinou neudělám, co se po mě chce. Nikdy neudělám, co se po mě chce.	
27	Dobře vycházím s lidmi. Často se s někým hádám nebo peru. Pořád se s někým hádám nebo peru.	E

